

Chlamydia trachomatis genital infections in a community-based family practice clinic Saxer JJ. *J Fam Pract* 1989; 28: 41-5.
Commentary. Reed BD. *J Fam Pract* 1989; 28: 45-7.

Over het voorkomen van genitale chlamydia-trachomatis-infecties in de huisartspraktijk is nog weinig bekend. In een groepspraktijk met vooral patiënten uit de sociaal-economische middengroep werd onderzoek gedaan naar de prevalentie van deze aandoening.

Bij 282 seksueel actieve vrouwen van 15-45 jaar werd cervixslijm afgenomen voor een test op de aanwezigheid van chlamydia trachomatis. Van deze vrouwen bezocht een derde het spreekuur in verband met klachten op urogenitaal gebied en kwam tweederde voor een gynaecologisch routine-onderzoek.

Bij 8 procent van de vrouwen die voor een routine-onderzoek kwamen, werd een chlamydia-infectie gediagnostiseerd, en bij 18 procent van de vrouwen met urogenitale klachten. Van de vrouwen met abnormale bevindingen bij het gynaecologisch onderzoek bleek eveneens 18 procent met chlamydia geïnfecteerd. Als abnormale bevindingen werden in deze context aangetekend: drukpijnlijke buik, mucopurulente vaginale afscheiding, een portio die erythmateus is of gemakkelijk bloedt, slingerpijn van de portio en drukpijn of zwelling van een adnex.

Saxer pleit ervoor om in de eerste lijn alle patiënten met urogenitale symptomen te behandelen voor een chlamydia-trachomatis-infectie en om vrouwen zonder klachten maar met verschijnselen van een mogelijke infectie op chlamydia te testen.

In het commentaar wordt een opsomming gegeven van de factoren die in de literatuur geassocieerd zijn met een verhoogd risico op een chlamydia-infectie:

- jonge leeftijd (<20 of <30 jaar);
- een gemakkelijk bloedende portio;
- gebruik van orale anticonceptiva;
- onstekingsverschijnselen in het uitstrijkje;
- verschillende seksuele partners.

Als bekende complicaties van chlamydia-infecties worden genoemd: endometritis, infertiliteit, neonatale conjunctivitis en pneumonie, partus prematurus en een laag geboortegewicht.

Reed adviseert om alle zwangere vrouwen en alle vrouwen met één van de risicofactoren te gaan screenen op chlamydia trachomatis. Over de frequentie waarmee of het moment waarop dit zou moeten gebeuren, zegt hij echter niets.

Marjolijn Hugenholtz

Ziek is het woord niet: medicalisering, normalisering en de veranderende taal van huisartsgeneeskunde en geestelijke gezondheidszorg, 1945-1985 [Dissertatie]. Mol A, Van Lieshout P. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1989. Handelsuitgave: Nijmegen: SUN, 1989; 300 bladzijden, prijs NLG 39,50, voor abonnees van *Huisarts en Wetenschap* NLG 29,50. ISBN 90-6168-312-2.

Dit is een interessant proefschrift en een opmerkelijk leesbaar boek. Het feit dat *Huisarts en Wetenschap*, naast het *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, als de belangrijkste documentatiebron is gebruikt, maakt het boek extra aantrekkelijk. Anderzijds worden de verwachtingen daardoor hoog gespannen en vallen enkele onvolkomenheden meer op.

In dit boek staat de geschiedenis opgetekend van veranderingen in het taalgebruik in de huisarts-geneeskunde en de geestelijke gezondheidszorg. Daarbij gaat het in essentie om de ontwikkeling van het ziektebegrip in de geschreven taal. De historische analyse van de taal van de huisarts-geneeskunde en geestelijke gezondheidszorg wordt als toetssteen gebruikt om de medicaliseringstheorie van de sociologen Freidson en Zola en de normaliseringstheorie van Foucault te beoordelen. Beide theorieën richten zich op de medische taal – met name de term 'ziek' – om een sociale theorie over de geneeskunde te onderbouwen. De auteurs bespreken eerst de twee genoemde theorieën en richten zich dan op de taal waarmee het object van medische bemoeienis wordt afgebakend: 'Wat zijn de woorden waarmee in de huisarts-geneeskunde en de geestelijke gezondheidszorg van 1945 tot 1985 beslist wordt of een kwaal, een moeilijkheid, een toestand of situatie aanleiding geeft tot medisch handelen? Hebben medici naast ziekte ook andere redenen om in te grijpen?'

Er blijken in de loop der jaren inderdaad andere begrippen dan alleen ziekte in omloop. Eind jaren veertig vindt een assimilatie plaats van de termen 'zedeloos' en 'ziek'. In de jaren vijftig schrijft men over 'ziekten', 'stoornissen' en 'nood'. Nood verwijst niet naar een afwijking die in mensen zit, maar naar de situatie waarin mensen verkeren. Dat begrip evalueert in de jaren zestig naar de term 'problemen', die overigens in een aantal varianten wordt gehanteerd. In de loop van de jaren zeventig groeit de stroom 'problemen' waar hulpverleners zich aanspreekbaar voor achten, hen boven het hoofd. Men streeft naar inperking. Hulpverlening moet zich gaan beperken tot de mensen die 'hulpzoekgedrag' vertonen. 'Hulpvraag' wordt de geliefde typering van het object van medische bemoeienis. Later blijkt de 'hulpvraag' een onvoldoende

Speciaal voordeelaanbod

Abonnees van *Huisarts en Wetenschap* kunnen 'Ziek is het woord niet' door Annemarie Mol en Peter van Lieshout bestellen voor de prijs van NLG 29,50 (inclusief porto- en verzendkosten). Stuur daartoe een schriftelijke bestelling met vermelding 'abonnee Huisarts en Wetenschap' aan Uitgeverij SUN, Antwoordnummer 228, 6500 VB Nijmegen. U ontvangt dan het boek met een acceptgirokaart.

geschikte afbakening van de hulpverlening, want ze is rekbaar. Men zoekt naar mogelijkheden tot beperking aan de 'aanbodkant'. Alleen effectieve zorg mag worden aangeboden; termen als 'protocol' verschijnen.

In het kader van die nieuwe denkwijze blijkt het volgens Mol en Van Lieshout mogelijk de term 'ziek' te herinterpreteren. De term 'ziek' geldt niet langer als een verwijzing naar de toestand van een zieke, maar als een hulpmiddel – een taalinstrument – waarmee de geneeskunde de moeilijkheden markeert die ze aan wil pakken. In samenhang met de ontwikkeling van het ziektebegrip wordt de ontwikkeling beschreven die de intenties van hulpverleners hebben doorgemaakt bij het voeren van gesprekken met patiënten, althans voorzover deze intenties zijn beschreven door de hulpverleners.

Uiteindelijk concluderen de auteurs dat de medicaliseringstheorie geen goed theoretisch kader biedt om de huisarts-geneeskunde en de geestelijke gezondheidszorg te begrijpen. Over de normaliseringstheorie wordt iets positiever geoordeeld, maar ook daarbij worden de nodige kanttekeningen geplaatst. Het gemeenschappelijke bezwaar tegen beide theorieën is het statische karakter ervan: de relaties tussen medische termen, dingen en gebruiken liggen vast. De auteurs signaleren in hun analyse juist de veranderlijkheid van die relaties. Zij opteren voor een strategie van het 'verschil maken'. Een verschil is geen criterium; het vertelt niet wat goed is, en wat fout. Het maken van verschillen hoort veel eerder bij de voorwaarden voor het maken van afwegingen. Verschil maken is geen manier om discussies te sluiten, maar om ze te openen.

Huisartsen zullen dit boek met genoegen lezen. De oudere kunnen glimlachend terugkijken en hun huidige visie en intenties herijken, de jongere kunnen er de huidige 'cultuur' in de huisarts-geneeskunde beter door leren begrijpen. Beide groepen zullen zich aangesproken voelen door de optimistische toon van de analyse en de conclusie.

Ondanks de waardering valt er wel wat op dit proefschrift aan te merken. Het 'verhaal' is eigenlijk te mooi. De interpretaties sluiten probleemloos op elkaar aan. Het anecdotische karakter van de vermelde gegevens maakt de onderbouwing van sommige conclusies op zijn minst onbevredigend. Men mist een rechttoe-rechtaan kwantificerende benadering: hoeveel auteurs vertolken in een bepaalde periode eigenlijk de visie die nu op basis van een enkel citaat als toonaangevend wordt aangemerkt? Hoe zit het kortom met de representativiteit van de gebruikte gegevens? Dit probleem klemmt des te meer daar het soms lijkt alsof de hantering van het ziektebegrip en de gesprekken in werkelijkheid op de aangegeven wijzen plaatsvonden, terwijl de analyse slechts betrekking kan hebben op de schriftelijke weergave van (huis)artsen en hulpverleners hiervan. Als men zich deze beperking niet steeds realiseert, zullen met name praktiserende huisartsen de wenkbrauwen fronsen. Het huisarts-patiëntgesprek verliep en verloopt regelmatig anders dan auteurs het in menig artikel hebben willen voorstellen. Een belangrijke reden om een artikel te schrijven is immers vaak de onvrede met de gang van zaken in de werkelijkheid.

In dat verband is het jammer dat Mol en Van Lieshout niet tevens andere bronnen hebben geraadpleegd die de ontwikkeling van het ziektebegrip en van de intenties van patiënten bij het arts-patiëntgesprek documenteren. Nu lijkt het alsof de patiënten zich gevoegd hebben naar de ontwikkeling bij artsen en andere hulpverleners. Waarschijnlijk is de beïnvloeding echter op z'n minst wederzijds geweest en hebben met name huisartsen eerder gereageerd op veranderingen dan dat zij de initiërende rol hebben gespeeld die hen in het boek wordt toegedicht.

Dat geldt overigens niet voor twee ontwikkelingen die niet of nauwelijks aan de orde komen. In *Huisarts en Wetenschap* is uitgebreid aandacht besteed aan de formalisering en structureren van allerlei begrippen die met ziekte te maken hebben zoals de internationale classificatie-afspraken (Glossary, ICHPPC en ICPC). Die formalisering van de taal – op een abstracter niveau dan het directe arts-patiëntcontact – kan op zichzelf invloed gehad hebben op de ontwikkeling van het in de praktijk gehanteerde ziektebegrip, maar wordt niet geanalyseerd. Bovendien heeft deze formalisering en uniformering een belangrijke bijdrage geleverd aan de bloei van de morbiditeitsregistraties. Door die sterk epidemiologische oriëntatie zijn huisartsen op populatieniveau gaan leren praten over ziekte en vooral ook ziektekansen. De consequenties hiervan voor het arts-patiëntcontact staan in *Huisarts en Wetenschap* beschreven, maar worden slechts zijdelings aangestipt.

Waarschijnlijk komen beide omissies voort uit de nadruk in hun analyse op het directe arts-patiëntgesprek. Aandacht voor de formalisering van de taal en het denken in ziektekansen zou de kritiek op de medicaliserings- en normaliserings-theorie gedeeltelijk nuanceren. Voor het pleidooi voor een strategie van het 'verschil maken' kan daarentegen met name het epidemiologisch denken een extra argument vormen. Een uitgebreidere analyse zou huisartsen dus meer herkenning bieden, maar zou aan de conclusie van het boek niets afdoen en eerder een versterking bieden.

Frans J. Meijman

Behandeling, controle en metabole instelling van patiënten met diabetes mellitus type II en de prevalentie van late complicaties bij deze patiënten [Dissertatie]. Verhoeven S. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1989; 183 bladzijden.

De vraagstelling in dit onderzoek is tweeledig:

- hoe is de behandeling, controle en metabole instelling in een groep patiënten met diabetes mellitus type II;
- hoe is de prevalentie van de late complicaties bij diabetes mellitus type II, met name van de vroege stadia van deze complicaties?

Het is goed zich deze beperkte vraagstelling voor ogen te houden, omdat bijvoorbeeld de correlatie tussen complicaties en glucoseregeling niet tot de vraagstelling van dit onderzoek behoort. Hiervoor zou een prospectieve studie met grotere aantallen patiënten noodzakelijk zijn. Dit proefschrift doet verslag van een explorerende en inventariserende studie in de vier huisartspraktijken in Heerde (totaal 12.000 zielen). Uitgangspunt is dat er aanwijzingen zijn, dat bij patiënten met diabetes mellitus type II een goede glucoseregeling van belang is voor het voorkomen van de late complicaties.

Na enkele inleidende hoofdstukken over de huidige inzichten betreffende diabetes mellitus type II en de late complicaties daarvan, worden in hoofdstuk 4 deze late complicaties afzonderlijk besproken. Dit hoofdstuk biedt veel nuttige informatie. In hoofdstuk 5 volgt een goed overzicht van anamnese, lichamelijk onderzoek, aanvullend onderzoek en laboratoriumonderzoek.

In het jaar van het verschijnen van de NHG-standaard Diabetes Mellitus type II is het interessant om te zien tot welke resultaten dit onderzoek heeft geleid. Algemeen zou men kunnen stellen, dat dit proefschrift een goede onderbouwing voor deze standaard vormt.

De metabole instelling bleek in dit onderzoek matig. Zonder meer slecht was het gesteld met

de oogheelkundige controle, terwijl de prevalentie van de retinopathie zeer hoog ligt (gemiddeld 35 procent): 50 procent van de onderzochte patiëntenpopulatie kwam minder dan eens per drie jaar (of in het geheel niet) bij de oogarts. Nefropathie is bij type II van ondergeschikt belang (prevalentie 1-5 procent). Ook het opsporen van de perifere neuropathie lijkt voor de huisarts weinig zinvol, te meer daar er tot op dit moment geen therapeutische consequenties zijn. Voetafwijkingen daarentegen, hoewel laag in frequentie (4 procent), zijn van grote praktische betekenis, daar ze veel en langdurige zorg vereisen en tot ernstige complicaties kunnen leiden.

De belangrijkste aanbeveling in het proefschrift heeft betrekking op de wenselijkheid van jaarlijkse fundusfoto's c.q. fundusfotografie. Die aanbeveling is niet zozeer gebaseerd op de overweging dat diabetische retinopathie door een goede glucoseregeling te beïnvloeden zou zijn, alswel op het feit dat lichtcoagulatie de progressie van deze complicatie aanzienlijk kan afremmen.

Het laatste hoofdstuk over de begeleiding van patiënten met diabetes mellitus type II geeft enkele aanbevelingen voor de huisarts, die de adviezen van de NHG-standaard in grote trekken onderschrijven. Scholing, samenwerking en praktijkorganisatie zijn ook hier de sleutelwoorden.

Ik kan lezing van dit proefschrift van harte aanbevelen.

J.A. Kunst

Geweld tegen vrouwen in heteroseksuele relaties Een landelijk onderzoek naar de omvang, de aard, de gevolgen en de achtergronden. Römkes R. Amsterdam: Uitgeverij SUA, 1989; 372 bladzijden, prijs NLG 65,-. ISBN 90-800272-1-6.

Onder ons gezegd en gezwezen Geweld tegen vrouwen in man-vrouw relaties. Römkes R. Amsterdam: Uitgeverij SUA, 1989; 139 bladzijden, prijs NLG 7,50. ISBN 90-346-1390-9.

Beide boeken kunnen besteld worden bij Distributiecentrum DOP, Postbus 20014, 2500 EA Den Haag; telefoon 070-789.885.

De vrouwenopvanghuizen zitten vol. In opdracht van het Ministerie van WVC is daarom dit eerste landelijke onderzoek verricht onder ruim duizend vrouwen naar omvang, aard en achtergronden van vrouwenmishandeling binnen man-vrouw relaties. Het onderzoek is tevens gericht op vragen als: welke maatschappelijke, relationele en individuele achtergrondfactoren hangen samen met vrouwenmishandeling; hoe is het geweld te stoppen; waar en hoe zoeken vrouwen hulp; is er een samenhang tussen psychische of psychosomatische klachten en geweld?

De betrouwbaarheid van de getallen die dit onderzoek heeft opgeleverd – bijvoorbeeld dat 9 procent van de vrouwen van 20-60 jaar ooit incidenteel licht geweld en 11,4 procent herhaald en ernstig geweld van een mannelijke partner heeft meegemaakt – zijn aanleiding geweest tot veel discussie in de pers. Tweeduizend vrouwen hebben namelijk afgezien van deelname, en uit een na-onderzoek is gebleken dat een groot deel hiervan (of van hun partners) het onderwerp te 'privé' vond.

Uit het onderzoek komt verder naar voren dat eenderde van de vrouwen die ooit zijn geslagen, zich in verband daarmee tot huisarts of specialist heeft gewend. Er worden dan veel smoesjes betreffende de oorzaak van kwetsuren verzonnen, zoals 'steile trap' en 'scherpe punt keukenkastje'. Een kwart van deze vrouwen kreeg kalmerende middelen voorgeschreven en daarbij vaak het advies te gaan scheiden. De meest waardevol geachte reacties kwamen van artsen die hen ondersteunden in het idee dat hun man een grens had overschreden. Als risicogroepen zijn te herkennen: vrouwen die altijd door hun controlerende man worden vergezeld bij huisartsbezoek, vrouwen met veel psychosomatische en depressieve klachten en vrouwen met veel lichamelijk letsel van onduidelijke herkomst of frequent EHBO-bezoek.

Het uitgebreide onderzoeksrapport is alleen voor de meer gemotiveerden; de vlot geschreven en zeer betaalbare samenvatting verdient brede verspreiding onder huisartsen. Beide uitgaven eindigen met een reeks aanbevelingen, onder andere betreffende deskundigheidsbevordering voor hulpverleners: waardevol voor de huisartsenopleiding en -nascholing.

Spreek licht op; er wordt nog veel gezwezen in onze spreekkamers.

Gré van Gelderen

Standaarden – stand van zaken & oproepen

Bijgaand de stand van zaken per 9 oktober j.l. met betrekking tot de NHG-standaarden. Verschillende nieuwe onderwerpen zijn in behandeling genomen, en daarvoor is de inbreng van

Gepubliceerd

- Diabetes Mellitus type II (januari 1989);
- Orale Anticonceptie (februari 1989);
- De Verwijsbrief (maart 1989);
- (Dreigende) Miskraam (april 1989);
- Enkeldistorsie (mei-I 1989);
- Bereikbaarheid/Beschikbaarheid (mei-II 1989);
- Urineweginfecties (oktober 1989);
- Cervixuitstrijkjes (november 1989).

Geautoriseerd

- Mammografie (januari 1990).

Becommentarieerd

- Medische Verslaglegging (april 1990).

In commentaarfase

- Schouderklachten (maart 1990).

In ontwikkeling

- Keelpijn (februari 1990);
- Vroegdiagnostiek Problematisch Alcoholgebruik (mei-I 1990);
- Hartritmestoornissen (mei-II 1990);
- Otitis Media (juni 1990);
- Oogheelkundige Diagnostiek (september 1990);
- Perifeer Arterieel Vaatliden (oktober 1990);
- IUD (november 1990).

In voorbereiding

- Acne;
- Diagnostiek bij Cognitieve Stoornissen bij Bejaarden;
- Subfertiliteit;
- Migraine;
- Ulcus Cruris;
- Menstruatiestoornissen;
- Verloskundige Inbreng van de Huisarts;
- Laboratoriumdiagnostiek.

Op de rol

- Hypertensie;
- CARA;
- Steriel Werken in de Praktijk;
- Preventie;
- Instrumentarium;
- Lage Rugpijn.

geïnteresseerde en deskundige huisartsen vereist. Als u twijfelt over deelname aan enige groep, wendt u dan tot de wetenschappelijke staf van het NHG of tot de directeur. In nader overleg kan dan wellicht meer duidelijkheid worden geschapen over de wenselijkheid en het nut van deelname aan een groep.

Voor de volgende werkgroepen vragen wij geïnteresseerde en ter zake deskundige huisartsen om hun medewerking:

- Migraine;
- Ulcus cruris;
- Menstruatiestoornissen;
- Verloskundige inbreng van de huisarts;
- Laboratoriumdiagnostiek.

Aanmeldingen bij voorkeur schriftelijk, vóór 5 december 1989, NHG-bureau, t.a.v. mw. B. Visser, Postbus 14006, 3508 SB te Utrecht.

NHG-Ledenvergadering 1989

Convocatie

voor de 34^e Huishoudelijke Vergadering (Ledenvergadering 1989) van het Nederlands Huisartsen Genootschap, te houden op donderdag 14 december 1989. Plaats wordt nader bekend gemaakt. Aanvang vergadering: 19.00 uur.

Agenda

- 1 Opening door de voorzitter.
- 2 Vaststelling van het verslag van de 33^e Ledenvergadering d.d. 15 december 1988.
- 3 Mededelingen.
- 4 Jaarverslag 1989 plus voortgang beleid.
- 5 Bekrachtiging NHG-standaarden.
- 6 Financieel jaarverslag 1988 van de penningmeester.
- 7 Verslag van de AAC over beheer van de geldmiddelen van het NHG.
- 8 Décharge van de penningmeester.
- 9 Contributievoorstel 1990.
- 10 Vaststelling begroting 1990.
- 11 Benoeming van leden van het Algemeen Bestuur en Commissies.
- 12 Rondvraag en sluiting.

U kunt zich schriftelijk opgeven voor het bijwonen van deze vergadering (voor broodjes wordt gezorgd). Gaarne inzenden voor 5 december a.s. aan het Nederlands Huisartsen Genootschap, t.a.v. mw. J. Bladt, Postbus 14006, 3508 SB te Utrecht. De benodigde stukken zullen u dan worden toegezonden.

NHG

Oproep

Revalidatiecommissie Nederlandse Hartstichting

In de Revalidatiecommissie van de Nederlandse Hartstichting heeft een huisarts uit de kring van het NHG zitting. De huidige NHG-vertegenwoordiger heeft per ultimo 1989 de maximale zittingsduur van tweemaal drie jaar volgemaakt. Het NHG-bestuur vraagt kandidaten die geïnteresseerd zijn in een plaats in deze commissie, contact op te nemen met het NHG-bureau, drs. J.P.M. van der Voort, telefoon: 030-516.741.