

H₂-antihistaminica

Bismuthzouten en H₂-antihistaminica worden vaak geslikt, maar zijn betrekkelijk duur. *McLean et al.* zijn recent tot de slotsom gekomen dat de verschillende soorten middelen elkaar in werkzaamheid niet veel ontlopen, maar dat een zweer vaker terugkomt na een kuur met een H₂-antihistaminicum. Die 'terugval' leidt uiteraard tot nieuwe kosten. Alles bijeen valt een korte therapie met een H₂-antihistaminicum acht maal zo duur uit als een behandeling met bismuthzout, en vier maal zo duur als een behandeling met een antacidum. Als een H₂-antihistaminicum wordt toegepast als onderhoudstherapie, is men zelfs veertien maal zo duur als bij een kuur met bismuthzouten, terwijl het medisch succes tegenvalt. De schrijvers stellen voor antacida en bismuthzouten te handhaven in het 'verstrekkingenpakket', en patiënten die een behandeling met H₂-antihistaminica wensen, die uit eigen zak te laten betalen.¹

In het *Farmacotherapeutisch Kompas* wordt een voorkeur uitgesproken voor antacida en pas in tweede instantie voor bismuthzouten. Daarnaast bevat het *Kompas* een waarschuwing tegen het al te grof voorschrijven van H₂-antihistaminica.

¹ McLean AJ, et al. Relative effectiveness and costs of antiulcer medications as a basis for rational prescribing. *Med J Aust* 1987; 146: 431-42.

Bron META. Bulletin voor medische 'technology assessment'.

Prostaatoperaties onder het mes

Een prostaatoperatie is voor mannen boven de 65 een van de meest gebruikelijke ingrepen. Het wetenschappelijke bewijs voor het nut ervan was tot voor kort uiterst beperkt. De Amerikaan J. Wennberg onderwierp de prostaatoperatie aan een uitgebreide test door verzekeringsgegevens te verzamelen, patiënten te interviewen en de uitkomsten met een beslismodel te analyseren. Daaruit kwam een negatiever beeld naar voren dan uit de literatuur. Waar in de literatuur een vervolgooperatie ongebruikelijk wordt genoemd, komt Wennberg op een kans van 1 op 10 in de eerste vier jaar na de operatie. Na acht jaar is die kans zelfs opgelopen tot 1 op 5. Ook zijn de kansen op overlijden na de operatie volgens Wennberg hoger dan uit de literatuur blijkt: tussen de 3 en 9 procent in plaats van 1 procent. Daarbij dient echter te worden aangetekend, dat Wennberg alle overledenen meetelt, ook als ze sterven door oorzaken die niets te maken hebben met de prostaatoperatie.

Een opvallend verschil tussen literatuur en praktijk betreft de resultaten van de zogenoemde open prostaatoperatie. Deze in-

greep is vrijwel verdrongen door transurethrale prostatectomie (TUR). De kans op een tweede prostaatoperatie binnen drie jaar blijkt bij een open operatie echter drie maal zo laag te zijn, aldus Wennberg. Ook de risico's op stricturen van de urinebuis en op hernieuwd onderzoek liggen duidelijk gunstiger voor de open prostaatmethode.

Op basis van deze gegevens werd met een beslismodel nagegaan of kritisch afwachten dan wel opereren via de TUR-methode de beste strategie zou zijn. De levensverwachting voor een man van 70 jaar die geen tekenen van chronische blokkering van de urinewegen vertoont, blijkt beter gediend met kritisch afwachten. Een maand extra leven is dan het resultaat. Maar, zo waarschuwt Wennberg, deze uitkomst verandert sterk als vervolgens voor 'kwaliteit van leven' gecorrigeerd wordt.

Om vast te stellen hoe patiënten oordelen over die kwaliteit, werden zij uitgebreid ondervraagd over de ongemakken die een verrote prostaat oplevert. Van de groep met ernstige problemen bleek de helft wel en de andere helft zich niet geremd te voelen in de dagelijkse activiteiten. Voor Wennberg een reden om de beslissing over opereren over te laten aan het oordeel van de patiënt. Een man van 70 jaar moet dan besluiten of de hinder die hij van zijn kwaal heeft, opweegt tegen een operatie die 80 procent kans biedt op verbetering, bij een risico van 3 procent op permanente incontinentie en een kans van 7 procent op impotentie. De artsen kunnen de patiënt wel helpen de kansberekeningen te begrijpen.

De resultaten van dit onderzoek zijn zeker niet zonder meer toepasbaar voor Nederland. In Amerika wordt veel sneller overgegaan tot operatie en onderzoek. Bij zijn vergelijking tussen open prostaatoperatie en de TUR-methode gaat Wennberg bovendien voorbij aan vele positieve aspecten van de TUR-methode.

Bron Wennberg JE. Assessing outcomes for patients with hypertrophy of the prostate; prostatectomy or watchful waiting? An approach featuring non-experimental methods. *DHS/PHS*; Grant Number HS 05624-01.

Studiedag 'Vrouwen worden beter'

De afdeling Vrouwenstudies Geneeskunde van de Universiteit van Amsterdam organiseert op vrijdag 3 juni 1988 in het Academisch Medisch Centrum een studiedag over hulpverlening aan vrouwen in de medische praktijk onder de titel 'Vrouwen worden beter...'. Deze studiedag is bedoeld voor huisartsen, gynaecologen en andere gezondheidswerkers die veel met gezondheidsproblemen van vrouwen te maken hebben en die proberen een beter op vrouwen afgestemde

hulpverlening te ontwikkelen. Vooral lichamelijke problemen uit de huisartsgeneeskunde en de gynaecologie zullen aan de orde komen.

Centraal staat het uitwisselen van ervaringen van de hulpverleners, waar mogelijk in samenspraak met vertegenwoordigers van vrouwenzelfhulpgroepen; dat gebeurt in groepen van vijftien deelnemers. De volgende onderwerpen zijn in voorbereiding: hormoonbehandeling bij osteoporose, bevolkingsonderzoek op borstkanker, nieuwe voortplantingstechnieken, indicaties voor baarmoederverwijdering, vrouwen en psychofarmaca, eetverslaving, vage klachten, buitenlandse vrouwen met buikpijn, vrouwen en AIDS, lesbische vrouwen, en abortusverwerking. De dag zal eindigen met een forum waarin mensen uit de vrouwengezondheidsbeweging en de huisartsen- en gynaecologenopleiding zitting zullen hebben, onder leiding van mw. A. Grewel.

De inschrijvingskosten bedragen f 50,- inclusief reader, lunch en verslag achteraf. Nadere inlichtingen en inschrijvingsformulieren zijn te verkrijgen bij de afdeling Vrouwenstudie Geneeskunde Universiteit van Amsterdam, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam; telefoon 020 - 566 5105 en 020 - 566 4786.

Voorkoming HIV-infecties

Er bestaat nog altijd onduidelijkheid over hoe besmetting met het humane immunodeficiëntievirus (HIV) tijdens het medisch handelen kan worden voorkomen. De adviezen daarover van de Gezondheidsraad, de Nationale Kruisvereniging en de verpleegkundig AIDS-consulent van het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam laten inderdaad ruimte voor twijfel. Daarom hebben de besturen van LHV en NHG gemeend de volgende - door de Amsterdamse huisarts L. Wigersma opgestelde - richtlijnen te moeten verstrekken:

Bedacht moet worden dat absolute preventie niet mogelijk is. Prik- en steekaccidenten met gebruikt instrumentarium zijn alleen te vermijden als men geen instrumentarium gebruikt, hetgeen geen reële optie is. Toch is met simpele maatregelen en de nodige voorzichtigheid een effectief hygiënisch beleid te voeren. Uitgangspunten daarbij zijn:

- bloed, wondvocht en pus moeten *altijd* als besmettelijk worden beschouwd;
- besmetting via de intacte huid is onmogelijk;
- preventieve maatregelen betreffen alle routes: patiënt-arts, arts-patiënt, patiënt-patiënt (via instrumentarium), maar ook de route besmet afval - afvalophaler.

Hierna worden de hygiënische richtlijnen afzonderlijk genoemd.

1 Kleine chirurgische ingrepen. Hierbij

draagt men handschoenen om te voorkomen dat bloed, wondvocht of pus op de – eventueel niet intacte– huid van de handen komt. Voor dergelijke ingrepen gebruikt men complete disposable chirurgische mesjes, omdat het wisselen van een mesje op een handvat in veel gevallen tot snijwondjes leidt. Gebruikte messen worden gedeponerd in de container (zie 2). Hechtmateriaal (naald, hecht draad) worden zoveel mogelijk gehanteerd met een pincet om steekwondjes te voorkomen.

2 Bloedafname en injecties. Na gebruik wordt de vuile naald gedeponerd in een speciale plastic container (verkrijgbaar bij basisgezondheidsdiensten of apotheken) of een leeg frisdrankblikje. In beide gevallen wordt de naald achter de rand van de opening gehaakt en losgetrokken, waarna hij naar binnen valt. Hierbij bestaat geen risico meer op prikaccidenten.

3 Mogelijk besmet afval. Vuile glazen en verbanden kunnen gewoon in een intacte plastic vuilniszak worden gedeponerd, die goed afgesloten aan de vuilophaaldienst wordt aangeboden. Volle naaldcontainers/frisdrankblikjes kunnen, nadat ze goed afgesloten zijn, in de plastic vuilniszak worden gedeponerd.

4 Met bloed of wondvocht besmeurd linnen-goed. Dit wordt in de machine gewassen op 60 graden of hoger.

5 Instrumentarium. Instrumenten zoals specula, scharen, scherpe lepels, pincetten e.d. worden huishoudelijk schoongemaakt en vervolgens gesteriliseerd. Na goed huishoudelijk reinigen is droogsterilisatie gedurende 1 uur of uitkoken gedurende 1 kwartier voldoende.

6 Gemorste lichaamsvloeistoffen. Gemorste lichaamsvloeistoffen (bloed, pus, wondvocht, diarree) worden met handschoenen aan opgeruimd. Na huishoudelijk reinigen wordt het oppervlak met 80% alcohol of bleekwater 1:10 nabehandeld.

7 Pipetteren en beademen. Pipetteren van bloed moet niet met de mond, maar met behulp van een ballon worden gedaan. Voor mond-op-mond-beademing wordt het gebruik van een mondstuk (Brooks airway) geadviseerd. Dit moet na gebruik goed huishoudelijk worden gereinigd.

Oude jaargangen

Ter overname aangeboden: de jaargangen 1963-1981. Belangstellenden kunnen hiervoor schriftelijk contact opnemen met het redactiesecretariaat, Postbus 14015, 3508 SB Utrecht.

HANS VAN DER VOORT

Standaardenbeleid: stand van zaken

Zoals tijdens het extra Ledencongres '87 is toegezegd, houdt het Bestuur de leden regelmatig op de hoogte van de stand van zaken rond de ontwikkeling van standaarden. Uit de vele reacties van huisartsen blijkt dat er veel belangstelling voor deze ontwikkeling bestaat. Uit die reacties blijkt ook dat er nog misverstanden bestaan: met name de idee dat van bovenaf studeerkamerprodukten aan alle huisartsen zouden worden opgelegd, blijkt hardnekkig. Het lijkt daarom nuttig vaker over de voortgang te rapporteren, zodat aan de lezer duidelijker wordt waaraan op welke wijze wordt gewerkt.

Standaarden

Puntsgewijs kan het volgende over een standaard worden gezegd. Een standaard:

- is een set van criteria voor het handelen van de huisarts;
- bevat een duidelijke handleiding;
- is voorzien van een wetenschappelijke verantwoording van de criteria;
- is uitgebreid getest door perifere huisartsen;
- is – waar gewenst en mogelijk – gecompleteerd door een advies met betrekking tot de deskundigheidsbevordering (kennispakket, toets, implementatieaspecten).

Het testen in de praktijk door praktizerende huisartsen is een belangrijk element in de ontwikkeling van standaarden. Deze tests moeten de garantie opleveren dat de standaarden voor de gemiddelde huisarts goed uit te voeren richtlijnen voor het handelen zijn. Huisartsen die bereid zijn ontwerpstandaarden in de praktijk te testen, verwijzen wij graag naar de vaste oproeprubriek in *Huisarts en Wetenschap*.

Houvast in de praktijk

Het primaire doel van de ontwikkeling van standaarden is het bieden van houvast aan de huisarts voor het dagelijks handelen, de toetsing en de nascholing. Subdoel is het komen tot grotere uniformiteit, opdat het aanbod van de Nederlandse huisarts meer voorspelbaar (en onderhandelbaar?) is. De gewenste uniformiteit behoeft geenszins te leiden tot onacceptabele 'eenheidsworsten' die het unieke van de patiënt en de arts-patiënt relatie geweld aandoen, zoals sommigen vrezzen. De huisarts is vrij in de keuze voor het eigen handelen. Wel mag worden verwacht dat huisartsen kunnen verantwoorden, waarom zij eventueel willen afwijken van wat na verloop van tijd als 'gebruikelijk en aanvaardbaar' is gaan gelden binnen de beroeps-groep.

De eerste standaarden

De afgelopen maanden is hard gewerkt aan de ontwikkeling van de eerste standaarden. Vier standaarden moeten voor de zomer gereed zijn en zullen aan een extra Ledencongres op 30 september a.s. ter vaststelling worden voorgelegd. Het gaat om de behandeling van diabetes mellitus type II, de pilcontrole, de verwijfsbrief en de bereikbaarheid. De ontwerpstandaarden zijn groten-deels gereed en de testfase is in volle gang of achter de rug. De autorisatiecommissie, bestaande uit drie hoogleraren huisartsgeneeskunde, de voorzitter van het NHG, twee ervaren NHG-leden en één huisarts uit de kring van de LHV, krijgt de conceptstandaarden in het voorjaar voorgelegd.

Het Algemeen Bestuur heeft de prioriteiten aangegeven voor een volgende serie standaarden. Voor een zestal daarvan zijn reeds projecten opgezet: bloedverlies in het eerste trimester, enkeltrauma, praktijkuitrusting voor onderweg, steriliteit in de huisartspraktijk, otitis media en keelpijn. Voor deze standaarden is al veel voorwerk gedaan en auteurs/ontwerpers zijn al aangezocht.

Voor andere onderwerpen worden voorstudies verricht teneinde vast te stellen of standaarden binnen afzienbare tijd te verwezenlijken zijn. Het gaat om CARA, urineweginfecties, cervixuitstrijkjes, huisartsenlaboratorium, omgaan met verdachte mammografie, medische registratie en slaapproblemen.

Huisartsen die belangstelling hebben voor een van deze onderwerpen en aan de ontwikkeling van een standaard willen meewerken, worden uitgenodigd deze belangstelling (schriftelijk) aan het NHG-bureau bekend te maken (ter attentie van J. van der Voort). Daarnaast wacht het Bestuur gaarne suggesties in voor nader in een standaard uit te werken onderwerpen.

Extra stafkracht

Teneinde de uitvoering van het standaardenbeleid extra impulsen te geven, is de wetenschappelijke staf per 1 maart uitgebreid met mevrouw Magriet Helder, huisarts, die de ontwikkeling van standaarden in een halftieme functie zal ondersteunen. Met een tweede kandidaat worden gesprekken gevoerd. Het Bestuur hoopt per 1 mei nog een huisarts aan te trekken voor de uitvoering van het standaardenbeleid.

Dr. J.P.M. van der Voort is directeur van het Nederlands Huisartsen Genootschap; hij schreef dit stuk namens de Commissie Coördinatie Standaarden (CCS).