

centraal laboratorium uit te voeren. In dit geval is dat de huisartspraktijk. Het lijkt ons verstandig om deze ontwikkeling goed te begeleiden. Aan de invoering zitten een aantal voor- en nadelen die dikwijls haaks op elkaar staan. De tijdswinst die bij de ene patiënt een voordeel is, wordt bij de andere patiënt als een nadeel beschouwd.

Als de door Haan naar voren gebrachte aspecten op een rij worden gezet, kan gezegd worden dat kosten-batenanalyses rond dit thema veel moeilijker zijn dan door hem gesuggereerd wordt. De berekening van kosten door het laboratorium zou heel anders uitvallen als de kosten van het door de huisarts aangevraagde deel op zichzelf zouden worden berekend. De prijs van droge chemietoestellen en reagentia zouden in de toekomst best eens fors kunnen dalen bij een uitbreiding van de markt. Het economische verlies door verlies aan tijd bij prikken in het laboratorium is geheel buiten beschouwing gebleven. Vanuit het oogpunt van de consument kan hier toch niet aan voorbijgegaan worden. Uitgaande van de cijfers die Haan zelf noemt, en van de schatting dat een kwart van de te prikken patiënten het werk gedurende een uur moet verzuimen tegen een economische uurprijs van f 50,-, zouden de 6.000 huisartsen in Nederland dagelijks 9.000 patiënten sturen. Het zou daarbij gaan om een bedrag van meer dan f 100.000 per dag of bijna f 30 miljoen per jaar, afgezien van reiskosten.

Deze laatste berekening laat zien hoe moeilijk het is om een macro-kosten-batenanalyse te maken, omdat zo moeilijk te bepalen valt welke aspecten in de berekening moeten worden meegenomen.

Inhoudelijk interessanter voor de huisartsen zijn de invloed op de praktijkvoering en de kwaliteitsbewaking. In ons artikel hebben wij gepleit voor een gecentraliseerde kwaliteitsbewaking, zo er al wordt overgegaan tot aanschaf van de Reflotron. Dit kwaliteitsbewakingsaspect zou echter niet alleen moeten gelden voor de Reflotron, maar ook andere apparatuur die de huisarts regelmatig gebruikt, zoals de weegschaal, de bloeddrukmeter en de Hb-meter. Hier liggen voor de beroepsgroep nog belangrijke taken weggelegd.

Daarnaast is het belangrijk om een gezond wantrouwen te blijven koesteren tegen uitkomsten van apparaten. Dit geldt zowel voor eigen onderzoek als voor onderzoek van laboratoria. Als de uitkomsten van onderzoek niet in overeenstemming zijn met het klinische beeld, blijft het verstandig de meting ten minste eenmaal te herhalen. Uitbreiding van diagnostische faciliteiten, hoe mooi deze apparaten ook zijn, moeten er niet toe leiden dat er uitslagen behandeld worden, in plaats van patiënten.

De praktijkvoering van de huisarts zal tenslotte bepalend zijn of er plaats is voor een Reflotron of vergelijkbaar apparaat. Hierbij zal een solo-praktijk in de buurt van het ziekenhuis andere wensen hebben dan een groepspraktijk op een grotere afstand. Met Haan zijn wij eens dat er, en niet alleen door huisartsen, te veel laboratoriumbepalingen worden aangevraagd. Het gaat daarbij ons inziens vooral om onzinnige aanvragen, zoals het vervolgen van leverfuncties bij iedere ziekte van Pfeiffer en het aanvragen van 'pakketten' door het zetten van kruisjes op geduldige laboratoriumformuliertjes. Laboratoriumbepalingen aanvragen ter geruststelling is een gevaarlijke bezigheid, omdat de kans op fout positieve uitslagen hierbij relatief groot is. In ons onderzoek waren de bepalingen ter controle van een chronische aandoening ook het meest frequent.

Ter versterking van de positie van de huisarts is het goed hem de beste mogelijkheden te geven om deze positie waar te maken. Een goede samenwerking met het huisartsenlaboratorium is hiervoor een voorwaarde. Het instellen van prikdiagnostiek en het geautomatiseerd versturen van uitslagen kunnen een verbetering betekenen. Of de aanschaf van de Reflotron een verrijking kan zijn voor de praktijkvoering, een gemak voor de patiënt en een voordeel voor de verzekeraars, staat nog te bezien. Dit zal afhangen van de lokatie van de praktijk en de geneigtheid van de huisarts en assistente intensiever betrokken te zijn bij de indicatiestelling en kwaliteitsbewaking.

Onze ervaringen met de Reflotron zijn op schrift gesteld. Wij hopen dat de Reflotron van meer kanten getoetst zal worden om huisartsen en beleidsmakers een betere kans te geven hun keus te maken.

W. van den Bosch
A. Serrarens,
huisartsen te Lent

Alternatieve behandelingswijzen

Aan het bestuur van het Nederlands Huisartsen Genootschap

Ondergetekenden, leden van het NHG en allen intensief betrokken bij de inhoudelijke onderbouwing van de huisartsgeneeskunde, maken zich grote zorgen over het ontbreken van heldere gedragsregels voor praktizerende huisartsen inzake de alternatieve behandelingswijzen.

- Aanleidingen voor deze bezorgdheid zijn:
- de toegenomen tolerantie van beleidsmakers met betrekking tot de uitoefening van alternatieve behandelingswijzen;
 - de dreigende opname van alternatieve medicatie zonder voorafgaande registratie door de geneesmiddelencommissie;
 - de toenemende druk op huisartsen om recepten van alternatief werkenden mede te ondertekenen;
 - de bij vacatures gesignaleerde vraag naar huisartsen met alternatieve behandelingswijzen in hun pakket.

Deze signalen roepen vragen op als:

- in hoeverre kunnen of moeten de alternatieve behandelingswijzen een plaats hebben binnen de huisartsgeneeskunde?
- welke plaats kunnen of moeten dientengevolge de alternatieve geneeswijzen krijgen in NHG, LHV en in de beroepsopleiding van huisartsen?
- moeten rapporten als 'Kenmerken van de huisarts', 'Basistakenpakket van de huisarts' en het rapport van de curriculum commissie beroepsopleiding huisartsen (CCBOH) nu worden bijgesteld?

Het moge duidelijk zijn dat wij deze vragen met grote nadruk ontkennend beantwoorden, eigenlijk niet anders dan met betrekking tot soortgelijke vragen reeds in 1982 in een redactioneel commentaar gebeurde.¹ Belangrijker echter is dat wij vinden dat het Genootschap als wetenschappelijke organisatie van huisartsen niet mag toestaan dat genoemde vragen onbeantwoord blijven.

Wij realiseren ons dat het innemen van een standpunt inzake de alternatieve behandelingswijzen vraagt om wijsheid en tact, rechtdoend aan wetenschaps-filosofische en inhoudelijke overwegingen en aan afwegingen van politieke aard. Wij willen erop wijzen dat het Genootschap met het Standaardenbeleid reeds een belangrijke stellingname heeft betrokken: uitgangspunt is een huisartsgeneeskunde die haar handelen wenst te toetsen aan de huidige stand van wetenschappelijke inzichten en die een houding aanneemt waarin ook kwalitatieve aspecten van het hulpverleningsproces open bediscussieerd en geëvalueerd kunnen worden. Behandelingswijzen die dit tweeledig uitgangspunt niet

NOTA BENE

Waarom velen wel bereid zijn hun werkzaamheden te laten onderbreken door een rinkelende telefoon, maar niet door een persoonlijk aangegaan onderhoud, is vreemd en inkonsekvent. Stelling bij: Oude Vrieling H. Vasomotie en skeletal muscle perfusion [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1988.

(willen) onderschrijven, passen niet in een huisarts-geneeskunde die deze ontwikkeling bewust nastreeft.

Wij menen dus het Genootschap aan onze zijde aan te treffen. Reden te meer om te vragen of het Genootschap onze bezorgdheid deelt, en bereid is hierover na te denken en concrete actie te ondernemen. Zoals uit de eerste alinea blijkt, denken wij daarbij vooral aan het formuleren van praktische gedragsregels, bijvoorbeeld ten aanzien van het contrasigneren van recepten voor alternatieve medicatie.

Het ligt in de rede dat het Genootschap hiervoor contact opneemt met de LHV en bij de LHV bepleit bedoelde gedragsregel te formuleren en aan de leden openbaar te maken. Andere voorbeelden zijn denkbaar, al zal een gezamenlijk opereren door beide beroepsorganisaties van belang zijn: Dit is reden om het Genootschap te vragen de hier aangesneden problematiek te bespreken met de LHV.

Deze brief wordt gelijktijdig in afschrift gezonden aan de LHV.

K. Bakk, F. Bongers, W. van den Bosch, prof. dr. F.J.A. Huygen, B. Lagro, T. Lagro-Janssen, dr. E. van de Lisdonk, J. Schellekens, F. Schellevis, T. Serrarens, prof.dr. H.G.M. van

der Velden, prof. dr. Th. Voorn, prof. dr. C. van Weel

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

Schoonspoelen voorhuidzak

Naar aanleiding van het artikel 'Schoonspoelen van de voorhuidzak'¹ zend ik u hierbij een bijdrage uit een boek uit 1848 waarin exact hetzelfde verhaal staat (*kader*). Dit boek is geschreven door de Groningse medicus Dr. G.H. Meijer – op advies van de hoogleraar A.A. Sebastian – en de tekst is voor een groot deel ontleend aan enkele Duitse leerboeken.²

Jamin stelt als naam voor: 'spoeling volgens Pjotr'. Ik zou zeggen: 'spoeling volgens Meijer' (1848) of misschien volgens Diefenbach of Maring (1832).

G.J. Bremer

¹ Jamin R. Schoonspoelen van de voorhuidzak. Huisarts Wet 1989; 32: 106-7.

² Meijer GH. Handboek voor pleegzusters en ziekenoppassers [Naar het Hoogduitsch]. Groningen: Van Bolhuis Hoitsema, 1848.

Naschrift

Bremer heeft dan wel ontdekt dat het een wiel is, ik blijf trots op mijn uitvinding.

Als opvallendste verschil tussen de aanpak in 1848 en de thans voorgestelde treft mij de sekse der 'heelkundige kweekeling' c.q. 'ziekenoppasser', die pas na de Krimoorlog (1854-1856) vrouwelijk kon worden. Overigens voert een huisarts uit de laatste fase van onze eeuw deze behandeling vermoedelijk eigenhandig uit.

Twee andere aspecten waarop de tijd zijn invloed heeft doen gelden: tegenwoordig wordt het wenselijk geacht de voorhuid juist niet terug te schuiven, en dankzij de dunne tuit van ons huidige injectiemateriaal is het mogelijk om mechanisch contact tussen spuit en eikel te vermijden.

Nu de verbluffend parate belezenheid van de hooggeleerde collega mij dwingt te bekennen dat ik hetzij mijn klassieken niet ken, hetzij plagiaat heb gepleegd, opteer ik blozend voor het eerste. Ook al omdat Pjotr minder tevreden was over zijn vermelding dan over de behandeling, kan ik de suggestie voor een andere naam van harte onderschrijven.

Rob Jamin

Over de inspuitingen onder de mannelijke voorhuid.

§ 125.

Er zijn ziekten van den eikel en de voorhuid van den man, bij welke de voorhuid wegens pijn en zwelling niet teruggetrokken worden kan of mag. Hier laat de geneesheer het in de apotheek bereide geneesmiddel, of laauw water, melk, enz. onder de voorhuid spuiten, om den verzamelden etter weg te spoelen. Ofschoon heelkundige kweekelingen dit werk verrigten moeten, zoo kunnen deze toch dikwijls niet altijd bij den zieke zijn, en men mag het eenen verstandigen oppasser, wanneer men het hem behoorlijk getoond heeft, wel toevertrouwen. Hij kan echter daarbij nooit te voorzigtig te werk gaan.

§ 126.

Men gaat hierbij op de volgende wijze te werk. De zieke staat, ligt of zit, al naar dat hij of op is, of zich in het bed bevindt. De oppasser vult de gewone mondspuit met de vloeistof, vat het lid aan zijn voorste gedeelte, en trekt de voorhuid langzaam terug, zoodanig, dat de punt der eikel, of de opening der pisbuis zichtbaar wordt; dan steekt hij de punt der buis onder het middelste en bovenste gedeelte der voorhuid en schuift dezelve ongeveer een' halven duim tusschen eikel en voorhuid naar

boven, en ontlast de spuit door eene langzame drukking op den stempel. Moet er achtereenvolgens meer dan eenmaal ingespoten worden, dan doet hij het de andere keeren op gelijke wijze. Zijn er echter zweeren op het midden des eikels of tegenover denzelfden onder de voorhuid, dan moet de spuit niet in het midden, maar aan de eene of andere zijde onder de voorhuid gestoken en dan geleidigd worden. Dit zal hem echter door den geneesheer vooraf gezegd worden.

§ 127.

De oppasser heeft bij deze inspuitingen onder de voorhuid vooral te letten, *ten eersten*, dat hij niet met de punt der spuit in de pisbuis gerake; daarom moet hij de punt dadelijk naar boven rigten; dit echter kan dan het gemakkelijkst geschieden, wanneer de voorhuid zoo sterk opgezwollen is, dat zij eene hevige zwelling veroorzaakt.

In dit geval is echter den oppasser de inspuiting in het geheel niet toe te vertrouwen. *Ten tweeden*, dat hij de buis niet geheel naar achteren voere, waar de voorhuid met den eikel te zamen komt, want dáár kon hij ook nadeel veroorzaken. De buis tot op de helft van den eikel te brengen is ver genoeg, daar de vloeistof toch naar achteren spuit.

Patiëntenvoorlichting per floppy

Patiëntenvoorlichting staat in de belangstelling bij de huisarts en bij andere werkers in de gezondheidszorg. Gevolg is een overvloed aan patiëntenvoorlichtingsfolders. Voor een deel sluiten deze folders goed bij elkaar aan, vaak echter is zowel de kwaliteit als de vormgeving sterk wisselend. Sommige folders worden gratis ter beschikking gesteld en voor andere moet betaald worden.

Van de huisarts wordt gevraagd een keus te maken uit het gevarieerde aanbod. Dit brengt hem in problemen: hij moet een oordeel vellen over de kwaliteit, de bruikbaarheid (mede met het oog op het bij de patiënt aanwezige kennisniveau) en de hoeveelheid ingebouwde reclame. Gelukkig houden niet-commerciële instanties, zoals de Stichting O&O, zich hiermee bezig. Daarnaast zal de huisarts moeten letten op de hanteerbaarheid in de praktijk. Alle folders moeten praktisch opgeborgen en uitgedeeld kunnen worden. Bovendien zal hij er op moeten letten dat de folders tijdig worden aangevuld, en dat er geen verouderde folders worden uitgedeeld. En als dan aan alle voorwaarden voldaan is, blijkt er soms nog weer iets te mankeren. De folder is net niet helemaal toegespitst op de specifieke situatie van de betreffende huisarts.

Wat kan nu de computer hieraan verbeteren?

Vele huisartsen hebben de beschikking over een computer met een MS-DOS-besturingssysteem en een tekstverwerker. Het is op die manier mogelijk om bijvoorbeeld vanuit het NHG patiëntenvoorlichtingsteksten rond te sturen op floppy's. Elke huisarts met een passende tekstverwerker (en daarbij denken we in eerste instantie aan WordPerfect) kan voorlichtingsteksten in zijn eigen computersysteem overnemen, desgewenst aanpassen aan de eigen omstandigheden en vervolgens printen. Daarmee is aan flexibiliteit gewonnen en een aanzienlijke ruimtewinst gemaakt. Wel zult u wellicht de mooie gekleurde plaatjes missen.

De prijs van zo'n floppy zal rond de 15 gulden liggen, inclusief verzendkosten.

Mochten er huisartsen zijn die hier belangstelling voor hebben, dan vragen wij ze een briefje te sturen aan een van ons. We denken daarbij in de eerste plaats aan huisartsen die van deze mogelijkheid gebruik willen maken. Ook goede teksten zijn echter van harte welkom.

Wim Tillema, huisarts,
Koestraat 40,
8011 NM Zwolle
Fred Dijkers, huisarts,
Raadhuisstraat 11,
3299 AP Maasdam

Mastectomy or conservation: the patient's choice *Wilson RG, Hart A, Dawes PJDK. Br Med J 1988; 297:1167-69.*

Een van de doelstellingen van mammasparende chirurgie bij de behandeling van mammacarcinoom is een goed cosmetisch resultaat. De behandeling werd als alternatief voor radicale mastectomie al in 1927 gepropageerd door de Engelse chirurg Geoffrey Keynes. Tegenwoordig wordt onder deze behandeling verstaan: lokale excisie van de tumor, gevolgd door radiotherapie van borst en regionale lymfeklieren; deze behandeling moet worden onderscheiden van conservatieve chirurgie, waarbij wel zo beperkt mogelijk wordt geopereerd, maar een goed cosmetisch resultaat niet op de voorgrond staat.

Het uitvoeren van een *trial* betekent dat door het toeval moet worden beslist of een patiënte een mammasparende behandeling dan wel mastectomie zal ondergaan. De auteurs vroegen zich af in hoeverre een patiënte in staat is zelf voor een bepaalde behandeling te kiezen. Indien een patiënte in deze problematiek zelf een keuze kan maken, zou een proefopzet met beide therapievormen mogelijk zijn.

In acht jaar werd in totaal 153 vrouwen met een T1-, T2-, N1- en N0-mammacarcinoom de keuze gegeven tussen mastectomie en mammasparende chirurgie: 99 patiëntes kozen voor de eerste en 54 voor de tweede behandeling. Geen enkele patiënte weigerde zelf deze keuze te maken.

Twee jaar later werden 28 vrouwen onderzocht over de destijds gemaakte keuze. Slechts vier vonden het achteraf een moeilijke keuze, en twee van hen vonden de situatie waarin zij zich toen bevonden, erg ongelukkig. Er waren twee redenen om voor mastectomie te kiezen: mammasparende chirurgie en radiotherapie zouden te veel tijd kosten, en men wilde niet in de onzekerheid verkeren dat wellicht alsnog mastectomie nodig zou kunnen zijn.

De vijfjaars overleving in beide groepen zou gelijk zijn, hoewel de auteurs hier geen cijfers over geven.

Evert Lamfers

Coffee and hypokalemia *Rudy DR, Lee S. J Fam Pract 1988; 26:679-8.*

Hoewel uit experimenteel onderzoek al bekend was dat door coffeïne het serumkalium kan dalen, is nog weinig bekend over de praktische betekenis hiervan.

De auteurs presenteren een casus van een 41-jarige vrouw met al langdurig bestaande klachten van wegrakingen, spierkrampen, paresthesieën en een irritable bowel syndroom. Bij nader onder-

zoek bleek ze een bloedkaliumspiegel van 2,7 mmol te hebben. Deze hypokaliëmie en al haar klachten leken te worden veroorzaakt door een koffieconsumptie van 30 of meer kopjes per dag. Verder onderzoek leerde dat er kaliumverlies via de nieren optrad. Het serumkalium herstelde spontaan tot normale waarden, toen de patiënte stopte met het nuttigen van coffeïne-bevattende dranken.

Als mogelijke verklaring voor het ontstaan van hypokaliëmie ten gevolge van overmatig koffiegebruik worden drie mechanismen beschreven. Allereerst heeft coffeïne een versnelend effect op de natrium/kaliumpomp, waardoor er meer kalium intercellulair terechtkomt. Verder treedt er kaliumverlies via de nieren op, ten gevolge van het diuretisch effect van coffeïne en ten gevolge van de grote hoeveelheid extra vloeistof, die door de overmatige koffieconsumptie wordt ingenomen.

Marjolijn Hugenholtz

Effect of ultraviolet radiation on cataract formation *Taylor HR, Wesy SK, Rosenthal FS, et al. N Engl J Med 1988; 319: 1429-33.*

Ocular fototoxicity *Editorial. Lerman SN. N Engl J Med 1988; 319: 1475-7.*

Bestaat er verband tussen langdurige blootstelling aan ultraviolet licht en het optreden van cataract? Met medewerking van de Amerikaanse vakverenigingen werden 1.200 mannen opgespoord (allen boven de 30 jaar, gemiddelde leeftijd 53 jaar) die sinds jaren regelmatig op het water werkten. Het aantal zonnuren in het betreffende gebied was bekend. Bij tweederde van deze groep werd een nauwkeurige anamnese afgenomen betreffende het werk en de vrijetijdsbesteding. Ook werd aandacht besteed aan het gebruik van geneesmiddelen, ziekten, het dragen van brede hoeden en zonnebrillen. Daarnaast werd optalmologisch onderzoek verricht.

Van de onderzoekspopulatie had 13 procent een corticale en 27 procent een centrale lenstroeveling. Zowel het centrale als het corticale cataract nam toe met het klimmen der jaren. Er bleek een duidelijk verband te bestaan tussen het ontstaan van corticaal cataract en de expositie aan ultraviolet licht (type B); deze correlatie bestond niet voor het centrale cataract. Tevens bleek dat het dragen van een brede hoed 50 procent bescherming tegen het optreden van corticaal cataract bood en het dragen van een plastic zonnebril zelfs 95 procent.

In het *editorial* wordt gesteld dat alle oogweefsels gevoelig zijn voor ultraviolet licht, de cornea echter alleen onder extreme omstandigheden (lasoog, sneeuwblindheid). De retina – die zeer