

Uit de serie Huisartsgeneeskundige conferenties*

5. Hooikoorts

Volgens de Nijmeegse Continue Morbiditeits Registratie ziet de huisarts met een gemiddelde praktijk per jaar ruim twintig patiënten met hooikoorts. De aandoening is sterk seizoengebonden; in droge zomers neemt het aantal gevallen toe. Hooikoorts komt het meest voor in de puberteit en op jong-volwassen leeftijd.

Nomenclatuur

Al bij het begin van onze gesprekken over hooikoorts kwam verwarring aan het licht over de naamgeving. Met name de begrippen hooikoorts, allergische rhinitis en rhinitis vasomotorica werden door elkaar gebruikt.

We stelden vast, dat rhinitis een symptoom bij hooikoorts is en niet met hooikoorts gelijk gesteld kan worden. Er zijn verschillende vormen van rhinitis waarbij allerlei prikkels of dysfuncties een rol spelen, bijvoorbeeld een rhinitis door een virale infectie of rhinitis ten gevolge van medicamenten. Rhinitis vasomotorica ontleent zijn naam aan de beschrijving van een pathofysiologisch gebeuren, dat niet karakteristiek is voor een bepaald ziektebeeld, noch er zelf een is. Ons leek het begrip rhinitis vasomotorica dan ook zo'n vergaarbak van praktisch wel degelijk te onderscheiden ziektebeelden en daardoor zo verwarend, dat we het voor de voortgang van onze besprekingen hebben uitgebannen.

Een allergie

De symptomen van hooikoorts – ook de rhinitis – zijn uitingen van een allergische reactie. Als allergenen komen niet

* Dit artikel is een neerslag van discussies tussen huisartsen van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut over de benadering van in de praktijk veel voorkomende aandoeningen – zie (1980) *huisarts en wetenschap* 23, 13-15. De lezer dient zich te realiseren, dat het bij deze discussies meer gaat om een kritische bezinning op verschillende problemen dan om een poging nu eens definitief vast te stellen hoe het wel zou moeten.

alleen graspollen in aanmerking, maar ook de pollens van bomen, bloemen, heesters enzovoort. Per streek of land kan dit verschillen.

Via de atopische constitutie, de eigenschap die tot dergelijke allergische reacties kan leiden, kwamen we over andere ziektebeelden te spreken, met name de „binnenhuis-allergie”:

het ziektebeeld waaraan een allergisch reageren op huisstof, of liever de huisstofmijt, haren van dieren en dergelijke ten grondslag ligt. Bij het zoeken naar karakteristieke verschillen tussen deze

E. H. VAN DE LISDONK

binnenhuisallergie en hooikoorts ligt het voor de hand hooikoorts als buitenhuisallergie te betitelen. De binnenhuisallergie kan het gehele jaar door symptomen geven (hooikoorts niet); de symptomen kunnen al vanaf het vijfde levensjaar manifest worden (bij hooikoorts later); er is met name obstructie van de neus, terwijl er bij hooikoorts sprake is van een overmatige secretie. Als de verschillen bij een patiënt niet duidelijk aantoonbaar zijn, dient men rekening te houden met een gelijktijdig voorkomen van hooikoorts en andere uitingen van de atopische constitutie, zoals de binnenhuis-allergie (Freed; Dieges). Deze andere uitingen vormen van een atopische constitutie lijken een relatie te hebben tot hooikoorts, maar waaruit die relatie precies bestaat, is ons onduidelijk gebleven. Of bijvoorbeeld kinderen met constitutioneel eczeem la-

ter vaker aan hooikoorts lijden dan kinderen zonder dit eczeem, is ons uit epidemiologisch onderzoek niet gebleken. Over de relatie tussen astma en hooikoorts worden door Beall e.a. twee studies aangehaald. De oudste (Johnston) toont aan, dat van tweeëntwintig onbehandelde kinderen de helft twee à drie jaar later astma ontwikkelde, terwijl geen van de achttien met immunotherapie behandelde kinderen astma kreeg. De studie van Broger toont aan, dat minder mensen mét hooikoorts astma krijgen dan mensen zonder hooikoorts. De conclusie is, dat het behandelen van hooikoorts het ontstaan van astma niet voorkomt.

We vonden het niet eenvoudig ons een voorstelling te maken van de atopische constitutie. Geheimen zoals waarom de atopische constitutie zich nu eens in de huid manifesteert (chronisch constitutioneel eczeem), dan weer bij voorkeur in de neus (hooikoorts) of bronchiën (astma), wisten we niet te ontrafelen. We sloten dit onderdeel af met een werkdefinitie voor hooikoorts: „Hooikoorts is een allergische reactie, waarbij het antigeen uit windgedragen pollen bestaat”.

Epidemiologie

De seizoengebondenheid van het optreden van hooikoorts was voor alle deelnemers evident; voor het stellen van de diagnose achtten we dit kenmerk een *conditio sine qua non*.

Bij het nazoeken van verdere epidemiologische gegevens ontdekten we dat de E-lijst onder één codenummer zowel „hooikoorts” als „rhinitis vasomotorica” registreert. Dat hadden wij nu juist afgezworen! We moeten de nu volgende cijfers dan ook met de nodige reserve interpreteren. De frequentie per 1000 zielen per jaar is volgens *Oliemans* 3,5 en volgens *Hodgkin* 3,1, terwijl de Continue Morbiditeits Registratie van het N.U.H.I. (gemiddeld over de jaren 1971-1978) 8 à 9 vermeldt.

In droge zomers neemt het aantal gevallen toe; het lijkt erop, dat iets meer vrouwen hun huisarts voor hooikoortsklachten raadplegen dan mannen. Hooikoorts komt het meest voor in de puberteit en op jong-volwassen leeftijd.

Dit lijkt te wijzen op een langere latentietijd bij het ontstaan van deze allergische reacties op pollen. *Coffman and Chalmers* vonden in een Londense huisartspraktijk met veel immigranten dat Westindiërs pas na een lang interval (tot veertien jaar) na hun immigratie verschijnselen van hooikoorts kregen. De gemiddelde duur van dit interval bedroeg ongeveer vijf jaar. Na het ontstaan van hooikoorts in de puberteit of op jong-volwassen leeftijd blijft iemand enkele jaren, soms zelfs dertig jaar lang, in het hooikoortsseizoen klachten houden, waarna ze geleidelijk verdwijnen (*Fry; Dieges*). *McAllen* signaleert dat soms tot op hoge leeftijd symptomen kunnen blijven bestaan.

Deze epidemiologische gegevens sloten goed aan bij onze eigen ervaringen. Volgens de morbiditeitscijfers van het N.U.H.I. ziet de huisarts met een gemiddelde praktijk (2800 zielen) jaarlijks ruim twintig patiënten met hooikoorts. Sommige deelnemers vonden dit getal aan de hoge kant, maar beschikten niet over eigen cijfers om hun gevoel te onderbouwen.

Klachten en verdere anamnese

Klachten als loopneus, niesbuien, jeuk aan neus en ogen, in een bepaalde periode van het jaar zijn zo bekend, dat veel patiënten zelf de vraag naar hooikoorts stellen. Om tot een diagnose te komen, is het nauwkeurig informeren naar de aard, het tijdstip en de plaats van het optreden van deze klachten van cruciaal belang. Sommige deelnemers meenden dat stress, zoals bij een eindexamen of een verhuizing, luxerend op de klachten kan werken; *Freed* en *Dieges* noemen dit ook. Vergelijkbare klachten in dezelfde periode van voorafgaande jaren wijzen eveneens in de richting van hooikoorts. Op grond van de volgende gegevens kan de huisarts de diagnose hooikoorts met waarschijnlijkheid stellen:

- snel ontstaan van de klachten;
- begin in de lente na de eerste warme dagen;
- buiten erger dan binnen;
- zich jaarlijks herhalend.

Het familiair voorkomen van hooikoorts was voor sommige deelnemers een belangrijk gegeven. Ook hechtten enkelen veel waarde aan gegevens over eczeem en astma, zowel bij de patiënt zelf als in zijn naaste familie. We kwamen daarmee opnieuw op het terrein van de atopische constitutie. Het feit dat deze atopische constitutie naar alle waarschijnlijkheid erfelijk is (*Voorhorst; Hickish*) vormt een argument om

aandacht aan de familie-anamnese te besteden. Ook *Godfrey* acht de familie-anamnese van belang zonder zich verder uit te laten over het hoe en waarom. Meer duidelijkheid over het belang van deze anamnestiche gegevens konden we in de door ons geraadpleegde literatuur niet vinden.

Tot slot bracht een van de deelnemers naar voren dat het van belang is de patiënt naar op eigen initiatief gebruikte medicatie te vragen. Neusdruppels en met name misbruik daarvan (en dat is niet zeldzaam, zei hij) kom je daarmee op het spoor.

We achtten het onwaarschijnlijk dat een huisarts op grond van de anamnestiche gegevens op een dwaalspoor zou komen. We vermoedden dat gegevens op grond van lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek meer divergentie zouden laten zien.

Onderzoek

Het lichamelijk onderzoek bij verdenking op hooikoorts bleek bij de meeste deelnemers uiterst summier. Enkelen pleitten voor tenminste een rhinoscopia anterior en beargumenteerden dit als volgt: je kunt zo neuspoliepen op het spoor komen (deze zouden een duidelijke associatie met hooikoorts hebben, *Hodgkin*) en hetzelfde geldt voor andere oorzaken van neusklachten, zoals een septum deviatie en een corpus alienum; ten tweede zou een livide verkleuring van het neusslijmvlies een aanwijzing zijn voor het bestaan van hooikoorts. Een van de deelnemers die op dit laatste spontaan zei: „Dat heb je na een keer niezen ook”, zag later zijn bewering geadstrueerd met een opmerking van *Dieges*: „Op grond van een dergelijk aspect kan men niet tot de diagnose atopie besluiten.”

De discussie over het laboratoriumonderzoek en over allergietests bracht ons danig in verwarring. Over nut en noodzaak bestond geen enkele overeenstemming. Achteraf lijkt het erop, dat de volgende vragen steeds weer door elkaar speelden:

- wat zegt een positieve of een negatieve uitslag van deze onderzoeken de huisarts?
- welke invloed zou een bepaalde uitslag op het beleid kunnen hebben?
- bij welke patiënten en wanneer doe ik welke test?

In de praktijk deed echter geen van de deelnemers dit soort onderzoek bij patiënten met beginnende hooikoortsklachten, maar startte iedereen onmiddellijk een proefbehandeling. Niette-

min een kort overzicht van onze bespreking van een aantal onderzoeken:

Eosinofielen in het bloed. De grote spreidingsbreedte in normaalwaarden, de grote fluctuatie en variatie in de tijd en per individu (*Godfrey*) en het feit dat een abnormaal hoge uitslag niet karakteristiek is voor hooikoorts, doen aan de waarde van deze bepaling veel af.

Eosinofielen in het neussecreet. Niemand had hier ervaring mee of dacht dit onderzoek in de toekomst te gaan benutten. Weliswaar toonde *Manners* aan dat bij hooikoortspatiënten de test bij een goede techniek in 90 procent van de gevallen positief is, maar tevens laat hij zien dat de test in een belangrijk percentage ook bij andere aandoeningen positief is. Ook *Bhandari and Baldwin* komen na onderzoek niet verder dan de stelling dat de test „helpful” is.

De huidtests. De waarde hiervan ligt in ondersteuning van de diagnose als deze op grond van de anamnese aannemelijk is (*McAllen; Freed; Hickish; Dieges*). *Black* noemt het onderzoek echter waardeloos. Dit onderzoek valt wel te overwegen als er indicaties bestaan om over te gaan tot desensibilisatie.

Neusprovocatiestests. Deze leveren waarschijnlijk een bijdrage aan de verdere specificatie van de diagnose. De tests lokken soms een gevaarlijke astmareactie uit en zijn belastend voor de patiënt (*McAllen; Freed*). Het leek ons dat de indicatiestelling hiervoor niet bij de huisarts ligt.

De RAST (Radio Allergo Sorbent Test) toont grote individuele variaties; mogelijk zijn huidtests gevoeliger (*Dieges*). Deze test leek ons geen aanwinst voor de huisarts.

We stonden bij deze tests wat langer stil omdat de huisarts een enkele keer blijft zitten met een patiënt met ernstige klachten die slecht reageren op therapie. Het lijkt evenwel dat ook de nieuwe aanwinsten op diagnostisch gebied ons weinig te bieden hebben. Veeleer valt in een dergelijk zeldzaam geval een verwijzing naar bijvoorbeeld de KNO-arts te overwegen. Dikwijls is er dan een algemener en uitgebreider allergisch reageren dan hooikoorts alleen.

Therapie

Voor alle deelnemers bleken antihistaminica de eerste keus. Wat te doen als je daar niet mee uitkomt? Corticosteroiden, zeiden sommigen, desensibiliseren meenden anderen. Terecht bracht iemand in dat profylactische maatregelen een eerste vereiste zijn voordat je andere maatregelen beproeft. Profylaxe

in farmacotherapeutische zin is mogelijk met dinatrium cromoglycaat en in niet-medicamenteuze zin door de allergenen te vermijden.

Nadat we aldus de mogelijkheden voor therapie in eerste instantie hadden geïnventariseerd, besloten we wat dieper in te gaan op de corticosteroiden en het desensibiliseren.

Corticosteroiden. Sommige deelnemers geven de voorkeur aan oraal prednison: beginnen met 20 à 25 mg en om de een à twee dagen de dosis met 5 mg verlagen tot, op geleide van de symptomen, een onderhoudsdosering van 5 à 10 mg per dag is bereikt. De meesten evenwel geven een depot corticosteroid. Dit moet diep intramusculair worden gespoten daar anders door atrofie een ontsierende delle in de huid kan ontstaan. Deze behoeft overigens geen behandeling in verband met de neiging tot spontaan verdwijnen. De depotcorticosteroidtherapie werd beargumenteerd vanuit de ervaring dat de patiënt hiermee nagenoeg klachtenvrij blijft en dat de dosis per dag uiteindelijk zeer laag is. De patiënt kan bovendien niet uit eigen beweging meer van het geneesmiddel nemen als de klachten niet goed of niet snel genoeg willen verdwijnen.

De voldoening voor de huisarts om zijn hooikoortspatiënt zonder al te veel moeite het hooikoortsseizoen te zien doorkomen met één of soms twee injecties vonden we zo groot, dat we ons in de controverse over het al dan niet onderdrukken van de bijnier (*Ganderton and James*) en het gevaar van talloze bijwerkingen van corticosteroiden niet verder verdiepten. Het probleem van de bijwerkingen wordt overigens omzeild door corticosteroiden per inhalatie te gebruiken. Een voorbeeld daarvan is beclomethason (Beconase) waarvan door *Brogden e.a.* en *Dieges en Heeringa* het klinisch effect is aangetoond.

Desensibiliseren. Enkele deelnemers bleken zelf desensibilisatiekuren voor te schrijven en toe te dienen. Zij maken daarbij gebruik van aan aluminium gebonden extracten (bijvoorbeeld Alavac P; zie ook *Desensibiliseren*) omdat negen s.c.-injecties in negen opeenvolgende weken voldoende en effectief zijn (*McAllen*). De grote belasting voor met name de patiënt bij gebruik van waterige extracten (twintig tot dertig injecties noodzakelijk) wordt vermeden. Nieuwe middelen als bijvoorbeeld Pollinex, waarvan twee à drie injecties voldoende zouden zijn, blijken niet te voldoen (*Dieges*). Zelf desensibiliseren betekent dat de patiënt tenminste twintig minuten moet worden bewaakt. Bij het op-

treden van een anafylactische reactie kan men een antihistaminicum langzaam intraveneus geven (bijvoorbeeld 1 ampul Tavegil) en afhankelijk van de toestand 0.3 tot 0.5 ml adrenaline 1:1000 op de plaats van de oorspronkelijke injectie toedienen.

Beleid

De eerste stap is uitleg geven over het ziektebeeld en de mogelijkheden tot preventie bespreken: een vakantie aan zee, autorijden met de raampjes dicht, de ramen van de slaapkamer gesloten houden, enzovoort. Hoewel dit in individuele gevallen nuttige raadgevingen zijn die een geringere expositie aan allergenen kunnen bewerkstelligen, is echt voorkomen waarschijnlijk onmogelijk.

Wanneer nu een patiënt milde symptomen heeft en door zijn klachten weinig wordt belemmerd in zijn dagelijks functioneren, beginnen wij een proefbehandeling met antihistaminica, soms kortdurend aangevuld met een decongestativum. We konden ons wat de keus van het antihistaminicum betreft aansluiten bij de Nijmeegse Formularium Commissie die Polaramine als weinig sederend antihistaminicum aanbeveelt, in een dosering van 2 mg drie- à viermaal daags. Polaraminetabletten van 6 mg zijn wellicht minder geschikt. Deze bestaan uit een snelwerkend deel en een deel dat langzaam uiteen valt, zodat er kans op cumulatie bestaat.

Weinig ervaring was er in de groep met dinatrium cromoglycaat bij hooikoorts. We vinden wel een „goede pers” voor dit middel bij deze ziekte (*Holopainen e.a.*; *Blair and Herbert*; *Anderson e.a.*; *Nizami and Baboo*; *Brogden e.a.*). Duidelijk moet gesteld worden, dat het hierbij om een profylactisch en geen curatief middel gaat, dat gedurende lange tijd in een frequente dosering door de patiënt genomen moet worden (zes „snuifjes” per dag). Deze medicatie kost ongeveer f 2,- per dag. De sprayvorm (Lomusol) heeft het voordeel boven de poederverstuiver (Rhinacrom) dat de verstuiver schoon blijft doordat geen poeder kan blijven vastkoeken. Bij de patiënt met ernstige symptomen, belemmerd in zijn dagelijks functioneren, kozen we voor een depotcorticosteroid, eventueel (met name in de eerste dagen na de injectie) aangevuld met antihistaminica. Bij jaarlijks ernstiger worden van de klachten valt desensibiliseren zeker te overwegen. Indien na twee jaar evenwel geen effect te bespeuren valt, lijkt het beter te stoppen

(*McAllen*). Indien wel succes wordt geboekt, zou het verantwoord zijn na vier à vijf jaar op proef te stoppen; dat is althans de ervaring van enkele deelnemers, waarvoor we evenwel geen ondersteunende literatuur konden vinden. Anderen vonden dat er zo weinig patiënten voor desensibilisatie in aanmerking komen, dat een goed onderbouwde diagnostiek en vervolgens gericht desensibiliseren zijn aangewezen. Hulp van de KNO-arts is daarbij onontbeerlijk.

Slot

Veel vragen zijn blijven liggen, zoals bijvoorbeeld de vraag naar het belang van de familie-anamnese, de plaats van dinatrium cromoglycaat in het beleid en de indicatie tot verwijzen naar de KNO-arts. Tijdens de discussies leek inderdaad eenvoud een kenmerk van het ware: de anamnese blijkt van het grootste belang voor de diagnose, laboratoriumonderzoek en allergietests hebben een zeer beperkt belang voor de huisarts en de noodzaak om tot een beperkte therapeutische aanpak te komen werd door ons allen gevoeld. Bij hooikoorts dreigt polypragmasie, een vorm van geld verspillen en een teken van gebrek aan vertrouwen in eigen beleid. Achteraf vonden we veel van onze opvattingen terug in een recent en uitvoerig artikel van *Harland*.

Geheel anders is de relatie tussen hooikoorts en andere vormen van atopie; onduidelijk is daarbij met name de spreiding over de verschillende leeftijdsgroepen gebleven. Mogelijk ontsluit toekomstig immunologisch onderzoek de hiermee samenhangende raadselen. Voorlopig stellen we ons tevreden met de constatering dat wondermiddelen niet bestaan, maar dat het hooikoortsseizoen voor patiënt noch huisarts een al te frustrerende tijd behoeft te zijn.

Anderson, W. V., N. E. V. Marshall and M. C. Clark. A double blind controlled trial of disodium cromoglycate in seasonal allergic rhinitis. (1972) *Practitioner* 212, 676-679.

Beall, G. N., B. A. Berman, W. I. Kniker e.a. Allergic rhinitis: diagnostic workup. (1978) *Patient Care* 12, 108-173.

Bhandari, C. M. and V. S. Baldwa. Relative value of peripheral blood, secretion and tissue eosinophilia in the diagnoses of different patterns of allergic rhinitis. (1976) *Ann. Allergy* 37, 280-284.

Black, J. B. Mck. Upper respiratory tract infections. (1978) *Update* 17, 151-158.

- Blair, H. and R. L. Herbert. The use of disodium cromoglycate in seasonal rhinitis. (1972) *Practitioner* **208**, 671-676.
- Brogden, R. N., R. M. Pinder, P. R. Sawyer e.a. Beclomethanose dipropionate II: allergische rhinitis and other conditions. (1975) *Drugs* **10**, 211-217.
- Coffman, D. A. and C. P. Chalmers. Incidence of hay fever in a North London practice. (1979) *J. roy. Coll. gen. Practit.* **24**, 171-180.
- Desensibiliseren, niet te hooi en te gras. (1978) *Geneesmiddelen Bulletin* **12**, 5-10.
- Dieges, P. H. Atopische rhinitis. (1978) *huisarts en wetenschap* **21**, 217-220.
- Dieges, P. H. en A. Heeringa. Het klinisch effect van intranasale beclomethason inhalatie bij chronische rhinitis vasomotorica. (1978) *Ned. T. Geneesk.* **122**, 744-749.
- Freed, D. L. J. The management of allergic rhinitis in general practice. (1976) *Practitioner* **216**, 330-335.
- Fry, J. Common diseases. *MTP Press, Lancaster*, 1979.
- Ganderton, M. A. and V. H. T. James. Clinical and endocrine side-effects of methyl prednisolone acetate as used in hay fever. (1970) *Brit. med. J.* **1**, 267-269.
- Godfrey, R. C. Allergy. (1978) *Update* **17**, 791-804.
- Harland, R. W. The management of hay fever in general practice. (1979) *J. roy. Coll. gen. Practit.* **29**, 265-286.
- Hickish, G. W. Nasal allergies. In: J. Fry, P. S. Byrne and S. Johnson (ed.). A textbook of medical practice. *MTP Press, Lancaster*, 1976.
- Hodgkin, K. Towards earlier diagnoses. *Churchill Livingstone, Edinburgh etc.*, 1973.
- Holopainen, E., A. Backman and D. D. Salo. Effect of disodium cromoglycate on seasonal allergic rhinitis. (1971) *Lancet* **1**, 55-57.
- Manners, B. T. B. The diagnostic value of detecting eosinophilia of nasal secretions in allergic rhinitis. (1974) *J. roy. Coll. gen. Practit.* **24**, 397-399.
- McAllen, M. The prevention and treatment of hay fever. (1972) *Practitioner* **212**, 757-766.
- Nizami, R. M. and M. T. Baboo. Efficiency double blind cross over study of sodium cromoglycate. (1977) *Ann. Allergy* **38**, 42-45.
- Oliemans, A. P. Morbiditeit in de huisartspraktijk. *Stenfert Kroese, Leiden*, 1969.
- Voorhorst, R. Het atopie syndroom. *Stafleu, Leiden*, 1971.

Deelnemers aan deze Huisartsgeneeskundige conferenties zijn: J. F. Bakker, P. J. A. M. Baselier, W. J. M. Becking, Dr. H. F. J. M. Crebolder, J. P. van Dam, C. J. Erdman, Prof. Dr. F. J. A. Huygen, R. Kartodirdjo, E. H. van de Lisdonk, H. J. M. Markus, P. Mesker, H. A. Nolet, J. W. van Ree, J. W. G. Schellekens, Dr. L. M. de Sonnaville, Dr. H. G. M. van der Velden, J. M. T. Versteegen, Dr. H. L. A. Vlamings, Th. B. Voorn, J. T. N. Weijters, P. de Winter en R. G. Zwart, allen huisarts, verbonden aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.

Kortjakje

Als jonge huisarts, niet geheel onbekend met het wereldje van „gedragswetenschappers” had ik wel wat anders verwacht dan de „bijdrage” van Hans van der Voort aan het eerste lustrum van de huisartsenopleiding aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut. En dat deze bijdrage in *huisarts en wetenschap* is afgedrukt, vind ik onbegrijpelijk. Het verhaal raakt wat mij betreft kant noch wal; het gaat over Kortjakje, gedragswetenschappers, huisartsen, hulpverlening, versterking van de eerste lijn, jargon, structuren, gevoelens, manipulatie enzovoort. Ineens herkende ik iets: „In onze cultuur (...) ligt er voor de hulpverleners nog een immense taak. Het is zinloos keer op keer te proberen van iemand weer „de oude” te maken: hij moet „beter” worden, in de letterlijke zin. (...) En een gezondheidszorg die niet op groei, op leren leven is gericht, zal altijd een teleurstelling in zichzelf blijven.”

Hans, mij neem je niet in de maling. Ik weet niet wat een „beter” leven is, hoe ik een cliënt/patiënt moet „leren leven”, of waarop hij zijn groei moet richten; evenmin geloof ik dat jij het weet, of een van je collegae gedragswetenschappers. Ik probeer gewone mensen met (gewone) problemen te helpen. Als gedragswetenschappers de eerste lijn willen versterken om deze hulp sneller, efficiënter te verlenen, zeg ik: prima. Maar, gedragswetenschappers, past op Uw tellen!

Oostvoorne, maart 1980,
B. Terluin

Voort, H. van der. Altijd is Kortjakje ziek. „De zegeningen van de gedragswetenschappers”. (1980) *huisarts en wetenschap* **23**, 109-111.

Naschrift

Ik hoop voor B. Terluin, dat hij zich niet alleen dán gerechtigd voelt problemen te signaleren als hij ook exact de oplossingen achter de hand heeft. Hij zou in de verleiding kunnen komen te doen alsof hij oplossingen heeft.

Het heeft niet in mijn bedoeling gelegen iemand in de maling te nemen, ook B. Terluin niet. Wel heb ik erop willen wijzen, dat dit naar mijn mening in de gezondheidszorg veel te vaak wél gebeurt, zowel tegenover elkaar, als tegenover de patiënten.

H. van der Voort

Geboortenregeling anno 1980

Naar aanleiding van het artikel „Geboortenregeling anno 1980” van *Huls* wil ik graag enkele opmerkingen maken. Dit artikel geeft aan huisartsen zeer nuttige informatie over de betrouwbare methoden van geboortenregeling. Natuurlijk is het voor huisartsen van het allergrootste belang, dat zij op de hoogte blijven van nieuwe ontwikkelingen op het gebied van de anticonceptie. Maar van even groot belang is, dat zij weten wat er leeft onder hun patiënten; en dat betekent, als het over geboortenregeling gaat, helaas nog: onder hun vrouwelijke patiënten. Nog steeds blijkt in ons land de anticonceptie vooral voor rekening van de vrouw te komen.

De laatste tijd kan men in de populaire pers regelmatig lezen dat de pil op zijn retour is. In 1979 gebruikten 1.313.000 vrouwen de pil, eind 1979 1.100.000. Vrouwen beginnen bang te worden van de pil. Dat is niet zo verwonderlijk na alle angstaanjagende publikaties. Een bericht van Stimezo Nederland van 24 maart 1980 vertelt dat het aantal abortussen in 1979 met 12 procent is toegenomen ten opzichte van 1978. Dit betreft in Nederland woonachtige vrouwen. Stimezo vermoedt dat het afnemend gebruik van de pil hiervan de voornaamste directe oorzaak is. De hetze van de Ombudsman tegen sterilisatie van man en vrouw zal zeer waarschijnlijk het aantal sterilisaties niet doen toenemen.

En dan verschijnt er een gezaghebbend artikel in *huisarts en wetenschap* met als titel: „Geboortenregeling anno 1980.” De inleiding van het artikel luidt: „Er zijn tegenwoordig een aantal betrouwbare methoden om zwangerschap te voorkomen: vrijwel altijd is het mogelijk een methode te kiezen met een

(1980) *huisarts en wetenschap* **23**, 241