

promiscue (homo)seksueel gedrag en prostitutie.

- *Positieve familie-anamnese* Van bepaalde ziekten is bekend dat de kans op het krijgen van de ziekte vergroot is wanneer deze in de familie voorkomt. Het betreft enerzijds erfelijke, aandoeningen enerzijds aandoeningen met een duidelijk familiair voorkomen. De inzichten over deze laatste groep zijn aan verandering onderhevig. Voorbeelden zijn: M. Duchenne bij zoontje van zuster en borstkanker bij zuster van vrouwelijk patiënt.

Overige problemen

- *Somatische fixatie* Het gaat hierbij om een door de huisarts gesignaleerd risico van somatische fixatie.
- *Functiestoornissen* Het gaat niet om een ziekte maar om een verlies aan functie. Voorbeelden zijn: doofheid en malk lopen. Uiteraard dient hierbij wel voldaan te worden aan de criteria van 'een probleem': niet elke functiestoornis hoeft als probleem op de probleemlijst te worden geplaatst.

Gebruik

In het voorgaande zijn richtlijnen geformuleerd voor het opstellen van een goede probleemlijst. Ten aanzien van de vorm van de probleemlijst zijn meer uitgewerkte richtlijnen te geven, die echter buiten het bestek van dit artikel vallen. De belangrijkste vormen voor een probleemlijst in Huisarts Informatie Systemen zijn te vinden in het referentiemodel van de WCIA.⁴ Ook adviezen over de wijze van het opstellen van probleemlijsten op basis van oude groene kaarten, brieven van specialisten of andere soms onvolledige informatie zijn hier niet aan bod gekomen.

Het gebruik van de probleemlijst vereist van de huisarts een grote discipline. Consequent bij elk consult inzien van de probleemlijst en afwegen of nieuwe problemen geformuleerd dienen te worden, is zeker geen eenvoudige taak. Een probleemlijst die op een dergelijk geordende wijze is opgezet, geeft de mogelijkheid om problemen (op zowel symptoom- als diagnosesniveau) en clusters van problemen in de tijd te volgen.

Huisartsen die de probleemlijst ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek willen gebruiken dienen rekening te houden met aanvullende criteria. Deze zullen een normatief karakter heb-

ben ten aanzien van de problemen die bij onderzoek bestudeerd worden. Tevens zal er de mogelijkheid moeten zijn om met behulp van een classificatiesysteem codes toe te voegen op de probleemlijst; hiervoor kan gebruik worden gemaakt van de International Classification of Primary Care (ICPC).¹²

Dankbetuiging

De auteurs danken J.D. Mulder Dzn, P.J. Thys en R. van de Grinten voor hun waardevolle commentaar.

¹ Weed LL. Medical education and patient care. Cleveland: Case Western Reserve University Press, 1969.

² Probleemgeoriënteerde registratie [Themanummer]. Huisarts Wet 1979; 22: 3-47.

³ Metcalfe D. Probleemgeoriënteerde registratie in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1977; 20: 15-8, 57-8, 103-5, 149-50, 191-4, 230-3, 271-2, 306-9, Å351-4, 399-402.

⁴ Werkgroep Coördinatie Informatie Automatisering (WCIA). Referentiemodel Huisarts Informatie Systeem, Versie 3. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1986.

⁵ Easton, RE. Problem-oriented medical records concept. New York: Appleton Century Crofts, 1974.

⁶ Hurst JW, Walker HK. The problem oriented system. New York: Medcom Press, 1970.

⁷ Petrie JC, McIntyre N. The problem oriented medical record. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1979.

⁸ Anonymous. An international glossary for primary care. Huisarts Wet 1981; 24: 342-6.

⁹ Sandlow LJ, Bashook PG. Problem oriented medical records: self instruction for practitioners. Chicago: Michael Reese Hospital and Medical Center, 1978.

¹⁰ Anonymous. ICHPPC-2-defined (Inclusion criteria for the use of the rubrics of the International Classification of Health Problems in Primary Care). Oxford: Oxford University Press, 1983.

¹¹ Anonymous. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. (DSM III). Washington DC: American Psychiatric Association, 1980.

¹² Lamberts H, Wood M. The International Classification of Primary Care. Oxford: Oxford University Press, 1987.

Glucose-oplossing

Zonder er meteen een punt van te willen maken is het wellicht dienstig te reageren op het artikel van Wielink over hypoglykemisch coma.¹ Hierin wordt op tamelijk stellige wijze het door ons geadviseerde minimum aan glucose-oplossing in het ampullenétui van de huisarts verworpen; het gaat er daarbij om dat één ampul van 100 ml(!) 50% glucose te verkiezen zou zijn boven drie ampullen 10 cc met 40% glucose.²

Het advies van Wielink berust op de therapie die nodig is gebleken in het ziekenhuis, al of niet na verwijzing door de huisarts. Ons inziens is een dergelijk uitgangspunt minder adequaat voor een advies aan de huisarts dan een in totaal vijftigjarige ervaring in de huisartspraktijk. Het gaat in het ziekenhuis om patiënten 'bij wie de aard van het coma niet wordt onderkend, een adequate therapie niet mogelijk is of de initiële behandeling faalt', kortom: niet om doorsnee hypoglykemiepatiënten uit de huisartspraktijk. Daarbij is vooral van belang dat het coma meestal langer geduurd zal hebben dan doorgaans het geval is bij de huisarts.

In de tweede plaats kan, omdat het een goed artikel is, worden nagegaan, dat geen van de inzendende huisartsen meer dan 10 gram glucose heeft gebruikt, en dat is een hoeveelheid die past binnen het door ons gegeven advies. Dat kan te weinig zijn geweest, maar de patiënt die het meeste kreeg (10 g, dus nog geen 12 g), had in het ziekenhuis slechts oraal glucose nodig.

In feite is natuurlijk één patiënt die meer dan de door ons geadviseerde hoeveelheid glucose nodig had, voldoende om de stelling te verdedigen dat er meer moet worden meegenomen. Ons ging het er echter om na te gaan wat in het algemeen adequaat is voor de huisarts. De huisarts die op alles voorbereid wil zijn, adviseren wij de aanschaf van een vrachtwagentje. Anderzijds zou een redelijke serie hypoglykemiepatiënten uit de huisartspraktijk die meer dan 12 gram glucose behoeften, ook ons overtuigen.

Men kan stellen, dat het leven te kort is om je er druk over te maken of er nu drie kleine ampullen of één grote in de praktijktas van de huisarts moeten. Aardiger is echter ons inziens, dat het een fraai voorbeeld is van het feit dat de

klinische realiteit nog geen huisartsgeneeskundige werkelijkheid is.

W.A. Meyboom

¹ Wielink G. Opname wegens een hypoglykemisch coma. *Huisarts Wet* 1988; 31: 264-5.

² Meyboom WA. Het ampullenétui - een toetsingsproject. *Huisarts Wet* 1988; 31: 81-8.

Naschrift

Mijn artikel is, zoals aangegeven, gebaseerd op ziekenhuisgegevens; het zegt niets over de patiënten die buiten het ziekenhuis worden behandeld. In de inleiding heb ik gesteld dat het ook niet mogelijk is deze twee groepen vergelijken, en er is mij geen literatuur bekend die zowel de huisartsgeneeskundige als de klinisch-geneeskundige kant omvat. In dit licht moet mijn advies worden gezien, want naast de gemiste opnamen bij orale antidiabetische middelen vallen twee zaken op. Gemiddeld was bij opname 24 gram glucose intraveneus nodig om het coma te bestrijden, én de patiënten die eerder glukagon intramusculair kregen, waren bij opname geen van allen comateus.

Mijn advies is derhalve dat, hoewel glucose theoretisch de voorkeur geniet, glukagon een heel praktisch alternatief kan zijn. Mijn mening is dat, indien er glucose gespoten wordt, er een hoeveelheid moet worden gegeven waarmee het coma herstelt.

Een artikel over deze kleine serie is nog geen klinische realiteit; het stipt iets aan waarmee een huisarts wellicht zijn voordeel kan doen.

G. Wielink

Alternatief

Onlangs ontving ik van de uitgever een gratis exemplaar van *Huisarts en Wetenschap* en instinctief was ik geneigd om positief te reageren op de abonnements-aanbieding. Na het prima redactioneel artikel over huisarts en toepassing van voorkennis werd mijn ergernis grenzeloos bij het lezen van het enquêteverslag over alternatieve geneeswijzen in de huisartspraktijk.¹ Gaarne wil

ik hierbij de volgende kanttekeningen maken:

- In het algemeen vind ik het onwijs dat de bladzijden van de wetenschappelijke vereniging der huisartsen vervuld worden met dit soort modieuze en tendentieuze lectuur.

- Ook is het onactisch om dit soort enquêteverslagen op te nemen: de ervaren sociale cijfergoochelaars krijgen hierdoor de kans in een geur van pseudowetenschap het onervaren gedeelte der huisartsen te manipuleren.

- Uit de enquête blijkt niets: de respons was slechts 60 procent (na twee schriftelijke rappels). Geconcludeerd mag worden dat de niet-respondenten voor het overgrote deel niet in alternatieve onzin geloven. Overigens wemelen de beschreven enquêteresultaten van de toevoegingen weleens, incidenteel, sporadisch, etc.

- Uiteraard moeten de huisartsen in het huidige tijdperk oppassen niet voor andermans politieke karretje te worden gespannen. In hun weinig assertieve houding om vooral open, soepel en meegaand te lijken, zit het grote gevaar van een nog grotere uitbreiding van de klant-is-koning-geneeskunde.

- Overigens ligt er voor Van Weel c.s. hier een groot werkterrein braak, geconcentreerd rond de vraag hoe het in de huidige cultuur mogelijk is, dat collegae die een wetenschappelijke studie mochten volgen, vervolgens zo afglijden. Het arbeidsmarktprobleem zal zeker in deze analytische studies betrokken moeten worden.

F.J.G. van Diggelen

¹ Visser GJ. Alternatieve geneeswijzen in de huisartspraktijk. Uitkomsten van een enquête. *Huisarts Wet* 1988; 31: 252-6.

Naschrift

Van Diggelen bespeurt 'een geur van pseudowetenschap' rond het artikel 'Alternatieve geneeswijzen in de huisartspraktijk' in het augustusnummer. Hij beticht de redactiecommissie ervan bij te dragen tot wetenschappelijke milieuvervuiling door dit onderzoeksverslag te publiceren.

Dat is niet terecht. Het artikel voldeet - gegeven de vraagstelling van het onderzoek - aan de criteria van relevantie en methodologische betrouwbaar-

heid. De redactiecommissie beoordeelt manuscripten primair op dit soort wetenschappelijke merites en de interpretatie van de onderzoeksresultaten wordt overgelaten aan het oordeel van de lezers, ongeacht de betrokkenheid van hun reuk hierbij.

Het standpunt van de redactiecommissie inzake alternatieve geneeswijzen in relatie tot de huisartsgeneeskunde is al in 1982 verwoord en is sindsdien niet gewijzigd.¹

¹ Van Weel C. De brildrager en de blinde ziener [Redactioneel commentaar]. *Huisarts Wet* 1982; 25: 42-3.

Bêta-blokkers

Met belangstelling heb ik het artikel van *Tempelaar e.a.* gelezen over de resultaten van een retrospectief onderzoek naar de invloed van verschillende bèta-blokkers en diuretica op de kwaliteit van het leven bij hypertensiepatiënten.¹ Interessante resultaten, die in de tekst van het artikel op correcte en genuanceerde wijze worden gepresenteerd en geïnterpreteerd. Helaas moet ik echter vaststellen dat deze genuanceerde weergave niet is terug te vinden in het abstract en de samenvatting van het artikel. Zowel in het abstract als in de samenvatting worden conclusies getrokken ten aanzien van verschillen tussen de verschillende medicamenten die niet worden ondersteund door de studieresultaten. Het is jammer dat de getoonde zorgvuldigheid bij dit onderzoek hierin niet consequent is doorgevoerd.

Astra Pharmaceutica BV,
Dr. R.L.A. Peters

¹ Tempelaar AF, Haaijer-Ruskamp F.M., Pennink BJ, e.a. Langdurig gebruik van bèta-blokkers en de kwaliteit van het leven. *Huisarts Wet* 1988; 31: 189-95, 201.

Naschrift

Dr. Peters heeft gelijk wanneer hij stelt dat de strekking van ons artikel ten aanzien van de onderzochte middelen minder genuanceerd is samengevat dan in de tekst en in de synopsis werd ver-

meld. In de tekst staat beschreven dat de onderzochte groep metoprololgebruikers op een aantal punten verschilde van de andere onderzochte groepen. Wij zijn van mening dat het hier een groep patiënten betreft die mogelijk 'zieker' was dan de mensen uit de andere groepen, vooral wat betreft de cardiovasculaire problematiek. Het is niet ondenkbaar dat het somatisch klachtenpatroon hierdoor is beïnvloed. Uit het onderzoek kan niet worden vastgesteld of dit het gedrag van de metoprololgroep volledig verklaart. Op farmacologische gronden hadden we verwacht dat metoprolol vergelijkbaar zou zijn met atenolol.

A.F. Tempelaar
F.M. Haaijer-Ruskamp
H. Wesseling

Nota bene

De waarde van registratie voor het beantwoorden van etiologische vragenstellingen wordt in de regel schromelijk overschat: keer op keer blijkt dat men van de verkeerde personen de verkeerde gegevens heeft vastgelegd.

Stelling bij: Bouter LM. Injury risk in downhill skiing [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1988.

Er is geen relatie aanwezig tussen de mate van eenzaamheid en het bestaan van een depressief syndroom bij alleenstaande ouders enerzijds en de reden van ontstaan of de duur van het eenoudergezin anderzijds.

Stelling bij: Kooij LR. Eenoudergezinnen in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1988.

Anders dan acteurs op toneel en film ons laten zien dient men ter ontlasting van een been de kruik of stok contralateraal te gebruiken.

Stelling bij: Raaymakers ELFB. Functional treatment of impacted femoral neck fractures [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1988.

WERKGROEP COÖRDINATIE INFORMATIE AUTOMATISERING

Toetsverslag Practisys

Het Huisarts Informatie Systeem Practisys is recent getoetst door de WCIA. Wat hier wordt afgedrukt, is een samenvatting: het volledige verslag is verkrijgbaar bij het secretariaat WCIA, p/a Nederlands Huisartsen Genootschap. Geïnteresseerden wordt geadviseerd dit volledige verslag aan te vragen, omdat hierin veel meer nuances en details staan vermeld.

Inleiding

Practisys is een produkt van Centraal Beheer automatisering te Zeist. Ter toetsing is aangeboden de basismodule en de apotheekmodule van Practisys in een *single-user* (één werkplek) versie. Een netwerk versie (Novell) is verkrijgbaar. Beide modules zijn geïntegreerd en niet los verkrijgbaar.

De functionele toetsing – door huisartsen van de toetsgroep WCIA – vond plaats in februari en maart 1988; de technische toetsing door medewerkers van Pandata in juni 1988.

Het programma kan werken op de gebruikelijke IBM-compatible computers. Centraal Beheer levert computers van de merken IBM en Tulip. Een AT-compatible machine wordt aanbevolen, evenals een *tape-unit* voor veiligheidskopieën.

Het programma werkt onder het gebruikelijke MS-DOS besturingssysteem; versie 3.30 wordt momenteel geleverd. Practisys is geprogrammeerd in de taal 'Basic'.

Als accessoires bij de modules basis en apotheek kunnen geleverd worden: een medicatiebewakingsmodule en een grootboekmodule.

Practisys heeft een gebruikersvereniging. Er is geen kopie van de broncode van het programma bij een notaris gedeponeerd.

Algemene functionele aspecten

De handleiding is duidelijk opgezet en ingedeeld naar functies in het programma. Zowel schermafdrucken als een trefwoordenregister zijn aanwezig.

De diverse modules van Practisys zijn ondergebracht in een hiërarchische structuur. De gebruiker vindt zijn weg via diverse menu's en submenu's. Een gemaakte menu-keuze behoeft niet met <Enter> bekrachtigd te worden (werkt wel snel, maar soms verwarrend). Practisys beschikt niet over ingebouwde hulp-schermen.

Voor de patiënt-selectie staat een zeztal zoekleutels ter beschikking: naam, straat+huisnummer, naam+straat+huisnummer, ziekenfondsnummer, patiëntnummer en geboortedatum. Zoeken op meisjesnaam is niet mogelijk.

De huisarts kan niet zelf toegangs niveaus instellen voor verschillende medewerkers. Op verzoek kan Centraal Beheer medewerkers autoriseren voor bepaalde bestanden.

Basismodule

In het referentiemodel is de basismodule bedoeld voor de registratie van administratieve gegevens betreffende de praktijk, de medewerkers, de patiënten en derden, contacten en verrichtingen, financiën en signaleringen. In Practisys is de basismodule slechts bedoeld om ondersteuning te geven aan de apotheekmodule en de financiële afhandeling van de praktijk. Het woonverband, zoals gedefinieerd in het referentiemodel, is niet aanwezig. Wel kunnen alle personen op één adres getoond worden. Behalve de burgerlijke staat zijn alle patiënt-gegevens van het referentiemodel aanwezig.

De invoer in het patiëntenschermbaan gaat gemakkelijk. Er is een handige voorziening om veelgebruikte plaats- en straatnamen in een tabel vast te leggen en met een codeletter op te roepen. Bij het invoeren van een heel gezin, moet helaas steeds voor elk gezinslid alle gegevens worden ingevoerd, ook adres, telefoonnummer, etc.

Als extra kunnen per patiënt maximaal 6 contra-indicatie codes worden ingevoerd en kan worden aangegeven of dosiscontrole en medicatiebewaking uitgevoerd moet worden.