

bekend is van hun energieverbruik bij fysieke activiteiten; men moet in dit geval schattingen maken op basis van hun opname aan calorieën. Bij gezonde kinderen daalt de energieopname sterk na de eerste 6 maanden na de geboorte, om na 9 maanden weer te gaan stijgen ten gevolge van een grotere activiteit. Als resultaat van dit onderzoek wordt de energiebehoefte tussen 3 en 9 maanden nu 10-15 procent lager geschat dan tot nu toe gebruikelijk was. Deze kwestie is belangrijk voor de vraag, hoe lang uitsluitend borstvoeding voldoende is.

De grondslag voor het bepalen van de eiwitbehoefte blijft de stikstofbalans. Tot nu toe werden de meeste onderzoeken hierover verricht bij studenten in de USA, die altijd een zeer hoge eiwitopname hadden. Er zijn nu proeven in andere landen gedaan, maar er kwamen geen belangrijke verschillen uit. De gemiddelde eiwitbehoefte wordt nu iets hoger geschat dan tevoren; anderzijds verviel een correctiefactor voor voldoende essentiële aminozuren, zodat de schattingen van de eiwitbehoefte voor volwassenen op een normaal dieet vrijwel gelijk zijn aan die van 10 jaar geleden. Ook voor zuigelingen en kinderen is er weinig gewijzigd. Het nieuwe rapport legt er de nadruk op dat er correcties voor de verteerbaarheid van vele plantaardige eiwitten gemaakt moeten worden.

Er is een discrepantie tussen de extra hoeveelheden die aanbevolen worden tijdens zwangerschap en lactatie, en de feitelijke opname in de derde wereld, waarbij toch gezonde babies geboren worden die goed groeien. Dit is een veld voor nader onderzoek. Het is verder in de derde wereld niet realistisch om de behoeften van gezonden als maat aan te nemen. Veel kinderen staan immers bloot aan talrijke infecties of zijn onder hun gewicht.

Veel vragen blijven bestaan. De enige manier om met zekerheid de vraag te beantwoorden of iemand genoeg voedsel krijgt, is hem wat meer te geven en na te gaan of dat zijn functioneren en de kwaliteit van zijn bestaan verbetert.

C. H. A. Westhoff

Hyperventilatie. Een onderzoek rondom diagnostiek en behandeling van het hyperventilatiesyndroom [Dissertatie]. Vlaender-van der Giessen CJM. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam, 1986. Handelseditie: Lisse: Swets & Zeitlinger, 1986; 168 pagina's, prijs f 33,80. ISBN 90.265.0737.2.

Het hyperventilatiesyndroom is een aandoening waarover onze kennis voorlopig nog niet is uitgekristalliseerd. Met dit proefschrift heeft de auteur een flinke bijdrage geleverd aan de verheldering van diagnose en therapie. Zowel fysiologische als psychologische variabelen werden getoetst op hun bruikbaarheid voor het stellen van de diagnose en verschillende therapieën werden met elkaar vergeleken.

De 220 patiënten die aan het onderzoek meededen, waren ter behandeling verwezen door hun huisarts of een specialist naar de afdeling klinische psychologie van de VU. Deze patiënten ondergingen een capnografisch geregistreerde hyperventilatieprovocatie, ter bevestiging van de diagnose. Tevens werd het belang van verschillende parameters voor de diagnose bepaald.

Uit het onderzoek bleek onder andere dat de diagnose hyperventilatiesyndroom gesteld kan worden op basis van twee onafhankelijke dimensies: de koolzuurwaarden en de klachten, en in mindere mate ook op basis van de ademfrequentie. Nogal revolutionair lijkt de conclusie, dat noch het herkennen van de klachten bij de provocatie, noch het vertraagde herstel van koolzuurwaarden na de provocatie bijdraagt aan het stellen van de diagnose.

De in groepsverband gegeven therapie bestond uit drie componenten: autogene training, auditieve ademfeedbacktherapie en ademhalingstherapie, of een combinatie van deze. Het effect van de therapie werd gemeten aan de hand van koolzuurwaarden, ademfrequentie, angst, klachten en depressie. De therapievorm die bestond uit een combinatie van autogene training en ademhalingstherapie, bleek uiteindelijk het meest effectief.

Drie kanttekeningen:

- De populatie van de huisartspraktijk is natuurlijk anders dan in dit onderzoek, wat inhoudt dat de resultaten beperkt van toepassing zijn voor de huisarts.
- Opmerkelijk is dat nergens verwezen

wordt naar publikaties uit de hoek van de directieve therapie; er was dan ook geen therapiegroep waarin de hyperventilatieprovocatie-oefeningen volgens Hoogduin werden toegepast.

- Aangezien men het nog niet eens is geworden over de gestandaardiseerde omstandigheden van de hyperventilatieprovocatie en over de normaalwaarden daarvan, kan men nog niet concluderen dat het vertraagde herstel na hyperventilatieprovocatie van geen waarde is (vergelijk hoe lang het geduurd heeft voor men het eens werd over de normaalwaarden en omstandigheden van een GII). Mogelijk is echter dat andere waarden dan het percentage van de uitgangswaarde van het koolzuur relevanter zullen blijken.

Al met al een boeiende dissertatie, vooral voor de huisarts die geïnteresseerd is in het hyperventilatiesyndroom en op de hoogte wil blijven van de nieuwste inzichten.

D.H. Arentz

Inleiding tot de proctologie. Wullink FH. Voorst: 't Nieuwe Hoen, 1986; 99 bladzijden, prijs f 48,- (inclusief verzendkosten). Te bestellen bij: Polikliniek voor Flebologie en Proctologie, Hoenweg 3, 7383 RZ Voorst.

Dit boek behandelt de meest voorkomende anorectale aandoeningen waarmee de huisarts te maken heeft. In de inleiding merkt de auteur op dat de interesse en kennis van de anale pathologie bij de meeste artsen marginaal is. Omdat leerboeken op dit terrein schaars zijn, zou dit boekje in een leemte voorzien. Gegeven het ontbreken van onderzoekgegevens, komt deze bewering voor rekening van de auteur.

Na inleidende hoofdstukken over anatomie, defecatie en continentie, wordt allereerst het anale onderzoek beschreven. Gezien het feit dat nauwkeurig lokaal onderzoek, naast de anamnese, van groot belang is voor diagnostiek van anorectale ziekten, is deze systematische beschrijving waardevol. In de volgende hoofdstukken wordt onder meer ingegaan op aambeien, perianale trombose, proctitis, pruritus ani, fissura en fistula ani. Symptomatiek en behandeling worden systematisch beschreven. Helaas wordt daarbij te veel nadruk gelegd op de diverse ingre-

pen en wordt te weinig ingegaan op het grote belang van adviezen betreffende anale hygiëne en regeling van de defecatie. Helaas is een huisartsgeneeskundige benadering niet herkenbaar. Zo worden bij 'onvoldoende defecatie' laxeremiddelen geadviseerd, in plaats van dieetadviezen (vezelrijke voeding) en leefregels (meer bewegen, regelmatige maaltijden en dergelijke). Opvallend is dat eerst de diverse behandelingsmethoden ten aanzien van aambeien worden behandeld, terwijl pas in de laatste plaats – en dan terloops – aandacht wordt besteed aan symptomatische en hygiënische maatregelen.

Bij de verschillende behandelingsmethoden wordt niet ingegaan op wat de huisarts al of niet zelf zou kunnen doen. Verwijsindicaties worden dan ook niet vermeld. Ook bij de diagnostiek van maligne tumoren van het rectum wordt niet ingegaan op de diagnostische problemen van de huisarts.

De auteur, 20 jaar huisarts, maar thans werkzaam in de Polikliniek voor Flebologie en Proctologie, is zich er blijkbaar niet van bewust dat de patiënten in deze polikliniek een geselecteerde populatie vormen. Hierdoor is hij te weinig terughoudend bij zijn beleid. Toch bevat dit boekje veel waardevolle informatie voor de huisarts. Bovendien is het fraai uitgevoerd en van veel uitstekende foto's en tekeningen voorzien. Als aanvulling op huisartsgeneeskundige literatuur kan het dan ook worden aanbevolen.

R. A. de Melker

Working together – learning together. Jones RVH. *J R Coll Gen Pract [Occas Pap]* 33; prijs £ 3.00.

Nog veel meer dan in Nederland is multidisciplinaire samenwerking in het Verenigd Koninkrijk geïnstitutionaliseerd, dankzij de randvoorwaarden die de National Health Service heeft geschapen. Multidisciplinaire training wordt alom aanbevolen, maar vrijwel nergens uitgevoerd; bijna geen van de betrokken professies krijgt een echte training in multidisciplinaire samenwerking tijdens of na de opleiding. Het resultaat is dat de kwaliteit van de zorg lager is dan nodig.

De auteur beschrijft een veldexperiment van een multidisciplinaire groep gedurende een achttal jaren. De groep

is ontstaan vanuit de afdeling huisartsgeneeskunde van de universiteit van Exeter en bestond onder meer uit wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers en huisartsen.

Al in het voorwoord wordt een indringende opsomming gegeven van de problemen die aan multidisciplinaire samenwerking ten grondslag liggen: verschillen in traditie en training, communicatieproblemen ontstaan door taalgebruik en de gelijktijdige zorg rondom het ziekbed, statusverschillen, verschillen in doelpopulatie, diverse werkplaatsten en gebouwen en constante verschuivingen in de samenstelling van het team. Ondanks deze belemmeringen heeft men toch op een zeer pragmatische manier geprobeerd de samenwerking te bevorderen. Daarbij is de nadruk geleidelijk verschoven van samen praten naar samen doen. Vooral het besluit om gezamenlijk een patiënt thuis te bezoeken en die gemeenschappelijke ervaring als uitgangspunt te nemen voor verdere discussies, bleek bijzonder succesvol.

Van de ontwikkelde evaluatiemethodieken is vooral de lijst met tien probleemsituaties het vermelden waard. In deze lijst kan door de werkers zelf worden aangegeven, wie de meest essentiële hulpverlener is.

Gewezen wordt op het belang van interprofessionele training tijdens de opleiding en nascholing. De belemmeringen zijn deels praktisch van aard en deels te wijten aan gebrek aan inzicht bij regelaars, opleiders en werkers. De belangrijkste aanbeveling is wel dat een opleider niet dient te worden aangesteld, als hij niet kan aantonen ervaring te hebben opgedaan in interdisciplinaire leersituaties.

Aanbevolen voor opleiders in het basiscurriculum en de beroepsopleiding.

Harry Crebolder

Ontwikkelingen in de verloskunde en gynaecologie. Bouma I, Huisjes HJ, Kauer FM, red. *Alphen aan den Rijn: Samsom Stafleu, 1986; 153 bladzijden, prijs f 39,50. ISBN 90-6016-692-2.*

Dit boek illustreert op treffende wijze, hoe ver de specialistische gynaecologie is weggedreven van de realiteit in de huisartspraktijk. Terwijl het geschreven zou zijn 'ten behoeve van de eerstelijns in de gezondheidszorg', blijkt er op geen

enkele plaats kennis te zijn genomen van belangrijke huisartsgeneeskundige onderzoeksbevindingen en opvattingen. Zonder nuancering huldigen de auteurs dan ook de bekende specialistische opvattingen, dat elke Pap IIIA colposcopisch geverifieerd dient te worden en dat elke salpingitis eigenlijk pas na laparoscopie behandeld mag worden met... bedrust en antibiotica.

Een misser van de (ex-)huisartsen in de redactie van de Nederlandse Bibliotheek der Geneeskunde.

Frans Meyman

Rectificatie

In ons artikel 'Evaluatie van consultvoering: een spreekuur nagebootst' – Huisarts en Wetenschap 1986; 29: 316-8 – is een gedeelte van de tekst weggevalen. In de paragraaf 'Ervaringen van de docenten' (pagina 318) moet staan:

'In het najaar van 1983 en voorjaar van 1984 werd geëxperimenteerd met het toetsinstrument van het Utrechts Universitair Huisartsen Instituut.^{8 9} De docenten bleken scoringsmoeilijkheden en uiteenlopende meningen voor de achtergronden van dit instrument te hebben. Dit maakte dat naar een ander instrument werd uitgekeken.'

De bijbehorende referenties zijn:

⁸ Pieters HM, Jacobs HM. Hulpverlening van artsen in opleiding getoetst. *Med Contact* 1983; 38: 1539-2.

⁹ Jacobs HM, Pieters HM. Hulpverlening van huisartsen in opleiding getoetst. *Med Contact* 1984; 41: 114-6.

A. A. M. Crijnen
J. van Thiel
H. F. Kraan

Nota bene

Huisartsen die naar verhouding veel verwijzen, verwijzen vooral veel voor niet-ernstige, self-limiting aandoeningen.

Stelling bij: Mokkink HGA. Ziekenfondscijfers als parameter voor het handelen van huisartsen [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1986.