



NHG-standaard Acne Vulgaris

Inleiding

De standaard Acne Vulgaris omvat richtlijnen voor diagnostiek, behandeling en begeleiding van patiënten met acne vulgaris en acne conglobata door de huisarts.

Gezien het feit dat ongeveer 90% van de mannen en ongeveer 80% van de vrouwen acne vulgaris heeft gehad, moet acne vulgaris wellicht als een fysiologische overgangstoestand van de huid worden gezien. Slechts in een deel van de gevallen vraagt de patiënt hiervoor een behandeling; zelfzorg en zelfmedicatie spelen een grote rol bij deze aandoening. Toch is acne vulgaris een huidaandoening die frequent op het spreekuur van de huisarts wordt gepresenteerd. De incidentie en prevalentie van acne vulgaris zijn respectievelijk ca. 5 en 9 per 1000 patiënten per jaar. Het betreft vooral de leeftijdscategorie van 15 tot 24 jaar, vrouwen meer dan mannen.

Diagnostiek en behandeling van acne vulgaris zijn een taak van de huisarts. Doordat hij de patiënt kent en gewend is de reden van komst met de patiënt te bespreken, kan hij meestal goed vaststellen wat de last van het hebben van acne voor deze patiënt betekent.

Pathofysiologie

De etiologie van acne vulgaris en acne conglobata is nog niet geheel opgehelderd. Bij het ontstaan van acne is in eerste instantie de toegenomen productie van androgenen in de puberteit van belang. Gevolgen hiervan zijn een toename van de talgproductie en obstructie van talgfollikels door hyperkeratinisatie (comedonenvorming). Daarnaast treden veranderingen op in de microbiële flora, waarbij *Propionibacterium acnes* de overhand krijgt.

Biochemische en microbiologische processen bewerkstelligen een verandering in samenstelling van de talg. Dit zet een ontstekingsreactie in gang, waarbij de follikels tenslotte ruptureren en papels en pustels ontstaan.

Factoren die het hyperkeratinisatie- en ontstekingsproces bevorderen zijn: blootstelling aan een combinatie van vochtige warmte en ultraviolet licht, contact met chemische stoffen (halogenen en vetten), mechanische factoren (frequent wassen, manipulatie van comedonen en pustels), gebruik van cosmetica en bepaalde farmaca.

Begrippen

Acne vulgaris is een aandoening van de talgklierfollikel, gekenmerkt door een polymorf beeld van comedonen, papels, pustels, en soms ook noduli en cysten. Genezing kan

'Uit stilistische overwegingen worden de aanduidingen 'hij/zij' en 'hem/haar' in de NHG-standaarden vermeden. Waar dit van toepassing is, worden met 'hij' en 'hem' beide geslachten bedoeld.

Blom JJ, Brouwer A, Bruinsma M, Dewachter J, Klaassen EJ, Mesker PJR. NHG-standaard Acne Vulgaris. Huisarts Wet 1991; 34(4): 183-8.

gepaard gaan met littekenvorming. De aandoening is gelokaliseerd in het gelaat, soms op de rug, de schouders en minder vaak op de borst.

Een *comedo* (meeëter) is een door toegenomen verhooring van de follikeluitvoergang en hyperproliferatie van het bekledend epitheel ontstane keratineprop. Stase van talg leidt tot volumetoename van de klier en grotere zichtbaarheid ('whiteheads' of gesloten comedonen), op den duur gevolgd door een verwijding van de follikelmond en donkere verkleuring door melanine ('blackheads' of open comedonen).

Acne conglobata is een ernstige vorm van acne vulgaris, die vrijwel uitsluitend bij mannen voorkomt. Hierbij kunnen in het gelaat, op de nek, rug en billen behalve de reeds genoemde efflorescenties ook dubbel- en reuzecomedonen, infiltraten, abscessen en fistels voorkomen. Kenmerkend is dat genezing gepaard gaat met het ontstaan van (soms hypertrofische) littekens.

Richtlijnen

Anamnese

Om een indruk te krijgen van aard, ernst en gevolgen van de klacht en om te bepalen welke therapie moet worden ingesteld, informeert de huisarts naar:

- duur van de klachten;
- lokalisatie van de huidafwijkingen (gelaat, romp, elders op het lichaam);
- beleving van de klacht door de patiënt;
- factoren die naar eigen idee van de patiënt de acne beïnvloeden (zon, dieet, hygiëne, spanningen, werkomgeving);
- de wijze van huidverzorging (gebruik cosmetica, zeep, quetschen);
- eventueel zelf toegepaste behandelingen (vrij verkrijgbare middelen, dieet, alternatieve behandelwijzen, schoonheidsspecialiste), wijze en duur van de toepassing, resultaten hiervan en reden van staken van deze therapieën;
- eventuele eerdere behandelingen door een arts;
- geneesmiddelengebruik, voor zover niet reeds bekend (orale anticonceptiva, uitwendig toegepaste corticosteroiden).



Inspectie

De aard en omvang van de acne wordt door inspectie vastgesteld. Op basis hiervan wordt de therapie ingesteld en vervolgd.

Daarbij wordt gekeken of comedonen dan wel ontstekingsverschijnselen (papels en pustels) het beeld beheersen en er wordt gelet op de lokalisatie en op de uitgebreidheid van de acne. De aanwezigheid van comedonen is essentieel voor de diagnose acne.

Behalve comedonen, papels en pustels kan men noduli, cysten en infiltraten (acne conglobata) aantreffen. Eventuele littekens zijn een graadmeter voor de ernst van de acne.

Beleid

Ondanks de goede farmacotherapeutische mogelijkheden van de huisarts is de acnepatiënt na behandeling toch vaak teleurgesteld. De oorzaak hiervan ligt meestal in het feit dat acne als louter een huidprobleem wordt gezien. Vaak wordt vergeten dat acne door de beleving van de patiënt ingrijpende psychosociale gevolgen kan hebben. De lokalisatie van de huidaandoening in het gelaat en de leeftijdperiode waarin acne het meeste voorkomt, de adolescentie, zijn belangrijke redenen hiervoor. De subjectieve beleving door de patiënt is niet altijd evenredig met de objectieve ernst van de acne.

Zelfzorg

Vele vormen van zelfzorg zijn bij acne mogelijk. De huisarts dient op de hoogte te zijn van de meest toegepaste methoden van zelfzorg en de patiënt hierover zo nodig voor te lichten.

Van de meerderheid van de toegepaste methoden is de werkzaamheid niet bewezen. Het meest worden toegepast:

• Dieetmaatregelen

Er is geen wetenschappelijke basis om aan te nemen dat voeding invloed heeft op acne. Het is dan ook niet zinvol om acnepatiënten een restrictief dieet te adviseren.

• Ultraviolette straling

Bij de meeste acnepatiënten treedt 's zomers een cosmetische verbetering van de huid op. De acne zelf verbetert meestal niet. In enkele gevallen ontstaat juist een verergering, vooral bij een hoge luchtvochtigheid. Er is geen wetenschappelijke basis om aan te nemen dat zonlicht een positief effect heeft op acne. Het effect van kunstmatige UV-bronnen is discutabel.

• Huidverzorging met vrij verkrijgbare middelen

Cosmetica worden op grote schaal toegepast om acne te behandelen dan wel te camoufleren. De meeste cosmetica

Inbreng van de patiënt

De NHG-standaarden geven richtlijnen voor het handelen van de huisarts; de rol van de huisarts staat dan ook centraal.

Daarbij geldt echter altijd dat factoren van de kant van de patiënt het beleid mede bepalen. Om praktische redenen komt dit standpunt niet telkens opnieuw in de richtlijnen aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld.

De huisarts stelt waar mogelijk zijn beleid vast in samenspraak met de patiënt, met inachtneming van diens specifieke omstandigheden en met erkenning van diens eigen verantwoordelijkheid, waarbij adequate voorlichting een voorwaarde is.

Afweging door de huisarts

Het persoonlijk inzicht van de huisarts is uiteraard bij alle richtlijnen een belangrijk aspect. Afweging van de relevante factoren in de concrete situatie zal beredeneerd afwijken van het hierna beschreven beleid kunnen rechtvaardigen.

Dat laat onverlet dat deze standaard bedoeld is om te fungeren als maat en houvast.

hebben echter geen therapeutisch effect en veel middelen bevatten stoffen die het ontstaan van acne juist kunnen bevorderen.

Er is een groot aantal preparaten verkrijgbaar waarmee acne behandeld kan worden. Het betreft geregistreerde geneesmiddelen en drogisterijartikelen. De geregistreerde middelen bevatten veelal benzoylperoxide, in een enkel preparaat gecombineerd met miconazolnitraat. De andere artikelen bevatten stoffen met een reinigende werking op de huid zoals alcohol, chloorhexidine en salicylzuur. Alleen van benzoylperoxide en salicylzuur is vastgesteld dat zij werkzaam zijn tegen acne.

Mechanisch werkende middelen zoals marmenzeep, ruwe washand en dergelijke hebben geen positief effect op acne. Te sterke manipulatie veroorzaakt ontstekingen van de huid.

• Uitknijpen, krabben en reinigen

Uitknijpen van comedonen en krabben aan papels en pustels kan leiden tot ontsteking en daarmee tot littekenvorming. Bij donker gepigmenteerde personen kan na uitknijpen een cosmetisch hinderlijke hyperpigmentatie ontstaan. Door overmatig reinigen van de huid met zeep kan acne verergeren. Gezichtsmassage en vochtige warmte kunnen leiden tot ontsteking van bestaande laesies.

Voorlichting

De voorlichting die de huisarts geeft, sluit aan op de reeds toegepaste zelfzorg en bevat daarnaast de volgende elementen:

- de mogelijke oorzaken, de prognose en de behandelingsmogelijkheden;



- de huid bij voorkeur wassen met niet te heet water en zo min mogelijk zeep. Na het wassen droogdeppen;
- spaarzaam make-up gebruiken; cosmetica op waterbasis verdienen hierbij de voorkeur. Make-up met water en zeep verwijderen, niet met een reinigingscrème;
- manipulatie aan puistjes en 'gesloten' meeëters kan tot littekens leiden die storender zijn dan de acne zelf. 'Open' meeëters kunnen met een comedonenquetscher (of met de zijkant van de vingers, niet met de nagels) worden verwijderd. Vooraf de poriën openen met vochtige compressen of door wassen met lauw water;
- bij elke behandeling wordt het effect pas na een 'latente periode' merkbaar.
- de schoonheidsspecialiste kan door 'quetschen' van comedonen na voorafgaande verweking een bijdrage leveren aan de behandeling van acne. Hierbij worden alleen de zichtbare comedonen verwijderd. Quetschen kan een cosmetische bijdrage leveren bij de behandeling van acne, maar medicamenteuze therapie is superieur aan een dergelijke behandeling.
- de patiënt brengt acne soms in verband met verkeerde hygiëne, voeding, seksuele gewoonten, stress, enzovoort. Door dergelijke mythen te ontzenuwen kunnen soms onterechte schuld- en schaamtegevoelens worden voorkomen.

Medicamenteuze therapie – lokale behandeling

Bij de behandeling van acne vulgaris wordt begonnen met lokale therapie; deze wordt zo nodig in een later stadium gecombineerd met orale middelen. Bij vrouwen met acne die anticonceptie wensen kan ook alleen een oraal anticonceptivum worden voorgeschreven.

De volgende middelen komen voor lokale toepassing in aanmerking:

• **Benzoylperoxide**

Benzoylperoxide werkt keratolytisch en remt de ontstekingsverschijnselen bij acne. Daarnaast werkt het bacteriostatisch op *P. acnes*.

Het moet minimaal drie maanden worden toegepast voordat het resultaat goed kan worden beoordeeld.

De huisarts begint de behandeling met 5% benzoylperoxide in gelvorm. Bij onvoldoende effect kan dit percentage, met name voor toepassing op de romp, worden verhoogd tot 10%.

Benzoylperoxidegel wordt 's avonds dun aangebracht na wassen van de huid met lauw water; 's ochtends weer afwassen. Als de patiënt dit goed verdraagt, kan de toepassing 's ochtends worden herhaald. Er bestaat een geringe kans op sensibilisatie (1-2%). In het begin van de behandeling kan een voorbijgaande irritatie optreden in de vorm van roodheid en branderigheid van de huid. Patiënten dienen te worden gewezen op de ontkleurende werking van benzoyl-

peroxide op textiel.

• **Salicylzuur**

Salicylzuur werkt keratolytisch. Het effect is afhankelijk van het percentage en het vehiculum.

Bij acne kan gebruik worden gemaakt van 2% salicylspiritus of 2-10% salicylzuur in lanettewascreme. Begonnen wordt met het laagste percentage; bij onvoldoende effect kan, als salicylzuur goed verdragen wordt, het percentage worden verhoogd tot uiteindelijk 10 %. Overdag kan een lotion worden gebruikt; 's nachts een crème. Salicylzuur wordt één- tot tweemaal daags geapplied.

• **Tretinoïne**

Tretinoïne veroorzaakt proliferatie van follikelepitheel en daardoor een vergrote productie van losse hoorncellen. Hierdoor wordt comedovorming verhinderd.

Zwangerschap is een absolute contra-indicatie voor het gebruik van tretinoïne.

De huisarts begint de therapie met 0,05% tretinoïne in crème of solutio. Bij een gevoelige huid wordt dit percentage verlaagd tot 0,02%. Bij onvoldoende effect kan eventueel 0,1% tretinoïne worden voorgeschreven. Tretinoïne wordt eenmaal daags dun aangebracht en bij een gevoelige huid eenmaal per twee dagen. Aanbrengen op een droge huid. De erupties verergeren de eerste drie à vier weken van de behandeling. Tretinoïne kan fotosensibilisatie geven en mag niet op slijmvlieszen worden toegepast vanwege de irritatie die het veroorzaakt.

• **Antibiotica voor lokale toepassing**

Clindamycine en erytromycine komen in aanmerking voor lokale toepassing. Vooral het aantal pustels en papels neemt af, het aantal comedonen niet. Antibiotica worden één- of tweemaal daags aangebracht. Het effect wordt na een maand beoordeeld. In verband met de kans op bijwerkingen is het raadzaam de behandelingsduur beperkt te houden, in principe tot drie maanden, en zo mogelijk weer over te gaan op het gebruik van benzoylperoxide.

Het gevaar van resistentie lijkt klein voor *P. acnes*. Voor andere micro-organismen van de huidflora is het risico op het ontstaan van resistentie groot. Sensibilisatie bij lokaal gebruik is zeldzaam.

De werkzaamheid van lokaal toegepast erytromycine lijkt niet groter te zijn dan die van benzoylperoxide; wel wordt dit laatste soms minder goed verdragen.

Uit de beschikbare literatuur blijken geen duidelijke verschillen in werkzaamheid tussen de beschikbare preparaten met clindamycine en erytromycine. Prijsoverwegingen bepalen de keuze.

Omdat er een volledige kruisresistentie bestaat tussen clindamycine en alle macroliden, waartoe ook erytromycine behoort, is terughoudendheid met de lokale toepassing van



antibiotica aan te bevelen. Lokale antibiotica zijn altijd een tweede-keusbehandeling.

• Overige preparaten voor lokale toepassing

Over preparaten die miconazol in combinatie met benzoylperoxide bevatten, zijn onvoldoende gegevens bekend. Preparaten met resorcinol, zwavel, hexachlorofeen en enkele andere stoffen (zoals Lotio Kummerfeldi) zijn obsoleet.

Medicamenteuze therapie – orale behandeling

De volgende orale middelen komen voor de behandeling van acne in aanmerking:

- antibiotica;
- retinoiden;
- hormonen.

Antibiotica moeten altijd worden gecombineerd met een uitwendige (in het algemeen keratolytische) behandeling, om een optimaal effect te verkrijgen en om bij staken van de antibiotica voor continuïteit in behandeling zorg te dragen.

• Antibiotica

Van de antibiotica die voor de orale behandeling van acne in aanmerking komen heeft tetracycline de voorkeur. Tetracycline remt de groei van *P. acnes* en heeft een remmend effect op de lipase die door de *P. acnes* wordt geproduceerd. Ook remt tetracycline de chemotaxis van leukocyten in de huid. Contra-indicaties voor het gebruik van tetracyclines zijn zwangerschap en lichtovergevoeligheid.

Men begint de behandeling met 3-4 dd 250 mg. Na een maand wordt iedere week de dagelijkse dosering met 250 mg verminderd tot een stabiele toestand bereikt is. De therapie wordt drie tot zes maanden voortgezet, waarna geprobeerd wordt te stoppen. Indien binnen een maand een recidief optreedt, wordt de therapie met de aanvangsdosis hervat.

Bij intolerantie voor tetracycline kan erytromycine worden voorgeschreven. Erytromycine is niet effectiever dan tetracycline. De aanvangsdosering van erytromycine is 2 dd 500 mg. In een later stadium kan de dosering worden afgebouwd als beschreven bij tetracycline.

Andere antibiotica lijken geen voordelen te hebben boven tetracycline. Op dit moment zijn in de literatuur geen overwegende argumenten te vinden om minocycline bij acne voor te schrijven.

Het gebruik van tetracycline (of een ander antibioticum) kan theoretisch tot een verminderde betrouwbaarheid van gelijktijdig gebruikte orale anticonceptiva leiden. Men doet er goed aan dit risico met de patiënte te bespreken.

• Retinoiden

Bij acne conglobata heeft benzoylperoxide weinig, en een oraal antibioticum vaak onvoldoende effect. In deze geval-

len en bij ernstige vormen van acne die niet op bovenstaande therapie reageren, kan het gebruik van isotretinoïne worden overwogen.

Isotretinoïne (Roaccutane®) is zeer effectief tegen acne. Het remt de excretie van talg sterk en het werkt keratolytisch op de uitvoergang van de talgklier. Daarnaast remt isotretinoïne de groei van *P. acnes* en werkt het antiflogistisch.

Isotretinoïne kan door de huisarts worden voorgeschreven bij ernstige acne met cysten, acne conglobata, of eventueel bij therapieresistente acne. De toepassing ervan wordt beperkt door de teratogeniteit en de bijwerkingen van het middel. Bij het voorschrijven van isotretinoïne door de huisarts dient uitdrukkelijk te zijn voldaan aan de volgende voorwaarden:

- zwangerschap moet uitgesloten zijn en een goede anti-conceptie dient gewaarborgd te zijn tot één maand na beëindigen van de behandeling;
- vóór de aanvang van de behandeling dienen lever- en nierfuncties, cholesterol- en triglyceridegehalte te worden bepaald. Een gestoorde lever- en/of nierfunctie is een contra-indicatie.

Tijdens de behandeling dient de huisarts rekening te houden met het volgende:

- de leverfuncties, het cholesterol- en het triglyceridegehalte moeten na één maand en verder om de drie maanden worden gecontroleerd;
- bij circa 25% van de patiënten stijgt het triglyceridegehalte. Het cholesterolgehalte kan stijgen en het HDL-cholesterolgehalte dalen. Na staken van de behandeling verdwijnen deze veranderingen snel. Bij verhoging van het triglyceriden- of cholesterolgehalte moet men dieetmaatregelen treffen en eventueel de dosering verminderen. Bij leverfunctiestoornissen dient de behandeling te worden gestaakt. Deze stoornissen zijn reversibel;
- er kunnen effecten op huid en slijmvliezen optreden zoals droge lippen en ogen, huidschilfering, droog neusslijmvlies en jeuk. Deze bijwerkingen zijn dosisafhankelijk, verdwijnen na staken van de therapie, worden meestal goed verdragen en geven zelden aanleiding tot het staken van de therapie;
- de acne kan in de eerste maand van het gebruik verergeren.

Isotretinoïne is verkrijgbaar in capsules van 2,5 mg, 10 mg en 20 mg. De dosering is individueel verschillend, afhankelijk van het lichaamsgewicht van de patiënt, eventuele bijwerkingen en het effect op de acne. Men begint met 0,5 mg per kg lichaamsgewicht per dag in 1 of 2 doses tijdens de maaltijd. Na een maand komt de patiënt voor controle terug; bij onvoldoende reactie kan men de dosis verhogen tot 1 mg/kg/dag. Bij bijwerkingen kan de dosering verlaagd worden tot 0,1 à 0,2 mg/kg/dag. De behandeling moet vier tot zes maanden worden voortgezet met inachtneming van bovenstaande controles.



Vervolgens stopt men en wacht het resultaat af. Bij een recidief neemt men een tussenpoos van twee maanden in acht voor men een nieuwe 'kuur' geeft.

• Hormonen

Onderscheid wordt gemaakt tussen enerzijds orale anticonceptiva die het verloop van acne kunnen beïnvloeden en anderzijds preparaten die anti-androgene hormonen bevatten en een anticonceptieve werking hebben.

Orale anticonceptiva kunnen zowel een gunstig als een ongunstig effect op acne hebben. De invloed wordt bepaald door enerzijds de dosis oestrogeen en anderzijds de dosis en de androgene activiteit van het toegepaste progestatium. Een gunstig effect op acne kan worden verwacht bij gebruik van een combinatiepil waarvan de progestagene component weinig androgene werking heeft (desogestrel, gestodeen). Ook het gebruik van een driefasenpil kan een gunstige invloed hebben, aangezien het hierin aanwezige progestageen (levonorgestrel) wel een duidelijke androgene activiteit bezit, doch relatief laag is gedoseerd. Bij ontstaan of verergeren van acne tijdens pilgebruik kan het dus zin hebben over te gaan op het gebruik van een oraal anticonceptivum met een andere samenstelling.

Van de progestagene hormonen heeft cyproteronacetaat de sterkste anti-androgene werking. Het effect bij acne berust op competitieve remming van de binding van androgenen aan de receptoren in de talgklieren en op remming van een eventuele overproductie van androgene hormonen in de ovaria en/of de bijnierschors. Het effect op de acne-efflorescenties wordt meestal na drie tot vier maanden zichtbaar, de seborroe neemt over het algemeen eerder af.

Verkrijgbaar is een preparaat waarin 2 mg cyproteronacetaat gecombineerd is met 0,035 mg ethinyloestradiol (Diane 35[®]). Dit preparaat werkt ook contraceptief. De betrouwbaarheid en bijwerkingen zijn vergelijkbaar met die van laaggedoseerde ('sub50') anticonceptiva. Schadelijke effecten op langere termijn zijn niet aangetoond. Bij vrouwen met acne die tevens orale anticonceptie wensen, is dit preparaat de meest effectieve therapie.

Medicamenteuze therapie – overzicht

De behandeling wordt begonnen met benzoylperoxide. De werkzaamheid kan pas volledig beoordeeld worden na drie maanden. Bij onvoldoende effect wordt de behandeling uitgebreid, waarbij het klinisch beeld de verdere therapie bepaalt (zie schema). Onderscheid wordt daarbij gemaakt tussen vormen van acne met overwegend comedonen en vormen met overwegend ontstekingsverschijnselen (papels, pustels zonder of met cysten).

Als een behandeling met een antibioticum (oraal of lokaal) of met isotretinoïne een goed resultaat heeft, probeert de

Schema

	Overwegend comedonen	Overwegend ontstekingsverschijnselen (papels, pustels, zonder of met cysten)
1e keus	benzoylperoxide of salicylzuur	benzoylperoxide
2e keus	tretinoïne	tretinoïne of een lokaal antibioticum
3e keus		oraal antibioticum gecombineerd met benzoylperoxide
4e keus		isotretinoïne

huisarts na verloop van tijd of een middel van de eerste of tweede keus weer voldoet.

Een combinatie van lokale middelen kan bij onvoldoende resultaat wenselijk zijn. In dat geval kan benzoylperoxide 's avonds worden toegepast en tretinoïne of een lokaal antibioticum overdag.

Controles

Omdat acne vulgaris door de behandeling niet geneest maar alleen wordt onderdrukt, is therapietrouw essentieel voor een goed resultaat. Met de patiënt dienen duidelijke afspraken te worden gemaakt over de follow-up. De eerste controle van het resultaat van de behandeling vindt plaats na twee tot vier weken. Eventueel wordt de behandeling aangepast als er bijwerkingen zijn. Een echte verbetering kan na een maand nog niet worden verwacht.

De patiënt wordt gemotiveerd de behandeling consequent voort te zetten. Verdere controles vinden afhankelijk van het resultaat iedere drie maanden plaats. Herhalingsrecepten kunnen het beste tijdens een consult worden uitgeschreven. Bij een behandeling met alleen benzoylperoxide is de noodzaak van deze frequentie van controles minder dringend. De controles van orale anticonceptiva worden uitgevoerd volgens de richtlijnen van de standaard orale anticonceptie.

Verwijzen

Verwijzing naar de specialist voor de behandeling van acne is zelden nodig. Indicaties voor verwijzing naar een dermatoloog respectievelijk plastisch chirurg zijn:

- De toepassing van orale retinoïden wanneer de huisarts zich op dit terrein nog onvoldoende zeker voelt.
- Behandeling van littekens ontstaan als gevolg van de acne. Mogelijke behandelingsmethoden zijn dermabrasie (mechanische peeling), en chemische peeling (door middel van fenol), excisie van scherp omschreven littekens en het modelleren van acnelittekens door collageenimplantatie.



Totstandkoming

In maart 1990 werd een werkgroep gevormd voor de samenstelling van deze standaard. Vijf huisartsen en een medisch doctorandus met een meer dan gemiddelde kennis van de behandeling van acne vulgaris werden bereid gevonden in deze werkgroep zitting te nemen. De werkgroep bestond uit J.J. Blom, A. Brouwer, M. Bruinsma, J. Dewachter, P.J.R. Mesker, allen huisarts, en drs. E.J. Klaassen. De eindredactie berustte bij de wetenschappelijke staf van het NHG.

Na enkele overleggronden werd een ontwerpstandaard geformuleerd. Deze werd in oktober 1990 met verzoek om commentaar toegezonden aan een steekproef van 50 huisartsen uit het ledenbestand van het NHG en daarnaast aan een tiental huisartsen die zich hiervoor aangemeld hadden. De ontwerpstandaard werd ook toegezonden aan prof. dr. R.

Rolland, gynaecoloog, en aan prof. dr. W.A. van Vloten, dermatoloog, met het verzoek om commentaar op enkele onderdelen van de ontwerpstandaard.

De commentaren werden in de werkgroep besproken en waar nodig in de ontwerpstandaard verwerkt, waarna deze in december 1990 werd geautoriseerd.

Op aanvraag is deze standaard ook (tegen kostprijs) in uitgebreide vorm beschikbaar. Toegevoegd zijn dan:

- wetenschappelijke verantwoording (8 pagina's);
- literatuurlijst (3 pagina's).

Tevens is desgewenst uitgebreidere informatie beschikbaar over de commentaarfase.

Klachtgerichte benadering, somatische fixatie, vaccinatie

Klachtgerichte benadering 1

Meijman signaleert een bedreiging van de klachtgerichte benadering door de vaak 'geheime' preventie-agenda van de huisarts, door het banale klachten taboe en door de toenemende roep om de managersrol van de huisarts in de gezondheidszorg.¹

Ik ben het met *Meijman* eens dat een inperking van de mogelijkheid om met banale klachten de huisarts te consulteren, voorkomen moet worden. Vandaar dat ik met enige verbazing kennis nam van het feit dat ik gezien word als iemand die het 'primaat van de klacht bij voorbaat ontkent' (p. 480). Weliswaar wordt dit standpunt iets genuanceerd door de constatering dat die ontkenning voortvloeit uit de koppeling aan een specifieke 'banale' klacht, maar toch bekruipt me de onprettige gedachte dat me iets 'in de mond' wordt gelegd dat ik nooit beweerd heb en ook nooit beweerd zou willen hebben, omdat ik er gewoon anders over denk en daar ook over geschreven heb. In het kort wil ik mijn visie op 'banaliteit' hier nogmaals geven.

In de eerste plaats is de term 'banaal' enigszins misleidend, omdat die blijkbaar wordt gedefinieerd vanuit de patiënt. Ik preferere daarom de term 'alledaagse' of 'gewone' ziekten. Daarmee is al aangegeven dat het niet om klachten gaat die per definitie zonder tussenkomst van de huisarts afgehandeld dienen te worden. Sterker nog: voor de vraag of de huisarts bij de betreffende klachten betrokken dient te worden, is uiteindelijk de wens van de patiënt het criterium. Verder is het van belang na te gaan met welk doel patiënten zich met deze klachten tot de huisarts wenden.

Ik heb daartoe een theoretisch onderscheid gemaakt tussen een viertal invalshoeken:

1 Bij de eerste groep gaat het simpel om een tekort aan informatie. Dit tekort is met goede voorlichting op te heffen.

2 Vervolgens is er een groep patiënten die ten onrechte het idee hebben dat de huisarts voor alles iets te bieden heeft en bij wie de gang naar de huisarts als het ware is ingebed in het cultuurpatroon. Met betrekking tot deze groep mogen we in de naoorlogse periode een aanzienlijke verlaging van de drempel naar de huisarts vaststellen. Deze verlaging is niet in de laatste plaats tot stand gekomen door de bijdrage van de huisarts zelf. De gesignaleerde trend ontbreekt overigens in de historische analyse van *Meijman* en is meer dan een rechtvaardiging voor een hernieuwde bezinning op wat van huisartsen verwacht mag worden, zeker tegen de achtergrond van een toenemende vergrijzing en taakverzwaring. Het is de taak van de professe af te grenzen wat haar medische mogelijkheden bij de leniging van deze problemen zijn. Deze moge-

lijkheden zijn in principe klachtenspecifiek en het aangrijpingspunt in de hulpverlening ligt dan ook bij de specifieke klacht (in het gebruikte voorbeeld hoestklachten). Toespitsing op de specifieke klacht dient daarbij echter als exemplarisch opgevat te worden voor andere gewone ziekten waarbij bovenvermeld cultuurverschijnsel aan de orde is. Meer dan de boot bij patiënten af te willen houden pleit ik voor een professionelere opstelling van de huisarts. Als hem dat lukt, zullen zijn patiënten vanzelf minder behoefte hebben om bij deze problemen zijn hulp in te roepen, in de wetenschap dat hun huisarts niet zoveel te bieden heeft, dat de klachten onschuldig zijn en dat zij bovendien vanzelf overgaan of met zelfzorg minstens even goed behandeld kunnen worden.

3 Bij een derde groep patiënten gaat het om ongerustheid bij een specifieke klacht. Op basis van zijn professionele kennis dient de huisarts deze patiënten duidelijk te maken wat er aan de hand is, wat zijn mogelijkheden zijn, wanneer aan ernstiger onderliggende pathologie gedacht moet worden, en wanneer niet. Deze benadering is per definitie klachtenspecifiek en de opstelling van de huisarts bepaalt of de patiënt zijn ongerustheid verliest. Eerder dan dat de drempel wordt verhoogd, wordt de patiënt in staat gesteld bij volgende gelijksoortige klachten zelf beter te bepalen of ongerustheid op zijn plaats is, en of een consult met de huisarts nodig is. Ook hier geldt: verander de patiënt, begin bij jezelf.

Deze groep omvat ook een aantal patiënten die zich bij voorkomende klachten in het algemeen ongerust maken. Bij hen is het uiten van deze klachten bij de huisarts een manier van omgaan met ziekte en gezondheid in het algemeen.

4 Tenslotte zijn er patiënten bij wie het uiten van gewone klachten een vorm van probleem-oplossend gedrag is. Net als bij de vorige groep is de omgang met de klachten bij deze groep niet klachtenspecifiek, hoewel iedere patiënt wel vaak een aanleg heeft voor een bepaald type klachten: de een krijgt nu eenmaal eerder hoofdpijn dan de ander. Bij deze groep is elke suggestie van drempelverhoging helemaal uit den boze. Met name hier speelt de professionele deskundigheid van de huisarts een belangrijke rol, niet alleen in medische, maar vooral ook in begeleidende zin. Het gaat daarbij vooral om het maken van een onderscheid tussen de verschillende achtergronden van het klaaggedrag van de patiënt. Medische deskundigheid ten aanzien van de specifieke klacht waarmee de patiënt nu komt, is overigens wel een vereiste als onderdeel van de integrale benadering waarbij de huisarts tevens een beeld vormt van de plaats van de klachten in de context van de levensproblemen waarmee de patiënt nu worstelt.

Meer dan de suggestie dat patiënten met 'gewone' klachten maar beter thuis kunnen blijven, gaat het bij de benadering die ik voorsta om een gevoeliger signaleringssysteem van de huisarts. Dit stelt hem in staat beter te discrimineren tussen de vier onderscheiden groepen en daarmee de eigenlijke hulpvraag meer au serieux te nemen. Wat patiënten uiteindelijk met de medische inhoudelijke informatie doen, is hun keus en stelt hen in staat beter eigen verantwoordelijkheid te dragen bij nieuwe klachten. In dat opzicht voel ik mij ten onrechte geciteerd door *Meijman*.

Als nauw betrokkene vind ik ook dat *Rutten & Beek*² ten onrechte in een bepaald daglicht gesteld worden. Hun onderzoek heeft aangetoond dat huisartsen in staat zijn (met minimale inspanning) hun gedrag in een door henzelf gewenste richting te veranderen. Verder is duidelijk geworden dat een aanzienlijk deel van de patiënten de gewijzigde opstelling van de huisarts apprecieerde. In tegenstelling tot hetgeen *Meijman* beweert, gaat het om grote verschuivingen in het consultatiegedrag van patiënten. Bij een minderheid van de patiënten is de gevolgde benadering onvoldoende gebleken. Zoals hiervoor is betoogd, is er bij een deel van de betreffende patiënten meer nodig dan het doorbreken van vaste gewoonten. Kennis hiervoor is een niet te onderschatten opbrengst van het onderhavige onderzoek. Tegen deze achtergrond is de uitspraak dat 'het effect van de interventie vrijwel nihil is' onjuist en onzorgvuldig. Ook de opmerking over de methodologische kritiek is onzorgvuldig, omdat niet aangegeven wordt om welke kritiek het gaat en omdat daarop een weerwoord niet mogelijk is. Ik bepleit daarom een open discussie waarin de onderzoekers in staat worden gesteld zich tegen echte en vermeende kritiek te verweren.

Een laatste opmerking betreft het slotwoord. *Meijman* beschouwt de frustratie van huisartsen als hun probleem. Ik vrees dat *Meijman* hiermee de klacht van de patiënt – in dit geval de huisarts – niet serieus neemt en het probleem zelf evenmin. De frustratie van de huisarts, zeker in de grote stad, kent structurele oorzaken zoals Querido zo voortreffelijk heeft beschreven. Dit af te doen met de boodschap 'dat is je eigen probleem' is even onjuist als de suggestie dat de geciteerde auteurs van het 'banale klachten taboe' de klachtgerichte benadering van de patiënt in gevaar brengen. Eerder kan hun benadering gezien worden als een handreiking aan huisartsen voor contacten met patiënten die inderdaad nogal eens tot frustraties leiden.

J.Th.M. van Eijk

¹ Meijman FJ. De klachtgerichte benadering bedreigd? Huisarts Wet 1990; 33: 478-81.

² Beek MML, Rutten GEHM. Naar optimale zorg bij hoesten en diabetes type II [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1989.

Klachtgerichte benadering 2

Meijman pleit voor een blijvend primaat van de klacht in de huisartsgeneeskunde en schetst de nadelen van een drietal ontwikkelingen die negatieve gevolgen kunnen hebben voor een optimale klachtgerichte benadering. Als één van die drie beschouwt hij secundair preventieve activiteiten.¹ Omdat ik mij op dat terrein, in het bijzonder wat betreft secundair preventieve activiteiten op cardiovasculair gebied, het meest thuisvoel, wil ik daarop graag nader ingaan.

Meijman stelt voorop dat aan deze ontwikkeling(en) ook positieve kanten verbonden zijn; om de discussie aan te scherpen, belicht hij echter alleen potentieel riskante invloeden op de klachtgerichte benadering. De discussie wordt daardoor misschien wel scherp, maar dreigt ook eenzijdig en daardoor onbevredigend te verlopen. Daarom in het navolgende enige tegenargumenten.

Om te beginnen vraag ik mij af, of een laagdrempelige toegankelijkheid voor c.q. een generalistische aanpak van de klacht door de huisarts een secundair preventief aanbod in zo sterke mate uitsluit als *Meijman* betoogt. Naar mijn mening is een combinatie van beide zeer wel mogelijk, zonder dat daardoor de klachtgerichte benadering in gevaar komt. Niet vergeten moet daarbij worden dat de huisarts juist de meest gewenste ingang voor secundair preventieve activiteiten kan zijn: een dergelijk aanbod kan daar op individueel niveau plaatsvinden, met alle voordelen vanden, en bovendien kunnen opsporing en eventueel advisering en begeleiding in één hand blijven, in onderling overleg en in samenwerking tussen patiënt en huisarts.

Tegenover de door *Meijman* benadrukte twijfel aan de effectiviteit en haalbaarheid van vrijwel alle hedendaagse secundaire preventieve interventies – dus niet alle! – kunnen de conclusies worden gesteld van Gezondheidsraadcommissies en consensusbijeenkomsten op dit gebied: conclusies die door de beide beroepsorganisaties ter harte zijn genomen, gezien de inhoud van het Basistakenpakket op dit gebied, de betrokkenheid van de beroepsgroep bij bovengenoemde commissies en de ontwikkeling van standaarden op secundair preventief gebied (hypertensie en cholesterol).

Men kan zich afvragen, of 'de' patiënt niet meer van zijn huisarts verwacht dan alleen klachtbe-

handeling: men denke aan de 'raadsman'-functie. Mijs inziens heeft de huisarts, naast en door de verantwoordelijkheid voor individuele hulpverlening aan alle bij hem ingeschrevenen, wel degelijk ook een verantwoordelijkheid ten opzichte van zijn praktijkpopulatie. Als voorbeelden hiervan noem ik het bevorderen van een adequate inentingsgraad en van een sluitende registratie van cardiovasculair (en ander) risico op iedere patiëntenkaart. In het algemeen stelt de patiënt een dergelijke daadwerkelijke belangstelling juist van zijn huisarts op hoge prijs. Het komt mij daarom wat gekunsteld en schijnheilig voor, preventieve activiteiten door de huisarts alleen dan toelaatbaar te achten, als de patiënt zelf het initiatief neemt.

Bij de begeleiding door de huisarts van patiënten met risicofactoren en met chronische ziekten vinden secundair en tertiair preventieve activiteiten, vaak dooreengeweven, trouwens algemeen plaats, ook zonder dat een eventuele klacht daartoe de primaire aanleiding hoeft te zijn. Als voorbeeld kan men denken aan de periodieke controle van nierfunctie en oogfunctie bij diabetespatiënten.

Mijn conclusie is dat men inderdaad moet blijven vertrouwen op de kracht van de wezenskenmerken van de huisartsgeneeskunde, zoals *Meijman* stelt. Dat betekent echter geenszins, dat men de kop in het zand moet steken, als zich nieuwe ontwikkelingen voordoen. In plaats van zich bedreigd te voelen en in de verdediging te blijven steken, moet men mijs inziens streven naar combinatie van de vertrouwde klachtbenadering met bijvoorbeeld secundair preventieve activiteiten, zoals die door patiënten, verzekeraars en overheid van de Nederlandse huisarts worden verwacht. Zinvolheid en haalbaarheid in de praktijk kritisch evaluerend, stellen de beide beroepsorganisaties zich daar nu ook duidelijk achter.

J.A.E. van der Feen

¹ Meijman FJ. De klachtgerichte benadering bedreigd? Huisarts Wet 1990;33:478-81.

Klachtgerichte benadering 3

Meijman beschouwt 'een drietal ontwikkelingen die – vaak onbedoeld – negatieve gevolgen kunnen hebben voor een optimale klachtgerichte benadering'.¹

Meijman noemt de klachtgerichte benadering een van de hoofdkenmerken van de hedendaagse huisartsgeneeskunde. Een deel van het werk van de huisarts wordt inderdaad bepaald door

contacten op initiatief van de patiënt. Een ander deel – 37 procent volgens een persoonlijke mededeling van J. van der Velden, gebaseerd op gegevens uit de Nationale Studie – wordt 'gegenereerd' door de huisarts zelf (herhaalcontacten, controles) of door derden (andere eerstelijns hulpverleners, specialisten, verzekeringsgeneeskundigen, preventieve programma's). Deze activiteiten kunnen deels worden beschouwd als gebruikelijke huisartsgeneeskundige zorg, deels als overbodige ballast, voortvloeiend uit de medicalisering van de samenleving. Het is voor mij nog maar de vraag of de klacht hét primaat is van de huisartsgeneeskundige zorg op dit moment.

Ik ben het met *Meijman* eens dat het initiatief voor preventieve activiteiten bij de patiënt gelegd moet worden. Uitgebreide voorlichting (niet alleen door de huisarts) is nodig om de patiënt duidelijk te maken wat wel en wat niet zinvol is in het algemeen en voor hem/haar als individu.

Het streven naar een vermindering van consultatie van de huisarts voor banale klachten wordt door *Meijman* afgewezen, mijs inziens ten onrechte. Het voorlichten van patiënten over de mogelijkheden (én onmogelijkheden) van de huisarts om bepaalde klachten te verlichten of te genezen, dient gericht te zijn op de (vaak te) hoge verwachtingen die patiënten van de huisarts hebben. In het geval van banale klachten gaat het dan om (het teruggeven van) de verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid, kennis van het natuurlijk beloop ('prognose'²) en kennis van de mogelijkheden tot zelfzorg. Ten onrechte gebruikt *Meijman* vervolgens het 'ijsberg-fenomeen' om de bewering te illustreren dat 'iedere patiënt in principe een goede reden heeft ...'. Het is bekend dat de beslissing van de patiënt om de hulp van de huisarts in te roepen, vooral bepaald wordt door de (algemene) neiging om de dokter te raadplegen bij welk probleem dan ook; deze neiging lijkt bovendien mede door de omgeving bepaald te worden.³ De klachtgerichte benadering zoals bepleit door *Meijman* gaat hieraan volledig voorbij.

Als derde potentieel bedreigende ontwikkeling ziet *Meijman* de aandacht voor de huisarts als manager. Natuurlijk schuilt er theoretisch een gevaar in ontwikkelingen waarbij de huisarts steeds meer tijd gaat besteden aan overheadtaken. Maar dit potentiële gevaar mag geen reden zijn 'zich niet te laten meeslepen door nieuwlichterijen', alsof nieuwe ontwikkelingen zonder meer zonder waarde zijn. Sommige management-taken worden de huisarts opgelegd – zoals recent is gebeurd in het kader van de Wet Persoonsregistratie en de verrichtingenadministratie – andere dienen als kwaliteitsverhogende instrumenten (informatiebestanden).

In het artikel van *Meijman* proef ik een onder-
toon van: 'huisarts, stel je volledig open voor de
klacht van de patiënt en onderneem niets wat
daarop belemmerend kan werken'. Ik vind dit
geen juiste opstelling. De huisartsgeneeskunde is
zich duidelijk aan het profileren door expliciete
formuleringen van de inhoud en de randvoor-
waarden van de zorg: dit is de huisarts, dit kunt u
als patiënt verwachten, hier is de huisarts des-
kundig in; maar ook: hier kan de huisarts niets
aan doen, voor deze klacht hoeft u de huisarts
niet te raadplegen. Mogen wij dan niet van de
patiënt vragen zich hiernaar te gaan gedragen?
Mogen wij de patiënt niet leren adequaat te
klagen?

F.G. Schellevis

¹ Meijman FJ. De klachtgerichte benadering bedreigt?
Huisarts Wet 1990; 33: 478-81.

² Van der Velden HGM. Diagnose of prognose. Huis-
arts Wet 1983; 26: 125-8.

³ Huygen FJA. Family Medicine. Nijmegen: Dekker &
Van de Vegt, 1978.

Klachtgerichte benadering 4

Meijman heeft de schaduwkanten van belang-
rijke nieuwe ontwikkelingen belicht.¹ Het lijkt
echter of hij met het waswater ook het kind wil
weggooien. Hij stelt dat de klachtgerichte be-
nadering de rode draad vormt in de medische
hulpverlening en ik denk dat weinigen dit zullen
bestrijden. *Meijman* ziet het gevaar van drie
kanten komen: de toenemende nadruk op secun-
dair preventieve activiteiten, het streven banale
klachten terug te dringen, en het concept van de
huisarts als 'manager' binnen de gezondheids-
zorg. Ik wil proberen deze 'gevaaren' nader te
belichten.

Het beeld dat *Meijman* schetst van de huisarts
die de klacht van de patiënt tijdens het consult
naar de achtergrond schuift ten faveure van
preventie-preoccupaties, is mijns inziens een ka-
rikatuur. Uit observatieonderzoek bij huisartsen
blijkt dat huisartsen slechts met de grootst moge-
lijke moeite te bewegen zijn tijdens een consult
aan andere zaken aandacht te geven dan aan de
gepresenteerde klacht. Dit hoeft niet altijd een
slechte zaak te zijn, als de huisarts binnen zijn
praktijkvoering de klachtgerichte benadering
heeft gescheiden van systematische secundaire
preventie. Ik ben het met *Meijman* eens dat
preventie tijdens een consult in het verlengde
van de hulpvraag dient te liggen. Inschakeling
van de praktijkassistent bij preventieve activi-
teiten ná het consult en het houden van 'spreeku-
ren', bij voorkeur door de praktijkassistent,
voor de uitvoering van systematische preventie-

activiteiten kan de inhoud van het huisartsge-
neeskundig handelen verrijken zonder dat daarmee
het primaat van de klacht in gevaar komt.

Het consulteren van de huisarts is niet zonder
bijwerkingen. Het verhogen van de consumptie
bij de huisarts zal ook het absoluut aantal verwij-
zingen en andere verrichtingen doen stijgen, met
alle mogelijke gevolgen vandien. Het is een
belangrijke taak van de gezondheidszorg en dus
ook van de huisarts om consumptie te beperken
als de meerwaarde voor de patiënt niet opweegt
tegen de mogelijke nadelen. Het is een bekend
feit dat artsen maar moeilijk niets kunnen doen.
Consumptie is een verslavend verschijnsel. Als
een patiënt met een 'banale' klacht naar tevreden-
heid te woord is gestaan door de huisarts, zal
al snel het idee bij hem post vatten dat het
gewenst is met deze en andere banale klachten
de huisarts te consulteren. Een opvoedende atti-
tude vanuit de bijzonder relatieve waarde van de
medische hulpverlening bij banale klachten kan
ik daarom ook alleen maar positief duiden.

Het verbeteren van de managementfunctie
van de huisarts binnen zijn praktijk kan leiden tot
meer tijd voor patiëntgebonden activiteiten, om-
dat de huisarts nu eenmaal weinig deskundigheid
is bijgebracht op het gebied van organisatie, en
omdat alle taken daardoor niet even efficiënt
verricht worden. Dat hierbij vanuit de soloprak-
tijk gestreefd wordt naar enige schaalvergroting,
is niet onzinnig. Naar het optimum met betrek-
king tot het aantal medewerkers in een praktijk is
nog weinig studie verricht, maar het staat te
bezen of dit optimum bij één zal liggen. In een
dergelijk samenwerkingsverband, dat zich overi-
gens niet tot één praktijk hoeft te beperken,
zullen specifieke taken en deskundigheden op
een natuurlijke wijze verdeeld zijn. Structurele
differentiatie of specialisatie tussen huisartsen,
waarbij het generalistische en de integrale werk-
wijze van de huisarts in het gedrang komen, lijkt
mij overigens met *Meijman* een onzalige ge-
dachte.

De dreiging waarover *Meijman* spreekt, lijkt mij
uit de lucht gegrepen. Omgekeerd zou de louter
klachtgerichte benadering van de huisarts een
veel grotere dreiging kunnen inhouden. De huis-
arts die dagelijks plaatsneemt achter zijn loket
om klachten aan te horen waarvan patiënten
menen dat ze niet op een andere plek in de
gezondheidszorg thuishoren, zonder veel te we-
ten van de opbouw van zijn patiëntenpopulatie,
zonder veel zicht op de belemmerende factoren
op de gezondheidstoestand van zijn patiënten,
zal als vertrouwde huisdokter veel tevredenheid
bij zijn patiënten oogsten. De moderne huisarts-
geneeskunde heeft een grotere opdracht dan het
teweegbrengen van tevredenheid. Het doet mij
een beetje denken aan de discussie tussen de

reguliere en de alternatieve geneeskunde, waar-
bij de stelling opgeworpen wordt: 'het zal best
vaak helpen, maar werkt het ook?'

W. van den Bosch,
huisarts te Lent

¹ Meijman FJ. De klachtgerichte benadering bedreigt?
Huisarts Wet 1990; 33: 478-81.

Naschrift

De vier scribenten leveren welkome kritiek op
mijn betoog om het primaat van de klacht van de
patiënt uit de vergeethoek te halen, en dit pri-
maat expliciet als een toetssteen voor opvattingen
over het huisartsgeneeskundig handelen te
hanteren. Met opzet schrijf ik 'een' en niet 'de'
toetssteen. Als algemene opmerking mag gelden
dat ik niet blind ben voor het hele 'klassieke'
spectrum aan huisartsgeneeskundige gegevenhe-
den. Natuurlijk is er meer dan alleen de klacht
van de patiënt, maar mijn artikel was bedoeld als
een korte beschouwing, niet als een monografie.
Enkele punten van kritiek vragen echter om een
uitgebreidere reactie.

Een combinatie van een klachtgerichte benade-
ring en een aanbod van secundair preventieve
activiteiten is in principe zeker mogelijk.¹ Waar
het echter op aankomt, is dat eerst de doeltref-
fendheid, haalbaarheid en doelmatigheid van
een bepaalde secundair preventieve interventie
moet worden aangetoond, alvorens deze activi-
teit op geïnstitutionaliseerde wijze in de huisarts-
praktijk mag worden ingevoerd. En daar wringt
nu juist de schoen. Zelfs als de doeltreffendheid
van een secundair preventieve activiteit is aange-
toond (en dat is slechts zelden het geval), dan
blijkt de haalbaarheid in de huisartspraktijk
meestal een struikelblok. Patiënt en huisarts
geven nu eenmaal terecht voorrang aan de actue-
le klacht of andere contactredenen, want zij erva-
ren deze als de primaire beweegredenen voor het
consult. Bij de invoering van secundair preven-
tieve activiteiten – zo deze al zinvol zijn – zal men
van dit gegeven moeten uitgaan. Het is storend
voor arts en patiënt om beiden op te zadelen met
goedbedoelde opvattingen die niet anders dan
insufficient in praktijk kunnen worden gebracht.
Het klinkt wellicht nobel als huisartsen zich ook
verantwoordelijk achten voor een secundair pre-
ventieve bewaking van hun praktijkpopulatie –
een standpunt dat ik als principe gaarne zou
willen onderschrijven –, maar het is in feite
schijnheilig als de beroepsgroep op goede gron-
den weet dat menig secundair preventieve activi-
teit niet met een optimaal bereik realiseerbaar is

in de huisartspraktijk. Als het met een secundair preventieve activiteit in de praktijk een rommel-tje wordt, is de preventie er niet mee gediend, heeft de beroepsgroep zich opgezadeld met een blamage en – wat het ergste is – wordt de primaire bedoeling van het huisarts-patiënt contact nodeloos in het gedrang gebracht.

Wellicht ten overvloede: mijn sceptische houding ten opzichte van de meeste secundair preventieve interventies betekent niet dat ik afwijzend sta tegenover vele primair of tertiair preventieve interventies in de huisartspraktijk.

De opmerkingen naar aanleiding van 'banale klachten' raken mijns inziens niet de kern van de zaak. De vier invalshoeken bijvoorbeeld van waaruit Van Eijk klachten beschouwt, zijn mij niet onbekend. Deze vier betekenissen die de huisarts(!) aan de klacht toedicht, worden echter steeds pas duidelijk in de loop van het consult. Een specifieke klacht kan nooit door de aard van de klacht van tevoren worden terugverwezen naar de zelfzorg.

Mijn kritiek op het onderzoek van *Beek & Rutten* spitste zich hierop toe. Daarbij voel ik me onder meer gesteund door de methodologische kritiek die eerder op dit onderzoek is geleverd.² Het alledaagse karakter van een klacht kan toch ook niet als onderscheidend criterium gehanteerd worden. De overgrote meerderheid van de contactredenen in de huisartspraktijk is alledaags. Er zijn mij bovendien geen onderzoeksgegevens bekend, waaruit blijkt dat huisartsen (en patiënten) vinden dat er sprake is van een substantiële en groeiende stroom van 'oneigenlijke' klachten in de richting van de huisarts. De enorme zelfselectie door patiënten bij het aanbod van klachten maakt het trouwens onwaarschijnlijk dat het hier getalsmatig om een belangrijk probleem zou gaan.

Huisartsen hebben ook geen problemen met alledaagse klachten – daar zijn ze immers voor – maar af en toe wél met bepaalde patiënten of bepaalde situaties waarin patiënten zich bevinden. Dat is echter een andere zaak, waarop ik in mijn beschouwing ook heb gewezen. De opmerkingen over de 'oneigenlijke' of 'banale' klachten kan ik niet anders zien dan als een ondersteuning van de inmiddels klassieke vragen: 'waarom komt deze patiënt op dit moment met deze klacht?' en 'wat kan ik deze patiënt met deze klacht aan zinvols bieden en wat juist niet?' Als we daarvan uit blijven gaan en ons niet van de wijs laten brengen door allerhande opvattingen over oneigenlijke klachten, dan valt de frustratie in de praktijk reuze mee, spoelen er geen kinderen met het badwater weg en behoeft de huisarts zich niet méér als 'missionaris' op te stellen dan soms toch al onvermijdelijk blijkt te zijn.

Frans J. Meijman

¹ Van Lidth de Jeude CP. Persoonsgerichte preventie door een huisarts [Dissertatie Utrecht]. Lelystad: Meditekst, 1991.

² Van Veen WA. Naar optimale zorg bij hoesten en diabetes type II. Een interdisciplinaire interventiestudie naar substitutie van zorg in acht huisartspraktijken [Boekbespreking] Huisarts Wet 1990; 33: 41-2.

Somatische fixatie

In het februari-nummer vraagt *E.A. Hofmans* zich af of somatische fixatie wel bestaat.¹ Het zou geen meetbaar begrip zijn en er zou nooit vastgesteld zijn dat preventie hiervan mogelijk en zinvol is.

De term 'preventie van somatische fixatie' is oorspronkelijk afkomstig van een onderzoeksproject, waarvoor ondergetekende in 1973 subsidie vroeg en verkreeg van het Praeventiefonds. Het ging daarbij om het opsporen van mensen die onnodig (vaak) de ziekenrol op zich namen. Uit de reeks multidisciplinaire onderzoeken die hierop zijn gevolgd, is inderdaad een stroom van rapporten, artikelen en boeken in binnen- en buitenland voortgekomen. Daaruit spreekt dat de conceptie van het streven naar preventie van het onnodig gefixeerd raken in de ziekenrol van patiënten, door adequate aandacht voor zowel de somatische als de psychosociale aspecten van hun klachten, bij huisartsen en andere hulpverleners is aangeslagen. Ik denk dat dit komt doordat huisartsen een veel voorkomend fenomeen herkennen, en beseften dat zij hierbij dikwijls zelf (ongewild) een rol vervulden in de interactie met hun patiënten. Men zou dit misschien met Hofmans een paradigma kunnen noemen, een vrij plotseling doorbrekend zicht op eigenlijk reeds langer bekende verschijnselen. Het ontgaat mij echter waarom dit dan 'een slecht paradigma voor de huisartsgeneeskunde' (cursivering door F.H.) zou zijn.

Ik kan mij voorstellen dat Hofmans, als niet-medicus, een en ander liever wil beschouwen als 'een geloofsartikel uit het oosten des lands', dat naar zijn smaak te lang onweersproken is gebleven in het tijdschrift waarvan hij bureauredacteur is. Geloven speelt in de geneeskunde inderdaad nog steeds een belangrijke rol. Pogingen tot falsificatie van onze these zien ondergetekende en zijn medewerkers van destijds dan ook met grote belangstelling tegemoet.

Inmiddels zou ik Hofmans er wel op willen wijzen dat in het internationaal als zeer gezaghebbend erkende *Diagnosical and statistical manual of mental disorders* van de American Psychiatric Association 'somatization disorder' reeds als bestaand ziektebeeld wordt erkend en gedefinieerd met nauwkeurig gespecificeerde criteria. De door ons gegeven omschrijving van somati-

sche fixatie komt hiermee in belangrijke mate overeen, is echter enerzijds ruimer wat betreft aantal en duur van de lichamelijke klachten van de patiënt, en anderzijds specifiekier omdat uitdrukkelijk aandacht wordt gevraagd voor de mogelijke rol van de arts bij het ontstaan of voortduren van dit ziektebeeld.

F.J.A. Huygen

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

Naschrift

In mijn korte bijdrage heb ik twee standpunten met betrekking tot het Nijmeegse concept van somatische fixatie tegenover elkaar gesteld, en vervolgens heb ik geconstateerd dat het in de afgelopen dertien jaar in de kolommen van *Huisarts en Wetenschap* heeft ontbroken aan enige discussie over dit onderwerp. Dát leek mij een slecht paradigma voor de huisartsgeneeskunde. Er staat dus iets anders dan wat Huygen mij in de mond legt.

Intussen ben ik natuurlijk geen vreemdeling in het Jeruzalem van de huisartsgeneeskunde, en daarom wil ik ook inhoudelijk ingaan op Huygens reactie.

Huygen wijst erop dat 'somatization disorder' als bestaand ziektebeeld wordt erkend in de DSM-III. Dat is op zichzelf juist, maar het probleem is dat het hier gaat om een nosologische entiteit, die bedoeld is voor gebruik door *psychiaters*. Het is daarom zeer de vraag of deze diagnose a priori ook relevant mag worden geacht voor de huisartspraktijk.

Als we er vervolgens de DSM-III op naslaan, zien we dat de diagnose 'somatization disorder' nogal wat vereist: 'a history of many physical complaints or a belief that one is sickly, beginning before the age of 30 and persisting for several years', benevens 'at least 13 symptoms', waarbij gekozen kan worden uit een lijst van 35 mogelijkheden. Het geheel beslaat niet minder dan anderhalve pagina.¹ Een dergelijke lijst van criteria wijst evenmin in de richting van een frequent huisartsgeneeskundig probleem.

Dan rijst een definitieprobleem. Volgens Huygen komt de Nijmeegse omschrijving van somatische fixatie enerzijds in belangrijke mate overeen met 'somatization disorder', maar is zij anderzijds zowel ruimer als specifiekier. Het wordt onder deze condities wel heel moeilijk om een concreet beeld te krijgen van wat somatische fixatie nu *precies* is, niet alleen voor niet-medici, maar ook voor huisartsen. Ik begrijp dan ook

niet waarom Huygen en zijn medewerkers niet een vergelijkbare lijst van diagnostische criteria voor somatische fixatie hebben opgesteld. Evenmin begrijp ik waarom de diagnose somatische fixatie niet is opgenomen in de Nijmeegse E-lijst. Als dat destijds was gebeurd, hadden we nu kunnen beschikken over een schat aan gegevens over incidentie, prevalentie, leeftijdverdeling, beloop en wat niet al. Maar in feite komt 'somatische fixatie' alleen zijdelings aan de orde in het recente Nijmeegse leerboek 'Ziekten in de huisartspraktijk', en ontbreekt de term zelfs in het register.²

Huygen keert in deze discussie de bewijslast om en stelt dat hij en zijn medewerkers pogingen tot falsificatie van hun these 'met belangstelling' tegemoet zien. Op het eerste gezicht lijkt hij daarmee het gelijk aan zijn zijde te hebben; volgens Popper is het immers onmogelijk te bewijzen dat een theorie juist is. In Poppers visie moet de opsteller van een theorie echter wél aangeven onder welke voorwaarden zijn theorie onjuist is. En dát hebben Huygen en zijn medewerkers niet gedaan. Zij laten een eventuele opponent dan ook geen andere keus dan zelf die voorwaarden te formuleren.

Volgens Huygen komt de Nijmeegse omschrijving van 'somatische fixatie' in belangrijke mate overeen met het ziektebeeld 'somatization disorder'. Ik meen daaruit te mogen concluderen dat 'somatization disorder' dus ongeveer evenveel in de huisartspraktijk zal voorkomen als 'somatische fixatie'. Nu bevatten de ICHPPC-2 en de ICPC – in tegenstelling tot de E-lijst – een diagnosecategorie die redelijk vergelijkbaar is met de diagnose 'somatization disorder': de 'hypochondriacal disorders';³ het voornaamste verschil is dat de ICPC-diagnose ruimer is dan de DSM-III-diagnose. We mogen daarom aannemen dat de incidentie- en prevalentiecijfers voor 'hypochondriacal disorders' een beeld zullen geven van het maximale vóórkomen van 'somatization disorder' en dus van 'somatische fixatie'.

Welnu, uit het Transitieproject blijkt dat de incidentie van 'hypochondriacal disorders' 2 per 1000 patiënten per jaar bedraagt, en de prevalentie 4 per 1000 per jaar.⁴ Die uitkomst staat haaks op de stelling dat 'somatische fixatie' een belangrijk huisartsgeneeskundig probleem zou zijn. Integendeel: het gaat hier zonder enige twijfel om een zeldzaam ziektebeeld. En dan zwijg ik nog maar over de vraag of pogingen tot preventie van dit ziektebeeld in de huisartspraktijk iets kunnen uithalen.

E.A. Hofmans

¹ Anonymous. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987.

² Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Huygen FJA, Lagro-Janssen ALM. Ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1990.

³ Classification Committee of WONCA. ICHPPC-2 defined. 3rd ed. Oxford, etc.: Oxford University Press, 1983.

⁴ Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, ter perse.

Vaccinatie

Van Veen vraagt zich af, hoe het komt dat slechts 35 procent van degenen voor wie volgens het Staatstoezicht op de Volksgezondheid een indicatie voor influenzavaccinatie bestaat, ook werkelijk wordt ingeënt. Hij somt verschillende factoren op, die voor dit povere resultaat verantwoordelijk zouden kunnen zijn, maar vermeldt niet de belangrijkste oorzaak: 'Wanneer men van de huisarts verwacht dat hij zich intensief met de preventie van infectieziekten zal bezighouden, dan dient hij tijdens de basisopleiding, respectievelijk tijdens de specifieke opleiding, hiertoe gemotiveerd en niet vergeten vertrouwd te worden gemaakt. Wanneer daarna blijkt dat, eenmaal in de praktijk werkzaam, intensieve preventie van infectieziekten (...) niet of onvoldoende wordt bedreven door de huisarts, dan kan de enige conclusie zijn, dat de opleiding niet adequaat is geweest'.² Hetzelfde geldt mutatis mutandis voor de nascholing van de huisarts.

Dat een actief beleid ten aanzien van influenzavaccinatie waarbij een geautomatiseerd zoeken oproepsysteem een centrale rol speelt, zoden aan de dijk zet, is duidelijk, ook al is de toename van 35 naar 50 procent niet spectaculair. Voor de huisarts-historicus is het mogelijk aardig te weten, dat in de Verslagen en Mededelingen betreffende de Volksgezondheid nummer 11, november 1959 voor het eerste een advies inzake influenza en haar complicaties is verschenen. Bij missive van 20 januari 1960 van de Ziekenfondsradaad werd een aantal indicaties gegeven, waarvoor influenzavaccin voor verzekerden kon worden verkregen. In oktober 1960 werd tijdens een bijeenkomst van een studiegroep van het NHG-centrum Rotterdam door twee huisartsen verslag uitgebracht betreffende de aantallen patiënten in hun praktijken, die volgens de genoemde (zeer strenge) indicaties (zonder diabetes) in aanmerking kwamen voor influenzavaccinatie.³ Het selecteren van de patiënten was verricht met behulp van het kaartstelsel, waartoe elke kaart moest worden gelicht. Was eenmaal een dergelijke lijst van patiënten aangelegd, dan was het voor de jaarlijkse acties slechts nodig de lijst bij te houden.

In de twee praktijken ging het toen om 79 en 54 patiënten op respectievelijk 4000 en 3100 zielen. Tot 1982 – toen de praktijk wegens pensionering

werd beëindigd – werd deze werkwijze jaarlijks moeiteloos en tot ieders tevredenheid gevolgd. Non-respons was zeldzaam.

A. Hofmans

¹ Van Veen WA. Influenzavaccinatie: hoe effectief is het beleid? [Commentaar]. Huisarts Wet 1990; 33: 415-6.

² Hofmans A. Nascholing van de huisarts. In: Bremer GJ, Van Es J, Hofmans A. Inleiding tot de huisartsgeneeskunde. Leiden: Stenfert Kroese 1969: 457-81.

³ Van Westreenen E, Hofmans A. Organisatie in influenza-immunisatie in de algemene praktijk. Huisarts Wet 1961; 4: 87-8.

Naschrift

Kort na het schrijven van het commentaar bezocht ik een internationale conferentie over influenza in Londen. Ook daar werd gewezen op het grote belang van adequate aandacht voor influenza in de opleiding en nascholing van huisartsen. Veel leerboeken vermelden vrijwel niets wat relevant is voor de huisarts, en volstaan met vaak reeds lang achterhaalde opvattingen. Des te opmerkelijker is het dat huisartsen er kennelijk incidenteel in slagen om zinvolle preventie te bedrijven op een systematische wijze.

Het manco in de opleiding is waarschijnlijk niet zozeer dat er onvoldoende aandacht aan preventie wordt besteed. Wel betwijfel ik of voldoende geleerd wordt het kaf van het koren te scheiden, en aantoonbaar zinvol gebleken preventieve activiteiten in praktijk te brengen. Betrekkelijk banale praktische problemen, zoals de verstrekking van vaccins, kunnen zoveel rompslomp geven dat veel huisartsen maar afzien van een actief vaccinatieprogramma.

Intussen weten we al sinds de beschrijving door William Farr van de epidemie in Londen van 1847, dat influenza gepaard gaat met een forse oversterfte, in Nederland jaarlijks gemiddeld meer dan 2000 vooral betreffende gezonde ouderen.¹ Wordt het niet tijd voor een NHG-standaard, inclusief een sterkte-zwakke analyse van de organisatorische aspecten van een doeltreffend vaccinatieprogramma?²

W.A. van Veen

¹ Sprenger MJW. The impact of influenza: an epidemiological study of morbidity, direct mortality & related mortality (Dissertatie). Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1990.

² Rosser WW, Lamberts H. Do our patients receive maximum benefit from preventive care? A North American perspective. Br J Gen Pract 1990; 40: 426-9.

Urologie, hoofdpijn, kleine chirurgie, voeding, psychische problematiek

Urologie

Klaas Everts, 16 jaar, komt bij de huisarts met hevige pijn aan zijn rechter teelbal. Deze pijn is acuut ontstaan en bestaat nu ruim één uur. Bij onderzoek is het scrotum rood en gezwollen en is de testis bij palpatie zeer gevoelig. Het is onmogelijk de epididymis af te grenzen van de testis. **1** In dit geval is de diagnose epididymitis waarschijnlijker dan torsio testis.

Mevrouw Hoes komt met haar zoontje Bart, 4 jaar, op het spreekuur. Bart heeft de laatste maanden een toenemende zwelling in zijn rechter scrotum. Bij onderzoek ziet de huisarts een grote zwelling (2 bij 3 cm) in het rechter scrotum. De kleur van de huid is normaal. De zwelling is diafaan (licht doorlatend). De palpatie is niet pijnlijk, de testikels zijn beiderzijds normaal van grootte. De huisarts stelt de diagnose hydrocèle testis. Op een vraag van de moeder vertelt hij dat een hydrocèle in de meerderheid van de gevallen in de loop der jaren spontaan verdwijnt.

2 Deze informatie is correct.

Meneer De Nooy, 45 jaar, komt bij de huisarts met de klacht: pijn in de onderbuik en vocht uit de penis. Hij voelt zich ook rillerig. Bij navraag blijkt het plassen pijnlijk. Hij plast ook vaker dan normaal, ook 's nachts. Meneer is weduwnaar en zegt geen seksuele contacten te hebben gehad sinds de dood van zijn vrouw, twee jaar geleden. Hij laat een gaasje zien, waarin hij wat secreet uit de penis heeft opgevangen. Dit is geel van kleur. **3** Genoemde klachten en symptomen passen bij de diagnose acute prostatitis.

Hoofdpijn

Mevrouw van der Vliet, bekend met klassieke migraine, is 4 maanden zwanger. De migraine-aanvallen nemen de laatste tijd in heftigheid toe. Ascalpoeders helpen niet meer. Ze vraagt de huisarts nu om een ander medicijn. Deze realiseert zich dat een zwangerschap in de regel een contra-indicatie vormt voor het geven van een ergotaminepreparaat.

4 Dit geldt alleen voor de eerste 3 maanden van de graviditeit.

5 Indien een behandeling met een ergotaminepreparaat wordt ingesteld, dan geldt in het algemeen dat toediening per zetpil de voorkeur verdient boven orale toediening.

De huisarts wordt met spoed ontboden bij de heer Spijker, 63 jaar, die tijdens een spelletje kaart plotseling heftige pijn in het achterhoofd kreeg. Bij binnenkomst treft de huisarts hem in bed aan. Patiënt houdt zijn rechterhand in zijn nek. Hij heeft een helder bewustzijn en heeft niet

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, Bijhouwerstraat 6, 3511 ZC Utrecht.

gebruikt. Bij onderzoek vindt de huisarts geen nekstijfheid.

6 In dit geval is een aanval van (een variant van) migraine waarschijnlijker dan een subarachnoidale bloeding.

Kleine chirurgie

De huisarts wil bij de 50-jarige heer Albers met behulp van de hyfrecator een fibroompje in het gelaat weghalen. De heer Albers vraagt of de huisarts wil verdoven door middel van 'bevriezing' in plaats van door middel van een injectie. Hij is namelijk nogal bang voor spuiten. De huisarts wil dit niet doen. Hij zegt (terecht) dat chlooraethylspray niet in combinatie met de hyfrecator gebruikt kan worden.

7 De belangrijkste reden hiervoor is dat de verdoving dan niet werkzaam is.

De huisarts behandelt een oppervlakkig wondje op de kin van de 4-jarige Bas met acrylaatlijm. Alvorens de lijm op de gezonde huid van de wondranden aan te brengen, brengt hij ook wat lijm in de wond, teneinde de diepere huidlagen te plakken.

8 Deze handelwijze is correct.

Mevrouw Sneller, 54 jaar, vertelt op het spreekuur van de huisarts bijna de gehele nacht niet geslapen te hebben in verband met pijn aan haar anus. Ze kan ook bijna niet op de stoel blijven zitten. Bij onderzoek constateert de huisarts een getromboseerd uitwendig haemorrhoid. Zij besluit tot incisie en exprimatie van de thrombus. Ze geeft daartoe eerst anaesthesie door boven op het haemorrhoid oppervlakkig een lokaal anaestheticum in te spuiten.

9 Dit is in dit geval een correcte plaats voor anaesthesie.

Na incisie en exprimatie van de thrombus hecht de huisarts de wond.

10 Dit is een correcte handelwijze.

De heer Hoogendoorn, 35 jaar, heeft een abces op de rechter bovenarm. De huisarts besluit tot incisie en drainage. Na desinfectie en steriel afdekken geeft hij eerst infiltratie-anaesthesie door rondom en onder het abces een veldblokkade te leggen.

11 Dit is in dit geval een correcte wijze om anaesthesie te geven.

Voeding

De heer De Beuk, 64 jaar, komt op het spreekuur van de huisarts. 'Het zal wel weer jicht zijn', zegt hij. Hij laat zijn rechter grote teen zien, die flink rood en gezwollen is. De huisarts denkt inderdaad aan een acute jichtaanval. Omdat het al de derde keer is, wil de heer De Beuk graag weten wat hij kan doen om een nieuwe aanval te voorkomen. De huisarts geeft hem onder meer een voedingsadvies. In het geval van de heer De Beuk is het aan te bevelen de volgende voedingsmiddelen te vermijden:

12 Orgaanvlees (bijvoorbeeld lever, nier).

13 Schaal- en schelpdieren.

14 Melk.

Psychische problematiek

De heer Stokvis, 65 jaar, gebruikt al enige jaren haloperidol, 2 x 2,5 mg/dag, in verband met een waan. Sinds enkele weken klaagt hij over beven van de handen en is hij moeilijker gaan lopen. De huisarts verklaart de klachten als extrapyramidale bijwerkingen van de Haloperidol.

15 In dit geval zijn anticholinergica, bijvoorbeeld biperideen geïndiceerd.

De huisarts behandelt de 44-jarige heer Nuytens al geruime tijd in verband met een depressie. De laatste tijd gaat het alleen maar slechter met hem. Hij sluit zich steeds meer af van zijn sociale omgeving, omdat 'toch niemand me begrijpt'. Verder heeft hij af en toe agressieve uitingen naar zijn echtgenote en kinderen. Van een broer heeft de huisarts gehoord dat de heer Nuytens de laatste tijd vaker praat over het plegen van zelfmoord. De huisarts probeert het suïciderisico bij de heer Nuytens in te schatten. De volgende gegevens in het verhaal van de heer Nuytens pleiten voor een verhoogd suïciderisico:

16 Het feit dat de heer Nuytens zich steeds meer afsluit van zijn sociale omgeving.

17 De agressieve uitingen.

18 Het feit dat de heer Nuytens praat over het plegen van zelfmoord.

Antwoorden op pag. 196.

Literatuur

Vraag 1

Williams JL. Een diagnostisch protocol van acute pijn in het scrotum. *Mod Med* 1985, nr. 12: 1159-63.

Vraag 2

Van de Lisdonk EH, et al. Ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1990: 241-2.

Vraag 3

De Boer J. *Urologie*, 1987, blz. 168.

Vraag 4

Farmacotherapeutisch Kompas 1989, blz. 250 e.v.

Vraag 5

Drost D, Spierings ELH. Hoofdpijn. Utrecht: Bunge, 1984: 18.

Vraag 6

Bijblijven 1985, nr. 5, blz. 43-6.

Vragen 7-8

Van den Bosch W, Voorn Th. Kleine chirurgie in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1986; 29: 243-7.

Vragen 9-10, 11

Kunz MG. Kleine chirurgie. Heelkunde in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1988: 56, 48.

Vragen 12-14

Van Binsbergen JJ, Van Staveren WA. Voeding. Utrecht: Bunge, 1990: 44.

Vraag 15

Farmacotherapeutisch kompas 1990/91, pag. 33.

Vragen 16 t/m 18

Gersons BPR. Acute psychiatrie. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1986: 202-5.

OUDE JAARGANGEN

Huisartsen die oude jaargangen van *Huisarts en Wetenschap* willen aanbieden, en huisartsen die geïnteresseerd zijn in overname van oude jaargangen, kunnen zich *schriftelijk* wenden tot het redactiesecretariaat: Postbus 14015, 3508 SB Utrecht; beide partijen worden dan met elkaar in contact gebracht. De redactiecommissie gaat er daarbij van uit dat voor een dergelijke overname niet meer hoeft te worden betaald dan de verzendkosten. Overigens aanvaardt de redactiecommissie generlei aansprakelijkheid voor de transacties die uit haar bemiddeling mochten voortvloeien.

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.

Het intervalcarcinoom – een carcinoom dat ontstaat binnen 36 maanden na een negatieve screeningsuitslag – kan voor rekening komen van nieuw gevormde carcinomen, maar ook een gevolg zijn van een suboptimale verzameling of beoordeling van het materiaal. In dit onderzoek bleek dat op elke 100.000 negatief beoordeelde uitstrijken in 13 gevallen binnen drie jaar toch een cervixcarcinoom werd vastgesteld. Bij in totaal 136 van de 1044 vrouwen met een cervixcarcinoom was in de voorgaande drie jaar een negatieve cytologie gevonden. Bij herbeoordeling van de 136 preparaten werden in slechts 34 uitstrijkjes endocervicale cellen aangetroffen en kon 77 maal de eerdere negatieve beoordeling niet worden bevestigd. De auteurs berekenen dat het bij ongeveer 1,5 procent van de intervalcarcinomen om een echt intervalcarcinoom ging, en dat er in de overige gevallen sprake was van een fout-negatieve uitslag.

Pieter Wibaut

Five years outcome in patients withdrawn from long term treatment with diazepam Holton A, Tyrer P. *Br Med J* 1990; 300: 1241-2.

Bij 41 patiënten die vanwege hun langdurig gebruik van benzodiazepines een ontwenningprogramma hadden gevolgd, werd na vijf jaar nagegaan hoe het ermee stond. Zes patiënten hadden nooit meer psychofarmaca gebruikt. Bijna de helft gebruikte tijdens de follow-up weer benzodiazepines (14) of andere psychofarmaca (4). Zeventien patiënten hadden gedurende de afgelopen vijf jaar gedurende enige tijd weleens benzodiazepines gebruikt, maar waren gestopt op het moment van de follow-up. Het grootste deel was dus binnen vijf jaar weer benzodiazepines gaan gebruiken, maar mistens de helft hiervan kon het gebruik na enige tijd kennelijk zonder veel moeite weer stoppen.

Pieter Wibaut

A prospective study of the development of diabetes in relatives of patients with insulin-dependent diabetes Riley WJ, Maclaren NK, Krischer J, et al. *N Engl J Med*, 1990; 323: 1167-72.

Insuline-afhankelijke diabetes mellitus (IDDM) wordt tegenwoordig algemeen gezien als een auto-immuunziekte. Auto-antilichamen tegen antigenen uit het cytoplasma van pancreas-eilandcellen zijn jaren geleden al ontdekt. In dit

onderzoek is gekeken naar de hoeveelheid aanwezige antilichamen bij familieleden van patiënten met IDDM, en de waarde hiervan bij het voorspellen van het risico op het ontwikkelen van IDDM bij die familieleden. Ook werd gekeken naar andere determinanten voor het risico op IDDM.

Bij ongeveer 4000 familieleden van patiënten met IDDM (vooral eerstegraads, maar ook tweede- en derdegraads) werd gedurende tien jaar om de twee jaar serum afgenomen, waarna dit werd onderzocht op de aanwezigheid van deze auto-antilichamen. Jaarlijks werd geïnformeerd of de proefpersonen wel of niet IDDM hadden gekregen.

Bij de eerste test hadden 125 mensen (3,1 procent) eilandcelantilichamen; na enkele jaren kwamen daar nog 21 mensen bij. Auto-antilichamen werden vaker aangetroffen (tijdens de eerste test) bij tweelingbroers of -zusters van patiënten, bij familieleden <20 jaar en bij mensen die verscheidene familieleden met IDDM hadden. Veertig personen, van wie 27 mét eilandcelantilichamen en 13 zonder, ontwikkelden IDDM tijdens de follow-up periode. Het risico op IDDM bleek significant groter te zijn bij personen met antilichamen tegen eilandcellen (relatief risico van 68!), bij personen met verscheidene familieleden met IDDM (relatief risico 2,1), bij personen <10 jaar bij de eerste test (relatief risico 2,9), en bij mensen van het zwarte ras (relatief risico 3,4). Familieleden met een hogere titer van antilichamen hadden ook meer kans op het ontwikkelen van IDDM.

De auteurs achten de verkregen informatie van belang voor het adviseren van families, voor het ontwikkelen van screeningprogramma's en voor het ontwikkelen van interventietrials gericht op preventie van het klinische begin van de ziekte.

Germa Joppe

Platelet hyperactivity and prognosis in survivors of myocardial infarction Trip MD, Van Capelle FJL, Vreeken J. *N Engl J Med* 1990; 322: 1549-53.

In dit Nederlandse onderzoek wordt nagegaan of een verhoogde neiging tot aggregatie van trombocyten een voorspellende waarde heeft voor het optreden van een recidief-infarct. Aan dit prospectieve onderzoek werd deelgenomen door 149 mannen die hun eerste myocardinfarct hadden overleefd. Spontane trombocyten-aggregatie werd drie maanden na het infarct gemeten en daarna elke zes maanden.

De mannen bij wie binnen tien minuten spontane trombocyten-aggregatie optrad, hadden een driemaal zo grote kans op een recidief-

infarct als de mannen bij wie deze aggregatie na twintig minuten nog niet was opgetreden. De schrijvers denken dat trombocyten-aggregatie een biologische index is voor risicogroepen voor een myocardiinfarct. Of deze verhoogde trombocyten-aggregatie ook de oorzaak is van een recidief-infarct, achten zij niet bewezen.

H.G. Frenkel-Tietz

Ten year mortality from cardiovascular disease in relation to cholesterol level among men with and without pre-existing cardiovascular disease Pekkanen J, Linn S, Heiss G, et al. *N Engl J Med* 1990; 322: 1700-7.

In dit onderzoek wordt nagegaan in hoeverre er een verband bestaat tussen hoog cholesterol, hoog low density lipoproteïne (LDL) en laag high density lipoproteïne (HDL) en het optreden van hartdood. Ruim 2500 mannen, die bij het begin van het onderzoek 40 tot 65 jaar waren, werden gemiddeld tien jaar gevolgd met controles van hun bloedlipiden. Van hen had 17 procent reeds bij het begin van het onderzoek een hartvaatliden.

Het bleek dat de kans op een hartdood bij de hoogste cholesterolwaarden tot het vijfvoudige steeg bij mannen met een pre-existent hartvaatliden en tot het drievoudige bij mannen zonder een dergelijk lijden bij het begin van het onderzoek. De verschillen waren bij hoge LDL- en lage HDL-waarden nog duidelijker. De conclusie is dat het cholesterolgehalte en de waarden van LDL en HDL significant prognostische waarde hebben, en dat het mogelijk nut heeft deze waarden medicamenteus of door dieet te beïnvloeden, ook bij mannen die reeds een hartvaataandoening hebben.

H.G. Frenkel-Tietz

Advising patients with artificial heart valves [Editorial]. *Lancet* 1990; 336: 152.

Alle patiënten met een hartklepimplantatie lopen het risico op bepaalde complicaties, zoals kleptrombose, cerebrale of coronaire embolieën en mechanische klepproblemen. Na de calamiteiten met de Bjork-Shiley kleppen vroegen veel patiënten hun arts om raad. Het ging om een charge uit 1981 en 1982, waarbij het risico op een mankement 0,295 procent per jaar bedraagt. De kans op een dodelijke afloop bij een operatie ter vervanging van de klep bedraagt 13 procent. Het antwoord op de vraag 'Moet ik de kunstkleppen laten vervangen?' is dus niet moeilijk. Wél moeten patiënt en arts zich goed bewust zijn van de symptomen van een falende hartklep: hypoten-

sie, longoedeem, forse dyspnoe, afwezigheid van pijn op de borst en tikken van de kleppen.

Bij klepproblemen hangt de prognose af van een snelle diagnose en spoedoperatie (en veel geluk). Het is dan ook belangrijk dat de patiënt altijd de gegevens over zijn kleppen bij zich draagt en dat hij niet als een patiënt met een hartinfarct wordt beschouwd. De tijd tussen het ontstaan van het klepgebrek en het overlijden of de reparatie-operatie varieert van minuten tot 15 uur, afhankelijk van de reserve van de hartspeer en de longvaten van de patiënt.

Thijs Sanders

Effect of breast-feeding on antibody response to conjugate vaccine Pabst HF, Spady DW. *Lancet* 1990; 336: 269-70.

De auteurs hadden reeds gevonden dat kinderen die borstvoeding krijgen, na BCG-vaccinatie een betere immuniteit verwerven. Nu onderzochten zij of dit verband ook gevonden kon worden na de inenting tegen *Haemophilus influenzae* (0,5 ml) en DTP (1,0 ml).

Bij à terme geboren gezonde kinderen met een geboortegewicht van 2,8 kg of meer werd op de leeftijd van 2, 4 en 6 maanden een voedinganamnese opgenomen, terwijl onmiddellijk voor elke inenting en op de leeftijd van 7 en 12 maanden bloed werd afgenomen. Bij 2 en 4 maanden werd geen significant verschil gevonden tussen de 59 kinderen die gedurende minstens één maand volledige borstvoeding hadden ontvangen, en de 28 kinderen die uitsluitend flesvoeding hadden gekregen. Op de leeftijd van 7 en 12 maanden was de antilichamentiter bij de kinderen met borstvoeding echter beduidend hoger dan bij de kinderen met flesvoeding.

Op grond van deze uitkomsten verdient het aanbeveling bij evaluatieonderzoeken naar de vaccinatie bij jonge kinderen rekening te houden met de voedingsanamnese.

Thijs Sanders

Abortus in Nederland 1987/1988 Rademakers J. Utrecht: Simezo, 1991; prijs NLG 12,50. Te bestellen via Simezo Nederland, Pieterstraat 11, 3512 JT Utrecht; telefoon 030-312.531.

Evenals in de voorgaande jaren is in 1987 en 1988 het aantal zwangerschapsafbrekingen in Nederland gedaald. Die daling is het gevolg van een verdere afname van het aantal buitenlandse cliënten. Toch is nog steeds bijna de helft van de cliënten afkomstig uit het buitenland, met name uit West-Duitsland, België en Spanje.

Het aantal Nederlandse cliënten heeft zich sinds 1984 gestabiliseerd. In 1987 werden 17.760 in Nederland wonende vrouwen behandeld, in 1988 waren dat er 18.014. Het abortuscijfer per 1000 vrouwen in de vruchtbare leeftijd bedroeg in beide jaren 5,1. Daarmee lijkt een relatieve ondergrens te zijn bereikt.

Nederland heeft het laagste abortuscijfer ter wereld. In Engeland ligt dit cijfer op 14,2, in Zweden op 19,8, in de Verenigde Staten op 28,0 en in de USSR op 181,0.

Bijna de helft van de Nederlandse abortuscliënten is tussen de 20 en 30 jaar oud. Eénderde is gehuwd. Het relatieve aandeel van de allochtone vrouwen in de abortuspopulatie neemt toe: in 1988 was één op de drie cliënten van allochtone herkomst.

Vaginisme en dyspareunie Moors JPC, red. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1990; 150 pagina's, prijs NLG 37,50. ISBN 90-368-02172.

Kleine gids geestelijke gezondheidszorg 1990-91 Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1990; 169 pagina's, prijs NLG 22,50. ISBN 90-313-1098-0.

Medische woordenboek Engels/Nederlands Nederlands/Engels 3e dr. Mostert FJA. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1990; 206 pagina's; prijs NLG 59,50. ISBN 90-313-1078-6.

Incontinentie en hulpverlening De Bruin AJJ. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1990; 308 pagina's, prijs NLG 65,—. ISBN 90-313-1050-6.

Ouderen en geneesmiddelen [Gerontologische reeks]. Goedhard WJA, Knook DL. Houten: Bohn Stafleu, Van Loghum, 1991; 110 pagina's, prijs NLG 39,—. ISBN 90-6016-849-6.

Klinische immunologie The TH, Kallenberg CGM, De Leij L. Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum, 1991; 378 pagina's, prijs NLG 77,50. ISBN 90-313-1157-X.

KENNISTOETS

Antwoorden van pag. 195.

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

Eerder thuis – beter af? Een kleinschalig explorerend-beschrijvend onderzoek naar de voorwaarden voor en consequenties van vervroegd ontslag van chirurgische patiënten. [Dissertatie] Swinkels MAA. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1990; 289 pagina's.

Sinds de structuurnota van Staatssecretaris Hendriks staat het substitutiebeleid bij de Overheid centraal. In de zeventiger jaren werd de term thuiszorg dan ook veelvuldig gebruikt. Inmiddels is met name de opnameduur sterk bekort: ziekenhuizen zijn te duur geworden.

De laatste tijd krijgt de term thuiszorg opnieuw veel aandacht. Nu gaat het echter om bekorting van de opnameduur na operaties en bij ernstig chronisch zieken. In dit proefschrift wordt een kleinschalig explorerend-beschrijvend onderzoek beschreven onder 30 patiënten die na een operatie vervroegd zijn ontslagen. De onderzoekspopulatie bestond uit patiënten uit de zes praktijken van één waarneemgroep, waarvan vier huisartsen werkzaam waren in een gezondheidscentrum en twee in een duopraktijk.

Alle patiënten die in het Bleuland Ziekenhuis te Gouda werden opgenomen voor een appendectomie, electieve cholecystectomie, hernia inguinalis, operatie of excisie van varices, kwamen in beginsel in aanmerking voor dit experiment. Patiënten met voldoende motivatie en zonder contra-indicaties werden in een experimentele groep opgenomen. Uit vergelijkbare patiënten van huisartsen die niet aan het experiment deelnamen, werd een controlegroep samengesteld.

Na vervroegd ontslag werd thuiszorg geboden door huisgenoten en professionele hulpverleners, zoals huisarts en wijkverpleegkundigen. Er werd een gestructureerde samenwerking nagestreefd door middel van protocollen, informatie-overdracht en dergelijke.

In totaal hebben 63 patiënten aan het onderzoek deelgenomen: 30 in de onderzoeksgroep, 33 in de referentiegroep. De onderzoeksgroep omvatte 1 patiënt met een cholecystectomie, de referentiegroep 11. Daarnaast werden 8 patiënten na een appendectomie, 8 na excisie van varices en 13 na een herniotomie vervroegd ontslagen.

De controlegroep vertoonde een scheve verdeling: 4 patiënten na appendectomie, 3 na excisie varices, 15 na herniotomie. De patiënten uit de onderzoekspopulatie werden allen korter opgenomen, met een variatie van 1 tot 2,7 dagen. Tijdens de opname werden 8 van de 30 patiënten uit de onderzoeksgroep door de huisarts bezocht, hetgeen niet met de referentiegroep verschildte. Na de opname ontvingen de patiënten met vervroegd ontslag vaker hulp van de huisarts dan de patiënten die niet vervroegd ontslagen waren. De huisartsen ervoeren geen tijdgebrek,

noch was aanpassing van de praktijkorganisatie nodig. Gemiddeld konden de patiënten uit de experimentele groep na de operatie zo'n 5 dagen eerder hun normale huishoudelijke bezigheden hervatten. Dit verschil betrof echter vrijwel uitsluitend de patiënten die een herniotomie ondergaan hadden.

Tegenover een geringe kostendaling in het ziekenhuis stond een duidelijke kostenstijging in de eerste lijn, met name door de verleende huisartsgeneeskundige zorg. e conclusie van de auteur, dat ondanks de kostenstijging vervroegd ontslag aanbeveling verdient, wordt geenszins door het onderzoek gerechtvaardigd. Ten eerste zijn de aantallen, zeker per operatiecategorie, dermate klein dat conclusies onmogelijk zijn. De onderzoeker heeft hiermee geen rekening gehouden; zo worden voor één patiënt met een cholecystectomie toch allerlei berekeningen uitgevoerd. Ten tweede is als gevolg van de opzet sprake van een selectie, zowel met betrekking tot de deelnemende huisartsen (één waarneemgroep, één ziekenhuis) als de patiënten (motivatie). Ten derde is onvoldoende nagegaan in hoeverre de referentiegroep vergelijkbaar was met de experimentele groep. De onderzochte factoren – zoals leeftijd, geslacht en verzekeringswijze – zijn zeker niet de enige verklarende variabelen. Men denke bijvoorbeeld aan sociale laag, gezondheidsstatus, satisfactie met de hulp van de huisarts en specialisten, en ziekte-gezondheidsgedrag. Tenslotte trekt de auteur, ondanks teleurstellende resultaten, toch verregaande conclusies, die slechts op persoonlijke interpretatie berusten.

Ondanks deze tekortkomingen is dit boek van belang, met name voor beleidsmakers. Het onderzoek kan echter het beleid ten aanzien van vervroegd ontslag niet rechtvaardigen. Hiervoor is een beter opgezet en gecontroleerd experiment noodzakelijk.

R.A. de Melker

Automatisering en wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk. De mogelijkheden en merites van een nieuw instrument [Dissertatie]. Höppener P. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1990. Handelsuitgave: Amsterdam: Thesis, 1990; 132 bladzijden. ISBN 90-5170-058-X.

In dit proefschrift worden de volgende twee stellingen onderzocht: automatisering van de huisartspraktijk vergroot de mogelijkheden voor wetenschappelijk onderzoek en voegt daarmee een nieuwe dimensie toe aan het werk van de huisarts, en de steeds verder voortschrijdende integratie van de computer in de huisartspraktijk zal de komende jaren de praktijkvoering efficiënter maken en de kwaliteit van het werk van

de huisarts verbeteren. De doelstelling van het onderzoek was vooral om na te gaan of een praktijkcomputer die voorzien is van een goed Huisarts Informatie Systeem (HIS), het praktisch uitvoerbaar maakt om de 'groene kaart' te vervangen en systematisch over te gaan tot probleemgeoriënteerde medische verslaglegging.

Na een bespreking van de historische ontwikkeling van de automatisering van Nederlandse huisartspraktijken wordt nagegaan in hoeverre de computer een rol heeft gespeeld bij onderzoek dat in de jaren 1979-1989 is gepubliceerd in *Huisarts en Wetenschap*. Daarbij worden ook veronderstellingen uitgesproken over de mate waarin het gebruik van een computer bepaalde onderzoeken zou hebben kunnen vergemakkelijken. Na een beschrijving in vogelvucht van de in Nederland gebruikte computerprogramma's voor de huisartspraktijk volgen de eerder in *Huisarts en Wetenschap* gepubliceerde beschrijving van het Registratienet Huisartspraktijken van de Rijksuniversiteit Limburg, en een beschrijving van de wordingsgeschiedenis van dit Registratienet. Het eveneens in H&W gepubliceerde artikel over de mate waarin diabetespatiënten in de registratienet-praktijken waren ingesteld, wordt gebruikt als voorbeeld van een onderzoek dat goed met behulp van de binnen het Registratienet verzamelde gegevens kan worden uitgevoerd. Een tweede voorbeeld heeft betrekking op een vergelijking tussen de in het Registratienet verzamelde gegevens over de diagnose kanker en de over dezelfde populatie verzamelde gegevens in de registratie van het Integraal Kankercentrum Limburg. Het aantal 'echte missers' lag bij beide registraties rond 5 procent. Geconcludeerd wordt dat beide registraties elkaar kunnen aanvullen.

In het hoofdstuk over de bereikbaarheid van de 'groene kaart' bij waarneming wordt de uitwisseling van patiëntgegevens op diskette besproken. Aan een steekproef van patiënten werd gevraagd wat men van een dergelijke uitwisseling vond. Dat gebeurde *terwijl* al met dit systeem werd gewerkt. Weliswaar tekende slechts 10 procent van de patiënten bezwaar aan, maar in een eerder hoofdstuk – gepubliceerd in de *British Medical Journal* en in *Medisch Contact* – was gebleken dat niet minder dan 30 procent bang was voor inbreuken op de privacy. In de bijlagen maken een ethicus, een jurist en een vertegenwoordiger van de patiëntenorganisaties dan ook bezwaar tegen deze gang van zaken.

Geconcludeerd wordt dat door de beschreven onderzoeken de twee geformuleerde stellingen in ruime mate worden onderbouwd.

Het boek heeft veel goede kanten, maar er zijn ook punten van kritiek aan te voeren. Terwijl iedere gebruiker weet dat werken met de compu-

ter, naast vreugde, ook frustraties kan opleveren, lijkt in de literatuur de nadruk óf op de negatieve kanten óf op de positieve kanten te worden gelegd, waarbij de laatste categorie overheerst. Zo lijkt het in dit boek alsof slechts het aanschaffen van een HIS met mogelijkheden voor coderen via de ICPC van de huisarts een onderzoeker kan maken. Anderzijds blijkt juist uit de literatuuranalyse van de veronderstelde meerwaarde van computergebruik, dat kritisch denken een veel belangrijker voorwaarde is. Bij mijn eigen onderzoek naar digoxine in de huisartspraktijk bijvoorbeeld stelt de auteur dat de computer 'bijna onmisbaar' zou zijn, omdat het 'doorpluizen van de apotheekadministratie' voor de dataverzameling monnikenwerk zou zijn. In feite kon de onderzoekspopulatie in drie maanden tijd door de apotheekassistente worden geïdentificeerd via de herhaalreceptuur. Het trekken van conclusies op grond van dergelijke twijfelachtige veronderstellingen gaat wat ver, zoals ook door de auteur wordt toegegeven. Toch gebruikt hij deze conclusies om zijn stellingen te onderbouwen.

Desondanks past waardering voor het bewerken van een proefschrift 'als resultaat van een lange periode van als huisarts omgaan met gezonde en zieke mensen, in combinatie en geïntegreerd met het werken met computers, die ook vaak wat mankeerden.'

W.A. Meyboom

Treatment of asthma and chronic bronchitis in patients from general practice [Thesis]. Van Schayck CP. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1990.

In dit boek worden enkele studies op het gebied van de diagnostiek en therapie van Cara beschreven. Om te beginnen wordt een vergelijking gemaakt tussen patiënten die bij de longarts onder behandeling zijn, en patiënten die uitsluitend door de huisarts worden gezien. De laatste blijken minder vaak allergisch te zijn; de ernst van de klachten of longfunctiestoornissen verschilt echter niet. Dit gegeven werpt de vraag op, welke verwijsindicaties de huisarts hanteert (en zou moeten hanteren) bij Cara-patiënten.

Vervolgens beschrijft de auteur een tweetal studies naar de waarde van eenvoudige longfunctie-apparatuur (een piekstroommeter en een flow-volumemeter). Beide blijken in de huisartspraktijk te voldoen, wanneer men zich bewust is van de beperkingen en randvoorwaarden, zoals een goede, regelmatige instructie van de patiënt.

Er bleek een (matig) verband te bestaan tussen de bevindingen bij lichamelijk onderzoek enerzijds en (de ernst van) luchtwegobstructie anderzijds. De onderzoeker trapt een open deur

in wanneer hij hierbij concludeert: 'Fysische diagnostiek lijkt meer te zijn dan een symbolisch ritueel bij het behandelen van chronische luchtwegaandoeningen, en het zou als volwaardig onderdeel van de reguliere behandeling van Cara-patiënten beschouwd kunnen worden'. Het probleem zit hem in de praktijk niet in de gevallen waarbij het lichamelijk onderzoek duidelijke afwijkingen vertoont, maar juist wanneer de bevindingen van het onderzoek normaal zijn; dit sluit immers Cara niet uit.

Het verband tussen bronchiale hyperreactiviteit en luchtwegklachten bleek bij chronische bronchitis sterker te zijn dan bij astma, terwijl in beide gevallen een matig verband met de longfunctie bestond. Het bestaan van allergie én hyperreactiviteit bij astmapatiënten verhoogt de kans op een snellere achteruitgang van de longfunctie. Dit zou kunnen pleiten voor een actieve preventieve benadering van deze patiënten.

Het gebruik van een beta-sympathicomimeticum voor het opheffen van luchtwegobstructie werd vergeleken met het gebruik van een anticholinergicum. De reactie op een beta-mimeticum bleek vooral goed te zijn bij jongeren en mensen met allergie; een anticholinergicum werkte beter bij ouderen en bij niet-allergische patiënten. Verrassend is de bevinding, dat continue toediening van een beta-mimeticum op den duur tot een slechtere longfunctie leidt dan uitsluitend gebruik bij klachten.

Al met al een proefschrift, dat veel waardevols biedt voor de huisarts. Dit maakt het meer tot een huisartsgeneeskundig proefschrift dan de toevoeging 'patients from general practice' in de titel. De resultaten van deze onderzoeken kunnen een rol spelen bij het opstellen van standaarden voor de diagnostiek en behandeling van Cara door de huisarts. De auteur maakt impliciet duidelijk, dat 'Cara' terrein verliest, wanneer 'astma' en 'chronische bronchitis' zich meer profileren. Aanbevolen voor geïnteresseerde huisartsen en verplichte kost voor opstellers van standaarden en leerprogramma's.

M. de Haan.

The impact of influenza. An epidemiological study of morbidity, direct mortality & related mortality [Dissertatie]. Sprenger MJW. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1990; 127 bladzijden.

William Farr, een van de grondleggers van de moderne epidemiologie, analyseerde de sterfte tijdens de influenza-epidemie van 1847/1848 in Londen. Toen al kon Farr met eenvoudige hulpmiddelen vaststellen dat de aan influenza gerelateerde sterfte aanzienlijk hoger was dan rechtstreeks was af te leiden van de sterfte die geregi-

streerd werd voor influenza als officiële doodsoorzaak alleen. Voor de berekening van deze oversterfte ontwikkelde hij een methode op basis van seizoencorrecties.

Met moderne analysetechnieken onderzocht Sprenger de aan influenza gerelateerde sterfte in Nederland gedurende de periode 1967-1989. Met in eerste instantie vier gegevens (maand, jaar, bevolkingsgrootte en influenza-activiteit) werd een wiskundig model ontwikkeld om te totale sterfte zo nauwkeurig mogelijk te verklaren. Vervolgens werd de oversterfte geschat en werd bepaald welke doodsoorzaken te maken hebben met deze oversterfte. De gebruikte gegevens zijn alle ontleend aan het CBS.

Uit de resultaten blijkt onder meer dat 95 procent van de oversterfte plaatsheeft in de leeftijdsgroep van 60 jaar en ouder. In deze leeftijdsgroep zijn gemiddeld meer dan 2000 sterfgevallen per jaar toe te schrijven aan influenza. Tijdens ernstige epidemieën kan een kwart van de sterfte gerelateerd zijn aan influenza.

Bij de analyse naar doodsoorzaak werden drie groepen onderscheiden: hartziekten, longziekten en alle overige doodsoorzaken. Het blijkt dat de helft van de oversterfte toevallig aan de groep hartziekten, 25 procent aan longziekten en 30 procent aan de restgroep. De leeftijdsverdeling (95 procent boven de 60 jaar) geldt globaal voor iedere groep. Binnen de groep hartziekten blijkt de oversterfte voor het grootste deel (44 procent) voor te komen in de subgroep ischemische hartziekten. Binnen de groep longziekten is de oversterfte ongeveer gelijk verdeeld over pneumonie en Cara.

Daarnaast is de influenza-activiteit onderzocht met als maat de incidentie van influenza(-achtige ziektebeelden), zoals die sinds 1970 wordt geregistreerd door het landelijke netwerk van huisartsen-peilstations. De piek in de wekelijkse incidentiecijfers blijkt de influenzasterfte beter te voorspellen dan het totale aantal geregistreerde ziektegevallen gedurende een epidemie: de verklaarde variantie bedraagt 71 respectievelijk 52 procent. Sprenger stelde een drempelwaarde vast, bij een week-incidentiecijfer van 35 per 10.000 personen, waarboven de oversterfte relatief meer toeneemt. Als meest aannemelijke verklaring van dit fenomeen wordt aangegeven dat de neiging om de huisarts te raadplegen wegens griepklachten minder wordt wanneer een gezinslid met dezelfde klachten dat al gedaan heeft.

Dit promotie-onderzoek heeft al geleid tot vragen uit de Tweede Kamer. Uit de antwoorden van de Staatssecretaris van Volksgezondheid blijkt dat al enige tijd naar wegen gezocht wordt om de registratie en terugrapportage met betrekking tot influenza uit te breiden en op moderne

leest te schoeien, als onderdeel van een verbeterd surveillance-systeem voor infectieziekten in het algemeen. Het grote voorbeeld is hier Frankrijk, waar in 1984 een elektronisch systeem is opgezet voor de surveillance van influenza, dat sneller werkt en ook gevoeliger is, doordat naast incidentiecijfers ook andere gegevens gebruikt worden, zoals verzuimcijfers en verkoopcijfers voor bepaalde medicamenten. De verbeterde surveillance en gerichte voorlichtingsprogramma's hebben er inmiddels toe geleid dat Frankrijk de hoogste vaccinatiegraad in Europa kent.

De verdienste van dit onderzoek is vooral dat het nadrukkelijk de aandacht vestigt op een belangrijk volksgezondheidsprobleem, waar bovendien nog veel preventieve winst te behalen valt. De conclusies zijn van groot belang voor huisartsen, omdat zij een sleutelrol vervullen bij het bereiken van die preventieve winst. Voor de NHG zie ik de conclusies als een uitdaging voor het ontwikkelen van een standaard over influenzavaccinatie. De statistische finesses van het onderzoek zullen over het algemeen niet besteed zijn aan de huisarts.

W.A. van Veen

Marinus. Over kwalen, 'n paddescheet en andere ongemakken Van Laere R. Liempde: *Stichting kek Liemt*, 1990; 179 pagina's, prijs NLG 29,50. Besteladres: Den Achterhof 21, 5298 BG Liempde.

Het was ongeveer tien jaar geleden dat ik op zoek was naar een huisartspraktijk. Ik kwam in contact met de bevolking van Liempde, sprak met de burgemeester, de waarneemgroep en probeerde met de zittende huisarts een afspraak te maken teneinde de (on)mogelijkheden van een eventuele vestiging te bespreken. De zittende huisarts wenste geen afspraak te maken. Mensen in het dorp vertelden mij indertijd: als je een hartaanval hebt, kan het wel even duren voor de dokter komt, maar heb je een oude ansichtkaart van Liempde, dan is hij er meteen.

De auteur van dit boek blijkt de huisarts van tien jaar geleden te zijn. Hij heeft een prachtig boek geschreven over het leven op een dorp in het Brabantse land, het leven zoals zich dat afspeelde in de eerste helft van onze eeuw. Het boek is fraai geïllustreerd met oude prenten. Door avonden te buurten bij Marinus van Jozep van Marte Driekskes kon hij het leven en vooral de zorg voor de gezondheid vastleggen. Het gaat daarbij niet zozeer om het registreren van zorgstructuren van bovenaf, maar om hoe de mensen in die tijd omgingen met ziekte en gezondheid, welke opvattingen zij erop nahielden en vooral welke oplossingen zij kozen bij de behandeling van kwalen en ziekten. Het boek is een boeiend

relaas over bedevaartsheil, trekogen, koningszeer en vliegende jicht. Alles tot in detail beschreven, zonder franje veelal direct opgetekend uit de mond van Marinus, zelfs zonder het dialect te vertalen.

Het boek treft me als een bijzonder werkstuk. Ten eerste is het voor een groot deel geschreven in mijn moedertaal, het Brabants dialect dat ik op mijn twintigste pas verruilde voor beschaafd Nederlands. Overigens is het voor een niet-Brabander goed leesbaar en zeker goed te begrijpen. Ten tweede vind ik dit werk een voorbeeld van de vele mogelijkheden die huisartsen hebben om bepaalde aspecten van het leven in kaart te brengen. Als huisartsen realiseren wij ons slechts zelden het unieke voorrecht dat wij worden toegelaten tot de meest intieme zaken en gedachten van mensen.

Bij de start van mijn huidige praktijk had ik het plan om na een tiental jaren met een of meer boeiende ouderen in de praktijk lange gesprekken aan te gaan teneinde te pogen hun biografie uit te schrijven en uit te tekenen, waarbij de betekenis van ziekten en rouw de ophangpunten zouden moeten zijn. 'Marinus' is een voorbeeld van zo'n driedimensionaal portret. Met respect heb ik het gelezen. Het is de moeite waard voor elke Brabander, en voor de Hollanders die huisarts zijn, misschien een stimulerend boek om eens bewust rond te kijken in de rijkdom van de eigen werktuin.

Paul A. van Dijk

Echoscopie in de verloskunde en gynaecologie Wladimiroff JW, Stoutenbeek Ph, Hoogland HJ, Van Geijn HP, red. Utrecht: Bunge, 1990; 234 pagina's, prijs NLG 85,-. ISBN 90-6348-175-6.

De doelgroep voor dit boek wordt gevormd door nieuwelingen op het gebied van de gynaecologische en verloskundige echodiagnostiek. In dit kader begint het met hoofdstukken over de technische en fysische aspecten van ultrageluid, de normale anatomie van de foetus en het vrouwelijk genitaal. De basiskennis wordt kort, helder en overzichtelijk herhaald, onmisbaar voor diegenen die deze kennis niet meer paraat hebben. Dit geldt met name voor de echodiagnostiek van de jonge zwangerschap en aangeboren afwijkingen, die per orgaansysteem aan de orde komen. Daarnaast wordt een duidelijk overzicht gegeven van de echoscopisch zichtbare structuren in de verschillende ontwikkelingsstadia. Dit is vooral nuttig als hulp bij het verwijzen; de huisarts kan zo zien op welk moment van de zwangerschap en bij welke afwijkingen de echoscopie als niet-invasieve diagnostiek bij uitstek in aanmerking komt. Dergelijke overwegingen gelden ook voor het echoscopisch indicatiegebied

bij gynaecologische problemen, met name voor die afwijkingen, waarbij een conservatief beleid gerechtvaardigd is.

De bestudering van de ovaria door middel van echoscopie krijgt terecht aandacht; de voordelen van echoscopie hebben op dit terrein voor een ommezwaaier in de diagnostiek gezorgd. Men hoeft alleen maar te denken aan de voorheen invasieve diagnostiek bij ovariumcyste en bij fertiliteitsonderzoek.

Het boek is voorzien van prachtige illustraties. Mede daardoor is het niet alleen bruikbaar voor de beginnende echoscopist, maar ook voor de huisarts die met meer kennis van zaken, op het goede tijdstip en voor het juiste indicatiegebied echodiagnostiek wil aanvragen. Mogelijk vormt het tevens een stimulans voor groepspraktijken met een relatief jonge patiëntenpopulatie om de aanschaf van een echoapparaat in overweging te nemen.

Joke van der Waal

Verbanden en verbinden Robroek WCI, Van Beek C. Utrecht: Bunge, 1990; 69 bladzijden, prijs NLG 24,50. ISBN 90-6348-036-9.

Wat direct opvalt in dit boek over verbandleer anno 1990 is dat er geen beschrijving wordt gegeven van de door het NHG tot standaard verheven enkeltape volgens Coumans. Verder geen woord over moderne verbanden, zoals hydroactieve wondverbanden. Ook het al heel lang in de eerste hulp gebruikte metaline verband bij brandwonden wordt niet genoemd.

Wat biedt het boekje wel? Het aanleggen van klassieke verbanden, inclusief een gipsspalk, wordt – ook voor beginners – duidelijk en stapsgewijs behandeld. Eigenlijk dient in een 'verbandboekje' ook het eindigen van een verband te worden besproken. Dit kan namelijk op drie manieren: fixeren met een kleefpleister, fixeren met een netverband en fixeren door het verband in de lengte in te knippen en de twee slippes te knopen of te strikken. Elke methode heeft zijn voor- en nadelen. Naast de verbandtechnieken worden de afdruppelpunten bij slagaderlijke bloedingen vermeld. Ook hier is het boekje niet volledig; het afdrukken van de arteriae digitales palmares propriae door de bidgreep bij een slagaderlijke bloeding van de vingers ontbreekt.

Als dan ook nog een index ontbreekt, is mijn oordeel duidelijk: alleen aanschaffen als u niets van verbanden afweet en anders wachten op een uitgebreide tweede druk.

Peter Vonk

EGPRW-bijeenkomst in Wenen

Van 29 november tot en met 1 december 1990 werd de 30e bijeenkomst van de European General Practice Research Workshop gehouden in hotel Regina in het centrum van Wenen (Oostenrijk). Het centrale thema van deze bijeenkomst was 'Quality assurance and quality assessment'. In totaal waren er 18 voordrachten van een half uur, negen over het centrale thema en negen free-standing papers. Er waren 63 deelnemers uit 15 landen, die luisterden naar en deelnamen aan de discussies na de voordrachten. De abstracts van deze en volgende EGPRW-bijeenkomsten zullen in *Family Practice* worden gepubliceerd.

Intermediair

Voorafgaande aan deze EGPRW-bijeenkomst had in hetzelfde hotel een bijeenkomst plaats van de nationale vertegenwoordigers van de Europese 'Referral-study'. Deze studie naar verwijspatronen is destijds opgezet binnen de EGPRW en wordt gecoördineerd door Douglas Fleming van de Birmingham Research Unit. Ook andere lopende Europese projecten, zoals de Eurosentinel study en de Cancer Prevention study, kiezen tegenwoordig de plaats en tijd van een EGPRW-bijeenkomst voor hun vergaderingen. Dit spaart zowel geld als tijd voor de deelnemers, die vaak in verschillende projecten participeren.

Daarnaast blijkt de EGPRW dan ook te kunnen fungeren als een soort intermediair voor de aanlevering van expertise en/of ideeën aan deze Europese projecten. Dat dit ook op EEG-niveau wordt onderkend, blijkt uit het feit dat aan de EGPRW is gevraagd om ideeën en/of projecten aan te leveren voor de volgende subsidieronde binnen de COMAC-HSR, de EEG-subsidiegever voor gezondheidszorg projecten. Het bestuur van de EGPRW zal in maart 1991 in Madrid een afzonderlijk weekend wijden aan deze vraag en heeft inmiddels een delphi-onderzoek naar de prioriteiten en problemen van Europees huisartsgeneeskundig onderzoek in gang gezet.

Kwaliteit

Uit de negen voordrachten betreffende het thema 'Quality assurance and quality assessment' bleek duidelijk dat er op dit punt in Europa verschillende stromingen zijn. In een inleidende voordracht werden de hoofdbegrippen van kwaliteitsbevordering en -vaststelling helder uit de doeken gedaan. Hierbij kwamen kernbegrippen aan de orde, zoals bereidheid tot deelname en feedback en standaarden. Door het werk van Grol is dit voor de lezers van *Huisarts en Wetenschap* niets nieuws, maar voor andere landen was het toch vaak heel informatief.

De verschillen hebben vooral betrekking op het gebruik van standaarden. In Nederland en Groot-Brittannië gelden de huidige standaarden als doel waarnaar huisartsen moeten streven. Daartegenover staan opvattingen uit onder meer België, waar niet primair het individuele consult als uitgangspunt wordt genomen, maar meer wordt gekeken naar de kwaliteit die aan groepen patiënten wordt geleverd. Schillemans (België) vertelde hoe door middel van 'kwaliteitscirkels' door diverse werkers in de gezondheidszorg samen met patiënten wordt geprobeerd knelpunten in de geleverde zorg op te sporen en te elimineren. Een standaard wordt in deze optiek te 'eng' beschouwd; men zoekt naar een flexibeler kader. Het voert hier te ver om dit geheel uit te leggen, maar liefhebbers kunnen de voor deze exercities ontwikkelde SAMI-index bestuderen in het tijdschrift *Quality Assurance in Health Care*.

Ook vanuit Engeland, waar onlangs een nieuw financieringssysteem voor huisartsenzorg is ingevoerd, werd aandacht gevraagd voor de inbreng van patiënten en werd bezwaar gemaakt tegen het gebruik van alleen medisch technische standaarden.

Sohn (Duitsland) vertelde over een onderzoeksproject dat vanaf 1991 gaat lopen bij 100 huisartsen. Het project heeft als doel om de kwaliteit van de diabeteszorgverlening te verhogen door de huisarts op vaste tijdstippen checklists te laten invullen (iets als de NHG-standaard Diabetes Mellitus type II) en door specifieke nascholing aan te bieden. Voor Duitsland is dit iets totaal nieuws. Interessant was dat ook aan patiënten checklists werden uitgereikt, zodat zij hun arts aan bepaalde items konden herinneren. Dat je altijd leert van internationale contacten, bleek voor mij weer eens uit de opmerking van Sohn dat er in Duitsland speciale 'Diabetic Foot Ambulances' bestaan.

Zelf rapporteerde ik over de resultaten van een project waarbij simulatiepatiënten ongemerkt huisartsen bezochten tijdens spreekuren en de inhoud van de consulten registreerden. Op een later tijdstip werden de bezochte huisartsen in een laboratoriumsituatie geconfronteerd met dezelfde patiënten; alleen werd het nu gevraagd topkwaliteit te leveren. Uit de resultaten blijkt dat artsen veel meer konden in de testsituatie dan in de praktijk, terwijl de inhoudelijke kwaliteit van de consulten in de praktijk juist hoger was dan de testsituatie. Het heeft er veel weg van dat de dagelijkse praktijk zo slecht nog niet is.

Free-standing papers

Wat de free-standing papers betreft, waren er diverse originele bijdragen. Bollag (Zwitserland) liet zien dat otitis media bij kinderen gezien

kan worden als een toevallig 'snapshot' in het verloop van een bovenste-luchtweginfectie, dat de aandoening als self-limiting beschouwd kan worden, en dat complicaties zelden optreden. Op grond van de bevindingen van Van Buchem vervolgde hij gedurende twee jaar een groep van 168 kinderen met een otitis media en/of een bovenste-luchtweginfectie. Hij gebruikte daarbij geen controlegroep, omdat volgens hem juist in de eerste lijn het longitudinaal vervolgen van een groep patiënten zonder controlegroep geoorloofd is als al eerder is aangetoond wat de beste behandeling is. Bollag is een gespecialiseerd kinderarts met een frisse eerstelijns blik.

Dirckx (België) legde de bijeenkomst een onderzoeksvoorstel voor dat betrekking had op het feit dat huisartsen in België aan patiënten een ziekmeldingscertificaat kunnen geven (op grond waarvan zij niet hoeven te werken) en hen tegelijkertijd kunnen behandelen. Zij wilde onderzoeken in hoeverre huisartsen verschillen in het vaststellen van de duur van ziekteverlof bij gelijke diagnoses, en of de combinatie controleur-zorgverlener wel goed werkt. Zij wilde dit doen door middel van schriftelijke enquêtes, maar haar werd dringend aangeraden een meer valide onderzoeksmethode te gebruiken. Ook een dergelijk onderwerp leert dat er internationaal grote verschillen bestaan in de organisatie van de gezondheidszorg.

Research

Met de komst van de Europese tak van de WONCA, het bestaan van de SIMG en het groter worden van de EGPRW zullen deze drie organisaties zich moeten bezinnen over hun precieze doelstellingen. De vraag mag zelfs gesteld worden of er wel plaats is voor drie organisaties. Wat doelstellingen betreft, ligt het voor de EGPRW redelijk eenvoudig. Research was en zal het onderdeel blijven waarop zij zich verder zal concentreren en dan liefst in een Europees kader. Tegelijkertijd zijn het bestuur van de EGPRW en het grootste deel van de deelnemers ervan overtuigd dat alleen de kleinschaligheid van de bijeenkomsten het mogelijk maakt dat er echt gediscussieerd kan worden.

De volgende EGPRW-bijeenkomst zal plaatsvinden van 9 tot en met 12 mei 1991 in Oporto (Portugal). Het centrale thema zal zijn: 'national and international collaborative studies'. Daarnaast voorafgaand zullen in Oporto ook de Referral study, de Cancer Prevention study en de Eurosentinel study vergaderen.

Jan-Joost Rethans
Vakgroep Huisartsgeneeskunde
Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht

Anorexia/bulimia nervosa

Op 1 en 2 oktober 1990 vond in Amsterdam een symposium plaats over anorexia en bulimia nervosa, georganiseerd door de Gezondheidsraad in samenwerking met het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit.

Het is nog steeds niet duidelijk of de incidentie (het aantal nieuwe gevallen per jaar) van anorexia nervosa toeneemt, of dat alleen het aantal patiënten dat hulp zoekt toeneemt. Onderzoek in Rochester (VS) wijst er op dat de incidentie in de groep meisjes van 15-19 jaar stijgende is, maar in de overige leeftijdsgroepen stabiel blijft.

Tot de risicogroepen behoren onder anderen vrouwen die zich veel bezighouden met eten en (controle over) hun lichaamsgewicht, zoals diabetespatiënten of balletdanseressen. Degenen die anorexia nervosa krijgen, zijn meestal onzeker en perfectionistisch, hebben veel angst om te falen en functioneren niet goed in groepen.

Vroege onderkenning is gerelateerd aan een betere prognose. Het is van belang dat huisartsen, schoolartsen, leraren en anderen in de omgeving van het meisje (beginnende) ziekteverschijnselen signaleren. Tachtig procent van de anorexia-nervosapatiënten houdt voor of tijdens het eerste gewichtsverlies op met menstrueren. Omdat de ziekte zich vaak in de loop van enkele maanden ontwikkelt, zal een arts die vermoedt dat anorexia nervosa zich aandient, de patiënt vragen na een of twee maanden terug te komen om na te gaan of het gewicht verder is afgenomen.

Een volledig ontwikkeld beeld van anorexia nervosa is meestal niet moeilijk te onderkennen. Het herkennen van bulimia nervosa is daarentegen ook bij een volledig ontwikkeld ziektebeeld wél moeilijk. Aanknopingspunten zijn maagklachten, zwelling van de speekselklieren, keelpijn, gebitserosie, en zweren aan de mond en op de handrug. Bij risicogroepen en patiënten in een vroege fase zal preventie moeten worden nagestreefd door het geven van voorlichting over de gevolgen van ondervoeding en afwijkend eetgedrag.

Bij hulpverleners in de eerstelijnszorg leven de volgende problemen: zij weten niet altijd naar wie zij een patiënte kunnen verwijzen; doordat na verwijzing veelal niet wordt teruggerapporteerd, weten zij niet hoe het de patiënten vergaat en kunnen zij niets meer voor hun doen. De congresdeelnemers pleitten daarom voor een begeleide verwijzing.

Het lichamenlijk (somatisch) onderzoek moet beperkt blijven tot onderzoek om andere ziekten uit te sluiten en om de somatische gevolgen van de ziekte vast te stellen. Te veel somatisch onderzoek kan ertoe leiden dat de patiënte denkt

een somatische ziekte te hebben, waardoor zij niet meer gemotiveerd kan worden voor psychologische behandeling. Door aan jeugdige patiënten en hun ouders aan het begin van een behandeling goede voorlichting te geven over achtergronden en gevolgen van de ziekte, kunnen de attitudes van de betrokkenen reeds in gunstige zin worden beïnvloed.

Over de vraag of volstaan kan worden met ambulante hulp of dat opname noodzakelijk is, bestaat geen eenstemmigheid. Herzog stelde dat een anorexia-nervosapatiënte in het algemeen ambulant moet worden behandeld, tenzij er sprake is van levensgevaar of mislukking van een eerdere behandeling. Silverman vond daarentegen dat kinderen met anorexia nervosa (bij wie grotere risico's aanwezig zijn) altijd moeten worden opgenomen, liever op een afdeling kindergeneeskunde dan op een afdeling psychiatrie. Hendriks stelde dat anorexia-nervosapatiënten in principe ambulant dienen te worden behandeld, tenzij er langdurige psychopathologie is, eerdere hulpverlening mislukt is, de ouders te weinig gemotiveerd zijn, of het gewichtsverlies meer dan 30 procent bedraagt. Anderen noemden als opname-indicatie sociaal isolement; dat zou evenwel betekenen dat alle anorexia-nervosapatiënten zouden moeten worden opgenomen. Overigens gaat het hier meestal om een luxe vraag. Men moet al blij zijn als er een behandelbaar te vinden is.

Bij patiënten met anorexia of bulimia nervosa komt diabetes vaker voor dan gemiddeld. Dit brengt extra risico's met zich mee. De patiënt kan proberen extra te vermageren door te weinig insuline in te spuiten en hyperglucosurie te doen ontstaan. Door te veel insuline in te spuiten wordt het bloedsuikergehalte te laag, wat eet-aanvallen provoceert.

Bron Graadmeter 1990; 6(10).

Fluoride

Fluoriden in de buitenlucht, het voedsel en het drinkwater vormen thans geen bedreiging voor de volksgezondheid. Wel kan in met fluoriden verontreinigde gebieden schade bij sommige gewassen en vee optreden. Deze uitspraken staan in het advies 'Fluoriden. Toetsing van een basisdocument' van de Gezondheidsraad.

Fluoriden komen zowel op natuurlijke wijze als door menselijke activiteiten vrij in het milieu. Belangrijke bronnen zijn de keramische industrie, de metaalindustrie en de ontsluiting van fosfaatertsen. Met name in Oost-Groningen, Zeeland (Sloegebied), het Rijnmondgebied en Zuid-Limburg is er veel uitstoot van fluoriden.

Inname van kleine hoeveelheden fluoride tijdens de vorming van het blijvend gebit verhoogt de weerstand tegen cariës. Verder zijn er aanwijzingen dat fluoride de afbraak van bot op latere leeftijd tegengaat. Een te grote inname van fluoride kan echter juist tot schade aan gebit en botten leiden. De beraadsgroep concludeert daarom dat een fluorideconcentratie van ongeveer 1 mg per liter in het drinkwater optimaal is. Deze concentratie is voldoende om gebitsbederf te voorkomen. Bij concentraties groter dan 2 mg per liter kan aantasting van het gebit optreden. Als de totale dagelijkse inname van fluoriden via voedsel, drinkwater en tandpasta groter is dan 5 mg, kunnen botafwijkingen optreden. Uit de vele onderzoeken naar de mogelijke gezondheidseffecten van fluoridering van drinkwater zijn geen aanwijzingen gekomen dat de inname van fluoride het optreden van kanker bij mensen verhoogt.

Het advies is te bestellen bij de Gezondheidsraad, Postbus 90517, 2509 LM Den Haag; telefoon 070-347.1441.

Vlaamse referatendag

Op 15 juni 1991 vindt in Kortrijk de referatendag van het Vlaams Huisartsen Instituut (VHI) plaats: een verzamelpunt voor huisartsen en andere wetenschappers met belangstelling voor wetenschappelijk onderzoek in de eerste lijn. Onderzoekers krijgen de kans hun (voorlopige) resultaten voor te stellen en vinden in de deelnemers een kritisch klankbord voor hun werk. De mogelijkheid bestaat om het onderzoek mondeling voor te stellen of de resultaten op een poster te presenteren. Bij de uitwerking van één en ander biedt het VHI de nodige steun om ook nieuwelingen over de drempel te helpen.

Onderzoekers die hun onderzoek in het veld van de huisartsgeneeskunde willen voorstellen, kunnen hun voornemen bekend maken aan het congressecretariaat van het VHI: Anne Marie Ryckaert (Sint Hubertusstraat 58, Berchem 2600; telefoon 09-32.03.239.7930). Tegen 30 maart 1991 wordt een korte samenvatting verwacht. Formulieren hiervoor kunt u aanvragen op het secretariaat.

Oproep

Het 'huisarts assistentie preventie project' zoekt geïnteresseerde huisartsen voor het opzetten van een praktijkvoering die is gericht op het systematisch uitvoeren van preventieve activiteiten rond hart- en vaatziekten. Het project biedt ondersteuning aan bij het realiseren van de organisatorische en administratieve voorwaarden hiervoor,

Standaarden

zoals registratie van risicofactoren, werkafspraken over beleid bij risicofactoren, de rol van de praktijkassistente, het bewaken van vervolgafspraken, en werkoverleg. Ondersteuning vindt plaats door een preventieconsulente; zij zal de praktijkroutines inventariseren, adviseren over aanpassingen op geleide van de wensen van de praktijk en de praktijkassistente (bij)scholen. Voor onkosten voor het aanpassen van de praktijkvoering is een beperkte vergoeding beschikbaar.

Doel van het project is te komen tot een model voor preventieve praktijkvoering, dat haalbaar en werkbaar is in de huisartspraktijk. In welke mate het lukt om dit met behulp van een consulente daadwerkelijk in te voeren, is de centrale vraag van de aan het project gekoppelde evaluatie.

Het project wordt uitgevoerd aan de huisartseninstituten van Nijmegen en Rotterdam. In de regio Nijmegen is nog ruimte voor deelname. Voor nadere informatie kunt u zich wenden tot: B. Drenth, huisarts/projectleider, NUHI, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen; telefoon 080-516.333 of 515.305 ('s ochtends).

Call for abstracts

The third European Health Services Research Conference will take place in London 13-14 December 1991, organized by University College London and Nivel (Utrecht, the Netherlands). There will be key note speeches about health, health care and the interaction between the two and ample opportunity to exchange research experiences and results. International comparative studies will be favoured by the scientific committee.

Deadline for abstracts: 31st May 1991. To be sent to: University College London, Dept. of Community Medicine, c/o Dr. Mark Mc Carthy, 66-72 Gower Street, London WC1E 6EA, England. Telephone 09-4471.380.7605; telefax 09-4471.380.7608.

Adreswijziging

De Landelijke Belangenvereniging voor Basisartsen, de Initiatiefgroep Progressieve Huisartsen en de Federatie voor Progressieve Artsenorganisaties zijn verhuisd naar: Hooghiemstraplein 80, 3514 AX Utrecht. Het postadres is: Postbus 19314, 3501 DH Utrecht. De telefoonnummers zijn: 030-769.172 (LBB) en 030-769.173 (IPH/FPA).

Standaarden – Stand van zaken

Onlangs startte een werkgroep met de ontwikkeling van een NHG-standaard 'Atriumfibrilleren'. Deze deskundigenwerkgroep bestaat uit de huisartsen B. Frijling, F. Rutten, W. Tillema en P. Zwietering.

Nieuwe onderwerpen worden voorbereid; u vindt daarom 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 wel bereid en in staat is actief aan het ontwerp mee te werken.

Als u deelname aan enige groep overweegt, wendt u dan tot de Afdeling Standaardenontwikkeling van het NHG of tot de directeur. Zie voor een nadere uitleg van de werkwijze van de groepen het novembernummer 1989 (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;
- 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.

Standaardenbeleid

De verbreding en verdieping van het standaardbeleid gaat ook in 1991 door. Nadat in 1990 de totstandkoming van de standaarden in procedureel en kwalitatief opzicht is verbeterd, is per 1 januari 1991 de afdeling Deskundigheidsbevordering officieel opgericht. Hierdoor kan structureel worden gewerkt aan de realisatie van deskundigheidsbevorderingspakketten en toetsing. Deze ontwikkeling is mogelijk gemaakt door een jaarlijkse financiële ondersteuning van de overheid. Het NHG streeft ernaar de ontwikkeling en updating van standaarden verder te professionaliseren en daarbij hoogwaardige deskundigheidsbevorderingsprogramma's af te leveren. Om een en ander mogelijk te maken worden de afdelingen Deskundigheidsbevordering en Standaardenontwikkeling in 1991 verder uitgebouwd.

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);
- Oogheelkundige Diagnostiek (september 1990);
- Perifeer Arterieel Vaatliden (oktober 1990).

Gepubliceerd in 1991

- IUD (februari-I 1991);
- Acne (maart 1991).

Becomentarieerd

- Hypertensie (april 1991);
- Ulcus cruris (mei 1991).

In ontwikkeling

- Dementiesyndroom bij Bejaarden (juni 1991);
- Subfertiliteit;
- Migraine;
- Otitis Media met Effusie;
- Abnormaal Vaginaal Bloedverlies;
- Herkenning Cara-patiënt;
- Behandeling en Begeleiding Cara-patiënt;
- Slapeloosheid en Slaapmiddelen;
- Cholesterolbepalingen en de Huisarts;
- Cara bij Kinderen;
- Atriumfibrilleren.

In voorbereiding

- Koortslijdende Kinderen;
- Zwangerschap en Kraambed;
- Bloedonderzoek bij Verdenking op Leveraandoeningen;
- Bloedonderzoek bij Klachten van Algemene Aard;
- Hyper- en Hypothyreoïdie;
- Varices;
- Begeleiding van Patiënten na een Hartinfarct;
- Maagklachten;
- Acute Diarree.

Op de rol

- Lage-rugpijn;
- Knieklachten;
- TIA.

Genoemde ontwikkelingen hebben ertoe geleid dat het huidige hoofd van de afdeling Standaardontwikkeling, Dr. G. Rutten, te kennen heeft gegeven binnen het NHG naar een andere functie uit te willen zien. De combinatie van een huisartspraktijk in Beuningen en het in deeltijd adequaat functioneren als hoofd van een zo dynamische afdeling acht hij niet langer mogelijk. Momenteel wordt vanuit het NHG bezien in hoeverre structurele wijzigingen in de zich uitbreidende afdeling Standaardontwikkeling nodig en gewenst zijn. Het Bestuur is verheugd dat Dr. G. Rutten bereid is om de eindverantwoordelijkheid voor de inhoud van de standaarden te blijven dragen, in afwachting van een opvolger.

De overige taken zullen worden vervuld door het huidige hoofd van de Wetenschappelijke staf, Drs. B. Berden, die daarmee zal fungeren als afdelingshoofd a.i.

Drs. J.P.M. van der Voort,
directeur NHG

NHG/LIH-Referatendag 1991

De jaarlijkse NHG-Referatendag wordt dit jaar georganiseerd in samenwerking met het Leidse Instituut voor Huisartsgeneeskunde en gekoppeld aan het afscheidscollege van Prof. dr. J. Mulder.

Zoals bekend, is de NHG/UHI-Referatendag elk jaar weer een succes. Er worden, naast enkele meer beleidsmatig georiënteerde inleidingen, ongeveer 36 referaten gehouden door onderzoekers en projectleiders. Dit jaar wordt de NHG/LIH-Referatendag 1991 onder de titel 'Kwaliteiten in de huisartsgeneeskunde - onderzoek en ontwikkeling in de huisartsgeneeskunde' op vrijdag 25 oktober 1991 gehouden in Leiden. Na het plenaire deel worden in vier verschillende straten referaten gehouden. In drie daarvan zullen onderzoeksverslagen worden gepresenteerd, in de vierde komen verslagen van projecten aan de orde. Nieuw dit jaar is de posterpresentatie. Tijdens de referatendag worden 25 posters gepresenteerd die vervolgens meedingen naar de posterprijs. Tijdens de dag zal een jury de geselecteerde posters bekijken en de winnaar bekend maken.

Wie overweegt een referaat te houden, kan bij het NHG of bij één van de huisartseninstituten de voorwaarden opvragen. Het voornemen is om de abstracts van de referaten te doen opnemen in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Om deze reden dienen inzenders rekening te houden met de criteria die het NTvG stelt. Inzendingen van abstracts dienen bij het NHG-

bureau binnen te zijn vóór donderdag 25 april 1991. Twee selectiecommissies kiezen het toegestane maximum aantal referaten uit de inzendingen. De eerste commissie (onderzoek) bestaat uit: een hoogleraar van het gastinstituut, de voorzitter van de Redactiecommissie voor *Huisarts en Wetenschap*, een lid van het Dagelijks Bestuur en een lid van de NHG-Commissie Wetenschappelijk Onderzoek. De tweede selectiecommissie (projecten) bestaat uit: een lid van het NHG-bestuur, een lid van de NHG-staf en een stafid van het LIH.

Voor de posterpresentatie kunt u eveneens uw abstract inzenden aan het NHG; een selectiecommissie zal de 25 posters selecteren die tijdens de referatendag worden gepresenteerd.

Inlichtingen worden verstrekt door drs. J.P.M. van der Voort of mw. J. Bladt, NHG-bureau, telefoon 030-516.741, of door mw. T. de Bock, LIH, telefoon 071-275.318.

Wetenschappelijk Weekend CWO

Jaarlijks organiseert de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek een weekend voor huisartsen die geïnteresseerd zijn in het doen van wetenschappelijk onderzoek. Het weekend wordt dit jaar gehouden op vrijdagmiddag 22 en zaterdagochtend 23 maart a.s. te Epen (Zuid-Limburg). Het onderwerp is de N=1-studie; deze nieuwe loot aan de boom der onderzoeksmethoden biedt een aantal interessante perspectieven met betrekking tot onderwijs en research. U krijgt tijdens het weekend gelegenheid te oefenen in N=1-onderzoek aan de hand van een aantal casus. We besluiten met een discussie over de plaats van deze methode in het huisartsgeneeskundig wetenschappelijk onderzoek.

We nodigen iedereen die geïnteresseerd is in wetenschappelijk onderzoek, uit om aan het weekend deel te nemen. Ook diegenen die zich bezig houden met het opleiden van huisartsen zijn van harte welkom, omdat de N=1-studie een model kan zijn voor de scholing in wetenschappelijk denken. In de gemoedelijke sfeer van Limburg bestaat tevens voldoende gelegenheid om elkaar op informele wijze te ontmoeten.

Aanmelding voor het weekend bij het NHG-bureau (Elly Weijman), telefoon 030-516.741. De kosten bedragen NLG 200,-, inclusief maaltijden en overnachting. Documentatie wordt tevoren toegezonden.

Mededelingen voor de Agenda in nummer 6 (mei) moeten op uiterlijk 18 april in het bezit zijn van het redactiesecretariaat.

Maart

Psychiatrie voor de huisarts (Nijmegen, 27 maart).⁵

Anti-infectie beleid (Enschede, 22 maart).³

■ **Anti-infectiebeleid** (Enschede, 22 maart).³

April

32e Jaarlijkse bijeenkomst van de Federatie van Medisch-Wetenschappelijke Verenigingen (Amsterdam, 3-4 april).⁴

2nd International Congress on Emergency Psychiatry (Leiden, 3-5 april). Inlichtingen: Leids Congres Bureau, Postbus 16065, 2301 GB Leiden; telefoon 071-275.299; fax 071-275.264.

Health for minorities by the year 2000. Closing the gap (Nazareth, Israël, 3-6 april). Inlichtingen: Galilee Society for Health Research and Services, P.O. Box 92 Rama, 30055 Israël; telefoon/fax 09-9724.881.723.

Vrouwenmishandeling in het gezin (Amsterdam, 9 april, 18.00-22.00 uur).⁴

Changing mental health care in the cities of Europe (Amsterdam, 10-13 april). Internationale WHO-conferentie, Rai-congrescentrum. Inlichtingen: QLT/Congrex, Keizersgracht 782, 1017 EC Amsterdam; telefoon 020-261.372; fax 020-259.574.

De chronische patiënt thuis (Rotterdam, 11-12 april). Tweedaagse blok cursus.⁹

■ **Bosschiet Symposium over pijn** (Haarlem, 12 april). Inlichtingen: Mr. M.A.P. Verhoeven-Reijnders, telefoon 04780-84765.

Quality & inequality in health care (Newcastle, 12-14 april). National Spring Meeting Royal College of General Practitioners. Inlichtingen: Registration Secretary, RCGP, North of England Faculty, Education Centre, Queen Elizabeth Hospital, Gateshead, Newcastle; telefoon 09-44.91.491.0894.

■ **Spiegel de groep** (Ede, 17 april, 15.30-21.00 uur). Symposium LHV en O&O. Inlichtingen: Lisette Hoes, Stichting O&O, Postbus 1555, 3500 BN Utrecht; telefoon 030-332.113.

Bejaarde patiënt IX (Nijmegen, 17-19 april).⁵

■ **Borstvoeding een best begin** (Utrecht, 18 april). 3e nationale conferentie Borstvoedingsorganisatie La Leche League Nederland, Postbus 14032, 6401 NA Heerlen; telefoon 045-324884.

■ **Consequenties van prenatale diagnostiek** (Nijmegen, 20 april). Symposium Medische Afdeling Thijmegenootschap. Inlichtingen: H.M.M. de Bruyn, Weerdesteinlaan 8, 6825 AB Arnhem; telefoon 05-617.869 (ma/vr, 9.00-13.00 uur).

■ **Allochtonen en rouw** (Utrecht, 20 april). Stu-

diedag Landelijk Steunpunt Rouwbegeleiding, telefoon 030-343.868.

Warffum-cursus (Nieuw Haamstede, 22-26 april).⁹

De gemeente en spoedeisende hulpverlening (Utrecht, 24 april). Inlichtingen: Nederlands Congres voor Openbare Gezondheidsregeling, p/a Lebuïnusstraat 5, 2382 XN Zoeterwoude; telefoon 071-410.066.

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.

Functionele buikklachten (Nijmegen, 26 april).⁵
Heupfracturen (Rhenen, 26 april). Symposium Stichting Education Permanente, Postbus 8495, 3503 RL utrecht; telefoon 03455-76.642.

Mei

Kleine chirurgie voor de huisarts (Nijmegen, 1 mei).⁵

24th Annual Spring Conference (Philadelphia, PA, 4-8 mei) Meeting van de Society of Teachers of Family Medicine. Inlichtingen: STFM, PO Box 8729, 8880 Ward Parkway, Kansas City, MO 64114, USA.

Besliskunde voor de huisarts (Almelo, 8 mei).³

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

Vaardigheidstraining: Oogheelkunde of Dermatologie (Amsterdam, 14 mei, 18.00-22.00 uur; zie ook 11 juni).⁴

■ **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.

Warffum-cursus (Nieuw Haamstede, 27-31 mei).⁹

Zwanger worden en bevallen (Drachten, 29 mei). Congres SDH Noord-Nederland. Inlichtingen: Huisartsenbureau Friesland, Spanjaardslaan 147, 8917 AS Leeuwarden; telefoon 058-125.520; fax 058-815.0578 / Huisartsenbureau Groningen, Ubbo Emmiusingel 19, 9711 BB Groningen; telefoon 050-127072; fax 050-189.527.

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.

De chronische patiënt thuis (Rotterdam, 30-31

mei). Tweedaagse blokcursus.⁹

Juni

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

Vaardigheidstraining: Dermatologie of Oogheelkunde (Amsterdam, 11 juni, 18.00-22.00 uur; zie ook 14 mei).⁴

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.

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.

Adipositas, een eetstoornis? (Enschede, 13 september).³

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

Samenwerking 1e en 2e lijn (Amsterdam, 17 september, 18.00-22.00 uur).⁴

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

Beeldvormende technieken (Amsterdam, 8 oktober, 18.00-22.00 uur).⁴

Spoedeisende gevallen in de huisartsenpraktijk (Almelo, 9 oktober).³

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.

■ **Echoscopie in de verloskunde** (Amsterdam, 31 oktober, 1 november).¹

November

Menopause... loden last of lieve lust (Delft, 1

november, 15.00-20.00 uur). Inlichtingen: mw. M. Petit, Reinier de Graaf Gasthuis Delft, telefoon 015-603.060, toestel 1411.

Reguliere geneeskunde, als u begrijpt, wat ik bedoel (Enschede, 7 november).³

Oncologische dermatologie (Amsterdam, 12 november, 18.00-22.00 uur).⁴

General practice in the new Europe (Londen, 15 november). Symposium Royal College of General Practitioners, 14 Princes Gate, Hyde Park, London SW7 1PU; telefoon 09-71.581.3232, toestel 243.

December

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

Diabetes mellitus (Amsterdam, 17 december, 18.00-22.00 uur).⁴

■ betekent: eerste vermelding.

¹ Boerhaave Commissie, Postbus 84, 2301 CB Leiden; telefoon 071-275.293.

³ Van Hoytema Stichting, Postbus 89, 7500 AB Enschede; telefoon 053-892.409.

⁴ PAOG Amsterdam, Tafelbergweg 25, 1105 BC Amsterdam; telefoon 020-566.4801/3.

⁵ PAOG Nijmegen, Johannes Wierlaan 1, 6500 HG Nijmegen; telefoon 080-517.051.

⁹ Commissie voor de Artsencursus, 's Lands-
werf 219, 3063 GG Rotterdam; telefoon 010-411.6614.