

structie te geven in zelfonderzoek van de testikels. Dit artikel geeft een overzicht van de huidige inzichten over testistumoren, waarbij wordt gewezen op de lage incidentie en de steeds gunstiger prognose.

De animo van patiënten om maandelijks een zelfonderzoek uit te voeren, lijkt gering. Ervaringen met borstzlfonderzoek – toch een veel zinniger zaak, gezien de incidentie van mammacarcinoom – wezen in die richting. Een kosten/baten-analyse van een dergelijk screeningsprogramma valt negatief uit. Het geld en de tijd die de arts aan mannen van 25-34 jaar besteedt, zouden beter op een andere manier gebruikt kunnen worden, zoals voorlichting over rookgedrag, de risico's van chronisch alcoholmisbruik en het rijden zonder autogordel.

D.W. Meijer Timmerman-Thijssen

Aspirin and Reye's syndrome – do parents know? *Hall RW. J R Coll Gen Pract 1987; 37: 459-60.*

Het Reye syndroom, voor het eerst beschreven in 1963, is een zeldzame maar ernstige encephalopathie, die vooral voorkomt bij kinderen. Er bestaat een associatie met voorafgaande virusinfecties als waterpokken, influenza en hepatitis, en met chemicaliën als pesticiden en salicylaten. Het bewijs van een associatie met aspirine is niet geleverd, maar het lijkt toch verstandig om aspirine bij kinderen te vermijden.

In 1986 heeft de Aspirin Foundation een campagne opgezet om te adviseren tegen het gebruik van aspirine bij kinderen en in dit onderzoek werd nu nagegaan hoe succesvol die campagne is geweest. Van de 50 ouders die ondervraagd werden op de kinderafdeling van een algemeen ziekenhuis, hadden er 46 van gehoord, 38 via de televisie. Het aantal ouders dat nog aspirine aan hun kinderen zou geven, was gezakt van 45 vóór de campagne tot 5; slechts één ouder verkoos het advies te negeren. Geen van de ouders noemde overigens het Reye syndroom als reden om geen aspirine meer te geven.

C.H.A. Westhoff

Comparison of hypnosis with conventional relaxation for antenatal and intrapartum use: a feasibility study in general practice *Brann LR, Guzvica SA. J R Coll Gen Pract 1987; 37: 437-40.*

Een hypnoseprogramma, te gebruiken vóór en tijdens de bevalling, werd vergeleken met de conventionele relaxatietraining. Van in totaal 96 vrouwen die moesten bevallen in een periode van 10 maanden, kozen er 51 voor relaxatietraining en 45 voor hypnose. Details over hun zwangerschap, bevalling en

postnatale periode werden verzameld, naast gegevens over hun tevredenheid over de bevalling.

De duur van de ontsluitingsperiode was korter in de hypnosegroep: gemiddeld 98 minuten korter voor de primiparae en 40 minuten voor de multiparae. Er was een kleine verlenging van de tijd voor de uitdrijving (5 minuten), wat het gevolg zou kunnen zijn van een periode van relaxatie na de hypnose. Naar aanleiding daarvan werd de instructie op het bandje iets gewijzigd. De hypnosegroep was tevredener over de bevalling en verder meldden deze vrouwen ook andere voordelen van de hypnose, zoals minder angst en gemakkelijker inslapen.

C.H.A. Westhoff

Rectificatie

Het volgende referaat verscheen eerder in het maartnummer op pagina 111. In de 17e regel ontbrak echter het woord 'geen', waardoor het geheel er niet begrijpelijker op werd.

General practice consultations: is there any point in being positive? *Thomas KB. Br Med J 1987; 294: 1200-2.*

De auteur vergeleek twee methoden om een spreekuurconsult te houden: een 'positieve' consultatie, waarbij een duidelijke diagnose werd gesteld met een zeker vooruitzicht op genezing op korte termijn, en een 'negatieve' consultatie, waarbij onzekerheid werd geuit over diagnose en het effect van de therapie. Beide groepen werden onderverdeeld in twee subgroepen respectievelijk met en zonder 'therapie' (thiamine-hydrochloride 3 mg toegepast als placebo).

In totaal 200 patiënten met klachten die geen aantoonbare lichamelijke afwijkingen hadden en bij wie geen definitieve diagnose kon worden gesteld, werden aselekt verdeeld over de vier groepen. Twee weken na het consult werd de patiënt een vragenlijst toegestuurd.

Na een positief consult voelde 64 procent zich genezen, tegen 39 procent na een negatief consult. Desondanks maakten niet meer patiënten uit deze laatste groep een nieuwe afspraak. Mét therapie voelde 53 procent zich na twee weken genezen, tegen 50 procent zonder therapie. De dokter kan kennelijk als placebo een grotere invloed uitoefenen op de genezing van de patiënt dan het medicament dat hij als zodanig voorschrijft.

Ben Mangnus

Women's problems in general practice *McPherson A. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 1988; 473 bladzijden, prijs £ 17.50. ISBN 0192615718.*

De tweede (geheel herziene) druk alweer van een aantrekkelijk boek in de geslaagde reeks 'Oxford general practice series'. De 19 hoofdstukken illustreren elk voor zich het grote belang van 'vrouwenproblemen' in de huisartspraktijk. Natuurlijk komen alle specifieke aandoeningen van vrouwen aan de orde, zoals menstruatiestoornissen, vaginale afscheiding en borstkanker. Maar depressie, eetproblemen, seksuele problemen en migraine worden ook besproken vanuit de typische invalshoek van de vrouwelijke patiënt. Vergeleken met de eerste druk zijn er twee nieuwe hoofdstukken: over roken en alcohol.

Het boek wordt gekenmerkt door een genuanceerde, typisch huisartsgeneeskundige benadering met een redelijke aandacht voor epidemiologische informatie en maatschappelijke en culturele invloeden.

Frans Meijman

Kennissystemen en medische besluitvorming *De Witte JJSC, Kwee AYL. Alphen ald Rijn, Brussel: Samsom 1987; 144 pagina's, prijs f 29,95. ISBN 90-14-03718X.*

Kennissystemen zijn computerprogramma's die zijn voortgekomen uit het onderzoeksgebied van de artificiële intelligentie. Als mogelijke betekenis voor de geneeskunde wordt gedacht aan het overnemen van routinetaken van de arts, waardoor deze meer tijd heeft voor complexe problemen. Ook denkt men wel dat deze programma's de arts kunnen adviseren bij het oplossen van complexe problemen waarvoor meer conventionele programmeertechnieken ontoereikend zijn. Zij worden geacht vooral hun nut te bewijzen in het gebied tussen de zeer slecht gestructureerde problemen – vooralsnog het domein van de mens – en de zeer goed gestructureerde problemen, waarbij traditionele computerondersteuning mogelijk is.

Inmiddels zijn er al medische kennissystemen die gebruik maken van heuristische kennis over diagnoses en therapie, waarbij relaties worden gelegd met pathofysiologische processen en anatomische structuren en met hiërarchisch opgebouwde classificatiesystemen. Enkele geavanceerde kennissystemen maken bij hun gevolgtrekkingen al gebruik van metakennis, dus van expliciete kennis die het systeem over zijn eigen kennis heeft. Hierbij is het interessant te zien hoe causale kennis, etiologische kennis en kennis over de processen kan worden geïntegreerd.

Op dit moment zijn medische kennissystemen (nog) niet in gebruik als praktisch hulpmiddel. De meest experimentele program-

ma's sluiten nog niet goed aan bij de behoefte van arts, vooral door gebrek aan reikwijdte of juist diepgang. Er zijn enkele programma's met aspecten van kennissystemen voor het overnemen van routinetaken, zoals het aanvragen van laboratoriumonderzoek bij bepaalde diagnoses, of als geheugensteun van de arts. Ze voeren routinetaken uit in kleine en goed afgebakende probleemgebieden. Uit het overzicht van de experimenten die in ons land in enkele centra aan de gang zijn, blijkt dat het nog wel enige tijd zal duren voordat deze systemen praktische ingang zullen vinden.

Door kosten, technische en fundamentele beperkingen zullen medische kennissystemen voorsnog slechts problemen kunnen oplossen in scherp omschreven deelgebieden van de geneeskunde. In deze deelgebieden moeten op dit moment alle problemen ook nog met formele kennis op bevredigende wijze kunnen worden opgelost. Als er een groot verschil in kennis is tussen het medische kennissysteem en dat van de gebruikers, bestaat immers het gevaar dat de laatste gebruik zal maken van minder goede adviezen van het kennissysteem.

Kennissystemen bieden nog veel ruimte voor speculaties. Dit vlot geschreven en overzichtelijke boek is een goede handleiding, waarin *science* van *fiction* wordt onderscheiden. De *wise kids* onder ons zullen al wel van deze materie op de hoogte zijn, maar voor een betrekkelijke leek als uw referent bevatte dit boek zeer veel informatie. De systematisch opbouw en de afstandelijke benadering zijn een verademing. Veel toekomstige auteurs zullen de neiging hebben hun fantasie de vrije loop te geven over dit onderwerp en voor hen is dit boek verplichte literatuur. Voor alle anderen van harte aanbevolen.

E. Schadé

Postcoital interception and contragestion [Dissertatie]. Van Santen MR. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1987; 244 bladzijden, prijs f 75,-. ISBN 90-9001986-3. Te verkrijgen bij de auteur.

In deze uit artikelen bestaande dissertatie wordt vooral aandacht besteed aan de morning-after pil, zowel de vijfdaagse kuur van 5 mg ethinyloestradiol (5x5) als de alternatieve kuur met (2x2) Stediril-d® of Neogynon®.

In het literatuuroverzicht dat aan de artikelen voorafgaat, ontbreekt de discussie die de laatste jaren over de betrouwbaarheid van de alternatieve 2x2 pil wordt gevoerd. Methodologisch storend in het hele proefschrift is de opvatting van Van Santen dat tot prospectief onderzoek toegelaten vrouwen van verdere evaluatie kunnen worden uitgesloten, wanneer retrospectief blijkt dat aan het

toelatingscriterium 'eenmalige coïtus' toch niet was voldaan. Andere auteurs sluiten deze vrouwen terecht niet uit van verdere evaluatie, maar vermelden wel hoe vaak bij mislukte behandeling retrospectief bleek dat de vrouw eigenlijk niet tot het onderzoek had mogen worden toegelaten. Aan de hand van deze gegevens maakt Van Santen een herberekening van de misluktingspercentages. Overigens gebeurt dit niet consequent. In tabel 4 (pagina 58) noemt hij zijn eigen dubbelblinde onderzoek tweemaal, echter met totaal verschillende resultaten. In dezelfde tabel worden de resultaten van Yuzpe 1982 tienmaal te rooskleurig weergegeven, hetgeen niet op gecorrigeerde berekeningen of reken- of zetfouten is te herleiden. Wanneer Tully in haar naschrift bij een *Letter to the editor* van Van Santen fijntjes op een zeer basale rekenfout wijst, blijkt dat verspilde moeite. Van Santen geeft in tabel 4 haar gegevens volgens zijn verkeerde herberekening weer.

Op grond van uitgebreid fysisch, hematologisch, biochemisch, endocrinologisch, cytologisch en histologisch onderzoek bij zes vrijwilligsters die de 5x5 pil gebruikten, concludeert Van Santen dat het gebruik van deze pil onschadelijk is. Deze conclusie is omstreden.

De effectiviteit van de verschillende middelen wordt nagegaan door het aantal zwangerschappen dat ondanks behandeling is ontstaan, te vergelijken met het aantal zwangerschappen dat zonder behandeling zou mogen worden verwacht. Bij deze berekening wordt uitgegaan van een geheel onbeschermd coïtus, terwijl in de praktijk een deel van de betreffende vrouwen toch wel enige contraceptieve bescherming genoot. De theoretische schatting zal daardoor iets te hoog uitvallen. De gevonden misluktingspercentages ontlopen elkaar ogenschijnlijk niet veel: 0,3-1,5 procent. Relatief bezien lijkt er echter sprake van grote verschillen als we zien, dat het verwachte aantal zwangerschappen (te hoog) op 5-6 procent berekend is. Methodologisch gezien mogen echter geen vergelijkende uitspraken gedaan worden op basis van in tijd en populatie verschillende prospectieve onderzoeken.

Effectiviteit en bijwerkingen van de 5x5 en de 2x2 pil worden met elkaar vergeleken in een in opzet prospectief, gerandomiseerd, dubbelblind onderzoek. Van Santen concludeert uit dit onderzoek dat beide methoden even effectief zijn en dat bij de 2x2 kuur minder bijwerkingen voorkomen. De resultaten van dit onderzoek (over exact dezelfde populatie) worden door Van Santen ook elders besproken.¹ Uit dat artikel blijkt dat ook tot dit prospectieve onderzoek toegelaten vrouwen retrospectief werden uitgesloten van verdere evaluatie, echter niet voordat de code was gebroken. Verder wordt in dat artikel geconcludeerd dat er geen significant verschil in bijwerkingen tussen 5x5 en

2x2 is. Enige verantwoording hierover wordt in het proefschrift node gemist.

In een tweetal oriënterende onderzoeken wordt tenslotte de waarde van Mifepristone® (een antiprogestageen, vooral als experimentele abortuspil in gebruik) onderzocht als respectievelijk late morning-after pil en routinematig te gebruiken *once-a-month* pil. De effectiviteit van de eerste toepassing lijkt goed, die van de tweede nihil. Aangezien de gebruikte doseringen wisselen, maar niet essentieel verschillend zijn, lijkt dat een opmerkelijke bevinding. Van Santen suggereert dat door herhaald gebruik de cyclus ontregeld wordt en dat daardoor de *once-a-month* pil niet werkt. Aangezien ook hier weer methodologische fouten worden gemaakt, zijn definitieve conclusies over het gebruik van Mifepristone® op dit gebied nog niet te trekken.

Kritische lezing wordt aanbevolen aan iedereen die meent op basis van dit proefschrift de 2x2 pil aan patiënten voor te kunnen schrijven.

Pieter Wibaut

¹ Van Santen MR, Haspels AA. Comparative randomized double-blind study of high dosage ethinyloestradiol vs. ethinyloestradiol-norgestrel combination in postcoital hormonal contraception. In Bonnar J, Thompson W, Harrison RF. Research in family planning. Lancaster: MTP Press, 1984; 67-72.

The hypertensive disorders of pregnancy Report of a WHO study group. Technical Report Series no. 758. Geneva: World Health Organization, 1987; 114 bladzijden, prijs SwFr 16.00. ISBN 92-4-120758-2.

Deze studie is verricht met het doel meer inzicht te krijgen in de epidemiologie van hypertensie tijdens de zwangerschap en op grond daarvan methoden aan te reiken voor vroege diagnostiek, en controle en behandeling van zwangerschapstoxicose. Naast hoofdstukken over definities en classificatie, incidentie, predisponerende factoren en pathofysiologische aspecten bevat het boek hoofdstukken over diagnostische tests, complicaties voor moeder en kind, differentiële diagnose, management ten aanzien van de vroege diagnostiek in de eerste lijn en de behandeling in de tweede lijn. In de aanbevelingen die aan het slot van het boek worden gedaan, wordt de nadruk gelegd op de voorlichting en opvoeding en de vroege diagnostiek in de eerste lijn. Het is de vraag of voor dit soort aanbevelingen een uitgebreide literatuurstudie nodig is.

Voor gynaecologen bevat het boek gedetailleerde gegevens over de klinische mani-

→

In de rubriek 'Grijze literatuur' brengen instellingen die zich bezighouden met onderzoek op het gebied van de eerste lijn, recente rapporten onder de aandacht van de lezers.

De sickness-impact-profile Een meetinstrument waarmee de invloed van ziekte en/of gezondheidsklachten op het dagelijks functioneren kan worden vastgesteld. Nederlandse versie. Handleiding en vragenlijst. Luttik A, Jacobs HM, De Witte LP. Utrecht: Vakgroep Huisartsgeneeskunde, 1987 (UHinform 6); 63 bladzijden, prijs f 10,-.

De werkzaamheden van de huisarts in en om Tilburg: een inventarisatie bij specialisten en huisartsen [Onderzoekverslag]. Jacobs HM, Weerts JMP, Van der Hell RJ, Tims-Polderman CAJ. Utrecht: Vakgroep Huisartsgeneeskunde, 1987 (UHinform 7); 105 bladzijden, prijs f 10,-.

Capita selecta I. Inleidingen over veel voorkomende onderwerpen in de huisartsgeneeskunde 2e dr. Inleiding ten behoeve van de beroepsopleiding tot huisarts. Luttik A, Chavannes AW. Utrecht: Vakgroep Huisartsgeneeskunde, 1987; 280 bladzijden, prijs f 40,-.

Warffum-vragen. Bijlagen bij Capita selecta I Almekinders F, e.a. Utrecht: Vakgroep Huisartsgeneeskunde, 1987; 50 bladzijden, prijs f 7,-.

Basisprogramma beroepsopleiding Almekinders F, e.a. Utrecht: Vakgroep Huisartsgeneeskunde, 1987; 65 bladzijden, prijs f 8,-.

Docentenpapers behorend bij Capita selecta I en Warffum-vragen Almekinders F, e.a. Utrecht: Vakgroep Huisartsgeneeskunde, 1987; 186 bladzijden, prijs f 25,-.

Inlichtingen: mw. I. v.d. Hoeven, telefoon 030 - 331 123.

festatie van het ziektebeeld, over de pathofysiologie en de differentiële diagnostiek. Ook de methodologische problemen worden besproken. Voor de huisarts is het boek veel te gedetailleerd.

Jan de Haan

Artrose [Film, 16 mm]. Nederlandse bewerking van 'Qu'est ce que l'arthrose', door Paul van 't Pad Bosch, reumatoloog; teksten in het Frans; duur 21 minuten. Te bestellen via het Nationaal Reumafonds, Statenlaan 128, 2582 GW Den Haag; telefoon 070 503 231.

De film geeft een logisch opgebouwd overzicht van het onderwerp artrose. De mogelijke oorzaken voor het ontstaan van artrose komen ruim aan de orde. De anatomische en biochemische veranderingen zijn goed bekend, hetgeen ook blijkt uit deze presentatie. De klinische uitingsvormen zijn een goede aanleiding voor een toelichting op de diverse theorieën over de ontstaanswijze, zoals de te beïnvloeden factoren als overgewicht, overbelasting en gewrichtsmisvormingen. De rol van belasting van het gewricht en het afnemend reparatievermogen van weefsel bij toename van de leeftijd worden eveneens besproken.

De film is niet gericht op de huisarts en hoe deze met artrose te maken krijgt. Verschillende therapeutische mogelijkheden worden slechts opgesomd; over begeleiding wordt niet gesproken.

De film is bruikbaar voor de huisartsopleiding als introductie met aansluitend huisartsgeneeskundig gericht onderwijs. Voor nascholing is deze film slechts geschikt bij gericht gebruik onder deskundige begeleiding, bijvoorbeeld als start van een discussie over de preventie van artrose.

E. ten Doeschate

Hart- en vaatziekten in Nederland [videoband], 1988; duur 29 minuten. Te bestellen bij: Smith Kline & French (Anneke Rijk), Jaagpad 1, 2888 AB Rijswijk; telefoon 070 - 994 274.

Deze band toont twee gesprekken tussen een huisarts en een specialist in de klassieke leerling-leraar verhouding. In het eerste gesprek met een revalidatie-arts komt beknopt voor de huisarts relevante informatie over het CVA aan de orde: welke verschijnselen duiden op een ongunstige prognose, op welke problemen moet de huisarts verdacht zijn na thuiskomst van de CVA-patiënt? Helaas hebben achtergrondgeluiden een nadelige invloed op de verstaanbaarheid van dit gesprek.

In het tweede, wat langere gesprek wordt door de internist hypertensie als de belangrijkste risicofactor bij het optreden van CVA gekenschetst. De boodschap is duidelijk: hypertensie bij ouderen is niet fysiologisch en moet behandeld worden, liefst met een kaliumsparend diureticum. Enkele grote studies die dit beleid ondersteunen, worden geciteerd. De recente publikaties van Boot in *Medisch Contact* hebben laten zien dat dit standpunt omstreden is.

De huisarts die geïnformeerd wil worden

over het begeleiden van CVA-patiënten, komt te kort. Wie zich op de hoogte wil stellen van de behandeling van hypertensie, heeft recht op meer genuanceerde informatie dan een pleidooi voor prescriptie van dytenzide.

Jan Schuling

Vraagverheldering in het consult van de arts [videoband], 1987. Samenstelling: J. van Thiel, huisarts, J. König, psycholoog; duur 30 minuten, prijs f 135,- (f 165,- voor U-matic). Te bestellen bij: Rijksuniversiteit Limburg, Audiovisuele Dienst, Postbus 616, 6200 MD Maastricht; telefoon 043 - 888 244.A

Op de band wordt op een duidelijke manier getoond wat de verschillen in aanpak zijn tussen een dokter die voornamelijk klachtgericht en een dokter die vraaggericht te werk gaat, en de effecten hiervan op het verloop van het consult c.q. de hulpverlening aan de patiënt. Aan de hand van het 'premedische' fragment en met enige theorie wordt onderbouwd waarom de tweede aanpak de voorkeur verdient. Dat deze werkwijze dokters niet in het bloed zit, is aan de arts op de band te merken. Wellicht wilden de makers hiermee hun uitspraak 'Het is als met nieuwe schoenen, het loopt nog wat onwennig...' illustreren en tevens laten zien dat deze aanpak desondanks toch een duidelijk positief effect op de hulpverlening heeft.

Verwarrend is dat het begrip vraagverheldering op twee manieren wordt gebruikt: als een fase in het consult en als een gespreksvaardigheid. In het eerste geval wordt bedoeld: een episode in het consult waarin de arts deels via exploratie, deels via gerichte vragen probeert een beeld te krijgen van wat deze patiënt met de klacht/het probleem nu van deze dokter wil; in het tweede geval gaat het om een methode van informatie verkrijgen op geleide van het referentiekader van de patiënt, een gespreksvaardigheid die op allerlei momenten in het consult gebruikt kan en moet worden.

In ons onderwijs aan arts-assistenten in opleiding tot huisarts blijkt de waardering voor en het leereffect van demonstratiebanden sterk samen te hangen met de 'echtheid' van het getoonde: hoe meer de consulten op de praktijk van alle dag lijken, des te beter en leerzamer. De consulten die op deze videoband getoond worden verlopen wat stijfjes, de spreekkamer doet wat kaal aan (zijn er dokters met zo'n leeg bureau?), maar voor het overige lijken ze de werkelijkheid aardig te benaderen; ze duren niet te lang en het door de patiënt gepresenteerde probleem is heel herkenbaar.

Volgens de makers is de band te gebruiken in het medisch curriculum, de huisartsopleiding en de nascholing ten behoeve van individueel leren, groepsoponderwijs en discussie, en als model. Ingebed in een cursus systematiek