

Continuïteit van zorg

Het NHG-congres werd op 22 november 1991 gehouden in Amsterdam met als titel 'Continuïteit van zorg: verbanden leggen of doekjes voor het bloeden?' Aan het congres werd door 1370 personen deelgenomen: 965 huisartsen, 385 praktijkassistenten en 20 partners.

Inleiding

In zijn openingsrede wees NHG-voorzitter Tielens erop dat aanwezigheid op dit congres onvermijdelijk een inbreuk betekende op de persoonlijke continuïteit in de zorg die huisartsen hun patiënten trachten te bieden. Deze discontinuïteit geeft al aan dat continuïteit van zorg niet identiek is aan persoonlijke continuïteit.

Het enorme aantal onderwerpen dat de rest van de dag aan de orde zou komen, illustreerde dat – zoals Philipsen het uitdrukte – continuïteit van zorg een begrip is met wisselende betekenissen en verschijningsvormen. Ondanks deze meerduidigheid stelde het NHG zich bij monde van Tielens op het standpunt dat de huisarts zich toetsbaar wil opstellen met betrekking tot de continuïteit in de zorg. Dit is mede van belang, gezien de ongunstige politieke ontwikkelingen die Tielens signaleerde. Als patiënten voortaan niet meer op naam van een huisarts geregistreerd staan en er geen verwijzing van de huisarts meer nodig is om de hulp van een specialist te zoeken, wordt de continuïteit in de zorg ernstig ondermijnd. Mede daardoor wordt een sterk punt van de gezondheidszorg in Nederland zomaar losgelaten, met alle ongunstige gevolgen van dien.

Heert-Dokterprijs

De NHG-prijs voor het beste artikel in *Huisarts en Wetenschap* wordt voortaan genoemd naar de oud-NHG-voorzitter en emeritus hoogleraar Heert Dokter, die de prijs, inmiddels verhoogd tot NLG 1500,- voor de laatste maal mocht uitreiken. Een jury bestaande uit R.A. de Melker, V.C.L. Tielens en J. de Haan beoordeelde alle onderzoeksartikelen van huisartsen die van november 1990 t/m oktober 1991 in H&W gepubliceerd waren. De prijs viel ten deel aan Joost Zaat, huisarts te Purmerend, voor zijn artikelen op het gebied van laboratoriumonderzoek door de huisarts. Het praktijkgerichte karakter van zijn onderzoek werd met name door de jury gewaardeerd.

Uit het juryrapport blijkt dat de NHG-prijs niet alleen een naamsverandering heeft ondergaan; er blijkt ook – mogelijk zonder dat men daar goed bij heeft stilgestaan – een nieuw selectiecriteria te zijn geïntroduceerd. Alleen verslagen van oorspronkelijk onderzoek kwamen dit jaar voor de prijs in aanmerking; litera-

tuuroverzichten en methodologische, beschouwende en casuïstische artikelen werden daardoor, in tegenstelling tot voorgaande jaren, buitengesloten, terwijl het belang daarvan voor de wetenschappelijke ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde toch niet ontkend kan worden. Er ligt een taak voor het NHG-bestuur om zich op het doel van en de selectiecriteria voor de Heert-Dokterprijs te beraden. Dan kan wellicht opnieuw gekeken worden of de beperking tot huisartsen nog in overeenstemming is met de belangrijke bijdrage die auteurs van andere disciplines aan H&W leveren.

Love

Prof. I.R. McWhinney uit Canada legde in zijn lezing, zoals te verwachten was, sterk de nadruk op het persoonlijke element in de continuïteit van de zorg. Hij definieerde continuity of care dan ook als 'the uninterrupted responsibility of one doctor for a patient's care'. Hij achtte het vooral 'a moral issue'. In dit licht sprak hij liever van healing in plaats van curing ('healing is enhanced by the relationship with the healer'). In een goed huisarts-patiënt contact evolueert 'care' naar zijn mening naar 'love'. Daarbij kunnen een goede registratie en andere professionele maatregelen nooit een substituut vormen voor de persoonlijke zorg. McWhinney erkende dat het meetbare effect van deze interpretatie van continuïteit van zorg nog onvoldoende in kaart is gebracht, maar hij achtte 'the intrinsic merits of personal care' een voldoende argument om er een warm pleidooi voor te houden.

De tweede spreker, de socioloog Prof. dr. H. Philipsen stelde zich aan de andere kant van het continuïteitsspectrum op en benadrukte de netwerkbenadering in de hulpverlening. Hij stond vooral stil bij thuiszorg en samenwerking met andere disciplines en verloor het feitelijke huisarts-patiënt contact uit het oog.

Parallelsessies

Tijdens een reeks lezingen in een drietal parallelprogramma's kwam op ongeveer het hele spectrum aan huisartsgeneeskundige onderwerpen aan de orde, maar nu vooral bekeken vanuit de invalshoek continuïteit in de zorg. Naast lezingen in de grote zaal waren er talloze workshops, waarvan men er slechts één kon bijwonen. Naar ik vernam, droegen veel workshops meer het karakter van een lezing in klein verband en was de mogelijkheid voor inbreng van de deelnemers zeer beperkt.

De meningen over het grootschalige karakter van het NHG-congres zullen wel verdeeld blijven, maar enige bezinning op de optimale vorm en structurering van dit jaarlijkse evenement lijkt

wel op zijn plaats. Nu laten het brede aanbod en de beperkte mogelijkheid om daar kennis te nemen, menigeen met een gevoel achter dat hij het nodige gemist heeft. Waar men in ieder geval ruim de tijd voor had, waren de vele demonstraties van technieken, vaardigheden en benaderingswijzen en de talloze stands van de farmaceutische industrie en andere organisaties.

De faciliteiten die in de congresruimte beschikbaar zijn, verdienen overigens meer aandacht. Wonderlijk genoeg bleek het RAI-congrescentrum op het gebied van de lunch en de technische voorzieningen in de werkgroepruimten op hinderlijke wijze tekort te schieten.

Slot

Voordat men zich naar de borrel en eventueel naar maaltijd en feest kon begeven, vond nog de afsluiting van het congres plaats. Daarbij werd de NHG-speld uitgereikt aan Henk van der Velden voor zijn verdiensten voor het Genootschap, met name als lid van de redactiecommissie voor *Huisarts en Wetenschap*. Als finale presenteerde Hans van der Voort traditiegetrouw zijn sketch. Onder puingerommel werd de toeneemende agressie in de spreekkamer onder de aandacht gebracht (als wrede verstoring van de continuïteit in de zorg?).

Het volgende congres heeft als onderwerp het bewegingsapparaat; het zal op 4 december 1992 worden gehouden in Maastricht.

Frans J. Meijman

NOTA BENE

Bij de plannen om het Nederlandse gezondheidszorgsysteem te veranderen, wordt te veel naar de zwakke kanten en te weinig naar de sterke kanten van het huidige systeem gekeken.

Stelling bij: Kersten TJMT. De invloed van huisartsen in de tweedelij [Dissertatie Rijksuniversiteit Utrecht]. Utrecht: Nivel, 1992.

Tractus circulatorius, tractus respiratorius, huid, oog

Tractus circulatorius

De heer Van Oosten, 38 jaar, is al ruim een week niet lekker, is gauw moe en heeft sinds een dag of drie koorts (temperatuur gemiddeld 38° C). Tevens heeft hij pijn in zijn hoofd; het begon met steken, maar nu is er een constante pijn. Bij lichamelijk onderzoek vindt de huisarts geen duidelijke afwijkingen. Zij laat aanvullend laboratoriumonderzoek doen: de BSE is 25 mm, het leukocytenaantal 8,6 met 78 procent segment-kernige granulocyten. De huisarts overweegt de diagnose arteriitis temporalis.

Vóór de diagnose arteriitis temporalis pleiten:
1 de laboratoriumuitslagen.

In het geval van een arteriitis temporalis dient de behandeling zo spoedig mogelijk te worden ingesteld om complicaties te voorkomen.

2 Tot de bekende complicaties van arteriitis temporalis behoort het optreden van blindheid aan één of beide ogen.

De 46-jarige mevrouw Steen heeft varices, waarvan zij al jaren klachten ondervindt. Na onderzoek concludeert de huisarts tot een insufficiënte safenofemorale inmonding. Ze vertelt mevrouw Steen dat in dit geval de kans op een recidief binnen vijf jaar groter is, indien zij de varices laat scleroseren, dan wanneer zij zou kiezen voor chirurgische behandeling ('strippen').

3 Dit is correcte informatie.

De 47-jarige mevrouw Flink komt op het spreekuur, omdat ze de laatste weken veel meer last heeft van 'dode' vingers. Naar aanleiding van het advies van de huisarts is ze al met roken gestopt. Mevrouw Flink gebruikt als medicatie een bètablokker in verband met een essentiële hypertensie en de anticonceptiepil. Mevrouw Flink wil graag van haar klachten af.

Tot de algemene maatregelen waarvan in het geval van mevrouw Flink verbetering te verwachten is behoort:

4 Staken van de bètablokker.

Indien algemene maatregelen en adviezen onvoldoende resultaat opleveren en de huisarts medicamenteuze therapie zou willen voorschrijven, geldt dat:

5 Het voorschrijven van een calciumantagonist (bijvoorbeeld nifedipine) de voorkeur verdient boven het voorschrijven van een perifere vaatverwijder (bijvoorbeeld isoxsuprine of corgocrine).

Tractus respiratorius

Dave, 19 jaar oud, is een week geleden op het spreekuur geweest met de klacht hoesten. De

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

huisarts constateerde bronchitis en gaf antibiotica. Na een week komt Dave voor controle op het spreekuur. Hij is nog flink kortademig. Bij onderzoek vindt de huisarts een verlengd expirium met piepende rhonchi en verminderde peakflow (PF) waarde.

De huisarts heeft als PF-waarde aangehouden: de gemiddelde waarde van de drie bepalingen van de PF gedurende dit consult.

6 Dit uitgangspunt is correct.

Omdat Dave benauwd blijft, besluit de huisarts om salbutamol voor te schrijven. De voorkeur van de huisarts gaat uit naar toediening per rotacaps en niet per dosis-aërosol. Zijn motivatie hiervoor is dat bij gebruik van dosis-aërosol het gevaar van overdosering groter is dan bij het gebruik van rotacaps.

7 Deze redenering is correct.

Mirjam, 12 jaar, heeft Cara, waarbij benauwdheidsaanvallen op de voorgrond staan. Zij heeft zojuist een krasjesproef ondergaan ter bevestiging van een vermoede allergische genese. Uitslag: reactie op histamine + + +, op huisstofmijt + +, op graspollen + +, op veren + + +, en op kattenharen + + +.

8 De positieve reactie op histamine wijst op het bestaan van hyperreactiviteit.

De moeder vertelt dat onlangs de wollen vloerbedekking in de kamer van Mirjam is vervangen door synthetische vloerbedekking.

9 Uit het oogpunt van sanering is een synthetische vloerbedekking even goed als zeil (of linoleum).

Huid

De huisarts diagnostiseert bij mevrouw Otten, 57 jaar oud, een ulcus cruris, ventromediaal op het rechter onderbeen. Hij besluit een 'pressure gradient'-(compressie)verband aan te leggen. Hij legt daartoe met behulp van een niet-elastische zwachtel van 10 cm breed een verband aan

van de tenen tot net onder de knie, waarbij de hiel vrijblijft. Nadat het verband is aangelegd, adviseert hij mevrouw Otten zoveel mogelijk te rusten met het been omhoog.

10 Het traject waarover het verband is aangelegd is correct.

11 Het vrijlaten van de hiel is correct.

Baby John, 5 maanden, heeft 'berg', volgens de moeder. Hij heeft er geen last van. Hij krabt niet, maar 'het ziet er zo vies uit'. Bij onderzoek ziet de huisarts op de behaarde hoofdhuid dikke squamae over een oppervlak van 4 bij 5 cm. Het gelaat is geheel vrij van afwijkingen.

De huisarts vertelt de moeder, dat hier eerder sprake is van 'dauwworm' dan van 'berg'.

12 Deze bewering is correct.

13 Aan zowel 'berg' als 'dauwworm' ligt een atopische constitutie ten grondslag.

Mohammed, 3 jaar, komt op het spreekuur met zijn moeder, omdat hij twee 'kale' plekjes op het hoofd heeft. Het blijkt te gaan om twee plekken ter grootte van een gulden, met een rood-schilferend aspect, waarbinnen haarstompjes (afgebroken haren) te zien zijn.

14 De meest waarschijnlijke diagnose is alopecia areata.

Oog

Bram, 8 jaar, komt met zijn moeder op het spreekuur met de klacht, dat hij de laatste maanden op school niet meer goed op het bord kan lezen. De huisarts onderzoekt de visus. Deze is rechts en links 3/10.

15 Indien de visusvermindering wordt veroorzaakt door een refractie-afwijking, is op grond van de leeftijd eerder een myopie dan een hypermetropie te verwachten.

16 Gezien de leeftijd van Bram valt te verwachten dat de refractie-afwijking in de loop der jaren in ernst zal afnemen.

Mevrouw Jansma, 68 jaar, komt voor een vuiltje in haar oog. Nadat het vuiltje is verwijderd, meet de huisarts de oogdruk. Deze is beiderzijds 23 mmHg, dus verhoogd. De huisarts verricht nu fundoscopie.

17 In geval van glaucoma simplex is daarbij in de eerste plaats een verandering/afwijking van de papil te verwachten.

Antwoorden op pag. 42.

Literatuur*Vragen 1-2*

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

Vragen 3-5

Boutens EJ, Eikelenboom BC, Lawson JA. Perifere vaataandoeningen. Utrecht: Bunge, 1988.

Vraag 6

Vaessen MHJ. CARA in de huisartspraktijk. Nieuwegein, 1989.

Vraag 7

Farmacotherapeutisch kompas 1990/91.

Vragen 8-9

Vasbinder W, Kerrebijn KF, Van Waardhuizen JP. Huisarts en allergie. Amstelveen, 1983.

Vragen 10-11

Robroek WCL, Beek G van de. Verbanden en verbinden. Utrecht: Bunge, 1990.

Vragen 12-14

Van Everdingen JJE, Sillevius Smit JH. Dermatovenerologie voor de 1e lijn. Alphen aan den Rijn, Brussel: Samsom Stafleu, 1989.

Vragen 15-16

Jackson CRS, Finlay RD. The eye in general practice. Edinburgh, etc.: Churchill Livingstone, 1985.

Vraag 17

De Bruin WH. Refractieproblemen in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1988; 31(suppl 12): 36-40.

Mercury exposure from interior latex paint

Agogs MM, Etzel RA, Parrish RG, et al. *N Engl J Med* 1990; 323: 1096-1101.

Aanleiding tot dit onderzoek was een geval van acrodynie, dat optrad bij een vierjarig kind, tien dagen nadat de kamers van het woonhuis met latex waren beschilderd. De 24-uurs urine van het kind bevatte meer dan driemaal de maximaal toelaatbare hoeveelheid kwik, evenals de urine van de overige leden van het gezin. Een monster van een nog niet gebruikt latexblik bevatte 4,7 mmol kwik/liter (de maximaal toelaatbare hoeveelheid is 1,5 mmol/l).

Na een oproep in de krant werden 19 families onderzocht wier huis minder dan zes maanden tevoren met dezelfde soort latexverf was geschilderd. De controlegroep bestond uit tien families van medewerkers van de GGD wier huis in dezelfde periode van binnen was geschilderd met niet-kwikhoudende latexverf. De 24-uurs urine van alle proefpersonen werd onderzocht op kwik; dat gebeurde ook met luchtmonsters uit de verschillende huizen.

De luchtmonsters uit de huizen van de controlegroep bevatte geen kwik, terwijl de luchtmonsters uit de huizen die met de gewraakte verf waren geschilderd, tussen de 0,5 en 4,9 mmol kwik/m³ kwik bevatten. Hoe korter geleden de kamers beschilderd, hoe minder de kamers gelucht werden en hoe meer kamers in een huis geschilderd waren, des te hoger was de kwikconcentratie in de lucht.

De hoeveelheid kwik in de 24-uurs urine van alle proefpersonen was eveneens verhoogd. Er bestond echter geen correlatie tussen de kwikconcentratie in de lucht en de kwikhoeveelheid in de 24-uurs urine.

Overigens bericht de arbeidsinspectie in Nederland dat dit probleem bij Nederlandse latexverf niet meer aan de orde is, aangezien het gebruik van kwik voor verf verboden is. Wel is er een theoretisch risico, indien men buitenlandse verf gebruikt.

H.G. Frenkel-Tietz

The effect of different formulations of oral contraceptive agents on lipid and carbohydrate metabolism Godsland IF, Crook D, Simson R, et al. *N Engl J Med* 1990; 323: 1375-80.

In dit onderzoek werd nagegaan of orale anticonceptiva invloed hebben op de bloedlipiden en op de koolhydraatstofwisseling, en of er verschillen zijn tussen de verschillende preparaten. Voor dit doel werden bijna 1500 blanke vrouwen van 18-45 jaar met normaal lichaamsgewicht (minder dan 20 procent afwijking van het ideale lichaamsgewicht) onderzocht. Ruim 400 vrouwen ge-

bruikten geen orale anticonceptiva; zij dienden als controlegroep. De andere vrouwen gebruikten verschillende preparaten.

Alle pillen bleken invloed uit te oefenen op de koolhydraatstofwisseling: er werd een relatieve insulineresistentie van de weefsels aangetoond. Er werd geen significante verhoging van het totaalcholesterol gevonden; wel vertoonde het profiel van de bloedlipiden bij enkele preparaten een significante afwijking: bij Eugynon® en Microgynon® werd een significante verlaging van de HDL gevonden, en bij Marvelon® en Orthonovum® een significante verlaging van het LDL.

H.G. Frenkel-Tietz

Color coded duplex sonography in suspected deep vein thrombosis of the leg Schindler JM, Kaiser M, Gerber A, et al. *Br Med J* 1990; 301: 1369-70.

Een aantal patiënten die werden verdacht van diepe veneuze trombose, werd onderzocht door middel van Doppler-sonografie en flebografie. Diagnostische criteria waren onsamendrukbaarheid van het vat, afwezigheid van stroming en visualisatie van de thrombus. Al deze criteria bleken 100 procent specifiek (geen fout-positieve uitslagen); de sensitiviteit was achtereenvolgens 98, 95 en 87 procent. De auteurs verwachten dat de sensitiviteit van het onderzoek bij meer ervaring nog zal toenemen en concluderen dat Doppler-sonografie een eenvoudig, zeer sensitief en specifiek onderzoek is, dat flebografie overbodig maakt.

Pieter Wibaut

Evaluation of peak flow and symptoms only self-management plans for control of asthma in general practice Charlton I, Charlton G, Broomfield J, Mullee MA. *Br Med J* 1990; 301: 1355-9.

Verschiedende onderzoeken suggereren dat circa een vijfde van de Cara-patiënten niet goed zelf kan beoordelen hoe erg het met hun Cara gesteld is; zij zouden een mini-peakflowmeter nodig hebben om hun medicatie goed te kunnen doseren, dan wel tijdig de huisarts te consulteren.

In dit onderzoek werden kinderen en volwassenen die profylactische medicatie voor hun astma gebruikten, at random verdeeld in twee groepen. Eén groep kreeg instructie over het te voeren beleid op geleide van de peakflowmeter, de andere groep over het te voeren beleid op geleide van de symptomen. Beide groepen kregen de eventueel benodigde medicatie (salbutamol-inhalaties, steroïden-inhalaties en orale steroïden) mee naar huis.

OUDE JAARGANGEN

Huisartsen die oude jaargangen van *Huisarts en Wetenschap* willen aanbieden, en huisartsen die geïnteresseerd zijn in overname van oude jaargangen, kunnen zich *schriftelijk* wenden tot het redactiesecretariaat: Postbus 3176, 3502 GD Utrecht; beide partijen worden dan met elkaar in contact gebracht. De redactiecommissie gaat er daarbij van uit dat voor een dergelijke overname niet meer hoeft te worden betaald dan de verzendkosten. Overigens aanvaardt de redactiecommissie generlei aansprakelijkheid voor de transacties die uit haar bemiddeling mochten voortvloeien.

In beide groepen daalde zowel de consultatie-frequentie als het gebruik van orale steroïden fors, en hierin bestond geen verschil tussen de twee groepen. Goede uitleg en instructie kan Cara-patiënten minder afhankelijk van dokters en orale steroïden maken, zonder dat zij in plaats daarvan afhankelijk worden van de peakflow-meter.

Pieter Wibaut

Insulin dependent diabetes in childhood and material deprivation in northern England, 1977-86 Crow YJ, Alberti KGMM, Parkin JM. *Br Med J* 1991; 303: 158-60.

In Noord-Engeland werd een onderzoek verricht naar de relatie tussen armoede en het vóórkomen van diabetes mellitus bij kinderen. Alle kinderen jonger dan 16 jaar met insuline-afhankelijke diabetes mellitus werden opgespoord met behulp van gegevens van ziekenhuisopnamen. Vervolgens werd per geografisch gebied van ongeveer 150 huishoudens een 'deprivation index' berekend - een schaal voor de mate van materiële ontbering. Deze index werd berekend uit vier variabelen: het werkloosheidscijfer, het bezit van een eigen auto, het bezit van een eigen huis en de mate van overbewoning van de huizen. Alle kinderen werden naar hun score op deze index verdeeld over zes even grote groepen. Voor elke groep werd de incidentie van insuline-afhankelijke diabetes mellitus berekend.

De gemiddelde incidentie was 14,8 per 100.000 per jaar voor jongens en 13,4 voor meisjes. In de meest achtergestelde groep was de incidentie 18,7 per 100.000 en in de meest welgestelde groep 7 per 100.000.

Marjolijn Hugenholtz

Growth of asthmatic children during treatment with budesonide: a double blind trial Wolthers OD, Pedersen S. *Br Med J* 1991; 303: 163-5.

Heeft het inhalatie-corticosteroid budesonide een ongunstig effect op de lengtegroei van kinderen met lichte Cara? Vijftien kinderen van 6-13 jaar namen deel aan een gerandomiseerde, dubbelblinde, crossover trial met zes perioden van 18 dagen. In de oneven perioden werd een placebo gegeven; in de even perioden kregen de kinderen respectievelijk 200, 400 of 800µg budesonide per dag. De lengtegroei van het onderbeen en de toestand van de longen werden geregistreerd.

De longfunctie en de consumptie van bèta-2-mimetica bleek niet te variëren. De gemiddelde groeisnelheid van het onderbeen daalde met 0,11 mm per week bij gebruik van 200µg budesonide,

met 0,17 mm per week bij 400µg en met 0,36 mm per week bij 800µg.

Uit eerder onderzoek is gebleken dat het gebruik van 2,5 mg prednisolon per dag de groei veel sterker onderdrukt. Hierbij daalde de groeisnelheid tot 0,04 mm per week. De auteurs benadrukken dat er nog weinig bekend is over de relatie tussen de groeisnelheid op korte en op lange termijn. De leeftijd waarop de therapie wordt gegeven, is ook van belang; bij kinderen ouder dan 10 jaar zou het groei-onderdrukkend effect van inhalatie-corticosteroiden mogelijk kleiner zijn. Verder is dit onderzoek verricht bij kinderen met lichte Cara, die normaliter nooit een hoge dosis budesonide voorgeschreven zouden krijgen; een dergelijke dosis wordt alleen voorgeschreven aan kinderen met ernstige astma, die als gevolg van hun aandoening toch al een groeiachterstand kunnen hebben.

Marjolijn Hugenholtz

Withdrawal of life-support from patients in a persistent vegetative state Institute of Medical Ethics Working Party on the Ethics of Prolonging Life and Assisting Death. *Lancet* 1991; 337: 96-8.

Dokters zijn soms gerechtigd hulp te verlenen bij het beëindigen van het leven van iemand met voortdurende pijn of andere onhoudbare toestanden, als deze de wens daartoe helder en duidelijk te kennen heeft gegeven. Het wordt ingewikkelder wanneer iemand bewusteloos of ernstig dement is. De IME Working Party is van mening dat ongevraagd beëindigen van het leven onder deze omstandigheden waarschijnlijk niet geoorloofd is. Maar is het geoorloofd een levensverlengende medische behandeling af te breken bij iemand wiens toestand met zekerheid is gediagnostiseerd als blijvend, wanneer de patiënt de wens daartoe niet tevoren kenbaar heeft gemaakt?

Eenzelfde probleem bestaat bij patiënten in een permanent vegetatieve toestand die alleen in leven blijven door moderne resuscitatie en levensverlengende behandeling. Artsen zijn het in zulke gevallen meestal wel eens met familie en verpleging om antibiotica en cardiopulmonaire resuscitatie niet meer toe te passen. Maar hoe zit het met het toedienen van voedsel en water? De IME Working Party meent dat er bij deze patiënten geen neurologische mechanismen meer zijn die hen hierdoor zouden kunnen doen lijden. Het geven van voedsel en water kan deze patiënten niet meer ten goede komen, en men is moreel gerechtigd hiermee te stoppen als diagnose en prognose vaststaan, en bevestigd zijn door meer dan één ervaren arts.

C.H.A. Westhoff

Hiv infection in children Mok J. *Br Med J* 1991; 302: 921-2.

De WHO voorspelt dat eind 1992 meer dan 1 miljoen kinderen besmet zullen zijn met Hiv, en dat de helft van deze kinderen Aids zal hebben. Over deze groep is momenteel nog weinig bekend. De eerste rapporten over Aids bij kinderen concentreerden zich op terminale patiëntjes, die door hun moeder met Hiv waren besmet (verticale transmissie). Eind 1990 werden vanuit 32 landen in totaal 2123 gevallen van Aids bij kinderen beneden de 13 jaar gemeld. De helft bestond uit Roemeense kinderen met iatrogen verworven Aids (horizontale transmissie).

Een vroege vaststelling van Hiv-infecties bij kinderen is belangrijk, omdat de symptomen bij kinderen zich plotseling kunnen ontwikkelen en gepaard gaan met een hoge mortaliteit. Hoe jonger het kind, des te korter de incubatietijd. Bij één op de vier kinderen die zijn besmet met Hiv, zal zich in het eerste levensjaar Aids ontwikkelen. Vier van de vijf zullen op het einde van het vierde levensjaar Aids hebben. Laboratoriumbepalingen om de infectie vast te stellen, zoals Hiv-antigeentests, zijn echter niet beschikbaar voor routinematig onderzoek en kunnen leiden tot fout-positieve uitslagen. Hypergammaglobulinemie is voorgesteld als een vroege en gevoelige indicator voor Hiv-infectie en kan bij kinderen worden gebruikt als een tijdelijke test, zolang er geen betere is.

Gezien de recente vooruitgang bij de therapie bij volwassenen, zullen de kinderartsen willen weten of deze ook met succes bij kinderen kan worden toegepast. Ofschoon behandeling met zidovudine de levensduur bij volwassenen met weinig CD4-cellen verlengt, zijn er bij kinderen met Aids nog geen placebo-gecontroleerde trials verricht. De optimale dosering, wijze en frequentie van toediening zijn nog niet vastgesteld. Ofschoon nog veel onbekend is over Hiv-infecties op langere termijn, blijkt een lange overlevingsduur, onafhankelijk van medische interventie, zeer wel mogelijk.

Inmiddels zullen de klinische, psychologische en sociale problemen toenemen. Zullen bijvoorbeeld onderwijzend personeel en ouders bereid zijn om kinderen en adolescenten die met Hiv besmet zijn, toe te laten op de gewone scholen? En wat zijn de financiële gevolgen van de zorg voor de 'Aids-wezen', jonge mensen die zelf niet met Hiv geïnfected zijn, maar die hun ouders tengevolge van Aids verloren hebben? De WHO schat dat er in 1990 wereldwijd al meer dan één miljoen van deze Aids-wezen waren. Afgezien van het menselijke leed, zullen de sociaal-economische gevolgen immens zijn.

M. Sanders

Glucose tolerance in a typical Dutch community [Dissertatie]. Cromme PVM. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1991.

De doelstellingen van dit onderzoek waren:

- het bepalen van de prevalentie van glucosetolerantie stoornissen bij personen van 65 jaar en ouder in Twello (Ov.) en het schatten van de prevalentie van stoornissen in de glucosetolerantie in de Nederlandse bevolking van 65 jaar en ouder;
- het bepalen van de associatie van glucosetolerantie stoornissen met verschillende determinanten;
- het bepalen van de waarde van de verschillende diagnostische hulpmiddelen voor het vaststellen van stoornissen in de glucosetolerantie in de huisartspraktijk.

De gevonden prevalenties in de onderzoekspopulatie en de daarop gebaseerde schattingen van de prevalenties in de gehele Nederlandse bevolking boven de 64 jaar bedroegen respectievelijk 31 en 29 procent voor diabetes mellitus, 27 en 28 procent voor gestoorde glucosetolerantie en 42 en 43 procent voor normale glucosetolerantie. Deze cijfers doen vermoeden dat de Twellose populatie atypisch is; voorts rijst de vraag in hoeverre de WHO-afkappunten voor de klinische diagnose diabetes mellitus mogen worden gebruikt voor epidemiologisch onderzoek in een oudere bevolkingsgroep zonder klachten.

De bloedglucosewaarden 2 uur na orale belasting met glucose namen toe met 1,1 mmol/l per 10 jaar leeftijdtoename. De verschillen tussen de 10 jaarklassen waren constant over een periode van 30 jaar. Deze uitkomsten zijn aanmerkelijk hoger dan de uitkomsten van andere onderzoeken, die variëren van 0,05 tot 0,6 mmol/l per 10 jaar.

Tot op welke hoogte mag de stijging van het bloedsuikerniveau per decade boven de 65 jaar als fysiologisch worden beschouwd, en vanaf welke waarde moeten we bij een 80-jarige spreken van gestoorde glucosetolerantie of diabetes mellitus? Dit onderzoek heeft wat dat betreft meer vragen dan antwoorden opgeleverd. Cromme zou er goed aan doen om deze populatie de komende 15 jaar zorgvuldig te blijven volgen. Dan zal in het begin van de 21e eeuw de klinische relevantie van zijn bevindingen duidelijker worden. Op dit moment levert hij onvoldoende onderbouwing voor zijn laatste advies: 'De hoge waarschijnlijkheid van gestoorde glucosetolerantie bij ouderen, te zamen met de gevolgen van diabetes mellitus voor zowel de kwaliteit als voor de duur van het leven, rechtvaardigen screening op glucosetolerantie stoornissen bij ouderen. Een screening op glucosetolerantie stoornissen eens per 3 tot 5 jaar lijkt aanbevelenswaardig, speciaal bij die personen die een verhoogd risico

hebben'. Opvolging van dit advies moet worden ontraden.

Leeftijd, geslacht, familiale belasting met diabetes mellitus en energieconsumptie vertoonden een samenhang met glucosetolerantie; gewicht en gebruik van medicatie niet. Diabetes mellitus werd 1,8 keer zo vaak gediagnosticeerd als ouders en/of broers en zusters diabetes mellitus hadden. Mannelijke deelnemers met een familiale belasting met diabetes mellitus bleken 3,5 keer zo vaak diabetes mellitus te hebben als mannelijke deelnemers zonder deze belasting; bij de vrouwen was dat 1,5 keer zo vaak.

De bloedglucosebepaling 2 uur na orale belasting met glucose had de beste discriminerende eigenschappen bij het stellen van de diagnose diabetes mellitus, en het vaststellen van een gestoorde of normale glucosetolerantie. Symptomen, bepaling van glucose in urine, bloedglucosebepaling in nuchtere toestand, het percentage geglycosyleerd hemoglobine en bepaling van het serumfructosamine vertoonden een onvoldoende onderscheidend vermogen.

Op basis van de resultaten van dit onderzoek zou de optimale procedure voor de diagnostiek van diabetes mellitus bij personen boven de 64 jaar in de huisartspraktijk bestaan uit twee stappen: een schatting van het relatieve risico met behulp van leeftijd, geslacht en familiale belasting, gevolgd door het herhaald - met enige dagen tussenpoos - bepalen van het bloedglucosegehalte, 2 uur na orale belasting. Deze uitkomst is overeenstemming met de diagnostische paragraaf in de NHG-standaard Diabetes Mellitus type II; verwijzing hiernaar ontbreekt echter.

Helaas werd niet onderzocht wat de invloed van het onderzoek op de kwaliteit van het leven van de onderzochten is geweest, vooral van degenen die het etiket diabetes mellitus of gestoorde glucosetolerantie meekregen. Deze parameter zou moeten worden betrokken in elk experimenteel bevolkingsonderzoek.

Het proefschrift is aan te bevelen voor iedereen met extra belangstelling voor diabetes mellitus en/of bevolkingsonderzoek.

J.D. Mulder

Hypertensie in de huisartspraktijk. Aspecten van opsporing, behandeling en follow-up [Dissertatie]. Havinga TK. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1991; 140 bladzijden.

In deze dissertatie van de huisarts-coördinator van de Stichting Hypertensiedienst Groningen (SHG) is geen sprake van een (of meer) centrale vraagstelling(en), maar wordt een beschrijving gegeven van aspecten van opsporing, behandeling en follow-up van hypertensiepatiënten.

In de inleiding over voordelen en beperkingen van bevolkingsonderzoek wordt een lans gebroken voor toepassing van het door de SHG gehanteerde systeem: screening na oproep door vrijwilligers. Case-finding door de huisarts wordt afgewezen, omdat die niet in staat zou zijn de totale patiëntenpopulatie te bereiken. Naast het feit dat reeds op verschillende plaatsen, zeer recent nog in een solopraktijk, het tegendeel is bewezen, wordt geheel voorbij gegaan aan eigen en reeds eerder gepubliceerde gegevens, waaruit blijkt dat het via de SHG bereikte percentage soms beneden de 50 procent ligt.

Een belangrijk nuttig aspect van de SHG is de mogelijkheid om opgespoorde hypertensiepatiënten systematisch te vervolgen. Hierdoor is er een continu bestand van hypertensiepatiënten beschikbaar voor onderzoek. In dit proefschrift worden enkele studies gerapporteerd. Een dergelijke dienst zal in de toekomst geen of slechts een beperkte functie hebben met de toenemende automatisering in de huisartspraktijk. De toegepaste HIS-programma's maken het nu al mogelijk specifieke patiëntengroepen met een hoger risico te surveilleren.

In hoofdstuk II bevat een interessant onderzoek naar het bestaan van hypertensie bij kinderen van hypertensieve ouders. De auteur zegt terecht dat de gegevens suggereren dat dit verband bij mannen inderdaad bestaat. Er is echter geen rekening gehouden met de bekende confounders. Niettemin trekt de auteur de conclusie dat het verband significant is, waarmee een bewijs wordt gesuggereerd.

Hoofdstuk III gaat over een geneesmiddelen-trial en een onderzoek naar de effecten van behandeling op de kwaliteit van leven. Tevens wordt gerapporteerd over onderzoek naar te vroege en onterechte behandeling. Belangrijk is de regressie van het bloeddruk-niveau die optreedt bij herhaling van de metingen. Huisartsen doen er daarom goed aan te zorgen voor voldoende metingen over een lange periode en terughoudendheid te betrachten bij het starten van een medicamenteuze behandeling. Toch concludeert de SHG dat behandeling moet beginnen binnen enkele weken. Deze conclusie is gebaseerd op onderzoek van een andere onderzoeker waarbij er sprake was van echocardiografie met 24-uurs metingen bij een kleine geselecteerde populatie.

De follow-up door de SHG van de opgespoorde hypertensiepatiënten wordt besproken in hoofdstuk IV. De conclusie dat het hypertensiebeeld na vijf jaar actie door de SHG verbeterd is, moet helaas worden verworpen. De populaties in voor- en nameting verschillen dermate van elkaar, dat de conclusie onterecht is. De non-respons bij de eerste screening en bij het herhaalonderzoek veroorzaakt een selectie van popula-

ties die vergelijking onmogelijk maakt. De dappere poging om de effecten van de actie van de SHG op mortaliteit aan hart- en vaatziekten aan te tonen, leidt geheel terecht tot de conclusie dat het gevonden positieve effect waarschijnlijk toevallig is.

Met het verschijnen van dit werk is het aantal proefschriften uit de SHG opgelopen tot vijf. Ook nu weer blijkt dat het zeer moeilijk is wetenschappelijk gefundeerde conclusies te trekken uit gegevens die afkomstig zijn uit een project dat oorspronkelijk is opgezet als een zorgvoorziening en niet als een wetenschappelijk onderzoek. Het is vaak moeilijk een helder zicht te krijgen op de gegevens uit dit proefschrift door de verregaande onderverdeling van de populaties. De literatuurlijst maakt geen consistente indruk. De verwijzingen zijn verschillende malen onvolledig en verwarrend en de Vancouverregels worden soms wel en soms niet gehanteerd. Op één plaats wordt onjuist verwezen naar een publikatie van uw referent en in de tekst wordt een niet bestaande uitspraak van uw referent geciteerd (pag. 107).

De SHG is een in principe bijzondere gezondheidszorgvoorziening die huisartsen kan ondersteunen bij hun zorg voor hypertensiepatiënten. Huisartsen hebben gebruik gemaakt van de diensten van de SHG door (lang niet alle) patiënten naar de SHG te verwijzen. De organisatie heeft zijn nut bewezen en hierbij heeft de auteur een belangrijke rol gespeeld. Dit proefschrift heeft echter aanzienlijke beperkingen, die overigens zeker niet alle op het conto van de auteur geschreven mogen worden.

J.W. van Ree

Huisarts en recht *Practicum huisartsgeneeskunde. Neomagus GJH, Kalkman-Bogerd LE. Utrecht: Bunge, 1991; 98 bladzijden. ISBN 90-6348-246-9.*

Hoewel niet altijd even duidelijk, speelt de rechtspositie van huisarts en patiënt in vrijwel ieder contact op de achtergrond een rol. Bij een IBS van een psychiatrische patiënt, een abortus- of euthanasieverzoek, kindermishandeling en dergelijke zal dat voor iedereen duidelijk zijn; minder evident is het bijvoorbeeld bij minderjarigen en anticonceptie, informatie geven aan familie van een overleden patiënt, opdrachten geven aan paramedici, keuringen en geneesmiddelenonderzoek. Hoe vaak wordt uw handelen niet (mede) bepaald door de overweging dat u zich misschien voor een (tucht)rechter zult moeten kunnen verantwoorden?

Zoals gebruikelijk in de practicumserie wordt de lezer aan de hand van alledaagse, zeer herkenbare casuïstiek meegevoerd langs alledaagse

valkuilen en controversen. In de beschreven casuïstiek komt het rechtvaardigheidsgevoel van de betrokken huisarts veelal in conflict met het recht. Het is de verdienste van de auteurs dat zowel de achtergronden en het rechtvaardigheidsgevoel als het recht helder uiteengezet worden, en dat het vrijwel steeds mogelijk blijkt het recht toe te passen zonder dat het bedreigend wordt of leidt tot defensief handelen.

Als de familie van uw overleden patiënt u dit waardevolle boek uit de nalatenschap als dank voor alle goede zorgen aanbiedt, doet u er goed aan dit vriendelijk doch beslist te weigeren. De reden daarvoor staat in het boek, dat u beslist in de winkel moet kopen.

Pieter Wibaut

Thyroid dysfunction and depression in the post-partum period [Dissertatie]. *Pop VJM. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1991; 177 pagina's. ISBN 90-9004458-2.*

Als een perifeer huisarts een dissertatie schrijft die is gebaseerd op oorspronkelijk onderzoek, waarbij het basisartikel de *New England Journal of Medicine* haalt, dwingt dat veel bewondering af.

Het vóórkomen van twee verschijnselen in de post-partum periode – schildklierfunctiestoornissen en post-partum depressie – is gemeten en de twee verschijnselen zijn met elkaar in verband gebracht. Aan het optreden van schildklierfunctiestoornissen na de bevalling wordt sinds enige jaren aandacht besteed. Het klinische beeld wordt in deze periode minder bepaald door klassieke hyper- of hypothyreote verschijnselen en meer door moeheid. Het herkennen door de huisarts wordt belangrijk geacht, maar er is geen specifieke behandeling. De aandoening zelf is self-limiting.

Pop onderzocht ongeveer 300 vrouwen. Bij 7 procent werden in de post-partum periode schildklierfunctiestoornissen vastgesteld. In dezelfde populatie werden door middel van vragenlijsten het bestaan en de ernst van een post-partum depressie opgespoord. Bij 21 procent van de vrouwen werd tot 34 weken na de bevalling een depressie volgens de DSM-III-criteria gevonden. De meeste verschijnselen werden vastgesteld rond 10 weken na de bevalling. Vrouwen met schildklierfunctiestoornissen bleken slechts een licht verhoogd risico te hebben voor het krijgen van een post-partum depressie. De gegevens uit deze studie ondersteunen nog eens dat de genese van de post-partum depressie niet unifactorieel, hormonaal bepaald is.

Als huisarts had ik de aanvechting om de prevalentie van post-partum depressie – een op vijf kraamvrouwen – te relativeren. De uitkom-

sten van vragenlijstonderzoek lijken ook in dit geval maar weinig overeen te komen met de ervaringswereld van de huisarts. Belangrijker voor mij was de bevinding dat de depressieve verschijnselen meestal niet optraden in de eerste weken na de bevalling maar pas na enkele maanden. Op dat tijdstip worden tevens de meeste klachten veroorzaakt door schildklierfunctiestoornissen gepresenteerd. Een eenvoudige TSH-bepaling kan de huisarts dan richting geven voor zijn verdere beleid.

Voor de Nederlandse huisarts was het een goede zaak geweest als de Nederlandse samenvatting van deze dissertatie wat uitgebreider was geweest.

W.J.H.M. van den Bosch

AANKONDIGINGEN

Patiënten met erectieproblemen bij de huisarts *Broekman CPM. Delft: Eburon, 1991; 76 pagina's, prijs NLG 19,50. ISBN 90-5166-218-1.*

Een onderzoek onder 90 huisartsen en 38 patiënten in de regio Rotterdam.

Cara bij kinderen [Brochure in het kader van het project *Werkafspraken in gezondheidscentra*]. *Starmans K, Van Ryen M. Utrecht: Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra, 1991; 82 pagina's, prijs NLG 12,50. ISBN 90-72225-12-0. Te bestellen door overmaking van NLG 12,50 op bankrekening 69.93.64.779 van LVG, Utrecht, onder vermelding van 'Cara bij kinderen'.*

Efficient care in general practice *Marsh GN. Oxford; Oxford University Press, 1991; 164 bladzijden, prijs GBP 16.00. ISBN 0-19-261953-5.*

De arts als ondernemer *Barneveld GJ, Van den Oord PThM, Pierik JB, red. Utrecht: Bunge, 1991; 285 pagina's, prijs NLG 39,50. ISBN 90-6348-076-8.*

NHG-scriptie-prijs, deskundigheidsbevordering

NHG-scriptie-prijs 1991

Voor de tweede maal werd de NHG-scriptie-prijs uitgereikt tijdens de NHG-LIH-Referatendag op 25 oktober 1991 in Leiden. Deze prijs is bestemd voor de scriptie, geschreven door een huisarts-in-opleiding, die het meest voldoet aan de volgende voorwaarden: de scriptie dient ruime huisartsgeneeskundige relevantie te hebben en het behandelde onderwerp mag niet al eerder op vergelijkbare wijze elders zijn beschreven.

De selectiecommissie bestond uit de heer A.J.P. Boeke, namens de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek, de heer R.L. Verheij, namens de Commissie Medische Psychologie en ondergetekende als voorzitter, namens het Bestuur van het Genootschap.

Acht scripties werden ter beoordeling aangeboden over uiteenlopende onderwerpen als chronische patiënt, seksualiteit bij Cara-patiënten, fysiotherapie bij incontinentie en fluordiagnostiek. Niet alleen qua onderwerp maar ook qua onderzoeksmethodiek verschilden de scripties sterk van elkaar: de een een boeiende case-study, de ander een uitputtend overzicht van de bestaande literatuur, een derde een degelijk kwantitatief onderzoek. Oordelend naar de criteria huisartsgeneeskundige relevantie en originaliteit heeft de selectiecommissie uiteindelijk twee scripties uitverkoren. Beide scripties op door de relevantie voor de praktijk van alle dag. Wellicht is dit te danken aan de persoonlijke betrokkenheid van de schrijfsters bij hun onderwerp. Beiden besloten een bepaald onderwerp nader te onderzoeken naar aanleiding van vragen waar ze in hun dagelijks werk op stuitten.

'Fysiotherapie ter behandeling van stress-incontinentie' van mevrouw Y. van Eijkelenburg-Waterreus beschrijft op degelijke en kritische wijze wat er in de literatuur bekend is over het nut van fysiotherapie bij stress-incontinentie. Op grond van dit literatuuronderzoek trekt de schrijfster de voor de praktijk relevante en toepasbare conclusie dat voorlichting door de huisarts en verwijzing naar de fysiotherapeut een groot aantal patiënten met stress-incontinentie afdoende kan helpen. Hoewel deze conclusie ons reeds bekend was door onder meer het onderzoek van Lagro-Janssen, was de wijze waarop het onderzoek was aangepakt en beschreven, reden voor de selectiecommissie om mevrouw Van Eijkelenburg-Waterreus de tweede prijs – een oorkonde en een bedrag van NLG 200 – toe te kennen.

Mevrouw S. Mol beschrijft in haar scriptie 'Aan de vloedlijn' een onderzoek naar de waarde van de gebruikelijke fluordiagnostiek in de huisartspraktijk. Hieruit bleek dat de huisarts slechts bij 30 procent van de patiënten met klachten over fluor de juiste diagnose stelt, en dat op grond van

uitsluitend de anamnese net zoveel goede diagnoses worden gesteld als na fysische diagnostiek en microscopie. Deze opzienbarende resultaten uit een goed omschreven en zorgvuldig uitgevoerd onderzoek zullen niet alleen mij stimuleren om het eigen beleid ten aanzien van de fluordiagnostiek te herzien; ook anderen dan de selectiecommissie waren zeer enthousiast over deze scriptie, zodat mevrouw Mol meteen werd uitgenodigd om op de dag van de prijsuitreiking een referaat te houden over haar onderzoek. Zij krijgt de eerste prijs, een oorkonde en een bedrag van NLG 300.

De selectiecommissie hoopt het komend jaar weer evenveel – of nog meer – boeiende scripties te ontvangen vanuit de huisartseninstituten.

Maria van de Muisenberg

Deskundigheidsbevordering

De afdeling Deskundigheidsbevordering vervaardigt deskundigheidsbevorderingspakketten, kortweg dkb-pakketten. Dat zijn gevarieerde onderwijsprogramma's, behorende bij de standaarden.

Het volgens een standaard gaan werken vereist in een aantal gevallen bijstelling van het eigen handelen. Het ontbreken van bepaalde kennis of vaardigheid dan wel een ingeslepen attitude kan hierbij een knelpunt zijn. Soms zal aanpassing van de praktijkorganisatie nodig zijn.

Nascholingsactiviteiten die de invoering van een standaard in praktijk moeten bevorderen, kunnen zich het best op deze knelpunten richten. De dkb-pakketten bij de standaarden bevatten hiervoor uitgewerkt onderwijsmateriaal. Ze zijn bedoeld voor onderwijsgevers, als hulpmiddel bij het samenstellen van een nascholingscursus over de betreffende standaard. Al naar gelang de doelgroep en al naar gelang de plaatselijke situatie kan een keuze gemaakt worden uit het onderwijsmateriaal.

De opbouw van de dkb-pakketten is gebaseerd op de door Grol beschreven theorieën over gedragsverandering en een hiertoe ontwikkeld praktisch model. De stappen uit het model van Grol zijn vertaald in vijf modules: Oriëntatie, Begrip, Toetsing, Acceptatie en Verandering. Per module is een aantal werkvormen beschreven. Voor een nascholingsbijeenkomst kunnen bijvoorbeeld twee of drie werkvormen van verschillende modules worden gekozen om een voor die groep geschikt programma samen te stellen.

In november is het pakket 'Risicofactoren voor hart- en vaatziekten' gereedgekomen. In dit onderwijspakket zijn de standaarden Hypertensie en Hypercholesterolemie gecombineerd. Omdat twee standaarden in een pakket gecombineerd zijn, is het een uitgebreid pakket geworden. Voor de onderwijsgevers betekent dit, dat er veel keuzemogelijkheden zijn om een nascholingsbijeenkomst met samen te stellen.

DKB – Oproep

Elders op deze pagina is vermeld welke onderwerpen voor 1992 gepland zijn. Wij willen graag in contact komen met personen/instaties die op deze gebieden reeds onderwijsmateriaal hebben ontwikkeld. Wellicht is dit goed in te passen in de nieuwe pakketten, waardoor het niet nodig is het wiel nog eens uit te vinden. Reacties kunnen worden gericht aan: NHG-afdeling Deskundigheidsbevordering, Mw. E. Bakker-Timmer, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht; telefoon 030-881700.

Vervaardigde DKB-pakketten

- Diabetes Mellitus Type II (1990);
- Enkeldistorsie (1990);
- Oogheelkundige Diagnostiek (1990);
- Perifeer Arterieel Vaatliden (januari 1991);
- Acne (maart 1990);
- Risicofactoren (Hypertensie en Hypercholesterolemie) (november 1991);
- Dementie (december 1991).

In de planning

- Ulcus Cruris Venosum;
- Slapeloosheid en Slaapmiddelen;
- Abnormaal Vaginaal Bloedverlies;
- Schouderklachten;
- Cara (Behandeling en Begeleiding en Cara bij kinderen);
- Hypo-/hyperthyreoïdie;
- Zwangerschap en Kraambled;
- Bloedonderzoek bij verdenking op Leveraandoeningen en bij klachten van Algemene Aard.

Standaarden, NHG-stipendia

Standaarden – Stand van zaken

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

Als u deelname aan enige groep overweegt, wendt u zich dan tot de Afdeling Standaardontwikkeling van het NHG.

Standaarden – Oproepen

• Leden voor de werkgroepen standaardenontwikkeling

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.

- Bemoelijkte Mictie bij Oudere Mannen;
- Reumatoïde Arthritis;
- Eczeem;
- Sinusitis;
- Angina Pectoris.

Aanmeldingen op korte termijn, NHG-bureau, t.a.v. mw. A. Heessels, secretaresse van de afdeling, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht; telefoon 030-881700.

NHG-stipendia voor onderzoekers

Het NHG heeft jaarlijks een budget van maximaal NLG 20.000 beschikbaar voor stipendia voor onderzoekers. Deze stipendia zijn bedoeld als stimulans voor de uitvoering van wetenschappelijk onderzoek, dat kan bijdragen aan de verdere onderbouwing en ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde.

Aanvragen voor een stipendium dienen een beknopte en duidelijke omschrijving van doel, onderzoeksopzet, vraagstellingen en verwachte resultaten te bevatten, alsmede de namen van begeleiders c.q. promotores. De aanvraag heeft betrekking op een gedeelte van de uitvoeringskosten van het onderzoek. Ook niet-huisartsen kunnen voor een stipendium in aanmerking komen. Beoordelingscriteria zijn de wetenschappelijke degelijkheid van het onderzoek en de relevantie ervan in relatie tot de doelstellingen en activiteiten van het NHG.

Stipendia worden toegekend in drie categorieën:

- NLG 2.500 voor een huisarts die zich als NHG-lid actief heeft ingezet voor het NHG in commissies, werkgroepen of bestuur;

Gepubliceerd in 1990

- Mammografie M07 (januari);
- Medische Verslaglegging O02 (maart);
- Schouderklachten M08 (mei-I);
- Otitis Media Acuta M09 (mei-II);
- Problematisch Alcoholgebruik M10 (juni);
- Acute Keelpijn M11 (juli);
- Oogheelkundige Diagnostiek M12 (september);
- Perifeer Arterieel Vaatlijden M13 (oktober).

Gepubliceerd in 1991

- IUD M14 (januari-II);
- Acne M15 (maart);
- rectificatie Mammografie (april);
- Ulcus Cruris Venosum M16 (mei);
- rectificatie Problematisch Alcoholgebruik (juni);
- Hypertensie M17 (juli);
- Otitis Media met Effusie M18 (augustus);
- Migraine M19 (oktober);
- Cholesterol M20 (november);
- Dementiesyndroom bij Bejaarden (december 1991).

Becommentarieerd

- Subfertiliteit;
- Bloedonderzoek bij verdenking op Leveraandoeningen.

In ontwikkeling

- Slapeloosheid en Slaapmiddelen;
- Herkenning Cara-patiënt;
- Cara bij Kinderen;
- Behandeling en Begeleiding Cara-patiënt;
- Abnormaal Vaginaal Bloedverlies;
- Atriumfibrilleren;
- Kinderen met Koorts;
- Hypo-/hyperthyreoïdie;
- Acute Diarree;
- Verloskunde (praktijkvoering);
- Zwangerschap en Kraambed.

In voorbereiding

- TIA;
- Amenorroe;
- Fluor;
- Het rode Oog

- NLG 2.000 voor een huisarts/NHG-lid;
- NLG 1.500 voor een huisarts/niet-NHG-lid of iemand uit een andere discipline.

Aanvragen dienen vóór 1 april bij het NHG te worden ingediend; na deze datum worden aanvragen voor het lopende kalenderjaar niet meer in behandeling genomen. Uitbetaling geschiedt na publikatie van de definitieve onderzoeksresultaten. Als tegenprestatie ontvangt het NHG drie exemplaren van het onderzoeksrapport.

Aanvragen vóór 1 april aanstaande te richten aan: NHG-bureau, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht, t.a.v. drs. J.P.M. van der Voort.

KENNISTOETS

Antwoorden van pag. 36.

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

Consultatiegedrag: valt er nog wat te verklaren?

Vervolg van pag. 3.

- ¹⁰ Van der Ree CM, Mookink HGA, Post D, Gubbels JW. Het terugbestelgedrag van de huisarts. Een toetsend beschrijvend onderzoek. *Huisarts Wet* 1992; 35(1): 9-12.
- ¹¹ De Maeseneer J. Huisartsgeneeskunde: een verkenning [Dissertatie]. Gent: Rijksuniversiteit Gent, 1989.
- ¹² Verhaak PFM. Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1986.
- ¹³ Bensing JM. Doctor-patient communication and the quality of care. Utrecht: Nivel, 1991.
- ¹⁴ Tielens VCL. Consulents van huisartsen [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1987.
- ¹⁵ Mookink HGA. Ziekenfondscijfers als parameter voor het handelen van huisartsen [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1986. ■

Wat heet somatisatie?

Vervolg van pag. 25.

- ²⁵ Williams JBW. The multiaxial system of DSM-III. Where did it come from and where should it go? II. Empirical studies, innovations and recommendations. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 181-6.
- ²⁶ Cloninger CR, Reich T, Guze SB. The multifactorial model of disease transmission. III. Familial relationship between sociopathy and hysteria. *Br J Psychiatry* 1975; 127: 23-32.
- ²⁷ Murphy GE. The clinical management of hysteria. *JAMA* 1982; 247: 2559-64.
- ²⁸ Hyler SE, Sussman N. Somatoform disorders. Before and after DSM-III. *Hospital and Community Psychiatry* 1984; 35: 469-78.
- ²⁹ Frances A. The DSM-III personality disorders section. A commentary. *Am J Psychiatry* 1980; 137: 1050-4. ■

De behandeling van dermatomycosen

Vervolg van pag. 28.

Abstract

Grooten A, Meijman FJ. Treatment of dermatomycoses of toes/feet and groins in general practice. A comparative study of the efficacy of miconazol and Whitfield cream. *Huisarts Wet* 1992; 35(1): 26-8.

The use of Whitfield cream or miconazol cream in the treatment of dermatomycoses of toes/feet

or groins was evaluated in a double-blind randomised study. The study was done in a general practice (9000 patients) with 121 young adults during a period of approximately nine months. No statistically significant differences were found in efficacy, speed of healing, number of relapses, side-effects and convenience of use. It was remarkable that the results for both creams were rather mediocre, even after long-term treatment. One wonders whether any results obtained might not have been due to spontaneous recovery or increased hygiene.

Key words Dermatomycoses; Family practice; Therapy.

Correspondence J.A.M. Grooten, MD, 20 Hemonylaan, 1074 BH Amsterdam, The Netherlands.

Het oordeel van huisartsen over deelname aan wetenschappelijk onderzoek

Vervolg van pag. 34.

Abstract

Kocken RJJ, Prenger-Duchateau A, Smeets-Rinkers PELM, Knottnerus JA. The opinion of general practitioners about participation in research. *Huisarts Wet* 1992; 35(1): 32-4

Academic research groups increasingly depend on collaboration with general practitioners. An enquiry was organised that covered two representative samples of general practitioners; one group participating regularly or incidentally in research at the University of Limburg, and the other not doing so. The survey included questions as to criteria used, problems encountered, what kind of information the general practitioners want to have before and after evaluation of the study, and the extent to which the daily activities of the general practitioners are influenced by participation in research. There was 68 percent and 51 percent response respectively. In general, there was great willingness to participate in research. Interest in the subject selected and the burdens on patient and physician are the most important factors when considering participation. Good feedback is appreciated and a considerable number of general practitioners appreciate being mentioned somewhere as participants in the study. About half the responding general practitioners considered it reasonable to be financially compensated on the basis of NLG 50,- to 100,- per (extra) hour for the additional time spent.

Key words Family practice; Research.

Correspondence R.J.J. Kocken, Department of General Practice, University of Limburg, PO Box 616, 6200 MD Maastricht, The Netherlands.

In deze Agenda worden geen cursussen van uitsluitend regionale of lokale betekenis opgenomen. Mededelingen voor de Agenda in nummer 3 (maart 1992) moeten op uiterlijk 30 januari in het bezit zijn van het redactiesecretariaat.

Februari

■ De gynaecologische kankerpatiënt: uw en onze zorg (Utrecht, 21 februari, 14.30-19.00 uur). Congres Stichting Olijf, Postbus 1478, 1000 BL Amsterdam.

April

Therapietrouw, patiëntenvoorlichting en chronische ziekten (Amsterdam, 10 april). Interdisciplinair congres onder auspiciën van de Nederlandse Behavioral Medicine Federatie. Inlichtingen: Vrije Universiteit, telefoon 020-548.5070 (9.00-12.00 uur).

North American Primary Care Research Group 20th Annual Meeting (Richmond Va, 12-15 april). Inlichtingen: May Lynn Fothergill, Box 48, Richmond Va 23298-0048.

Mei

Second Congress of the European Society of Contraception (ESC) (Athene, 6-9 mei). Onderwerp: geboortenregeling in een verenigd Europa. Inlichtingen: Pieter Wibaut, Nieuwendammerdijk 221, 1025 LK Amsterdam; telefoon 020-636.0086.

■ 4th European Congress on Obesity (Noordwijkerhout, 7-9 mei). Inlichtingen: QLT/Congrex, Keizersgracht 782, 1017 EC Amsterdam; telefoon 020-6261372; fax 020-6259574.

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

Juni

Referatendag Vlaams Huisartsen Instituut (Antwerpen, 20 juni). Inlichtingen: Anne Marie Rycckaert, Vlaams Huisartsen Instituut, St. Hubertusstraat 58, 2600 Berchem; telefoon 09-32.3.239.7930.

Juli

Meeting van de Association of University Teachers of General Practice (AUTGP) (Manchester, 15-17 juli). Inlichtingen: Dr. Alex Brown, Department of General Practice, Rusholme Health Centre, Manchester, M14 5NP, United Kingdom; telefoon 09-44.61.225.6699.

Second International Congress of Behavioral Medicine (Hamburg, 15-18 juli). Inlichtingen: Dr. Irmela Florin, Department of Psychology, University of Marburg, W-3550 Marburg, Bondsrepubliek Duitsland; fax 09-49-6421-286.716.