

Functionele buikklasten [Dissertatie]. Bleijenberg G. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1987; 120 bladzijden.

Buikklasten waarvoor bij onderzoek geen organische verklaring wordt gevonden, worden functioneel genoemd. Soms wordt bij het zoeken naar een verklaring of voor een behandelingsadvies een psycholoog ingeschakeld. In dit proefschrift wordt verslag gedaan van een prospectief onderzoek naar de waarde van een uitgebreide anamnese en psychologische tests voor de diagnostiek en prognose van buikklasten op een specialistische polikliniek.

De auteur begint, na een bespreking van de literatuur over het irritable bowel syndroom, te stellen dat deze term onjuist is en beter door 'onverklaarde buikklasten' kan worden vervangen. Hoewel het zeker juist is dat er voor het IBS geen afdoende verklaring gevonden is, en dat niet alle functionele buikklasten psychogeen zijn, biedt de term onverklaarde buikklasten aan de medicus practicus weinig houvast. Bij de keuze van een medicamenteuze beïnvloeding van de klachten geeft een wat meer orgaangerichte terminologie meer steun.

Als therapeut is de auteur meer gedrags-therapeutisch ingesteld, zoals blijkt uit de laatste – Engelstalige – hoofdstukken. Daarin worden resultaten beschreven van de behandeling van het zeldzame 'speaking stomach'-syndroom (maaggeluiden tijdens en door de ademhaling) en het 'spastisch bekkensboden'-syndroom. Tot slot pleit de onderzoeker/therapeut voor meer aandacht voor welomschreven subgroepen van zijn onverklaarde buikklasten, dan voor een algemene aanpak van het gehele spectrum.

Het belangrijkste deel van het proefschrift zijn de – deels al gepubliceerde – hoofdstukken 2 en 3 over het onderzoek van 308 naar een interne polikliniek verwezen patiënten met buikklasten en het follow-up onderzoek na 18-24 maanden bij de groep met functionele klachten. Opmerkelijk was dat noch bij de groep met een organische verklaring voor de klachten (26 procent), noch bij de overige een verschil was aan te tonen tussen anamnestiche gegevens of uitslagen bij het psychologische testonderzoek. Veel van wat als vaak voorkomend bij het IBS wordt beschreven, bleek ook bij de organische groep aanwezig in dezelfde frequentie. De enkele statistisch significante verschillen lieten geen voorspelling tussen een organische of functionele genese in individuele gevallen toe. Het blijft de vraag of dit door de clinici zo vaak gehanteerde onderscheid op andere wijze wel is vast te stellen en of het ontbreken van het discriminerend vermogen aan de selectie van de patiënten of aan de gebruikte methoden ligt.

Bij het na-onderzoek (209 patiënten met onverklaarde klachten) bleek slechts 9 procent geheel klachtenvrij. Het was vrijwel

onmogelijk op grond van de bij het eerste onderzoek verzamelde gegevens te voorspellen wie dit zouden zijn. De a priori kans op het houden van klachten is immers al 91 procent. Wel kon in diverse subgroepen op grond van een aantal variabelen het beloop voorspeld worden. Bij patiënten die langer dan twee jaar last hadden, bleek het belangrijkste voor de prognose een combinatie van: de ernst van de klacht, psychobiologische stress, gebruik van slaapmiddelen en – met elkaar uitwisselbaar – klachtenduur of al of niet eerder onderzocht zijn. De huisarts herkent hierin de 'moeilijke gevallen', die vroeg of laat verwezen worden voor nadere diagnostiek of ter geruststelling, maar die daarna vrijwel even frequent het spreekuur weer bezoeken, veelvuldig medicijnen gebruiken en vaak op het randje van de decompensatie functioneren.

Veel praktische waarde voor het beleid bij patiënten met buikklasten heeft het onderzoek vooralsnog niet. Er zijn in Nederland echter geen multidisciplinaire onderzoeken naar deze klachten verricht, noch in de kliniek noch in de eerste lijn. Voor de in dit onderzoek geïnteresseerden zijn de artikelen zeker aan te bevelen, voor de practicus zijn zij een stevige prikkel om de eigen opvattingen over functionele klachten nog eens kritisch te bezien.

J.S. Meijer

Terugkomtrouw in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Van der Steen JJ. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1987; 179 bladzijden, geen handelseditie.

Deze dissertatie beschrijft een explorerend-verklarend onderzoek onder 1020 hulpzoekenden met nieuwe klachten, verschijnselen of aandoeningen in negen plattelandspraktijken. Centraal staat de vraag in welke mate hulpzoekenden terugkomen op het spreekuur van de huisarts en hoe dit 'terugkomgedrag' kan worden verklaard.

De onderzoeksmethode bestaat uit een registratie in de praktijken van het feitelijke terugkomgedrag en een aantal persoonskenmerken van de patiënten, en een schriftelijke enquête (104 vragen) onder alle patiënten aan wie de arts gevraagd had terug te komen.

Voor de verklaring van het terugkomgedrag gaat Van der Steen uit van de nutstheorie van Boudon over het rationele keuzege-drag van mensen in een situatie van onzekerheid of tekorten. Daarin spelen kosten/batenanalyse, interactionele beïnvloeding en de normatieve invloed van de omgeving een cruciale rol. De auteur gaat verder uit van de premisse dat het voor een optimale bewaking van het probleemoplossend proces bij nieuwe klachten noodzakelijk is, dat de hulpzoekende terugkomt op de datum die is afgesproken met de huisarts. Het terugkom-

gedrag wordt gezien als een vorm van 'patient-compliance'.

Van de 1020 terugbestelde patiënten zijn er 81 niet teruggekomen; 92 procent kwam wel terug. Voor de verklaring van het terugkomgedrag vindt de onderzoeker slechts weinig verbanden. De verschillen tussen de groepen wel of niet teruggekomen patiënten zijn klein en in verreweg de meeste gevallen kan niet worden gesproken van statistisch significante verbanden. Hij concludeert dat het materiaal geen eenduidige conclusies mogelijk maakt.

Wel zijn er tentatieve uitspraken te doen die de basis kunnen vormen voor verder onderzoek. Zo vindt hij dat terugbestellen na meer dan 14 dagen vaker gepaard gaat met niet-terugkomen dan eerder terugbestellen. Orthopedische of gynaecologische aandoeningen gaan samen met een grotere terugkomtrouw dan andere klachten. Het kunnen uitvoeren van de normale dagelijkse bezigheden, het onvoldoende tijd hebben om naar het spreekuur te gaan, het niet kunnen verzuimen op het werk en het gevoelsmatig moeite hebben om terug te gaan, zijn factoren die gepaard gaan met minder terugkomtrouw. Het goed uitleg geven door de huisarts, het overleggen met de patiënt, het voldoende tijd nemen door de huisarts en het vinden van de juiste toon door de huisarts gaat vaker samen met wel terugkomen van de patiënt. Bij de patiënten die terugkomen, wordt vaker gevonden dat het sociale netwerk (naar de mening van de patiënt) het eens is met wat de huisarts heeft gezegd of vindt dat teruggaan noodzakelijk is. Tevredenheid over de behandeling komt vaker voor bij de patiënten die terugkomen.

Ten aanzien van de methode van het onderzoek kan (met de auteur) worden opgemerkt dat dit soort vragenlijsten kan leiden tot sociaal wenselijke antwoorden. Wanneer 90 à 95 procent van de patiënten vindt dat de huisarts goed luistert naar de klacht, je op je gemak stelt, voldoende tijd uittrekt, zich interesseert, je niet als een nummer behandelt en je alles laat zeggen wat je wilt, dan is er sprake van een selectie van zeer goede huisartsen of van sociaal wenselijke antwoorden.

Het is jammer dat de onderzoeker ten aanzien van de vragenlijsten geen factoranalyses of andere methoden van datareductie heeft toegepast. Nu heeft hij van alle losse vragen de verdeling van de antwoorden over de groepen van niet en wel teruggekomenen weergegeven. Dit bevordert de overzichtelijkheid niet en maakt de interpretatie moeilijker.

Een groot bezwaar is de interpretatie van de statistische significantie. In feite kan bij een explorerende studie als deze geen sprake zijn van een werkelijke significantietoetsing. Er kan slechts worden nagegaan in hoeverre de verdeling van variabelen over subgroepen

door het toeval verklaard kan worden. In het algemeen wordt daarbij aangehouden dat bij een p-waarde van .05 of kleiner de kans op een door toeval tot stand gekomen verdeling zo klein is, dat aan die verdeling theoretische betekenis kan worden toegekend. Helaas houdt de onderzoeker zich hier in het geheel niet aan. Zo komt hij tot allerlei interpretaties van verschillen tussen de twee groepen bij p-waarden van 0.20 of zelfs .60. Dit leidt tot hypothesen die zeer wel op een door toeval bepaalde verdeling kunnen berusten.

De onderzoeker gaat ervan uit dat als de huisarts de patiënt terugbestelt, dit terecht en in het belang van de patiënt gebeurt. Hij heeft daar geen onderzoek naar gedaan en noemt ook geen criteria voor een adequaat terugbestelbeleid van de huisarts. Deze benadering van het onderwerp heeft ertoe geleid dat praktisch geen aandacht is besteed aan de redenen waarom patiënten wél terugkomen. Bekijkt men echter de gegevens vanuit dat gezichtspunt, dan blijkt dat de terugkomers zich in mindere mate dan de niet-terugkomers zelf verantwoordelijk voelen voor hun gezondheid, minder vertrouwen hebben in zelfzorg, vaker denken dat hun gezondheid niet door toevallige omstandigheden wordt bepaald, vaker denken dat ze voor hun gezondheid alleen maar kunnen doen wat de arts voorschrijft en vaker denken dat ze onder controle van de arts moeten blijven om beter te worden. Het lijkt erop dat onder de terugkomers het 'doctor knows best' meer opgeld doet dan bij de niet-terugkomers.

Het zou interessant zijn geweest als dit laatste aspect meer was uitgewerkt; dan zou de hele studie ook meer aansluiten bij huidige onderzoeklijnen in de huisartsgeneeskunde. Nu blijft dit onderzoek door het tamelijk eenzijdige verklaringsmodel van de nutstheorie nogal geïsoleerd in de Nederlandse literatuur.

Niettemin is kennisname van deze dissertatie voor de kritisch ingestelde en in het onderwerp geïnteresseerde onderzoeker zeker aan te bevelen.

V.C.L. Tielens

Huisarts en gezinsproblemen. *Buntinx F, red. Leuven, Amerfoort: Acco, 1987; 189 bladzijden, prijs f 34,-. ISBN 90-334-1584-4.*

Dit boek wordt in de inleiding een der eerste handleidingen genoemd waarin de wereld van gezinstherapie en systeemdenken wordt vertaald naar de huisartsgeneeskunde. Behalve voor opleidingsdoeleinden is het ook bestemd voor gevestigde huisartsen die 'nieuwe wegen zochten en zoeken om effectiever te werken met de problemen van patiënten en hun gezinnen'.

Het boek bevat bijdragen van dertien gezinstherapeuten en huisartsen. De meeste

hoofdstukken zijn vlot geschreven en doorspekt met aansprekende voorbeelden. De lezer wordt geïnformeerd over het systeemdenken en het werken met gezinnen. Andere onderwerpen komen minder duidelijk aan de orde: methodisch werken wordt summier behandeld en in het hoofdstukje 'Anders-samengestelde gezinnen' mist men enige verwijzing naar homofiele relaties. Het tweede deel van het boek gaat over psychotherapeutische technieken in de huisartsgeneeskunde. Deze hoofdstukken zijn goed geslaagd als inleiding.

Dit boek is niet bedoeld als leerboek, anderzijds ook niet als werkboek. Het is niet uniek in zijn soort, maar het is toegankelijk en kan een goede basis leggen voor systeemgericht werken in de huisartspraktijk.

Van harte aanbevolen.

Marten de Haan

Cocaïne. *Van Limbeek J, red. Bilthoven: Federatie van Instellingen voor Alcohol en Drugs, 1986; 102 bladzijden, prijs f 15,-. ISBN 90-71187-055.*

Niet alleen het gebruik van cocaïne – de champagne onder de drugs – is in de mode, maar ook het praten en schrijven erover. In deze bundel voordrachten wordt bij herhaling geconstateerd, dat er weinig gegevens zijn over de omvang van het cocaïnegebruik en de problemen daarvan. Veel heroïnegebruikers gebruiken, naast slaappillen, tranquillizers en alcohol, tevens cocaïne. In welke mate dit buiten deze kring gebeurt, is niet bekend.

Cocaïne heeft een centraal prikkelende werking, geeft euforie, een sprankelend zelfbewustzijn, hypomane ontremming, onrustige opgewondenheid, praatzucht en een verminderd vermoeidheidsgevoel. Dit wordt gevolgd door een vermoeidheidsgevoel met vaak angst en somberheid. De onthoudingsverschijnselen zouden op zichzelf nogal mild zijn. Tolerantie en overgevoeligheid voor bepaalde effecten treedt soms op. Er kunnen zich psychiatrische reacties voordoen met onvoorspelbare agressieve ontladingen en mateloosheid, die opname met IBS noodzakelijk maken. In de bijdragen van Esseveld en Van de Berg worden deze effecten kort en zakelijk uiteengezet. Wanneer men daarnaast het aangeraden artikel van Van Epen (Ned Tijdschr Geneeskd 1984; 128: 2220-3) leest, is men aardig op de hoogte.

Het stukje van Wolters over criminologische aspecten is interessant vanwege de signaleerde ongelijke beoordeling van Surinamers. Het stuk van Van Alem over de ontwikkeling van de wetgeving in de Verenigde Staten vond ik prachtig. Zoets zou, net als het boek van Ewald Vanvugt over 350 jaar Nederlandse opiumhandel in de Indische archipel – 'Wettig Opium' – verplichte

literatuur moeten zijn voor iedere politicus die zich aan uitspraken over drugs waagt.

Fraenkel schreef een minder geslaagde bijdrage over cocaïnemisbruik in farmacotherapeutisch perspectief; het stuk staat bol van jargon en niet uitgelegde begrippen en tabellen. Van Zuidhof treft men voorts een nogal pretentieuze stuk aan onder de titel: 'De nieuwe mens als gedresseerde oerang-oetang en cocaïne als cultuurverschijnsel'. Ik werd vooral benieuwd naar de discussie, die een dergelijk hypomaan verhaal met de overige inleiders moet hebben opgeleverd.

Van Limbeek spreekt in de inleiding van een kaleidoscoop van meningen en feiten. Toch lijkt mij het redigeren van een dergelijke bundel een nogal frustrerende bezigheid. Want sprankelende praatjes leveren nog geen gedegen artikel op, en een gedegen stuk kan nog al eens een slaapverwekkend praatje opleveren. En wanneer het een achter het ander geplakt wordt, levert dat nog geen fraai geheel.

Douwe de Vries

The family in medical practice. A family systems primer. *Crouch MA, Roberts L, eds. New York, etc.: Springer, 1987; 256 bladzijden, prijs DM 65,-. ISBN 3-540-96372-3.*

Deze Amerikaanse inleiding bestaat uit twee delen. In het eerste deel worden de verschillende gezinssysteemtheorieën gepresenteerd, met name de multigenerationele, de structurele, de probleemgeoriënteerde en de strategische benadering. Het tweede deel gaat over de praktische vaardigheden om met gezinnen te werken. Het boek is gericht op studenten, paramedici en artsen, dus niet alleen op huisartsen.

Een manier om een vluchtig oordeel over een boek te vormen is het raadplegen van het trefwoordenregister. In dit boek zijn de meest voorkomende woorden: dood (41 verwijzingen), communicatie, moeder, genogram, conflict, angst, alcoholmisbruik, levenscyclus, ziekenhuis en depressie (30 verwijzingen). Een 'zwaar' rijtje, dat niet enthousiast maakt. Veel van deze woorden blijken vooral voor te komen in de latere, praktische hoofdstukken. Zo komt het genogram (veel te bewerkelijk voor de doorsnee-arts en makkelijk aanleiding gevend tot misverstand) in de eerste zes hoofdstukken zeven maal aan bod en in de laatste vier dertig maal.

Dezelfde scheidslijn valt te trekken bij het beoordelen van de inhoud. De theoretische inleiding is prima: zonder al te veel jargon enthousiasmerend gepresenteerd met veel klinische voorbeelden, die duidelijk en relevant zijn. In de praktijkgerichte hoofdstukken wordt de systeemtheorie te veel geïdealiseerd als de enige oplossing die een arts heeft als hij met gezinnen omgaat. Dit is vooral irritant in het hoofdstuk waarin de toepassing