

totale succespercentage gemeten als reductie van de stenose van ten minste 20 procent in alle behandelde laesies (zonder overlijden, myocardinfarct of noodzaak tot coronaire bypass-operatie) bleek gestegen van 61 naar 78 procent. Het overlijdenspercentage en het percentage myocardinfarcten na de ingreep was in beide groepen gelijk: respectievelijk 1 en 4 procent.

Er is nog geen uitspraak mogelijk over het lange-termijn effect van de huidige angioplastiek.

Jan Groot

Hip fracture and the use of estrogens in postmenopausal women. The Framingham study Kiel DP, Felson DT, Anderson JJ, et al. *N Engl J Med* 1987; 317: 1169-74.

Wat is het effect van oestrogeengebruik in de postmenopauze op het krijgen van heupfracturen op latere leeftijd?

In een retrospectieve cohortstudie werd van 2873 vrouwen uit de 'Framingham heart study' informatie verkregen over het gebruik oestrogeen, lichaamsgewicht, leeftijd van het intreden van de menopauze, rookgewoonten en alcoholgebruik. Bij 179 vrouwen in de postmenopauze was een heupfractuur opgetreden en wel exponentieel toenemend na het 50e levensjaar. Het relatieve risico op het krijgen van een heupfractuur bij vrouwen die oestrogeen hadden gebruikt, was 0,65 na correctie voor leeftijd en gewicht. Het aangepaste relatieve risico voor vrouwen die in de voorgaande twee jaar oestrogenen hadden gebruikt, was voor alle leeftijdscategorieën samengevoegd zelfs 0,34 en tot de groep van 65-74 jaar aantoonbaar verlaagd. Het gebruik van oestrogenen binnen vier jaar na het begin van de menopauze bleek bescherming te bieden tegen het ontstaan van fracturen in de toekomst.

De auteurs merken terecht op dat zij niet kunnen uitsluiten dat enige selectiebias is opgetreden ten gunste van de vrouwen die oestrogeentherapie hebben ontvangen. Zij menen toch te kunnen concluderen dat deze studie de hypothese ondersteunt dat het gebruik van oestrogenen in de menopauze de kans op het later ontstaan van heupfracturen bij vrouwen verkleint.

Jan Groot

Team management of the elderly patient with hip fracture Pryor GA, Myles JW, Williams DRR, Anand JK. *Lancet* 1988; i: 401-3.

De orthopedische afdeling van het Peterborough District Hospital ging in samenwerking met de werkgroep 'Peterborough hospital-at-home' na hoe patiënten van 70 jaar en ouder met een collumfractuur sneller uit het ziekenhuis ontslagen kunnen worden. Het home-team bestaat uit ervaren verpleegkun-

digen, waarbij veel gebruik gemaakt werd van part-timers, de fysiotherapeut, de huisarts, de bezigheidstherapeut en de chirurg uit het ziekenhuis. Gestreefd werd naar een operatieve behandeling binnen 24 uur na binnenkomst. Zoveel mogelijk werd onder lumbaal-anesthesie geopereerd, opdat de patiënten binnen 24 uur gemobiliseerd konden worden.

Reeds bij opname werd nagegaan of de patiënt voor een versneld ontslag in aanmerking kwam. Al tijdens de eerste dagen werd dan vanuit het ziekenhuis een huisbezoek afgelegd om bij de patiënt thuis te gaan zien of daar de omstandigheden zodanig waren dat een versneld ontslag gerealiseerd kon worden. De opzet was de patiënten binnen 5 dagen na de operatie, na overleg met de huisarts, naar huis te laten gaan.

De gemiddelde leeftijd van de eerste 200 opgenomen patiënten met een collumfractuur was 78,4 jaar; 193 van hen werden operatief behandeld en de helft van deze groep kon versneld worden ontslagen. Er bleken elf heropnamen noodzakelijk, waaronder zes patiënten met een diepe veneuze trombose en drie met een longembolie. Van de gehele groep overleden 35 patiënten binnen 3 maanden.

Was de gemiddelde opnameduur vóór dit experiment 22 dagen, bij deze 200 patiënten was dat gemiddeld 14,6 dagen; een gemiddelde besparing van 7,4 dagen. Aangezien 99 patiënten direct ontslagen konden worden, bespaarde dit 733 opnamedagen. De kosten van de thuisverzorging bleken lager uit te vallen dan verwacht en lager dan de verpleegkosten in het ziekenhuis. In die gevallen waarin de huiselijke omstandigheden een versneld ontslag niet toelaten, zou overplaatsing naar een (ortho)geriatrie verpleegafdeling het overwegen waard zijn.

M. Sanders

Can myocardial infarction induce positive changes in family relationships? Laerum E, Johnsen N, Smith P, Larsen S. *Family Practice* 1987; 4: 302-5.

Onderzocht werd of het krijgen van een hartinfarct een positieve invloed kan hebben op de relaties tussen gezinsleden. Daartoe werden 84 mannelijke infarctpatiënten tussen de 34 en 65 jaar uitgenodigd voor een interview, 12 tot 21 weken na het infarct.

Wat onderlinge liefde, zorg en communicatie betreft, waren er aanzienlijke veranderingen ten goede. Een derde van het aantal patiënten vond zijn hele leefsituatie verbeterd na het hartinfarct. Vooral bij deze groep was een positieve verandering in de gezinsrelaties waarneembaar. De meerderheid van de patiënten vond dat de gezinsleden zich goed aanpasten aan de situatie.

D.W. Meijer Timmerman Thijssen

Sequenties en formuleringen. Aspecten van de interactionele organisatie van huisarts-sprekurgesprekken [Dissertatie]. Ten Have P. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1987. Ook verschenen als handelseditie: Dordrecht: Foris, 1988; 367 bladzijden, prijs f 47,70. ISBN 90-6765-315-2.

Het kunnen voeren van een adequaat gesprek met de patiënt is een van de meest wezenlijke huisartsgeneeskundige vaardigheden, en terecht wordt hieraan tijdens de beroepsopleiding veel aandacht besteed. Merkwaardig genoeg wordt deze gespreks-training echter niet of nauwelijks geschraagd door wetenschappelijk onderzoek, terwijl anderzijds veel wetenschappelijk onderzoek naar de arts-patiënt communicatie nauwelijks consequenties voor praktijk en opleiding lijkt te hebben. Voor een deel is dat wel verklaarbaar: opleiders ontbreekt het meestal aan de tijd en het instrumentarium om onderzoek te doen, terwijl onderzoekers vinden dat zij eerst een aantal preliminaire vragen moeten beantwoorden, voordat zij toekomen aan meer praktijkgericht onderzoek. Dat neemt niet weg dat van beide zijden opvallend weinig pogingen worden gedaan om de kloof te dichten.

Het proefschrift van Paul ten Have is een aardige illustratie van die stelling: het gaat over gesprekken tussen huisartsen en patiënten, maar het is niet gericht op enigerlei praktische toepassing.

Ten Haves benadering is die van de 'conversatie-analyse', die als basisveronderstelling heeft dat gesprekken weliswaar improviserend tot stand komen, maar berusten op een min of meer vastliggende systematiek; het achterhalen en vastleggen van deze systematiek is het primaire doel van deze tak van wetenschap. De conversatie-analyse zet zich af tegen onderzoek aan de hand van een vooraf geconstrueerde theorie: de onderzoeker zou door zo'n theorie het risico lopen alleen te zien wat hij verwacht en geen oog hebben voor andere, wellicht even belangrijke feiten. Daarom gaan conversatie-analytici niet op zoek naar 'verwachte' gebeurtenissen (zoals bijvoorbeeld bij scoringsonderzoek het geval is), maar streven zij ernaar zich zo open en naief mogelijk op te stellen. Op grond van open observaties en zorgvuldige analyse daarvan zou men dan kunnen vaststellen hoe mensen - in dit geval huisartsen en patiënten - tot ordelijk verloopende gesprekken komen; herhaling van zulk onderzoek zou op den duur wetenschappelijke generalisaties toestaan over de kennis (in het jargon van de conversatie-analyse: de 'lidmaatschapskennis') die mensen daartoe in staat stelt.

Ten Haves onderzoeksvraag is simpel en direct: hoe zijn consulten van huisartsen interactioneel georganiseerd? Het antwoord op die vraag kan in principe natuurlijk heel belangwekkend zijn; hoé belangwekkend

hangt echter af van de mate waarin het materiaal en de gevolgde methoden generalisaties toestaan: het ene gesprek is het andere niet en mensen mogen dan wel 'lidmaatschapskennis met elkaar delen', maar ze verschillen zo sterk in cognitief niveau, taalbeheersing, gewoonten, opvattingen, sociale en culturele context, leeftijd enz., dat het niet eenvoudig zal zijn om 'regels' te formuleren. Bovendien spelen er afgezien van dit soort individuele kenmerken ook nog allerlei situationele aspecten een rol: de aard van de aandoening, de verhouding tussen deze arts en deze patiënt, de mate waarin beiden (gesprekstechnisch en anderszins) 'in vorm' zijn, enz.

Je zou dus verwachten dat er bij het uitvoeren van dit onderzoek naar gestreefd zou zijn binnen het materiaal zoveel mogelijk te controleren voor zulke variabelen, om de *individuele* en *situatie-specifieke* kenmerken zoveel mogelijk te onderscheiden van wat *algemeen* lijkt te zijn. Niets is echter minder waar; over het gebruikte materiaal komt de lezer zo goed als niets te weten; sterker nog, de onderzoeker weet er zelf ook niets van: '...een collectie audio- en video-opnamen vervaardigd door collega-onderzoekers, ten behoeve van diverse onderzoeksprojecten (...). Het betreft hier opnamen gemaakt in verschillende delen van het land, sommige in aanwezigheid van een observator (...), andere zonder. Afgezien van wat ik op de band kan horen weet ik vrijwel niets van de omstandigheden van de opnames of van de identiteit van de participanten'. (p.309). Wel zegt de schrijver dat het 'normale spreekurgesprekken' zijn, waarbij hij verder niet duidelijk maakt hoe hij dat heeft vastgesteld.

Uit dat materiaal heeft Ten Have een selectie gemaakt van gespreksfragmenten ... 'die relatief onopmerkelijk waren, die vrij volledig op de band stonden, en die begonnen met duidelijk door de cliënt geformuleerde klachten.' Verder noemt hij de volgende, voor de lezer matig inzichtelijke selectiecriteria: '... een op dat moment actueel analytisch thema, vergelijkingsmogelijkheden en vage noties als „interessant”, „daar gebeurt iets”, en dergelijke.' (p.309-310).

Voor de analyse van het materiaal is gekozen 'voor een strategie waarin alles aankomt op de sensitiviteit en het argumentatievermogen van de onderzoeker in confrontatie met zijn materiaal' (p.317); Ten Have gaat er namelijk van uit dat ... 'de interpretaties van de onderzoeker, berustend op zijn lidmaatschapskennis, min of meer overeenkomen met die van andere leden, met name de participanten in de betreffende scène.' (p.306).

De door Ten Have vervolgens gepresenteerde analyses en interpretaties, en ook de door hem daaraan verbonden conclusies zijn veelal zeer scherpzinnig en overtuigend – en ik zou zijn sensitiviteit, argumentatievermogen en lidmaatschapskennis ook geenszins

ter discussie willen stellen. Niettemin lijkt zijn aanpak toch te berusten op een wankel basis: de lezer bekruipt gemakkelijk de gedachte dat andere interpretaties wellicht even scherpzinnig en overtuigend zouden kunnen zijn. Binnen de gehanteerde methode is Ten Have gelijk echter nauwelijks nader te beargumenteren (evenmin als dat van een ander), omdat andere kennisbronnen principieel buiten beschouwing worden gelaten, en duplicatie van het onderzoek vrijwel uitgesloten is door de strikt persoonlijke criteria die bij de materiaalselectie zijn gehanteerd.

Ten Have is zich duidelijk zeer wel bewust van de beperkingen die de strikt conversatie-analytische benadering hem heeft opgelegd: hij gaat uitvoerig in op de methodologische aspecten ervan en verweert zich op voorhand tegen een groot aantal punten van kritiek. Het is verbazingwekkend dat hij toch heeft nagelaten ook andere (psychologische, socio-linguïstische en niet te vergeten medische) aspecten bij zijn onderzoek te betrekken. Op deze manier zal het nog wel even duren voordat wetenschappelijke generalisaties mogelijk zullen zijn.

Inge Hofmans-Okkes

Aankondigingen

Boeken voor huisartsen. Een bundeling van literatuursuggesties op huisartsgeneeskundig gebied. *Utrecht: Stichting O&O, 1988; 26 pagina's, prijs f 5,75. ISBN 90-5054-035-X. Te bestellen bij Stichting O&O, Postbus 1555, 3500 BN Utrecht; telefoon 030 – 332 113.*

Huisartsen komen regelmatig voor het probleem te staan hoe een keuze te maken uit de beschikbare literatuur op (huisarts)geneeskundig gebied. Deze keuze is niet eenvoudig, gezien de grote hoeveelheid publikaties op dit gebied. Bij de Stichting O&O komen dan ook regelmatig vragen binnen naar een overzicht van standaardwerken voor de huisarts.

Naar aanleiding van deze vragen heeft de afdeling Documentatie & Informatie nagegaan of een dergelijke lijst bestond. Dit bleek niet het geval te zijn. De speurtocht leverde echter wel twee goed bruikbare, reeds bestaande lijsten op: die van De Boer en Bremer en die van Van Amerongen. Daarnaast werden door verschillende personen en instituten losse suggesties voor literatuur gedaan.

Na overleg met de samenstellers van de twee literatuurlijsten is besloten deze overzichten te voorzien van een aantal aanvullingen en opmerkingen en ze op te nemen in één band. De zo ontstane bundeling wordt ter

beschikking gesteld van huisartsen, huisartsenorganisaties en huisartseninstituten.

Abortus en anticonceptie 1985-1986 *Rademakers J. Den Haag: Stimezo, 1988; 139 bladzijden, prijs f 12,50. Te bestellen door overmaking van f 12,50 (administratie- en portokosten) op giro 3816300 van Stimezo Nederland, Den Haag, onder vermelding van 'A + A 1985/86'.*

In dit onderzoeksrapport zijn de gegevens van de Landelijke Abortusregistratie over 1985 en 1986 weergegeven en uitvoerig geanalyseerd. Daarnaast wordt een zo recent mogelijk overzicht geboden van de ontwikkeling van het anticonceptiegebruik in Nederland.

De Wet Afbreking Zwangerschap (WAZ), die in november 1984 in werking is getreden, heeft het aantal in Nederland uitgevoerde abortusingrepen niet merkbaar beïnvloed. In 1985 werden 17.300 in Nederland wonende vrouwen behandeld, in 1986 18.300. Na de daling van het aantal ingrepen, die zich in 1980 als gevolg van het verbeterde anti-conceptiegebruik had ingezet, lijkt het aantal Nederlandse cliënten zich nu te stabiliseren. Voorlopige cijfers over 1987 bevestigen dit beeld.

De cijfers houden in dat bijna een op de tien zwangerschappen werd afgebroken en dat 5,3 per 1000 vrouwen in de leeftijd van 15-44 jaar een zwangerschapsafbreking lieten uitvoeren. Ruim de helft van de vrouwen had (nog) geen kinderen. Ruim driekwart van de cliënten had nog nooit eerder een zwangerschap laten afbreken. Bijna 30 procent van de abortuscliënten was afkomstig uit een etnische minderheidsgroep; Surinaamse en Antilliaanse vrouwen zijn sterk oververtegenwoordigd.

Nadat het pilgebruik in Nederland in 1981 een dieptepunt had bereikt onder invloed van een groeiende acceptatie van sterilisatie en een toenemende kritiek op de pil, is er de laatste jaren een opmerkelijke rehabilitatie. In 1985, 1986 en 1987 gebruikte respectievelijk 31 procent, 32 procent en 33 procent van de vrouwen in de vruchtbare leeftijd dit anticonceptiemiddel (tegen 27 procent in 1981).

Ook het aantal mannen en vrouwen dat zich heeft laten steriliseren, nam toe in 1985 en 1986. Inmiddels is 23 procent van de vrouwen in de vruchtbare leeftijd (of hun partners) gesteriliseerd, tegen 6 procent in 1975 en 19 procent in 1980. Sterilisatie is na de pil in ons land de voornaamste methode van geboortenregeling. De pil is dominant in de leeftijdsgroep 15-29 jaar, sterilisatie in de groep van 30 jaar en ouder. De hoge frequenties van pilgebruik en gesteriliseerden vormen de belangrijkste verklaring voor de lage abortuscijfers in Nederland, die nergens anders ter wereld worden gehaald.