

Ingezonden

Het zou bijzonder interessant zijn na te gaan wat de diagnostische waarde ten aanzien van bronchusobstructie is van de bijgeruisen bij auscultatie (piepen en brommen) die Sluiter ook noemt. Verder onderzoek bij patiënten die zich met luchtweklachten bij de huisarts melden, is hiervoor op zijn plaats.

J.W.M. Muris
M.H.J. Vaessen
F. Sturmans

Literatuur bij pag. 395

- ¹ Anoniem. Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland. Jaarverslagen 1982-1985. Utrecht: NHI/Nivel, 1983, etc.
- ² Schadé E, IJzermans CJ. Over de volledigheid van de voorgestelde kankerregistratie. *Huisarts Wet* 1985; 28: 171-3.

Register 1972 - 1986

In het Register 1972 - 1986 van *Huisarts en Wetenschap* zijn voor tien trefwoorden niet alleen de codes van de daaronder vallende artikelen vermeld, maar ook de volledige titelbeschrijvingen. Soortgelijke overzichten met de volledige titelbeschrijving zijn gemaakt voor nog eens 54 trefwoorden (zie pagina 330 van het oktobernummer). Deze overzichten zijn verkrijgbaar à f 5,- per trefwoord.

Tevens is een auteursregister van 38 pagina's A4 verkrijgbaar à f 12,50.

Voor niet-abonnees en voor gebruikers die behoefte hebben aan een tweede exemplaar, is bovendien nog een beperkt aantal exemplaren van het register beschikbaar. De kosten hiervan bedragen f 7,50.

Aanvragen kunnen *schriftelijk* worden gericht aan het redactiesecretariaat van *Huisarts en Wetenschap*, Postbus 14015, 3508 SB Utrecht.

Boekbesprekingen

De telefoon in de huisartspraktijk. De rol van de telefoon in een huisartspraktijk; opvatten van patiënten en huisartsen [Dissertatie]. Sietsma E. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1987. *Handelsuitgave: Lelystad: Meditekst*, 1987; 88 pagina's, prijs f 24,50. ISBN 90-5070-003-9.

Eindelijk een wetenschappelijke studie in Nederland over het gebruik van de telefoon in de huisartspraktijk. Het is mijns inziens een belangrijk onderzoek, omdat het de (huis)artsen zal moeten wakker schudden voor de grote betekenis die de telefoon in de maatschappij heeft gekregen. Dat blijkt uit het feit dat de arts in een normpraktijk 60-90 minuten per dag met de telefoon werkt. Bovendien is er nu in bijna alle huishoudens in Nederland telefoon, terwijl er voor althans het actief opbellen geen speciale vaardigheid is vereist.

Helaas denken vele huisartsen er ook zo over ten aanzien van het opgebeld worden. Deze studie zal daarom voor ons huisartsen een krachtige impuls kunnen zijn om ons te gaan trainen in telefonische gespreksvoering op basis van begrip van de sterke en zwakke punten van telefonische communicatie. In de studie van Sietsma mis ik overigens het belang van de sterke punten van de telefonische communicatie als tegenwicht voor het ontbreken van veel non-verbale signalen. Ik denk daarbij aan het op elk moment contact kunnen leggen met de ander, het intensieve persoonlijke luistercontact en de gelijkwaardigheid als een ieder vanuit zijn eigen omgeving telefonisch communiceert. Met training leert men de zwakke en sterke punten herkennen en hanteren.

De eerste onderzoeksvraag - 'Hoe groot is de omvang van het telefoongebruik in de huisartspraktijk en wat zijn de kenmerken van telefonische verrichtingen?' - leverde geen verrassende antwoorden. Wel gaf dit deel van het onderzoek de noodzakelijke referentiepunten voor verder onderzoek.

De tweede onderzoeksvraag - 'Wat is geschikt om via de telefoon te behandelen?' - was meer een inventarisatie van de gebieden waarop de meeste vragen worden gesteld en beantwoord. Maar als op het gebied van hart en bloedvaten weinig vragen bij de arts binnenkomen, hoeft dat gebied niet minder geschikt te zijn. Het is mogelijk dat de vragentelefoon van de hartstichting de meeste vragen hiervoor krijgt evenals de SOS-telefoon voor vragen op psychisch terrein. Bij de beantwoording van deze onderzoeksvraag miste ik de afgrenzing van het gebied waarbinnen men telefonisch kan behandelen of advies geven. Hoe ligt met name de verantwoordelijkheid met betrekking tot gegeven adviezen? Is er wat dat betreft verschil tussen eigen (bekende) patiënten, patiënten uit de waarneming en passanten? Hoe ligt de verantwoordelijkheid bij bijvoorbeeld het antwoord op de vraag betreffende

de vergeten anticonceptiepil, met name in het geval dat er een ongewenste zwangerschap optreedt die toen te voorkomen zou zijn geweest? Hoe zuiver zijn onze redenen iets wel of niet telefonisch te behandelen in het licht van medische, emotionele of materiële noodzaak?

De derde onderzoeksvraag - 'Welke standpunten hebben patiënten en huisartsen betreffende het gebruik van de telefoon in de huisartspraktijk?' - laat een belangwekkend verschil zien. Patiënten zien meer noodzaak in goede mogelijkheden tot telefonisch overleg met hun huisarts dan de huisartsen met hun patiënten. Hier komt de praktijkorganisatie om de hoek kijken die blijkbaar sterk wordt beïnvloed door de telefoon.

Helaas las ik weinig concrete aanbevelingen om tot een goede integratie van de telefoon in de huisartspraktijk te komen. Indien de huisarts de centrale figuur wil blijven in de opvang van patiënten in de eerste lijn, dan zal hij een goede telefonische bereikbaarheid moeten waarborgen waarbij allerlei zaken ook telefonisch goed afgewikkeld kunnen worden. De gemeenschap, artsenorganisatie en verzekeringsmaatschappijen inclusief, zal het echter duidelijk zijn dat het 'even de dokter bellen' het aangaan van een medisch contract betekent, waarbij zowel het aangaan van verantwoordelijkheid als een honorering behoort. De stellingname van Sietsma over de honorering vind ik te willekeurig en tevens te onduidelijk.

Ondanks deze kritische punten vind ik het een bijzonder boeiende en makkelijk leesbare studie die op dit nog onbesproken terrein als mijlpaal mag worden beschouwd. Iedere huisarts die zich het belang van de telefoon realiseert, zou ik dit boek van harte ter lezing willen geven.

J.G. Starreveld

De vroege signalering van alcoholproblematiek [Dissertatie] Van Limbeek J, Walburg JA. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam. *Handelsuitgave: Lisse: Swets en Zeitlinger*, 1987; 233 bladzijden, prijs f 40,-. ISBN 90-265-0858-1.

Huisartsen lijken niet erg goed in het herkennen van aan alcoholmisbruik gerelateerde psychosociale of somatische klachten. De beide promovendi, de eerste arts-onderzoeker, de tweede directeur van de Jellinek kliniek zijn beiden deskundigen op het gebied van de verslavingsproblematiek. Er is volgens hen onder medici behoefte aan duidelijke diagnostische criteria en een systematische onderzoeksprocedure met betrekking tot alcoholmisbruik.

In het eerste deel van het proefschrift wordt de literatuur betreffende de bestaande vragenlijsten besproken en wordt hun keus om verder onderzoek te gaan doen met de Münchener Alcohol Test (MALT) toege-

licht. De MALT bestaat uit twee delen: een zelfbeoordeling en een beoordeling door de arts.

In het tweede en derde deel wordt deze test gestandaardiseerd en gevalideerd voor Nederland als 'screenings'-test, als test om de 'ernst' van het alcoholgebruik vast te stellen en als test voor de differentiële diagnostiek. Dat gebeurt via een aantal deelonderzoeken in een verslavingskliniek, afdelingen van een algemeen ziekenhuis, een gezondheidscentrum en een kleine steekproef als bevolkingsonderzoek.

In het vierde deel van het proefschrift wordt een besliskundig model ontwikkeld voor de huisarts. Bij een aantal klachten – maagdarfstoornissen, adipositas, hoofdpijn en psychische problemen – en bij foetor alcoholicus tijdens het spreekuur is er vaak sprake van alcoholafhankelijkheid. Mannen komen vaker met lichamelijke symptomen, vrouwen eerder met psychische problematiek. De huisarts stelt dan, als er sprake is van alcoholgebruik, eerst de vragen van de 'MALT-3': 'Drinkt u vrij vaak voor het middageten alcohol?', 'Zou u zonder alcohol minder problemen hebben?' en 'Wilt u soms stoppen met drinken en dan weer niet?'. De patiënten die hier één of meer keren positief op antwoorden, vullen dan de hele MALT in (24 vragen). Op deze manier is met hoge zekerheid een groot deel van de alcoholmisbruikende populatie te 'herkennen'; degenen die gemist worden, komen later weer terug met een andere klacht. Algemeen lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek (MCV en gamma-GT) kunnen een aanvulling geven.

Wat te doen als het alcoholprobleem is gesignaleerd? Dit komt in de appendix kort aan de orde. Volgens de literatuur hebben in de huisartspraktijk 'minimale interventies' een goed rendement. De auteurs hebben naar aanleiding daarvan een protocol ontwikkeld: de resultaten van de MALT bespreken, patiënt(e) informeren aan de hand van eigen vragen, gebruik van een zelfhulpboekje, analyseren 'terugvalmomenten' en helpen structureren van de vrije tijd. Essentieel hierbij is 'niet moraliseren' en de verantwoordelijkheid bij de patiënt(e) laten.

De auteurs hebben een enorme hoeveelheid belangrijk werk verricht om de MALT te valideren voor Nederland. Voor de huisarts is eigenlijk alleen het vierde deel van het proefschrift en de appendix van direct praktisch belang. Het uit het Engels vertaalde zelfhulpboekje is jammer genoeg niet aanwezig in de handelseditie. De huisartsen die ermee gewerkt hebben, waren volgens de auteurs zeer te spreken over het praktisch nut van de in de appendix opgenomen methode.

Dit protocol zou mijns inziens een uitstekend onderwerp van een vervolgonderzoek kunnen zijn, met aandacht daarbij voor de

tijsdinvestering door de huisarts en de effecten op de langere termijn.

Gré van Gelderen

Tactiek voor de huisarts. *Bügel PC. Amsterdam, Brussel: Elsevier, 1986; 130 bladzijden, prijs f 38,-. ISBN 90-100-5844-1.*

De schrijver van dit boek is sinds jaren als psycholoog werkzaam bij de beroepsopleiding in Groningen; het begeleiden van groepen is daarbij zijn voornaamste taak.

De eerste vier hoofdstukken geven de visie van de schrijver weer ten aanzien van de huidige medische opleiding. De basisopleiding zou grondig herzien moeten worden, wetenschappelijke denkmethoden komen veel te weinig aan bod en er is weinig aandacht voor de grenzen van het vak. Identificatie met de beroepsrol, aanleren van de medische taal en aanpassing aan de medische omgangsvormen worden daarentegen overgewaardeerd. De werkzaamheden van de groepsbegeleider omvatten dan ook vooral het afleren van een aantal verworvenheden uit de kliniek.

In de laatste zes hoofdstukken gaat de auteur in op de strategieën die de huisarts kan volgen. In kort bestek komen aan bod: de strategische concepten van Van Lidt de Jeude en Rogers en het methodisch werken. Maar ook de patiënt heeft zijn tactiek als hij '360 mogadon' wil hebben. Hierbij zal hij zich de rol van patiënt aanmeten en niet die van consument, zodat de arts niet als kruidenier maar als dokter wordt aangesproken.

De schrijver vervolgt met de constatering dat het effect van de verschillende psychotherapeutische benaderingswijzen weinig uitmaakt. En waarom dan geen nieuwe, korte en overzichtelijke therapie voor de huisarts, is zijn vraag. Uitgangspunten hierbij zijn dat graven in het verleden en zoeken naar de oorzaken van het menselijk gedrag weinig opleveren. Emoties zijn volgens de schrijver een artefact, een individuele interpretatie van een verhoogde adrenalinespiegel. De huisarts hoeft zich met de genoemde zaken dus niet bezig te houden maar met wat dan wel?

Bügel noemt in de eerste plaats het 'positief labelen', waarin de klacht en het gedrag in positieve termen worden benoemd. De therapeut zal de patiënt hoop moeten geven voor de toekomst en ten aanzien van het verleden moeten benadrukken dat de patiënt niet 'de schuld' is van zijn klacht, maar dat deze buiten hem om is ontstaan. Ook de 'judotechniek' (meegaan met de patiënt om vervolgens het initiatief over te nemen) behoort een onderdeel te zijn van het tactisch arsenaal van de huisarts. Verder geeft de schrijver adviezen hoe er met echtparen het best gepraat kan worden, alsook enige voorbeelden van valkuilen bij het brengen van slecht nieuws.

Met behulp van deze strategische concepten kan de arts bij de somatisch gefixeerde patiënt die weer eens om een verwijfskaart vraagt of een wel erg groot vertrouwen heeft in medicatie, beter uit de voeten, ook al blijft het een ondankbare taak. Het geloof in zijn Ziekte is zijn identiteit en dat probleem hoeft niet 'opgelost te worden'. Inzicht in eigen ziektegedrag is dan ook niet aan de orde. Praten helpt, maar heeft vooral een placebo-effect. Wat ook helpt, is het prijzen van de levensmoed van de patiënt die er tenslotte ook niets aan kan doen dat hij in een gemedicaliseerde wereld is geboren.

In het eerste deel van het boek wordt flink wat overhoop gehaald, met als gevolg een wat vluchtige aanstipping van een aantal controversiële zaken. Het tweede deel biedt meer samenhang en diepgang. Duidelijk is dat de schrijver zijn klassieken kent. Zijn werkervaring klinkt door in een scherpzinnige kritiek ten aanzien van het methodisch werken. Bügel neemt in veel zaken een geprononceerd standpunt in, soms ook provocerend, in mijn ogen een logisch nevenverschijnsel van het veel samenwerken met artsen.

Voor wie is dit boek bestemd? Ik denk in de eerste plaats voor de arts-assistenten in opleiding tot huisarts; de inhoud zal voor hen de meeste nieuws waarde bevatten. De ervaren huisarts die zich in het verleden geschoold heeft in de principes van de gesprekstechniek, gezinsbenadering en directieve therapie, zal er niet zoveel nieuws in vinden. De doorsnee huisarts zal hier en daar wel de nodige nieuwe ideeën en *eye-openers* vinden. Zelf was ik licht teleurgesteld, waarschijnlijk doordat de nogal pretentieuze titel bij mij hoge verwachtingen had gewekt.

Joop Stam

Echografie. Voornaamste toepassingsmogelijkheden *Afschrift M, Voet D, Niel C, Defoort P. Alphen aan den Rijn, Brussel: Stafleu, 1987; 70 bladzijden, prijs f 27,90. ISBN 90-6016-810-0.*

Monografieën over nieuwe vormen van diagnostiek die ook door de eerste lijn worden aangevraagd, zijn welkom. Op deze wijze kan een overzicht worden geboden van een vakgebied dat eerder in allerlei deelaspecten in medische tijdschriften is verschenen. Kennis van de echografie is van belang voor de huisarts, omdat hij de verantwoordelijkheid draagt voor de consequenties van de echografische bevindingen.

Het boekje opent met een technisch verhaal over de verschillende vormen van echografie. Vervolgens worden in vijf hoofdstukken de verschillende orgaanstelsels belicht. Daarbij worden de belangrijkste ziektebeelden beknopt in hun echografische verschijnselen beschreven. Ook wordt – en dat is