

## De dexamethason-suppressietest als hulpmiddel in de psychiatrie

In hun artikel schrijven Veeffkind en Thieme<sup>1</sup> dat anorexia nervosa de dexamethason-suppressietest (DST) bij psychiatrische toepassing fout-positief kan laten uitvallen. Op grond van klinische waarnemingen en na literatuuronderzoek willen wij daarbij een kanttekening plaatsen. Sedert de invoering van de DST in onze kliniek in het voorjaar van 1981 verzamelden wij enige honderden testuitslagen en vergeleken deze met de klinische observaties van de proefpersonen. Wij namen hierbij bij herhaling een ernstig gestoorde DST-uitslag waar bij patiënten met anorexia nervosa. In het verloop van de gecombineerde behandeling met psychotherapie en anti-depressiva bleek het weer normaal worden van de DST een voorbode te zijn van klinische verbetering in de zin van gewichtstoename, verbeterde stemming en minder dwangmatige verschijnselen. Uiteraard kan deze verbetering post aut propter samenhangen met de genezing van een bijkomende depressie bij onze patiënten. Desondanks durven wij ons aan te sluiten bij Gerner,<sup>2</sup> die na overeenkomstige waarnemingen opverdeelt dat normaal worden van de DST een eigen voorspellende waarde kan hebben voor verbetering van de anorexia nervosa.

Het is te hopen dat verder onderzoek meer licht zal werpen op de samenhang tussen DST en anorexia nervosa.

### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Veeffkind AH, Thieme RE. De dexamethason-suppressietest als hulpmiddel in de psychiatrie. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 1866-9.
- <sup>2</sup> Gerner RH, Gwirtsman HE. Abnormalities of D.S.T. and urinary MHPG in anorexia nervosa. Am J Psychiatry 1981; 138: 650-3.

Nijmegen, november 1982

J.L.J.M. PEETERS  
P.H.P. JANSEN

## Tachtig internisten per jaar voor de jaren tachtig

Met belangstelling heb ik het Commentaar van Van der Meer gelezen.<sup>1</sup> Er wordt een aantal behartigenswaardige dingen in gezegd. Ik deel met hem de zorg over de hoge kosten van de gezondheidszorg; ik weet alleen niet of ze té hoog zijn. Ik vrees met hem de bezuinigingsplannen van de regering die meer op onmiddellijk effect aansturen dan dat zij als uiting van weloverwogen planning mogen worden beschouwd. Verder maakt men zich niet alleen in internistenkringen zorgen over de dreigende werkloosheid van de aankomende generatie; ook binnen andere specialismen beraadt men zich over de beste wijze waarop aan deze dreiging of reeds ontstane situatie het hoofd kan worden geboden.

Van der Meer vestigt terecht nog eens de aandacht op het grote belang van goede anamnese voor het diagnostische proces. Ik ben het met hem eens dat als er meer gedacht en minder werd gedaan, de gezondheidszorg aanzienlijk goedkoper zou kunnen worden. Tot zover mijn adhesie met zijn betoog.

Van der Meer schildert de gang van de patiënt van huisarts, via internist, naar deelspecialist. Nauw verholen wordt gesuggereerd dat de deelspecialist vooral de doener

is, die, en ik citeer, „zekerheid wil verschaffen en zijn meesterschap op zijn terrein wil tonen. Zo zal de longarts doorgaans niet rusten voordat de vlek op de thoraxfoto in histologische termen gevangen is, . . .”. In de figuur, ontleend aan Bolinger, tekent Van der Meer een kostenlijn die steil oploopt in het gebied van de deelspecialist. De implicaties zijn duidelijk: deelspecialisten denken minder en doen (maar?) en maken het allemaal zo duur. De aangedragen oplossing ligt dan ook voor de hand: stop er wat meer internisten in, gooi er eventueel nog een computer tegenaan, en het zal allemaal wel beter gaan.

Als longarts-deelspecialist zou ik het betoog van Van der Meer als een wat ongenueanceerde oratio pro domo naast mij neer kunnen leggen. Omdat in de praktijk blijkt dat hij niet alleen staat in zijn mening, vind ik dat een reactie vereist is. Uiteraard ken ik ook de collega-longarts die, helaas, meer doet dan denkt en die zekerheid wil ten koste van veel, soms te veel. Ik ken echter ook vele longartsen (en waarom zou dit ook niet voor de andere deelspecialisten gelden) die bezonnen en weloverwogen hun gang gaan, gewapend met een grote kennis en kunde (en niet alleen maar handvaardigheid!) en die waar nodig en verantwoord heel wel met onzekerheid kunnen leven. Ik ken verder talrijke internisten die na een zorgvuldig onderzoek een patiënt naar de deelspecialist verwijzen omdat zij zowel de grenzen van hun eigen kunnen als de mogelijkheden van de specialist kennen. Ik ken echter ook de niet zo zeldzame patiënten die uiteindelijk bij de longarts belanden nadat zij uitvoerig internistisch zijn bekeken en waarbij men zich in gemoede af kan vragen of met een beetje meer kennis en nadenken de patiënt niet een lange lijdensweg en de gemeenschap veel kosten hadden kunnen worden bespaard.

Gelukkig loopt in Nederland de weg van huisarts naar deelspecialist niet zonder meer via de internist. Gelukkig hebben patiënt en huisarts in het algemeen voldoende kritisch inzicht om de juiste weg te kiezen indien verwezen moet worden. Zolang in Nederland vrije artskeuze bestaat en kwaliteitsnormen mede door patiënt en huisarts kunnen worden betrokken bij de verwijzing voor (deel)specialistisch onderzoek zie ik de plannen van collega Van der Meer nog niet gerealiseerd worden.

### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Meer J van der. Tachtig internisten per jaar voor de jaren tachtig. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 304-5.

Groningen, februari 1983

H.J. SLUITER

Met het Commentaar van Van der Meer ben ik het zeer wel eens, zeker met de conclusies, aanbevelingen en aandacht voor achtergronden en methoden van geneeskundig handelen.<sup>1</sup> Er is echter één onderdeel van het verhaal, één generalisatie waarover ik iets zou willen opmerken.

Het is niet altijd zo dat directe verwijzing van de huisarts, die een steeds betere algemeen internistische opleiding en nascholing kan ontvangen, naar een deelspecialist tot grote kostenstijging aanleiding geeft. Van der Meer schetst de route van huisarts naar internist, naar longarts, cardioloog of gastro-enteroloog, waarbij de genoemde deelspecialisten altijd moderne tijdovende kostbare diagnostische methoden toepassen. Een directe verwijzing naar het deelspecialisme reumatologie voor een patiënt met een inwendige ziekte waarbij ook het bewegingsapparaat betrokken is, bijv. reumatoïde artritis, is zelfs goedkoper dan een verwijzing naar de internist en er zijn bijna nooit dure