

Oncologie voor de medicus practicus *Haag-Edoorn EML, Bender W, Sleijfer DTh, Oldhoff J. Assen-Maastricht: Van Gorcum, 1992; 338 bladzijden, prijs NLG 75,-. ISBN 90-232-2684-4*

Oncologieboek *Van den Berg WM, Eliel MR, Ravasz LA, red. Utrecht: Integraal Kankercentrum Midden-Nederland, 1992; 548 bladzijden, prijs NLG 52,50. ISBN 90-5453-002-2. Te bestellen bij IKMN, telefoon 030-314.868*

Het onderwijs in de oncologie tijdens de medische basisopleiding is nogal gefragmenteerd. Welke curriculum-opbouw men ook kiest (blokonderwijs, longitudinaal onderwijs, probleem- of procesgestuurd, danwel combinaties daarvan), vele klinische en niet-klinische vakgebieden dragen aan dit onderwijs bij. Als men daarbij nog rekening houdt met het grote aantal docenten en onderwijsvormen van het hedendaagse universitaire onderwijs, dan kan men zich een voorstelling maken van de versnippering. Het kost de student over het algemeen moeite overzicht te krijgen en te behouden. Dit wordt nog versterkt, doordat niet iedere docent hetzelfde begrippenkader hanteert.

Teneinde deze problemen het hoofd te bieden, heeft de Faculteit der Geneeskunde van de Rijksuniversiteit Groningen het goede initiatief genomen om een multidisciplinair oncologie-curriculum te ontwikkelen, dat geïntegreerd door de hele medische opleiding wordt gegeven. Het einddoel is algemene oncologische kennis voor iedere arts die met kankerpatiënten in aanraking komt. *Oncologie voor de medicus practicus* is de neerslag van deze werkzaamheden.

In een algemene inleiding op de klinische oncologie van 27 pagina's tekst worden de algemene aspecten van de oncogenese, de klinische aspecten van de pathologische diagnose, van de behandelingen en van de follow-up samengevat. Het hoofdbestanddeel van het boek wordt ingenomen door het deel 'Primaire localisaties', waaraan om niet geheel duidelijke redenen de opmerking 'in objectieve vorm' is toegevoegd. Dit deel beslaat ruim 280 pagina's. Het is opgebouwd rond op tumor of combinaties daarvan gebaseerde hoofdstukken met doelstellingen in de vorm van opdrachten, die een sterke gelijkenis vertonen met examenopdrachten. Het is met name het kennisdomein dat daarbij aan bod komt. Elke doelstelling is voorzien van het antwoord.

Helaas heeft men niet over de verschillende hoofdstukken eenzelfde paragraafindeling gevolgd. Zo heeft men in het ene hoofdstuk de paragraaf 'Klinische verschijningsvormen',

gevolgd door de paragraaf 'Verder onderzoek en staging', in een ander hoofdstuk is daar de paragraaf 'Diagnostisch onderzoek' tussengevoegd. Het hoofdstuk over mammacarcinoom heeft een paragraaf 'Vroege opsporing en screening', terwijl bij het cervixcarcinoom in de paragraaf 'Het belang van de portio-uitstrijk' uitsluitend wordt gevraagd naar een kritische beschouwing over de portio-uitstrijk, waarbij aspecten van het bevolkingsonderzoek wel in het antwoord op deze vraag zijn opgenomen. De paragrafen 'Behandeling en begeleiding' zijn uitsluitend gerelateerd aan de tumor en daardoor verspreid over de verschillende hoofdstukken. Bij de longtumoren komt de paragraaf 'Thuiszorg voor de ongeneeslijke patiënt' voor, het hoofdstuk over het maagcarcinoom kent een paragraaf 'Zorg voor de ongeneeslijke patiënt', die bijvoorbeeld weer ontbreekt bij de colon/rectum-tumoren. Preventie en screening heeft een aparte paragraaf bij longtumoren, terwijl de preventieve aspecten bij de huidtumoren bij de epidemiologie zijn ondergebracht.

Door het inconsistente gebruik van de paragraafindeling en doordat men enkele grote groepen tumoren bij elkaar heeft genomen (hoofd/hals-tumoren, tumoren van het zenuwstelsel inclusief de secundaire tumoren) laat het geheel een rommelige indruk achter. Specifieke huisartsgeneeskundige vragen, met name betreffende de primaire en secundaire preventie alsmede van de behandeling en begeleiding van de patiënt met kanker in de palliatief terminale fase (terminal common clinical pathway), vindt men verspreid door het hele boek.

Het boek besluit met een globaal overzicht van voeding en psychosociale aspecten. De voeding beslaat acht pagina's tekst en geeft een redelijk overzicht, de algemene informatie over de psychosociale zorg wordt absoluut onvoldoende belicht in slechts drie pagina's.

Afstemming van het diagnostisch en therapeutisch beleid – en daardoor een belangrijke algemene doelstelling voor de na- en bijscholing – is de basis voor het *Oncologieboek* van het Integraal Kankercentrum Midden-Nederland (IKMN). De integrale kankercentra hebben de opdracht door middel van consultantendiensten het beleid in de regio af te stemmen. Veel kankercentra hebben daartoe protocollen gemaakt. Het IKMN heeft deze gebundeld. Het zijn hoofdzakelijk specialistische protocollen, hetgeen onder meer blijkt uit een zorgvuldig omschrijving van de diagnostische stappen, en de doseringen voor medicatie en radiotherapie. Hier en daar zijn huisartsenprotocollen toege-

voegd. Veel informatie, met name inzake de epidemiologie en de diagnostiek, komt dan ook tweemaal aan bod, eenmaal in het specialisten protocol en eenmaal in het huisartsendeel.

Het geheel is nogal fragmentarisch. Zo ontbreken hoofdstukken over de leukemieën, over de tumoren van het centrale zenuwstelsel en over kindertumoren in het specialistische deel. Voor de meest voorkomende tumor (het longcarcinoom) is geen huisartsgedeelte opgenomen. Daarom en vanwege de wisselende mate van detaillering, het fragmentarische karakter, het ontbreken van een register en de slechte afstemming van het huisarts- en het specialistische deel, acht ik aanschaf van dit boek voor huisartsen zinloos.

Daar kanker een verzamelbegrip is van vele ziektebeelden, verspreid over vrijwel alle klinische vakken, is het lovenswaardig dat in beide boeken een poging wordt ondernomen een leidraad te geven voor het onderwijs tijdens de medische basisopleiding (het boek uit Groningen), alsmede een afstemming te bereiken in het beleid (IKMN). De pretentie dat deze boeken van waarde zijn voor huisartsen buiten de regio, is te hoog gegrepen. Door de opzet doet men te veel concessies aan de systematische kennisopbouw. Deze is nodig om de huisarts in staat te stellen het proces van klinische besluitvorming bij een specifieke klacht van een patiënt goed te doorlopen. In *Oncologie voor de medicus practicus* wordt dan ook terecht een aantal andere boeken aangeraden voor hen die zich op onderdelen verder zouden willen oriënteren. Mijns inziens is dat voor de huisarts bij beide boeken absoluut noodzakelijk. In Nederland hebben we het *Leerboek oncologie* onder redactie van Zwaveling et al., dat bij Bohn Stafleu Van Loghum in 1991 een vierde, herziene druk heeft beleefd. Ik denk dat het onderwijscontinuum van basisopleiding, beroepsopleiding en deskundigheidsbevordering voor huisartsen wordt bevorderd als systematisch van dit boek gebruik wordt gemaakt. Het was voor de Rijksuniversiteit Groningen eenvoudiger geweest als men een spoorboekje had samengesteld waarmee men, onder handhaving van de doelstellingen als richtlijn voor de docenten, naar dit boek had verwezen. Het IKMN had zich voor zijn boek kunnen beperken tot een nietje door de al bestaande protocollen, waarmee de indruk werd vermeden dat dit boek voor huisartsen in de rest van Nederland van belang zou zijn. *Oncologie voor de medicus practicus* is verplichte literatuur voor de docenten van de medische faculteit van de Rijksuniversiteit Groningen en kan als voorbeeld die-

nen voor onderwijscoördinatoren en onderwijscommissies van de andere medische faculteiten in ons land. Het *Oncologieboek* van het IKMN zal zeker zijn nut hebben voor de medisch specialisten in het IKMN en de regio. Huisartsen die op de hoogte willen blijven van recente ontwikkelingen in de oncologie, kunnen hun geld beter besteden aan het boek van Zwaveling et al.

E. Schadé

Determinants of consulting the general practitioner [Dissertatie]. Van der Kar A. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1992; 123 pagina's. ISBN 90-9005380-8.

Jaren geleden zei een huisarts die bij een onderzoek van het toenmalige Nederlands Huisartsen Instituut betrokken was, tegen me: 'Ach, 49 procent van de patiënten hier in de wachtkamer wordt vanzelf ook wel beter, en 49 procent zal vanzelf toch wel doodgaan en voor die overige 2 procent doe ik wat zinnigs'. Die getallen zal men niet te letterlijk moeten nemen, maar hij bracht wel een essentieel punt ter sprake: wat maakt het in veel gevallen nu uit of men een huisarts raadpleegt of niet? In het verlengde daarvan doemt dan de vraag op: waarom zoekt de ene persoon hulp bij een huisarts, waar een ander dat nalaat, ofwel: waarom gaat men naar de dokter?

Deze vraag heeft de afgelopen twintig jaren veel onderzoekers beziggehouden, en het feit dat het voornaamste resultaat steevast is – om Philipsen te citeren – 'dat de persoon die naar de dokter gaat wel griep zal hebben en degene die niet gaat niet', wordt vooral als versturende factor van het onderzoek gezien. En dat is terecht, want in het groot mag die griep de belangrijkste verklaring zijn, maar het blijft een feit dat er ook zoveel mensen zijn die, terwijl ze griep hebben, niet naar de dokter gaan.

Van der Kar heeft zich beziggehouden met de vraag waarom mensen met de ene klacht wel naar de dokter gaan, en met de andere niet. Het hypothetische antwoord op die vraag is, dat men naar de dokter gaat, omdat men zich ongerust maakt, en dit antwoord roept dan als nieuwe vraag op: ziet de huisarts kans om die ongerustheid weg te nemen?

Om deze vragen te beantwoorden hebben ongeveer 1000 patiënten in de wachtkamer een vragenlijst ingevuld, waarin ze aangaven wat hen bewoog de huisarts te raadplegen. De inhoud van deze vragenlijst werd ingegeven door het theoretische uitgangspunt, het Health Belief Model. Dit model onderscheidt drie belang-

rijke determinanten voor 'gezondheidsgedrag', in dit geval het raadplegen van de huisarts:

- de 'cues for action' (ervaren symptomen, of het lezen van een krantenbericht over het risico van zomersproeten);
- de mate waarin men zijn gezondheid daardoor bedreigd ziet, met ingecalculeerd de mate waarin men zich kwetsbaar acht;
- een afweging van kosten en baten (de mate waarin men denkt dat de huisarts daar een effectieve bescherming kan bieden afgezet tegen de kosten in tijd en geld van huisartsbezoek).

Daarnaast voegde de onderzoekster twee nuanceringen toe: de mate waarin een patiënt denkt zelf de symptomen effectief te kunnen bestrijden, en de mate waarin men van de huisarts niet zozeer bescherming als wel informatie verwacht. De patiënt vermeldde ook hoe ongerust hij zich maakte.

Over al deze aspecten werden de patiënten ondervraagd, waarbij hen werd verzocht zich te concentreren op de klacht die zij bij de huisarts naar voren wilden brengen. Na afloop van het consult werd de patiënt gevraagd naar de tevredenheid over het consult en naar eventuele andere klachten die niet ter sprake waren gekomen. De 450 patiënten waarbij dit van toepassing was, beantwoordden naar aanleiding van de tweede, niet geuite klacht, dezelfde vragen nog een keer.

Uit vergelijking van de twee datasets over klachten waarvoor men de huisarts wel of niet had geraadpleegd, bleek dat vooral de effectiviteit van het eigen handelen, de effectiviteit van de huisarts, de behoefte aan informatie, het advies van anderen om de huisarts te raadplegen en de geschatte ernst van de klacht veel zwaarder wogen bij de klachten waarvoor men de huisarts wél had geraadpleegd, dan bij klachten waarbij men dat had nagelaten. Voorts bleek dat ongezonde patiënten, wier klachten al langer duurden en die de huisarts vaker bezochten, ongeruster waren dan gezondere patiënten. Die ongerustheid wordt versterkt door de vermoede ernst van de klacht en, in geringere mate, door de informatiebehoefte. De ongerustheid was afgenomen na het consult, waarbij tevreden patiënten achteraf minder ongerust waren dan ontevreden patiënten, terwijl er in de voormeting geen verschil was.

Een verdere analyse van de veranderingen in de opvattingen van de patiënt over de eigen gezondheid na het consult, wees uit dat men de klachten minder ernstig vond, meer van de klacht afwist en minder behoefte aan informatie had dan voor het consult. Een klein, doch pikant en significant verschil was voorts dat

men na het consult de huisarts minder in staat achtte de klacht te behandelen.

Wanneer deze veranderingen worden uitgesplitst naar tevreden en ontevreden patiënten, dan blijken tevreden patiënten hun klachten achteraf als minder ernstig te beoordelen dan ontevreden patiënten; tevreden zeggen meer te weten en minder informatie meer nodig te hebben dan ontevreden. Verder zijn tevreden patiënten na het consult niet van mening veranderd over de effectiviteit van de arts, terwijl ontevreden deze na afloop negatiever beoordelen.

Deze resultaten geven enige indicaties over hetgeen spreekuurbezoekers beweegt; uitsluitend bieden ze echter niet. Daarvoor is de onderzoekspopzet te primitief. Er wordt immers geen vergelijking gemaakt tussen mensen met dezelfde klachten die ervoor kiezen hun huisarts wel of niet te bezoeken, er wordt nagegaan waarom mensen die toch al bij de dokter in de spreekkamer zitten de ene klacht wel naar voren brengen en de ander niet. Daarmee is wel een oplossing gevonden voor het probleem dat men anders het risico loopt zieke mensen met iets minder ziekten te vergelijken, maar het middel is, dunkt me, erger dan de kwaal. Het antwoord op de vraag waarom men met de ene klacht wel naar de dokter gaat en met de andere niet (namelijk dat de patiënt denkt die andere klacht zelf op te kunnen lossen, die klacht ook veel minder ernstig vindt en denkt dat de huisarts er niet veel aan kan doen), is immers betrekkelijk triviaal.

Omdat het onderzoek zich beperkt tot patiënten die de gang naar de huisarts al gemaakt hebben, wordt geen aandacht besteed aan de barrières (kosten, afstand, tijd) voor patiënten om hun huisarts te bezoeken. De reden dat men de tweede klacht niet verteld heeft, kan nauwelijks zijn dat men hiervoor niet verzekerd was, geen tijd vrij kon maken of daarvoor geen vijftien kilometer wenste te rijden. Kortom, waarom de ene patiënt met griep wel naar de dokter gaat, en de ander niet, dat weten we nog steeds niet.

Zoals gezegd, zijn er wel enige indicaties. Mensen zijn met name op zoek naar informatie; daarom stellen ze de ene klacht wel ter discussie en de andere niet. Omdat ze dingen willen weten, maken ze zich ongerust; na het consult weten ze meer en hoeven ze minder te weten en dit draagt aanzienlijk bij tot de tevredenheid. Overigens speelt ook hierbij de onderzoekspopzet (het feit dat het een dwarsdoorsnede-onderzoek is) de onderzoeker parten, want wat is nu de kip en wat het ei? Zijn patiënten meer tevre-

den, omdat ze meer informatie hebben gekregen, of vinden patiënten die om welke reden dan ook tevreden zijn, dat ze beter zijn geïnformeerd? Kortom, er is geen uitsluitend gegeven over de vraag waarom de ene grieppatiënt wel naar de dokter loopt en de ander niet, maar we kunnen vermoeden dat de wil tot weten er een rol bij speelt.

Die wil tot weten wordt wat de lezer van het proefschrift betreft, overigens maar matig vervuld. Vaak heeft een dissertatie een zekere meerwaarde omdat men, in tegenstelling tot een wetenschappelijk artikel met zijn gelimiteerd aantal woorden, de gelegenheid heeft de relevante literatuur wat uitgebreider samen te vatten, een aantal theorieën te bespreken, of de lezer deelgenoot te maken van de fijnere nuances rond de instrumentontwikkeling. Daaraan schort het nogal. Deels is dit te wijten aan het feit, dat de hoofdstukken 2 t/m 5 in feite artikelen zijn, hetgeen op zichzelf alleen maar toe te juichen is. De onderzoekster heeft de strenge voorschriften van de redacties echter zodanig geïnternaliseerd dat het inleidende hoofdstuk de tien pagina's ook niet overschrijdt en een algemene beschouwing ontbreekt. Bondigheid dient toegejuicht te worden, maar viermaal de deun introduction, methods, results, discussion, met een minuscule intro en zonder finale doet toch wel erg denken aan de muziek in een groot winkelcentrum.

P.F.M. Verhaak

Arthur Hofmans 50 jaar arts. Verspreide geschriften door en voor hem geschreven [Hofmans EA, red.]. *Lelystad: Meditekt, 1992; 96 bladzijden, prijs NLG 35,-. ISBN 90-5070-021-7. Te bestellen bij de uitgever, telefoon 03200-41891.*

Bij zijn gouden jubileum als arts kreeg Arthur Hofmans een fraai verzorgde bundel aangeboden. In enkele geschriften over de jubilaris worden impressies gegeven van Arthur Hofmans als huisarts (bijna veertig jaar in Rotterdam-Zuid), voorzitter van de redactiecommissie voor *Huisarts en Wetenschap* (1957-1979), ijveraar voor de internationale huisartsenorganisatie WONCA (onder meer als president) en vader.

Verder bestaat tweederde van de uitgave uit geschriften van Arthur Hofmans zelf: twee wetenschappelijke publikaties uit het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* en tien uit *Huisarts en Wetenschap*. Hofmans komt daarin naar voren als inventief en origineel onderzoeker in de eigen huisartspraktijk, initiator van weten-

schappelijk onderzoek door een groep huisartsen en inspirerend leidsman van de Nederlandse huisartsgeneeskunde en haar wetenschappelijke tijdschrift. Wat betreft deze laatste kwaliteit is hij, zoals Henk Lamberts het in 1979 uitdrukte, 'de dank voorbij' (Huisarts Wet 1979; 22: 102-13). Als auteur verdient hij het echter om met enkele van zijn bevindingen en uitspraken voor het voetlicht geplaatst te worden:

- Herhaling van een kuur (tegen oxyuriasis, FJM) na drie tot vier weken, zoals vaak wordt aangeraden, is irrationeel wanneer er geen klachten zijn (Ned Tijdschr Geneesk 1947; 91: 1389-92).

- Ik meen met dit eenvoudige proefje (op het gebied van de poliomyelitis-inentingen, FJM) te hebben aangetoond dat de taak van de huisarts bij dergelijke preventieve maatregelen evident is (...). Een volledig kaartstelsel blijkt ook hier weer een machtig en onmisbaar instrument voor de huisarts (Huisarts Wet 1958-1959; 2: 179-81).

- De conclusie uit deze analyse is, dat het veiliger lijkt, het tijdstip van de primovaccinatie (tegen pokken, FJM), uitgevoerd met het huidige vaccin van het RIV, te verleggen van de leeftijd van acht weken naar die van twaalf weken, zulks in afwijking van de aanbeveling van maart 1959 van de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid (Huisarts Wet 1960; 3: 272).

- Het verzamelen van de patiënten (die in aanmerking komen voor influenza-vaccinatie, FJM) is met behulp van het kaartstelsel verlicht, waarbij elke kaart is gelicht; (...) Per praktijk werd ongeveer acht uur besteed (...) (Huisarts Wet 1961; 4: 87-8).

- Deze ziektegeschiedenis (en het aansluitende onderzoek onder 42 patiënten, FJM) illustreert de ervaring dat zich na het ondergaan van een maagsectie een hypochrome anemie kan ontwikkelen (Huisarts Wet 1968; 11: 355-60).

- Anderzijds kan men veronderstellen dat een kritische registratie van het werk in de huisartspraktijk ertoe kan bijdragen dat men zich er (juist verder) in gaat verdiepen en men eigen werkwijze toetst aan die van een ander (Huisarts Wet 1971; 14: 247-50).

- Uit het voorgaande menen wij de conclusie te mogen trekken, dat het gebruik maken van een ECG-dienst voor huisartsen een belangrijke aanvulling van het diagnostische apparaat van de huisarts betekent (Huisarts Wet 1971; 14: 200-4).

- Niet alleen ten dienste van de nieuwe huisarts, ook voor iedere huisarts lijkt het bijzonder nuttig een dergelijk medisch profiel van iedere

patiënt te maken en aan de patiëntenkaart te hechten, zodat men in één oogopslag is geïnformeerd (Huisarts Wet 1973; 16: 209-11).

- De herinnering die het herlezen – tien tot veertig jaar na dato – van ziektegeschiedenissen met zich meebracht, was aanvankelijk emotioneel beladen (Huisarts Wet 1992; 35: 413-9).

Het moge duidelijk zijn: hier spreekt een huisarts die patiëntenzorg koppelt aan analyse en reflectie, ten behoeve van zichzelf, zijn patiënten en de beroepsgroep. Een dokter van goud.

Frans J. Meijman

Strategieën voor de preventie van hart- en vaatziekten [Aktueel Gezondheidsbeleid nr 15]. Van Veen WA, Verkleij H, Cliné F, red. Den Haag: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1992; 144 pagina's, prijs NLG 15,-. ISBN 90-346-2841-8. Te verkrijgen bij Distributiecentrum DOP, Postbus 11594, 2500 EA Den Haag.

In dit boek geven veertien auteurs in tien hoofdstukken een overzicht van de stand van zaken op het gebied van de preventie van hart- en vaatziekten. Aan de orde komen: epidemiologie, risicofactoren, mogelijkheden tot preventie en het te voeren beleid.

In twee hoofdstukken staat de huisarts centraal. In 'Huisarts en hypertensie' laat Van Veen zien dat huisartsen te voortvarend zijn met het stellen van de diagnose hypertensie. Zij volstaan met te weinig metingen en zijn geneigd te snel tot behandeling over te gaan. Bovendien is bij de patiënt sprake van een lage therapie-trouw. Volgens de auteur heeft dit geleid tot de paradoxale situatie dat grote aantallen personen met een lichte hypertensie worden behandeld, terwijl 60 procent van de ernstige hypertensies onbehandeld blijft. Van Veen pleit voor een meer terughoudend beleid.

Lamberts laat zien dat er weinig consensus bestaat over de rol van de huisarts, hetgeen diens handelwijze op het gebied van de preventie omstreden maakt. Lamberts' bijdrage is realistisch, zo niet cynisch. Zo stelt hij dat de huidige honoreringsstructuur de huisarts niet zoveel extra inkomsten voor preventieve activiteiten biedt, maar dat dit door de werking van het marktmechanisme kan gaan veranderen en dat er 'weinig fantasie voor nodig [is] om in te zien dat een 'furor preventivus', zoals deze in Noord-Amerika woedt en ook in West-Europa lijkt op te steken, in een goed georganiseerde praktijk met een gecomputeriseerd leeftijd/ge-

Standaarden, visitetas, congres, DKB

slachtsregister en een doktersassistente die van wanten weet, tot een aanmerkelijke inkomensgroei zal leiden'. Beleidsmakers zijn gewaarschuwd.

De literatuur over oorzaken en preventie van hart- en vaatziekten is omvangrijk, nogal tegenstrijdig, en sterk versnipperd. Met deze uitgave worden een heleboel zaken helder en overzichtelijk op een rij gezet. De bundel is daarom een grote aanwinst. Er komt geen optimistisch beeld naar voren van de preventieve mogelijkheden op het gebied van de hart- en vaatziekten. Het wordt ook duidelijk dat niet veel heil mag worden verwacht van programma's voor vroege diagnostiek. Aan de meest bekende en onomstreden etiologische factor, het roken, wordt een apart hoofdstuk gewijd. Het gegeven dat circa 15 procent van de totale sterfte in ons land aan deze factor valt toe te schrijven, verhoudt zich ook wel zeer vreemd tot onze obsessieve geneigdheid om door middel van screeningstests minimale gezondheidsdreigingen op te sporen en uit te sluiten. In dit verband is het nuttig dat aan het eind van de bundel de twee NHG-standaarden over hypertensie- en cholesterolonderzoek zijn opgenomen; ook hierin wordt gepleit voor terughoudendheid.

Tj. Tijmstra

AANKONDIGING

Richtlijnen voor voedingsvezelrijke voeding (bij obstipatie) Folder, 2 pagina's A5, bestelnummer D-08. Prijs NLG 6,50 per set van 10 exemplaren, inclusief informatie voor de huisarts, exclusief verzendkosten.

Prikkelbare darmen Folder, 4 pagina's A5, bestelnummer V-25. Prijs NLG 13,30 per blok van 50 exemplaren, inclusief informatie voor de huisarts, exclusief verzendkosten.

In de folder 'Richtlijnen voor voedingsvezelrijke voeding (bij obstipatie)' staat het gebruik van voldoende voedingsvezel en vocht centraal. De folder bevat een lijst met vezelrijke voedingsmiddelen en een lijst met laxerend werkende voedingsmiddelen.

De folder 'Prikkelbare darmen' geeft globale informatie over de spijsvertering en legt uit hoe allerlei prikkels zoals voeding, genotmiddelen en spanningen daar invloed op uitoefenen. De voornaamste boodschap is, dat prikkelbare darmen niet 'ziek' zijn en dat er daarom ook geen simpel medicijn is.

Besteladres: Stichting O&O, Postbus 1555, 3500 BN Utrecht; telefoon 030-332.113.

Standaarden

Voor de volgende werkgroepen vragen wij ter zake deskundige huisartsen, danwel geïnteresseerde collegae, die bereid zijn actief bij te dragen aan de ontwikkeling van een NHG-standaard:

- Enuresis bij Kinderen;
- Urethritis bij Mannen/Prostatitis/Epididymitis;
- Cervicitis en PID.

Aanmeldingen op korte termijn bij het NHG-bureau, t.a.v. Frans Meulenberg, coördinator van de afdeling Standaardenontwikkeling, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht; telefoon 030-881.700.

NHG-visitetas

De alom bekende NHG-visitetas vormde jarenlang een succesvol product, waarvan vele huisartsen actief gebruik maakten, omdat de tas sterk en praktisch was en lang meeging. De Commissie Praktijkvoering ontwikkelde de tas, opdat de uitrusting van de huisarts onderweg optimaal zou zijn.

In de loop der jaren bleken echter ook nadelen aan de tas te kleven. Zelfs het grote model was voor sommigen te klein. Onderin de tas werd het nogal eens een rommeltje door het ontbreken van vakjes voor pennen en spatels. Alleen kaartsystemen in A5-formaat pasten erin, zodat grote mappen apart meegenomen moesten worden. En ook vond men de uitvoering in zwart leer wat streng en ouderwets.

Dit alles gaf de Commissie Praktijkvoering reden om aan de ontwikkeling van een nieuwe praktijktas te werken. Drie jaar geleden werd een modern alternatief getest, uitgevoerd in canvas, waarbij bleek dat een dergelijke tas niet sterk genoeg was. Daarna is verder geborduurd op lederen tassen, aangepast aan de nieuwe wensen.

Nu zijn er dan twee nieuwe praktijktassen ontwikkeld en met veel succes gepresenteerd op het NHG-congres 1992. Eén model is afgeleid van de bestaande tas en één model is min of meer gebaseerd op de ouderwetse 'verlostas' (om verwarring te voorkomen wordt deze de 'praktijkkoffer' genoemd). Beide modellen zijn leverbaar in een groot en een klein formaat. Bovendien kunnen de kleine formaten tegen meerprijs geleverd worden met een schouderriem. De tassen en koffers zijn uiteraard ontwikkeld op doelmatigheid, maar ze zijn ook nog heel mooi geworden. Ze worden uitgevoerd in een sterke, soepele leersoort in de

Gepubliceerd in 1992

- Bloedonderzoek bij Verdenking op Leveraandoeningen M22 (februari);
- Slapeloosheid en Slaapmiddelen M23 (mei-I);
- Astma bij Kinderen M24 (augustus);
- Subfertiliteit M25 (september);
- Cara bij Volwassenen: Diagnostiek M26 (oktober);
- Cara bij Volwassenen: Behandeling M27 (oktober);
- Vaginaal Bloedverlies M28 (november);
- Kinderen met Koorts M29 (december).

Gepubliceerd in 1993

- Varices M30 (januari).

Becommentarieerd

- Hypo-/hyperthyreoïdie;
- Randvoorwaarden Verloskunde;
- Zwangerschap en Kraambed;
- Atriumfibrilleren;
- Acute Diarree.

In ontwikkeling

- Bloedonderzoek bij Klachten van algemene Aard;
- Maagklachten;
- Sinusitis;
- Bemoelijkte Mictie bij oudere Mannen;
- Constitutioneel Eczeem;
- Angina Pectoris;
- Reumatoïde Arthritis;
- Het rode Oog;
- Amenorroe;
- TIA;
- Incontinentie;
- Lage-Rugklachten;
- Influenzavaccinatie;
- Pijnbestrijding van Carcinoopatiënt;
- Begeleiding van Carcinoopatiënten;
- Fluor Vaginalis;
- Depressie;
- Psoriasis.

In voorbereiding

- Enuresis bij kinderen;
- Otitis Externa;
- Urethritis bij Mannen/Prostatitis/Epididymitis;
- Cervicitis en PID.