Diagnosis and treatment of patients with progressive airflow obstruction

Dissertatie Katholieke Universiteit Nijmegen. Dompeling E. Lelystad: Meditekst, 1993; 155 bladzijden, prijs NLG 30,–.
ISBN 90-5070-022-5. Te bestellen bij de uitgever, Postbus 49, 8200 AA Lelystad; telefoon 03200-41891.

In dit proefschrift staan Cara-patiënten met een snel progressieve bronchusobstructie centraal. De stijging in de mortaliteit en morbiditeit aan Cara die wereldwijd te zien is, treft vooral deze groep. Een betere herkenning en optimalisering van de behandeling van deze patiënten is dan ook een urgent probleem in de Cara-zorg en daarmee in de huisartsgeneeskunde.

Dit proefschrift behandelt twee onderzoeksvragen:

- hoe kunnen Cara-patiënten met snel progressieve obstructie worden opgespoord?
- kan onderhoudsbehandeling met inhalatiecorticosteroïden deze progressie afremmen?

Voor het onderzoek vervolgde Dompeling het cohort Cara-patiënten uit de inmiddels klassiek te noemen studie van Van Schayck (die aantoonde dat het gebruik van luchtwegverwijders in een vaste dosering gepaard gaat met een snellere achteruitgang van de longfunctie dan een meer selectief gebruik). Dit cohort bestond uit 162 Cara-patiënten met matig ernstige obstructie en/of bronchiale hyperreactiviteit voor histamine; astma werd van chronische bronchitis onderscheiden met behulp van de criteria van de American Thoracic Society (ATS). Van deze 162 patiënten bleken er 56 een snel progressieve obstructie te hebben (verlies aan FEV_1 van >80 ml per jaar met een hoge exacerbatiefrequentie).

Opsporing

Om de eerste onderzoeksvraag te beantwoorden, werd nagegaan op welke patiëntkenmerken (vastgesteld bij het begin van de studie) de 56 patiënten met snel progressieve obstructie verschilden van de overige 106 patiënten. De volgende kenmerken werden in de analyse betrokken: ernst van de klachten, rookgedrag, kwaliteit van leven, afwijkingen bij lichamelijk onderzoek van de longen, allergie en longfunctie.

Een afwijkende MEF_{50} bleek bij astma en chronische bronchitis samen te hangen met een versnelde progressie. Bij chronische bronchitis gold dit ook voor leeftijd en rookgedrag. Op individueel niveau was met deze predictoren of met een combinatie hiervan geen goede voorspelling mogelijk: één op de vijf patiënten werd verkeerd geclassificeerd. De conclusie was dat ook met een uitgebreid onderzoek op één moment geen goede voorspelling over de progressie van de obstructie mogelijk is.

Tevens werd bij de 56 patiënten met snel progressieve obstructie nagegaan of de mate van bronchiale hyperreactiviteit voor histamine aan het begin van de studie samenhing met de progressie van de obstructie. Zoals verwacht, bleek dit verband wel te bestaan bij astma en niet bij chronische bronchitis. Bij astma gaat bronchiale hyperreactiviteit dus vooraf aan snelle progressie, bij chronische bronchitis niet. Geconcludeerd werd dat bronchiale hyperreactiviteit bij astma een belangrijke oorzakelijke factor is voor snelle progressie van de obstructie en bij chronische bronchitis meer een begeleidend verschijnsel van dit fenomeen.

Afremmen progressie

Om de tweede onderzoeksvraag te beantwoorden werd een studie met een *self-controlled design* opgezet, waarin de 56 patiënten met snel progressieve obstructie werden onderzocht. Zij gebruikten gedurende twee jaar 800 µg beclomethason per dag. Vergeleken met de periode daarvoor, toen de patiënten alleen luchtwegverwijders gebruikten, nam in de eerste zes maanden van de interventie de FEV_1 sterk toe; na de zesde maand daalde de FEV_1 weer, maar minder sterk dan in de periode vóór de interventie. Zowel de stijging van de FEV_1 in de eerste zes maanden als de relatief trage daling in de maanden erna verschillen significant van de snelle daling vóór de interventie. Bij astma-patiënten waren deze verschillen meer uitgesproken dan bij patiënten met chronische bronchitis. De histaminedrempel steeg gedurende de interventie gestadig bij astma (significant ten opzichte van de periode ervoor) en niet bij chronische bronchitis. Hieruit werd geconcludeerd dat onderhoudsbehandeling met beclomethason het beloop van astma en chronische bronchitis gunstig beïnvloedt; bij astma is dit effect meer uitgesproken dan bij chronische bronchitis.

Bij analyse van eventuele effectmodificatie bleek dat het beloop gunstiger was bij patiënten met astma en chronische bronchitis met een grotere reversibiliteit, een grotere obstructie bij aanvang en een sterkere daling van de FEV_1 in de periode vóór de interventie, en bij astmatici met een sterkere bronchiale hyperreactiviteit en dag-nacht-variabiliteit.

Ten aanzien van parameters voor de 'kwaliteit van leven' (Inventory of Subjective Health, Nottingham Health Profile) bleek geen effect. Na de interventieperiode werd de therapietrouw (door het tellen van capsules) en de inhalatietechniek beoordeeld bij 50 van de 56 patinten. Het bleek dat 46 procent van de patiënten niet compliant was; zij hadden minder dan 80 procent of meer dan 120 procent van de voorgeschreven dosis gebruikt. De inhalatietechniek was onvoldoende bij 27 procent van de patiënten.

Tot slot stelt de auteur een belangrijke nevenvraagstelling aan de orde: kan onderhoudsmedicatie met inhalatiecorticosteroïden worden gestaakt bij Cara-patiënten in een stabiele fase? Van Schayck onderzocht zowel patiënten die in het jaar ervoor geen inhalatiecorticosteroïden hadden gebruikt, als patiënten bij wie deze medicatie werd gestaakt, omdat zij in een stabiele fase waren. De tweede groep bleek significant vaker onderhoudsmedicatie nodig te hebben vanwege een slechte instelling dan de eerste. Hieruit werd geconcludeerd dat staken van eenmaal ingestelde onderhoudsmedicatie problematisch is; het is beter de laagste effectieve dosis te zoeken.

Exit 'Cara'

Edward Dompeling heeft een gedegen proefschrift geschreven over een uiterst relevant onderwerp. De vraagstellingen zijn logisch en consequent uitgewerkt. De beschouwing sluit steeds zonder verdere opsmuk aan op de zorgvuldig verzamelde resultaten. De conclusies hebben hun weg reeds gevonden bij het opstellen van de Cara-standaarden.

Lof verdient de toch enigszins gedurfde keuze voor een self-controlled design; de auteur zegt terecht dat een parallel design ethisch niet verantwoord was. Als hij zich had laten blinderen door het paradigma van de randomized clinical trial, was beantwoording van de tweede onderzoeksvraag niet mogelijk geweest.

Mijn kritiek beperkt zich tot twee punten. In de eerste plaats is de matige compliantie onvoldoende betrokken bij de analyse van het effect van de interventie; als dissimulerende patiënten met chronische bronchitis een slechtere therapietrouw hebben, kan dit deels het mindere resultaat verklaren. In de tweede plaats is inmiddels wel bekend, dat een poging effecten te meten met algemene in plaats van ziekte-specifieke instrumenten weinig kans van slagen heeft.

Het belang van dit proefschrift reikt waarschijnlijk verder dan de beantwoording van de onderzoeksvragen sec. De bevinding dat bronchiale hyperreactiviteit een wezenlijk andere

betekenis heeft bij astma dan bij chronische bronchitis, ondergraaft de 'Dutch hypothesis'. Deze hypothese houdt in dat astma en chronische bronchitis dezelfde pathogenese zouden hebben, waarin bronchiale hyperreactiviteit een hoofdrol vervult. Het is dan ook te hopen dat de vaderlandse Cara-deskundigen snel de voor de hand liggende conclusie trekken dat astma en chronische bronchitis twee verschillende ziektebeelden zijn. Dat zal leiden tot helderheid in de klinische praktijk en een eind maken aan de spraakverwarring met het buitenland, waardoor al menig Nederlands Cara-onderzoeker in de problemen is gekomen.

Lezing van dit proefschrift wordt warm aanbevolen aan allen die de Cara-zorg in dit land vormgeven (huisartsen, longartsen, universitaire medewerkers die onderwijs geven aan medische studenten en basisartsen, stafmedewerkers Cara van de Kruisverenigingen) én aan onderzoekers die zich gesteld zien voor de vraag hoe een relevante interventie-vraagstelling moet worden beantwoord.

W. van Hensbergen

Features of the outcome of childhood asthma. A follow-up study

Dissertatie Rijksuniversiteit Groningen. Roorda RJ. Zwolle: Waanders, 1992; 193 bladzijden.

Opnieuw een studie uit Groningen naar de prognose van Cara. Na Gerritsen (die overigens mede-auteur is van dit proefschrift) heeft nu de kinderarts Roorda hier onderzoek naar gedaan. Hiertoe heeft hij monnikenwerk verricht door in de archieven van de kinderpoli van 1972-1976 op zoek te gaan naar kinderen met astma. Van de 406 inmiddels jong-volwassenen die dit opleverde, vond hij er 348 bereid tot medewerking aan een vervolgonderzoek. Het algemene thema van de studie wordt omschreven als: '... to study the overall prognosis of childhood asthma to young adult age'.

Eerst een paar kritische kanttekeningen.

Hoofdstuk 2 is een overdruk van een artikel over de uitkomsten van een herhaalde histamineprovocatie bij 16 kinderen. Dat is op zichzelf best interessant, maar het verband met de rest van het proefschrift is zwak.

De klachtenscore vormt een belangrijke parameter in dit proefschrift. Enigszins tot mijn verbazing is voor de vier hoofdklachten die op astma kunnen wijzen, per klacht een ja/nee score gemaakt (waarbij elke nuance dus wegvalt), terwijl daarna de scores zijn opgeteld. Bij het onderzoek van de volwassenen wordt vermeld dat 81,2 procent van hen niet onder controle stond voor hun astma (p. 65). Dit gegeven is mijns inziens tendentieus, omdat hierbij de volwassenen zonder luchtwegklachten (ongeveer 30 procent) zijn meegeteld. Moet iemand die 20 jaar geleden astma had en nu klachtenvrij is, onder medische controle blijven?

Roken was een belangrijk onderwerp van studie. De auteur maakt er geen geheim van hoe hij erover denkt. Een van zijn doelen was om het effect van actief roken na te gaan. Er worden correlaties berekend tussen rookgedrag enerzijds en verschijnselen van astma anderzijds. Tot verbazing van de auteur blijken rokers minder astma-verschijnselen te hebben dan niet-rokers. Zijn conclusie is nu niet dat roken goed is voor astma-patiënten, maar dat hier sprake is van een 'healthy smoker effect'. Mijn kritiek hierop is, dat de auteur het begrip correlatie gelijk stelt aan effect en – als het 'effect' omgekeerd blijkt te zijn aan wat er volgens hem uit had moeten komen – een verklaring bedenkt, waarmee hij toch nog gelijk krijgt.

In het nawoord komt de volgende zin voor: 'Het is mogelijk dat de kinderen die verwezen worden naar een kinder(long-)arts in zekere zin een 'negatieve' steekproef vormen uit de groep van kinderen met Cara'. Voor mij verdient deze zin de prijs voor het understatement van het jaar 1992. De suggestie uit het proefschrift als zou het aantal astmatische klachten op volwassen leeftijd hoger liggen dan tot nu toe werd aangenomen, wil ik dan ook met een flinke korrel zout nemen. Over dat aspect kan de auteur, gezien de zeer selecte populatie, geen uitspraak doen.

Enkele conclusies uit deze studie:
- meisjes hebben een slechtere prognose ten aanzien van hun astma dan jongens;
- passief en actief roken wordt geacht zeer ongezond te zijn, maar in deze studie was dat niet aantoonbaar;
- een hoge astmasymptoomscore als kind hangt samen met astmaklachten op latere leeftijd;
- de longfunctie en de hyperreactiviteit bij kinderen houden op zichzelf geen verband met de situatie als volwassene, maar in combinatie wel;
- het bestaan van atopische aandoeningen of een positieve familieanamnese voor allergie hangt niet samen met de luchtwegklachten op latere leeftijd.

Met deze gegevens kan de huisarts vrij weinig doen. De studie bevestigt dat astma een grillige aandoening is, waarbij over de prognose op individueel niveau helaas weinig te zeggen is. En dat is extra jammer, omdat de intensieve begeleiding van Cara-patiënten berust op de hoop dat daarmee de prognose positief wordt beïnvloed. Dat deze studie die hoop niet onderbouwt, doet aan de waarde ervan niet af.

M. de Haan

Huisarts en CARA

Serie Practicum huisartsgeneeskunde. Van Hensbergen W, De Haan M, Van Keimpema ARJ. Utrecht: Bunge, 1992; 78 bladzijden, prijs NLG 35,–. ISBN 90-6348-037-7.

Een overzicht van Cara voor de huisarts voor de prijs van een particulier consult, daar kan een Cara-cursus in de bergen niet tegenop. Dit boek behandelt binnen een bestek van slechts 78 pagina's de voor de huisarts relevante aspecten: de diagnostiek, de rol van allergie en aspecifieke hyperreactiviteit, de kinder-Cara, de emfyseempatiënt, de behandeling – alles komt aan bod. De bespreking van de voor- en nadelen van verwijzing naar de tweede lijn is zeer evenwichtig. Ook zijn er hoofdstukken over belevingsaspecten, ziektegedrag, preventie en saneringsadviezen. Dat maakt deze serie ook zo aantrekkelijk: in een korte leestijd wordt een compleet overzicht geboden.

Het boek is bijna gelijktijdig met de Cara-standaarden verschenen en dus enkele maanden eerder geproduceerd. Het is daardoor alweer wat gedateerd. De auteurs waren betrokken bij het opstellen van de standaarden, maar die zijn kennelijk in de laatste maanden nog wat bijgesteld. In het boek komt de diagnostiek met behulp van dosisaerosols, zoals zo pregnant beschreven in de standaard 'Cara bij Volwassenen: Diagnostiek' slechts zijdelings ter sprake; het advies voor de stootkuur met prednison wijkt af; voor theofyllines is toch nog een plaats ingeruimd, wat niet het geval is in de standaard 'Cara bij Volwassenen: Behandeling'; in het overzicht van de beschikbare medicatie wordt zelfs de Antalby zetpil nog genoemd. Anderzijds wordt bij de preventie het advies tot influenzavaccinatie niet genoemd.

De behoefte aan volledigheid leidt tot een wat droge opsomming, waarbij de bekende indeling in grote en kleine letters, over twee kolommen wat gekunsteld overkomt. De beproefde

opbouw van het boek, met een bespreking van ieder onderwerp aan de hand van een casus, maakt de stof levendig, al zijn de beschreven patiënten wel erg stereotiep.

Het boek past prima in de serie en hoort daarom tussen de andere delen in de boekenkast van de huisarts. Het is niet voor de eeuwigheid bedoeld, maar dat geldt evenzeer voor een NHG-standaard en zeker voor de leerpunten van een Cara-cursus. Daarvoor is het huisartsenvak gelukkig te veel in beweging.

G.A. van Essen

Ouderdom: altijd gebreken?

Dissertatie Erasmus Universiteit. De Burlet HM. Enschede: Febodruk, 1992; 119 pagina's inclusief bijlagen. ISBN 90-9005512-6.

De verpleeghuisarts Burlet, die als medisch adviseur aan drie verzorgingshuizen was verbonden, heeft een preventief-gezondheidkundig onderzoek onder de 410 bewoners van deze verzorgingshuizen georganiseerd, met speciale aandacht voor functiestoornissen. De onderzoeker slaagde erin gedurende de drie jaar waarover het onderzoek zich uitstrekte, 318 bewoners voor de eerste keer te onderzoeken en 286 van hen voor een vervolgonderzoek bereid te vinden.

Van deze ouderen – met een gemiddelde leeftijd van 84 jaar – bleek 55 procent geen handicap bij het functioneren te vertonen. Van de overigen had 18 procent problemen met het gezichtsvermogen, 12 procent met het gehoor, 5 procent met het staan en gaan, 10 procent met de continentie, en 11 procent met het geheugen. Een kwart van alle ouderen bleek de eigen geneesmiddelen niet te beheren.

De huisartsen werden steeds over het onderzoek geïnformeerd. Over 44 procent van de contacten werd een brief met signalen verstuurd, als er iets was opgespoord dat belangrijk zou kunnen zijn, terwijl de huisarts er, naar de mening van de onderzoeker, waarschijnlijk niet van op de hoogte was. Deze informatie werd in de helft van de gevallen door de huisarts als nuttig beschouwd; bij een kwart van de signalen ondernam de huisarts stappen. Opvallend is dat bij de 15 signalen die wezen op hoge bloeddruk, in alle gevallen de suggestie werd gegeven de antihypertensieve medicatie af te bouwen.

Van de participerende bewoners bleek 11 procent geheugenstoornissen te hebben; ruim de helft van deze patiënten had ernstige problemen, waarschijnlijk berustend op een dementiesyndroom. De huisartsen beoordeelden de informatie hierover slechts in een derde van de gevallen als nuttig en ondernamen slechts in 5 procent van de gevallen stappen.

Bij evaluatie bleek 88 procent van de participerende bewoners het onderzoek nuttig te hebben gevonden, tegen slechts een kwart van de huisartsen. De meerderheid van de huisartsen was van mening dat zij al voldoende op de hoogte werden gehouden van relevante signalen.

Dit onderzoek geeft geen blijk van interesse in effectieve samenwerking met huisartsen. Het levert niets nieuws op. Tijdens de vervolgcontacten werd niet nagegaan wat het effect van het eerste onderzoek was geweest, terwijl dat met het grote aantal vervolgconsulten zeer wel mogelijk zou zijn geweest. Wat is er gebeurd met de signalen? Had het handelen, danwel het niet-handelen van de huisarts effect op de subjectieve of objectieve functiestoornis of op het welzijn van de ouderen?

Het is reeds lang bekend dat bij elk onderzoek onbekende aandoeningen en functiestoornissen worden opgespoord, die veelal niet klinisch relevant zijn of waarvoor geen behandeling mogelijk of gewenst is. Dit is medicaliserend. Bij thuiswonende bejaarden is gebleken dat wijkverpleegkundigen zeer wel in staat zijn tot preventief bejaardenbezoek. In dit onderzoek wordt niet aangetoond dat hier een taak voor de verzorgingsarts ligt. Het is ook jammer dat deze dissertatie geen gegevens oplevert over feedback naar verzorging en verpleging van het tehuis, zodat zij in voorkomende gevallen de huisarts kunnen informeren of in de toekomst zelf dergelijke signalen opvangen. Met een betere inhoudelijke planning en grondiger analyse zou dit onderzoek veel meer hebben opgeleverd.

B. Meyboom-de Jong

Huisarts in beroepsopleiding. Een hypothesevormend onderzoek

Dissertatie. Derese A. Gent: Rijksuniversiteit Gent, Faculteit Geneeskunde, 1992; 351 bladzijden.

Deze omvangrijke, goed leesbare dissertatie is zowel een beschrijving van de feitelijke gang van zaken in de Belgische opleiding tot huisarts als een evaluatie van een aantal effecten daarvan. Door de grote hoeveelheid gegevens krijgt de lezer een gedetailleerd beeld van de specifieke situatie van de Belgische huisartsopleiding. Deze is nogal anders opgezet dan in Nederland, deels als gevolg van verschillen in het gezondheidszorgsysteem, deels doordat er andere keuzen zijn gemaakt. Een van de meest opvallende verschillen is het feit dat de meeste huisartsen pas in opleiding gaan als zij zich reeds hebben gevestigd of een bestaande praktijk hebben overgenomen. Dit betekent dat zij de praktische ervaring gedurende de opleiding opdoen in de eigen praktijk. Slechts een kleine minderheid van de artsen in opleiding volgt een stage in de praktijk van een huisartsstagemeester (vergelijkbaar met onze huisartsopleider). Overigens kan ook een jaar van de tweejarige opleiding besteed worden aan ziekenhuisstages.

Het opleidingselement bestaat uit 40 uur seminaries per jaar. Een seminarie is een bijeenkomst van een groep van ongeveer 15 huisartsen in opleiding onder leiding van een ervaren huisarts (een 'moderator', vergelijkbaar met de huisartsbegeleider van een groep in de Nederlandse situatie). Een seminarie duurt drie uur en wordt grotendeels gewijd aan gestructureerde gevalsbesprekingen. Er is geen inhoudelijk curriculum dat voorziet in een vast onderwijsaanbod; in feite bepalen de cursisten door de ingebrachte gevallen waaraan tijdens de seminaries aandacht wordt besteed.

De studie is gericht op drie reeksen vragen:
- vragen met betrekking tot de persoonlijke en praktijkkenmerken van de huisartsen in opleiding, hun kennis en attitudes, de patiënten die zij zien, en hun geneeskundig handelen;
- vragen over de samenhang tussen kenmerken van de huisarts in opleiding met contactduur, voorschrijven van antibiotica en aanvragen van bloedonderzoek;
- vragen over de casus die ingebracht worden op de seminaries, wat daarmee gebeurt en de satisfactie daarover.

Het in 9 groepen van huisartsen in opleiding (n=110) verzamelde materiaal is zeer omvangrijk en is gedetailleerd weergegeven. Er is gebruik gemaakt van reeds bestaande en gevalideerde registratie-methoden, maar ook van nieuw ontworpen registratieformulieren. Een belangrijke conclusie is dat het, ondanks het sterk gedecentraliseerde opleidingssysteem, mogelijk was zo'n omvangrijk onderzoek voldoende betrouwbaar uit te voeren. Enige beperking in de hoeveelheid te registreren elementen zal dit bij een herhaling van het onderzoek zeker nog bevorderen.

Aan het eind doet de auteur een aantal aanbevelingen om in de Belgische huisartsenopleiding meer aandacht te besteden aan de omstandigheden waaronder de jonge huisartsen hun

praktijk beginnen, om tijdens de seminaries meer aandacht te besteden aan elementen van kennis, besliskunde, arts-patiënt communicatie en vaardigheidstrainingen, en om erop toe te zien dat de huisartsen in opleiding voldoende feitelijke praktijkervaring opdoen.

Kennisname van deze studie is relevant voor degenen die zich bezighouden met de beleidsbepaling ten aanzien van de opleiding tot huisarts. De studie is een stimulans om ook in Nederland (waarvan de huisartsenopleiding overigens door de auteur ten voorbeeld wordt gesteld) een even omvangrijke evaluatie van de opleiding tot huisarts ter hand te nemen. In veel opzichten kan dan gebruik worden gemaakt van deze Belgische ervaringen.

Vic Tielens

Hospital referrals

Roland M, Coulter A, eds. Oxford: Oxford University Press, 1992; 225 pagina's, prijs GBP 18.50. ISBN 0-19-26174-2.

Dit boek heeft als onderwerp de actuele stand van zaken in onderzoek naar verwijzen. Het bevat een zeer volledig overzicht van alle Engelstalige literatuur. Het grootste gedeelte van het gerefereerde onderzoek is afkomstig uit het Verenigd Koninkrijk en daarom niet zonder meer toepasbaar op Nederland. In het Verenigd Koninkrijk is de positie van de huisarts als poortwachter immers (nog) steviger dan in Nederland, als gevolg van de National Health Service. Zo komen 'particuliere' verwijzingen veel minder voor en gaat het daarbij in de meeste gevallen om electieve chirurgie.

Engelse huisartsen verwijzen minder dan Nederlandse. In het Verenigd Koninkrijk worden per jaar 12 procent van de patiënten verwezen naar de tweede lijn, en dat gebeurt in 5 procent van de contacten; in Nederland zijn deze cijfers respectievelijk 20 en 7 procent. Toch bevat het boek voor Nederlandse lezers meer dan voldoende interessante informatie. Zo zijn de hoofdstukken over inter-doktervariatie in verwijsgedrag van belang. De variatie is op het eerste gezicht erg groot: de meest verwijzende huisarts verwijst 25 maal zo vaak als de minst verwijzende. Als deze cijfers echter worden gecorrigeerd voor de leeftijd- en geslachtsopbouw van de praktijk en voor 'toevallige' verschillen, dan valt de variatie nogal mee.

Er is veel aandacht besteed aan de patiënten de huisartsgebonden variabelen als determinanten van verwijsgedrag. In studies op het niveau van de individuele patiënt blijkt de invloed van de patiënt op het verwijsgedrag groot; het is echter nog niet gelukt deze invloed ook op geaggregeerd niveau te analyseren. Verder blijkt de attitude van de huisarts ten aanzien van risico's en onzekerheden een significante maar bescheiden rol te spelen, waarbij overigens dokters die veel verwijzen, frequenter zeggen door de patiënt onder druk te zijn gezet. De patiënt oefent bij 10-40 procent van de verwijzingen druk uit op de huisarts om verwezen te worden, en ongerustheid zou daarbij een belangrijke factor zijn. Als patiënten achteraf tevreden zijn over de verwijzing, geven zij vaak als belangrijkste argument hiervoor: 'ik weet nu tenminste wat ik mankeer'. De auteurs verwachten voor de toekomst het meest van studies naar sociale en psychologische factoren in het besluitproces.

De besliskundige aspecten van verwijzen komen in het boek weliswaar uitvoerig aan de orde, maar alleen op theoretisch niveau. Daadwerkelijk patiëntgebonden onderzoek wordt niet vermeld.

De communicatie tussen de huisarts en de specialist komt ook aan de orde. Deze wordt in onderzoek vaak als onvoldoende gekwalificeerd, maar de auteurs wijzen er terecht op dat de oplossing niet moet worden gezocht in procesmatige verbeteringen (een meer adequate briefwisseling, vaker telefonisch contact), maar in de professionele emancipatie van de huisarts.

De laatste hoofdstukken zijn gewijd aan de kwaliteit van het verwijzen. De Britse regering is daarin geïnteresseerd, omdat verwacht wordt dat beperking van het aantal 'onnodige' verwijzingen een forse besparing zal opleveren. De bestaande literatuur over het al dan niet terecht zijn van verwijzingen levert een bont beeld op, met percentages van onnodige en inadequate verwijzingen die variëren van 10 tot 50 procent. Het is dan ook moeilijk eenduidig vast te stellen wat een terechte verwijzing is; zo maakt het veel uit of dit wordt beoordeeld door de patiënt, de verwijzer of de specialist.

Er worden in het beschreven kwaliteitsonderzoek grofweg twee methoden gevolgd.

In de eerste worden van tevoren richtlijnen opgesteld en wordt vervolgens getoetst of men zich daaraan houdt. In verscheidene projecten is geprobeerd richtlijnen (vergelijkbaar met de NHG-standaarden) te ontwikkelen ten aanzien van een goede verwijzing. Door de enorme variatie in opvattingen bleek het moeilijk consensus over richtlijnen te ontwikkelen. Ten aanzien van welomschreven aandoeningen wilde dat nog wel lukken, maar bij verwijzingen voor nadere evaluatie van een klacht of symptoom bleek het vrijwel onmogelijk. Bovendien bleken allerlei niet strikt medische factoren het uiteindelijke oordeel over de 'juistheid' van de verwijzing sterk te beïnvloeden. Daar waar richtlijnen waren ontwikkeld en geaccepteerd, bleek het effect op het uiteindelijke verwijsgedrag laag.

Bij de tweede methode laat men ervaren beoordelaars de verwijzingen beoordelen zonder vooraf bepaalde criteria. Met deze methode wordt recht gedaan aan alle factoren die bij de beoordeling van een verwijzing in aanmerking behoren te worden genomen, zoals de wens van de patiënt, relationele problemen tussen huisarts en patiënt en de plaatselijke 'verwijscultuur'. De inter-beoordelaarsvariatie van expertpanels was echter groot, zodat men alleen op geaggregeerd niveau tot een oordeel kon komen.

Het boek kan van harte worden aanbevolen aan iedereen die in dit onderwerp (en in onderwijs erover) is geïnteresseerd. Een dergelijk gecomprimeerd overzicht laat ook zien dat onze kennis omtrent verwijzen nog zeer beperkt is. Er zal nog veel, vooral patiëntgebonden, onderzoek nodig zijn om inzicht te krijgen in met name de besliskundige kant van verwijzen.

Hans Grundmeijer

AANKONDIGINGEN

GeWiNa. Tijdschrift voor de Geschiedenis der geneeskunde, Natuurwetenschappen, Wiskunde en Techniek

GeWiNa wordt uitgegeven door Erasmus Publishing, Rotterdam, en verschijnt eenmaal per kwartaal. De contributie bedraagt NLG 50,– per jaar (studenten NLG 25,–). Opgave bij het secretariaat, Nieuwegracht 187, 3512 LM Utrecht.

Depressie bij ouderen. Een literatuuronderzoek ten behoeve van de preventiepraktijk in de AGGZ

De Beer M, De Lange J. Utrecht, NcGv-reeks 93-2, 1933; 134 bladzijden, prijs NLG 24,50. ISBN 90-5253-083-1. Te bestellen bij: B. van Kesteren, Postbus 5103, 3502 JC Utrecht; telefoon 030-935.141.