

kunde zijn voorgeschiedenis (risicofactoren), anamnese en gericht onderzoek van meer belang dan aanvullend onderzoek.

De huisarts heeft bij ernstige ziekten, zoals carcinoom, te maken met een lage positief voorspellende waarde. Aanvullend onderzoek zal alleen zinvol zijn indien de a priori kans relatief groot is op grond van voorgeschiedenis, alarmsignalen e.d.

Of de huisartsgeneeskundige benadering zo 'armzalig' is als de auteurs stellen, betwijfel ik ten zeerste. Met name de klinische epidemiologie heeft ertoe bijgedragen dat 'pluis' en 'niet pluis' meer inhoud hebben gekregen. In de geneeskunde bestaan relatief weinig diagnostische zekerheden. Als clinicus in de eerste lijn zal de huisarts vooral tot een *prognose* moeten komen. De ernst van de situatie wordt bepaald of beoordeeld op grond van diverse klinische gegevens. De prognose vormt een essentieel onderdeel van de 'probleemdefinitie', naast de hulpvraag en een aantal werkhypotheseën.

Is de a priori kans relatief laag dan is een 'volgend' beleid geïndiceerd. Er is immers geen sprake van met zekerheid gestelde diagnoses, maar van een voorlopige beschrijving van het klachtenpatroon. Onder een 'volgend' beleid versta ik het actief blijven volgen van het beloop van het klachtenpatroon. Het maken van controle-afspraken is daarbij van belang, evenals het voortdurend alert blijven voor eventuele nieuwe *cues*.

Wordt de a priori kans relatief hoog geacht, dan is nader onderzoek nodig, bijvoorbeeld verwijzing. De huisarts zal niet zozeer de diagnose M. Crohn of coloncarcinoom moeten stellen, als wel de kans op deze ziekten zo nauwkeurig mogelijk moeten bepalen. Het is gevaarlijke schijnagnostiek definitieve 'diagnosen' te stellen op grond van diagnostisch onderzoek met een relatief lage positief voorspellende waarde.

Overigens zou het interessant zijn meer gegevens te publiceren betreffende de ervaringen met de 60 proctoscopieën bij 55 patiënten. Zo vraag ik mij af bij welke patiëntencategorieën een verwijzing voorkomen kon worden c.q. bij welke categorieën juist een verwijsindicatie werd gesteld.

R. A. de Melker

Binnenklimaat van woningen

Sedert geruime tijd houdt de onderafdeling Milieu en Hygiëne van de GGD Rotterdam zich bezig met het onderzoek van het binnenklimaat van woningen. Gebeurde dit voorheen vooral op het gebied van de luchtvochtigheidsbeoordeling in huizen van bewoners met een atopie voor huisstofmijt, thans wordt een toenemend beroep op de afdeling gedaan om te onderzoeken of gezondheidsklachten als hoofdpijn, slijmvlies- en huidirritaties in verband kunnen worden gebracht met het binnenklimaat. In veel gevallen worden deze klachten in één adem genoemd met de mogelijke emissie van formaldehyde(gas). Dat het vaak om heel andere zaken gaat, mogen de volgende praktijkgevallen illustreren.

Kierdicht

Een 46-jarige vrouw met chronische urticaria heeft last van recidiverende zwellingen in het gelaat, rhinitis en hoofdpijklachten. De behandelend dermatoloog meent dat de klachten mogelijk door emissie van formaldehyde uit de in de woning aanwezige spaanplaatconstructies worden veroorzaakt.

Onderzoek onzerzijds kan dit niet bevestigen. Wél wordt een zelf aangebracht, mechanisch, dubbel afzuigstelsel (wasemkap en raamventilator) aangetroffen, dat bij gebruik een onderdruk in de woning veroorzaakt. Doordat de woning 'kierdicht' is gemaakt, wordt deze onderdruk gecompenseerd via het rookgaskanaal van de gaskachel. Het is dan ook niet uit te sluiten dat de patiënte een deel van haar klachten heeft te danken aan een dagelijkse expositie van onvolledig verbrande afvoergassen. In ieder geval zijn de klachten na een uitgebreid ventilatieadvies voor een groot deel verholpen.

Bij ventilatie-adviezen dient men rekening te houden met argumenten die het 'ventilatiegedrag' van de bewoner beïnvloeden, zoals tocht, angst voor inbraak, geluidshinder, verdachte buitenlucht en warmteverlies.

Psychosociale problematiek

Een 73-jarige vrouw voelt zich in toenemende mate onrustig door een mogelijke radonstraling uit gipsplaten die in haar woning zijn aangebracht. De Dienst Centraal Milieubeheer Rijnmond (DCMR) onderzoekt de platen en vindt geen verhoogd stralingsniveau.

De GGD wordt benaderd omdat vermoed wordt dat de klachten voortkomen uit psychosociale problematiek van de vrouw. Via de huisarts wordt het RIAGG benaderd. De psychiater van deze instelling onderzoekt het gedrag van de vrouw en meent dat het beter zou zijn als zij zou worden ondergebracht in een service-flat.

De vrouw wordt hiervoor aangemeld, maar wordt geweigerd vanwege het feit dat zij om soortgelijke redenen in de afgelopen jaren reeds zeven maal verhuisd is.

Trichloorethaan

Het komt regelmatig voor dat (gezondheids)klachten over het binnenklimaat van een woning zich tijdens het onderzoek manifesteren als psychosociaal of psychogeriatrisch; de onderafdeling Milieu en Hygiëne kan hierbij een 'filterende' rol vervullen.

Bij een elfjarig meisje wordt door de schoolarts een afwijkend bloed- en urinebeeld gevonden. Het kind blijkt bij navraag regelmatig hoofdpijn en geïrriteerde ogen te hebben. De klachten verdwijnen als zij met haar ouders naar de camping gaat.

Er volgt een onderzoek naar het binnenklimaat van de ouderlijke woning, waar een buitengewoon hoog gehalte aan trichloorethaan in de lucht van de slaapkamer van het kind wordt aangetroffen. Dit blijkt te worden veroorzaakt door een galvano-bedrijf, waarvan de werkplaats schuin onder de woning ligt. In samenwerking met de dienst Hinderwet van de DCMR, de directie van het bedrijf en de GGD wordt een oplossing gevonden door een ander productieproces te kiezen.

De hoofdpijn en oogirritaties blijken spoedig te verdwijnen. Het afwijkend bloed- en urinebeeld echter niet. Het kind wordt ingestuurd naar de afdeling Toxicologie van het RIVM; er worden aldaar geen aanwijzingen gevonden dat bloed- en urine-afwijkingen veroorzaakt worden door een (chemische) verontreiniging van het binnenklimaat van de woning.

Multicausaliteit

Bij het onderzoek naar het binnenklimaat van woningen dient men steeds bedacht te zijn op de multicausaliteit

van gezondheidsklachten. Het binnenklimaat van woningen lijkt momenteel sterk in de belangstelling te staan, met name wanneer geen directe verklaringen voor de gezondheidsklachten kunnen worden gegeven. In de praktijk blijken deze klachten het meest voor te komen in de goed geïsoleerde nieuwbouwwoningen. De nationale kierenjacht en het brede isolatiebeleid van de overheid maken dat woningen slecht geventileerd worden. Een goede voorlichting op dit gebied lijkt dan ook uiterst zinvol.

Bron: Epidemiologisch Bulletin (Rotterdam) 1987; 20(5).

Incidentie SOA

Er is – door de AIDS-dreiging – veel voorlichting gedaan binnen de risicogroepen over de preventie van HIV-infecties. Het propageren van minder riskant druggebruik en het gebruik van schone spuiten bij druggebruikers aan de ene kant en het stimuleren van ‘safe sex’ (minder partners en minder riskant seksueel gedrag) aan de andere kant zijn de pijlers waarop de voorlichting onder de belangrijkste risicogroepen berust.

Het evalueren van het effect van deze maatregelen – zeker onder de druggebruikers – is moeilijk. Uit het aantal gemelde geslachtsziekten onder homo-seksuele mannen kan wellicht iets worden afgeleid.

Uit *tabel 1* blijkt een onmiskenbare teruggang tussen 1984 en 1986, zowel in Rotterdam als in geheel Nederland. Ook in Amsterdam werd een dergelijke teruggang gesignaleerd.

Het kan zijn dat deze vermindering toe te schrijven is aan de voorlichting over AIDS aan risicogroepen; het zou ook kunnen zijn dat het gaat om een algemene teruggang, met name onder heteroseksuelen. Een gedetailleerder inzicht verschaffen de cijfers van de sociaal-verpleegkundigen voor de geslachtsziektenbestrijding van de GGD, die hun werk op het Academisch Ziekenhuis Dijkzigt verrichten. Deze cijfers hebben betrekking op de gesprekken die deze verpleegkundigen voeren met patiënten met een seksueel overdraagbare aandoening. Ook uit deze cijfers (*tabel 2*) blijkt een aanzienlijke

Tabel 1. Aangegeven gevallen van gonorrhoe en syfillis in Rotterdam en geheel Nederland, 1984-1986. Aantallen.

Jaar	Gonorrhoe		Syfillis	
	Rotterdam	Nederland	Rotterdam	Nederland
1984	4.274	14.400	269	942
1985	3.468	12.454	158	584
1986	3.286	9.841	92	576

Tabel 2. Door de Dienst Geslachtsziektenbestrijding van de Rotterdamse GGD gevoerde gesprekken naar aanleiding van een seksueel overdraagbare ziekte, 1985-1986. Aantallen.

Jaar	Gonorrhoe		Syfillis	
	hetero	homo/bi	hetero	homo/bi
1985	503	55	86	29
1986	446	34	40	9

teruggang, met name voor homo- en biseksuele mannen.

Bron: Epidemiologisch Bulletin (Rotterdam) 1987; 20(5).

Oud-penningmeester Schipper overleden

Bij het ter perse gaan van dit nummer bereikte ons het bericht dat G. A. Schipper, huisarts te Stedum, op 16 april onverwacht is overleden.

Ger Schipper maakte in de periode 1968-1979 deel uit van het Bestuur van het Nederlands Huisartsen Genootschap, de laatste tien jaar als penningmeester. Van 1973 tot 1978 was hij tevens voorzitter van de Stichting Nascholing Huisartsen. Na zijn afscheid als penningmeester werd hij benoemd tot lid van de Algemene Advies Commissie van het NHG. In verband met zijn grote verdiensten voor het Genootschap werd hem in 1979 het NHG-insigne toegekend.