

**Epidemiologische aspecten van morbiditeit bij kinderen** [Dissertatie]. Van den Bosch WJHM. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1992; 138 bladzijden.

Ouderen zijn in. Vergrijzing is een thema dat al jaren actueel is. De kinderleeftijd daarentegen krijgt weinig aandacht van beleidmakers en onderzoekers, ook binnen de huisartsgeneeskunde. Van de 43 dissertaties die in de periode 1980-1989 door huisartsen werden geproduceerd, had er slechts één betrekking op uitsluitend kinderen.<sup>1 2</sup>

Het proefschrift van Van den Bosch beschrijft de morbiditeit die kinderen aan de huisarts presenteren. De gegevens waarop het proefschrift is gebaseerd, zijn verzameld binnen de Continue Morbiditeitsregistratie van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut. Deze registratie wordt sinds 1967 uitgevoerd in vier huisartspraktijken in de omgeving van Nijmegen. Van alle personen in de praktijkpopulaties zijn de belangrijkste demografische gegevens bekend; als morbiditeitsvariabelen worden alle aangeboden aandoeningen geregistreerd met de daaraan gekoppelde verwijzingen en enkele specifieke verrichtingen. Het hiermee opgebouwde gegevensbestand is bij uitstek geschikt voor het beantwoorden van vragen met een longitudinaal karakter. In het proefschrift zijn daar vele voorbeelden van te vinden.

Na een inleidend hoofdstuk waarin enige terminologie wordt aangereikt, volgen drie hoofdstukken waarin deelstudies worden beschreven. Deze hoofdstukken zijn ook in artikelvorm aan tijdschriften aangeboden.

De eerste deelstudie beschrijft de morbiditeit waarmee kinderen de huisarts bezoeken, en de factoren die tot verschillen leiden. Leeftijd, geslacht, rangnummer, sociale laag, geboortekwartaal en morbiditeit van de ouders komen hierbij aan bod. Zoals eerder gevonden, blijken jongens tot het achtste levensjaar meer morbiditeit aan de huisarts te presenteren dan meisjes. Deze verschillen kunnen niet verklaard worden door sekse-specifieke morbiditeit. Uit de gepresenteerde analyses wordt aannemelijk dat een verschil in bezorgdheid van de ouders (met name

de moeder) ten aanzien van jongens versus meisjes een belangrijke factor zou kunnen zijn.

In de tweede deelstudie wordt gebruik gemaakt van de omstandigheid dat de Continue Morbiditeitsregistratie (met een onderbreking van drie jaar) aansluit op een oudere longitudinale verzameling van morbiditeitsgegevens, het zogenaamde 200-gezinnenonderzoek. Dit onderzoek vormde eerder de basis voor Huygens' befaamde werk 'Family medicine'. Samenvoeging van de twee bestanden maakte het Van den Bosch mogelijk om trends in de morbiditeit van kinderen te onderzoeken over de periode 1946-1990. Het aantal gestelde diagnoses per 1000 0-9-jarige kinderen blijkt in de periode 1946-1970 sterk te zijn toegenomen. Sindsdien is het aanbod van morbiditeit van meisjes vrij stabiel, terwijl het bij jongens wat gedaald is. Wanneer specifieke aandoeningen worden bekeken, blijkt er vooral op het gebied van de kinderziekten en huidaandoeningen sprake van veranderingen: kinkhoest en mazelen verdwijnen, impetigo daalt sterk, de incidentie van 'overige dermatitis' stijgt van 10 naar 70 aandoeningen per 1000 patiëntjaren.

De derde deelstudie onderzoekt het verband tussen de gepresenteerde morbiditeit (gemiddeld per jaar) over opeenvolgende perioden van vijf jaar en de relatie daarvan met de momentane gezondheidstoestand, gemeten met behulp van verschillende instrumenten. Tussen achtereenvolgende perioden blijken hoge correlaties te bestaan. Wanneer verder uiteenliggende perioden worden vergeleken, dalen de correlaties snel. Bij vergelijking tussen morbiditeit als kind van 0-4 jaar en als volwassene op 30-40-jarige leeftijd worden de sterkste verbanden gevonden tussen otitis media en bovenste-luchtwegaandoeningen als kind en verkoudheid als volwassene (Pearson's  $r = .42$ ).

Deze summier samenvatting doet zeker geen recht aan de veelheid van resultaten die worden gepresenteerd, maar geeft de lezer een indruk van de informatie die in het proefschrift te vinden is.

De vier belangrijkste registratieprojecten die de laatste twintig jaar in huisartspraktijken hebben

plaatsgevonden, verschillen op een aantal punten sterk van elkaar (tabel). De al eerder genoemde sterke kant van de CMR is de lange registratieduur, waarvan de waarde nog versterkt wordt doordat de vier praktijken een tamelijk stabiele patiëntenpopulatie hebben, terwijl ook de wisseling van huisartsen zeer gering is geweest. Een inherente zwakte van de CMR – en daarmee van deze studie – is de geringe omvang van de onderzochte groep, met daaraan verbonden de onzekere generaliseerbaarheid: is het aannemelijk dat bepaalde resultaten ook buiten de onderzochte huisartspraktijken gelden? In het proefschrift wordt dit probleem enkele malen ter sprake gebracht. Zo vergelijkt de auteur de incidentiecijfers van de landelijke studie van Oliemans<sup>3</sup> uit de zestiger jaren met de CMR-incidenties uit de eerste vijfjaarsperiode van deze registratie (1967-1972). De cijfers zijn voor sommige groepen aandoeningen vrijwel gelijk, terwijl ze voor andere groepen nogal verschillen. Voorbeelden van het laatste zijn psychiatrische aandoeningen, waarbij de incidentie in twee CMR-praktijken het drievoudige is van de cijfers die Oliemans vond, en de huidaandoeningen, waar het verschil een factor 2 bedraagt in dezelfde richting. Het is jammer dat geen verklaringen worden aangedragen voor deze imposante verschillen; de vraag naar de generaliseerbaarheid blijft zo onbeantwoord. Wat mijns inziens ook ontbreekt, is eenzelfde vergelijking voor een recenter tijdvak met gegevens uit één van de andere registratieprojecten.

Het proefschrift lijkt met enige haast tot stand te zijn gekomen: de beschrijving van de methoden is nogal eens te summier om de resultaten naar waarde te kunnen beoordelen. Dit is jammer en niet nodig: trouwe lezers van H&W weten, dat Van den Bosch over een vlotte pen beschikt, die hem al eens de NHG-prijs heeft opgeleverd.

Het blijft onduidelijk waarom is gekozen voor de leeftijdsgroep van 0-9 jaar. Het is gebruikelijk om de kinderleeftijd wat ruimer te nemen, tot en met 14 jaar. Door het ontbreken van de groep van 10-14 jaar wordt het ook onmogelijk om de gegevens te vergelijken met studies waarin de standaard-leeftijdindeling 0-4 en 5-14 wordt gehanteerd.

Bij de vergelijking van de aangeboden morbiditeit op kinderleeftijd en de aangetroffen gezondheidstoestand op volwassen leeftijd worden bij vrouwen extreem hoge correlaties ( $p = .58-.71$ ) gevonden op deelschalen van de Nottingham Health Profile. Deze bevindingen vragen om een bespreking: waarom niet bij mannen, waarom vertonen de subschalen wel een verband en niet de totale NHP?

**Tabel** Registratieprojecten in de huisartspraktijk.

	Verzamel- periode	Aantal patiënten	Max. volgduur per patiënt
CMR	1967-1990	12.000	24 jaar
Monitoringproject	1979-1981	21.000	2 jaar
Transitieproject	1985-1988	41.000	1 jaar
Nationale Studie	1987-1988	332.000	3 maanden

Ronduit slordig is dat er herhaaldelijk wordt verwezen naar foutieve of niet gebruikte nummers van hoofdstukken, tabellen, figuren en referenties.

Deze detailkritiek doet niets af aan de betekenis van dit proefschrift, waarin voor een relatief onontgonnen gebied een massa gegevens wordt aangedragen, die ons inzicht in de jongste leeftijdsgroep zeker ten goede komt.

J.C. van der Wouden

<sup>1</sup> Touw-Otten FWMM. Wetenschapsbeoefening en huisartsgeneeskunde II. Huisarts Wet 1991; 34: 141-5.

<sup>2</sup> De Haan M. Indicators of chronic respiratory disease in primary care of children. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1988.

<sup>3</sup> Oliemans AP. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Leiden: Stenfert Kroese, 1989.

**Preventie van osteoporose** *Advies uitgebracht door de Gezondheidsraadcommissie Osteoporose. Den Haag, 1991.*

Na bijna 4,5 jaar studeren hebben de Gezondheidsraad, en de minister en de staatssecretaris van WVC een advies uitgebracht over de preventie van osteoporose.

Allereerst enkele grepen uit de samenvatting van het rapport. Osteoporotische fracturen komen op hoge leeftijd vooral voor in de wervels, de pols en de heup. Door het inzakken van een of meer wervels (infractie) kan de wervelkolom verkorten en verkrommen. Daardoor ontstaat het typische beeld van het oude vrouwtje dat zich gebogen, met een stok voortbeweegt. Huisartsen zien in hun praktijk vaak dat oudere vrouwen plotseling een paar weken pijn in de rug krijgen, die vanzelf weer overgaat. Soms is daarvoor tijdelijk enige pijnstilling nodig. Ook is bekend dat vrouwen daar niet altijd hulp voor inroepen. Ontstaan er door vallen echter heupfracturen, dan is er altijd een ziekenhuisopname nodig. Slechts ongeveer de helft van deze patiënten herstelt volledig. Hoe vaak dit voorkomt, is niet bekend. Alle cijfers daaromtrent berusten op schattingen.

Dat er door het ouder worden van de bevolking relatief meer osteoporotische fracturen zullen voorkomen, is vrijwel zeker. Er zijn aanwijzingen dat jongeren in ons land tegenwoordig minder botmassa opbouwen dan vroeger het geval was. Te weinig lichaamsbeweging wordt als een belangrijke oorzaak daarvan aangemerkt. De hoeveelheid botmassa waarmee vrouwen de menopauze ingaan, is bepalend voor de leeftijd waarop zich eventuele problemen ten gevolge van osteoporose gaan voordoen. Preventie begint dus in de jeugd. De inname van voldoende

calcium en vitamine D via de voeding, en voldoende lichaamsbeweging zorgen voor een zo groot mogelijke piekbotmassa. De botmassa kan op elke leeftijd verminderen als gevolg van ziekten, zoals hormonale aandoeningen en nier- en leverziekten. Extreme vermagering – anorexia nervosa – en het gebruik van corticosteroïden kunnen de botmassa ook negatief beïnvloeden.

In de tijd rond en na de menopauze doet zich vaak een snel botverlies voor. Tussen 45 en 70 jaar verliezen vrouwen 20 procent of meer van hun botmassa. Alleen als de dalende oestrogeenproductie via geneesmiddelen wordt aangevuld, kan dit botverlies worden tegengegaan.

De commissie adviseert om oestrogeensubstitutie periodiek aan te vullen met een progestatief hormoon. Bij vrouwen bij wie de baarmoeder chirurgisch is verwijderd, kan worden volstaan met oestrogenen. De commissie beperkte zich bij het bepalen van dit standpunt tot de preventie van osteoporose. Andere (gunstige) aspecten van een eventuele oestrogeentherapie bleven buiten beschouwing.

Er is (in sommige ziekenhuizen) goede apparatuur voorhanden om de botmineraaldichtheid te meten. De voorkeur van de commissie gaat uit naar een eenmalig algemeen onderzoek bij vrouwen in de perimenopauze om de dan aanwezige botmassa te meten. Zij is van mening dat eerst een peiling van de effectiviteit daarvan moet plaatshebben. Daarom wordt een verkennend onderzoek geadviseerd om inzicht te krijgen in de attitude van vrouwen tegenover zulke botmetingen. Dat levert een beter uitgangspunt voor eventuele oestrogeensubstitutie, terwijl een meer gefundeerde kosten-batenanalyse kan worden gemaakt. Vrouwen die een geringe botmassa blijken te hebben, dienen daarover te worden geïnformeerd, en hen moet worden geadviseerd hun oestrogenen te substitueren (behalve natuurlijk wanneer er sprake is van contra-indicaties).

Onder andere via schoolartsen en huisartsen zou de kennis bij de bevolking over botontwikkeling en osteoporose bevorderd kunnen worden. Gerichte (secundaire) preventie bij personen met een verhoogd risico is op verschillende manieren mogelijk. De commissie geeft een drietal voorbeelden, waarvan de eerste twee wellicht wat deining zullen veroorzaken.

• 'Mede vanwege preventie van osteoporose is het gewenst dat bij jonge vrouwen met late menarche (tijdstip van eerste menstruatie), oligomenorroe of amenorroe zo spoedig mogelijk een normale menstruele cyclus op gang wordt gebracht.' Recensent vraagt zich af op welke leeftijd van een late menarche kan worden gesproken en wanneer oligomenorroe en/of amenorroe zodanig pathologisch zijn dat een normale menstruele cyclus op gang moet worden ge-

bracht. En hoe te handelen bij jonge vrouwen die orale anticonceptie krijgen voorgeschreven voordat ze gemenstrueerd hebben?

• 'Bij het diagnostiseren van bepaalde hormonale ziekten, zoals hyperthyroïdie, hypogonadisme en hypercortisolisme, is het geboden de botmassa te meten en zo nodig de therapie aan te passen. Bij een hypothyroïdie bestaat het gevaar dat het geven van een wat hoge dosis schildklierhormoon leidt tot onnodig botverlies.' Men kan zich afvragen wat te doen zolang een botmassameting in de meeste ziekenhuizen (nog) niet voorhanden is. En wat is een 'wat hoge dosis schildklierhormoon'?

Voor de preventie van vallen en botbreuken bij ouderen wordt vooral gewezen op de inrichting van het binnenhuismilieu, verbetering van bewegingscoördinatie, het gebruik van bepaalde medicijnen en zorgen voor voldoende vitamine-D-vorming. Hierbij vraagt recensent aandacht voor het feit dat de in de jeugd aangeleerde bewegingsarmoede, zeker op (zeer) hoge leeftijd, vaak niet meer te veranderen is. Bovendien zou een uitgebreid onderzoek naar eventuele relaties tussen het gebruik van slaapmiddelen, antihypertensiva, antidepressiva en tranquilizers, en de samenhang met het vóórkomen van osteoporotische botbreuken wellicht interessante conclusies kunnen opleveren.

Hoe men het ook wendt of keert, men kan anno 1992 niet meer om het probleem osteoporose heen. Dit rapport geeft een helder overzicht van de problematiek en is alleen daarom al ter kennisname aanbevolen aan alle huisartsen. Dat wij allen uiteindelijk ergens aan zullen sterven, kan ook dit rapport niet voorkomen. Misschien kan door een grote inspanning van velen de levensavond van sommigen wat draaglijker worden.

Aan het rapport is een uitgebreide literatuurlijst toegevoegd, die geïnteresseerde huisartsen de weg kan wijzen naar andere relevante literatuur.

Jan Moors

**Food supplements and their efficacy** [Dissertatie]. Kleijnen JMP. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1991; 127 bladzijden. ISBN 90-9004581-3.

Dit proefschrift is om ten minste drie redenen het lezen waard: het handelt over populaire onderwerpen waarover door patiënten veel vragen worden gesteld, de gehanteerde onderzoeksmethode – de op kwaliteitscriteria gebaseerde meta-analyse – resulteert in interessante bevindingen, en de recht-door-zee schrijfstijl van Jos Kleijnen bewijst dat het lezen van een proefschrift geen martelende opgave behoeft te zijn.

Het type literatuuronderzoek dat is toegepast, zal de lezer vertrouwd voorkomen. In 1989 werd deze methode immers in dit tijdschrift geïntroduceerd in een artikelenreeks over de effectiviteit van acupunctuur. Kleijnen en zijn mede-auteurs tonen zich – overigens in tegenstelling tot anderen – beducht voor de onvoorspelbare invloed van publicatiebias bij literatuuronderzoek. Zij beperken zich dan ook niet tot het onderzoek van bibliografische computerbestanden, maar maken er – ook in geografische zin – een speurtocht van om alle relevante informatie boven water te krijgen. Ze tonen, in het voetspoor van anderen, aan dat met een computersearch slechts een minderheid van alle onderzoeken wordt opgespoord. Doorzoeken via de referenties in de gevonden artikelen resulteert overigens al in een redelijk beeld van de stand van zaken. Het is dan ook jammer dat Kleijnen niet apart onderzocht heeft of al het extra werk na de search en het nalopen van de referenties nu echt waardevolle informatie heeft opgeleverd. Hoe dan ook, het speurwerk maakt het wel mogelijk dat we nu een zo betrouwbaar mogelijk beeld gepresenteerd krijgen van de wetenschappelijke kennis over de heilzaamheid van acht voedings-supplementen en van homeopathie.

Voor knoflook (in verband met risicofactoren voor hart- en vaatziekten), extracten van de bladeren van de ginkgoboom (tegen cerebrale insufficiëntie en claudicatio intermittens) en homeopathie lijken de uitkomsten gunstig, hoewel verder onderzoek noodzakelijk is. Mogelijk bekort vitamine C de duur van een verkoudheid met een halve dag en heeft het een gunstig effect op de symptomen ervan, maar een profylactisch effect in dit opzicht is niet aantoonbaar. De andere onderzochte middelen (vitamine E bij hart- en vaatziekten, vitamine B3 en B6 in verband met het psychisch functioneren, vitamine B6 bij het premenstruele syndroom, teunisbloemolie bij allerlei aandoeningen) moeten het (vooralnog?) zonder deugdelijke bewijsvoering voor hun werkzaamheid stellen. Wie de handschoen wil oppakken, vindt in het proefschrift nuttige aanwijzingen voor het opzetten van een interventie-onderzoek dat de toets der kritiek kan doorstaan.

Frans J. Meijman

**Reason for encounter- & episode- & process-oriented standard output from the Transition Project. 2 delen** Lamberts H, Brouwer HJ, Mohrs J. Amsterdam: Department of General Practice, 1991; 697 + 246 bladzijden, prijs NLG 195,-. ISBN 90-73582-02-4. Te bestellen bij het Instituut voor Huisartsgeneeskunde UvA (020-566.4717) of door overmaking van NLG 195,- op Postbankrekening 5032102 van Instituut voor Huisartsgeneeskunde, UvA, Amsterdam, onder vermelding van 'Standard-output'.

Sinds 1987 is er een groeiende stroom verzoeken om gedetailleerde epidemiologische informatie uit het Transitieproject. In aansluiting op het boek 'In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject' zijn nu ook nieuwe, verbeterde versies van de standaardtabellen beschikbaar. De twee Engelstalige boekdelen bevatten de meest gedetailleerde informatie tot dusver over het referentiebestand (40.796 patiëntjaren).

Er zijn drie soorten standaardtabellen:

- Contactreden-georiënteerd.
- Episode/diagnose-georiënteerd.
- Interventie-georiënteerd.

*Contactreden-georiënteerde informatie:*

- verdeling van de contactredenen bij de start van de episode en bij de vervolcontacten;
- leeftijd-geslachtsverdeling;
- verdeling naar verzekeringsvorm;
- de belangrijkste episodien die met deze contactredenen zijn gestart;
- de diagnoses (in hetzelfde contact) gekoppeld aan deze contactredenen;
- een indicator voor inter-doktervariatie;
- de interventies gekoppeld aan deze contactredenen; de verwijzingen naar eerste en tweede lijn zijn gespecificeerd per discipline;
- de overige contactredenen die tijdens hetzelfde contact werden gepresenteerd.

*Episode-georiënteerde informatie:*

- prevalenties per leeftijd-geslachtsgroep;
- mate van zekerheid van de diagnose;
- verloop van de episode in de tijd en naar aantal contacten;
- een indicator voor inter-doktervariatie;
- de contactredenen;
- de interventies; de verwijzingen naar eerste en tweede lijn zijn gespecificeerd per discipline;
- comorbiditeit;
- mutaties in de diagnose in het verloop van de episode.

*Interventie-georiënteerde informatie (inclusief de verwijzingen):*

- voorkomen van episodien;
- leeftijd-geslachtsverdeling;

- verdeling naar verzekeringsvorm;
- diagnoses in het betreffende contact, gekoppeld aan deze interventie en onderscheiden naar zekerheid van de diagnose;
- een indicator voor inter-doktervariatie;
- de contactredenen gekoppeld aan deze interventie;
- de overige interventies gekoppeld aan dezelfde diagnose in het betreffende contact.

In deel I is van alle ICPC-rubrieken uit component 1 (symptomen en klachten) en component 7 (diagnosen) zowel de contactreden- als de episodegebonden informatie per rubriek samengebracht op één bladzijde. Omdat het van groot belang kan zijn om te zien welke contactredenen en diagnoses weinig voorkomen, zijn de rubrieken met een zeer lage frequentie niet weggelaten. De mogelijkheid tot interpreteren is in die gevallen uiteraard zeer beperkt.

De op een interventie gerichte contactredenen (componenten 2 t/m 6) zijn in deel II ondergebracht. Daarbij zijn twee aggregatieniveaus gekozen:

- de interventie-rubrieken uit de ICPC gesommeerd over alle hoofdstukken tezamen;
  - de interventie-rubrieken uit de ICPC per hoofdstuk, mits deze minimaal 50 keer zijn geregistreerd.
- De interventiegebonden informatie wordt gepresenteerd op drie niveaus:
- gesommeerd over alle hoofdstukken;
  - per hoofdstuk voor frequenties van minimaal 50;
  - per gespecificeerde eerste- en tweedelijns verwijzing.

Beide delen zijn voorzien van de versie van de ICPC die gebruikt is in de eerste fase van het Transitieproject, en van een Engelstalige uitleg van de informatie.

Inmiddels wordt ook een diskette-versie voorbereid waarmee de gegevens uit het Transitieproject op een gebruikersvriendelijke manier toegankelijk worden gemaakt. Nadere berichten hierover zullen volgen.