

na het verschijnen van de herpesblaasjes was begonnen. Bij deze patiënten waren de blaasjes na 5 dagen verdwenen, terwijl dit in de placebogroep na 8 dagen het geval was. Behandeling van keratitis herpetica met acyclovir per os onderscheidde zich niet van de placebobehandeling. Patiënten die na 48 uur met acyclovir waren gestart, toonden wel een snellere genezingsstand dan de patiënten uit de placebogroep, doch de resultaten waren statistisch niet significant.

Ook de pijn in de acute fase reageerde goed op acyclovir: 40 procent van de patiënten met de hoogste pijnscore op de eerste behandelingsdag hadden in het geheel geen pijn meer bij het beëindigen van de acyclovirkuur, terwijl dit van geen van de vergelijkbare patiënten van de placebogroep gezegd kon worden. Bij de rest van de patiënten van de behandelde groep was de pijn significant in hevigheid verminderd, al trad geen verdere verbetering op na het stoppen van de acyclovir.

Het onderzoek wordt nog voortgezet met betrekking tot de incidentie van postherpetische neuralgie; vooralsnog lijkt acyclovir op het voorkomen hiervan geen invloed uit te oefenen.

Evert Lamfers

Participation of patients during general practice consultations: comparison between trainees and experienced doctors. *Robinson EJ, Whitfield MJ. Fam Pract 1987; 4: 5-10.*

In totaal 494 patiënten-consulten werden met een tape-recorder opgenomen, uitgeschreven en gecodeerd. De steekproef bestond uit 168 patiënten van zes ervaren huisartsen uit opleidingspraktijken en 326 patiënten van zes huisartsen in opleiding.

De consulten van huisartsen in opleiding en van ervaren artsen duurden even lang. Bij de huisartsen in opleiding kwam het echter tweemaal zo vaak voor dat patiënten door vragen of door opmerkingen reageerden op iets dat door de dokter was gezegd. Bovendien stelden de huisartsen in opleiding in het algemeen meer vragen aan de patiënt over de voorgestelde therapie dan de ervaren huisartsen, in plaats van eenvoudige instructies en adviezen te geven.

Huisartsen die meer vragen en reacties opriepen bij patiënten, stelden in het algemeen ook meer vragen aan de patiënt over de voorgestelde therapie dan huisartsen die dit niet deden. Dit geldt zowel voor artsen in opleiding als voor ervaren huisartsen. Waarschijnlijk heeft de strategie van het samen met de patiënt discussiëren over de therapie, zoals die door de huisartsen in opleiding meer werd toegepast, de patiënten aangeemoedigd vragen te stellen die anders tijdens het consult niet bij hen opgekomen zouden zijn.

D.W. Meijer Timmerman Thijssen

Psychogene rugpijn: dat is andere taal! [*Disseratie*]. *Zant JL. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam. Handelseditie: Lisse: Swets en Zeitlinger, 1987; 97 bladzijden, prijs f 20,40. ISBN 90-265-0824-7.*

Naar het idee van Leavitt c.s. (1979) construeerde psycholoog Zant een pijnwoordenlijst voor patiënten met lage rugpijn. Zant is verbonden aan het Jan van Breemen Instituut (reumatologie en revalidatie) te Amsterdam. De oorspronkelijke adjectiva uit de McGill Pain Questionnaire van Melzack bleken niet zonder meer te vertalen uit het Engels, daar het gaat om subtiele nuances in omschrijving die moeten discrimineren tussen wel of niet psychogeen.

Startpunt voor het onderzoek vormde de grote Van Dale, waaruit op niet nader omschreven wijze pijn-omschrijvende bijvoeglijke naamwoorden werden gelicht door een psycholoog en een arts. Deze 444 woorden werden voorgelegd aan 450 patiënten van het Van Breemen Instituut, die zich daar met pijnklachten hadden gemeld. Deze operatie resulteerde in 168 woorden die door 5 procent of meer van de proefpersonen werden aangekruist.

De aldus verkregen Nederlandse Pijnwoordenlijst werd vervolgens voorgelegd aan 262 patiënten met chronische lage rugpijn. De patiënten werden door een revalidatie-arts en een psycholoog ingedeeld in vier groepen:

- gemengd organische en psychologische verklaring voor de rugpijn;
- hoofdzakelijk psychologische verklaring;
- hoofdzakelijk organische verklaring;
- geen verklaring.

Van belang is nog dat organiceit werd omschreven als specifiek (HNP, Bechterew e.d.) of aspecifiek (onder meer gestoord pelvico-lumbaal ritme bij omhoog komen na lumbale flexie, asymmetrische spierhypertonie bij palpatie en asymmetrische pijn bij beweging) en dat tot psychogene lage rugpijn werd besloten bij aanwezigheid van ingrijpende levensproblemen plus zich hier niet tegen opgewassen voelen en een bepaalde score op een persoonlijkheidstest (de NPV van Luteijn).

Via discriminant-analyses kwam de schrijver tot een 'psychogene rugpijntest' die bestaat uit 23 adjectiva, zoals schrijnend, martelend, droefmakend en doordringend. Deze test bleek bij 88 procent van een nieuwe groep patiënten een correct onderscheid te maken tussen psychogeen en niet-psychogeen. Het bleek dat patiënten uit de psychogene groep meer en andere woorden gebruikten om hun rugpijn te beschrijven: heftiger en meer emotionele woorden, vergeleken met de organische groep. Volgens Zant klinkt uit hun woordgebruik gekweldheid, angst en depressie. Hij denkt dat deze patiënten zich in een problematische situatie bevinden, waaruit zij geen uitweg zien; de

pijn (van het moment of zoals die eens was) is dan een vehiculum geworden om hun hulpeloosheid uit te drukken.

Terecht stelt de schrijver dat het niet juist is om een patiënt met lage rugpijn bij wie de arts geen organische afwijking vindt, direct als psychogeen of functioneel te categoriseren. Hij vervolgt zijn betoog dan met de opmerking dat de huisarts veelal onvoldoende geschoold is in psychologisch onderzoek, terwijl het ook niet goed mogelijk is alle patiënten met lage rugpijn zonder duidelijk organisch substraat te verwijzen naar een psycholoog of psychiater. Dat klopt. De huisarts, of althans vele huisartsen, hebben echter hun eigen manier om met psychologische aspecten om te gaan, vaak ontleend aan de methode van het systematisch werken in combinatie met een flinke dosis gegevens uit de voorgeschiedenis en het milieu van de patiënt. Of de huisarts behoefte heeft aan een psychogene rugpijntest (om daarna naar de psycholoog te verwijzen voor behandeling in de redenering van Zant), valt in de meeste gevallen te bezien.

Het blijft echter opmerkelijk dat deze Amsterdamse patiënten zich door het simpele aanstrepen van 168 pijnwoorden in verreweg de meeste gevallen lieten classificeren in wel en niet-psychogeen volgens de gestelde criteria. Het kostte de patiënt 5 - 10 minuten en de arts (die wat rekenwerk moet verrichten) 10 - 15 minuten. Daarna zijn de kansen op psychogeniciteit af te lezen in een tabel. De test is verkrijgbaar in de boekhandel.

A.W. Chavannes

Huisarts en diagnostisch centrum. Toepassing van werkafspraken door huisartsen [*Disseratie*]. *Beusmans GHIM. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1986; 190 bladzijden, geen handelsuitgave. ISBN 90-70469-02-2.*

Het onderwerp samenwerking huisarts-specialist vormt sinds tientallen jaren een van de meest besproken onderwerpen. Daarbij wordt met name aandacht besteed aan de problemen betreffende samenwerking tussen huisarts en specialist, een betere afstemming van de eerste-en tweedelijns gezondheidszorg en het verwijsgedrag van huisartsen. Behoudens onderzoek naar het verwijsgedrag van huisartsen is onderzoek op dit gebied echter schaars en beperkt. Veelal blijft de literatuur beperkt tot een inventarisatie van problemen en het formuleren van gewenste veranderingen op het grensvlak van eerste- en tweedelijns gezondheidszorg.

Een van de meest bekende experimenten ter verbetering van de samenhang en afstemming tussen de beide subsystemen in onze gezondheidszorg zijn de experimenten met diagnostische centra in Utrecht en Maastricht. Het is dan ook verheugend dat de

Maastrichtse huisarts Beusmans het diagnostisch centrum tot onderwerp van zijn dissertatie heeft gemaakt. Het onderzoek betreft de factoren die van invloed zijn op de toepassing door huisartsen van werkafspraken betreffende hun gebruik van de faciliteiten van een diagnostisch centrum. Diagnostische centra beogen vooral een betere samenwerking en taakverdeling tussen huisartsen en specialisten teneinde tot een meer efficiënte hulpverlening te komen.

In het kader van de efficiënte, effectieve hulpverlening nemen werkafspraken tussen huisarts en specialist een belangrijke plaats in. Het belang van deze werkafspraken wordt duidelijk, als we ons realiseren dat de uitbreiding van diagnostische faciliteiten voor de huisarts niet zonder meer tot een betere hulpverlening zal leiden. Hoewel diagnostische centra onder meer de substitutie van eerste- en tweedelijnszorg beogen, blijkt in de praktijk eerder het omgekeerde te gebeuren. Zo blijkt het Utrechtse diagnostische centrum een 'vangnet' van ziekenhuiszorg te worden. Er wordt wel meer diagnostisch onderzoek aangevraagd, maar dat leidt niet zonder meer tot een vermindering van het aantal verwijzingen door de huisarts.

Het onderzoek van Beusmans is een exploratief onderzoek naar de factoren die van invloed zijn op de toepassing van werkafspraken betreffende het gebruik van diagnostische faciliteiten door de huisarts. Daartoe werden de werkafspraken betreffende het aanvragen van ECG's en van leverfuncties bestudeerd. Dat gebeurde met behulp van drie meetinstrumenten:

- enquête;
- interview;
- algemene gegevens over huisartsen en hun praktijk.

Op grond van hun aanvragen werd de onderzoekpopulatie (n=44) ingedeeld in drie groepen: 'hoog', 'matig' en 'laag'. Vervolgens werd nagegaan door welke factoren deze groepen werden onderscheiden. Uit de enquête bleek dat driekwart van de respondenten (n=56) uitbreiding van de diagnostische faciliteiten wenste. De meerderheid achtte toetsing van het eigen handelen aan de werkafspraken gewenst. Dit zou de doeltreffendheid en doelmatigheid van het gebruik bevorderen.

Uit de interviews bleek dat bijna de helft van de huisartsen artsgebonden factoren zoals 'vergeten', 'slordigheid', 'tijdsdruk' en 'routine' als reden noemden om de afspraken niet na te komen; 19% betrof patiëntgebonden factoren, 18% betrof factoren betreffende het diagnostisch centrum.

Uit de verdere analyse bleek dat een hoog toepassingspercentage onder meer samenhang met positieve appreciatie van de organisatie van het diagnostisch centrum, aandacht voor de werkafspraken, afspraakspreekuur, positieve appreciatie van feedback. Bij vergelijking van de enquêtegegevens met een

referentiegroep van huisartsen bleken vrijwel geen verschillen te bestaan ten aanzien van de appreciatie van protocollen en werkafspraken in het algemeen.

Vervolgens werd de samenhang tussen interviewgegevens en de toepassing van werkafspraken nagegaan. Huisartsen met een hoge toepassingscore noemden vaker patiëntgebonden factoren, zoals ernstige multiple pathologie en vage klachten, huisartsen met een lage toepassingscore meer artsgebonden factoren zoals slordigheid en routine.

Tenslotte bleek uit vergelijking van algemene gegevens met de toepassingscores dat:

- huisartsen met een hoge score kleinere praktijken hadden dan huisartsen met een lage toepassingscore;
- huisartsen met een lage toepassingscore een lager totaal verwijscijfer hadden dan diegenen met lage scores.

Tenslotte worden aanbevelingen geformuleerd, zoals een verdere stimulering van werkafspraken, grote aandacht voor de organisatorische opzet en het streven naar zo groot mogelijke accordatie door huisartsen met de gemaakte afspraken.

Gezien de grote relevantie van het onderwerp verdient dit onderzoek aandacht van beleidsmakers, huisartsen en specialisten. Tegen het onderzoek kunnen echter wel verschillende bezwaren worden ingebracht.

Ten eerste wordt niet op de inhoud van de gemaakte afspraken ingegaan en wordt de procedure bij de totstandkoming ervan slechts kort toegelicht. Te weinig is nagegaan in hoeverre de wijze waarop de werkafspraken tot stand zijn gekomen de naleving ervan heeft beïnvloed.

Ten tweede is de keuze van de twee afspraken beperkt en niet voldoende gemotiveerd. Ook methodologische problemen spelen een rol. Zo is de samenhang tussen hoge toepassingscore en appreciatie van organisatie en feedback te verwachten. De vraag is echter in welke richting deze samenhang geïnterpreteerd moet worden. Enerzijds zal een positieve benadering de toepassing bevorderen, anderzijds zal een huisarts met een hoge score eerder geneigd zijn het diagnostisch centrum positief te waarderen. Het zou bijvoorbeeld interessant zijn geweest na te gaan in hoeverre de toepassing van werkafspraken met een bepaalde werkstijl samenhangt.

Een bezwaar van dit onderzoek is dat het meer een sociaal-wetenschappelijk dan een huisartsgeneeskundig onderzoek is. Juist de huisartsgeneeskundige aspecten zoals de overwegingen ten aanzien van de inhoud van de afspraken worden nauwelijks besproken.

Dit alles neemt niet weg dat dit proefschrift de aandacht verdient van al diegenen die de samenwerking huisarts-specialist willen bevorderen. Het is te hopen dat dit onderzoek wordt voortgezet. Te veel en te lang is de samenwerkingsproblematiek al-

leen maar tot vrome wensen beperkt gebleven. Het is de verdienste van de auteur een moeilijk toegankelijk onderzoeksgebied tot onderwerp van zijn onderzoek te hebben gemaakt.

R.A. de Melker

Acute diarree in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Rijntjes AG. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1987; 248 bladzijden, geen handelsuitgave.

Het uitgangspunt van dit onderzoek is de veronderstelling dat een beschrijving en analyse van de klacht acute diarree bruikbare informatie kan opleveren voor de diagnostiek en behandeling door de huisarts. Gegevens over acute diarree zijn voornamelijk te vinden in klinische leerboeken en laten zich niet zonder meer vertalen naar de huisartsgeneeskundige situatie. Hiertoe werden een viertal vraagstellingen geformuleerd:

- hoe doet de klacht acute diarree zich voor in de huisartspraktijk;
- wat houdt de verleende zorg in;
- welke zijn de microbiële verwekkers van acute diarree;
- wat is de samenhang tussen een aantal anamnestiche gegevens bij acute diarree en de kwekuitslag?

Het onderzoek werd verricht in 25 huisartspraktijken in Zuid-Limburg in de periode september 1983 tot oktober 1984. Voorafgaand aan de beschrijving van het onderzoek wordt een literatuuroverzicht gegeven. De tabel met oorzaken van acute diarree had wat mij betreft uitgebreider gemogen. Waarom wel pancreastumoren en colitis ulcerosa vermeld, maar niet coloncarcinoom, chronische pancreatitis en hyperthyreoïdie? Bij de opsomming van de geneesmiddelen miste ik de eetlustremmers. In hoofdstuk 2 wordt het handelen van de huisarts besproken. Hierbij is de meest relevante vraag voor de huisarts: is er gevaar voor uitdroging?

In de hoofdstukken 3 en 4 worden de methode en resultaten van het onderzoek behandeld. Ten behoeve van het onderzoek werden de 25 huisartspraktijken in twee groepen verdeeld. In groep A werden van alle patiënten met acute diarree de faeces gekweekt, terwijl in groep B alleen op indicatie een faeceskweek werd aangevraagd. Een opvallend resultaat is dat het aantal positieve kweken, zowel bacterieel als virus, in beide groepen niet veel verschilt. Bij 37 procent van de patiënten met acute diarree van groep A werd een micro-organisme gekweekt, waarvan bij kinderen tot 11 jaar 22 procent bacterieel (*Campylobacter* even vaak als *Salmonella*) en 22 procent virus (voornamelijk Rotavirus) en bij volwassenen (voor de auteur zijn dit mensen van 11 jaar en ouder) 25 procent bacterieel (*Campylobacter* 2x zo vaak als *Salmonella*) en slechts 2 procent virus. Uitgaande van deze onderzoeksgege-

vens blijkt het dus niet juist om (gastro) enteritis te gemakkelijk te vertalen met buik-griep.

Vervolgens wordt nagegaan wanneer kweken van de faeces door de huisarts in het kader van het behandelingsplan zinvol is. Hiervoor is een huisartsgeneeskundig protocol, een indicatieschema, ontwikkeld. Zo dient men bij kinderen met bloederige en/of slijmerige diarree en bij volwassenen met diarree en koorts (helaas wordt ervan uitgegaan dat er sprake is van koorts bij een temperatuur hoger dan 37.5 C) te overwegen om een faeceskweek te maken.

Tenslotte vraagt de auteur zich af wat de consequenties van dit onderzoek zijn voor het handelen van de huisarts. In het algemeen kan men stellen dat er in de behandeling van de infectieuze diarree geen wezenlijk verschil bestaat. Een uitzondering dient gemaakt te worden voor de *Yersinia* en de *Shigella*, die echter beide in de huisartsenpopulatie in zeer geringe mate voorkomen. Helaas werd in het onderzoek niet onderzocht of farmacotherapie van de huisarts van invloed is geweest op de duur van de diarree.

Al met al is deze interessante dissertatie zeker een aanwinst in de langzaam groeiende reeks van huisartsgeneeskundige proefschriften.

F.H.C. Schreuder

Voeding en overgewicht. *De Boer JO, Deurenberg P, Van Gaal LF, e.a. Alphen ald Rijn: Samsom Stafleu, 1987; 183 pagina's, prijs f 33,-. ISBN 90-6016-711-6.*

In Nederland komt overgewicht voor bij circa 30 procent van de volwassenen, terwijl ongeveer 5 procent aan vetzucht lijdt: voor de huisarts een regelmatig terugkerend probleem op het spreekuur.

Het boek behandelt de centrale rol die het bloedglucosegehalte in de regulatie van de voedselopneming speelt, en de invloed van de geslachtshormonen op de plaats waar het vet wordt opgeslagen. Als bijlagen zijn samenvattingen van recente adviezen van de Gezondheidsraad toegevoegd en normogrammen voor het bepalen van Quetelet-index, middel-heupomtrekverhoudingen en de armomtrek bij kinderen. Daarentegen ontbreekt helaas de Nederlandse vragenlijst voor eetgedrag, die 33 vragen naar lijnegericht, extern en emotioneel eetgedrag omvat.

Naast praktische tips, zoals een plank onder de snel ontregelde veerbalans, biedt het boekje een overzicht van de verschillende behandelingsmethoden: vermageringsdiëten, behandelingsstrategieën van de Kruisverenigingen, chirurgische scalpel- en ballonmethoden, en de zelfcontrolemethode. Bij deze laatste methode wordt een voorbeeld gegeven van een eetverslag, waarin naast het ingenomen lekkers vermeld moet worden in welke situatie, met wie, op welk

moment en in wat voor stemming gegeten werd. De auteurs benadrukken de preventie van vetzucht bij jonge mannen en de voortgezette controle van vrouwen die zes weken post partum hun preconceptioneel gewicht nog niet hebben bereikt. Vermagering geeft alleen vermindering van gezondheidsrisico's als de patiënt niet vasthoudt aan zijn rookgewoonten.

Het boekje is gebaseerd op een in 1986 gehouden symposium en uitgegeven als deel 11 in de serie 'Voeding en gezondheid'. Elk hoofdstuk eindigt met een samenvatting, een literatuurlijst en een aantal lezenswaardige publikaties, hetgeen een snelle oriëntering makkelijk maakt. Aan te bevelen voor huisartsen die een goed leesbaar en praktisch overzicht op prijs stellen.

B. Meyboom-de Jong

Wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde. *2e herz. dr. Van Eijk JThM, Gubbels JW. NHG-publikatie Nr. 1. Lelystad: Meditekst, 1987; 168 bladzijden, prijs f 34,50. ISBN 90-5070-002-0.*

Vier jaar na het verschijnen van de eerste druk is een tweede herziene druk verschenen van dit inleidende boek op het gebied van methodologische en statistische principes van wetenschappelijk onderzoek, toegepast op de huisartsgeneeskunde. Behalve de twee auteurs zijn veertien huisartsen, leden en oud-leden van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het Nederlands Huisartsen Genootschap betrokken geweest bij het tot stand komen van dit boek. E.A. Hofmans heeft de eindredactie verzorgd.

Met de eerste druk is ruime ervaring in het gebruik opgedaan. Deze ervaringen hebben geleid tot een didactisch betere opzet van de tweede druk. De hoofdstukken zijn nu geordend in zes delen. De delen 1, 2 en 3 behandelen respectievelijk vraagstelling en onderzoeksoptzet, typen onderzoek en het meten c.q. vastleggen van de gegevens. De delen 4 en 5 bevatten enkele principes van de inductieve en beschrijvende statistiek. In deel 6 treft de lezer praktische richtlijnen aan voor het opzetten van een onderzoek. Een nieuw belangrijk hoofdstuk over de verslaglegging van een onderzoek, geschreven door E.A. Hofmans, is toegevoegd. De indeling van de hoofdstukken in de desbetreffende delen sluit beter aan bij de verschillende stappen die in het onderzoekproces genomen moeten worden; de twee hoofdstukken over statistiek hadden echter beter in omgekeerde volgorde aangeboden kunnen worden.

Het boek is geschikt voor de eerste schreden die een huisarts of aankomend huisarts op het onderzoekerspad zet. Het zich eigen maken van de primaire beginselen van wetenschappelijk onderzoek kan het beste plaatsvinden wanneer de inhoud, gekoppeld aan praktische oefeningen, in kleine groepen

besproken en bediscussieerd wordt. Voor de perifere huisartsen kan de CWO daartoe als steunpunt optreden. De universitaire huisartseninstituten kunnen het boek gebruiken voor de wetenschappelijke vorming van arts-assistenten in de opleiding tot huisarts en als inleiding voor jonge onderzoekers. Voor diegenen die de eerste druk reeds aangeschaft en doorgewerkt hebben, is aanschaf van de tweede druk niet noodzakelijk. Voor de genoemde doelgroepen wordt het boek van harte aanbevolen.

F. Touw-Otten

Thuiszorg voor ex-ziekenhuispatiënten. *Poeisz JJ. Lochem: De Tijdstroom, 1987; 39 bladzijden, prijs f 12,50. ISBN 90-352-1188-X.*

De auteur, als socioloog verbonden aan de stafgroep Beleidsontwikkeling van het Nationaal Ziekenhuis Instituut, geeft een overzichtelijk beeld van de mogelijkheden en knelpunten bij het bevorderen van thuiszorg van ex-ziekenhuispatiënten. Hij onderscheidt verschillende vormen: kraamzorg, gezinszorg, nazorg, thuisbehandeling en terminale zorg, waarbij taken van de verpleegkundige de meeste aandacht krijgen. Hier en daar wordt de indruk gewekt alsof thuiszorg iets totaal nieuws is en worden verworvenheden en ontwikkelingen van de laatste jaren binnen de eerstelijns zorg wat te gemakkelijk weggelaten. De auteur houdt een pleidooi voor samenwerking tussen patiënten, hulpverleners en management van instellingen in de eerste twee lijnen zorg, waarbij hij terecht veel aandacht schenkt aan de coördinatie. Dit leest men in alle stukken over thuiszorg, maar als nieuw element wordt hier het begrip 'transferpunt' ingevoerd, vooral noodzakelijk geacht in verband met de te verwachten intensivering en technologisering van de thuiszorg. Dit transferpunt is verantwoordelijk voor de structurele coördinatie, inclusief de deskundigheidsbevordering van de hulpverleners.

Het boekje bevat weinig nieuws (wellicht is dit er ook niet) en heeft vooral waarde als een systematisch overzicht van de bestaande informatie. Het heeft de gebruikswaarde van een discussiestuk, dat echter op een minder dure wijze uitgegeven en verspreid een veel grotere doelgroep zou kunnen bereiken. Thans geeft het weinig nieuwe informatie voor relatief veel geld.

Bert Schadé