

Internationale literatuur, CMR

Internationale literatuur

Het was een goed idee, een overzicht te maken van de bijdrage vanuit de Nederlandse huisartsgeneeskunde aan de internationale literatuur, en *Njoo* verdient dan ook alle waardering voor het feit dat zij zo pregnant de aandacht heeft gevestigd op de toenemende betekenis van deze bijdrage.¹ Het is bij een dergelijke onderneming echter wel van belang dat men volledig is, zeker op een moment dat men zich, zoals rond de WONCA-vergadering in Den Haag in juni, internationaal wil profileren. *Njoo's* overzicht telt helaas nogal wat omissies. Als er beperkingen zijn in de gevolgde methode of in het Medline-bereik, is dat onvoldoende excuus, omdat het uiteraard niet om Medline gaat, maar om de Nederlandse bijdrage aan de internationale literatuur. Uit de periode 1983-1992 (november), die *Njoo* onderzocht, ken ik uit mijn eigen omgeving al heel wat niet in het artikel gerefereerde publikaties (waarvan een deel al uit de eerste periode 1983-1987 dateert). Om concreet te zijn geef ik hieronder een aantal voorbeelden:

- 1 Knottnerus JA. Interpretation of diagnostic data: an unexplored field in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1985; 35: 270-4.
- 2 Knottnerus JA, Knipschild PG, Van Wersch JWJ, Sijstermans AHJ. Unexplained fatigue and hemoglobin, a primary care study. *Can Fam Physician* 1986; 32: 1601-4.
- 3 Cornel M, Van Zutphen W. Recognition of problem drinkers and the role of the general practitioners. *Can Fam Physician* 1989; 35: 1167-9.
- 4 Knottnerus JA. The effects of disease verification and referral on the relationship between symptoms and diseases. *Med Decis Making* 1987; 7: 139-48.
- 5 Knottnerus JA, Swaen GMH, Slangen JJM, Volovics A, Durinck J. Haematologic parameters as risk factors for cardiac infarction in an occupational health care setting. *J Clin Epidemiol* 1988; 41: 67-74.
- 6 Warndorff DK, Knottnerus JA, Huijnen LGJ, Starms R. How well do general practitioners manage dyspepsia? *J R Coll Gen Pract* 1989; 499-502.
- 7 Metsemakers JFM, Höppener P, Knottnerus JA, Kocken RJJ, Limonard CBG. Computerized Health Information in the Netherlands: a registration network of family practices. *Br J Gen Pract* 1992; 42: 102-6.
- 8 Knottnerus JA, Leffers P. The influence of referral patterns on the characteristics of

diagnostic tests. *J Clin Epidemiol* 1992; 45: 1143-54.

- 9 Van Buchem FL, Peeters MF, Knottnerus JA. Maxillary sinusitis in children. *Clin Otolaryngol* 1992; 17: 49-53.
- 10 Erkens AMJL, Kuipers, Knottnerus JA. Treatment of verrucae vulgares in general practice – a randomized controlled trial on the effectiveness of liquid nitrogen and the Histofreezer. *J Dermatol Treatment* 1992; 3: 193-6.
- 11 Buntinx F, Boon ME, Beck S, Knottnerus JA, Essed GGM. Comparison of cytobrush sampling, spatula sampling and combined cytobrush spatula sampling of the uterine cervix. *Acta Cytologica* 1991; 35: 64-8.
- 12 Knottnerus JA, Knipschild PG, Sturmans F. Symptoms and selection bias: the influence of selection towards specialist care on the relationship between symptoms and diseases. *Theoretical Med* 1989; 10: 67-81.

Het gaat om *full papers* in de internationale, geïndexeerde literatuur. Daarnaast zijn er nog diverse editorials en commentaren van Nederlandse auteurs, die door *Njoo* helaas zijn uitgesloten, maar waarin wél het gezag dat internationaal aan hen wordt toegekend, tot uiting komt. Het zou in het belang van een reëel beeld van de geleverde prestaties – en daar ging het hier toch om – de voorkeur verdienen als voortaan speciale voorzorgen zouden worden getroffen om een complete weergave te verkrijgen. Als ik, als slechts één van de actieven, al zoveel omissies zie (natuurlijk vooral ten aanzien van artikelen waarbij ikzelf betrokken ben), zal de bijdrage van alle Nederlandse auteurs te samen wellicht nog veel indrukwekkender zijn dan gerapporteerd. Het zou voorts goed zijn als de categorieëningdeling van de KNAW (disciplineplan geneeskunde) zou worden aangehouden.

J.A. Knottnerus
Maastricht

- 1 Njoo KH. A Medline search for publications generated by Dutch family medicine. *Huisarts Wet* 1993; 36(Suppl): 42-8.

Naschrift

Mijn doel bij het schrijven van mijn artikel is publikatie van de onderzoeksresultaten in *Huisarts en Wetenschap* geweest. De plaatsing van dit artikel in een Engelstalig supplement ter gelegenheid van het WONCA-congres, en

daarmee het 'internationaal willen profileren' van de Nederlandse huisartsgeneeskunde, is een keuze van de redactiecommissie geweest.

Streven naar volledigheid is inherent aan het verrichten van onderzoek in verband met de validiteit van de conclusies. De gekozen methode brengt echter altijd een beperking met zich mee. De beperkingen in mijn onderzoek zijn gelegen in de keuze voor Medline en de gevolgde zoekstrategie. De keuze voor Medline is expliciet vermeld in de vraagstelling en de gevolgde zoekstrategie is uitgebreid beschreven in de methode-paragraaf. Ik was me er bij aanvang van het onderzoek van bewust dat toegang tot Medline via medische termen veel gemakkelijker is dan via medische specialismen. *Van 't Laar* en *Ingram* hebben echter laten zien dat dit soort onderzoek via Medline zeker mogelijk is.^{1,2} Het vervolgens ontwerpen van een zoekstrategie om het onderwerp zo breed mogelijk te vatten – waarbij de redactiecommissie van *Huisarts en Wetenschap* in tweede instantie nog nuttige aanvullingen had – vond ik een uitdaging. Literatuuronderzoek via een database kent altijd een zeker spanningsveld tussen doeltreffendheid en doelmatigheid. De opbrengst van een zoekactie is niet alleen afhankelijk van de zoekstrategie, maar ook de wijze van indexereren.^{3,4}

De voorbeelden die Knottnerus geeft, laten inderdaad de beperkingen van de gemaakte keuzen zien. Bij de voorbeelden 5, 9 en 12 ontbreekt in de relevante velden (titel, adres auteur en trefwoorden) een verwijzing naar 'family/general practice'. Dit maakt het problematisch om deze referenties op te sporen; dat is alleen goed mogelijk via de auteursnaam. Bij de voorbeelden 1, 4, 6 en 11 ontbreekt het zoekwoord 'Netherlands' in de relevante velden. *The Canadian Family Physician* (2 en 3) is niet geïndexeerd in Medline. De voorbeelden 7 en 8 zijn pas na november 1992 geïndexeerd in Medline en zouden via mijn zoekstrategie later wel zijn gevonden. Voorbeeld 10 is niet te vinden in Medline (1992-1993 juni).

Medline (1983-1987/1988-1992 nov.) telt in totaal 33 referenties met KNOTTNERUS-JA in het auteursveld. Het gaat om 21 (2/19) originele artikelen in Engelstalige tijdschriften, waarvan er 9 (2/7) ontbreken in het overzicht in *Huisarts en Wetenschap*. Hiervan zijn er 4 alleen via auteursnaam op te sporen; de rest ontbreekt door andere, reeds genoemde oorzaken. Van de door Knottnerus geleverde prestaties is in mijn overzicht dus 40 procent niet onzichtbaar gebleven. Ik kan me zijn reactie bij zo'n score goed voorstellen. Deze uitkomst is echter inherent aan de gekozen methode.

Als de onderschatting van 100 procent in de eerste vijfjaarsperiode en van 36 procent in de tweede vijfjaarsperiode wordt geëxtrapoleerd, zou de eerste periode naar schatting 84 referenties hebben opgeleverd, en de tweede 237. Dat zou een drievoudige toename betekenen van de bijdrage van de Nederlandse huisartsgeneeskunde aan de internationale literatuur, in plaats van de viervoudige in mijn artikel. Hoewel mijn overzicht dus niet volledig is en hoewel een hoger absoluut aantal meer had geïmponeerd, blijft mijn eindconclusie overeind: een sterke toename van de Nederlandse huisartsgeneeskundige bijdrage aan de internationale literatuur.

Khing Njoo

- 1 Van 't Laar A. Op zoek naar evenwicht [Afscheidscollege]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1992.
- 2 Ingram TG. A cross-sectional analysis of family medicine publications in the indexed medical literature. *Fam Med* 1992; 24: 303-6.
- 3 Van Duijn NP, Dyserinck HC. Literatuuronderzoek via een computersearch. *Huisarts Wet* 1990; 33: 9-13.
- 4 Hofmans EA. De opbrengst van een Medline-search. *Huisarts Wet* 1990; 33: 103-6.

CMR

Het artikel 'Morbidity registration in general practice in the Netherlands'¹ in het 'WONCA-nummer' van *Huisarts en Wetenschap* telt een aantal tekortkomingen, in het bijzonder in de tekstgedeelten die handelen over de Continue Morbiditeits Registratie Nijmegen (CMR). Het gaat, na een adequate formele beschrijving van deze registratie (die in de tabellen abusievelijk hardnekkig wordt aangeduid met de voormalige naam van een Nederlands ministerie) om de volgende punten:

- Ten onrechte lijkt de CMR 'armer' dan de overige besproken registraties:
 - in de CMR worden wel degelijk verwijzingen vastgelegd (tabel 2); sinds de start van de CMR zijn dat verwijzingen naar andere zorgverleners in de eerste lijn en naar medisch specialisten, en verwijzingen ten behoeve van diagnostische dienstverlening (verschillende typen laboratoria, röntgenverwijzingen, echoscopie);
 - met betrekking tot de demografische gegevens wordt in de CMR, net als in de andere besproken registraties, de verzekeringsvorm vastgelegd, en is het percentage zieken-

- fondsverzekerden dus bekend (tabel 2);
- 'oral anticonception' en 'osteoarthritis' worden zeker wel geregistreerd, in tegenspraak tot de eerste zin van de derde kolom op pagina 52;
- in tabel 3 ontbreken de CMR-incidentiegegevens van cerumen;
- in tabel 4 ontbreken de CMR-prevalentiegegevens van 'family planning/oral contraception' en artrose;
- Naast de verwijzingen worden in de CMR opnamen vastgelegd: in het ziekenhuis (algemeen of academisch), psychiatrisch ziekenhuis, verpleeghuis of anderszins; het verdient aanbeveling om het item 'opnamen' in tabel 2 op te nemen;
- De zin 'chronic diseases have been registered continuously, every year again, irrespective of the consultation behaviour of the patients' is pertinent onjuist; het jaarlijks vastleggen van chronische ziekten hangt af van de aard van de ziekte en van het feit of er dat jaar contact is tussen patiënt en huisarts; de feitelijke procedure en afspraken hieromtrent gaan de reikwijdte van dit commentaar te boven; vast staat dat de gekozen formulering in het artikel de werkelijkheid niet weerspiegelt;
- Wij hebben twijfel over de validiteit van de gemaakte vergelijkingen tussen gegevens van verschillende registratiesystemen in de tabellen 3 en 4; in elk geval is ten aanzien van de volgende ICPC-codes onduidelijk welke CMR-cijfers werden gebruikt ter vergelijking met gegevens uit de andere twee registraties:
 - R74, 'upper respiratory tract infection', wordt in de CMR onderscheiden naar verkoudheid zonder koorts en verkoudheid met koorts;
 - R78, acute bronchitis/bronchiolitis, wordt in de CMR gerepresenteerd door een code voor acute bronchitis en een code voor spastische bronchitis; bronchiolitis wordt geregistreerd onder de code voor overige ziekten van de onderste luchtwegen;
 - K76, 'chronic ischaemic heart disease', is geen code die direct in de CMR is te vinden; de CMR kent hartinfarct, angina pectoris, decompensatio cordis en 'andere chronisch ischemische hartziekten', waaronder myocarditis, pericarditis en het Wolff-Parkinson-White syndroom vallen.

Wij hechten eraan onze kritiek zo gedetailleerd weer te geven, omdat de registratiesystemen tot de wezenlijk belangrijke verworvenheden van de Nederlandse huisartsgeneeskunde behoren. Gegevens uit deze registratiesystemen behoren zorgvuldig en volledig te worden weergegeven. Ondergetekenden zijn te consulteren voor

een juist citeren en interpreteren van CMR-gegevens.

Dr. E. van de Lisdonk
Dr. W. van den Bosch

- 1 Meyboom-de Jong B. Morbidity registrations in general practice in the Netherlands. *Huisarts Wet* 1993; 36(suppl): 49-53.

Naschrift

Het overzicht van de Nederlandse morbiditeitsregistraties in het WONCA-nummer had tot doel deze gegevens onder de aandacht te brengen van het buitenland, dat, met uitzondering van Vlaanderen, het Nederlands als regel niet tot zich kan nemen. Daarom heb ik mij, zoals beschreven in het gewraakte artikel, beperkt tot de Engelstalige standaard-output. Voor de CMR was daartoe – voor zover mij bekend – alleen 'Morbidity figures from general practice' beschikbaar.¹ Naar aanleiding van het commentaar van *Van de Lisdonk & Van den Bosch* heb ik dit boek weer ter hand genomen om hun opmerkingen te verifiëren.

In de inleiding wordt gemeld dat 'referrals and hospital admissions are carefully collected', maar er worden geen nadere resultaten beschreven. Dat geldt ook voor de achtergrondkenmerken van de patiënten, met uitzondering van leeftijd en geslacht. Na lang zoeken – een index ontbreekt in dit boek – bleek 'oral anticonception' gepubliceerd in het laatste hoofdstuk, XVIII, getiteld 'vaccination, research, health instruction etc.'. Ook bij grondige bestudering kon ik geen incidentie- en prevalentiegegevens betreffende cerumen vinden.

Het vergelijken van gegevens uit de verschillende morbiditeitsregistraties is hachelijk, in het bijzonder met de CMR, omdat de daarin gehanteerde diagnostische criteria niet zijn beschreven.

Ten aanzien van het doorcoderen bestaat bij mij nog steeds onduidelijkheid, die door bovenstaand commentaar niet is weggenomen. Welke aandoeningen worden doorgecodeerd en wanneer? Volgens een persoonlijke mededeling van Schellekens worden ook aandoeningen doorgecodeerd als hierover bericht van de specialist werd ontvangen en geen contact met de huisarts plaatsvond. Maar misschien zijn die afspraken intern gewijzigd.

Uit het commentaar blijkt dat het noodzakelijk is dat de CMR de wijze van registreren en (door)coderen niet alleen intern vastlegt, maar ook publiceert: een lijst van aandoeningen die worden doorgecodeerd met de voorwaarden

waaronder dat gebeurt, de bij de verschillende diagnoses gehanteerde ernstgraden en de diagnostische inclusiecriteria. De CMR is een belangrijke longitudinale morbiditeitsregistratie, die veel toegankelijker gemaakt zou kunnen en moeten worden voor Nederlandse en buitenlandse huisartsen en onderzoekers. Ik hoop dat deze reactie daartoe een bijdrage heeft geleverd.

B. Meyboom-de Jong

- 1 Van den Hoogen HJM, Huygen FJA, Schellekens JWG, et al. Morbidity figures from general practice. Nijmegen: Nijmegen University Department of General Practice, 1985.

Schouderklachten

De heer Looman, 76 jaar, komt bij de huisarts, omdat hij zijn rechterarm niet meer goed kan heffen; hij kan zelfs zijn haar niet meer kammen. Bij actief en passief onderzoek van het schoudergewricht blijkt de exorotatie het meest beperkt; ook de abductie is beperkt, maar iets minder; de endorotatie is het minst beperkt. Er zijn geen afwijkingen bij weerstandspoeven.

- 1 Er is in dit geval sprake van een capsulair patroon.

Meneer Brevel, 80 jaar, komt op het spreekuur met de klacht van een 'vastzittende schouder' links. Pijn treedt op bij geforceerd bewegen en bij slapen op de linkerzijde. Een en ander is ontstaan na het dragen van de arm in een mitella wegens een wond aan de hand. De huisarts diagnostiseert een 'frozen shoulder'.

- 2 Pijn bij slapen op de linkerzijde past bij deze diagnose.
3 Uitgaande van de juistheid van de diagnose zijn intra-articulaire corticosteroidinjectionen gecontraïndiceerd.

Psoriasis

Mevrouw Sloep, 36 jaar, heeft al enige maanden een rode, iets schilferende, niet jeukende plek op de dorsale zijde van haar rechterarm, vlak bij haar elleboog. Na een val op haar linkerarm (een week geleden) ontstond ter plaatse eenzelfde huiduitslag als op haar rechterarm.

- 4 Deze laatste bevinding ondersteunt de hypothese psoriasis.

Ervan uitgaande dat hier sprake is van psoriasis, besluit de huisarts mevrouw Sloep medicamenteus te behandelen.

- 5 In dit geval is behandeling met een corticosteroid bevattende zalf of creme gecontraïndiceerd.

Lichtflitsen

Mevrouw Lafrijsen, 45 jaar, komt bij de huisarts omdat ze sedert ongeveer een uur witte lichtflitsen voor het linkeroog ziet, die constant aanwezig zijn en verergeren wanneer ze naar rechts kijkt. Ze heeft geen hoofdpijn en ze is niet bekend met migraine of epilepsie. Ze draagt een bril. Visusonderzoek geeft de volgende uitslag (met correctie): VOS 1.0, VOD 1.0. Het onderzoek van het voorste oogsegment is zonder afwijkingen. Bij funduscopie krijgt de huisarts alleen de papil in beeld; deze is niet

afwijkend. Deze bevindingen passen bij de diagnose(n):

- 6 Glasvochtmembraanloslating.
7 Mouches volantes (eiwitcondensaten in het glasvocht).
8 Netvliesscheur.

Trommelvliesperforatie

De 17-jarige Ellen de Rijk heeft tijdens een ruzie met haar moeder een klap tegen haar rechteroor gekregen. Sindsdien doet het oor pijn en heeft Ellen het gevoel alsof er lucht doorheen blaast. De huisarts constateert een trommelvliesperforatie. Ze vertelt Ellen dat een dergelijke traumatische perforatie in de meerderheid der gevallen spontaan geneest.

- 9 Dit is correcte informatie.

De doktersassistente spuit in verband met cerumen het rechteroor van de heer Adams uit. Bij de derde keer spuiten wordt de heer Adams plotseling duizelig.

- 10 Tot de mogelijke oorzaken van deze duizeligheid behoort een trommelvliesperforatie.

Claudicatio

Bij de heer Van Gijn, 75 jaar, stelt de huisarts op grond van anamnese, lichamelijk onderzoek en niet-invasief vaatonderzoek met een pocket-Dopplerapparaat de diagnose claudicatio intermittens, stadium 2. Zij adviseert de heer Van Gijn, die ongeveer een pakje sigaretten per dag rookt, het roken te stoppen.

- 11 In de meerderheid der gevallen heeft stoppen met roken bij claudicatio, stadium 2, een vermindering van de klachten tot gevolg.

Tevens geeft zij de heer Van Gijn wandeloefeningen, die hij drie keer per dag moet uitvoeren. Zij geeft hem daarbij het advies het wandelen te staken, zodra er pijn optreedt.

- 12 Dit is in dit geval een correct advies.
13 Indien wandeloefeningen binnen vier weken geen verlenging van de pijnvrije loopafstand tot gevolg hebben, is in de meerderheid der gevallen geen verdere verbetering van de loopafstand meer te verwachten.

Anemie

Mevrouw Hofstra, 83 jaar, heeft al 25 jaar reumatoïde artritis. De laatste tijd is ze erg moe en eet ze slecht. Volgens haar dochter verwaarloost ze zichzelf. Uit laboratoriumonderzoek

NOTA BENE

Preventief ouderenbezoek door wijkverpleegkundigen is niet zinvol voor de algemene populatie thuiswonende ouderen, maar mogelijk wél voor ouderen die een minder goede gezondheid hebben.

Hoe curatiever preventief ouderenbezoek, hoe effectiever.

Stellingen bij: Van Rossum E. Effects of preventive home visits to the elderly [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1993.