

De behandeling van postherpetische neuralgie

Een literatuurstudie

W. VAN DEN BOSCH
R. BEHR
N. THEUNISSEN

In een aantal nascholingscursussen over herpesinfecties kwamen veel vragen naar voren over de behandeling van postherpetische neuralgie (PHN). Er werd een literatuurstudie verricht, waaruit een breed scala van behandelingswijzen naar voren kwam. De werkzaamheid van de meeste van deze behandelingen bleek niet aangetoond. Wel blijken antidepressiva bij PHN vermindering van de ernst van de pijnklachten te kunnen geven. Over de preventieve waarde van vroegtijdige toediening van acyclovir zijn de boeken nog niet gesloten.

Van den Bosch W, Behr R, Theunissen N. De behandeling van postherpetische neuralgie. Een literatuurstudie. *Huisarts Wet* 1991; 34(5): 230-4.

W. van den Bosch, huisarts te Lent; R. Behr, medisch student; Mw. N. Theunissen, medisch student.

Correspondentie: W.J.H.M. van den Bosch, Pastoor van Laakstraat 52, 6663 CB Lent.

Inleiding

In een aantal nascholingsbijeenkomsten over virale ziekten waarbij met name herpes aandoeningen besproken werden, kwamen opvallend vaak vragen over de behandeling van postherpetische neuralgie (PHN) naar voren.¹ De behandelingen die huisartsen zeiden toe te passen, waren zeer divers en uiteindelijk onbevredigend. Er werden veel vragen gesteld over de mogelijkheid om het ontstaan van PHN te voorkomen door een vroegtijdige behandeling van de herpes zoster met acyclovir. Tenslotte bleek een aantal huisartsen veel waarde te hechten aan het bestaan van een pre-existente persoonlijkheidsstructuur, waarbij zij zeiden min of meer te kunnen voorspellen welke patiënte met een herpes zoster tenslotte tot PHN zou neigen. Dit zou een van de achtergronden kunnen zijn voor de indicatie van antidepressiva bij de behandeling van PHN.

Om deze vragen beter te kunnen beantwoorden, werd een literatuurstudie verricht naar onderzoek rond de behandeling van PHN, waarbij tevens werd gekeken naar de mogelijkheden tot preventie.

Literatuur

Allereerst werd een uitgebreide literatuurschouw verricht met als ingang de koppeling van de trefwoorden Herpes en Neuralgie.^{2,3} Tevens werden beide trefwoorden gekoppeld met antidepressiva. Als basis dienden de jaargangen 1982 t/m 1990, eerste kwartaal van Medline, de jaargangen 1984-1990 van Index Medicus, de jaargangen 1981-1989 van Famli, de dissertaties over herpes zoster van 1980-1989 en de index over de laatste tien jaren van de belangrijkste tijdschriften op het gebied van dermatologie en neurologie. Alleen artikelen met een verslag van onderzoek naar de effecten van behandeling van PHN werden beoordeeld. In eerste instantie werd gekeken naar de definitie van PHN, de soort behandeling, het aantal patiënten, de effecten en de wijze waarop deze gemeten waren, en de mogelijke bijwerkingen. Alle artikelen werden verder beoordeeld op de methode, met name of er sprake was van een gecontroleerde studie-opzet.

In totaal werden 54 artikelen opgespoord met onderzoeksresultaten betreffende behandelingen voor PHN. Er werd een grote verscheidenheid aan behandelingen gevonden. Deze behandelingen werden tenslotte verdeeld in: fysische behandelingen, antidepressiva, anticonvulsiva, steroïden en ganglionblokkade, antivirale middelen, capsaïcine en een bonte rij van overige middelen.

Definitie en epidemiologie

Een van de grootste problemen bij het vergelijken van onderzoek naar de behandelingseffecten bij PHN is gelegen in de verschillende definities die onderzoekers hanteren.^{1,4,5} De tijd die moet verlopen na de eerste eruptiedag van herpes zoster voordat kan worden gesproken van een PHN, varieert van een maand tot een jaar. Soms wordt van PHN gesproken als de pijn aanhoudt, nadat alle huidverschijnselen van de herpes zoster zijn verdwenen. *Loe-ser* adviseert op basis van een groot aantal epidemiologische studies een termijn van 4 tot 6 weken nadat alle huidverschijnselen zijn verdwenen.⁶ Gezien het gunstige verloop van de meeste gevallen van herpes zoster kan gesteld worden dat de resultaten van een behandeling van PHN beter zullen zijn, naarmate de tijd tussen de eerste eruptiedag van de zoster en het optreden van PHN korter is. Niet-gecontroleerde studies kunnen dan ook op geen enkele wijze informatie geven over de effecten van behandelingen.

Als incidenties van PHN worden percentages tussen 2 en 50 procent van alle gevallen van herpes zoster genoemd. *Sanders* meldt dat van 1000 patiënten ouder dan 50 jaar met een door de huisarts vastgestelde herpes zoster 25 procent nog pijnklachten had na een maand, en 2 procent na drie maanden.⁷ Beneden die leeftijd wordt PHN zelden waargenomen.⁸

De frequentie van herpes zoster stijgt met de leeftijd.⁹⁻¹² Dit geldt in nog sterkere mate voor PHN. Er is weinig verschil in voorkomen van herpes zoster tussen mannen en vrouwen. Mannen zouden langer pijn hebben dan vrouwen, maar een ernstige PHN komt bij vrouwen frequenter voor dan bij mannen. PHN volgt de lokalisaties

van herpes zoster, maar bij de zoster ophthalmicus wordt vaker PHN beschreven.^{1 13} Ook in het mid-thoracale gebied kwam meer PHN voor.¹⁴

Er zijn aanwijzingen dat de kans op een PHN groter is als de initiële klachten van de herpes zoster ernstiger zijn. Onduidelijk bleef of de persoonlijkheidsstructuur van de patiënt hierop van invloed was.

Behandeling

Onder de vele artikelen over behandeling van PHN bevond zich slechts een minderheid aan gecontroleerde studies. In één artikel werden verschillende behandelingen met elkaar vergeleken.¹⁴ In nog eens 15 artikelen werd het effect van vroegtijdige behandeling van acute herpes zoster op het voorkomen van PHN beschreven. Bij de meeste van deze studies ging het om gecontroleerd onderzoek.

Fysische behandelingen

In dit tijdschrift heeft *Van Ree* een experiment beschreven waarbij patiënten met herpes zoster al dan niet behandeld werden met diadynamische stroom.¹⁵ Hij kon niet aantonen dat deze behandeling een PHN kon voorkomen. In dit experiment was een redelijke controle ingebouwd door het gebruik van een apparaat waarbij de patiënt niet kon weten of het in de werkzame stand was geplaatst. Bij andere methoden is deze werkwijze onmogelijk, doordat de betreffende applicatie duidelijke verschijnselen bij de patiënt geeft. Zo beschrijven *Nathan & Wall* een positief effect van een door de patiënt zelf toepasbaar instrument voor transcutane elektrische zenuwstimulatie (TENS).¹⁶ Opvallend hierbij was dat de patiënten met de meeste klachten het minste effect meldden.

Recent werd in een literatuuroverzicht over acupunctuurbehandeling al melding gemaakt van een onderzoek waarbij lichaams- en ooracupunctuur bij PHN werden vergeleken met 'nep'-acupunctuur. Er kon geen verschil in werking worden waargenomen.¹⁷

Antidepressiva

Een behandeling die door vele auteurs na symptomatische pijnstilling wordt geadvi-

seerd, is het voorschrijven van antidepressiva. Het is moeilijk vast te stellen of deze behandeling rechtstreeks is gericht op de pijn van de PHN of op de beleving van deze pijn.

Watson liet bij 24 PHN-patiënten depressieve kenmerken scoren op een schaal (Beck, Depression Inventory). Hij vond dat tweede geen depressieve kenmerken had. Bij een kwart was sprake van een matige depressie en bij de overigen van een ernstige depressie.¹⁸ Het was onduidelijk of de depressie invloed had op de PHN of omgekeerd. De depressieve symptomen van de patiënten bij wie de PHN positief reageerde op de behandeling, werden niet beïnvloed.

Het meeste onderzoek naar het effect van antidepressiva is verricht met amitriptyline.^{19 20} Daarnaast zijn positieve effecten van andere antidepressiva beschreven, zoals maprotiline.¹⁴ Ook zijn combinaties beproefd van antidepressiva met fenothiazinen.²¹⁻²³ De combinatie van amitriptyline met fluphenazine heeft in de Verenigde Staten veel aanhang gekregen als het 'Taub's regime' en is lange tijd gebruikt als standaardbehandeling van PHN.²⁴ De meeste van deze studies waren echter ongecontroleerd.

In een dubbelblinde cross-overstudie werd een significante verbetering van klachten vastgesteld na behandeling met amitriptyline in een dosis van 75 mg per dag.¹⁸ In een dubbelblinde gerandomiseerde cross-overstudie met 58 patiënten werden amitriptyline, lorazepam en placebo vergeleken.²⁵ Driekwart van de patiënten gaven verbetering aan met amitriptyline. Er werd geen verschil gevonden tussen de behandeling met lorazepam of een placebo. In beide gevallen werd door 15 procent van de patiënten verbetering gemeld.

Anticonvulsiva

Anti-epileptica, met name carbamazepine, worden regelmatig voorgeschreven bij PHN, maar er zijn geen overtuigende bewijzen dat deze middelen werkzaam zijn. Weliswaar vonden *Killian & Fromm* in een gecontroleerde studie een positief effect bij patiënten met een neuralgie, maar slechts zes van hen hadden een PHN.²⁶ In andere studies was het effect van het anticonvulsi-

vum niet te beoordelen, doordat deze medicatie met andere middelen gecombineerd werd of doordat alleen twee anticonvulsiva onderling werden vergeleken.^{14 27 28} *Gerson & Jones* vergeleken een behandeling met carbamazepine en clomipramine met een behandeling met transcutane elektrostimulatie en vonden een snellere verbetering van klachten in een cross-overstudie, maar van de 29 patiënten maakten uiteindelijk slechts 5 patiënten beide behandelingscycli af.²⁹

Ganglionblokkade en epidurale steroïden

In het verleden is subcutane injectie met steroïden beschreven, maar deze methode wordt nu als obsoleet beschouwd.³⁰ *Forrest* vond een positief effect van drie wekelijkse epidurale injecties met methylprednisolon.³¹ *Perkins & Hanlon* vonden echter dat een lokaal anaestheticum epiduraal ingespoten hetzelfde effect had als de combinatie met een steroïd.³² *Watson* vindt zelf geen enkel positief effect of een effect korter dan drie dagen.¹⁴

Ganglionblokkade is een behandeling die in Nederland nogal eens door anesthesisten wordt toegepast. Er werden echter geen studies gevonden die het effect ervan kunnen ondersteunen; alleen in een onderzoek uit 1957 wordt het effect van een regelmatig herhaalde ganglionblokkade beschreven.³³ *Watson* behandelde 27 patiënten met een blokkade en vond alleen vermindering van pijn gedurende de werkzame tijd van het anaestheticum.¹⁴

Capsaïcine

Een interessante ontwikkeling is het gebruik van capsaïcine, een capsicum-extract, dat eenvoudig en goedkoop toe te dienen is. In een aantal ongecontroleerde studies is het positieve effect beschreven van lokale applicatie van 0,025% tot 0,075% capsaïcine in een crème bij patiënten met PHN.^{14 34 35} Er is echter tot nu toe maar één gecontroleerde studie verschenen bij 32 oudere patiënten.³⁶ In deze studie werden de positieve effecten bevestigd.

Overige behandelingen

Er zijn nog vele andere behandelingen beschreven, van lokale behandeling met lido-

caine³⁷ tot excisie van het gehele aangedane huidsegment.³⁸ In geen van deze studies gaat het om methodologisch verantwoord opgezette experimenten. De laatste genoemde behandeling laat daarbij zien hoe desperaat artsen gezocht hebben naar methoden tot bestrijding van hardnekkige PHN.

Tenslotte is een gecontroleerde studie verschenen waarin positieve resultaten werden beschreven met cyclisch AMP.³⁹

Preventie

Er zijn twee methoden beschreven om door vroegtijdige behandeling van herpes zoster te trachten een PHN te voorkomen of de ernst van de aandoening te verminderen: steroïden en antivirale middelen, waarbij de laatste tijd met name het acyclovir in de belangstelling staat.

Keczekes & Basheer onderzochten het remmende effect van vroegtijdige behandeling van herpes zoster met oraal gegeven steroïden op de ontwikkeling van een PHN.⁴⁰ Zij vergeleken het gebruik van 40 mg prednisolon in een afnemende dosering met een behandeling met carbamazepine in twee groepen van 20 patiënten ouder dan 50 jaar. PHN werd gedefinieerd als langer dan twee maanden klachten na het begin van de eruptie. In de prednisolon-groep deed zich PHN voor bij 15 procent van de patiënten en in de carbamazepine-groep bij 65 procent.

Deze resultaten werden echter enige jaren later niet bevestigd in een placebo-gecontroleerde studie bij 78 patiënten ouder dan 60 jaar.⁴¹ Wel werd in de prednisongroep een vermindering van pijn opgegeven (ten opzichte van de placebogroep) in de eerste dagen van de behandeling.

Ook *Clemmenson & Andersen* vonden geen positief effect bij de behandeling met prednison en ook niet met ACTH.⁴²

Op het gebied van de antivirale therapie zijn, behalve acyclovir, nog andere middelen getest. Met interferon, amantadine en isoprinosine werden geen gunstige effecten waargenomen.⁴³⁻⁴⁶ Er werd één placebo-gecontroleerde studie gevonden met vidarabine waarbij de duur van de zoster verkort was.⁴⁷ Het ging hier echter om een

groep immunogecompromitteerde patiënten, zodat de resultaten niet gegeneraliseerd mogen worden.

Over de preventie van PHN met vroegtijdige toediening met acyclovir verschijnt de laatste jaren een toenemend aantal artikelen met verschillende conclusies. De eerste artikelen over het effect van acyclovir bij herpesinfecties verschenen vanaf 1979.⁴⁸ In 1981 werd de eerste placebo-gecontroleerde studie gepubliceerd waarin het effect van acyclovir intervenueus bij herpes zoster werd beschreven.⁴⁹ Tussen de acyclovir-groep en de placebogroep werd geen verschil in pijn gevonden na drie weken. Ook was er geen verschil in het ontstaan van PHN.

Later bleek dat acyclovir voor deze indicaties ook oraal gegeven kon worden.⁵⁰ In verscheidene studies in de jaren daarna werd het gebrek aan effect op het ontstaan van PHN bevestigd.⁵¹⁻⁵⁴ *Cobo* nam echter in een verder goed opgezette studie patiënten in zijn onderzoek op met zoster ophthalmicus binnen zeven dagen na het begin van de eruptie.⁵⁵ *Morton* vond in een vergelijkende studie in de huisartspraktijk bij patiënten die met acyclovir werden behandeld, binnen drie dagen na het begin van de eruptie een vermindering van gerapporteerde pijnklachten, maar na vier weken was het totale analgeticagebruik in de acyclovirgroep niet minder dan in de placebogroep.⁵⁶

De uitgebreidste studie tot nu toe werd uitgevoerd door *Mckendrick et al.* bij 209 oudere immunocompetente patiënten.⁵⁷ Drie jaar na hun eerste publikatie konden zij melden dat de aanbevolen behandeling met 5 dd 800 mg acyclovir gedurende 5 dagen geen afname gaf van de frequentie en ernst van PHN.⁵⁸ Kort daarvoor was echter een studie in de Verenigde Staten verschenen waarin een behandeling met dezelfde dosering gedurende 10 dagen wel effect had.⁵⁹

In een meta-analyse van 21 studies naar het effect van verschillende middelen ter preventie van PHN concludeerden *Schmader & Studenski* dat er op dat moment nog geen bewijs was dat een van de onderzochte middelen een dergelijk beschermende werking zou hebben.⁶⁰ Wat betreft acyclovir werd opgemerkt dat over de preven-

tieve werkzaamheid van dit middel nog meer bekend zou moeten worden.

Beschouwing

Het beoordelen van de vele studies naar de behandeling of preventie van PHN gaf veel problemen. Een belangrijk probleem werd gevormd door het gebrek aan eensgezindheid over de definitie. Het maakt natuurlijk veel uit of de studiegroep bestaat uit patiënten met klachten tot maximaal zes weken na de eerste eruptiedag of minimaal na 6 maanden. Het in de regel positieve natuurlijke beloop van deze aandoening maakt iedere interpretatie van een behandeling die niet nauwgezet gecontroleerd is, tot een onmogelijke zaak.

Een tweede belangrijk probleem werd gevormd door de selectie van de populatie. De meeste studies zijn verricht in klinische, dus geselecteerde populaties. Soms werden alleen oude tot zeer oude patiënten behandeld, soms werd de groep beperkt tot immunogecompromitteerden. Er werden vaak zeer hoge incidenties van PHN gevonden. *Mckendrick* is dan ook verbaasd als hij in een langdurige studie in een grote groep oudere (>60 jaar) herpes-zosterpatiënten een incidentie van PHN (na 6 maanden) van 'slechts' 13 procent vindt, terwijl in de meeste klinische studies in deze leeftijdsgroep frequenties tot 30-40 procent worden gevonden.⁵¹ Hij zou minder verbaasd zijn geweest als hij het proefschrift van *Sanders* had gelezen.²

Welke conclusies zijn nu voor de huisarts van belang?

Epidemiologisch is een PHN een probleem van de oudere patiënt. Door sommigen wordt gesteld dat de lokalisatie, met name de ophthalmicus, en de ernst van de initiële klachten van de zoster een PHN zouden voorspellen. Behalve de leeftijd werden in deze literatuurstudie echter weinig gegevens gevonden over factoren bij herpes zoster die een voorspellende waarde zouden hebben voor het ontstaan van een PHN.

Het onderzoek naar preventie van PHN door vroegtijdig gebruik van steroïden of antivirale middelen heeft nog geen bruikbare resultaten opgeleverd. Gesteld mag

worden dat er nog geen bewijsmateriaal is dat behandeling van de initiële zoster met acyclovir een PHN kan voorkomen. Nader onderzoek zal moeten leren of een langere duur van de toediening wel positieve uitkomsten zal geven. In een ingezonden brief in de *Lancet* wordt melding gemaakt van een gecontroleerde studie naar het effect van een behandeling met aciclovir gedurende tien dagen bij PHN na herpes zoster ophthalmicus.⁶¹ In deze nog niet gepubliceerde studie werden na drie maanden significante verschillen gevonden met betrekking tot de incidentie van PHN tussen de interventie- en de placebogroep.

Wat de behandeling van de PHN zelf betreft, is er maar een beperkt aantal therapieën dat de toets van de wetenschappelijke kritiek kan doorstaan. Voor de huisarts is het daarom belangrijk mogelijk positieve resultaten af te wegen tegen mogelijke bijwerkingen, de belasting voor de patiënt en de kosten.

Als de pijn aan blijft houden nadat de huidverschijnselen van de zoster zijn verdwenen, zal de huisarts proberen symptomatische therapie toe te passen door het voorschrijven van pijnstillers. Uitleg over het tenslotte goedaardige beloop van de PHN is daarbij belangrijk. Indien met analgetica onvoldoende pijnstilling wordt bereikt, lijkt het verstandig een antidepressivum te proberen. In deze literatuurstudie werden geen aanwijzingen gevonden dat een combinatie van een antidepressivum met andere middelen, zoals fenothiaziden of anticonvulsiva, een belangrijk beter effect op levert, terwijl de mogelijke interacties en het aantal bijwerkingen kunnen toenemen.

Het meeste onderzoek is verricht met amitriptyline. Omdat het veelal om oudere patiënten gaat, is het verstandig te beginnen met een lage dosering, bijvoorbeeld 25 mg per dag. Die dosering kan dan voorzichtig verhoogd worden tot 75 mg per dag.

Fysische behandelingen, ganglionblokkade, steroïden (al dan niet epiduraal) en chirurgische methoden kunnen niet worden aangeraden, omdat iedere bewijsvoering voor enig effect tot nu toe ontbreekt.

Het gebruik van capsaïcine in een crème met een concentratie van 0,025 mg lijkt

vooral interessant, omdat het een gemakkelijk toepasbare, veilige en goedkope methode zou zijn. De huisarts dient zich daarbij te realiseren dat hiermee nog slechts één gecontroleerde studie heeft plaatsgevonden.

Literatuur

- ¹ Voorn Th, Van den Bosch W. 'Het virale spreekuur'. Draaiboek voor een nascholingscursus over virale aandoeningen in de huisartspraktijk. Utrecht, 1989.
- ² Hofmans EA. Publikatiebias – realiteit of mythe? De toegankelijkheid van onderzoek naar de effectiviteit van acupunctuur. Huisarts Wet 1990; 33: 14-5.
- ³ Meijman FJ. Het literatuuroverzicht: waardevol door systematiek en structuur [Commentaar]. Huisarts Wet 1990; 33: 2-3.
- ⁴ Weller TH. Varicella and herpes zoster. Changing concepts of the natural history, control and importance of a not-so-benign virus. N Eng J Med 1983; 309: 1362-8.
- ⁵ Armstrong PJ, Murphy TM. Postherpetic neuralgia. Austr Fam Phys 1986; 15: 554-6.
- ⁶ Loeser JD. Herpes zoster and postherpetic neuralgia. Pain 1986; 25: 149-64.
- ⁷ Sanders HWA. Herpes zoster in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1968.
- ⁸ Guess HA, Broughton DD, Melton LJ, Kwe-jand LT. Epidemiology of herpes zoster in children and adolescents. A population-based study. Pediatrics 1985; 76: 512-7.
- ⁹ Van de Lisdonk E, Van den Bosch W, Huygen F, Lagro-Janssen T. Ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1990.
- ¹⁰ Burgoon JCF, Burgoon JS, Baldridge GD. The natural history of herpes zoster. J Am Med Ass 1957; 164: 265-9.
- ¹¹ De Moragas JM, Kierland RR. The outcome of patients with herpes zoster. Arch Derm 1957; 75: 193-6.
- ¹² Rogers RS, Tindall JP. Geriatric herpes zoster. J Am Geriatr Soc 1971; 19: 495-504.
- ¹³ Bannister P, Crosse B. Severe herpes zoster infection in the United Kingdom: experience in a regional infectious disease unit. J Royal Soc Med 1989; 82: 145-6.
- ¹⁴ Watson CPN, Evans RJ, Watt VR, Birkett N. Post-herpetic neuralgia: 208 cases. Pain 1988; 35: 289-97.
- ¹⁵ Van Ree JW. Behandeling herpes zoster met diadynamische stromen. Huisarts Wet 1977; 20: 135-8.
- ¹⁶ Nathan PW, Wall PD. Treatment of post herpetic neuralgia by prolonged electric stimulation. Br Med J 1974; 3: 645-7.

- ¹⁷ Lewith GT, Field J, Machin D. Acupunctuur compared with placebo in post herpetic pain. Pain 1983; 17: 361-8.
- ¹⁸ Watson CP, Evans JR, Reed K, et al. Amitriptyline versus placebo in post herpetic neuralgia. Neurology 1982; 32: 670-93.
- ¹⁹ Woodforde JM, Dwyer B, McEwen BW, et al. Treatment of post herpetic neuralgia. Med J Aust 1965; 2: 869-72.
- ²⁰ Watson CPN, Evans RJ. A comparative trial of amitriptyline and zimelidine in postherpetic neuralgia. Pain 1985; 23: 387-94.
- ²¹ Merskey H, Hester RA. The treatment of chronic pain with psychotropic drugs. Post-med Med J 1972; 48: 594-8.
- ²² Weis O, Sriwatanakul K, Weintraub M. Treatment of post-herpetic neuralgia and acute herpetic pain with amitriptyline and perphenazine. South African Med J 1982; 62: 274-5.
- ²³ Taub A. Relief of postherpetic neuralgia with psychotropic drugs. J Neurosurg 1973; 39: 235-9.
- ²⁴ Taub A, Collins jr WF. Observations on the treatment of denervation dysthesia with psychotropic drugs: post herpetic neuralgia, anesthesia dolorosa, peripheral neuropathie.
- ²⁵ Max MB, Schafer SC, Culnane M, et al. Amitriptyline, but not lorazepam, relieves postherpetic neuralgia. Neurology 1988; 38: 1427-32.
- ²⁶ Killian JM, Fromm GH. Carbamazepine in the treatment of neuralgia. Arch Neuro 1968; 19: 129-36.
- ²⁷ Swerdlow M. The treatment of 'shooting' pain. Postgrad Med J 1980; 56: 159-61.
- ²⁸ Hatangdi VS, Boas RA, Richards EG. Postherpetic neuralgia: management with anti-epileptic and tricyclic drugs. In: Advances in pain. Research and therapy, Vol 1. New York: Raven Press, 1976.
- ²⁹ Gerson GR, Jonas RB, Luscombe DK. Studies on the concomitant of carbamazepine and clomipramine for the relief of post herpetic neuralgia. Postgrad Med J 1977, suppl 4: 104-09.
- ³⁰ Lefkowitz AM. Postherpetic neuralgia: a method of effective treatment. Neurology 1961; 11: 170-1.
- ³¹ Forrest JB. The response to epidural steroid injections in chronic dorsal root pain. Can Anaesth Soc J 1980; 27: 40-6.
- ³² Perkins HM, Hanlon PR. Epidural injection of local anesthetic and steroids of relief of pain secondary to herpes zoster. Arch Surg 1987; 113: 253-4.
- ³³ Russel WR, Espir MIE, Morganstern FS. Treatment of postherpetic neuralgia. Lancet 1957; i: 242-5.
- ³⁴ Bernstein JE, Bickers DR, Dahl MV, Roshal

- JY. Treatment of chronic postherpetic neuralgia with topical capsaicin; a preliminary study. *J Am Acad Dermatol* 1987; 17: 93-6.
- ³⁵ Westerman RA, Roberts RG, Kotzmann RR, et al. Effects of topical capsaicin on normal skin and affected dermatomes in herpes zoster. *Clin Exp Neurol* 1988; 25: 71-84.
- ³⁶ Bernstein JE, Korman NJ. Topical capsaicin treatment of chronic postherpetic neuralgia. *J Am Acad Dermatol* 1989; 21: 265-70.
- ³⁷ Kissin I, McDanal J, Xavier A. Topical lidocaine for relief of superficial pain in postherpetic neuralgia. *Neurology* 1989; 39: 1132-3.
- ³⁸ Browder J, DeVeer JA. Herpes zoster: a surgical procedure for the treatment of postherpetic neuralgia. *Ann Surg* 1949; 130: 622-36.
- ³⁹ Sklar SH, Blue WT, Alexander EJ, et al. Herpes zoster. The treatment and prevention of neuralgia with adenosine monophosphate. *J Am Med Ass* 1985; 253: 1427-30.
- ⁴⁰ Kecskes K, Basheer AM. Do corticosteroids prevent post-herpetic neuralgia? *Br J Dermatol* 1980; 102: 551-5.
- ⁴¹ Esmann V, Kroon S, Peterslund NA, et al. Prednisolone does not prevent post-herpetic neuralgia. *Lancet* 1987; i: 126-9.
- ⁴² Clemmensen OJ, Andersen KE. ACTH versus prednisone and placebo in herpes zoster treatment. *Clin Exp Dermatol* 1984; 9: 557-63.
- ⁴³ Duschet P, Schwartz T, Soyer P, et al. Treatment of herpes zoster. Recombinant alpha interferon versus acyclovir. *Int J Dermatol* 1988; 3: 193-97.
- ⁴⁴ Galbraith AW. Prevention of postherpetic neuralgia by amantadine hydrochloride. *Br J Clin Pract* 1983; 37: 304-06.
- ⁴⁵ Anonymous. Shingles: a belt of roses from hell [Editorial]. *Br Med J* 1979.
- ⁴⁶ Payne CM, Menday AP, Rogers T, et al. Isoprinovine does not influence the natural history of herpes zoster or postherpetic neuralgia. *Scand J Infect Dis* 1989; 21: 15-8.
- ⁴⁷ Whitley RJ, Seng-Jaw Soong. Early vidarabine therapy to control the complications of herpes zoster in immunosuppressed patients. *New Eng J Med* 1982; 307: 971-5.
- ⁴⁸ Selby PJ, Powles RL, Jameson B, et al. Parental acyclovir therapy for herpes virus infections in men. *Lancet* 1979; i: 1267-70.
- ⁴⁹ Peterslund NA, Seyer-Hansen K, Ipsen J, et al. Acyclovir in herpes zoster. *Lancet* 1981; 827-30.
- ⁵⁰ Peterslund NA, Esmann V, Ipsen J, et al. Oral and intravenous acyclovir are equally effective in herpes zoster. *J Antimicrob Chemother* 1984; 14: 185-9.
- ⁵¹ Mandal BK, Dunbar EM, Ellis ME, et al. A double masked, placebo controlled trial of acyclovir cream in immunocompetent patients with herpes zoster. *J Infect* 1988; 17: 57-63.
- ⁵² Wood MJ, Ogan PH, McKendrick MW, et al. Efficacy of oral acyclovir treatment of acute herpes zoster. *Am J Med* 1988; 85: 79-83.
- ⁵³ Wassilew SW, Reimlinger S, Nasemann T, Jones D. Oral acyclovir for herpes zoster; a double blind controlled trial in normal subjects.
- ⁵⁴ Bean B, Braun C, Balfour HH. Acyclovir therapy for acute herpes zoster. *Lancet* 1982; i: 118-21.
- ⁵⁵ Cobo LM, Foulks GN, Liesegang T, et al. Oral acyclovir in the treatment of acute herpes zoster ophthalmicus. *Ophthalmology* 1986; 93: 763-70.
- ⁵⁶ Morton P, Thomson AN. Oral acyclovir in the treatment of herpes zoster in general practice. *N Z Med J* 1989; 102: 93-5.
- ⁵⁷ McKendrick MW, McGill JJ, White JE, Wood MJ. Oral acyclovir in acute herpes zoster. *Br Med J* 1986; 293: 1529-32.
- ⁵⁸ McKendrick MW, McGill JJ, Wood MJ. Lack of effect of acyclovir on postherpetic neuralgia. *Br Med J* 1989; 298: 431.
- ⁵⁹ Huff JC. Oral acyclovir of acute herpes zoster: a multi-centre study. *Research and Clinical Forums* 1987; 9: 37-45.
- ⁶⁰ Schmader KE, Studenski S. Are current therapies useful for the prevention of postherpetic neuralgia? A critical analysis of the literature. *J Gen Intern Med* 1989; 4: 83-9.
- ⁶¹ Freestone DS, Brigden WD. Acyclovir and post-herpetic neuralgia. *Lancet* 1990; 335: 1279. ■

Medische module Promedico getoetst

WCIA

De medische module Promedico voldoet zowel technisch als functioneel aan de eisen gesteld in het WCIA-HIS-Referentiemodel 1990 voor de specificatie 'standaard medische module'. Promedico bevat een zeer groot aantal verschillende functies, die in het algemeen goed geïntegreerd zijn. Het voorschriftgedeelte maakt gebruik van de reeds aanwezige apotheekmodule en kent een uitgebreide medicatiebewaking. Het programma stimuleert het gebruik van de probleemgeoriënteerde registratiemethode. Het concept met een centraal journaalscherm, van waaruit de verschillende rubrieken van de 'groene kaart' worden bereikt, vraagt enige gewenning. De mogelijkheden tot beheer en onderhoud van de geregistreerde medische informatie zijn opvallend goed, maar helaas niet direct vanuit het spreekuurscherm oproepbaar. Het programma werkt vlot en stabiel, ook binnen een netwerk.

WCIA, p/a NHG-bureau, Postbus 14006, 3508 SD Utrecht.

Inleiding

Promedico is een produkt van ACS Promedico te Sleeuwijk. Sinds 1 november 1990 heeft Raet Gezondheidszorg en Welzijn te Zeist de rechten van het programma verworven en wordt Promedico via Raet verkocht en onderhouden.

Ter toetsing is aangeboden de medische module. De basismodule en de apotheekmodule werden reeds getoetst in 1988. Deze beide modules voldeden aan de eisen van het toen vigerende Referentiemodel 1985. Promedico beschikt daarnaast over een grootboekmodule. Deze module werd niet getoetst. Promedico is zowel in single-user als netwerk versie leverbaar (onder Novell).

De medische module is getoetst aan de eisen voor een 'standaard medische module' van het (nieuwe) WCIA-HIS-Referentiemodel 1990. De toetsing vond plaats in augustus (functionele toetsing) en oktober (technische toetsing) 1990.

Promedico is een programma voor gebruik op MS-DOS compatible computers. Voor de medische module wordt tenminste een AT-machine met 40 MB harde schijf aanbevolen. Promedico is geschreven in de vierde-generatie taal 'Dataflex'.

Promedico kent een actieve gebruikersvereniging. De gebruikersvereniging is akkoord gegaan met de overgang van het pakket naar Raet. Een kopie van de broncode is bij een notaris in bewaring gegeven.

Algemene functionele aspecten

Een handleiding van de medische module is aanwezig en kent een eigen trefwoordenlijst. De integratie van dit hoofdstuk in de inhoudsopgave en trefwoordenlijst van de algemene handleiding (basis, apotheek, grootboek) was ten tijde van de toetsing nog niet gereed.

Men vindt de weg in het programma via menukeuzes. Daarnaast is het voor de gevorderde gebruiker mogelijk om bepaalde programma-onderdelen te kiezen via een direct toegangsnummer (of trefwoord).

De schermen ogen in het algemeen overzichtelijk. Naast algemene functietoetsen kent men ook functietoetsen die slechts in bepaalde schermen werken. In dergelijke gevallen worden de beschikbare functietoetsen en lettercommando's in een statusbalk op de onderste regel getoond. Ook een direct oproepbare helpfunctie is aanwezig.

De patiënt kan in Promedico worden geselecteerd met behulp van één van de volgende sleutels: achternaam, patiëntnummer, geboortedatum, meisjesnaam, straat en huisnummer, woonverbandnummer of ziekenfondsnummer. Indien voor een bepaald veld een tabel van

antwoorden wordt gebruikt, dan is deze tabel direct op het scherm op te roepen.

Er is voorzien in uitgebreide mogelijkheden van toegangscontrole tot de verschillende functies van het programma.

De medische module, functioneel

Het Referentiemodel 1990 kent de specificaties voor een (standaard) medische module en een uitgebreide medische module. Promedico werd getoetst aan de eisen voor een standaard medische module. Van de vereiste functies voor de uitgebreide medische module is een deel aanwezig.

De functies van de medische module Promedico zijn allereerst onderverdeeld in de volgende hoofdgroepen:

- Journaal;
- Contra-indicaties;
- Receptverwerking;
- Preventie;
- Oproepen en medicatielijst.

Tijdens het spreekuur zal men het meest in het journaal werken.

Ook binnen het journaal is weer een verdere onderverdeling aangebracht: algemene consulten, probleemgebonden consulten, historie, uitslagen, correspondentie, memo's, overige patiëntgegevens en gezinsinformatie.

De meeste HIS-sen kozen het chronologisch journaal als centraal punt in het medisch dossier. Promedico koos voor een apart overzichtsscherm als centraal punt in het dossier. Vanuit dit overzichtsscherm zijn de diverse hierboven genoemde onderdelen direct te kiezen. Op dit overzichtsscherm staan de administratieve patiëntgegevens, de signaleringen en attentieregels alsmede de probleemlijst. Telkens nadat men in een bepaald onderdeel (bijvoorbeeld uitslagen of een bepaald probleem) informatie heeft geraadpleegd of aangevuld, keert men terug in dit centrale scherm. Door de probleemlijst op te nemen op dit centrale scherm wordt de gebruiker gestimuleerd om probleemgeoriënteerd te werken.

Doordat consulten alleen kunnen worden toegevoegd wanneer men in de registratie van een probleem of in de registratie 'algemene consulten' werkt, heeft de arts in feite al tevoren besloten bij welk probleem een bepaald consult behoort. Voordeel hiervan is dat men zich richt op dit ene probleem. Nadeel is dat, wanneer het vorige consult over een ander probleem ging, dit vorige consult niet in beeld is. Dit nadeel wordt verholpen door de functie 'D', die een puur datumgeoriënteerd overzicht van alle consulten op het scherm toont. Het is echter niet mogelijk in dat chronologische overzicht consulten toe te voegen.

Urineweginfecties, diabetes mellitus

Per journaalregel wordt de datum, de SOEP-code, de ingevoerde tekst, een eventuele ICPC-code, de code behandelend arts en het trefwoord van het probleem waarbij de regel hoort, getoond. Het programma maakt het gebruik van de ICPC-diagnose-codetabel eenvoudig mogelijk, doordat zowel systematisch als op trefwoord kan worden gezocht.

Probleemgeoriënteerd werken wordt goed ondersteund. Er is uitgebreide hulpprogramma-tuur aanwezig om problemen te beheren. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk om belangrijke problemen bovenaan te zetten in de probleemlijst (eventueel voorzien van kleur) en is het mogelijk ook achteraf consulteren alsnog aan een probleem te koppelen of van het ene probleem naar het andere te verplaatsen. Ook samenvatten van grote kaarten gebeurt per probleem. Samenvatten lijkt hierdoor een meer haalbare zaak te worden dan wanneer een complete kaart moet worden samengevat. Nadeel is dat deze hulpprogramma-tuur niet direct vanuit het journaal oproepbaar is. Een aparte menukeuze, met verlies van de geselecteerde patiënt is noodzakelijk.

Meetwaarden worden opgeslagen als vrije tekst. Slechts voor een beperkte set meetwaarden, namelijk die van het risicoprofiel (lengte, gewicht, bloeddruk, cholesterol), is het mogelijk deze in een eenduidige vorm in de data-base op te nemen. Van deze speciale meetwaarden is een grafische weergave te maken, maar opnieuw niet vanuit het journaal, maar vanuit een apart programma.

Het voorschrijven van geneesmiddelen gebeurt met behulp van het KNMP-bestand. Dit bestand is inmiddels ook voor de niet-apotheekhoudende huisarts beschikbaar. Bij het voorschrijven wordt gebruik gemaakt van functies uit de apotheekmodule. Er is voorzien in uitgebreide medicatiebewaking.

Bij het afsluiten van een consult kan men desgewenst een termijn aangeven waarop men de patiënt wil terugzien. Deze termijn wordt automatisch doorgegeven aan de oproepmodule, zodat bewaking kan plaatsvinden.

Er is voorzien in een goed functionerende koppeling tussen het medisch dossier en een beperkte, ingebouwde tekstverwerker. Hiermee kunnen op gemakkelijke wijze verzorgde verwijsbrieven worden gemaakt.

Het programma kent patiëntgebonden memo's en kan deze memo's ook automatisch op de kaarten aanbrengen als resultaat van een zoekactie.

Het scherm 'risico-profiel' is overeenkomstig de WCIA-eisen aanwezig. Dit scherm is niet zelf uit te breiden.

Attentieregels, additionele patiëntgegevens en patiëntlabels (ruiters) zijn conform de WCIA-eisen aanwezig. Voorts is voorzien in een scherm

waarin informatie betreffende het gezin in vrije tekst kan worden vastgelegd.

Verwijzingen kunnen uitgebreid worden geco-deerd. De functie wordt geactiveerd door het invoeren van de betreffende ICPC-code en biedt vervolgens de gelegenheid om vast te leggen of het een eerste of een herhaalverwijzing betreft en op wiens initiatief de verwijzing plaatsvond.

Er is geen mogelijkheid voor het vastleggen van algemene protocollen of informatieschermen.

Het maken van overzichten en tellingen kan op vele manieren gebeuren. Er zijn voorgedefinieerde vraagstellingen aanwezig. Daarnaast is het voor de gevorderde gebruiker mogelijk om met behulp van de Dataflex query de meest uiteenlopende overzichten te maken.

De medische module, technisch

De technische toetsing, uitgevoerd door een medewerker van Cap-Gemini/Pandata, vermeldt geen tekortkomingen ten opzichte van de eisen van het WCIA-HIS-Referentiemodel 1990. De toetsing is verricht in een netwerk. Ook binnen dit netwerk functioneert het programma correct en vlot. De bestudeerde broncode is op nette wijze opgezet en goed gedocumenteerd.

Volledig verslag

De medische module van het Huisarts-Informatiesysteem 'Promedico' voldoet aan de eisen van een 'standaard medische module' zoals geformuleerd in het WCIA-HIS-Referentiemodel 1990. Wat hier wordt afgedrukt is een samenvatting van het toetsingsverslag. Het volledige verslag is verkrijgbaar bij het secretariaat van de WCIA. Geïnteresseerden wordt geadviseerd dit volledige verslag aan te vragen, omdat hierin meer nuances en details staan vermeld. ■

Urineweginfecties

Bij mevrouw De Jong, 25 jaar, stelt de huisarts de diagnose urineweginfectie. Het is de eerste keer dat zij dit heeft. Verder zijn er geen bijzonderheden.

1 Indien over wordt gegaan op een medicamenteuze behandeling, verdient een behandeling van 5 dagen de voorkeur boven een behandeling van 3 dagen.

Tot de medicijnen die de voorkeur verdienen bij een ongecompliceerde urineweginfectie, behoort/behoort:

2 trimethoprim;

3 cotrimoxazol.

De huisarts schrijft mevrouw De Jong een antibioticumkuur voor. Mevrouw De Jong vraagt of ze haar urine nog moet laten controleren na afloop van de kuur. De huisarts vertelt haar dat dit alleen nodig is indien ze nog klachten heeft.

4 Dit advies is conform de huidige richtlijnen met betrekking tot het beleid bij een urineweginfectie.

5 Indien controle van de urine geïndiceerd is, dan geldt dat deze controle bij voorkeur 1 dag na afloop van de kuur plaatsvindt.

De vragen in de rubriek 'Kennistoets' zijn afkomstig van het landelijk Samenwerkingsverband van het IOH. Deze vragen worden gebruikt in landelijke kennistoetsen voor huisartsen-in-opleiding (zie pag. 250 van de vorige jaargang). Voor nadere informatie kunt u zich wenden tot mw. drs. M.C. Pollemans (projectleiding), mw. A.W.M. Kramer, huisarts, of J.A.H. Eekhof, huisarts, Uitvoerend Bureau van het landelijk Samenwerkingsverband-IOH, Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Bijlhouwerstraat 6, 3511 ZC Utrecht.

Diabetes mellitus

Mevrouw Zandstra, 61 jaar, komt bij de huisarts op het spreekuur. Sinds enkele maanden heeft zij last van een droge mond. Ook moet zij veel meer drinken dan voorheen. De huisarts vermoedt dat zij suikerziekte heeft.

Met behulp van speciale teststrips bepaalt de huisarts of er glucose in de urine aanwezig is. De teststrip geeft de uitslag +++.

6 Op grond van deze uitslag mag volgens de huidige inzichten de diagnose diabetes mellitus worden gesteld.

OUDE JAARGANGEN

Gevraagd

Haio zoekt oude jaargangen van *Huisarts en Wetenschap*. Reacties gaarne schriftelijk naar het redactiesecretariaat, Postbus 14015, 3508 SB Utrecht.

Uitstrijkje, oogheelkunde, artrose

De huisarts verricht ook een bepaling van het bloedglucose. De glucose, 2 uur na de lunch bepaald, is 12,0 mmol/l.

7 Bij deze uitslag is het verrichten van een GTT geïndiceerd.

Uitstrijkje

Mevrouw In 't Veldt, 35 jaar, komt bij de huisarts om een uitstrijkje te laten maken. Alvorens het uitstrijkje te maken, verricht de huisarts een vaginaal toucher. De uterus ligt in anteversie-flexie. De huisarts brengt vervolgens het speculum in en brengt de portio à vue. Met de speciale houten spatel maakt zij een preparaat door de spatel over 360° rond te draaien. Zij brengt het verkregen materiaal op een objectglaasje en fixeert het preparaat.

8 Het voorafgaand aan het speculumonderzoek toucheren is conform de huidige richtlijnen voor het maken van een cervixuitstrijkje.

9 Bij een hoog gelegen endocervicale overgang is het noodzakelijk om, naast de beschreven techniek, tevens materiaal af te nemen met een cytobrush.

10 Bij het fixeren moet men het spraybusje op ongeveer 5 cm afstand van het preparaat houden.

Na vijf dagen komt de uitslag uit het laboratorium. Het uitstrijkje bevatte geen endocervicale cellen. Het advies is het uitstrijkje te herhalen.

11 Het herhalen van het uitstrijkje dient in een dergelijk geval zo snel mogelijk te gebeuren.

Oogheelkunde

De huisarts wordt gebeld door mevrouw Westra, 45 jaar, van beroep hulp in de huishouding. Ze vertelt in paniek dat ze geconcentreerde ammonia in de ogen heeft gekregen. De huisarts adviseert haar de ogen direct te spoelen met water.

12 Dit is een correct advies.

Ook adviseert de huisarts haar naar de praktijk te komen. Twintig minuten later is ze in de praktijk. Ze heeft het advies correct opgevolgd. De pijn valt mee. Ze kan het oog alleen moeilijk open houden. Bij inspectie met brilloupe en focale belichting vindt de huisarts een conjunctivale roodheid. Verder geen afwijkingen. Hij adviseert mevrouw die zelfde dag nog een aantal malen te spoelen met water (en de volgende dag terug te komen).

13 Dit is een correct advies.

Johan Theunissen, een 20-jarige leerling-lasser, komt met de volgende klacht: hij heeft pijnlijke ogen na een dag lassen zonder oogkap op. 'Het

zullen wel lasogen zijn', zegt hij zelf. Hij houdt zijn ogen nagenoeg dicht (blefarospasme). De huisarts druppelt om de ogen te kunnen onderzoeken, oxybuprocaine in.

14 Dit is gecontraïndiceerd.

De huisarts constateert inderdaad een keratoconjunctivitis electrica ('lasogen'). Johan Theunissen meldt intussen dat de pijn geheel verdwenen is. De huisarts vertelt Johan Theunissen dat de pijn weer terug zal komen en flink hevig kan worden. Daarom stelt hij voor om meneer een pijnstillertje voor te schrijven. Johan vraagt hoe lang de pijn aan zal houden. De huisarts zegt dat dat eerder in de buurt van 1 dag, dan van 1 week ligt.

15 Deze bewering is correct.

Mevrouw Vastbinder, 45 jaar, komt nu voor de zesde keer in een jaar met klachten van 'ontstoken ogen' beiderzijds, steeds geduid als een conjunctivitis. De oogranden zijn rood en dik. De waarnemer constateert dat er, naast de conjunctivitis, tevens sprake is van een blefaritis. Hij vertelt mevrouw dat de ooglidrandontsteking (blefaritis) de oogontstekingen (conjunctivitis) 'onderhoudt'.

16 Dit is correcte informatie.

17 De behandeling van voorkeur van een blefaritis is een antibiotische oogzalf.

Artrose

De 83-jarige mevrouw Groen komt bij de huisarts in verband met al jaren bestaande pijnklachten in de rechter heup. Na anamnese en onderzoek stelt de huisarts de waarschijnlijkheidsdiagnose coxartrose rechts. Naast medicamenteuze therapie raadt hij mevrouw Groen ook het gebruik van een wandelstok aan. Hij zegt haar deze aan de linker (gezonde) zijde te gebruiken.

18 Dit is een correct advies.

Mevrouw Groen vraagt of er niet een foto gemaakt moet worden: 'Misschien heb ik wel een nieuwe heup nodig'. De huisarts legt uit dat bij het bepalen of een heupprothese aangewezen is, de pijnklachten van de patiënt een grotere rol spelen dan het röntgenbeeld.

19 Dit is correcte informatie.

Antwoorden op pag 245.

Literatuur

Vragen 1-5
NHG-standaard Urineweginfecties. Huisarts Wet 1989; 32: 441-2.

Vragen 6-7
NHG-standaard Diabetes Mellitus type II. Huisarts Wet 1989; 32: 15-8.

Vragen 8-11
NHG-standaard Cervixuitstrijken. Huisarts Wet 1989; 32: 473-7.

Vragen 12-15
Sterk CC. Acute traumata in de oogheelkunde. Ned Tijdschr Geneesk 1987; 131: 2246-9.
Henkes HE, Van Balen AThM, Stijlma JS. Oogheelkunde 1989; 222.

Vragen 16-17
Van Bijsterveld OP, Ekdom B. Blefaritis Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1434.

Vragen 18-19
Schellekens JWG, Romeijnders ACM. Artrose... en dan? Huisarts Wet 1989; 32: 19-24.

REGISTER

Bij literatuuronderzoek in jaargangen van *Huisarts en Wetenschap* zal men gebruik maken van het cumulatieve register 1972-1986 en de daaropvolgende jaarregisters. Het zoekwerk kan beperkt worden door een computeruitdraai aan te vragen. De mogelijke ingangen hiervoor zijn de 23 thema's, de 700 trefwoorden en de auteursnamen. Bij elke titelbeschrijving wordt steeds het soort artikel vermeld.

Voor deze dienstverlening wordt NLG 5,— per trefwoord per pagina A4 in rekening gebracht, met een minimum van NLG 15,—. Dit bedrag is exclusief verzendkosten. Voor aanvragen kan men zich – bij voorkeur schriftelijk – wenden tot het redactiesecretariaat van *Huisarts en Wetenschap*, Postbus 14015, 3508 SB Utrecht.

Van het cumulatieve register 1972-1986 zijn overigens nog exemplaren beschikbaar à NLG 10,— per stuk.

Berichten uit het Amsterdamse Peilstationproject

Verwijzing geestelijke gezondheidszorg

De relatie tussen huisartsen en geestelijke gezondheidszorg staat al jaren ter discussie. Dit geldt zowel voor de situatie in heel Nederland als voor die in Amsterdam.^{1,2} Een belangrijk punt in deze discussie is de wijze waarop en de frequentie waarmee huisartsen verwijzen naar de GGZ.

Om een indruk te krijgen van de frequentie waarmee Amsterdamse huisartsen verwijzen naar de GGZ, is aan de huisartsen in het Amsterdamse peilstationproject gevraagd alle verwijzingen naar de GGZ te registreren. Hierbij werd een onderscheid gemaakt tussen acute en andere verwijzingen. De problematiek bij acute verwijzingen zal daarbij zwaarder zijn. Een tweede reden voor registratie van het aantal verwijzingen naar de GGZ is, dat hiermee een indruk wordt verkregen van het voorkomen van psychosociale problematiek onder de Amsterdamse bevolking.³ Deze kennis is op dit moment zeer beperkt.⁴

Definitie

Onder verwijzen wordt verstaan: het dringende advies, al dan niet vergezeld van een verwijsbrief, om hulp te zoeken bij één van 2de vermeldde instanties. Het gaat dus niet alleen om werkelijk tot stand gekomen verwijzingen. Onder een acute verwijzing wordt verstaan: een verwijzing binnen 24 uur na een contact met de hulpverlenende instantie door de verwijzer. Hieronder vallen ook de verwijzingen buiten de kantooruren door waarnemende artsen (bijvoorbeeld het invoeren van de Centrale Riagg Dienstpsychiater).

Resultaten

In totaal werden in 1989 1424 personen verwezen naar de GGZ. Het verwijscijfer is onder vrouwen aanzienlijk hoger dan onder mannen; de aantallen waren respectievelijk 260 en 182 per 10.000 patiënten. In de leeftijdscategorie 20-44 jaar is het verwijscijfer het hoogst (figuur 1).

In 247 gevallen beoordeelde een peilstation een verwijzing als acuut. Ook bij deze acute verwijzingen is het verwijscijfer onder vrouwen veel hoger dan onder mannen: respectievelijk 47 en 29 per 10.000 patiënten.

Wat betreft de instantie of hulpverlener waarnaar wordt verwezen, is het aandeel van het Riagg en het algemeen maatschappelijk werk ongeveer even groot: ruim een derde van de verwijzingen is naar elk van deze instanties. In volgorde van afnemend aandeel komen daarna de vrij gevestigde psychiater, het APZ (polikliniek en kliniek), de vrij gevestigde psycholoog en de PAAZ (polikliniek en kliniek). Een zeer beperkt deel van de verwijzingen heeft een opna-

me in APZ of PAAZ tot doel, in totaal ongeveer 1,6 procent.

Bij de acute verwijzingen is vooral het aandeel van het Riagg en van de vrij gevestigde psychiater hoger. Daarnaast gaat het bij de acute verwijzingen relatief vaker om een opname in APZ of PAAZ; het aandeel hiervan is 6,8 procent.

Beschouwing

Bij de resultaten moeten twee kanttekeningen worden gemaakt. Ten eerste gaat het om de verwijzingen van de huisarts naar de GGZ. Niet is geregistreerd of de patiënt dit advies ook heeft opgevolgd. Ten tweede kan één persoon meer keren meetellen, doordat hij meer dan één maal is verwezen.

Aannemend dat elke verwijzing een andere patiënt betreft, kan worden geconcludeerd dat elk jaar ruim 2 procent van alle Amsterdammers wordt verwezen naar de GGZ. In ongeveer een zesde van de gevallen is deze verwijzing acuut. Het aandeel van vrouwen hierbij is steeds hoger dan dat van mannen. Een en ander betekent dat in de registrerende praktijken gemiddeld één keer per week een patiënt wordt verwezen naar de GGZ.

Opvallend is dat verwijzingen bij ouderen relatief vaak acuut zijn. In de leeftijdsgroep 65+ is dit het geval bij bijna een derde van alle verwijzingen.

Vergeleken met ander onderzoek lijkt het hier gevonden verwijscijfer hoog. *De Ridder & Visser* deden in 1985 onderzoek naar de aansluiting tussen eerste lijn en GGZ in drie regio's. Daarbij vroegen zij 209 huisartsen hoe vaak zij per jaar verwezen naar de GGZ.⁵ In hun onderzoek verwijst een huisarts gemiddeld 32 patiënten per jaar naar de GGZ. Huisartsen die werkzaam zijn in een grootstedelijke regio (64), verwijzen relatief minder, gemiddeld 27 patiënten per jaar. Dit aantal is lager dan het gemiddeld aantal verwijzingen van de Amsterdamse peilstationartsen. Deze artsen verwijzen meer naar de psychiater, het AMW en de psycholoog.

Slechts een deel van de gevonden verschillen kunnen worden verklaard uit verschillen in onderzoekszopzet. Dat geldt met name voor het verschil in instantie waarnaar wordt verwezen. De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat Amsterdammers relatief vaak worden verwezen naar de GGZ.

S.A. Reijneveld

¹ De Ridder D, Van Lieshout P. De eerste lijn over de GGZ: tien mythen. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1989; 1: 3-15.

² De Vries D. De huisarts in de geestelijke gezondheidszorg. Info (periodiek van de AHV/VOH) 1989; 16: 20-2.

³ Giel R, Ten Horn GHMM. Psychische stoornissen. In: Van der Maas PJ, Hofman A, Dekker E, red. Epidemiologie en gezondheidsbeleid. Alphen a/d Rijn: Samsom, 1989.

⁴ Reijneveld SA. De gezondheid van de Amsterdammers in de jaren tachtig. Amsterdam: GG&GD, 1988.

⁵ De Ridder D, Visser J. Tussen de lijnen. De relatie tussen eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg onderzocht. Utrecht: NcGv/Nivel 1987.

Bron Anoniem. Jaarverslag 1989 van het Amsterdamse Peilstation Project. Amsterdam: GG&GD, z.j.: 22-7.

Verzoeken om onderzoeken op antistoffen tegen Hiv

In 1986 zijn in de peilstations consulten met betrekking tot Aids geregistreerd. De incidentie daarvan bleek bij mannen betrekkelijk hoog (ruim 20 per 1000), bij vrouwen veel lager (3,4 per 1000). Er bestaat echter behoefte aan meer specifieke informatie over de diverse soorten hulpvragen. Uit de literatuur is op te maken dat het verzoek om een Hiv-antistoffentest de belangrijkste hulpvraag op dit gebied is waarmee men zich tot de huisarts wendt.^{1,2} Het verzoek reflecteert over het algemeen bezorgdheid en biedt daarom een goed aanknopingspunt voor exploratie, informatie over de voor- en nadelen van de test, preventie en eventueel begeleiding. In een aanzienlijk aantal gevallen wordt het onderzoek niet verricht, doordat de patiënt er op grond van nadere informatie van afziet.²

Voor een goed inzicht in de aard en spreiding van verzoeken om de Hiv-test en het resultaat ervan is in 1989 gedetailleerd gevraagd naar de reden van het verzoek om de Hiv-test c.q. het al dan niet behoren tot een risicogroep.

Resultaten

Er werden 407 verzoeken geregistreerd: 131 van vrouwen en 276 van mannen. Daarvan werden er 100 afgewezen, waarvan 32 bij vrouwen en 68 bij mannen (in beide gevallen rond de 25 procent).

Het aantal verzoeken en de incidentie ervan was het grootst in de leeftijdsgroep 25-34 jaar, gevolgd door de leeftijdsgroepen 20-24 en 35-44 jaar. De totale incidentie was bij mannen 87,9 per 10.000, bij vrouwen 39,0 per 10.000 en totaal 62,7 per 10.000 (figuur 2). In de leeftijdsgroepen 15-19 en 20-24 jaar werden de hoogste percentages afwijzingen genoteerd (respectievelijk 38 en 46 procent van de verzoeken); bij de andere leeftijdsgroepen werd 15-20 procent van de verzoeken afgewezen.

Bij de redenen voor het verzoek, voor zover geregistreerd, gaat het om mensen bij wie het verzoek werd ingewilligd. Bij mannen waren de redenen: homo- en bisexualiteit (samen 32 pro-

cent), keuring (17 procent), prostituant (6 procent) en intraveneuze druggebruiker (3 procent); in 32 procent van de gevallen ging het om een niet nader genoemde reden. Bij de vrouwen waren de redenen in 64 procent van de gevallen niet nader genoemd. Wel genoemde redenen waren: partner van prostituant (8 procent), keuring (7 procent), partner van biseksuele man (6

procent) en (ex-)prostituée (5 procent).

Er waren 21 positieve uitslagen, alle bij mannen; dat is 10 procent van de bij mannen uitgevoerde tests. Daarvan waren er 13 in de leeftijdsgroep 25-34 jaar. De positieve uitslagen betroffen in 14 gevallen (67 procent) homoseksuele mannen en in 4 gevallen (20 procent) intraveneuze druggebruikers.

Beschouwing

Op basis van deze gegevens kan het aantal verzoeken om de Hiv-test aan alle Amsterdamse huisartsen samen voor 1989 worden geschat op 4200, waarvan 1300 afkomstig van vrouwen en 2900 van mannen. In het Nederlands Peilstationonderzoek omvatten deze verzoeken 60 procent van alle Aids-gerelateerde hulpvragen². Gezien de totale incidentie van Aids-hulpvragen in Amsterdam in 1986 zal het hier om een aanzienlijk lager percentage gaan.

Dat in de leeftijdsgroep 15-24 jaar aanzienlijk meer verzoeken worden afgewezen dan in hogere leeftijdsgroepen, lijkt erop te wijzen dat jongeren vaker op onrealistische gronden om de test vragen. Opvallend is het aantal gehonoreerde verzoeken in verband met een keuring; geëxtrapoleerd voor de hele stad zou dit neerkomen op ruim 400 per jaar. Men kan zich afvragen of dit correspondeert met het aantal keuringen waarbij een Hiv-test werkelijk vereist is. De groep intraveneuze druggebruikers is zeer klein. Alleen onderzoek op andere testplaatsen, zoals de GG&GD, kan uitsluitsel geven of dit een juiste weergave is van het aantal druggebruikers dat zich op Hiv-antistoffen laat onderzoeken. (Ex-)prostituees en (partners van) prostituanten vormen een kleine, maar duidelijk aanwezige groep. In het Nederlands peilstationonderzoek was 36 procent van de als risicodragend beschouwde contacten heteroseksueel.² Deze categorie is in het Amsterdamse onderzoek niet opgenomen.

Het zou interessant zijn om meer te weten te komen over de grote groep niet nader genoemde redenen, omdat die waarschijnlijk het meest illustratief is voor wat zich tussen patiënten en hun huisartsen afspeelt als er geen van de hier expliciet genoemde risico's op Hiv aan het verzoek ten grondslag ligt.

Tenslotte blijkt de kans op een positieve uitslag het hoogst bij intraveneuze druggebruikers (50 procent van de bij deze groep verrichte onderzoeken), homoseksuele mannen (29 procent) en biseksuele mannen (10 procent). Daarbij moet worden aangetekend dat de groepen intraveneuze druggebruikers en biseksuele mannen zeer klein zijn.

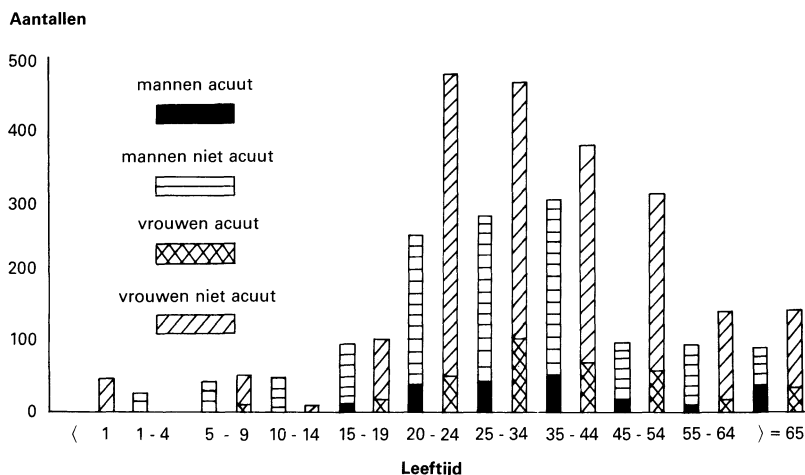
L. Wigersma

¹ Hocheimer EH, Heijen AM, Wigersma L. HIV-wijzer informatiesysteem voor huisartsen. Amsterdam: Stichting Aanvullende Dienstverlening, 1988/90.

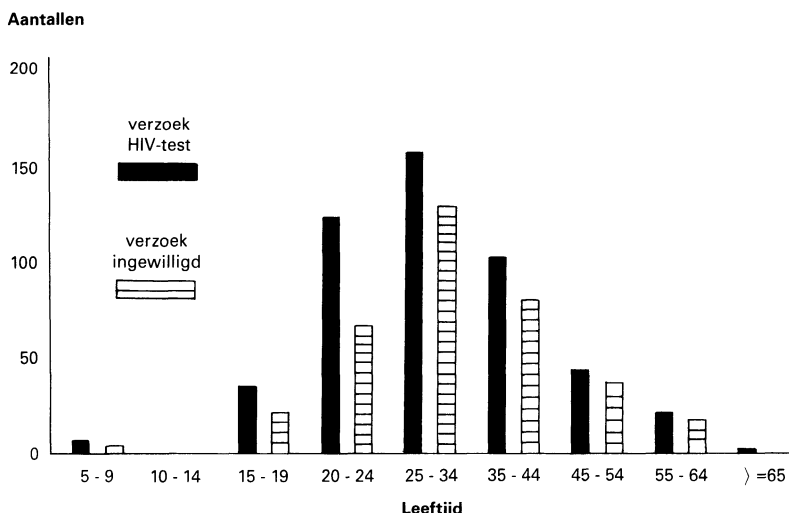
² Moons MAW, Peters L. Huisarts en vragen over AIDS. Anderhalf jaar registratie Peilstations Nederland. In: Medisch Contact 1990; 45: 1055-57.

Bron Anoniem. Jaarverslag 1989 van het Amsterdamse Peilstation Project. Amsterdam: GG&GD, z.j.: 22-7.

Figuur 1 Verwijzingen geestelijke gezondheidszorg, Peilstationonderzoek Amsterdam, 1989. Aantallen per 10.000 patiënten.



Figuur 2 Verzoeken om onderzoeken op antistoffen tegen Hiv, Peilstationonderzoek Amsterdam, 1989. Aantallen per 10.000 patiënten.



Wiegedood, somatische fixatie

Wiegedood

Het gedegen artikel van *Van der Werf* over wiegedood¹ geeft aanleiding tot enkele opmerkingen en vragen.

- *Van der Werf* besluit de beschouwing over de etiologie met de opmerking dat in het merendeel van de gevallen van plotselinge dood van zuigelingen 'de doodsoorzaak onbekend blijft'. Dit lijkt mij alleen juist indien met 'de doodsoorzaak' een monofactoriële oorzaak wordt bedoeld. Bij verreweg de meeste gevallen van wiegedood zijn echter verscheidene causale factoren aan te wijzen, die gezamenlijk min of meer verantwoordelijk voor dit overlijden zijn te stellen. Een voorbeeld is: preterm geboorte plus banale luchtweginfectie plus warm ingepakt zijn plus op de buik te slapen gelegd.

- *Van der Werf* noemt als enig argument voor de causale betekenis van de buikligging het feit dat in ons land de prevalenties van het slapen in buikligging en van wiegedood na 1987 gelijktijdig sterk zijn afgenomen. De bewijslast die voor deze samenhang in binnen- en buitenland is gepubliceerd, is echter wel heel wat degelijker en gevarieerder dan die afname in 1988.

- Tenslotte: mag ik vragen hoe Mireille in die fatale nacht te slapen was gelegd en in welke houding zij werd gevonden? Haar ouders zullen zich dat zeker herinneren. Wanneer was zij voor het laatst in leven gezien? Is er iets mee te delen over haar kleding en beddegoed en over de kamertemperatuur? En ook: hoe heeft 'Maarten' (toen twee jaar en zeven maanden oud) gereageerd op het overlijden van zijn zusje? Mede gezien de beschouwing die daarna volgt, zou deze aanvulling welkom zijn.

G.A. de Jonge, kinderarts,
Oegstgeest

¹ Van der Werf GTh. Mireille, levenloos in de wieg gevonden... Een literatuuronderzoek naar wiegedood. *Huisarts Wet* 1990; 33: 465-71.

Naschrift

'Doodsoorzaken' is een wat dubbelzinnig woord. In de verklaring van overlijden wordt een tweedeling gemaakt tussen natuurlijke en niet-natuurlijke doodsoorzaak. De eerst wordt meestal ingevuld in termen van een 'diagnose'. En als er na gedegen onderzoek en anamnese geen aanwijzingen wordt gevonden voor ander oorzakelijk lijden, is 'wiegedood' als zodanig te beschouwen.¹

Anderzijds zijn er tal van factoren onderzocht waarvan enkele positief gecorreleerd worden met het vóórkomen van wiegedood, zoals buik-

ligging en oververhitting. Toen Mireille in april 1989 dood in de wieg werd gevonden, had ik nog geen kennis genomen van de discussie dienaangaande. Naderhand ben ik er met de ouders niet meer op teruggekomen. Ter staving van deze correlatie heb ik in mijn artikel naast het artikel van *De Jonge* nog twee andere vermeld.²⁻⁴ De lezer zij voor verdere literatuur verwezen naar het recente proefschrift van *Engelberts*.⁵

In een aantal individuele gevallen, zoals dat van Mireille, zijn pre-existente risicofactoren aan te wijzen. Of dat 'in verreweg de meeste gevallen' zo is, waag ik te betwijfelen, omdat een dergelijke uitspraak onderzoek vraagt naar de voorspellende waarde van die factoren met betrekking tot wiegedood. Uit onderzoek in de huisartspraktijk blijkt dat als ernstig beschouwde klachten met betrekking tot wiegedood geen prognostische betekenis hadden.⁶⁻⁸

Uiteraard moeten onderzoeksbevindingen met betrekking tot buikligging resulteren in een negatief advies op het consultatiebureau dienaangaande. Maar zoeken naar de oorzaak in het individuele geval van wiegedood roept, zo blijkt uit de literatuur, onmiddellijk de schuld-vraag op: de vraag of deze wiegedood van dit kind voorkomen had kunnen worden door anders te handelen dan gehandeld is. De arts kan in geval van de diagnose wiegedood niet anders dan zeggen dat niemand weet hoe deze dood te voorkomen zou zijn geweest; dat de precieze oorzaak van deze wiegedood onbekend is, ook al zouden er een aantal risicofactoren zijn aan te wijzen. Dat wiegedood multifactorieel bepaald zou zijn, daarover verschillen wij niet van mening. Het gaat om het 'min of meer verantwoordelijk zijn'. De taal is armoedig, zegt Nescio ergens. De beschikbare medische kennis over correlatieve verbanden vertalen naar de praktijk roept zijn eigen problemen op, die niet meer strikt geneeskundig zijn, maar wel alles met ons vak te maken hebben.

Tenslotte: met Maarten is het niet zo goed gegaan. Zoals ik in het verhaal reeds meldde, namen zijn gedragsproblemen in de loop van 1989 toe en is hij eind 1989 uit huis geplaatst. In hoeverre deze gang van zaken als veroorzaakt kan worden beschouwd door het overlijden van zijn zusje, laat ik nu maar in het midden. Dat een dergelijk verband bestaat, is uiteraard zeer aannemelijk.

Ger van der Werf, huisarts

¹ Van Gestel WJC. Mededelingen van de geneeskundige hoofdinspectie van de volksgezondheid. *Wiegedood*. *Ned Tijdschr Geneesk* 1984; 128: 878-9.

² De Jonge GA, Engelberts AC, Koomen-Liefting AJM, Kostense PJ. Cot death and prone sleeping position in The Netherlands. *Br Med J* 1989; 298: 722.

³ Nelson EAS, Taylor BJ, Weatherall IL. Sleeping position and infant bedding may predispose to hyperthermia and the sudden infant death syndrome. *Lancet* 1989; i: 199-200.

⁴ Fleming PJ, Gilbert R, Azaz, et al. Interaction between bedding and sleeping position in the sudden infant death syndrome: a population based case-control study. *Br Med J* 1990; 301: 85-9.

⁵ Engelberts AC. Cot death in the Netherlands. An epidemiological study [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1991.

⁶ Wilson AD, Downham MAPS, Forster DP. Acute illness in infants: a general practice study. *J R Coll Gen Pract* 1984; 34: 155-9.

⁷ Wright A, Luffingham GH, North D. Prospective study of symptoms and signs in acutely ill infants in general practice. *Br Med J* 1987; 294: 1661-2.

⁸ Gilbert RE, Fleming PJ, Azaz Y, Rudd PT. Signs of illness preceding sudden unexplained unexpected death in infants. *Br Med J* 1990; 310: 1237-9.

Somatische fixatie 2

In het februari-nummer van dit tijdschrift gaat *Hofmans* kritisch in op het begrip somatische fixatie en eventuele preventie daarvan.¹

Bij het doen van wetenschappelijk onderzoek heeft de onderzoeker behoefte aan een bredere onderliggende theorie, van waaruit hij kan komen tot relevante vraagstellingen en waarmee hij zijn bevindingen in verklarende zin kan interpreteren. Eventueel kunnen de onderzoeksbevindingen ook gebruikt worden om de theorie te falsificeren, om vervolgens op zoek te gaan naar een nieuwe theorie.

Op deze manier is de theorie van somatische fixatie en de rol die de huisarts daarin speelt door de onderzoekers van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut onder woorden gebracht en gehanteerd. Zij zijn daarbij uitgegaan van algemene ervaringsgegevens en hebben ook aangegeven dat het om een theorie gaat, waarin normatieve elementen vervat zijn, die niet zonder meer met empirische gegevens te bevestigen zijn.² Wel kan in empirisch onderzoek bekeken worden in hoeverre in de werkelijkheid overeenkomstig deze theorie gehandeld wordt, waarmee dat handelen van artsen samenhangt en wat de consequenties zijn van het al dan niet conform die theorie handelen.

De resultaten van dit empirisch onderzoek uit de Nijmeegse school, verklaard tegen de achtergrond van de theorie van somatische fixatie, zijn van grote betekenis voor de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde. Zo zijn bijvoorbeeld het Basistakenpakket van de LHV, de uitgewerkte doelstellingen voor de beroepsopleiding tot huisarts en het standaardenbeleid van het Genootschap sterk beïnvloed door deze theorie. Dat heeft zeker ook te maken met het feit dat veel huisartsen deze theorie ervaren als een hulpmid-

del om hun denken en doen richting te geven. Dat is ook begrijpelijk, omdat deze theorie duidelijk aansluit bij de traditie van Hippocrates, die als zeer belangrijk onderdeel van de taak van de arts ziet, zo min mogelijk schade aan te brengen.

Het is zeer jammer dat de eindredacteur van *Huisarts en Wetenschap* dit alles meent te kunnen afdoen als 'een geloofsartikel uit het oosten des lands'.

V.C.L. Tielens

¹ Hofmans EA. Somatische fixatie [Discussie]. *Huisarts Wet* 1991; 34(2): 96.

² Tielens VCL. Consulten van huisartsen [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1987.

Somatische fixatie 3

Bestaat somatische fixatie? *Hofmans* constateert dat niet is vastgesteld dat somatische fixatie een meetbaar begrip is en dat preventie van somatische fixatie zinvol en mogelijk is.¹ Hij haalt een definitie aan uit een artikel uit 1978. De theorie en de definitie van somatische fixatie is sindsdien genuanceerd.² Somatische fixatie heeft betrekking op de wijze waarop mensen reageren op ziekte, klachten, onlustgevoelens, problemen etc. waarmee zij worden geconfronteerd en waarop ze een antwoord moeten zien te vinden, en op het proces van wederzijdse beïnvloeding in relaties tussen mensen, bijvoorbeeld binnen een gezin of tussen huisarts en patiënt. De wijze van reageren en de aard van de wederzijdse beïnvloeding kan onnodige afhankelijkheid van hulpverlening voorkomen of juist bevorderen. In deze definitie is somatische fixatie dus niet een patiënt-gebonden diagnose. Ook staat de term somatische fixatie niet voor een eenvoudig waarneembaar verschijnsel dat middels een meetinstrument in een score kan worden uitgedrukt. Het betreft echter een samenhangende theorie waaruit hypothesen kunnen worden afgeleid die zich lenen voor empirische toetsing.

In overeenstemming met de definitie die *De Groot*³ heeft gegeven van 'een theorie', is de theorie over preventie van somatische fixatie enerzijds gebaseerd op waarden en opvattingen omtrent doelstellingen van gezondheidszorg, en anderzijds is het mogelijk uit de theorie empirische toetsbare hypothesen te deduceren.

In ons onderzoek hebben we getracht te zoeken naar patronen in het ziektegedrag van patiënten en gezinnen, naar patronen in het handelen van huisartsen en naar de onderlinge beïnvloeding tussen huisarts en patiënt.^{4,7} Het onderzoek past binnen het model dat we presenteren² en waarin wordt aangegeven hoe somati-

sche fixatie zou kunnen ontstaan. Het model bleek mede door zijn eenvoud zo herkenbaar voor huisartsen en opleiders, dat alleen al hierdoor gesproken kan worden van een hoge mate van *face-validity*. Over tal van onderdelen uit het model zoals de angst-klachten-cirkel en de interactie tussen patiënt en sociale omgeving bleek reeds uitvoerige empirische evidentie te bestaan.^{8,9} Wat de wisselwerking tussen huisarts en patiënt betreft, ontbrak echter nog empirische onderbouwing, hoewel de gedachtengang bepaald niet nieuw was.¹⁰ De combinatie van deze drie invalshoeken binnen een model gaf aan de bestaande inzichten een nieuwe impuls. Recente bevindingen wijzen uit, dat een op preventie van somatische fixatie gerichte werkwijze van de huisarts niet ten koste gaat van de gezondheidstoestand van patiënten; in tegendeel, het gezondheidsgevoel en het gezondheidsgedrag van preventief werkende huisartsen zijn relatief gunstig (minder klachten, minder doktersbezoek, minder afhankelijke houding ten opzichte van de huisarts, meer zelfzorg).⁷

Daarnaast ligt aan de theorie over preventie van somatische fixatie een visie op de doelstellingen van de gezondheidszorg ten grondslag. Dit is niets nieuws; elke vorm van onderzoek gaat uit van premissen. Wel is het uitzonderlijk dat in de theorie over somatische fixatie deze visie wordt geëxpliciteerd. Met de term 'geloofsartikel' slaat *Hofmans* de plank volkomen mis.

Het gedachtengoed over somatische fixatie heeft naar onze indruk nog niets aan actualiteit verloren. Met *Hofmans* zijn wij van mening dat een wetenschappelijke discussie hierover wenselijk is. We hopen dan ook met deze bijdrage de discussie uit de religieuze sfeer gehaald te hebben.

Anton Smits
Henk Mokkink

¹ Hofmans EA. Somatische fixatie [Discussie]. *Huisarts Wet* 1991; 34: 96.

² Grol R, red. *Huisarts en somatische fixatie*. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1983.

³ De Groot AD. *Methodologie*. 's-Gravenhage: Mouton, 1971.

⁴ Smits AJA. *Kind, huisarts en gezin* [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1987.

⁵ Van de Lisdonk EH. *Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk* [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1985.

⁶ Mokkink HGA. *Ziektefondscijfers als parameter voor het handelen van huisartsen* [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1986.

⁷ Mokkink HGA, Van de Lisdonk EH, Smits AJA. Het woord bij de daad gevoegd. Huisarts-patiënt communicatie, een integraal onderdeel van de werkwijze van de huisarts. *Huisarts Wet*, ter perse.

⁸ Alexander F. *Psycho-somatische Medizien*, Berlijn:

1951.

⁹ Huygen FJA. *Family medicine*. Nijmegen: Dekker & Van de Vegt, 1978.

¹⁰ Balint M. *The doctor, his patient and the illness*. London: 1957.

Naschrift

Het was mijn bedoeling om een discussie op gang te brengen, niet om hem zelf te voeren. Daarom slechts een enkele opmerking.

Tielens stelt dat het bij somatische fixatie 'om een theorie gaat, waarin normatieve elementen vervat zijn, die niet zonder meer met empirische gegevens te bevestigen zijn', terwijl Smits & Mokkink spreken van een 'samenhangende theorie', die enerzijds is gebaseerd op waarden en opvattingen, en anderzijds een bron van empirisch toetsbare hypothesen is. Wat aan dit bouwwerk ontbreekt, is een fundament van empirisch waarneembare verschijnselen. Dat zal ook wel zo blijven, want somatische fixatie is kennelijk 'niet een patiënt-gebonden diagnose' – een uitspraak die overigens niet strookt met de verwijzing van *Huygen* naar de DSM-III-diagnose 'somatization disorder'¹ – en ook niet een 'verschijnsel dat door middel van een meetinstrument in een score kan worden uitgedrukt'. Hoe kan een dergelijke theorie ooit gefalsificeerd worden?

Overigens ben ik van mening dat het wel degelijk mogelijk moet zijn het 'verschijnsel' somatische fixatie te reduceren tot een goed omschreven diagnose, waarnaar vervolgens onderzoek kan worden gedaan. Ik zou mij kunnen voorstellen dat in het bestand van de CMR een of meer risicogroepen – uit bijvoorbeeld 1971 en 1981 – worden geïdentificeerd, en dat deze door de jaren heen in het bestand en eventueel in het kaartstelsel worden vervolgd. Hetzelfde zou gedaan kunnen worden met twee controlegroepen. Door onderlinge vergelijking van deze vier groepen zouden we wellicht een beter inzicht kunnen krijgen in wat 'somatische fixatie' in de huisartspraktijk nu eigenlijk inhoudt. Dát zou de discussie pas werkelijk uit de religieuze sfeer halen.

E.A. Hofmans

¹ Huygen FJA. Somatische fixatie [Ingezonden]. *Huisarts Wet* 1991;34 (4):192.

Cervical cancers diagnosed after negative results on cervical cytology: perspective in the 1980s Mitchell H, Medley G, Giles G. *Br Med J* 1990; 300 1622-6.

De frequentie van intervalcarcinomen – carcino- men die ontstaan binnen 36 maanden na een negatieve screening – neemt per definitie toe als de periodieke screening toeneemt. Het carci- noom kan het gevolg zijn van een kwalitatief suboptimale materiaalverzameling of beoorde- ling, maar het kan ook om een nieuw gevormd carcinoom. Het onderzoek beoogt de frequentie van intervalcarcinomen na te gaan en vast te stellen welke rol verzameling en beoordeling van materiaal daarbij speelt.

Op iedere 100.000 negatief beoordeelde uit- strijken bleken 13 vrouwen binnen drie jaar toch een cervixcarcinoom te hebben ontwikkeld. Bij 136 van de 1044 vrouwen met cervixcarcinoom bleek dat in de daaraan voorafgaande drie jaar een negatieve uitslag was gevonden. Bij herbe- oordeling van de 136 cytologische preparaten werden in slechts 34 uistrijkjes endocervicale cellen aangetroffen en kon 77 maal de eerdere negatieve beoordeling niet worden bevestigd.

De auteurs berekenen dat ongeveer 1,5 per- cent van de intervalcarcinomen werkelijke inter- valcarcinomen zijn en dat er in de overige geval- len sprake was van fout-negatieve uitslagen.

Pieter Wibaut

Signes of illness preceding sudden unexpected death in infants Gilbert RE, Fleming PJ, Azaz Y, Rudd PT. *Br Med J* 1990; 300: 1237-9.

Kunnen door de ouders gerapporteerde ziekte- verschijnselen worden gebruikt om kinderen met een kans op *sudden infant death* tijdig te identi- ficeren? Tijdens een prospectieve studie werden 88 plotseling en onverklaard overleden kinderen vergeleken met 190 controles met betrekking tot ziekteverschijnselen in de twee weken vóór het overlijden of het interview.

De ouders van de overleden kinderen rappor- teerden vaker lichte verschijnselen als hangerig- heid, huilerigheid en hoesterigheid, maar er werd geen verschil gevonden in de rapportage van duidelijke ziekteverschijnselen. Het gevon- den verschil zou verklaard kunnen worden door- dat de ouders van de overleden kinderen de voorafgaande periode sterker in hun herinnering hadden teruggeroepen. Daar staat tegenover dat driemaal zoveel van de overleden kinderen in de voorafgaande week door de huisarts waren ge- zien als van de controles (respectievelijk 18 en 6 procent).

Ziekteverschijnselen zijn derhalve noch een

sensitieve noch een specifieke indicatie voor *sudden infant death*. Een beter inzicht in de redenen waarom ouders van de overleden kinde- ren vaker de huisarts consulteerden, zou wellicht kunnen bijdragen aan het identificeren van kin- deren at risk.

Pieter Wibaut

Effect of long-term monitoring of glycosylated hemoglobin levels in insulin-dependent diabetes mellitus Larsen ML, Hørner M and Mogensen EF. *N Engl J Med* 1990; 323: 1021-25.

Bij patiënten met een insuline-afhankelijke dia- betes mellitus wordt al op ruime schaal gebruik gemaakt van de bepaling van geglycosyleerd hemoglobine (HbA1c), zonder dat de waarde hiervan voor de controle van de patiënt is aange- toond. In dit onderzoek is men nagegaan of kennis van de hoogte van de HbA1c-waarde van een patiënt resulteert in een betere regeling van de glucosetofwisseling.

Een groep van 240 insuline-afhankelijke dia- betici bij wie nog nooit een HbA1c-waarde was bepaald, werd in twee gelijke groepen verdeeld. Gedurende een jaar werd bij ieder polikliniekbe- zoek het HbA1c bepaald. In de controlegroep kreeg de arts deze waarde niet onder ogen en bleef hij de patiënt behandelen op basis van glucosebepalingen in bloed en urine. In de on- derzoeksgroep werd de gemeten HbA1c wel aan de behandelend arts meegedeeld, zodat deze een rol kon spelen bij de evaluatie en aanpassing van de behandeling.

Gedurende het eerste jaar daalde de bA1c- waarde in de onderzoeksgroep van 10,1 naar 9,5 procent, terwijl de waarde in de controlegroep gelijk bleef. De daling van het HbA1c kwam voor het grootste deel door een daling van het percentage patiënten met een slechte instelling (HbA1c >10 procent), terwijl de groep met een goede instelling (HbA1c <8 procent) niet in grootte veranderde. In de groep met een HbA1c >10 procent daalde het HbA1c zelfs van gemid- deld 11,6 naar 10,0 procent. In de onderzoeksgroep werd de insulinetherapie H vaker aange- past dan in de controlegroep; met name werd het aantal injecties per dag in de onderzoeksgroep vaker verhoogd naar drie- of viermaal spuiten.

Na de trial van een jaar werd gedurende nog één jaar een follow-up studie verricht, waarbij voor beide groepen de waarde van het HbA1c gebruikt werd voor een betere instelling. In dat jaar veranderde het gemiddelde HbA1c in de onderzoeksgroep niet meer, terwijl zich in de controlegroep eenzelfde daling van het HbA1c zich voordeed als eerder in de onderzoeksgroep.

De auteurs vinden dat regelmatig meten van HbA1c nuttig is om met name de slecht geregu-

leerde diabetici een betere gemiddelde bloedsui- kerwaarde te laten krijgen. Maar het onderzoek laat ook zien dat het nastreven van ongeveer normale bloedsuikerwaarden geen realistisch doel blijkt te zijn bij vele diabetici.

Germa Joppe

Ultrasonography compared with intravenous urography in investigation of urinary tract infection in adults Spencer J, Lindsell D, Mastorakou I. *Br Med J* 1990; 301: 221-4.

Hoe nauwkeurig is echografie vergeleken met intraveneuze urografie bij het onderzoek van volwassenen met urineweginfecties?

De onderzoeksgroep bestond uit 158 pa- tiënten die na een urineweginfectie waren verwe- zen door de huisarts of via de polikliniek voor echografie of een IVP. Bij alle patiënten werd zowel een IVP als een echo van de urinewegen gemaakt.

Bij 72 procent van de patiënten werden geen afwijkingen gevonden. De meest voorkomende afwijkingen waren prostaathypertrofie en nierstenen. Van de gevonden afwijkingen was 78 procent door middel van echografie te diagnosti- sieren. Fout-negatieve uitslagen van echografie kwamen met name voor bij afwijkingen aan nierbekken of ureter, zonder dat deze gedila- teerd waren, zoals ureterstenen, incomplete dubbelsystemen of een lichte papillaire necrose van de nieren. Bij urografie werd één kleine blaastumor gemist. Drie bij urografie gevonden ruimte-innemende processen moesten met be- hulp van echografie verder worden verduide- lijkt.

De auteurs concluderen dat echografie een gevoelige en nauwkeurige methode is voor on- derzoek bij volwassenen met urineweginfecties. Echografie kan weliswaar een groot deel van de normale ureter niet in beeld brengen, maar door echografie te combineren met een buikover- zichtsfoto werd een voorspellende waarde van 96 procent bereikt. Deze combinatie is patiënt- vriendelijker dan een IVP en brengt minder risico's met zich mee. Verder zou deze aanpak een aanzienlijke kostenbesparing opleveren.

De auteurs gaan verder in op de discussie over de indicaties voor nader onderzoek van de urine- wegen bij urineweginfecties. Bij jonge vrouwen met recidiverende urineweginfecties wordt na- der onderzoek meestal niet nodig gevonden. Acute pyelonefritis, hematurie en urinewegin- fecties op kinderleeftijd, en stenen of tekenen van obstructie vergroten de kans op abnormale bevindingen. Urineweginfecties bij mannen zou- den op iedere leeftijd nader onderzoek be- hoeven.

Marjolijn Hugenholtz

De prijs van het aardig zijn. Supervisie als scholingsmethode voor huisartsen *Alting von Geusau W, Runia E. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1991; 102 bladzijden, prijs NLG 35,-. ISBN 90-71714-13-6. Te bestellen bij het NHG.*

Supervisie is een vorm van integratief leren aan de hand van eigen werkervaringen. De ervaring kan zowel slaan op wat men aan gebeurtenissen meemaakt als op wat men daar innerlijk aan beleeft. Er worden vragen gesteld als: wat doe je in deze situatie bij deze patiënt eigenlijk, wat brengt de patiënt ertoe zo op jou te reageren, wat brengt jou ertoe zo op de patiënt te reageren, welke keuzen liggen er achter de beslissingen die je neemt? Het reflecteren over deze vragen leidt tot bewustwording van wat jij als huisarts in de praktijk doet. Vervolgens wordt dit in de supervisie door de huisarts verbonden met bekende theorieën en kennis over het vak en over zichzelf. Dit levert het inzicht op: 'zo doe ik het dus', en de vraag: 'wil ik het ook zo doen?'. Op grond hiervan worden keuzen gemaakt en wordt nieuw gedrag in de praktijk uitgetoetst. Hiermee doet de huisarts weer ervaringen op, die geanalyseerd kunnen worden, etc.

Het gaat om een integratie van persoon en werk. Een gunstig effect wordt met supervisie bereikt wanneer de huisarts zich de volgende spiegel kan voorhouden: wie zich blijft ontwikkelen, zal ook zijn praktijk niet laten verstarren; wie zijn grenzen kent, hoeft niet alles voor iedereen te zijn en kan mild reageren op anderen beperkingen; wie structuur kan aanbrengen in eigen gevoelens, gedachten en fantasieën, kan ook structuur aanbrengen in het consult en het te volgen beleid.

Het boek is bedoeld voor huisartsen en huisartsen-in-opleiding die in supervisie gaan of overwegen te gaan, voor geïnteresseerden in de manier waarop de persoon van de huisarts van invloed is op zijn werk, en voor huisarts-supervisors. Achtereenvolgens worden behandeld: wat is supervisie, de werkwijze van supervisie, de wisselwerking tussen persoon en beroep, de kunst van het superviseren door de supervisor, en de opleiding tot huisarts-supervisor.

Dit is het eerste boek over supervisie voor huisartsen en het voorziet daarmee in een lacune. Vooral de directe verbinding met het huisartsenvak maakt het aantrekkelijk. Veel besproken thema's uit de supervisie worden toegelicht aan de hand van persoonlijkheidstheorieën en specifieke moeilijkheden die inherent zijn aan het huisartsenwerk: het omgaan met onzekerheden, gevoelens die meespelen tijdens het consult en in contacten met mensen, de invloed van opvattingen en houding ten aanzien van het werk.

De werkwijze van supervisie wordt vooral op het gebied van werken met een verbatim zeer helder uiteengezet. Heel concreet is de beschrijving van de vaardigheden waarover de huisarts-supervisor dient te beschikken. Het boek is gelardeerd met vele praktijkvoorbeelden die het lezen gemakkelijk maken.

De theoretische behandeling van supervisie is het minst sterke deel: er is weinig aansluiting bij bestaande theorieën, er zijn geen duidelijke literatuurverwijzingen en met name de leertheorie van Kolb krijgt een wel zeer persoonlijke interpretatie. Daarbij ontbreekt Kolb's aandacht voor het aspect 'leren te leren': supervisie gaat niet alleen over wát je kunt leren uit werkervaring, maar ook over hóe je lering kunt trekken uit je eigen ervaringen, hoe je kunt leren te leren, om daar na afloop van de supervisie zelfstandig mee door te kunnen gaan.

Het is prijzenswaardig van het NHG om op deze wijze een bijdrage te leveren aan supervisie als vast onderdeel van de opleiding en nascholing van huisartsen.

Marion Schmitz

Clustering, continuïteit en comorbiditeit in de huisartspraktijk *[Dissertatie]. IJzermans CJ, Oskam SK. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1990; 253 pagina's. ISBN 90-9003804-3.*

In deze dissertatie worden enkele belangrijke huisartsgeneeskundige onderwerpen uitgewerkt en onderbouwd met empirische gegevens uit de huisartspraktijk. Na een omvangrijke literatuurstudie over het gebruik van gezondheidsvoorzieningen, het gezin, het probleem van het ontbreken van de noemer van de epidemiologische breuk en de continuïteit in de huisartsgeneeskunde volgt een aantal hoofdstukken waarin de statistische methoden worden uitgewerkt.

Hoofdstuk 6 bevat de eerste resultaten. In Nederland bestaat de unieke situatie dat de huisarts zijn totale patiëntenpopulatie kent. Deze situatie ontbreekt in het buitenland grotendeels. Daarom wordt in buitenlands onderzoek vaak gewerkt met schattingen. Het materiaal van deze studie biedt de mogelijkheid de waarde van deze schattingsmethoden te testen. Uit het onderzoek blijkt dat geen van de gebruikte methoden tot een goede schatting van de totale praktijkpopulatie leidt. Eens te meer benadrukt dit de unieke mogelijkheden van onderzoek in de Nederlandse huisartspraktijk.

Vervolgens worden in hoofdstuk 7 de patronen in het gebruik van hulp van de huisarts beschreven. Twee belangrijke uitkomsten: de mate van gebruik van hulp door de huisarts is sterk gezinsmatig bepaald. Bovendien blijkt het consultatiepatroon in de tijd betrekkelijk consis-

tent. In het volgende hoofdstuk wordt het vraagstuk van de clustering van contacten besproken. Het blijkt dat in het materiaal een relevante clustering van het aantal contacten wordt gevonden: bij een relatief groot aantal patiënten vinden de contacten met de huisarts in een relatief kort tijdsbestek plaats.

In hoofdstuk 9 wordt het vraagstuk van de comorbiditeit besproken. Dat patiënten onmiddellijk na het stellen van een diagnose door de huisarts meer contacten met de huisarts blijken te hebben dan daarvoor, zal niemand verbazen. Interessant is dat dit, zoals ook al in eerder onderzoek is aangetoond, niet alleen voor de patiënt zelf geldt, maar ook voor diens gezinsleden.

In hoofdstuk 10 tenslotte worden de bevindingen ten aanzien van de continuïteit in de huisartspraktijk gepresenteerd. Deze continuïteit wordt overigens zowel naar de inhoud als naar de tijdsduur nogal beperkt geanalyseerd, maar dat kan ook moeilijk anders vanwege de aard van het onderzoek. (secundaire analyse). Het gaat slechts om de vraag of een patiënt bij bezoeken aan de huisarts voor eenzelfde of nieuwe episode steeds dezelfde huisarts ziet. Om continuïteit zoals gedefinieerd te meten wordt een index berekend die eerder ook in het buitenland werd toegepast. Vergelijking met de uitkomsten in het buitenland maakt duidelijk dat de continuïteit in het Nederlandse materiaal beter tot uitdrukking komt dan in het buitenlandse onderzoek. Opmerkelijk is wel dat de continuïteit het minst voorkomt bij patiënten met aandoeningen waar bij continuïteit het meest gewenst is (maligne tumor, chronische luchtweginfectie). Maar wellicht is hier een artefact in het spel, omdat vele contacten van deze patiënten met de gezondheidszorg buiten het spreekuur van de huisarts om gaan.

Aan de ene kant is het werk van IJzermans en Oskam van belang voor de huisartsgeneeskunde. Aan de andere kant is het jammer dat de auteurs de waarde van hun materiaal nogal overschatten. De teksten staan vol met uitspraken over de kwaliteit van de data, terwijl daar niets over vermeld wordt. Nergens is iets terug te vinden over wat bedoeld wordt met de betrouwbaarheid, precisie en de robuustheid van het materiaal. Ook ten aanzien van de omvang van het materiaal past meer bescheidenheid. De data zijn afkomstig van een beperkt aantal huisartspraktijken. Weinig informatie is terug te vinden over de beperkingen die dat met zich meebrengt (verschillen in terugbestelgedrag, drempel om hulp in te roepen, aantal parttime werkende huisartsen, samenstelling en ligging van de praktijken, etc.).

Een andere belangrijke onduidelijkheid be-

treft de analyse-eenheid van de verschillende onderzoeken. Nu eens gaat het over contacten, dan weer over patiënten, episoden of gezinnen. Over de aggregaties die hiervoor nodig waren en over de statistische afhankelijkheid in het materiaal als gevolg hiervan wordt, alle detailleringen van de beschrijvende statistiek ten spijt, weinig verhelderd. Het ware beter geweest de conclusies op grond van overwegingen met betrekking tot representativiteit en operationalisering wat meer te relativiseren. Zo is de conclusie dat individuele gebruikspatronen een belangrijker determinant van de frequentie van huisartsbezoek zijn dan gezinspatronen, op grond van de analyse discutabel. De beperkte empirische samenhang tussen consultatiepatronen van gezinsleden vormt immers de basis voor deze conclusie. Vraag is of het consultatiegedrag opgevat kan worden als een valide operationalisatie van 'gezinsfactoren'. Gezinsinvloeden verlopen veelal subtieler, zijn vaak gebonden aan de gezinsfase en dienen over een langere termijn dan twee jaar onderzocht te worden. De auteurs suggereren met hun boek in één klap alle nationale en internationale publikaties op dit terrein te kunnen weerleggen. Dit getuigt eens te meer van overschatting van de mogelijkheden van het eigen materiaal, zowel kwalitatief als kwantitatief.

Met inachtneming van de noodzakelijke relativeringen is deze dissertatie zeker van belang voor de huisartsgeneeskunde. Wellicht loont het de moeite om in andere regio's in Nederland met het beschikbaar komen van andere 'robuuste' bestanden een aantal onderdelen van deze studie te repliceren en zo de reikwijdte ervan te vergroten.

J.Th.M. van Eijk

Huisartsgeneeskundig handelen bij klachten over de geslachtsorganen en de seksualiteit [Dissertatie]. Wigersma L. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1990; 277 pagina's, prijs NLG 38,—. ISBN 90-5070-01-X. Te bestellen bij: Meditekst, Postbus 49, 8200 AA Lelystad; telefoon 03200-41891.

De Amsterdamse huisarts Lode Wigersma beschrijft in zijn proefschrift het handelen van de huisarts bij genitale klachten en seksuele problemen. Doel van zijn onderzoek was het in kaart brengen van het medisch handelen bij deze klachten en toetsing van dit handelen bij urethrale en vaginale aandoeningen aan een theoretisch protocol. Het proefschrift is te plaatsen in de lijn van de ontwikkeling van protocollen en standaarden binnen de huisartsgeneeskunde.

Wigersma begint met een goed gedocumenteerd overzicht over classificatie, definitie en

epidemiologie van genitale klachten, seksueel overdraagbare aandoeningen en seksuele problemen in de eerste lijn. De gegevens uit de literatuur vormen de onderbouwing van protocollen voor urethrale en vaginale klachten. Daarin zijn opgenomen gegevens over de prior kans op bepaalde aandoeningen bij genitale klachten, over de relevantie van anamnese en lichamelijk onderzoek, de waarde van laboratoriumonderzoek, dat in eigen beheer en elders verricht kan worden, en de behandelingsstrategieën. Ze eindigen met aanbevelingen voor voorlichting en follow-up. Een dergelijk protocol zou, anders dan algoritmen en beslissobomen, recht doen aan de huisartsgeneeskundige situatie, waarin nogal eens wordt afgeweken van een voorkeursstrategie. Het is door zijn opzet niet geschikt om te gebruiken als checklist in de dagelijkse praktijk, wel als instrument bij toetsing, onderwijs en onderzoek.

Het veldwerk werd uitgevoerd door 11 huisartsen in Amsterdam. Zij registreerden consultgegevens van 216 mannen en 364 vrouwen van alle leeftijden, die genitale klachten hadden of die problemen rond seksualiteit voorlegden aan de huisarts. De episode-registratie van het Transitieproject werd gevolgd, met een voor dit onderzoek ontworpen uitbreiding van een aantal categorieën van de ICP. Als toetsingsinstrument dienden de protocollen voor urethritis en vaginitis. De opvattingen van huisartsen en patiënten over de kwaliteit van de hulpverlening werden gemeten met behulp van vragenlijsten.

De resultatenbeschrijving begint met morbiditeitscijfers. Doordat de leeftijd- en geslachtsverdelingen van de deelnemende praktijken beschikbaar waren, konden incidentie- en prevalentiecijfers worden berekend en vergeleken met de cijfers uit het Transitieproject. Als redenen van komst vond Wigersma meer seksuele problemen en minder genitale aandoeningen; de diagnoses scoorden alle lager, behalve urethritis en seksuele problemen. De verrichtingen-registratie liet een grote diversiteit aan acties zien bij de verschillende redenen van komst en diagnoses.

Deze conclusies vragen om relativisering: er was een in de tijd toenemende onderregistratie en een grote inter-praktijkvariatie ten aanzien van het aantal ingesloten patiënten. Dit maakt het berekenen van incidentiecijfers problematisch en een vergelijking met ander onderzoek dubieus.

Het tweede onderzoeksterrein betrof de relatie tussen reden van komst en einddiagnose en de verandering van de diagnose tussen het eerste en het laatste consult: de episoden-analyse. In geval van genitale klachten bij vrouwen bleek jeuk een redelijke voorspeller te zijn van candidiasis en onaangename geur van bacteriële vaginose. Bij

jeuk waren er ook weinig diagnosemutaties (5 procent), bij klachten over pijn bij de coïtus of een onaangename vaginale geur veel (30 procent). Bij mannen varieerde het percentage diagnosemutaties van 50 procent (bij angst voor Soa) tot 10 procent (bij urethritis). Redelijke diagnose-voorspellers waren pijnlijke mictie (voor Soa), afscheiding (voor Soa), ulcus/erosie penis (voor Soa) en jeuk aan de penis (voor balanitis). Bij de seksuele problemen werd de diagnose meestal in het eerste consult gesteld. Zoals te verwachten werden klachten over het seksueel functioneren nogal eens teruggebracht tot relatieproblemen.

Een zwak punt in dit deel van het onderzoek is de zachtheid van de diagnosecriteria: de gouden standaard voor de diagnose was wat de huisarts ervan maakte. Diagnosen op grond van anamnese en op grond van kweekuitslagen kregen daarvoor dezelfde status. Berekenen van de voorspellende waarde van klachten voor een diagnose wordt dan een dubieuze zaak.

Het kwalitatieve deel van het onderzoek (opvattingen over de hulpverlening) leverde een aantal interessante bevindingen op:

- De door de patiënt opgegeven contactredenen kwamen goed overeen met wat de arts registreerde, hoewel de patiënten seksuele problemen ernstiger inschatten dan de artsen.
- De discrepantie tussen vraag en aanbod was aanzienlijk: over onderzoek zijn artsen en patiënten het redelijk eens, patiënten verwachtten echter meer behandeling en verwijzing dan zij kregen en minder begrip en geruststelling dan hen geboden werd. Dit leidde overigens niet tot ontevredenheid over de consulten: het satisfactiepercentage was zowel bij artsen als bij patiënten hoog (rond 90 procent). Dit is nog niet hetzelfde als iets gehad hebben aan een consult: op de vraag hiernaar antwoordde slechts 60 procent positief.

Ook hier is een kanttekening op zijn plaats: er was een grote inter-doktervariatie bij het uitreiken en invullen van de vragenlijsten en er was een selectieve en grote non-respons.

Het laatste deel van het onderzoek, de toetsing van het handelen van de huisartsen aan het theoretische protocol, kon alleen zeer globaal zijn: de huisartsen bekeken minder vaak dan wenselijk het sediment bij urethrale klachten bij mannen en ze behandelden bij deze klachten soms onvoldoende of onjuist. Ook bij vaginale klachten zouden huisartsen meer moeten doen: simpele en relevante procedures als het bekijken van fluor-preparaatjes en het meten van de pH, werden te weinig uitgevoerd. Verder kweekten

de huisartsen weinig bij vaginale klachten. De voorlichting liet bij beide seksen te wensen over.

Wigersma heeft een poging gedaan het handelen van huisartsen bij genitale klachten en seksuele problemen in beeld te brengen en protocollen te maken voor urethrale en vaginale klachten. De protocollen zijn goed onderbouwd met gegevens uit de literatuur en lijken bruikbaar bij de ontwikkeling van standaarden. Het beeld van het huisartsgeneeskundig handelen is een Amsterdams beeld geworden, maar dat was ook de opzet. Door de methodologische problemen van het onderzoek heeft de grote hoeveelheid cijfers die Wigersma ons presenteert over dit handelen, een beperkte waarde. We weten nu (maar wisten we dat al niet?) dat huisartsen zeer divers handelen, dat ze het bij globale toetsing nog niet zo gek doen en dat patiënten en artsen redelijk tevreden zijn. Er is zeer veel tijd en energie gestoken in beschrijvende arbeid. Moge dit proefschrift een aanzet zijn voor verklarend en toetsend onderzoek op dit terrein.

Janny Dekker

AANKONDIGINGEN

Effective choices for diagnostic imaging in clinical practice [Technical report series, No. 795]. Geneva: WHO, 1990; 131 pagina's, prijs USD 14.40. ISBN 92-4-120795-7. Te bestellen bij INOR-publikaties, Postbus 14, 7240 BA Lochem. This book provides a concise, didactic guide to the place of diagnostic imaging in the management of some 90 common clinical problems.

The use of essential drugs – Model list of essential drugs (Sixth list) [Technical report series, No. 796]. Geneva: WHO, 1990; 57 pagina's, prijs USD 6.40. ISBN 92-4-120796-5. Te bestellen bij INOR-publikaties, Postbus 14, 7240 BA Lochem.

Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases [Technical report series, No. 797]. Geneva: WHO, 1990; 203 pagina's, prijs USD 20.80. ISBN 92-4-120797-3. Te bestellen bij INOR-publikaties, Postbus 14, 7240 BA Lochem.

This book records the consensus reached by a group of experts commissioned to examine the strength of evidence linking dietary factors to the development of several chronic diseases, including coronary heart disease, hypertension, stroke, cander, diabetes, and osteoporosis.

Nieuw formularium

Farmaceutische formularia mogen zich in een warme belangstelling verheugen. In Friesland verscheen op 27 september 1990 het laatste. Over voorgaande exemplaren werd eerder in Huisarts en Wetenschap gepubliceerd.¹

Aan dit laatste formularium is vijf jaar gewerkt. Onderlinge toetsing was een duidelijke aanleiding. In die jaren functioneerde de Stichting Toetsing Huisartsen (STH) en in noord-oost Friesland werd een enthousiaste toetsgroep gevormd. Farmacotherapie was al snel een dankbaar oefenonderwerp. Tegelijkertijd werd gezocht naar afstemming van het farmacotherapeutisch beleid tussen huisartsen onderling en tussen huisartsen en specialisten. In Dokkum staat het kleinste ziekenhuis in Nederland. De huisartsen in die regio verwijzen de meeste patiënten naar dit ziekenhuis. Enige uniformiteit is dus voor alle artsen van belang. Uitwisselbaarheid van recepten draagt bij tot een betere communicatie en in waarnemingen, vakanties en tijdens weekenden treffen de huisartsen steeds bekende receptuur aan.

Ook het kostenaspect speelde een rol, mede omdat een van de adviserende artsen van de Friese ziekenfondsen ontdekte dat de niet-apotheekhoudende huisartsen in deze regio goedkoper voorschreven dan de apotheekhoudende. Het omgekeerde is in heel Nederland het geval.

Er is toen in 1985 een Perifeer Medisch Farmaceutische Commissie (PMPC) in het leven geroepen met vijf leden: twee apotheekhoudende huisartsen, één niet-apotheekhoudende huisarts, een apotheker en een adviserend arts van het ziekenfonds. Maandelijks kwamen zij bij elkaar en bespraken zij een onderwerp, waarvan een schriftelijk verslag werd gemaakt dat werd toegestuurd aan de andere huisartsen. Op de NHG-avonden werd commentaar verwacht, gevraagd en verkregen, zodat het formularium het stempel draagt van de inbreng van alle huisartsen. Inbreng van de specialisten verliep via de apotheker, die tevens ziekenhuisapotheker is.

Rationeel voorschrijfgedrag op farmacotherapeutische gronden was het doel van de samenstellers; beperking van het te grote arsenaal aan geneesmiddelen was wenselijk, met name waar het 'me-too' preparaten betrof. Kostenbewust waren de voornamelijk apotheekhoudende huisartsen toch al en de inbreng van de ziekenfondsarts was in dit opzicht waardevol. Het kriterium wanbeleid van de overheid heeft de motivatie voor dit gedeelte van de doelstelling bij alle deelnemers gefrustreerd.

Bij de rangschikking van onderwerpen is gekozen voor de indeling, die het *Farmacotherapeu-*

tisch kompas hanteert. Een formularium is uiteraard beknopt, maar voor wie uitgebreidere informatie wil, is zoeken dan geen probleem. Als regel is gebruik gemaakt van de generieke naam van het geneesmiddel. De specialité-naam staat tussen haakjes vermeld als er maar één specialité is. Dit is niet consequent gedaan, maar wel zo praktisch als het een goed medicus practicus betaamt.

Bladerend in het formularium valt op, dat het reeds bij het verschijnen gedateerd is: de hoofdstukken urineweginfecties en acne vulgaris zijn inmiddels door een NHG-standaard achterhaald. De conclusie ligt voor de hand, dat elk formularium regelmatig aangepast moet worden. Dit is ook gebeurd met het formularium van het Groningse Lewenborg, dat na zes jaar in maart 1991 met een vijfde herdruk is verschenen. Wanneer dat dan gedragen wordt door de gehele gebruikersgroep, is dat een blijvend voordeel.

Dat de 'cost voor de baet' gaat, heeft het ziekenfonds De Friesland goed begrepen, door de uitgave van het formularium te verzorgen. Voor geïnteresseerde huisartsen is het daar te verkrijgen (adres: Secretariaat Medische Dienst Ziekenfonds, Harlingertrekweg 53, 8913 HR Leeuwarden). Wat het in handzaam formaat uitgevoerde boekje nog bruikbaar maakt, zijn de twee indices: één op geneesmiddelen en één op ziektebeelden, waarbij ziekten en symptomen rustig door elkaar heen – maar wel op alfabet – staan.

Jan Blom, huisarts

¹ Schuling J, Van der Werf GTh. Formularium in de eerste lijn. Huisarts Wet 1986; 29: 18.

KENNISTOETS

Antwoorden van pag. 237

1 onjuist; 2 juist; 3 onjuist; 4 juist; 5 juist; 6 onjuist; 7 onjuist; 8 onjuist; 9 juist; 10 onjuist; 11 onjuist; 12 juist; 13 onjuist; 14 onjuist; 15 juist; 16 juist; 17 onjuist; 18 juist; 19 juist.

Jaarverslag 1990 H&W

Activiteiten

Ten aanzien van het beleid werden in 1990 onder meer de volgende stappen ondernomen (in chronologische volgorde):

- De voorbereiding van een themanummer over de communicatie tussen huisarts en patiënt wordt in samenwerking met een externe deskundige gestart.
- Met het voorstel van het huisartseninstituut van de Erasmus Universiteit Rotterdam om ter gelegenheid van het afscheid van Prof. dr. H.J. Dokter een themanummer te doen verschijnen wordt ingestemd. Dit nummer zal betrekking hebben op historische aspecten van de huisarts-geneeskunde.
- De verhouding tussen de aantallen redactionele en advertentiepagina's vormt enkele malen onderwerp van gesprek met de uitgever. De nieuwe interpretatie van de contractueel vastgelegde verdeelsleutel krijgt de instemming van de redactiecommissie.
- Aan de verlangens van de redactiecommissie met betrekking tot de verhoging van het redactiebudget wordt door het Bestuur van het Genootschap niet voldaan.
- Het initiatief van de eindredacteur om de 'Vancouver-richtlijnen' op becommentarieerde wijze te vertalen voor gebruik in de Nederlandse situatie krijgt steun van de redactiecommissie.
- Met het Bestuur van het NHG vindt tweemaal regulier overleg plaats, onder meer over het publikatiebeleid met betrekking tot de NHG-standaarden. Bundeling van reeds verschenen standaarden in het 13e nummer zal voortaan achterwege blijven. Dit nummer zal voortaan een reguliere inhoud hebben.
- Met het Samenwerkingsverband van het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde wordt contact opgenomen teneinde de nieuwe rubriek 'Kennistoets' van start te doen gaan.
- De gepubliceerde opvattingen met betrekking tot striktere richtlijnen voor verslagen van literatuuronderzoek worden toetssteen bij de beoordeling van literatuuroverzichten.
- De overschakeling naar het gebruik van desktop publishing wordt voorlopig uitgesteld, maar blijft de aandacht houden.
- Het principe dat redactionele commentaren louter door leden van de redactiecommissie geschreven worden, wordt verlaten. Voortaan kan ook een externe deskundige gevraagd worden een commentaar te schrijven bij een (controversieel) artikel of naar aanleiding van een actueel onderwerp.
- Bij het zoeken van kandidaat-leden voor de redactiecommissie zal op vier punten gelet worden: praktijkvoerend huisarts, evenwichtige regionale spreiding, voorkeur voor een vrouw, ervaring in het schrijven en/of redigeren. Min of

meer evenredige vertegenwoordiging van de universitaire huisartseninstituten zal geen rol spelen.

- De voorbereiding van een waarderingsonderzoek onder de lezers kan na toestemming van het Bestuur van het Genootschap worden voortgezet. Het onderzoek wordt in november 1990 gerealiseerd.
- De werving van literatuuroverzichten of beschouwingen over relevante onderwerpen, die niet door het spontane aanbod van manuscripten aan de orde komen, wordt – zij het op minder intensieve wijze – gecontinueerd.
- De beoordelingsprocedure bij concept-advertentieteksten blijft berusten op marginale toetsing. Over de gerezen problemen bij de acceptatie van advertenties over 'alternatieve geneeswijzen of -middelen' wordt overleg gevoerd met het NHG-bestuur en de uitgever.
- Het initiatief van de eindredacteur om te komen tot een lijst van huisartsgeneeskundige termen met Engelse en Amerikaanse vertaling wordt ondersteund.
- Hoewel er een toenemende spanning optreedt tussen het kopij-aanbod en het beschikbare aantal redactionele pagina's, meent de redactiecommissie dat er vooralsnog geen overtuigende inhoudelijke argumenten zijn om het aantal redactionele pagina's op jaarbasis substantieel uit te breiden. Zo'n uitbreiding zou bovendien ingrijpende consequenties hebben voor de structuur van het redactionele apparaat.

Mutaties

Met ingang van 1 november 1990 traden Marjolijn Hugenholtz, huisarts te Huizen, en Jean Muris, huisarts te Venlo, als kandidaat-leden toe tot de commissie.

H&W in cijfers

Tabel 1 geeft een beeld van de ontwikkeling met betrekking tot de beoordeelde manuscripten. Daarnaast werden tientallen berichten, ingezonden brieven, epidemiologische notities en boekbesprekingen geselecteerd en redactioneel bewerkt.

In tabel 2 zijn de in 1987-1990 gepubliceerde bijdragen gerubriceerd naar de indeling die in de jaarregisters en de cumulatieve index wordt gehanteerd.

Van de 312 auteurs, die in het jaarregister 1990 werden geïndexeerd, waren er 183 (59 procent) huisarts (in 1989: 53 procent). Vijftien auteurs waren medisch specialist, 37 overige artsen, 27 sociaal wetenschapper, één paramedicus, zes medisch student; 13 auteurs behoorden tot de categorie 'overige' en van 30 auteurs was de discipline onduidelijk.

Getalsmatig waren de belangrijkste thema's die in 1990 in artikelen aan de orde kwamen: overige ziekten en klachten, wetenschappelijk onderzoek, methodologie en publikaties, dia-

→

Tabel 1 Huisarts en Wetenschap 1987-1990 in cijfers.

Manuscripten	1987	1988	1989	1990
Beoordeeld	108	95	121	134
Direct geaccepteerd voor redactionele bewerking	10	4	9	6
Wijziging/aanpassing door de auteurs gevraagd	57	65	69	94
Afgewezen voor publikatie	41	26	43	34

Tabel 2 In Huisarts en Wetenschap in 1987-1990 gepubliceerde bijdragen naar rubriek.

	1987	1988	1989	1990
Onderzoek	40	37	37	54
Methodologie	6	5	4	–
Literatuur	7	16	14	12
Casuïstiek	4	3	66	4
Beschouwing	34	32	31	25
Bespreking	14	20	20	18
Commentaar (redactioneel)	8	8	11	11
Ingezonden	20	18	25	32
Totaal	133	139	148	156

Standaarden – Stand van zaken

Onlangs startte een werkgroep met de ontwikkeling van een NHG-standaard 'Bloedonderzoek bij verdenking op leveraandoeningen'. Deze deskundigenwerkgroep bestaat uit de huisartsen P.C. van Bavel, H.J. de Bruin, H. Meijer, L. Nijkerk, J.M.G. Willemsen en J.O.M. Zaat.

Nieuwe onderwerpen worden voorbereid. U vindt daarvoor weer oproepen voor deelname aan de verschillende werkgroepen. Specifieke deskundigheid is daarbij niet altijd vereist, sterker nog: in iedere werkgroep wordt een huisarts opgenomen die géén specifieke deskundigheid heeft maar die wel bereid en in staat is actief aan het ontwerp mee te werken, onder andere door literatuuronderzoek.

Als u deelname aan enige groep overweegt, wendt u dan tot de Afdeling Standaardenontwikkeling van het NHG. Zie voor een nadere uitleg van de werkwijze van de groepen het novembernummer 1989 van H&W (Stand van zaken).

Standaarden – Oproepen

- Leden voor de werkgroepen standaarden-ontwikkeling

Voor de volgende werkgroepen vragen wij behalve ter zake deskundige huisartsen ook geïnteresseerde (niet specifiek deskundige) collegae, die bereid zijn actief aan de ontwikkeling van een standaard bij te dragen:

- Zwangerschap en Kraambed;
- Verloskunde (praktijkvoering);
- Maagklachten;
- Acute Diarree;
- Varices.

Aanmeldingen op korte termijn, NHG-bureau, t.a.v. mw. A. Heessels, Postbus 14006, 3508 SB Utrecht; telefoon 030-516.741.

gnostisch handelen, morbiditeitsstudies en therapeutisch handelen. De top-5 van belangrijkste thema's verschilt daarmee van die van 1989.

De onderzoeksartikelen lieten in 1990, in tegenstelling tot voorheen, nauwelijks spreiding over de 23 thema's zien. De uitschieters hadden betrekking op morbiditeitsstudies (17 onderzoeksartikelen), therapeutisch handelen (10 onderzoeksartikelen) en diagnostisch handelen (8 onderzoeksartikelen).

Vanuit het redactiesecretariaat werden ten minste 685 brieven verzonden, terwijl een veelvoud hiervan aan inkomende correspondentie werd behandeld.

Frans J. Meijman,
voorzitter redactiecommissie

Gepubliceerd in 1990

- Mammografie (januari 1990);
- Medische Verslaglegging (maart 1990);
- Schouderklachten (mei-I 1990);
- Otitis Media Acuta (mei-II 1990);
- Problematisch Alcoholgebruik (juni 1990);
- Acute Keelpijn (juli 1990);
- Oogheeskundige Diagnostiek (september 1990);
- Perifeer Arterieel Vaatlijden (oktober 1990).

Gepubliceerd in 1991

- IUD (januari 1991/II);
- Acne (maart 1991).

Geautoriseerd

- Ulcus Cruris Venosum (mei 1991);
- rectificatie Mammografie (april 1991).

Becommentarieerd

- Hypertensie (juni 1991);
- Otitis Media met Effusie (juli 1991).

In ontwikkeling

- Dementiesyndroom bij Bejaarden (augustus 1991);
- Migraine (september 1991);
- Subfertiliteit;
- Abnormaal Vaginaal Bloedverlies;
- Herkenning Cara-patiënt;
- Behandeling en Begeleiding Cara-patiënt;
- Slapeloosheid en Slaapmiddelen;
- Cholesterol;
- Cara bij Kinderen;
- Atriumfibrilleren;
- Bloedonderzoek bij verdenking op Leveraandoeningen;

In voorbereiding

- Koortslidende Kinderen;
- Zwangerschap en Kraambed;
- Bloedonderzoek bij klachten van Algemene Aard;
- Hyper- en hypothyreoïdie;
- Varices;
- Begeleiding van patiënten na een Hartinfarct;
- Maagklachten;
- Acute Diarree;
- Verloskunde (praktijkvoering).

Op de rol

- Lage-rugpijn;
- Knieklachten;
- TIA.

NHG-standaard Mammografie

In de NHG-standaard Mammografie (Huisarts Wet 1990; 33: 26-32) dienen de volgende wijzigingen te worden aangebracht:

1 Pagina 26, paragraaf 2 (Inleiding en motive-ring), tweede zin

• *Oorspronkelijke tekst:* Jaarlijks worden ca. 6000 nieuwe gevallen van mammacarcinoom ontdekt en sterven 2500 vrouwen aan deze aandoening.

• *Wijziging in:* Jaarlijks worden meer dan 7000 nieuwe gevallen van mammacarcinoom ontdekt en sterven ruim 3000 vrouwen aan deze aandoening.

2 Pagina 28, paragraaf 3A1 (Patiënten met symptomen), eerste subparagraaf (Er zijn aanwijzingen voor maligniteit)

• *Oorspronkelijke tekst:* ... regionale lymfklierzwelling, en het zeldzame beeld van de non-puerperale mastitis.

• *Wijziging in:* ... regionale lymfklierzwelling, en een non-puerperale mastitis die niet vlot geneest.

3 Pagina 29-30, subparagraaf D = radiologisch Dubieus benigne

• *Oorspronkelijke tekst:* De kans op maligniteit is bij deze uitslag kleiner dan 10 procent. Aanvullend kan echografie worden verricht (zie boven); bij een solide tumor:

– Mammografische controle na 6-12 maanden. Eerder is in het algemeen niet zinvol, gezien de geringe groeisnelheid van de meeste mammacarcinomen.

– In de tussentijd: controle bij de huisarts om de 3 maanden, zo lang de vrouw zelf geen veranderingen opmerkt; vervroegde mammografie bij ongunstige veranderingen; ter overweging: delen van de verantwoordelijkheid met de chirurg (zie boven).

• *Wijziging in:* De kans op maligniteit is bij deze uitslag kleiner dan 10 procent. Aanvullend kan echografie worden verricht (zie onder B); bij een solide tumor is cytologische punctie of biopsie geïndiceerd:

– De huisarts legt uit dat de kans op maligniteit gering is.

– De huisarts verwijst naar een centrum zoals beschreven onder S.

Toelichting

Reacties van huisartsen en andere collegae op de NHG-standaard Mammografie hebben ons na zorgvuldig overleg doen besluiten tot de drie hierboven aangegeven wijzigingen. Het gaat daarbij niet om aanpassingen op grond van veranderde inzichten, maar om formuleringen die bij nader inzien beter anders kunnen luiden.

Ter verantwoording van deze rectificaties het volgende.

Ad 1 Hier bleek een vergissing te zijn gemaakt bij het omrekenen van de in de wetenschappelijke verantwoording vermelde cijfers.

Ad 2 Over de incidentie van non-puerperale mastitis en de kans dat het een mastitis carcinosomata betreft, konden weinig of geen wetenschappelijke gegevens worden gevonden. Blijken ervaringen van enkele huisartsen en chirurgen kan non-puerperale mastitis niet werkelijk een zeldzaam beeld worden genoemd. Dat het, zonder nadere specificatie, zeer verdacht is voor maligniteit bleek evenmin geheel met de ervaring overeen te komen. De nieuwe formulering lijkt beter aan te sluiten bij de praktijk.

Ad 3 De oorspronkelijke aanbeveling kwam niet overeen met de afspraak die op dit punt werd gemaakt tijdens de CBO-consensusbijeenkomst mammografie en andere diagnostische methoden van de mammae, in 1983. De nieuwe tekst is gebaseerd op deze afspraak; de passage over echografie is een aanvulling hierop, gerechtvaardigd door de sinds 1983 aanzienlijk toegenomen waarde van echografisch mamma-onderzoek.

De derde wijziging heeft tevens aanpassing van de geplastificeerde kaart noodzakelijk gemaakt. U vindt daarom bijgaand een geheel nieuwe versie van deze kaart (M07).

TREFWOORDEN

Bij het aanleggen of vernieuwen van een (huisarts)geneeskundig documentatiesysteem zal men doorgaans gebruik maken van een trefwoordenlijst. Voor belangstellenden is de trefwoordenlijst (+ coderingslijst) van *Huisarts en Wetenschap* beschikbaar. Deze lijst is samengesteld op basis van alle artikelen die sinds 1972 in dit tijdschrift zijn gepubliceerd, en telt thans bijna 700 trefwoorden.

De trefwoordenlijst is te bestellen door overmaking van NLG 10,- op bankrekening nummer 48.44.53.254 van Uitgeverij Huisartsenpers bv, Utrecht, onder vermelding van 'trefwoordenlijst'. Het gironummer van de bank is: 2900 t.n.v. Amro Bank Utrecht.

In deze Agenda worden geen cursussen van uitsluitend regionale of lokale betekenis opgenomen. Mededelingen voor de Agenda in nummer 7 (juni) moeten op uiterlijk 21 mei in het bezit zijn van het redactiesecretariaat.

April

Zeventiende WEON-congres (Nijmegen, 25-26 april). Workshops rond de thema's 'GGD's en epidemiologie', 'Aids' en 'Epidemiologie en registraties'; minisymposium 'Randomised trials and errors'. Inlichtingen: Mw. Ir. Y.T. van der Schouw, Instituut voor Sociale Geneeskunde, Verlengde Groenestraat 75, 6525 EJ Nijmegen; telefoon 080-513.125; fax 080-541.862.

Heupfracturen (Rhenen, 26 april). Symposium Stichting Education Permanente, Postbus 8495, 3503 RL Utrecht; telefoon 03455-76.642.

Mei

International and national collaborative studies (Porto, Portugal, 9-12 mei). EGPRW-bijeenkomst. Inlichtingen: J.J. Rethans, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Limburg, telefoon 043-882.261.

Suikerziekte op oudere leeftijd (Utrecht, 15 mei). Symposium Stichting voor Gerontologie. Inlichtingen: Prof. dr. W.J.A. Goedhard, Willem de Zwijgerlaan 2, 2421 CA Nieuwkoop; telefoon 01725-72817.

Zorg en welzijn: op één lijn (Amsterdam, 29 mei). Congres Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn. Inlichtingen: NIZW, p/a RAI Organisatiebureau Amsterdam, telefoon 020-549.1212, toestel 1744.

Juni

Huisarts en assistente: team met toekomst (Utrecht, 6 juni). Studiedag O&O, telefoon 030-332.113; fax 030-368.947.

■ **Vrouwenhulpverlening in de huisartsenpraktijk** (Utrecht, 6 juni). Inlichtingen: Stichting Leergangen Vrouwenhulpverlening, telefoon 030-340.933.

Vlaamse referatendag (Kortrijk, 15 juni). Inlichtingen: Vlaams Huisartsen Instituut, Anne Marie Ryckaert, Sint Hubertusstraat 58, Berchem 2600, België; telefoon 09-32.3.239.7930.

XIV World conference on health education (Helsinki, 16-21 juni). Inlichtingen: Finnish Council for Health Education, Karjalankatu 2 C 63, SF-00520 Helsinki, Finland; telefoon 09.3580.148.5640; fax 09.3580.148.5919.

Sex Matters (Amsterdam, 18-22 juni). Zie Berichten februari-I.

■ **International course in general practice** (Londen, 24 juni t/m 12 juli). Inlichtingen: Marlene Laubli, Department of General Practice, St Mary's Hospital Medical School, Norfolk Place,

Londen, W2 1PG, Verenigd Koninkrijk; telefoon 09.44.71.7256.985; fax 09.44.71.7247.349.

Augustus

■ **Public health in the United States and in Europe, is there a difference?** (Amsterdam, 23 augustus). Congres Vereniging voor Volksgezondheid en Wetenschap en de Nederlandse Vereniging voor Algemene Gezondheidszorg. Inlichtingen: Postbus 124, 2300 AC Leiden; telefoon 071-178871.

September

Health problems in modern civilisation (Klagenfurt, 9-13 september). 44e SIMG-congres. Inlichtingen: Mrs. Sigrid Taupe, Bahnhofstrasse 22, A-9020 Klagenfurt, Oostenrijk. Telefoon 09-43.463.55.449; fax 09-43.463.514.624.

Mental health and multicultural societies in the Europe of the nineties (Rotterdam, 15-18 september). Conferentie SOGG, Postbus 23115, 3001 KC Rotterdam.

Scientific meeting American Academy of Family Physicians (Washington DC, 26-29 september). Inlichtingen: AAFP, 8880 Ward Parkway, Kansas City, MO 64114-2797, USA.

Medarts International (Den Haag, 29 september t/m 4 oktober). Inlichtingen: Hoboken Congres Organisatie, Erasmus Universiteit, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam.

Oktober

L'Europe de l'aide et des soins à domicile (Straatsburg, 10-11 oktober). Inlichtingen: Association Européenne d'Organisation d'Aides et de Soins à Domicile, Avenue Ad. Lacomblé 69, B-1040 Brussel; telefoon 09.32.2.739.3511; fax 09.32.2.739.3599.

November

General practice in the new Europe (Londen, 15 november). Symposium Royal College of General Practitioners, 14 Princes Gate, Hyde Park, London SW7 1PU; telefoon 09-44.71.581.3232, toestel 243.

■ **De continuïteit van de huisartsgeneeskundige zorg; verbanden leggen of doekjes voor het bloeden** (Amsterdam, 22 november). NHG-congres.

December

First European congress on nutrition and health in the elderly (Noordwijkerhout, 5-7 december). Inlichtingen: Mw. R. Hoogkamer, Vakgroep Humane Voeding, Landbouwwuniversiteit Wageningen, Bomenweg 2, 6703 HD Wageningen; telefoon 08370-84214; fax 08370-83342.

■ betekent: eerste vermelding.