

In deze rubriek vatten we iedere maand relevant nieuws voor de huisartsgeneeskundige praktijk bondig samen.

ARM MAAKT NOG STEEDS ZIEK



Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012;380:37-43.

We worden almaar ouder, wat op zich een lovenswaardige zaak is. Maar worden we hierdoor ook niet almaar zieker? Eens boven de 70 jaar lijdt 50 tot 70% van de mensen aan minstens twee chronische aandoeningen waarvan ze vaak niet meer zullen genezen. Toch is de actuele zorg vooral nog sterk georiënteerd op bestrijding van individuele ziekten, eerder dan op multimorbiditeit in relatie tot leeftijd en socio-economische achtergrond. Recent nog publiceerde het KCE zijn 'position paper' waarin twintig aanbevelingen en zowat vijftig actiepunten beschreven staan om ons gezondheidssysteem beter voor te bereiden op chronische zorg en multimorbiditeit (zie ook blz. 63).¹

Onlangs rapporteerden Barnett et al. in de *Lancet* over hun cross-sectionele stu-

die in 314 praktijken in Schotland waarbij gegevens over 1 751 841 mensen werden geanalyseerd.² Zij beschreven het voorkomen in aantal en aard (fysiek en mentaal) van veertig verschillende aandoeningen, naast leeftijd, geslacht en socio-economische toestand.

Het zal niet verrassen dat de prevalentie van multimorbiditeit (gedefinieerd als het voorkomen van twee of meer aandoeningen) ook hier steeg met de leeftijd en kon worden vastgesteld bij de meeste mensen boven 65 jaar. Maar in absolute cijfers leden meer jonge mensen (<65 jaar) tegelijkertijd aan minstens twee verschillende chronische aandoeningen.

Tevens viel het op dat multimorbiditeit tien tot vijftien jaar eerder ontstaat bij mensen uit socio-economisch achtergestelde

buurten in vergelijking met de meest welvarende wijken.

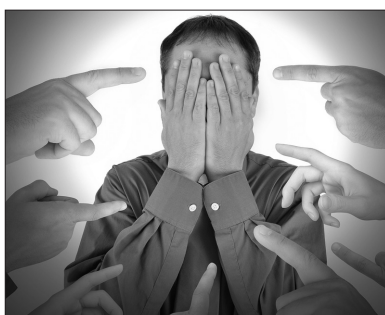
Sociale achterstand kon men vooral in verband brengen met het voorkomen van mentale ziektebeelden, die vaker blijken voor te komen als ook het aantal lichamelijke ziekten toeneemt of de ernst van de sociale armoede.

Wordt het geen tijd dat er meer onderzoek gebeurt naar de interactie van onze sociale leefomgeving op onze integrale gezondheid, en dat deze bekommernissen deel gaan uitmaken van zowel het medische onderwijs als van de politieke besluitvorming op het vlak van gezondheidszorg? De uitdaging is groot, want niet alleen de leeftijd is bepalend voor multimorbiditeit, ook 'arm maakt nog steeds ziek'...

Johan Wens

- 1 Paulus D, Van den Heede K, Mertens R. Position paper: organisatie van zorg voor chronisch zieken in België. Health services Research (HSR). Brussel: federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2012. KCE Reports 190As. D/2012/10.273/82.
- 2 Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012;380:37-43.

ZELFSTIGMATISATIE BIJ ZIEKE ARTSEN



Henderson M, Brooks SK, Del Busso L, et al. Shame! Self-stigmatisation as an obstacle to sick doctors returning to work: a qualitative study. *BMJ Open* 2012 Oct 15;2(5). pii: e001776. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001776.

Bland Ph. Helping sick doctors get back to work. *The Practitioner* 2012;256:5.

Invisible patients. Report of the Working Group on the health of health professionals, UK Department of Health 2010;90.

Hoe vergaat het artsen die meer dan zes maanden arbeidsongeschikt zijn wegens ziekte? Helemaal niet goed volgens een kwalitatieve studie in het Verenigd Koninkrijk. Deze studie ging na welke problemen artsen ervaren om na een periode van langdurige ziekte het werk te hervatten. Hierin werden 77 artsen die zich in

deze situatie bevonden, uitgenodigd voor een semigestructureerd diepte-interview. Uiteindelijk gingen 19 artsen daarop in. De belangrijkste redenen om niet deel te nemen waren de weigering dat het interview opgenomen werd en een blijvende bezorgdheid over de confidentialiteit. De oorzaak van langdurige werkon-

geschiktheid was bij 18 van de 19 deelnemers een mentaal of verslavingsprobleem. Zeven van hen hadden ook een fysieke aandoening. Eén arts had enkel een fysiek probleem.

Het hervatten van het werk na een langdurige ziekte werd door artsen als een bijna onoverkomelijke hinderpaal ervaren. Er

was een fundamentele verandering in hun identiteitsgevoel ontstaan, waarbij vooral negatieve zelfconcepties geïncorporeerd werden. Een arts verwoordde het aldus: *'Eens het dokter-zijn was stopgezet, bleek dat er niet veel meer van mij overbleef.'*

Hoewel het ziek zijn de arts misschien eindelijk dichterbij zijn gezinsleven bracht, kreeg dit meestal geen positieve waardering maar werd hij door de gezinsleden als een overlast ervaren: *'...into the sort of bad category'*. Een mentale ziekte van een arts werd ook door collega's doorgaans als een zwakte of falen beoordeeld. Het past niet in het beeld van de beschikbare dokter die zelf niet ziek mag worden.

Hoewel artsen hoger scoren dan het gemiddelde van de bevolking wat mentale ziekte, drug- en alcoholgebruik en suïcide betreft, bleek de drempel tot de gezondheidszorg bij hen hoger te liggen. Dat komt deels door de volle agenda en de eis van beschikbaarheid maar schaamte en ongerustheid over de privacy en de con-

fidentialiteit onder collega's zijn wellicht meer doorslaggevend. Het resultaat is in elk geval dat zieke artsen, los van de oorzaak, vlug geïsoleerd en ongelukkig raken. Het meest ingrijpende gevolg was misschien wel dat zieke artsen het, al eens vermeende, negatieve oordeel van collega's overnamen en zichzelf de schuld gaven. Deze zelfstigmatisering draagt in belangrijke mate bij tot het niet-slagen van een werkhervatting. Hoe moet dit aangepakt worden? Zoals steeds zal stigmatisatie afnemen wanneer de sociale afstand verminderd wordt.

De auteurs pleiten er dan ook voor dat reeds in de opleiding studenten geneeskunde in contact zouden komen met dokters die wegens ziekte langdurig arbeidsongeschikt raakten en daarbij zouden leren dat kwetsbaarheid wezenlijk deel uitmaakt van het arts-zijn. Hierdoor zouden zij niet meer de zwart-wit tegenstelling incorporeren tussen ofwel 'onoverwinnelijk' ofwel 'compleet waardeloos'.

Daarnaast moeten er ook voorzieningen opgezet worden waar artsen op een laagdrempelige en vertrouwelijke wijze hun problemen kunnen voorleggen aan collega's, zoals in het 24/7 project 'Doctors for Doctors', een soort teleonthaal voor artsen, van de British Medical Association.

In een commentaar op dit onderzoek in *'The Practitioner'* wordt gepleit voor een grotere bekommernis onder artsen. Dit kan al op een eenvoudige wijze gebeuren door in het contact met een collega steeds twee vragen voor ogen te houden: wat is er waardevol in hetgeen deze collega realiseert en voor welke eventuele moeilijkheden staat hij? Waarop de auteur besluit: *'A supportive partnership, in which doctors feel valued by their colleagues and in which personal vulnerabilities are acknowledged and mitigated, will both protect us from developing health problems and facilitate a return to health and work should they occur.'*

Tom Jacobs

EETSTOORNISSEN IN DE HUISARTSENPRAKTIJK



Vermassen A, Vanderlinden J, Pieters G.

Eetstoornissen in de huisartsenpraktijk: diagnose en behandeling. *Tijdschrift voor geneeskunde*, 2012;68:1035-49.

Ondanks de lage prevalentie van eetstoornissen, namelijk 3,54% in België, is deze aandoening een van de meest voorkomende psychische problemen en ziekten bij jonge vrouwen, met een hoge mortaliteit en chroniciteit. Het vroegtijdig herkennen en doorsturen voor een multidisciplinaire aanpak en zelf het aanspreekpunt blijven voor klachten is primordiaal (zie ook blz. 85).

De literatuur beschrijft deze aandoening als stoornissen in het denken en gedrag met betrekking tot eten en gewicht, en verdeelt ze in drie afzonderlijke entiteiten. Anorexia is niet zozeer een gebrek aan eetlust maar wel een te veel bezig zijn met vetinhoud van eten; boulimie zijn vreetbuien afgewisseld met braken; en de derde

entiteit is *'niet anderszins omschreven, is het minst onderzocht, vertoont gelijkenissen met de twee vorige, en omspannt ongeveer 50% van alle eetstoornissen'*, waaronder binge eten.

De pathogenese is onbekend. De grootste risicofactor is 'vrouw zijn', in de leeftijd tussen 15 en 25 jaar. De hoeksteen van de diagnose is de anamnese en het directe contact met de patiënt. Screening met een specifieke vragenlijst zoals de SCOFF-vragenlijst is nuttig bij risicofactoren, zoals vaak consulteren, specifieke chronische klachten en psychische klachten. Patiënten met eetstoornissen blijken ook vaker vragen te hebben in verband met diëten, gewicht en gezonde voeding. Het klinisch onderzoek is dikwijls

negatief, zeker in een vroeg stadium. De differentiaaldiagnose wordt het best multidisciplinair gesteld, met aandacht voor schildklier, maligniteit, immuundeficiëntie, inflammatoire darmziekten, diabetes, andere psychische stoornissen enzovoort. Comorbiditeit, zeker psychische, is meer regel dan uitzondering.

De prognose bij boulimie is beter dan bij anorexia, de kans op herstel vermindert met de tijd bij anorexia en vermeerderd bij boulimie. Bij anorexia zullen na behandeling bijvoorbeeld 20% een chronische stoornis ontwikkelen en zeker 7% na tien jaar nog steeds aan anorexia lijden.

De behandeling is multidisciplinair voor de drie soorten eetstoornissen: met veel inzet van de huisarts, diëtist en psycholoog en of psychiater die regelmatig ook onderling communiceren. Het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de patiënt is van heel groot belang om voor een behandeling te kunnen motiveren. Er bestaat zelden de noodzaak tot medisch handelen. Het streefgewicht wordt het best op 90 procent van het ideale lichaamsgewicht aangehouden, een tijdstip waarop de meeste vrouwen terug spontaan menstru-

eren. Gezien de angst voor gewichtstoename, is het logisch dat deze veranderingen zeer geleidelijk worden doorgevoerd. Voor hospitalisatie wordt maar mondjesmaat gekozen, vaak als de toestand kritiek is. Toch blijft ook hier de instemming van de patiënt belangrijk naar de langetermijngenezing toe.

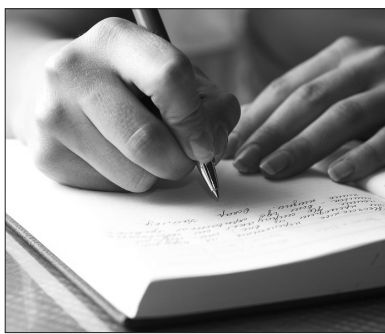
Sonja Berael

SCOFF-vragenlijst ¹

- Do you make yourself **S**ick because you feel uncomfortably full?
- Do you worry that you have lost **C**ontrol over how much you eat?
- Have you recently lost more than **O**ne stone (6,35 kg) in a 3-month period?
- Do you believe yourself to be **F**at when others say you are too thin?
- Would you say that **F**ood dominates your life?

¹ Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: a new screening tool for eating disorders. *West J Med* 2000;172:164-5.

SCHRIJFTHERAPIE: EEN BELOFTEVOL HULPMIDDEL IN DE HUISARTSENPRAKTIJK?



Mugerwa S, Holden JD. Writing therapy: a new tool for general practice? *Br J Gen Pract* 2012;62:661-3.

Schrijftherapie, ook wel 'expressief schrijven', 'creatief schrijven' of 'emotioneel onthullend schrijven' genoemd, is een laagdrempelige en goedkope (psycho) therapievorm, die resultaten van gecontroleerd interventieonderzoek kan voorleggen. Omdat er lange wachtlijsten in centra voor (gesubsidieerde) geestelijke gezondheidszorg bestaan en sommige patiënten weigeren om doorverwezen te worden, gingen twee Britse huisartsen in de literatuur na of schrijftherapie geen sterkere plaats verdient in de eerstelijnszorg en meer bepaald in de huisartsenpraktijk.

De logische eerste vraag of het wel een effectieve therapievorm is, kan volgens de literatuur gematigd positief beantwoord worden. In de meest recente meta-analyse (2006) werd voor meerdere uitkomstmaten een significant gunstig effect gevonden (m.n. voor psychische gezondheid, fysiek functioneren, gezondheidsgevoel, algemeen functioneren) en een gunstig maar niet-significant verschil op het gezondheidsgedrag. De gerapporteerde effectgrootte (Cohen's $d=0,15$) was niet hoog, maar wel vergelijkbaar met bijvoorbeeld het effect van statines in secundaire preventie bij cardiovasculaire incidenten.

Andere kleinere meta-analyses vonden soms grotere effectgroottes (tot $d=0,66$), maar weer andere vonden weinig of geen effect. Deze verschillen zou men kunnen verklaren door de uiteenlopende inclusiecriteria die in deze eerdere meta-analyses gebruikt werden.

Twee studies verdienen extra aandacht omdat ze in de eerste lijn uitgevoerd werden. Patiënten die zich in de eerste lijn aanbieden, zijn wellicht een beter doelpubliek voor schrijftherapie dan patiënten in de tweede lijn, omdat het bij deze laatste groep vaker gaat om complexere problematieken.

De eerste studie includeerde oudere patiënten (>65 jaar) en toonde dat drie sessies van twintig minuten schrijven een gunstig effect hadden op het gebruik van medische zorg, terwijl deze tot slechts een minimale reductie van hun klachten leidden. Een tweede studie werd uitgevoerd bij patiënten die vaak consulteerden en voor deze patiënten vond men wel degelijk een vermindering van de klachten en dit samen met een verminderde consultatiefrequentie. Een niet onbelangrijke bevinding uit de literatuur is vervolgens dat schrijftherapie een relatief veilige the-

rapievorm blijkt te zijn. Er zijn nauwelijks meldingen van negatieve effecten in de verschillende studies.

De volgende vraag is dan voor welke indicaties en uitkomstmaten er momenteel evidentie bestaat dat schrijftherapie een gunstig effect heeft? Dit geldt voor de volgende aandoeningen: ziekte-ernst bij langdurend prikkelbaredarmsyndroom, bloeddruk in rust bij hypertensie, wandel-snelheid en affectieve pijn bij reumatoïde artritis, psychische klachten bij posttraumatische stress, angst- en depressie-symptomen bij maladaptieve ruminatie, fysiek functioneren en vraag naar zorg bij kankerpatiënten en ziektecontrole bij sommige astmapatiënten.

Schrijftherapie is echter geen universeel panacee: er werd bijvoorbeeld geen gunstig effect gevonden bij een groep patiënten met COPD, met spanningshoofdpijn of migraine, noch bij gedragsgerelateerde gezondheidsproblemen zoals druggebruik, alcoholisme, foute voedingsgewoonten en te weinig lichaamsbeweging. Op basis van deze bevindingen pleiten de Britse huisartsen voor het opzetten van nieuwe grotere gecontroleerde onderzoeken in de huisartsenpraktijk. Schrijftherapie in de huisartsenpraktijk lijkt wel beloftevol, maar er is nog onvoldoende zicht op de grootte van dit mogelijke gunstige effect bij toepassing. Er is nood aan richtlijnen over de indicatiestelling (voor wie en voor welke problemen?), de manier van toepassen (hoe frequent, hoe lang, met welke vraagstelling?) en de nazorg en opvolging, al dan niet in samenwerking met eerstelijnspsychologen. Het is al-lesszins een te overwegen alternatief voor mensen die huisartsen moeilijk doorver-

wezen krijgen en/of voor problemen die geen doorgedreven psychotherapie of begeleiding vragen, maar waarmee onze patiënten wel (tijdelijk) in de knoop liggen. Daarnaast is het een therapievorm die

patiënten aanzet om in de eerste plaats zichzelf vooruit te helpen zonder een te grote afhankelijkheid van hun therapeut. Dit betekent dat het patiënten ook op weg helpt om een manier van zelfhulp te ont-

dekken en dit is op zich een waardevolle secundaire uitkomst.

Marc Van Nuland

PARKEERGEDRAG: EEN NIEUWE SELECTIEPROCEDURE BIJ SOLLICITATIES?



McCain Scott, Harris Andrew, McCallion Kevin, Campbell Jeffrey, Kirk Stephen.
The barrier method as a new tool to assist in career selection: covert observational study. *BMJ* 2010;341:c6968
www.bmj.com/content/341/bmj.c6968

Artsen in het Verenigd Koninkrijk maken zich zorgen over de sollicitatieprocedures in hun beroepsgroep. De beoordelingen baseren zich enkel op het al dan niet aanwezig zijn van een bepaald niveau van voorkennis. Er wordt niet gekeken naar persoonlijkheidskenmerken en specifieke vaardigheden, m.a.w. of iemand 'geschikt' is voor de job.

Een aantal ziekenhuisartsen heeft, geïnspireerd door recente onderzoeksartikelen in de psychologie, een origineel sollicitatie-instrument ontworpen en op kleine schaal uitgetest. Ze testten de

hypothese dat er een associatie bestaat tussen het specialisme van ervaren artsen en hun parkeervaardigheden en -gewoonten.

Een enkele observator, zelf een arts en bekend met alle artsen werkzaam in het ziekenhuis in kwestie, stelde zich op een strategische plaats verdoken op. Er werd op drie opeenvolgende ochtenden geobserveerd hoe artsen aan de parkeerslagboom aankwamen (met de parkeerkaart klaar gelegd of niet), hoeveel tijd artsen nodig hadden om de parkeerslagboom te passeren, de wagen te

parkeren en ten slotte een gegeven punt te bereiken. De artsen werden ingedeeld per geslacht en per specialisme.

Er waren significante verschillen over de specialismen heen, zowel in globale tijdsduur als per tijdsinterval ($p < 0,001$). Chirurgen waren de snelsten (mediaan 68, 61-71 seconden), gevolgd door anesthesisten (82, 70-103); internisten waren de traagsten (112, 96-136). Verschillen per geslacht (vrouwen deden er iets langer over dan mannen) bleken verklaard te worden door het specialisme waartoe men behoort.

Dit artikel in de befaamde kersteditie van *BMJ* bespreekt een waardevolle tool om moeilijke beslissingen in sollicitatiegesprekken voortaan op een wetenschappelijk verantwoorde basis te nemen. Liefst wordt dit vóór implementatie aan de universiteiten echter verder onderzocht op grotere schaal, bv. in een multicenter randomized trial.

Bert Leysen

NSAID + SOMMIGE ANTIHYPERTENSIVA: DRIE IS GEVAARLIJK

Lapi F, Azoulay L, Yin H, et al. Concurrent use of diuretics, angiotensin converting enzyme inhibitors, and angiotensin receptor blockers with non-steroidal anti-inflammatory drugs and risk of acute kidney injury: nested case-control study. *BMJ* 2013;346:e8525.

Loboz K, Shenfield G. Drug combinations and impaired renal function – the 'triple whammy'. *BJCP* 2005;59:239-43. doi: 10.1111/j.0306-5251.2004.2188.x

In de eerstelijnszorg zou tot 7% van de patiënten geneesmiddelen gebruiken die, al dan niet in combinatie, kunnen leiden tot acuut nierfalen. Als acute nierinsufficiëntie dermate ernstig verloopt

dat dialyse nodig is, dan kan de mortaliteit tot meer dan 50% oplopen.

In Engeland is tussen 1999 en 2009 de ziekenhuisopname voor acute nierinsufficiëntie, veroorzaakt door medicatie,

verdubbeld. Dat zal hier wellicht niet minder zijn. Het gebruik van NSAID's speelt daarin een grote rol.

Wanneer moet men bij het gebruik van NSAID's vooral vrezen voor het risico van acuut nierfalen? Een studie uit de *BMJ* toont aan dat men vooral beducht moet zijn voor de combinatie van NSAID's met Angiotensine Receptor Blockers (ARB's) of ACE-inhibitoren samen met diuretica. Voor deze retrospectieve studie werden in de periode 1998-2007 de gegevens van bijna 500 000 antihypertensiva-gebruikers verzameld. Mensen die een voorgeschiedenis hadden van kanker,

nierfalen, bindweefselziekte, reumatoïde artritis, hepatitis, hiv of druggebruik werden vooraf uitgesloten.

Er deden zich in deze cohorte 2215 gevallen van acute nierinsufficiëntie voor. Het risico was een derde hoger wanneer een NSAID samen met een ACE-inhibitor of een ARB plus een diureticum gecombineerd werden.

Meestal betrof het een toevoegen van een ontstekingsremmer aan een reeds langer bestaande antihypertensieve therapie. Het risico op nierfalen was dubbel zo groot in de eerste dertig dagen van deze 'triple therapie'.

Ten slotte was er ook een licht verhoogd

risico voor nierfalen bij de combinatie van een NSAID met een diureticum.

Wat het risico voor acute nierinsufficiëntie betreft, was het gebruik van twee producten relatief veilig, weliswaar toch met een licht voorbehoud voor de combinatie NSAID's-diuretica.

De drie groepen geneesmiddelen hebben elk een ander aangrijpingspunt in de nier: diuretica creëren een hypovolemie, ACE-inhibitoren en ARB's verminderen de glomerulaire filtratie, terwijl NSAID's vanwege een verminderde productie van prostaglandines leiden tot een verminderde nierdoorbloeding door arteriolaire vasoconstrictie. Het is alsof er bij het ge-

bruik van twee middelen nog een compensatoire mogelijkheid bestaat die bij drie middelen dreigt te verdwijnen.

Onthoud daarom zeker deze regel van drie: combineer nooit een NSAID wanneer reeds een diureticum gebruikt wordt met een ACE-remmer of een Angiotensine Receptor Blocker. Vooral als we weten dat deze dikwijls in een combinatiepreparaat verwerkt zijn, is het hiervoor toch goed opletten!

Tom Jacobs

HOE GOED BEGRIJPEN PATIËNTEN GVO-MATERIAAL?



Mayor S. Nearly half of adults in England don't understand health information material, study indicates. *BMJ* 2012; 345:e8364.

Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) behoren tot de kerntaken van iedere huisarts. We ondersteunen deze taak vaak door folders mee te geven of patiënten te verwijzen naar betrouwbare websites. Maar staan we eigenlijk wel voldoende stil bij de vraag of de verstrekte informatie wel voldoende op hun maat geschreven is?

De resultaten van een recente Engelse studie roepen verontrustende twijfels op: ze schat dat 43% van de volwassenen het voorlichtingsmateriaal wellicht niet effectief kan gebruiken! In een eerste stap gaf een panel van vijftig experts voor verschillende GVO-materialen aan welk minimaal niveau van geletterdheid er vereist is om dit GVO-materiaal efficiënt te kunnen gebruiken. Hierbij keek men naar een brede waaier van GVO-materiaal over gezondheid en veiligheid zoals de folders die huisartsen gebruiken, het materiaal voor gezondheidscreening, maar ook informatie over veilig verkeer.

Daarna extrapoleerden ze de resultaten van een grootschalige enquête over de ge-

letterdheid van Britse volwassenen naar de drempels die ze hadden bepaald om het GVO-materiaal te kunnen begrijpen en gebruiken. Geletterdheid werd in die enquête in drie dimensies geëvalueerd: vermogen tot lezen en schrijven, rekenvaardigheden en ICT-vaardigheden. De enquête gebruikte data van meer dan 6000 deelnemers tussen 16 en 65 jaar oud (volwassen zijn werd dus breed gedefinieerd). Op basis hiervan werden de deelnemers ingedeeld in verschillende niveaus van 'geletterdheid'.

De onderzoekers concluderen dat 43% van de volwassenen niet in staat was om de verstrekte informatie te begrijpen en om adequaat de beschreven richtlijnen op te volgen. Een greep uit de voorbeelden: bijna de helft (43%) van volwassenen achtte men niet in staat om op basis van de verstrekte informatie de juiste dosis paracetamol voor een kind te bepalen; ook bijna de helft (43%) van de volwassenen werd als onvoldoende geletterd beschouwd om effectief de instructies te begrijpen hoe een kinderzitje veilig in een auto geplaatst

moet worden; van zo goed als de helft van de deelnemers (49%) kon niet worden verwacht dat ze de instructies van een darmkankerscreeningkit konden begrijpen en opvolgen en ten slotte mocht men van slechts een kwart van de volwassenen verwachten dat ze hun Body Mass Index konden aflezen van een tabel.

De belangrijkste zwakte van de studie is dat het een extrapolatie betreft en dat er dus niet effectief getoetst werd hoe het GVO-materiaal op een efficiënte manier begrepen en/of toegepast werd. Toch doen de vermelde percentages wel even de wenkbrouwen fronsen. Eerder rapporteerden we in deze rubriek al over de (erg beperkte) anatomische kennis van patiënten.¹ De resultaten van de hier besproken studie wijzen alleszins in dezelfde richting: we moeten ons hoeden om de 'medische' kennis en vaardigheden van onze patiënten te overschatten. GVO-materiaal moet daarom niet achterwege gelaten worden, integendeel, er is duidelijk nood aan. Maar wellicht is meer onderzoek nodig naar de manier waarop de juiste doelgroepen bereikt kunnen worden. Het zou wel eens kunnen zijn dat het huidige materiaal slechts een beperkte fractie van de bevolking bereikt, terwijl deze groep waarschijnlijk net niet het meest behoeftig is.

Marc Van Nuland

1 Van Nuland M. Overschat de anatomische basiskennis van uw patiënten niet! *Huisarts Nu* 2009;38:251.