

Aspecifiek voorschrijfgedrag: afscheid van een concept

JAN DE MAESENEER

In 1986 ontwikkelde Mokkink de concepten 'aspecifiek' en 'gericht' voorschrijfgedrag, waarbij hij stelde dat 'de hoeveelheid per verzekerde voorgeschreven aspecifieke geneesmiddelen als een resultante van de voorschrijfgewoonte van de huisarts beschouwd kan worden'. Deze hypothese wordt hier getoetst op een gegevensbestand van 5609 geregistreerde huisarts-patiënt contacten van 94 Vlaamse huisartsen. Via multipele regressie-analyse wordt aangetoond dat zowel de beslissing tot het voorschrijven van een geneesmiddel, als de hoeveelheid voorgeschreven 'aspecifieke middelen' in de eerste plaats samenhang vertoont met de diagnose-categorieën. Bij verdere analyse blijkt dat het concept 'aspecifiek voorschrijfgedrag', zoals door Mokkink gehanteerd, geen wezenlijke bijdrage levert tot het beter begrijpen van het voorschrijfgedrag van de huisarts.

De Maeseneer J. Aspecifiek voorschrijfgedrag: afscheid van een concept. Huisarts Wet 1991; 34(6): 278-80.

Dr. J. De Maeseneer, huisarts, assistent Centrum voor Huisartsopleiding, U.Z. - Blok A (1e verd.), De Pintelaan, 185, B-9000 Gent, België.

Inleiding

Bij het onderzoek naar het voorschrijfgedrag van huisartsen wordt in Nederland sinds het proefschrift van Mokkink¹ in toenemende mate gebruik gemaakt van de concepten 'aspecifiek voorschrijfgedrag' en 'gericht voorschrijfgedrag'.* Mokkink omschrijft 'aspecifiek voorschrijfgedrag' als volgt: 'het betreft hier in het algemeen middelen die een breed indicatiegebied bestrijken, in de regel betrekking hebben op niet-ernstige ziekten (geldt niet zonder meer voor antibiotica en corticosteroïden), voor te schrijven zijn bij onduidelijke en onzekere diagnoses, in de regel niet onmisbaar zijn'.¹ Deze formulering brengt met zich mee dat aan de term 'aspecifiek' een negatieve kwalitatieve connotatie wordt verbonden; het ligt immers voor de hand om meer 'gericht' voorschrijven ook als 'beter' voorschrijven te interpreteren.

In tegenstelling tot wat Mokkink bedoelde, spreken sommige auteurs inmiddels van 'specifieke geneesmiddelen' en 'aspecifieke geneesmiddelen'. Zo schrijft Duistermaat in zijn proefschrift: 'De specifieke geneesmiddelen zijn middelen die gericht gegeven worden naar aanleiding van een diagnose, bijvoorbeeld antihypertensiva, diuretica, cardiaca en anticonceptiva. De aspecifieke middelen worden bij meer symptomatische aanpak gegeven: bij pijnstilling, psychofarmaca, enz'.² Dit citaat illustreert hoe concepten voortdurend geïnterpreteerd worden en een eigen leven gaan leiden, los van het kader waarbinnen ze tot stand zijn gekomen.

Ook sommige ziekenfondsen hanteren het concept 'aspecifieke medicatie' bij de evaluatie van het voorschrijfgedrag van de huisarts,³ waartoe de 'aspecifieke' lijst van Mokkink nog is uitgebreid met onder meer antidepressiva en neuroleptica. Zo kregen huisartsen van het Regionaal Ziekenfonds Zwolle een score op het 'volume aspecifieke medicatie'.

Het hanteren van dit criterium door ziekenfondsen lijkt niet onlogisch, als we in aanmerking nemen dat Mokkink uit zijn onderzoek concludeert dat 'gezien de aard van de betreffende medicatie, verschillen tussen praktijken met betrekking tot de hoeveelheid voorgeschreven aspecifieke medicatie niet zijn toe te schrijven aan verschillen in morbiditeit in de patiëntenpopulaties. Dit maakt aannemelijk dat de hoeveelheid per verzekerde voorgeschreven aspecifieke geneesmiddelen als een resultante van de voorschrijfgewoonte van de huisarts beschouwd kan worden' (p 47).

* In dit artikel wordt consequent de spelling 'aspecifiek' gebruikt, ook in citaten waarbij in het origineel 'aspecifiek' staat.

In deze bijdrage wordt de conclusie van Mokkink getoetst aan een ander gegevensbestand. Twee vragen komen aan de orde:

- 1 In welke mate vertoont de beslissing om al dan niet geneesmiddelen voor te schrijven, samenhang met kenmerken van arts, diagnose, patiënt en contact?
- 2 In welke mate vertoont het 'aspecifiek' voorschrijven samenhang met kenmerken van arts, diagnose, patiënt en contact?

Methode

Voor de analyse is gebruik gemaakt van een gegevensbestand waarbij 5609 huisarts-patiënt contacten in Vlaanderen episode-georiënteerd werden geregistreerd via participerende observatie door studenten tijdens hun stage huisarts-geneeskunde.⁴ Contactreden, diagnose en 'process' werden door de onderzoeker gecodeerd aan de hand van de ICPC.⁵ Over de codering van de geneesmiddelen aan de hand van de IC-Process-PC-codes is eerder in dit tijdschrift gerapporteerd.⁶

Voor het onderzoeken naar het voorschrijven van geneesmiddelen werden vier groepen verklarende variabelen gehanteerd:

- 44 artskenmerken, onder meer leeftijd, gezondheidsgedrag, schatting van gemiddelde duur van een contact, intensiteit en aard van het overleg met andere hulpverleners en taakopvatting op psycho-sociaal gebied, en 18 kenmerken waarvan uit de literatuur bekend is dat ze mogelijk samenhangen met het voorschrijfgedrag;⁷
- 17 diagnosekenmerken: de 17 hoofdstukken van de ICPC, met gebruik van 'dummy-coding';⁸
- 4 patiëntkenmerken: leeftijd, geslacht, sociale status en het feit of het om een 'nieuwe' of 'bekende' patiënt ging;
- 5 contactkenmerken: aard van het contact (consult of visite), nieuw probleem of vervolcontact, duur van het contact, gebruik van het dossier tijdens het contact, en aantal contacten op die dag.

Via een hercodering was het mogelijk om elk voorschrift in de registratie van de contacten toe te wijzen aan de twee door Mokkink onderscheiden typen voorschrijfgedrag:

- aspecifiek voorschrijfgedrag: analgetica, antibiotica, antihistaminica, antireumatica, corticosteroïden, hoestdempers, tranquillizers, slaapmiddelen en overige groepen;
- gericht voorschrijfgedrag: bloedsuikerverlagende middelen, diuretica, bloeddrukverlagende middelen, angina pectoris middelen, cardiaca en vaatverwijders.

Voor de analyse is gebruik gemaakt van (staps-

Tabel 1 Regressie-analyse wel/niet voorschrijven per episode.

Kenmerken	R ²
Artskenmerken	5,9%
Diagnosekenmerken	9,3%
Patiëntkenmerken	n.s.
Contactkenmerken	4,4%
Alle kenmerken	16,8%

R² percentage verklaarde variantie;
n.s. niet significant.

Tabel 2 Regressie-analyse aspecifiek voorschrijven (één episode).

R ² totaal	68.2	
R ² contact	13.2	
R ² patiënt	8.7	
R ² diagnose	66.8	
R ² arts	n.s.	
Verklarende variabelen	β	Pearson r
Leeftijd	−0.18	−0.28
Geslacht: M-V	0.07	0.09
Vervolg/nieuw contact	0.30	0.36
R ² s.w.	16.7	
p in	0.01	
Aantal	2789	

gewijze) multi-pele regressie-analyse; het analyse-niveau was het arts-patiënt contact.

Alleen de resultaten voor de contacten waarin slechts één episode aan bod kwam (73 procent van de contacten), worden hier gepresenteerd; de analyses voor het totale bestand leveren vergelijkbare bevindingen op.

Resultaten

1 Bij 71 procent van de contacten met één episode werden één of meer geneesmiddelen voorgeschreven.

Uit tabel 1 blijkt dat de gehanteerde kenmerken samen 16,8 procent van de variantie verklaren met betrekking tot de beslissing om al dan niet een geneesmiddel voor te schrijven. Deze beslissing blijkt in de eerste plaats samenhang te vertonen met de diagnose. Uit verdere analyse blijkt dat vooral huisartsen die zeggen vaak naar somatische specialisten te verwijzen (gestandaardiseerde regressie-coëfficiënt = 0.07; $p < 0.001$), huisartsen met een beperkte taakopvatting ten opzichte van de tweede lijn (= 0.07; $p < 0.001$) en huisartsen die deelgenomen

hebben aan 'clinical trials' van de farmaceutische industrie (= 0.08; $p < 0.001$), eerder overgaan tot het voorschrijven van geneesmiddelen.

2 Uit tabel 2 blijkt dat de hoeveelheid voorgeschreven 'aspecifieke middelen' een zeer sterke samenhang vertoont met de morbiditeit ($R^2 = 66,8$ procent) en niet samenhangt met artskenmerken. Ook is er een samenhang tussen 'aspecifiek' voorschrijven en de leeftijd: bij jongeren wordt meer 'aspecifiek' voorgeschreven. Verder wordt bij nieuwe episoden meer 'aspecifiek' voorgeschreven dan bij vervolcontacten, en bij vrouwelijke patiënten meer dan bij mannen.

Beschouwing

1 Uit dit onderzoek blijkt dat de beslissing tot het al dan niet voorschrijven in de eerste plaats samenhangt met de morbiditeit; de 44 artskenmerken leveren een aanzienlijk geringere bijdrage tot de verklaring van de variantie.

Er zijn twee verklaringen voor het feit dat deze conclusie zo sterk afwijkt van de conclusie van Mokkink. In de eerste plaats heeft Mokkink

voor zijn onderzoek gebruik gemaakt van geaggregeerde gegevens per huisartspraktijk, en kon hij niet beschikken over gegevens met betrekking tot de diagnose die bij een bepaald voorschrift aan de orde was. In de tweede plaats was Mokkink aangewezen op drie praktijkenmerken als indicatoren voor de morbiditeit per praktijk: het percentage vrouwen in de praktijk, het percentage bejaarden in de praktijk en de urbanisatiegraad. Ook al is uit de literatuur bekend dat deze factoren invloed hebben op de morbiditeit in de huisartspraktijk,⁹ dan nog blijven het grove instrumenten. Naar mijn mening geven de 17 hoofdstukken van de ICPC een veel adequater beeld omschrijving van de morbiditeit in de eerste lijn.

Overigens heeft Mokkink zich beperkt tot het zoeken van bivariate verbanden (Pearson-correlaties) tussen het voorschrijfgedrag en de drie indicatoren (die wellicht onderling correleren). Via multivariate analyse zou mogelijk duidelijker zijn geworden wat de betekenis van de verschillende indicatoren is.

2 In tabel 2 is aangetoond dat het door Mokkink gedefinieerde 'aspecifiek' voorschrijfgedrag geen samenhang vertoont met de artskenmerken, doch zeer sterk samenhangt met het diagnose-hoofdstuk.

Om te begrijpen hoe twee onderzoekers op basis van een identieke indeling tot volstrekt verschillende conclusies komen, moeten we terugrijpen op de manier waarop de concepten van Mokkink tot stand zijn gekomen. Mokkink ging uit van een exploratieve factoranalyse, uitgevoerd op het aantal afleveringen per verzekerde per groep geneesmiddelen. Hij vond twee factoren en interpreteerde dat deze samenhangen met twee soorten voorschrijfgedrag: 'aspecifiek' en 'gericht'. Naar mijn inzicht hadden deze factoren echter niet te maken met twee soorten voorschrijfgedrag, maar was er een onderliggende dimensie – de klassieke clustering van de morbiditeit bij analyse van epidemiologische gegevens in een huisartsenpopulatie: men vindt een eerste onduidelijke verzamel-factor, naast de clustering van diabetes en (vaak geassocieerde) cardiovasculaire aandoeningen. Mokkink vond in feite morbiditeitspatronen, maar interpreteerde ze als voorschrijfpatronen. Een nader argument voor deze stelling wordt gevormd door het feit dat in ons bestand bij contacten met één episode waarin geneesmiddelen werden voorgeschreven, in 14,8 procent van de gevallen 'gericht' werd voorgeschreven, terwijl diabetes en cardiovasculaire aandoeningen in deze contacten verantwoordelijk waren voor 13,4 procent van de diagnoses.

Wanneer Mokkink het voorschrijven bij diabetes en cardiovasculaire aandoeningen (vooral

prevalent bij bejaarden) als 'gericht' bestempelt, wekt het geen verwondering hij vervolgens een samenhang vindt tussen het percentage bejaarden in de praktijk en het 'gericht' voorschrijfgedrag. Deze samenhang werd uiteraard ook in ons onderzoek gevonden ($=0.18$).

Overigens blijken onder de geneesmiddelen die bij 'gericht voorschrijfgedrag' horen, ook de vaatverwijders te zijn ondergebracht. Het is zeer de vraag of deze groep inderdaad 'gericht' wordt voorgeschreven; er bestaat immers nogal wat wetenschappelijke twijfel over de werkzaamheid van centrale en perifere vaatverwijders.^{10 11} Dit voorbeeld illustreert nog eens dat aan *Mokkink's* indeling geen kwalitatieve consequenties kunnen worden verbonden.

Teneinde de discussie voor de lezer helder te voeren, loop ik tenslotte de commentaren van *Mokkink* puntsgewijs na.

- De opmerking over de verschillende analyse-niveaus is ongetwijfeld methodologisch relevant, maar inhoudelijk weinig terzake. *Mokkink* doet uitspraken over patronen in voorschrijfgedrag. Voorschrijfgedrag komt tot stand in het huisarts-patiënt contact. Uitspraken over voorschrijfgedrag dienen dus de toets van dit niveau te kunnen doorstaan, willen ze althans aanspraak maken op validiteit.

- Onderzoek naar voorschrijfgedrag heeft altijd betrekking op dat deel van de bevolking dat de hulp van de huisarts inroept (en al dan niet een voorschrift krijgt). Verklarende variabelen dienen dus bij voorkeur relevant te zijn voor het consulterende deel van de patiëntenpopulatie. Daarom lijkt het 'percentage bejaarden, vrouwen ... in de gehele praktijk-populatie' op voorhand minder geschikt als verklarende variabele.

- *Mokkink* concludeert uit het feit dat hij enerzijds een correlatie van 0.30 vindt tussen het voorschrijfvolume (aantal afleveringen per verzekerde) en het percentage bejaarden in de praktijkpopulatie, en anderzijds het feit dat in zijn onderzoek een correlatie 0.31 ($R^2=9.3$) werd gevonden tussen de beslissing tot voorschrijven en de morbiditeit, dat 'de leeftijd als indirecte maat voor morbiditeit bruikbaar is'. Deze redenering gaat mank: als A correleert met B, en C in dezelfde mate met B, betekent dat niet dat C noodzakelijkerwijs een bruikbare maat is om A te meten. Overigens werd bij analyse van het voorschrijfvolume (het aantal voorgeschreven geneesmiddelen) een veel belangrijker samenhang ($R^2=14.3$) gevonden met het diagnose-hoofdstuk,⁴ wat aan de redenering van *Mokkink* nog minder grond geeft.

- Ik heb de toetsing van het 'aspecifiek' voorschrijfgedrag bewust beperkt tot de contacten waarin geneesmiddelen werden voorgeschreven. Het ging er immers vooral om na te gaan of het

'aspecifiek' voorschrijven een zinvol concept vormt bij analyse van het voorschrijfgedrag en een inhoudelijke aanvulling betekent op de indicatoren 'al dan niet voorschrijven' en 'voorschrijfvolume'. *Mokkink* geeft in feite zelf aan dat dit niet het geval is: 'Juist de beslissing om wel of niet voor te schrijven (met name bij alledaagse niet-chronische klachten) ligt naar mijn mening ten grondslag aan de verschillen in de hoeveelheid voorgeschreven aspecifieke medicatie'. Los van de overweging dat niet duidelijk is hoe *Mokkink* dit over niet-chronische klachten kan weten – hij beschikt immers niet over morbiditeitsgegevens – kan ik deze conclusie alleen maar ondersteunen.

- Het citaat van Howie – 'Diagnoses will tend to be a justification for treatment, rather than the reason for it'¹² – heeft in de eerste plaats betrekking op respiratoire aandoeningen. Het is ons allen bekend dat 'onder invloed van' een antibioticumvoorschrift een bovenste-luchtweginfectie tot een bronchitis wordt gepromoveerd, en een faryngitis tot een bacteriële tonsillitis. Voor onze analyse zijn de diagnosen echter gerubriceerd op het niveau van de ICPC-hoofdstukken, en op dit niveau is de observatie van Howie niet van toepassing: het lijkt in ieder geval niet waarschijnlijk dat een huisarts een probleem van de elleboog (hoofdstuk L) als endocrien probleem benoemt (hoofdstuk T), omdat dit een betere rechtvaardiging oplevert voor de aangewende therapie. Eventuele verschuivingen binnen de verschillende hoofdstukken hadden geen invloed in onze analyse. Dit ondergraaft het vermoeden van *Mokkink* dat tweemaal hetzelfde is gemeten.

Het was voor veel onderzoekers al langer duidelijk dat de 'face validity' van de indeling in 'aspecifiek' en 'gericht' voorschrijfgedrag erg beperkt was. Op grond van de gehanteerde indeling zal een huisarts met veel Cara-patiënten (die regelmatig antibiotica en corticosteroïden krijgen voorgeschreven) als snel het label 'aspecifiek voorschrijfgedrag' opgeplakt krijgen, terwijl een huisarts die veel patiënten met diabetes en cardiovasculaire problemen verzorgt, meer kans heeft op 'gericht' voorschrijfgedrag.

Bestaat 'aspecifiek' voorschrijven dan niet?

Uiteraard wel, als we uitgaan van een omschrijving als 'niet door een bijzondere oorzaak bepaald'. Deze omschrijving maakt duidelijk dat het slechts zinvol is om de term te gebruiken, wanneer we het voorschrijven in verband kunnen brengen met diagnosegegevens. Zo vond ikzelf bijvoorbeeld dat bij 78 verschillende diagnosen vitamines werden voorgeschreven: deze vaststelling lijkt mij een goed uitgangspunt om na te gaan of we hier niet met aspecifiek voorschrijven te maken hebben.

Christensen & Bush geven een overzicht van de problemen bij het explorerend verklarend onderzoek van het voorschrijven van geneesmiddelen door artsen. Zij wijzen hierbij op de noodzaak van het verzamelen van correcte gegevens over het voorschrijfgedrag van artsen, *gekoppeld aan diagnosen*.¹³ Deze toetsing van de conclusie van *Mokkink* bevestigt het belang van deze aanbeveling.

Literatuur

- ¹ Mokkink HGA. Ziekenfondscijfers als parameter voor het handelen van huisartsen [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1986.
- ² Duistermaat H. Onmacht in het werk van de huisarts. Een empirische verkenning [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1989.
- ³ Anoniem. Jaaroverzicht huisartsen. Zwolle: Regionaal Ziekenfonds Zwolle, 1987: 32-9.
- ⁴ De Maeseneer J. Huisartsgeneeskunde: een verkenning [Dissertatie]. Gent: Centrum voor Huisartsgeneeskunde, 1989.
- ⁵ Lamberts H, Wood M. International Classification of Primary Care. Oxford: Oxford Medical Publications, 1987.
- ⁶ De Maeseneer J. Wat zit er in de -50? Het voorschrijven van geneesmiddelen geanalyseerd met IC-Process-PC. Huisarts Wet 1990; 33: 300-7.
- ⁷ De Graeve D. Economische aspecten van geneesmiddelenconsumptie. Empirische modellen van artsen- en patiëntengedrag [Doctoraal proefschrift]. Antwerpen: UFSIA, 1989.
- ⁸ Kerlinger FN, Pedhazur EJ. Multiple regression in behavioural research. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1973: 117-21.
- ⁹ Oliemans AP. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Leiden: Stenfort Kroese, 1969.
- ¹⁰ Cameron HA, Waller PC, Ramsey LE. Drug treatment of intermittent claudication: a critical analysis of the methods and findings of published clinical trials 1965-1985. Br J Clin Pharm 1988; 26: 569-76.
- ¹¹ Bollinger A. Medikamentöse Therapie bei peripherer arteriellen Verschlusskrankheit. Schweiz Med Wochenschr 1988; 118: 1283-9.
- ¹² Howie JGR. Diagnosis: the Achilles heel. J R Coll Gen Pract 1972; 22: 310.
- ¹³ Christensen B, Bush PJ. Drug prescribing: patterns, problems and proposals. Soc Sci Med 1981; 15A: 343-55.

Vervolg van pag. 277

- ⁶ IJzermans CJ, Oskam SK. Clustering, continuïteit en comorbiditeit in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1990.
- ⁷ Galtung J. Theory and methods in social research. London: George Allen & Urwin, 1967.
- ⁸ Howie JGR. Diagnosis: the Achilles heel. J R Coll Gen Pract 1972; 22: 310.

Commentaar, dissertaties, klachtgerichte benadering

Commentaar 1

Het commentaar 'Niets is standaard in de huisartspraktijk' van *De Maeseneer & Meyboom-de Jong*, waarin onder meer kritische opmerkingen worden gemaakt bij het artikel van *Grol et al.* 'Kwaliteit in de zorg bij enkeldistorsie: invoering van een standaard', en waarin dit verhaal wordt afgezet tegen een in de ogen van de redactiecommissie meer geslaagde analyse van *Lamberts*, vraagt om een reactie.¹⁻³ Het was eleganter en voor de lezer prettiger geweest, als de redactiecommissie ons de gelegenheid had geboden de discussie over dit onderwerp in hetzelfde nummer aan te gaan.

Globaal zijn drie belangrijke kritiekpunten uit het commentaar te destilleren: kritiek op het materiaal uit de Nationale Studie, kritiek op de interpretatie van de uitkomsten van een analyse van dat materiaal betreffende het huisartsgeeneskundig handelen bij enkeldistorsie, en kritiek op het gebruik van NHG-standaarden hierbij. We zullen deze punten achtereenvolgens behandelen. Een reactie op overige kritiekpunten, zoals de niet ter zake doende (en ook onjuiste) opmerking over de achtergrond van de auteurs, blijft hier achterwege.

Nationale Studie

De Maeseneer & Meyboom-de Jong zijn van mening dat de gegevens die verzameld zijn in het kader van de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen van het Nivel, geen uitspraken over de kwaliteit van zorg toelaten. De registratieperiode van drie maanden zou bijvoorbeeld te kort zijn. *Lamberts*³ liet echter zien dat 85 procent van de episodische enkeldistorsie binnen vier weken wordt afgerond; slechts 4 procent duurt langer dan zes maanden. Dit argument speelt hier dus ternauwernood een rol.

Belangrijker is dat de gegevens van de Nationale Studie betrekking hebben op een zeer grote, redelijk representatieve steekproef van Nederlandse huisartspraktijken. Het gaat om 103 praktijken met ruim 160 huisartsen en ruim 300.000 patiënten. Het materiaal omvat bijna 1400 episodische met de diagnose enkeldistorsie, gemiddeld 13 per praktijk. Als er al een registratieproject is dat generaliseerbare uitspraken over met name het beleid van de huisarts in Nederland bij enkeldistorsie toelaat, dan is het wel deze studie. Daarbij steken allerlei onderzoeken die in een of enkele geselecteerde praktijken zijn uitgevoerd en door *Huisarts en Wetenschap* meestal zonder commentaar worden gepubliceerd schril af.

Interpretatie van uitkomsten

In de studie van *Grol et al.* wordt in de beschouwing gesteld dat er 'waarschijnlijk veel onnodige foto's en uitbesteding van diagnostiek en behan-

deling aan andere hulpverleners plaatsvindt'. Hier zijn *De Maeseneer & Meyboom-de Jong* blijkbaar zeer over gevallen. De uitspraak wordt bestreden met als argumenten:

- dat de uitspraak een feitelijke basis mist;
- dat er geen rekening is gehouden met allerlei contextuele oorzaken voor het handelen van de huisartsen;
- dat *Lamberts* aantoonde dat er juist sprake is van een 'klinische rijkdom,' als er niet volgens de standaard wordt gewerkt;
- dat de diagnose enkeldistorsie ingebed ligt in allerlei 'co-morbiditeit' en dat het handelen dus in dat licht moet worden gezien;
- dat in België meer foto's worden gemaakt, zodat het in Nederland wel meevalt.

De laatste opmerking prikkelt tot hilariteit en we zullen hem verder laten voor wat hij is. Het lijkt goed de andere argumenten eens wat nader te bekijken.

Het was terecht geweest als wij hadden gesproken van: 'als men uitgaat van de adviezen in de standaard, worden er waarschijnlijk veel onnodige foto's gemaakt, etc'. De standaard zegt namelijk - en onderbouwt dat in de wetenschappelijke verantwoording⁴⁻⁵ - dat foto's zelden nodig zijn bij enkeldistorsie en beveelt aan dat de huisarts de diagnostiek en behandeling in eigen hand houdt.

Mist de uitspraak over 'waarschijnlijk veel onnodige foto's en uitbesteding aan andere hulpverleners' nu een feitelijke basis? Bij 26 procent van de enkeldistorsie-episoden werd een foto gemaakt of werd de patiënt naar de chirurg of de orthopeed verwezen. Daarnaast zijn er patiënten geweest die rechtstreeks naar de eerste hulp gingen voor een foto of een behandeling. Als we daarvoor uitgaan van de laagste schatting - 25 procent⁶⁻⁷ - dan mag men er gevoeglijk van uitgaan dat bij minimaal 40-50 procent van de patiënten met een enkeldistorsie niet volgens de aanbevelingen in de NHG-standaard werd gewerkt. Dit stelt, zoals in ons artikel ook wordt opgemerkt, uiteraard ook de waarde en haalbaarheid van de standaard aan de orde. De cijfers zijn overigens van vóór het verschijnen van de standaard en er zijn aanwijzingen dat er veranderingen in de aanpak van enkeldistorsies optreden. Het percentage huisartsen dat zegt zelf te bandageren, is in minder dan een jaar gestegen van minder dan 50 naar bijna 60 procent.

Wordt er in ons artikel bij de interpretatie van de gegevens geen rekening gehouden met contextuele factoren? *De Maeseneer & Meyboom-de Jong* suggereren in hun commentaar dat een diversiteit van patiënt-, arts- en praktijkgebonden factoren bepalen welke aanpak de huisarts kiest, en dat de foto's daarom niet onnodig

genoemd kunnen worden. Hier lijkt als het ware de schuldvraag aan de orde gesteld te worden: als de huisarts niet rationeel te werk gaat maar wel begrijpelijke redenen voor zijn handelen heeft, mag je dat handelen niet als onnodig bestempelen. *De Maeseneer & Meyboom-de Jong* spreken liever van 'klinische rijkdom'.

De lezer die ons artikel goed heeft doorgenomen, zal tot de conclusie komen wij niet met een beschuldigende vinger naar de huisarts wijzen en dat het artikel juist tracht de complexe discrepantie tussen ideaal (standaard) en werkelijkheid (Nivel-gegevens) te verhelderen. Dit gebeurde niet vanuit coderingen en classificaties, maar door een grote, representatieve steekproef van huisartsen hierover zelf aan het woord te laten. Daarbij kwam naar voren dat huisartsen enerzijds de oorzaak bij zichzelf zoeken (problemen met bandageren of twijfelen over de diagnostiek bij enkeldistorsie, omdat specialisten op het belang van foto's wijzen), anderzijds ervaren dat veel buiten de huisarts omgaat, waar hij niet veel aan kan doen (patiënten die hem passeren of twijfelen aan zijn vakbekwaamheid). In het commentaar wordt dit deel van het artikel (ongeveer de helft) volledig genegeerd.

In een pilot-studie vroegen wij 38 huisartsen aan te geven welke patiëntentypes ze vooral zagen bij enkeldistorsie en wat de belangrijkste beslismomenten waren in hun handelen. Vooral de jonge sporter met een acuut trauma wordt geassocieerd met enkeldistorsie en de belangrijkste vraag die huisartsen daarbij hebben, luidt: moet ik al dan niet een foto laten maken? Het richten van de deskundigheidsbevordering hierop, zoals ons artikel suggereert, sluit derhalve waarschijnlijk goed aan bij de vragen en onzekerheden die huisartsen ervaren bij een dergelijk medisch probleem.

In een discussie over inadequaaf of onnodig medisch handelen wordt meestal ook gerefereerd aan bestaande, onwenselijke inter-doktervariatie.⁸⁻⁹ In onze studie bleek dat in sommige praktijken een enkeldistorsie nooit gepaard ging met het maken van een foto, terwijl in andere praktijken bij de meeste enkeldistorsies een foto werd aangevraagd. Vergelijkbare cijfers vonden wij voor het verwijzen naar specialisten of fysiotherapeuten.

Een dergelijke variatie in handelen kan allerlei oorzaken hebben. Dat ook de huisarts zelf een bijdrage levert aan een grote variatie in handelen, is juist aangetoond door *De Maeseneer* in verschillende studies, waarvan sommige samen met *Grol*¹⁰⁻¹³. In zijn proefschrift analyseert *De Maeseneer* onder meer de inter-doktervariatie in het laten maken van foto's bij spier- en gewrichtsaandoeningen. Hij vindt dat deze mede samenhangt met een defensieve instelling en met de

bereidheid controle op het eigen werk toe te laten. Vergelijkbare bevindingen worden gepresenteerd in de onlangs in Huisarts en Wetenschap gepubliceerde artikelen over het aanvragen van laboratoriumtests.¹⁴ Hierbij werd overigens ook gebruik gemaakt van het materiaal van de Nationale Studie. De impliciete boodschap in al deze publikaties luidt: er zijn onnodige handelingen die ten minste ten dele op conto van de huisarts kunnen worden geschreven. Klinische rijkdom werd hier als verklaring niet geïntroduceerd.

De opmerking dat het handelen bij enkeldistorsie en het maken van foto's of het verwijzen naar de chirurg of orthopeed gezien moet worden tegen de achtergrond van de co-morbiditeit, is moeilijk te begrijpen. *Lamberts* laat zien – en zijn bevindingen worden door het materiaal van de Nationale Studie ondersteund – dat die co-morbiditeit bestaat uit onder meer luchtweginfecties, orale anticonceptie, lage rugpijn, hypertensie, probleemgedrag, niet bepaald gezondheidsproblemen waarbij de genoemde handelingen voor de hand zouden liggen. *Lamberts* toont verder dat bij 12 procent van de enkeldistorsies de diagnose onzeker bleef. Het moge, met een verwijzing naar *Howie* ('diagnoses will tend to be a justification for treatment, rather than the reason for it') duidelijk zijn dat men eerder geneigd zal zijn te coderen dat de diagnose onzeker is als men een foto aanvraagt, dan wanneer men dit niet doet.

Het gebruik van standaarden

Het laatste discussiepunt betreft het gebruik van de NHG-standaarden om daar de kwaliteit van de zorg van huisartsen aan af te meten. Duidelijk is – en het commentaar wijst daar terecht op – dat een standaard nooit in de plaats kan komen van de persoonlijke verantwoordelijkheid van de huisarts om per situatie te beoordelen wat aan handelen gewenst is. Elke NHG-standaard is van een dergelijke waarschuwing voorzien. De impliciete suggestie dat wij hierover een andere opinie zouden hebben, is onjuist: wij delen deze mening volledig. De standaarden zijn bedoeld als hulpmiddelen voor huisartsen bij hun werk, als onderbouwing van het vak, als het eigen gezicht van de huisartsgeneeskunde, maar ook als spiegel die huisartsen zichzelf en elkaar kunnen voorhouden, en als uitdaging aan huisartsen, als doelen waarnaar ze kunnen streven.¹⁵ De analyse die wij in ons artikel uitvoerden moet men vooral binnen deze doelen zien: huisartsen helpen kritisch naar hun werkwijze te kijken, zonder een beschuldigende vinger naar hen uit te steken, door stil te staan bij de problemen die zij ervaren om een door de beroepsgroep aangedragen set van richtlijnen in hun dagelijks werk in te voeren.

Dat de redactiecommissie de mogelijkheid van standaarden om kritisch stil te staan bij bestaande routines en eventueel onnodig medisch handelen te corrigeren, ook onderkent, blijkt bijvoorbeeld uit het redactioneel commentaar bij het verschijnen van de standaard *Otitis Media*: 'Het is interessant om te volgen, in hoeverre de autoriteit van de standaard ertoe zal bijdragen, dat het antibioticagebruik bij otitis media wordt beperkt'.¹⁶ Juist door een kritische reflectie op het handelen en door het opsporen van lacunes heeft men een basis om naar kwaliteitsverbetering te streven. Opsporen van mogelijke probleemgebieden in het handelen op basis van grote databestanden (zoals van de Nationale Studie) kan helpen de deskundigheidsbevordering af te stemmen op die aspecten van de zorg, waar extra aandacht gewenst kan zijn. De grote kracht van de huisartsgeneeskunde in Nederland op dit moment is juist, dat huisartsen (veel meer dan in welk land ook) op grote schaal bereid zijn aan onderlinge toetsing te doen en daarbij graag bereid zijn hun handelen met de NHG-standaarden in de hand ter discussie te stellen.

Een redactie die een dergelijke kritische reflectie bekritiseert en het geloof uitdraagt dat het prima is gesteld met de huisarts en dat er geen reden tot zorg is, gaat in tegen zijn principiële verantwoordelijkheid: een kritische houding. In 1983 hebben *McIntyre & Popper* de oorzaken en gevaren van een dergelijke houding al zeer treffend beschreven.¹⁷ Een en ander zal de huisartsgeneeskunde op den duur ongetwijfeld meer kwaad dan goed doen.

R. Grol,
J. van der Velden,
A. Claessens

¹ De Maeseneer J, Meyboom-de Jong B. Niets is standaard in de huisartspraktijk (en zelfs dat niet) [Commentaar]. Huisarts Wet 1991; 34(1): 2-3, 5.

² Grol R, Claessens A, Van der Velden J, Heerdink H. Kwaliteit van zorg bij enkeldistorsie: invoering van een standaard. Huisarts Wet 1991; 34(1): 30-4.

³ Lamberts H. Huisartsgeneeskundig handelen bij enkelklachten. Een beschouwing uit het Transitieproject. Huisarts Wet 1991; 34(1): 35-9.

⁴ Anoniem. Wetenschappelijke verantwoording Standaard Enkeldistorsie. Utrecht: NHG, 1989.

⁵ Dunlop M, et al. Guidelines for selective radiological assessment of inversion ankle injuries. Br Med J 1986; 293: 603-5.

⁶ Tenk M, Van Binsbergen JJ, Kamma H. Ongevallen: huisarts en de afstand tot het ziekenhuis. Huisarts Wet 1989; 32: 125-7.

⁷ Van Galen W, Diederiks J. Sportblessures en de huisarts. conceptartikel Practitioner.

⁸ Stolline A, Weiner J. The new medical marketplace. Baltimore: John Hopkins' University Press, 1988.

⁹ Leape L. Practice guidelines and standards: an over-

view. Quality Review Bulletin 1991; Febr: 42-9.

¹⁰ Grol R, Whitfield M, De Maeseneer J, Mekkink H. Attitudes to risk taking in medical decision making among British, Dutch and Belgian general practitioners. Br J Gen Pract 1990; 40: 134-6.

¹¹ Grol R, De Maeseneer J, Whitfield M, Mekkink H. Disease-centred versus patient-centred attitudes: comparison of general practitioners in Belgium, Britain and the Netherlands. Fam Pract 1990; 7: 100-3.

¹² De Maeseneer J. Het voorschrijven van antibiotica bij luchtwegproblemen. Huisarts Wet 1990; 33: 223-6.

¹³ De Maeseneer J. Huisartsgeneeskunde: een verkenning [Dissertatie]. Gent: Universiteit van Gent, 1989.

¹⁴ Zaat J, Van Eijk J. Praktijk- en artskenmerken en het aanvragen van laboratoriumonderzoek. Huisarts Wet 1991; 34(2): 78-81.

¹⁵ Van Weel C. Antibioticagebruik in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1990; 33: 218-9.

¹⁶ Tielens V. Standaarden: het gezicht van de huisarts. Huisarts Wet 1989; 32: 2-3.

¹⁷ McIntyre N, Popper K. The critical attitude in medicine: the need for a new ethics. Br Med J 1983; 287:1919-23

Commentaar 2

Ik was zeer verbaasd over het commentaar van *De Maeseneer & Meyboom-de Jong* naar aanleiding van de artikelen van *Grol et al.* en *Lamberts* over de kwaliteit van zorg rond de enkeldistorsie. De redactiecommissie heeft een stelling betrokken in de interpretatiestrijd over de halfvolle en de halflege fles. *De Maeseneer & Meyboom-de Jong* vinden namelijk dat de interpretaties van *Grol et al.* en *Lamberts* op basis van ongeveer dezelfde resultaten fundamenteel verschillend zijn. Ik heb dit er niet uit kunnen lezen. *Grol et al.* formuleren hun conclusies uit de Nationale Studie terughoudend, enquêteren een groep huisartsen over hun visie over de geleverde kwaliteit en stellen dat 'inzicht in deze factoren kan helpen de invoering van standaarden te richten op de feitelijke problemen in de kwaliteit van zorg'. *Lamberts* geeft een kaleidoskopisch, episode-gebonden overzicht van het huisartsgeneeskundige beleid bij enkelklachten. Daarbij viel mij op dat slechts 34 procent van de onderbeenfracturen leidde tot een röntgenfoto en dat slechts in 26 procent van de gevallen werd verwezen naar een specialist.

Het is zeer wenselijk dat er in dit tijdschrift een discussie gevoerd wordt over de interpretatie van onderzoek, waarbij geleverde kwaliteit wordt gelegd naast de richtlijnen uit de standaarden. Collectief masochisme van huisartsen die het toch nooit goed doen, dient met kracht bestreden te worden. De redactiecommissie beweegt zich echter op glad ijs als zij tevoren alle argumenten om niet volgens de standaard te hoeven

werken, inclusief het dreigement van de tucht-raad, van stal haalt en tenslotte verwijst naar onze zuiderburen met de opmerking dat het allemaal nog veel slechter kan. Acceptatie van deze ideeën zou leiden tot onmiddellijke staking van de ontwikkeling van standaarden.

Hebben *De Maeseneer & Meyboom-de Jong* trouwens kennis van onderzoek waarin is aangetoond dat de kwaliteit van wetenschappelijke publikaties van niet-huisartsen lager is dan van huisartsen?

W. van den Bosch

¹ De Maeseneer J, Meyboom-de Jong B. Niets is standaard in de huisartspraktijk (en zelfs dat niet) [Commentaar]. *Huisarts Wet* 1991; 34(1): 2-3, 5.

Naschrift

Met ons commentaar hebben wij geprobeerd de door *Van den Bosch* gewenste aanzet te geven tot een discussie over de beoordeling van de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen. Als dit commentaar *Grol* en zijn mede-auteurs heeft gekwetst, spijt ons dat; het was niet de bedoeling. De kwaliteit van hun artikel was ook niet in het geding; als dat wel het geval was geweest, zou het niet in deze vorm zijn gepubliceerd.

Het was ook geenszins de bedoeling een discussie te openen over de validiteit van de gegevens in de Nationale Studie. Wel zal rekening moeten worden gehouden met de specifieke eigenschappen en beperkingen van het Nivel-bestand, als men het wil gebruiken voor kwaliteitsbeoordeling. Wij hebben verder niet gesteld dat niet volgens de standaarden gewerkt zou moeten worden; het ging ons erom dat *zorgvuldig* moet worden omgegaan met de standaarden, ook ten opzichte van de beroepsgroep. Wij twijfelen er overigens niet aan dat deze bezorgdheid wordt gedeeld door *Grol et al.*

De discussie rond de *interpretatie* van de gevonden uitkomsten draait inderdaad om de uitlatingen 'veel onnodige röntgenfoto's en uitbesteding aan andere hulpverleners'. Wij hebben daarin iets beschuldigends geproefd. Het rukte vergeten kwetsuren open uit de tijd dat huisartsen door specialisten werden beoordeeld als 'dokters die te laat verwijzen'. Enkele uitlatingen in het commentaar zijn dan ook wellicht als defensief op te vatten, anders dan voor redactieleden gebruikelijk is.

De standaarden hebben betrekking op het handelen van huisartsen. Wij vinden het een redelijk resultaat als in 17 procent van de episoden röntgenfoto's worden aangevraagd, in 9 procent wordt verwezen naar de specialist en in

12 procent wordt verwezen naar de fysiotherapeut, zeker als we in aanmerking nemen dat de gegevens verzameld zijn vóórdat de standaard 'Enkeldistorsie' was gepubliceerd. Dat een groot aantal patiënten rechtstreeks naar de eerste hulp gaat, is weliswaar een belangrijk aspect, maar het is niet relevant voor de beoordeling van het huisartsgeneeskundig handelen. Het is een paradoxaal gegeven dat huisartsen niet heen kunnen om de manier waarop de bevolking gebruik maakt van de gezondheidszorgvoorzieningen, en dat patiënten wél om hun huisarts heen kunnen. De bijdrage van huisartsen aan 'overbodige röntgenfoto's' zou bij enkeldistorsies weleens marginaal kunnen zijn in vergelijking met het aandeel van de ziekenhuisassistenten op de eerste hulp.

Een argument voor de verantwoordelijkheid van de huisarts met betrekking tot het aanvragen van röntgenfoto's – 'althans ten dele' – vinden *Grol et al.* in een tweetal publikaties met *De Maeseneer* als co-auteur over de samenhang van het geneeskundig handelen met de defensieve opstelling van de arts. Ook hier gaat het om een complex fenomeen en lijkt voorzichtigheid geboden bij de interpretatie van de onderzoeksbevindingen. Het is maar zeer de vraag in hoeverre een samenhang tussen 'onnodige handelingen' en een defensieve opstelling van de huisarts, betekent dat deze 'onnodige handelingen' op het conto van de huisarts moeten worden geschreven.¹ De belangrijke verschillen die door *Grol et al.* werden gevonden met betrekking tot de defensieve opstelling van Engelse, Nederlandse en Belgische huisartsen, doen vermoeden dat hier iets meer in het geding is dan alleen een individueel artskenmerk, en dat factoren als de organisatie van de gezondheidszorg eveneens een rol spelen.

Voor het overige kunnen wij ons vinden in de opvattingen die *Grol et al.* formuleren met betrekking tot het gebruik van standaarden. Wij zijn inderdaad van mening dat standaarden buitengewoon bruikbaar zijn bij toetsing, maar wij willen tegelijkertijd waarschuwen tegen een rigide en normerend gebruik van standaarden bij de interpretatie van geaggregeerde gegevens, waarbij contextuele informatie – zowel van de patiënt als van de huisarts – ontbreekt.

Eddy maakt onderscheid tussen standaarden, richtlijnen en opties, waarbij standaarden strikt toegepast zouden moeten worden in vrijwel alle gevallen. Voordat echter in een standaard de noodzaak van een bepaalde interventie wordt vastgelegd, zouden de belangrijkste consequenties voor de gezondheid en de economie voldoende bekend moeten zijn en zou bovendien bij patiënten vrijwel unanimiteit dienen te bestaan over de wenselijkheid van de effecten.²

Wij geven er de voorkeur aan de NHG-standaarden

vooral nog op te vatten en te waarderen als richtlijnen. Het feit dat de inhoud van sommige standaarden nu al aan herziening toe is of wetenschappelijk ter discussie staat, vormt een extra argument voor dit standpunt. Wij achten het buitengewoon positief dat binnen het NHG kritisch over de bestaande standaarden wordt gereflecteerd. Tegelijkertijd betekent dit dat standaarden geen absoluut en tijdloos karakter hebben. De discussie rond de precieze plaats van de standaarden in de kwaliteitsbevordering is ook in andere landen actueel. Voor Nederland kan *Huisarts en Wetenschap* het forum zijn om deze discussie te voeren.

Er is de redactiecommissie geen onderzoek bekend, waaruit blijkt dat wetenschappelijke publikaties van niet-huisartsen kwalitatief zouden onderdoen voor publikaties van huisartsen. Dat was ook niet in het geding. Wél aan de orde was (en is) het interpretatiekader waarmee bepaalde uitkomsten van onderzoek worden bekeken.

Alles bijeen genomen zijn wij van mening dat de reacties van *Van den Bosch* en van *Grol et al.* aantonen dat het de moeite waard was een commentaar te plaatsen bij het hanteren van standaarden als norm bij de kwaliteitsevaluatie van het huisartsgeneeskundig handelen, zoals dit is vastgelegd in omvangrijke onderzoeksbestanden. Er is een gemeenschappelijke inzet om de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen in Nederland verder uit te bouwen en de plaats die instrumenten als standaarden daarbinnen hebben, preciezer te omschrijven.

J. De Maeseneer
B. Meyboom-De Jong

¹ De Maeseneer J. Consultatiegedrag van Vlaamse huisartsen: feiten, analyses, beleidsimplicaties. *Acta Hospitalia* 1990; 4: 17-28.

² Eddy DM. Designing a practice policy. *JAMA* 1990; 263: 3077-84.

Dissertaties

Touw-Otten mist een belangrijk proefschrift, geschreven in de periode 1980-1989 door een praktiserend huisarts in een kleine gemeenschap, tijdens omstandigheden waarvan menig praktiserend huisarts die is gepromoveerd in het luxe klimaat van een huisartseninstituut, zou huiveren.^{1 2} Voor de bespreking ervan verwijs ik naar *Huisarts en Wetenschap* 1989; 32: 446. Het proefschrift behandelt diverse aandachtsvelden die worden genoemd in de tabellen 2 en 3 in het artikel van *Touw-Otten* en laat zien hoe divers en

omvangrijk het werk van de huisarts is, zeker in een kleine gemeenschap.

Daar dit proefschrift door mij persoonlijk enige tijd voor de datum van de promotie is verzonden naar de vakgroep van mevrouw Touw, verwondert het mij dat het niet gebruikt is voor dit overigens interessante artikel. Een aanvulling lijkt mij zodoende gewenst. Het Nivel krijgt daarbij van mij persoonlijk een exemplaar toegestuurd, teneinde de onvolledigheid van zijn registratie van wetenschappelijk onderzoek te doen afnemen.

R. Mol,
huisarts te Hoogvliet

¹ Touw-Otten FWMM. Wetenschapsbeoefening en huisartsgeneeskunde II. Ontwikkelingen in de proefschriften van praktiserende huisartsen in de decade 1980-1989. Huisarts Wet 1991; 34(3): 141-5.

² Mol R. Doctor on Saba. Health care and disease in a Caribbean family practice [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1989.

Naschrift

Naar aanleiding van mijn artikel heb ik twee reacties ontvangen van huisartsen wier proefschrift niet in mijn analyse zijn verwerkt. Het ene is van R. Mol (zie boven), het andere is van J.A. Mazel.¹ Het proefschrift van Mol behoort tot het aandachtsveld 'morbidity, gegevens verwerkende registratie', dat van Mazel tot het aandachtsveld 'bevolkingsonderzoek'. Ik vind het jammer, ook voor de auteurs, dat deze proefschriften in mijn artikel ontbreken. Deze rectificatie verzacht hopelijk enigszins hun teleurstelling.

F. Touw-Otten

¹ Mazel JA. Preventie van perinatale hepatitis B bij pasgeborenen in Nederland [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1986.

Klachtgerichte benadering 5

Het artikel van Meijman over de klachtgerichte benadering¹ heb ik met instemming gelezen; het door enkelen geleverde commentaar prikkelt mij tot reageren, met name ten gunste van Meijman's stellingname vóór een klachtgerichte benadering en met een beslist 'nee' op de door Schellevis gestelde vraag: 'mogen wij de patiënt niet leren adequaat te klagen?'²

Afgezien van de (on)mogelijkheid van opvoeding van de patiënt tot een dergelijk gedrag, ben ik overtuigd van het gevaar daarvan en kan ik er zelfs geen enkel positief aspect aan bekennen.

Wat voor mij allesbepalend blijft en iedere verdere discussie naar een lager plan verwijst, is – nogmaals – de signaalfunctie die iedere klacht, welke dan ook, heeft. De onderscheiding in soorten klachten die Van Eijk daarbij noemt, lijkt mij niet ter zake.³ Iemand die behoort tot de percentueel geringe groep van mensen die zich met hun klachten tot de huisarts wenden, daar is iets mee! Daarbij is het voor mij irrelevant of hij werd gestimuleerd door overdreven bezorgdheid voor zijn gezondheid, door onvoldoende dan wel overmatige voorlichting, door zijn buurvrouw of wat dan ook. Of het nu gaat om informatiebehoefte, overschatting van de mogelijkheden van de huisarts of specifieke klachten: iedereen heeft eerst die drempel genomen en bijna altijd is de vraag waarom deze persoon zich nu niet (meer) in staat voelt om zonder hulp verder te gaan, belangrijker dan de klacht zelf.²

Aan mij als huisarts de taak open te staan en adequaat te reageren op zowel de klacht als de omstandigheden die ertoe hebben geleid dat die klacht nu bij mij op tafel ligt. Als ik dan door een te groot aanbod gefrustreerd dreig te worden, is dat wel degelijk mijn probleem en zal ik daar een oplossing voor moeten vinden. Maar wanneer ik die oplossing zoek in het beperken van het aanbod, ben ik te vergelijken met de man die zijn wekker kapotslaat en verder slaapt. De enige wijze waarop ik, als huisarts, kan worden geholpen is door te leren omgaan met deze manier van werken. Want frustratie en overbelasting worden niet in eerste instantie veroorzaakt door de hoeveelheid van hulpvragen, maar door het ervaren van onvermogen om daar op een bevredigende manier mee om te gaan. Hierin ligt nog steeds, ondanks jarenlange beroepsopleiding en nascholing, het hiaat in onze uitrusting. Nog altijd wordt sterk onderschat hoeveel de huisarts, met weinig scholing en zonder bijzondere tijdsinvestering, kan bijdragen aan het probleem-oplossend vermogen van zijn patiënten (en dát werkt klachtenverminderend).

Het ware te wensen, dat veel meer energie wordt gestoken in het motiveren van huisartsen in die richting. Wel lijkt het toenemend verschijnsel van groepen huisartsen die zich laten begeleiden door gedragswetenschappers, een hoopgevend verschijnsel.

J. Courant,
gepensioneerd huisarts

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

² Schellevis FG. Klachtgerichte benadering 3 [Ingezonden]. Huisarts Wet 1991; 34: 190-1.

³ Van Eijk JThM. Klachtgerichte benadering 1 [Ingezonden]. Huisarts Wet 1991; 34: 189.

Oncologie

Mevrouw Rubens, oud 36 jaar, verzoekt om een mammografie. Hoewel zij geen knobbeltjes in de borsten voelt, is zij toch ongerust, omdat recent borstkanker is ontdekt bij een vijf jaar oudere zuster.

Bij onderzoek vindt de huisarts aan de borsten van mevrouw Rubens geen afwijkingen.

1 Volgens de richtlijnen in de 'Consensus mammografiebeleid' kan in dit geval volstaan worden met jaarlijks palpatoir onderzoek door de huisarts.

Bij mevrouw Voeren, 36 jaar oud, vindt de huisarts een knobbeltje in de rechter mamma van ongeveer 1×2 cm. Ze vraagt een mammografie aan. Hierop worden geen afwijkingen gezien. De huisarts spreekt met mevrouw Voeren af dat de mammografie na een half jaar herhaald zal worden.

2 Volgens de richtlijnen in de 'Consensus mammografiebeleid' is dit een correcte handelwijze.

De huisarts vindt bij de 37-jarige mevrouw Winter postmenstrueel een knobbeltje in de rechterborst. Het knobbeltje is glad van oppervlak, vast van consistentie en los van boven- en onderlaag. Het heeft een doorsnede van 1×2 cm. De huisarts denkt aan een cyste en vraagt als eerste onderzoek een echografie van de mammae aan.

3 Volgens de richtlijnen in de 'Consensus mammografiebeleid' is dit een adequate handelwijze.

De heer Klaasman, 25 jaar oud, heeft op 19-jarige leeftijd wegens een M. Hodgkin stadium IIIB enige MOPP-kuren (Mitoxine, Oncovin, Procarbazine, Prednison) ondergaan. Na ongeveer een jaar is volledige remissie opgetreden. Hij komt nu bij de huisarts op het spreekuur. Hij en zijn vrouw willen graag kinderen en hij vraagt zich af of dat nog wel kan na de MOPP-kuren. De huisarts vertelt dat de kans dat hij voldoende vruchtbaar is even groot is als voordat hij de MOPP-kuren onderging.

4 Dit is correcte informatie.

De heer Veerden, oud 61 jaar, sinds vijf maanden bekend met maagresectie type Billroth II wegens een ulcererend maagcarcinoom met doorgroei in het duodenum en de pancreas, krijgt de laatste weken in toenemende mate last van misselijkheid en langdurige perioden met hik. De huisarts vermoedt levermetastasering, obstructie of ingroei in de maag. Hij schrijft chloorpromazine 3-6× daags 12,5 mg) voor ter vermindering van de klachten.

5 Dit is in dit geval een correcte therapie.

Ritmestoornissen, wond hechten, problematisch alcoholgebruik

Ritmestoornissen

Mevrouw Vis (45 jaar) bezoekt haar huisarts met de klacht dat ze hartkloppingen heeft. De hartkloppingen treden aanvalsgewijs op en worden ervaren als een snelle hartslag. Patiënte vertelt dat de hartkloppingen abrupt beginnen en geleidelijk eindigen.

6 Het abrupte begin van de hartkloppingen maakt een sinustachycardie *meer* waarschijnlijk dan een AV-nodale tachycardie.

De huisarts vraagt of de patiënte bij klachten direct wil bellen. Na 10 dagen ziet zij de patiënte tijdens een aanval; het gaat om een reguliere tachycardie. Bij inspectie van de halsvenen zijn reguliere pulsaties zichtbaar met dezelfde frequentie als de frequentie van het hart (kikkerfomeen).

7 Deze halsvenenpulsaties pleiten *voor* een AV-nodale tachycardie.

Een man van 26 jaar belt zijn huisarts in paniek op: zijn hart gaat al een minuut of tien zo vreselijk te keer; het bonst hem in de keel. Hij wil graag nu meteen langskomen. Bij onderzoek vindt de huisarts een pols van 160 slagen/min. Verder zijn er geen bijzonderheden.

De huisarts denkt aan een sinustachycardie en besluit een carotismassage toe te passen. Carotismassage dient te worden uitgevoerd door (eenzijdig) druk uit te oefenen op de bulbos caroticus.

8 Deze bevindt zich vlak onder de kaakhoek.

Ondanks een lege artis uitgevoerde carotismassage treedt er geen blijvende vertraging van het hartritme op.

9 Dit gegeven pleit *tegen* een sinustachycardie.

Vervolgens geeft de huisarts de patiënt een glas koud water te drinken. Hiermee stoppen de hartkloppingen.

10 Dit gegeven pleit *voor* een AV-nodale tachycardie.

Meneer De Groot, 50 jaar, manager van beroep, heeft last van hartkloppingen. Hij rookt en drinkt niet. De familie-anamnese is negatief voor cardiovasculaire aandoeningen. Bij een drietal metingen blijkt hij een gemiddelde tensie te hebben van 160/105 mm Hg. De Queteletindex is 23 (normaal gewicht voor lengte). Zijn cholesterol, glucose, elektrolyten en nierfunctie blijven normaal. Het ECG laat een snelle hartactie (90/min) zien met een enkele supraventriculaire extrasystole.

11 In dit geval komt behandeling van de hypertensie met een bètablokker eerder in aanmerking dan behandeling met een ACE-remmer.

12 Een calciumantagonist, bijvoorbeeld diltiazem, is bij meneer De Groot gecontraïndiceerd.

Wond hechten

De heer Evers, 65 jaar, komt bij de huisarts met een grote, gapende, V-vormige wond op de rechter knie, die ontstaan is na een val van een trapje. De huisarts besluit de wond te hechten. Na desinfectie en steriel afdekken wil hij een lokaal anaestheticum met adrenalinetoevoeging toedienen. Hij gaat eerst na of hiervoor contra-indicaties bestaan.

13 Tot de contra-indicaties voor het gebruik van een lokaal anaestheticum met toevoeging van adrenaline behoort hyperthyreoïdie.

Na het bereiken van anaesthesie en reinigen van de wond begint de huisarts met hechten. Hij gebruikt als hechtmateriaal niet-resorbabele atraumatische draad (bijvoorbeeld zijde) van de dikte 5×0.

14 Gezien de aard en plaats van de wond is de gekozen draaddikte correct.

Problematisch alcoholgebruik

De heer Claessen, 60 jaar, komt voor de derde keer bij de huisarts in verband met moeheidsklachten en algehele malaise. Op grond van de eerste twee consulten heeft de huisarts nog geen duidelijke werkhypothese. De anamnese en het lichamelijk onderzoek leverden geen duidelijke afwijkingen op. Bij aanvullend laboratoriumonderzoek werd een verhoogde gamma-GT (90, normaal <30 mE/ml) gevonden. De huisarts overweegt dat dit het gevolg is van alcoholgebruik en zoekt naar signalen die haar vermoeden kunnen bevestigen ('risico-indicatoren'). Het doorlezen van de patiëntenkaart levert de volgende informatie op: De heer Claessen is twee jaar geleden gescheiden van zijn vrouw en woont nu alleen. Hij is docent Engels van beroep. Een jaar geleden werd bij hem de diagnose matige hypertensie (gemiddelde RR 140/105 mm Hg) gesteld, waarvoor hij geen medicatie gebruikt.

Tot de risico-indicatoren voor problematisch alcoholgebruik behoort/behoort in dit geval:

15 De leeftijd van de heer Claessen (60 jaar).

16 De hypertensie.

17 Het feit dat de heer Claessen gescheiden is.

Om haar vermoeden te bevestigen probeert de huisarts het alcoholgebruik van de heer Claessen bespreekbaar te maken. Zij overweegt hierbij of ze direct naar het alcoholgebruik zal vragen of via indirecte weg zal proberen er meer over te weten te komen.

18 In het algemeen geldt dat patiënten het direct vragen naar alcoholgebruik negatief waarderen.

Het vermoeden van de huisarts wordt bevestigd: de heer Claessen blijkt een stevige alcohol drinker te zijn. Hij ondervindt daarvan de nodige problemen en is redelijk gemotiveerd om zijn alcoholgebruik te staken. De huisarts neemt de begeleiding van de heer Claessen op zich. Zij spreekt onder andere met hem af het effect van het staken van het alcoholgebruik te evalueren aan de hand van zijn leverfuncties.

19 In het geval van de heer Claessen is te verwachten dat zijn gamma-GT binnen 2 weken (na het staken van het alcoholgebruik) genormaliseerd is.

Antwoorden op pag. 288

Literatuur

Vragen 1 t/m 3

Schütte HE, Hendriks JHCL. Kanttekeningen bij de consensus 'Mammografiebeleid 1983'. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1415-8.

Hendriks JHCL. Mammografie, mogelijkheden en beperkingen. Bijblijven 3; 1987; nr. 10: 65-70.

Vraag 4

Van Berkestijn LGM, et al. De kankerpatiënt naar huis. Alphen a/d Rijn: Stafleu, 1984: 34, 35, 221.

Vraag 5

Szabo BG, Van der Ploeg E, Brand ES. Medische zorg voor de patiënt met kanker. Amsterdam, Brussel: Elsevier, 1984: 94.

Vraag 6

Castermans GAHM, Gorgels APM. Een patiënte met hartkloppingen. Hart Bull 1987; 18: 107, 114-5.

Vragen 7 t/m 10

Wellens HJJ. Herkenning en behandeling van patiënten met aanvallen van paroxysmale tachycardie. Hart Bull 1982; 13: 51-8.

Vragen 11-12

De Jong PE. Angiotensine convertende enzymremmers. Ned Tijdschr Geneesk 1988; 132: 708-11.

Vragen 13-14

Kunz MG. Kleine chirurgie. Heelkunde in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1988: 7-11, 20, 37.

Vragen 15 t/m 19

NHG-standaard Problematisch Alcoholgebruik. Huisarts Wet 1990; 33: 280-5.

A study of patients attending without appointments in an urban general practice Virji A. *Br Med J* 1990; 301: 22-6.

Wat zijn de sociale en psychische kenmerken van patiënten die het inlooppreekuur van de huisarts bezoeken? Hebben bezoekers van het inlooppreekuur meer psychische problemen? Hangt de keuze voor het inlooppreekuur samen met de mate waarin een medisch probleem als urgent wordt ervaren?

De studie werd verricht in een groepspraktijk van 12000 patiënten in een sociaal gedepriveerde wijk van Londen. In deze praktijk zijn 's morgens afspraakspreekuren en is er 's middags een inlooppreekuur van 16.00 tot 18.30 uur. Door 140 bezoekers van het inlooppreekuur en 140 bezoekers van de afspraakspreekuren werd een vragenlijst ingevuld met vragen over het te presenteren probleem, de mate van urgentie, de attitude ten opzichte van het maken van afspraken en enkele vragen om psychosociale problematiek op te sporen. Na het consult vulden de artsen een vragenlijst in over de hulpvraag en diagnose.

In de inlooppgroep zaten meer vrouwen en was de gemiddelde leeftijd lager dan in de afspraken-groep (30 versus 40 jaar). Qua huwelijkse staat en etnische achtergrond kwamen beide groepen overeen. Alleenstaande vrouwen met kinderen bleken vaker het inlooppreekuur te bezoeken, evenals de begeleiders van kinderen met een medisch probleem. Minder patiënten uit de inlooppgroep waren met de auto gekomen. Het aantal huishoudens met telefoons was in beide groepen even groot.

Van de inloopp-groep vond 89 procent de zoekredenen zeer of vrij urgent, in tegenstelling tot 66 procent van de afspraakgroep. In beide groepen werd ongeveer 40 procent van de aangeboden problemen door de patiënt als urgent en door de huisarts als niet-urgent beschouwd. Op het inlooppreekuur werden meer kleine, vanzelf genezende aandoeningen gepresenteerd.

Op het inlooppreekuur kwamen meer mensen met een uitkering en met huwelijks- of echtscheidingsproblematiek. Financiële problemen en huisvestingsmoeilijkheden kwamen in beide groepen even vaak voor. Van de inloopp-groep vond 61 procent het maken van afspraken lastig en van de afspraakgroep 47 procent.

Opvallend was dat bij de inlooppgroep, met name bij de vrouwen, door de artsen veel minder sociale en psychische problemen werden geïdentificeerd dan bij de afspraakgroep. Er was een grote discrepantie tussen het aantal sociale problemen dat door de artsen werd genoemd, en het aantal dat met behulp van de vragenlijst kon worden opgespoord. Mogelijk was een deel van deze problemen bij de artsen wel bekend, maar

werden zij niet relevant gevonden voor de gepresenteerde problematiek. Hierbij zou ook de tijdsdruk van een inlooppreekuur een rol kunnen spelen.

De auteur concludeert dat mensen die sociaal gedepriveerd zijn, eenzaam zijn of relatieproblemen hebben, en mensen die gewone medische problemen als urgent ervaren, mogelijk benadeeld worden in praktijken met een strak afsprakensysteem. In praktijkgebieden met veel sociale problematiek zou een gemengd systeem van inloop- en afspraakspreekuren het beste tegemoetkomen aan de behoeften van de patiënten.

In het artikel wordt niet ingegaan op de invloed die het tijdstip van het spreekuur en de duur van het inlooppreekuur op de resultaten zouden kunnen hebben. Het is bijvoorbeeld denkbaar dat een kort inlooppreekuur 's morgens vroeg door een heel ander deel van de patiëntenpopulatie wordt bezocht.

Marjolijn Hugenholtz

Hospital care for the elderly in the final year of life: a population based study Henderson J, Goldacre MJ, Griffith M. *Br Med J* 1990; 301: 17-9.

Brengt de toename van de levensverwachting van bejaarden met zich mee, dat deze bevolkingsgroep in het laatste levensjaar ook langer in het ziekenhuis ligt? Liggen hoogbejaarden in hun laatste levensjaar langer in het ziekenhuis dan jongere 65-plussers in het jaar voor hun overlijden? Om deze vragen te beantwoorden werden in een regio van Engeland in de periode 1976-1985 alle overlijdensverklaringen van mensen van 65 jaar en ouder gekoppeld aan de bijbehorende ziekenhuisdossiers. Gegevens over psychiatrische opnamen en opnamen in verpleeghuizen werden niet verzameld. In totaal bestreek het onderzoek ruim 140.000 mensen.

Het percentage mensen dat in het ziekenhuis overleed, steeg met de leeftijd tot een maximum bij ongeveer 80 jaar (59 procent in 1985) en daalde bij de nog oudere leeftijdscategorieën. Wanneer een opname gedurende de laatste zeven levensdagen niet werd meegerekend, bleef hetzelfde patroon aanwezig.

Het percentage mensen dat minstens één keer in het laatste levensjaar was opgenomen geweest, bleek in alle leeftijdscategorieën (boven de 65 jaar) in de tijd te stijgen, maar het was voor mensen boven de 85 jaar gemiddeld 8 procent lager dan voor mensen van 65-74 jaar. Wel bleven de 85-plussers, wanneer ze eenmaal waren opgenomen, langer in het ziekenhuis dan de jongere leeftijdsgroepen.

Tussen 1976 en 1985 nam de gemiddelde tijd die 65-plussers in hun laatste levensjaar doorbrachten in het ziekenhuis, niet toe. In diezelfde periode steeg de levensverwachting van mensen van 65 jaar en ouder met één jaar. De toename van de levensverwachting in de onderzochte populatie ging dus niet gepaard met meer tijd in het ziekenhuis in het laatste levensjaar.

De bevinding dat bij de hoogbejaarden een relatief lager percentage ziekenhuisopnamen voorkwam, kan volgens de auteurs op verschillende wijzen verklaard worden. In de eerste plaats nemen artsen hoogbejaarden mogelijk minder snel op, omdat medische of chirurgische interventie op die leeftijd onjuist wordt geacht. In de tweede plaats zijn hoogbejaarden misschien vaker in verpleeghuizen of bejaardenhuizen opgenomen, zodat ziekenhuisopname om louter verpleegkundige redenen dan niet nodig is. Ten derde is het mogelijk dat mensen die heel oud worden, betrekkelijk gezond blijven tot vlak voor hun dood.

Marjolijn Hugenholtz

A controlled trial of the effect of calcium supplementation on bone density in postmenopausal women Dawson-Hughes B, Dallal GE, Krall EA, et al. *N Engl J Med* 1990; 323: 878-83.

Er bestaat nog weinig overeenstemming over het effect van calciumsuppletie op het verminderen van de snelheid van botverlies bij postmenopauzale vrouwen. In een pilot study vonden de auteurs dat gezonde postmenopauzale vrouwen met een dagelijkse calciuminname van minder dan 400 mg een groter botverlies van de wervelkolom hadden dan vrouwen met een hogere calciuminname. In dit onderzoek werd nagegaan of vrouwen met een lage calciuminname ook het meeste baat zouden hebben bij calciumsuppletie.

In totaal 361 gezonde, postmenopauzale vrouwen van 40-70 jaar werden in twee groepen verdeeld op grond van hun calciuminname. In beide groepen kreeg een deel van de vrouwen een placebo, een deel 500 mg calciumcarbonaat en een deel 500 mg calciumcitraat. Alle vrouwen werden gedurende twee jaar vervolgd, waarbij werd gekeken naar de botdichtheid van wervels, femur en radius. Omdat bleek dat de botafbraak in de eerste vijf jaar na de menopauze snel verliep en daarna in een langzamer tempo doorging, werden de vrouwen onderverdeeld in vroeg-postmenopauzale (<5 jaar) en laat-postmenopauzale vrouwen.

Bij vroeg-postmenopauzale vrouwen werd geen effect op de botafbraak door calciumsuppletie gezien, maar bij laat-postmenopauzale vrouwen die calciumcitraat kregen, werd geen

botverlies meer gemeten. Bij de laat-menopauzale vrouwen die calciumcarbonaat kregen, werd alleen nog verlies in de wervels gevonden, en de vrouwen die een placebo kregen, hadden botverlies in de wervels en in het femur. Vrouwen met een lage calciuminname die calciumcitraat kregen, hadden minder botverlies dan de andere vrouwen met een lage calciuminname. Bij vrouwen met een hogere calciuminname werd geen effect gezien op de botaafbraak door calciumsuppletie.

Van de gezonde post menopauzale vrouwen is het dus inderdaad de groep met de laagste calciuminname die het meeste baat heeft bij een calciumsuppletie tot ongeveer de aangeraden hoeveelheid van 800 mg per dag. Het feit dat de alkalische-fosfatasespiegels tijdens de behandeling met calcium daalden, suggereert dat de snelheid van de bot-turnover was afgenomen. Calciumcitraatmalaat is hiervoor een betere calciumbron dan calciumcarbonaat, waarschijnlijk doordat het beter wordt geabsorbeerd.

Germa Joppe

Renal effects of cadmium body burden of the general population Buchet JP, Lauwerijs R, Roels H, et al. *Lancet* 1990; 336: 699-702.

De twee belangrijkste bronnen van vergiftiging door cadmium zijn het dieet (water en landbouwprodukten van vergiftigde grond) en het roken. Cadmium is sterk cumulatief en heeft een biologische halfwaardetijd van meer dan tien jaar. Het stapelt vooral in de nieren. Een onderzoek bij een doorsnede van de bevolking in België werd opgezet om na te gaan of blootstelling aan cadmium gepaard gaat met nierdysfunctie. Zo werden 1699 personen van 20 tot 80 jaar, die niet beroepsmatig met cadmium in aanraking waren geweest, onderzocht in vier gebieden die in verschillende mate met cadmium waren verontreinigd.

Het cadmiumgehalte in de urine en het bloed nam bij beide geslachten toe met de leeftijd; roken verhoogde deze waarden. Van de onderzochte laboratoriumwaarden waren er vijf significant geassocieerd met de hoogte van de 24-uurs uitscheiding van cadmium in de urine; deze variabelen gaven een indruk van de cadmiumbelasting van het lichaam en suggereerden een tubulaire nierdysfunctie. Wanneer de cadmiumexcretie hoger was dan 2-4 µg/24 uur waren deze variabelen in 10 procent van de gevallen abnormaal. De uitscheiding van deze hoeveelheid cadmium was ook te vinden bij 10 procent van de niet-rokers. Verder bleek dat diabetici gevoeliger waren voor het toxisch effect op de proximale niertubuli. Woonplaats, misbruik van analgetica

of gezondheidstoestand waren niet relevant voor het effect.

De auteurs schatten dat een uitscheiding van 2 µg/25 uur overeenkomt met een gemiddelde nierschorsconcentratie van 50 p.p.m. Bij niet-rokers wordt dit niveau bereikt na 50 jaar opname van 1 µg/kg. De resultaten van het onderzoek suggereren dat ook bij niet-rokers de gemiddelde dagelijkse cadmiumopname in het dieet te hoog is. Ongeveer 10 procent van de bevolking in België heeft voldoende cadmium opgenomen voor een lichte nierdysfunctie. Waarschijnlijk geldt dit ook voor andere geïndustrialiseerde landen.

C.H.A. Westhoff

Conservative treatment of ectopic pregnancy with local injection of hyperosmolar glucose solution or prostaglandin F₂: a prospective randomised study Lang PF, Weiss PAM, Mayer HO, et al. *Lancet* 1990; 336: 78-81.

Lokale en algemene therapie met methotrexaat of prostaglandine van een niet-gebarsten tubaire graviditeit hebben soms ernstige bijwerkingen. In dit onderzoek werden 31 patiënten at random behandeld, respectievelijk met lokale en algemene toepassing van prostaglandine en met lokale instillatie van hyperosmolaire glucoseoplossing.

De prostaglandinetherapie was succesvol bij 13 van de 15 patiënten; bij twee patiënten daalde het hCG-gehalte niet; dezen werden geopereerd door middel van laser-salpingotomie. Negen patiënten hadden na de operatie buikkrampen, die pas overgingen na het staken van de intramusculaire injecties. Zes patiënten waren subfebriel. De behandeling met prostaglandine slaagde bij alle patiënten en bij hen werden geen bijwerkingen geconstateerd.

Bij een latere hysterosalpingografie hadden vijf patiënten die waren behandeld met prostaglandine, en zeven patiënten die waren behandeld met glucose, een normale tubaire configuratie en open tubae. Drie glucosepatiënten hadden later een normale intra-uteriene zwangerschap, in één geval via de aangedane tuba.

C.H.A. Westhoff

Otitis media with effusion in children [Editorial]. *Lancet* 1990; 336: 23-4.

In de westerse landen is operatief ingrijpen bij otitis media de meest voorkomende ingreep bij kinderen. De indicaties voor tympanotomie, gevolgd door het plaatsen van trommelvliesbuisjes, zijn herstel van het gehoor, het voorkómen van complicaties, zoals cholesteatomen, en preventie van dragestoornissen.

Bij de Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study werd een cohort van ruim 1000 kinderen vervolgd: vanaf de leeftijd van 3 jaar werden hun ontwikkeling en gedrag om de twee jaar onderzocht. Vanaf het vijfde jaar vonden tevens een otologisch en een audiometrisch onderzoek plaats.

Vanaf de leeftijd van 7 jaar werd geen enkel significant verschil met betrekking tot ontwikkeling en gedrag gevonden tussen kinderen die op jongere leeftijd wél en kinderen die geen otitis media hadden gehad. Tevens bleken bij de kinderen bij wie trommelvliesbuisjes waren geplaatst, geregeld complicaties op te treden, zoals purulente afscheiding en vorming van granulatieweefsel (11 procent), uitblijven van de sluiting van het trommelvlies (3 procent) en vorming van atrofische littekens en tympanosclerose (61 procent). Ernstige complicaties ten gevolge van de OME zelf zag men nimmer. De bewering dat niet behandelen bijvoorbeeld cholesteatoomvorming tot gevolg zou kunnen hebben, kon niet worden bewezen.

Dat operatief ingrijpen mogelijk schadelijke effecten heeft, is nog geen reden om het niet te doen, wel om het uitsluitend te doen bij kinderen bij wie een duidelijke verbetering van het gehoor te verwachten is.

Thijs Sanders

Quantitation of muscle glycogen synthesis in normal subjects and subjects with non-insulin-dependent diabetes bij C¹³ nuclear magnetic resonance spectroscopy Shulman GI, Rothman DL, Jue T, et al. *N Engl J Med* 1990; 223-9.

Where all the glucose doesn't go in non-insulin-dependent diabetes mellitus [Editorial]. Rogardus C, Lillioja S. *N Engl J Med* 1990; 322: 322-6.

In dit artikel wordt de hypothese getoetst of de spieren van een type-II-diabeet meer insuline nodig hebben om de aangeboden glucose in de vorm van glycogeen vast te houden. Voor het onderzoek werd gebruik gemaakt van zeer geavanceerde technieken waarmee vijf proefpersonen en zes controles werden onderzocht. Hierbij bleek dat zowel de glucose-opname door de spier als de mogelijkheid van deze spier om de opgenomen glucose als glycogeen vast te houden, gestoord was en dat er voor deze processen meer insuline nodig was dan bij de controles. Ook bleek dat de lever in vergelijking met de spieren een te verwaarlozen rol speelt als opslagplaats van glycogeen. De schrijvers stellen dat de gestoorde glucose-opname en glycogeensynthese in de spieren de uiteindelijke oorzaak zijn van het optreden van diabetes mellitus type II.

In het *editorial* wordt gesteld dat dit onderzoek het bewijs lijkt te leveren voor de reeds lang

bestaande hypothese dat de spieren van diabetes meer insuline nodig hebben om de aangeboden glucose vast te houden. Daarnaast wijzen zij op een ander onderzoek waarin familieleden van type-II-diabetes op dezelfde manier werden onderzocht en waarin hetzelfde defect in de glucose-opname door de spieren kon worden aangetoond.

H.G. Frenkel-Tietz

The effect of urosidol on the efficiency and safety of extracorporeal shock-wave therapy of galstones. The Dornier national biliary lithotripsy study Schoenmakers LJ, et al. *N Engl J Med* 1990; 323: 1239-45.

Changing therapy for galstone disease [Editorial] Way LW. *N Engl J Med* 1990; 323: 1273-4.

Bij bijna 600 patiënten werd de vergruizing van hun galstenen gevolgd door een langdurige kuur met desoxycholzuur of een placebo. Bij de behandeling met desoxycholzuur bleken na zes maanden significant minder galstenen aanwezig. Het succes was het grootst indien de behandelde steen solitair en niet al te groot was. De schrijvers concluderen dat vergruiste stenen door een behandeling met desoxycholzuur gemakkelijker oplossen en hierdoor ook gemakkelijker spontaan worden geloosd. Terloops wordt gemeld dat een groot deel van de patiënten na de vergruizing voorbijgaande hematurie had.

In het *editorial* wordt opgemerkt dat het succes van de gecombineerde behandeling ongeveer 35 procent bedraagt, terwijl het om een langdurige en dure behandeling gaat. De schrijver wijst erop dat er nieuwe mogelijkheden zijn om per laparoscopie galstenen te verwijderen. Hij denkt dat de vergruistherapie voor galstenen binnenkort obsoleet zal zijn en waarschuwt tegen het al te gemakkelijk aanschaffen van de dure instrumenten die hiervoor nodig zijn.

H.G. Frenkel-Tietz

Psychiatrische diagnostiek en advies ten dienste van de huisarts [Dissertatie]. Buis WMJN. Utrecht: Rijksuniversiteit, 1990. Handelsuitgave: Amsterdam, Thesis, 1990; 224 bladzijden, prijs NLG 29,50. ISBN 90-5170-062-8.

Op twee psychiatrische poliklinieken in 's-Hertogenbosch werd medio 1986 gestart met een project voor diagnostiek en advies ten dienste van huisartsen. De auteur, psychiater, geeft in dit proefschrift een beschrijving en een evaluatie van dit project.

In een speciaal ontwikkeld model kunnen huisartsen patiënten 'consultatief verwijzen', waarbij de polikliniek de behandeling of het beleid niet overneemt. Na afloop van zo'n consult krijgt de huisarts van de polikliniek een rapport over de diagnose of inschatting, aangevuld met medische, psychotherapeutische en praktische adviezen. De huisarts bespreekt de uitslag met de patiënt en bepaalt het verdere beleid.

Gedurende een jaar maakten 51 potentiële verwijzers (van de ongeveer 170) van dit model gebruik voor 95 patiënten. Het project bleek goed uitvoerbaar. Het merendeel van de patiënten, huisartsen en polikliniekmedewerkers vond het gehanteerde verwijzingsmodel zinvol.

De auteur geeft een goed overzicht van relevante recente literatuur over de samenwerking tussen de eerste- en tweedelijns geestelijke gezondheidszorg. Consultatieve verwijzing komt uit dit overzicht naar voren als de meest geschikte mogelijkheid om problemen in de samenwerking te verminderen. De doelstellingen van het project werden zonder uitzondering gerealiseerd en de aan de doelstellingen gekoppelde vragen worden met de gekozen opzet in belangrijke mate beantwoord. Dit proefschrift levert daardoor een schat aan informatie op. De toelichting bij de keuze van de niet-gerandomiseerde, quasi-experimentele opzet en de gekozen uitkomstmaten is wat kort. In haar aanbevelingen op basis van dit onderzoek is de auteur voorzichtiger dan nodig. Huisartsen(-groepen) die samen met hulpverleners uit de geestelijke gezondheidszorg de onderlinge samenwerking willen verbeteren, vinden in dit boek een interessant model.

Harm van Marwijk

KENNISTOETS

Antwoorden van pag. 285

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

Decision support for the differential diagnosis of jaundice [Dissertatie] Segaar J. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1991; 148 pagina's, geen handelsuitgave.

Medical Technology Assessment – evaluatieonderzoek van medische voorzieningen, technologieën en procedures; er is nog geen Nederland-

se term voor – is een potentieel belangrijk beleidsinstrument in de gezondheidszorg. Segaar's onderzoek is een voorbeeld van dergelijk evaluatie-onderzoek, toegepast op diagnostische schema's voor geelzucht. Diverse bestaande expert-systemen werden getoetst aan retrospectief verzamelde gegevens van patiënten die onder specialistische behandeling waren. De klinische betekenis van de gevonden foutmarge is onduidelijk; daarvoor is prospectief onderzoek nodig met expertsystemen als standaard. Tevens zou onderzoek moeten worden of klinici die gebruik maken van zulke standaarden, betere resultaten bereiken dan artsen die dat niet doen. Opgemerkt wordt dat bij dat oordeel de utiliteit een grote rol dient te spelen, maar dat die kwaliteit buiten het bestek van het onderzoek valt. De auteur waarschuwt verder dat het gebruik van eenzelfde standaard op verschillende (geografische) lokaties tot verschillende resultaten kan leiden, bijvoorbeeld vanwege andere referentiewaarden.

Volgens Segaar kan het gebruik van expertsystemen in de huisartsgeneeskunde nuttig zijn, mits aan alle voorwaarden voor nauwgezette implementatie is voldaan. Hij vindt geelzucht in dit verband niet erg geschikt, omdat het vaak tot diagnoses leidt die specialistische behandeling behoeven. Tot slot stelt hij dat niet de introductie van diagnostische hulpmiddelen, maar de introductie van de gedachtengang achter zulke hulpmiddelen het doel is waarnaar gestreefd zou moeten worden.

Het onderzoek zelf heeft slechts geldigheid voor de specialistische geneeskunde. De hier genoemde conclusies klinken ons echter vertrouwd in de oren. Bij de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van het Standaardenbeleid dienen zij een leidraad te zijn en te blijven.

Lode Wigtersma

De eerste lijn op spoor gezet. Omtrent René De Smet Blondeel L, red. Gent (De Pintelaar 185, 9000 Gent): CHAO, 1990; 293 bladzijden. ISBN 90-800391-22-8.

Op 30 oktober 1990 nam René De Smet met een symposium afscheid als hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Gent in België. Terecht werd dit feit herdacht met een 'huldeboek', waarvan de bijdragen aan dit symposium een belangrijk onderdeel vormen. Daarnaast zijn er nog een aantal op zichzelf staande essays.

De titel van dit *liber amicorum* is een goede afspiegeling van het werk van De Smet. De huisartsgeneeskunde staat per definitie zeer dicht bij het dagelijks leven van de bevolking en

is als zodanig sterk afhankelijk van het door de overheid gevoerde gezondheidszorgbeleid. Ook in België moest de academische huisartsgeneeskunde in de beginfase zijn plaats verwerven in het sterk specialistisch georiënteerde universitaire medische bolwerk. Daarnaast lopen de belangen van de universitaire huisartsgeneeskunde en die van de praktiserende huisartsen niet altijd parallel.

Het symposium geeft een duidelijk beeld van dit spanningsveld waarin De Smet als diensthoofd van het Centrum voor Huisartsenopleiding de laatste tien jaar zijn pionierswerk heeft verricht. Het boek zal bij de Nederlandse lezer verbazing en ongeloof, maar zeker ook bewondering en respect wekken. In ieder geval blijkt eruit dat in Vlaanderen de huisartsgeneeskunde op een niet altijd eenvoudige wijze een eigen plaats heeft verworven in het Belgische gezondheidszorgsysteem. De uitdaging is groot, maar de problemen zijn misschien nog wel groter. Uit sommige bijdragen blijkt dat onze Vlaamse collega's zich sterk spiegelen aan de ontwikkelingen in het Verenigd Koninkrijk en in ons land. Bij zorgvuldig lezen blijkt dat wij nog veel van hen kunnen leren, met name waartoe persoonlijke inzet en uithoudingsvermogen kunnen leiden.

Daarnaast bevat dit boek een aantal op zichzelf staande artikelen waarvan de waarde ruim over de Belgische grenzen heen reikt: De opleiding tot huisarts in Europees perspectief (Jan Heyrman), het artikel over de diagnostische strategieën in de huisartsgeneeskunde (Jan De Maeseneer) en het artikel over een minimaal gegarandeerd dienstenpakket (Marc Lemiengre en Thierry Christiaens).

Voor de liefhebbers.

E. Schadé

Community hospitals. Preparing for the future [Occasional paper 43]. *Liaison group of the Royal College of General Practitioners and Associations of General Practitioner Community Hospitals*. London: Royal College of General Practitioners, 1990; 51 pagina's, prijs GBP 8.50; ISBN 850-841-45-8.

De Britse zusterorganisatie van het NHG publiceert sinds 1976 met enige regelmaat *occasional papers*: manuscripten die te lang voor een artikel en te kort voor een boek zijn. Dit rapport heeft betrekking op *community hospitals*, een in ons land onbekend verschijnsel, dat als volgt wordt gedefinieerd: een ziekenhuis waarin opname, zorg en ontslag van de patiënten onder directe controle staat van de eigen huisarts, die hiervoor ook gehonoreerd wordt.

Er zijn momenteel 443 community hospitals in

het Verenigd Koninkrijk. Lang niet alle huisartsen kunnen er gebruik van maken; sommige huisartsen hebben wel de mogelijkheid patiënten onder eigen supervisie te laten opnemen in een districtshospitaal. Een belangrijk kenmerk van community hospitals is hun heterogeniteit. De faciliteiten die worden geboden, wisselen sterk en hebben meestal betrekking op een of meer van de volgende categorieën: terminale zorg, tijdelijke opname van chronisch zieken om het thuismilieu te ontlasten, overname van patiënten uit gespecialiseerde ziekenhuizen in de herstelfase na operatie of acute ziekte, behandeling van en zorg voor patiënten die niet thuis behandeld kunnen worden en de gespecialiseerde zorg van een groter ziekenhuis niet nodig hebben, pre- en postnatale zorg, en bevallingen. Tevens hebben vele community hospitals een functie als EHBO-post, bieden ze röntgenfaciliteiten en fysiotherapie en dienen ze als polikliniek voor visiterende specialisten.

In het rapport worden beschreven: de hoeveelheid en kwaliteit van het werk, de toetsing van de zorg, de tevredenheid van de patiënten, de procedures voor opname en ontslag, management, mogelijkheden voor opleiding en research, en een kosten-batenanalyse. Het eindigt met een aantal aanbevelingen aan overheid, beroepsgroep en ziekenhuizen voor het behoud en de ontwikkeling van dit intermediaire niveau van zorgverlening.

De community hospitals worden door een deel van de beroepsgroep gezien als anachronisme; een ander deel van de professie ziet ze als een voorziening met toekomst, waar tegen bescheiden kosten intermediaire zorg en behandeling geboden kunnen worden aan patiënten die in de eerste lijn niet voldoende opgevangen kunnen worden, terwijl gespecialiseerde tweedelijns voorzieningen niet nodig zijn.

Een interessant en stimulerend paper.

P.L.B.J. Lucassen

Psychotherapie bij lichamelijke aandoeningen [Themanummer Directieve Therapie] Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1990; 107 pagina's, prijs NLG 28,50. ISBN 90-313-1221-5.

Uit de titel van dit themanummer in boekvorm blijkt al dat men zich niet opgehangen heeft aan een eng psychosomatisch concept of een psychosociale genese van de beschreven aandoeningen. Maar daar waar riskant gedrag, stress, angst, spanning, verkeerde cognities, emoties en problemen factoren zijn die een aandoening kunnen onderhouden, verergeren of kunnen leiden tot terugval, past een aanpak met behulp van respectievelijk gedragstherapie, stressmanage-

ment, ontspanningsoefeningen, cognitieve therapie, leren omgaan met emoties en problem solving. Het komt neer op leren leven met de kwaal, maar dan wel met voldoende oog voor detail om een realistisch succes te kunnen oogsten.

Uit de inhoud valt het volgende te vermelden: een overzichtartikel van de psychologische hulpverlening bij roken, type-A gedrag, obesitas, hartrevalidatie, kanker, epilepsie, en Aids. Dit is zeker interessant, maar uiteraard te weinig gedetailleerd om direct voor de praktijk bruikbaar te zijn. De hoofdstukken over hypochondrie, eczeem, chronische pijnsyndroom, enuresis nocturna en encopresis zijn zeer goed bruikbaar in de eerste lijn. Het hoofdstuk over hypertensie is eigenlijk nogal teleurstellend, voornamelijk omdat er niet veel nieuws in staat. Drie lezenswaardige boekbesprekingen sluiten de rij.

Conclusie: een bruikbaar en interessant boekje voor de huisarts, maar ook voor de maatschappelijk werker, de fysiotherapeut en de psycholoog in de eerste lijn.

Dick Arentz

Rapporteren met tabellen, grafieken, diagrammen en schema's *Nederhoed P. Houten, Deurne: Bohn, Stafleu Van Loghum, 1990; 133 pagina's, prijs NLG 38,-. ISBN 90-368-0221-0.*

Gekwantificeerde informatie kan compact en overzichtelijk worden weergegeven in tabellen en figuren. Hoe belangrijk dit soort informatie is, blijkt alleen al uit het feit dat de resultatensectie van verslagen van wetenschappelijk onderzoek in *Huisarts en Wetenschap* vaak voor meer dan 50 procent uit tabellen en (in mindere mate) figuren bestaat. Helaas laat de presentatie van deze tabellen en figuren in het oorspronkelijke manuscript nogal eens te wensen over en het vermoeden lijkt gewettigd dat veel auteurs slecht op de hoogte zijn van de conventies die op dit gebied bestaan. Voor een belangrijk deel ligt dat aan het ontbreken van enig onderricht in deze, anderzijds zou bestudering van één enkele jaargang van *Huisarts en Wetenschap* de geïnteresseerde auteur al een eind op weg kunnen helpen.

Sinds kort is er een leesbaar, Nederlandstalig alternatief, waarin de mogelijkheden en beperkingen van tabellen en figuren systematisch worden behandeld. Er staat ongetwijfeld meer in dan voor de meeste huisarts-onderzoekers relevant is, maar er staat ook veel in waarmee zij wel hun voordeel kunnen doen. En voor docenten die betrokken zijn bij de wetenschappelijke vorming van (aanstaande) huisartsen, lijkt dit mij in ieder geval een buitengewoon bruikbaar boek. Aanschaffen dus.

E.A. Hofmans

Sociale steun. Analyse van een paradigma Schrameijer F. Utrecht: NcGc, 1991; 387 pagina's, prijs NLG 39,50. ISBN 90-5253-030-0. Te bestellen door overmaking op postrekening 83923 van het NcGv onder vermelding van 'NvGv-reeks 90-20'.

Vanaf het begin van de jaren zeventig heeft het begrip 'sociale steun' een enorme opgang gemaakt in het onderzoek naar ontstaan en vermindering van stress. Zo bleek uit bevolkingsonderzoek dat mensen met een geringe mate van sociale integratie over een periode van negen jaar bijna drie keer zoveel kans hadden te overlijden als mensen die juist sterk sociaal verankerd waren. Toen tegen het begin van de jaren tachtig de vele honderden onderzoeken en hun uitkomsten eens op een rijtje werden gezet, ontstond niettemin grote twijfel over de waarde van de 'sociale steun'-theorie.

In de studie van Schrameijer worden de problemen van de 'sociale steun'-theorie nader geanalyseerd. Een van zijn stellingen is dat de theorie achter het steunbegrip grotendeels impliciet is gebleven, waardoor er enkele misverstanden in het concept zijn geslopen, die het onderzoek nog steeds parten spelen. Een belangrijk misverstand is bijvoorbeeld dat onder sociale steun zowel objectieve voorwaarden voor steun (zoals netwerkkenmerken of burgerlijke staat), als de subjectieve effecten van relaties met anderen kunnen worden verstaan. In onderzoek worden zelfs vaak combinaties van beide opvattingen toegepast. Zo blijkt dat er bij bevolkingsonderzoek niet alleen naar sociale integratie wordt geïnformeerd, maar tegelijkertijd ook naar de subjectieve evaluatie van de betrekkingen die de geïnterviewden met anderen onderhouden. Dat de subjectieve evaluatie van de kwaliteit van iemands betrekkingen samenhangt met criteria van (geestelijke) gezondheid, is echter meer dan waarschijnlijk. Zo is het gevonden verband tussen 'steun' en overlijdensrisico gedeeltelijk een schijnverband.

Wat de verbanden betreft tussen meer objectieve interpersoonlijke betrekkingen en (geestelijke) gezondheid – deze hebben een complex karakter. Zo is uit onderzoek naar eenzaamheid bekend dat sociaal geïsoleerden zich lang niet altijd eenzaam voelen, en omgekeerd dat sociale integratie eenzaamheid niet uitsluit.

Schrameijer stelt voor om de aandacht in het steunonderzoek te verleggen van het vaststellen van verbanden tussen 'steun' en gezondheid naar de bestudering van de voorwaarden waaronder een subjectief gevoel van steun tot stand kan komen. Hiermee wordt onder meer de mogelijkheid geopend om zogeheten 'negatieve effecten' van sociale relaties recht te doen. Zo blijkt bij voorbeeld dat zeer veel kankerpatiënten meer last dan steun ervaren van hun naasten.

Voorts blijkt het huwelijk op zichzelf nauwelijks een indicatie voor sociale steun te zijn. Sociaal isolement blijkt voor velen zeer functioneel en heeft in de wetenschappelijke en publieke opinie een veel te negatieve gevoelswaarde gekregen. Meer in het algemeen: sociale betrekkingen worden binnen het terrein van het 'sociale steun'-onderzoek overdreven positief voorgesteld.

Atlas van medische microbiologie Magelschots E, Lontie M, Vandepitte J. Amersfoort: Acco, 1990; 126 pagina's, prijs NLG 85,—. ISBN 90-5256-035-8 (gebonden), 90-5256-01-2 (inge-naaid).

Beroepengids zorgsector Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Den Haag: SDU, 1990; 132 pagina's, prijs NLG 19,50.

REGISTER

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

Voor deze dienstverlening wordt NLG 5,— per trefwoord per pagina A4 in rekening gebracht, met een minimum van NLG 15,—. Dit bedrag is exclusief verzendkosten. Voor aanvragen kan men zich – bij voorkeur schriftelijk – wenden tot het redactiesecretariaat van *Huisarts en Wetenschap*, Postbus 3176, 3502 GD Utrecht.

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

In de rubriek 'Grijs' brengen instellingen op het gebied van de eerste lijn belangwekkende interne publikaties onder de aandacht van de lezers.

Groningen

Kenmerken van de Nederlandse doktersassistenten [Onderzoeksverslag]. Tuntler-Vink C; 22 pagina's, prijs NLG 7,50.

De centrale verzorger [Onderzoeksverslag]. Nielen JJA; 37 pagina's, prijs NLG 10,—.

Reuma, functionele toestand en zorg [Onderzoeksverslag]. De Bruin C; 30 pagina's, prijs NLG 7,50.

Thuis sterven? Huisartsdossiers van overleden patiënten als bron van onderzoek [Onderzoeksverslag]. Schriemer AG; 37 pagina's, prijs NLG 10,—.

Voorlichting aan de CVA-patiënt en diens familie en de voorbereiding op het ontslag naar huis [Onderzoeksverslag]. Tulner CR; 61 pagina's, prijs NLG 10,—.

CVA in Oldenburg (Westduitsland) [Onderzoeksverslag]. Lange F; 60 pagina's, prijs NLG 10,—.

Oorsprong antibiotica/corticosteroïed behandeling bij CARA exacerbaties [Literatuurstudie]. De Vries PC; 48 pagina's, prijs NLG 10,—.

Hoe denkt men in het tijdvak 1975-1990 in de Verenigde Staten, Groot-Brittannië en Nederland over de farmacotherapie van CARA [Literatuurstudie]. Teunissen PHJ; 26 pagina's, prijs NLG 7,50.

Antibioticabeleid bij CARA-exacerbaties [Literatuurstudie]. Jansen Th; 35 pagina's, prijs NLG 7,50.

Alle prijzen zijn inclusief verzendkosten. Te bestellen bij: Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen, Antonius Deusingalaan 4, 9713 AW Groningen; telefoon 050-632963.

Vloeibare stikstof in de huisartspraktijk

In de huisartspraktijk wordt veel gebruik gemaakt van vloeibare stikstof ten behoeve van de behandeling van goedaardige huidtumoren. De temperatuur van vloeibare stikstof (-196°C) maakt een goede en intensieve behandeling mogelijk. Het toepassen van een vloeistof met een zo lage temperatuur brengt echter wel een aantal risico's met zich mee. De Commissie Praktijkvoering heeft de indruk dat niet elke huisarts of praktijkassistente die hiermee werkt, zich daar van bewust is. Vandaar dit overzicht.

- Ook door de intacte huid wordt een temperatuur van -196°C niet zomaar goed verdragen. Er kunnen beschadigingen ontstaan, die nauw verwant zijn aan brandwonden.
- Vloeibare stikstof kan gaan 'koken', met name als het terechtkomt in een fles of bak met een veel hogere temperatuur (bij het 'overschenken' ontstaat al snel een temperatuurverschil van 200°C). Het effect is te vergelijken met het gooien van koud water op een gloeiende metalen plaat; spetters koude stikstof kunnen in het rond vliegen.
- Er kan drukvorming optreden, indien de vloeibare stikstof bewaard wordt in een gesloten vat. Dit kan leiden tot (explosief) scheuren van het vat. Bewaar de vloeibare stikstof dus altijd in een 'open' vat, dat wil zeggen een vat met hooguit een los dekseltje over de schenkopening.
- Bij bewaring in een open vat zal er altijd wat stikstof verdampen. Het vrijkomende gas zal door zijn gewicht 'laaghangend' zijn en andere gassen (zoals zuurstof) van de laaggelegen plaatsen verdringen. Ook veroorzaakt deze gasvorming een temperatuurverlaging in de directe omgeving en dit kan weer leiden tot dampvorming en bevroering (gladheid).
- Niet alle materialen zijn bestand tegen zeer lage temperaturen. Dit geldt zowel voor het materiaal waarin de stikstof wordt opgevangen en bewaard als voor het materiaal dat wordt gebruikt bij de behandeling. Materiaalbeschadiging (onder andere door krimpings) kan het gevolg zijn.

Om bovengenoemde risico's te vermijden zal er op verantwoorde wijze met de vloeibare stikstof moeten worden omgegaan. Het transport kan het best geschieden in een zogeheten cryogene vat: een dubbelwandige metalen container met een niet-afsluitende dop. In de handel is een container met een inhoud van 1,5 liter; als deze 'gesloten' is (de dop ligt dan 'los' op de fles) verdampt hiervan slechts 0,15 liter per etmaal. Om de inhoud volledig te kunnen benutten, is deze container voorzien van een metalen ophaalbekertje. De prijs bedraagt circa NLG 600 exclusief BTW.

Transport in een thermosfles of in een vat met een glazen binnenwand brengt het risico met zich

mee, dat het glas breekt. Dan komt niet alleen stikstof vrij, maar bestaat ook het gevaar van rondvliegende glasscherven.

Er zijn verschillende methoden om met vloeibare stikstof te werken. Allereerst is er de wattenstaaf, die in de vloeibare stikstof wordt gedoopt. Dit is een snelle methode, maar er wordt vaak ook nogal wat gezonde huid aangestipt. Een andere methode is het bevriezen met behulp van in vloeibare stikstof gekoelde metalen staafjes, waarvan de uiteinden zijn voorzien van meer of minder scherpe punten. Dit kost wat extra tijd, maar de gezonde huid wordt veel meer ontzien, doordat nauwkeuriger kan worden aangestipt. Ook met deze methode moet men de staafjes zelf in de stikstof dopen. Hiervoor bestaat ook speciale apparatuur, die echter tamelijk kostbaar is: een zogeheten cryojet kost circa NLG 4000 exclusief BTW.

Tijdens het werken met vloeibare stikstof moet ook degene die de behandeling uitvoert zo weinig mogelijk risico lopen. Draag tijdens de behandeling dus dichte schoenen en houd delen van het lichaam, waarop per ongeluk vloeibare stikstof terecht zou kunnen komen, zoveel mogelijk bedekt. Werk in een eventilerde ruimte.

Als er iets misgaat en een cryogene bevroering ontstaat, is de behandeling ongeveer zoals bij brandwonden. Spoel de huid met lauw water. Is er geen water, dek dan de bevroren huid zo steriel mogelijk af. Laat de patiënt niet roken; ook alcohol is bij bevroeringen uit den boze. Beide stoffen hebben een nadelige invloed op de circulatie en daarmee op het herstel van de huid.

F.W. Dijkers, huisarts te Maasdam

F.W. Wittkamp, account manager HoekLoos

Standaarden – Oproepen

- *Leden voor de werkgroepen standaarden-ontwikkeling.*

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

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

Aanmeldingen op korte termijn, NHG-bureau, t.a.v. mw. A. Heessels, Postbus 14006, 3508 SB Utrecht; telefoon 030-516741.

Standaarden

Gepubliceerd in 1990

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

Gepubliceerd in 1991

- IUD (januari-II);
- Acne (maart);
- rectificatie Mammografie (april);
- Ulcus Cruris Venosum (mei).

Becomentarieerd

- Hypertensie (juni 1991);
- Otitis Media met Effusie (juli 1991);
- Dementiesyndroom bij Bejaarden (augustus 1991);
- Migraine (september 1991).

In ontwikkeling

- Subfertiliteit;
- Abnormaal Vaginaal Bloedverlies;
- Herkenning Cara-patiënt;
- Behandeling en Begeleiding Cara-patiënt;
- Slapeloosheid en Slaapmiddelen;
- Cholesterol;
- Cara bij Kinderen;
- Atriumfibrilleren;
- Bloedonderzoek bij verdenking op Leveraandoeningen;
- Koortslijdende Kinderen.

In voorbereiding

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

Op de rol

- Begeleiding van Carcinoompatiënten.

Cursus wetenschappelijk onderzoek

Voor de derde maal is door het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut de cursus Wetenschappelijk Onderzoek georganiseerd: een algemene inleiding in de principes van wetenschappelijk onderzoek ten behoeve van huisartsen en verpleeghuisartsen. In samenwerking met medewerkers van de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Vrije Universiteit, en de Maastrichtse en Utrechtse vakgroepen Huisartsgeneeskunde werd onder auspiciën van het NHG een vijfdaags programma verzorgd dat klonk als een klok.

Op maandagochtend 10 december werden de 39 cursisten, voor het merendeel huisartsen die net de eerste schreden op het onderzoekerspad hadden gezet, met Limburgse gastvrijheid ontvangen in het Center Parcs conferentiecentrum 'Heyderbos'. Het programma bestond uit twee onderdelen. Gedurende de ochtenden kregen de deelnemers theoretisch onderricht rond enkele capita selecta uit de methodenleer, statistiek en besliskunde. Met name de presentaties van de Deense grondleggers van deze cursus, Dr. H. Wulff en Dr. B. Andersen, waren inhoudelijk en didactisch van zeer hoog niveau. Dit duo was in staat om de in feite tamelijk droge materie op oorspronkelijke en vaak humoristische wijze tot leven te wekken.

Tijdens de middaguren werd onder leiding van Prof. dr. J. van Eijk en Dr. H. Mokkink het hele traject van een wetenschappelijk onderzoek stap voor stap doorgenomen, van vraagstelling formuleren via onderzoeksoptzet ontwerpen, gegevens verzamelen en analyseren tot en met resultaten interpreteren en presenteren. De diverse fasen van onderzoek werden allereerst theoretisch behandeld en daarna in kleine werkgroepen aan de hand van een simulatie-gegevensbestand praktisch benaderd.

Na vele uren van hard werken, onderbroken door goede maaltijden, was het dan natuurlijk goed toeven in het zwemparadijs of op de tennisbaan. De avonduren gaven de vaak inspirerende mogelijkheid tot een informele uitwisseling van gedachten en plannen of bezigheden op onderzoekgebied.

Na een pittige eindtoets konden cursisten, organisatoren en docenten terugkijken op een uitstekende cursusweek. Dat de huisartsgeneeskunde in Nederland ook door dit soort trainingen een positieve impuls krijgt, moge voor het Nederlands Huisartsen Genootschap en de universitaire huisartseninstituten een stimulans zijn om aan dergelijke scholingen bij te blijven dragen.

W. Stalman,
huisarts te Rhenen

In deze Agenda worden geen cursussen van uitsluitend regionale of lokale betekenis opgenomen. Mededelingen voor de Agenda in nummer 8 (juli) moeten op uiterlijk 2 juni in het bezit zijn van het redactiesecretariaat.

Mei

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

Juni

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

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

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

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

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

International course in general practice (Londen, 24 juni t/m 12 juli). Inlichtingen: Marlene Laubli, Department of General Practice, St Mary's Hospital Medical School, Norfolk Place, Londen, W2 1PG, Verenigd Koninkrijk; telefoon 09.44.71.7256.985; fax 09.44.71.7247.349.

Juli

Meeting Society of Teachers of Family Medicine/Association of University Teachers of General Practice (Engeland, 18-21 juli). Inlichtingen: STFM, PO Box 8729, 8880 Ward Parkway, Kansas City MO 64114, USA.

Augustus

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

September

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

43.463.55.449; fax 09-43.463.514.624.

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

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

Oktober

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

November

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

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

December

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

1992

■ **Family medicine in the 21th century** (Vancouver, 9-14 mei 1992). 13e WONCA-wereldcongres. Inlichtingen: NHG-bureau.

■ betekent: eerste vermelding.

OUDE JAARGANGEN

Gevraagd

De jaargangen 1984-1988. Reacties gaarne schriftelijk naar het redactiesecretariaat, Postbus 3176, 3502 GD Utrecht.