

Nationale Studie, Nedocromil, Sumatriptan, verlenging beroepsopleiding, FT4-bepaling

Nationale Studie

Het artikel 'Morbidity registration in general practice in the Netherlands'¹ bevat een aantal omissies en fouten met betrekking tot de beschrijving van de Nationale Studie.

Bij het type registratie wordt de Nationale Studie omschreven als 'encounter-based'. Deze database maakt het echter mogelijk analyses uit te voeren op zowel contact-niveau – en zelfs contactreden-niveau – als episode-niveau.^{2,3} Weliswaar is de registratieduur van drie maanden hierbij een beperking, met name voor onderzoek naar chronische aandoeningen, maar in principe zijn beide analyse-niveaus mogelijk. Overigens is in verband hiermee de registratie door 15 huisartsen gedurende twee jaar voortgezet, en, specifiek met het oog op psychische problematiek, door 19 huisartsen gedurende één jaar.³ Ook de opmerking in de beschouwing dat op basis van de Nationale Studie geen onderzoek kan worden gedaan naar het gebruik dat gemaakt wordt van de huisarts bij chronische ziekten, is daarom deels onjuist. Ter illustratie verwijzen wij naar twee artikelen die recent verschenen in *The Journal of Clinical Epidemiology*,^{4,5} op basis waarvan in december een proefschrift verdedigd zal worden. Ook de bewering dat in de Nationale Studie niet geregistreerd zou zijn met welke zekerheid de diagnoses gesteld zijn, is onjuist.³

Voorts bevat tabel 2 een aantal omissies. Ten eerste beschikt de Nationale Studie over meer patiëntkenmerken dan hier zijn genoemd: zo is ook informatie beschikbaar (en gepubliceerd) over burgerlijke staat, sociaal-economische status, werk- en leefsituatie en verzekeringsvorm.^{2,3} Ten tweede suggereert deze tabel dat geen informatie beschikbaar is over verschillen tussen huisartsen: in de standaardoutput over de morbiditeitsregistratie is hiervoor echter een variatiecoëfficiënt vermeld.² Verder leest men in deze tabel dat in de standaardoutput geen informatie beschikbaar is over het aantal contacten, het aantal herhaalcontacten en het aantal huisbezoeken, evenmin als over diagnostische en therapeutische verrichtingen en verwijzingen. Nochtans zijn deze gegevens wel gelijk – en zeer gedetailleerd – gepubliceerd in een (Nederlandstalig) rapport.⁶ Weliswaar zeggen de auteurs dat zij zich in hun artikel hebben beperkt tot de beschikbare Engelstalige publicaties,⁷ dat neemt niet weg dat buitenlandse lezers hierdoor een selectief beeld krijgen van de beschikbare gegevens in de betrokken registraties. Overigens zijn voor twee andere registraties wél Nederlandstalige publicaties opgenomen.

Tenslotte is het opvallend hoe dun de beschrijving van een aantal registraties, waaronder die van de Nationale Studie, uitvalt vergeleken met die van de Continue Morbiditeitsregistratie en het Transitieproject. Waar bij deze twee laatste registraties wordt aangegeven op welke wijze gebruik van de data tot publicaties heeft geleid, wordt hierover gezwegen voor de overige registraties.

Dr. Marleen Foets
mede namens J. van der Velden, arts, en
Dr. D. de Bakker

- 1 Meyboom-de Jong B. Morbidity registrations in general practice in The Netherlands. *Huisarts Wet* 1993; 36 (suppl): 49-53.
- 2 Van der Velden J, De Bakker DH, Claessens AAMC, Schellevis FG. Morbidity in general practice. Dutch national survey of general practice. Utrecht: Netherlands Institute of Primary Health Care 1992.
- 3 Foets M, Van der Velden J, De Bakker DH. Dutch national survey of general practice: research methods. Utrecht: Netherlands Institute of Primary Health Care 1992.
- 4 Schellevis FG, Van der Velden J, Van de Lisdonk E, Van Eijk JThM, Van Weel C. Comorbidity of chronic diseases in general practice. *J Clin Epidemiol* 1993; 46 (5): 469-73.
- 5 Schellevis FG, Van de Lisdonk E, Van der Velden J, Van Eijk JThM, Van Weel C. Validity of diagnoses of chronic diseases in general practice. *J Clin Epidemiol* 1993; 46 (3): 461-8.
- 6 Groenewegen PP, De Bakker DH, Van der Velden J. Een Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg, 1992.
- 7 Meyboom-de Jong B. Naschrift. *Huisarts Wet* 1993; 36(9): 303-4.

Naschrift

Het gemiddeld aantal regels per morbiditeitsregistratie in mijn artikel bedraagt 45 (spreiding 32-64). De beschrijving van vier van de zes beschreven registraties is korter, die van twee studies – waaronder de Nationale Studie – veel langer dan het gemiddelde.

Mijn opmerking dat de Nationale Studie 'encounter based' is, heeft betrekking op de wijze van registreren. In de Nationale Studie werd door de huisartsen elk contact op een nieuw formulier geregistreerd. De huisartsen hadden tijdens het registreren geen inzicht in de episode, zoals dat in het Transitieproject het geval was dankzij de dakpansgewijs ingeplakte McQuitty-slips. In de Nationale Studie is dus geen sprake van episode-georiënteerd registreren:

ren: de episoden zijn achteraf geconstrueerd uit de geregistreerde diagnoses.

Op het moment dat mijn overzichtsartikel werd aangeboden, waren de artikelen over chronische ziekten 'submitted' en was de dissertatie nog niet gereed. Ze handelen bovendien niet over chronische ziekten die zijn geregistreerd in de Nationale Studie, maar over vijf chronische ziekten die zijn onderzocht in praktijken die ook deelnamen aan de Nationale Studie. Ik blijf bij mijn standpunt dat het registreren van chronische ziekten door de aan de Nationale Studie deelnemende 103 praktijken onmogelijk was, omdat de duur van chronische ziekten tenminste 6 maanden is.

De informatie in de Engelstalige 'standard output' – want daarom gaat het in tabel 2 van het gewraakte artikel – omvat niet de zekerheid van de diagnoses, de herhaalcontacten, het aantal huisbezoeken, enzovoort. Deze aspecten zijn, zoals Foets opmerkt, wel geregistreerd maar (nog) niet gerapporteerd. Dat geldt ook voor de inter-doktervariatie, want de variatiecoëfficiënt is alleen per ICPC-hoofdstuk berekend. Dat is onvoldoende specifiek: per ICPC-hoofdstuk lopen de verschillende componenten en per component de verschillende items sterk uiteen. Zo is de hoogste variatiecoëfficiënt voor hoofdstuk Z wellicht een artefact, doordat hoofdstuk Z geen component 7 kent.

De Nationale Studie is een belangwekkend en zeer kostbaar experiment waaruit minder fouten en meer resultaten hadden kunnen voortkomen als de *know how* die in Nederlands huisartsenland beschikbaar is, was gebundeld. Mijn kritische opmerkingen ten aanzien van de beperkte duur is vooral bedoeld als waarschuwing voor de toekomst.

B. Meyboom-de Jong

Nedocromil

De titel van het artikel van *Van Hensbergen et al.* belooft onderzoek naar de effecten van nedocromil bij patiënten met 'matig ernstige' Cara;¹ er werden onvoldoende aanwijzingen gevonden voor de effectiviteit van dit middel bij deze groep Cara-patiënten. Het proefschrift van *Van Hensbergen* gaat over dezelfde groep Cara-patiënten, die blijkens de titel lijden aan 'mild to moderate chronic non-specific lung disease'.² De vraag is nu of 'matig ernstige Cara' hetzelfde is als 'mild to moderate chronic non-specific lung disease'.

Een van de door de auteurs aangedragen verklaringen voor de 'tegenvallende' resultaten

luit: patiënten met 'relatief lichte klachten' werden ingesloten. De tweede vraag is welke invloed de gehanteerde selectie- en meetmethode op het 'teleurstellende' resultaat heeft gehad.

De 'objectieve' en 'subjectieve' kenmerken van de geselecteerde nedocromilgebruikers tijdens de inlooperperiode zijn ontleend aan het proefschrift (pp. 55 en 56). Behandeld met nedocromil werden 24 van de 25 patiënten met de volgende 'objectieve' kenmerken:

- een FEV₁ van gemiddeld 93 procent van de verwachte waarde; voor een biologische waarde is dit niet erg afwijkend: zij past bij gezonde personen;
- een verhouding van FEV₁/FVC van 101 procent; deze waarde valt zelfs gunstiger uit dan bij de gemiddelde burger;
- een histaminedrempel van 24,3mg/ml: een PC₂₀>8mg/ml wijst op een normale reactiviteit van de luchtwegen.³

Astmapatiënten kunnen weliswaar een normale FEV₁ en FEV₁/FVC hebben, maar het samengaan van deze waarden met een histaminedrempel die vooral bij gezonde, niet hyperreactieve mensen wordt gevonden, doet de vraag rijzen of deze mensen zelfs ook maar een lichte vorm van Cara hadden.

De onderzoekers zeggen dat ze een 'relatief homogene groep' patiënten hebben ingesloten. De groep lijkt inderdaad homogeen: voor wat betreft het ontbreken van objectieve parameters voor enige ernstgraad van astma.

De 'subjectieve' kenmerken van de nedocromilgebruikers zijn tweërlei:

- 'bijgebruik van bètamimeticum': 27× gedurende de inlooperperiode van 28 dagen;
- een klachtscore van ruim 24: dat wil bij dit onderzoek zeggen: per vier weken 24× een positief antwoord op een of meer van de 8 vragen die per etmaal beantwoord moesten worden, waaronder een vraag over bètamimeticumgebruik.

De twee kenmerken hangen dus zo nauw met elkaar samen, dat ze misschien slechts als één kenmerk kunnen gelden: gebruik gedurende 4 weken van een puffje bètamimeticum 1× daags bijvoorbeeld, leidt zonder meer tot een score van 28 bij 'bijgebruik bètamimeticum' en tegelijk tot een 'klachtscore' van 28. Dit meetinstrument is ook niet geschikt om korte klachten-episoden te onderscheiden: de dagelijkse score wordt telkens gedurende een periode van 4 weken bij elkaar op geteld. Drie slechte dagen per 4 weken leiden tot een klachtscore van 24 punten, terwijl een puffje bètamimeticum eenmaal daags gedurende 24 van de 28 dagen eveneens leidt tot een klachtscore van 24. On-

der dezelfde klachtscore kan dus een zeer verschillend klinisch beeld schuil gaan.

Het 'tegenvallende' resultaat wordt dus mogelijk verklaard doordat de onderzoekers niet een groep patiënten met matig ernstige Cara 'met relatief lichte klachten' hebben ingesloten, maar een groep 'Cara-patiënten' die gekenmerkt werden door veel subjectieve klachten en weinig of geen objectieve afwijkingen. Dit zou nu juist een groep mensen kunnen zijn die gemakkelijk klachten krijgt als gevolg van het inhaleren van een hulpstof in een dosisaerosol die eerder bij andere trials niet zulke grote problemen heeft opgeleverd als bij dit onderzoek. Daarnaast is het mogelijk dat de nedocromil-gebruikers het voordeel hadden van een verbetering van het klinisch beeld die zich niet weerspiegelde in de gemeten 'klachtscore'. Er bleven in dit onderzoek voornamelijk subjectieve parameters over; juist deze laatste zijn mogelijk te kort geschoten als effectmaat.

B.P. Ponsioen

- 1 Van Hensbergen W, De Haan M, Van Eijk JThM. Effecten van nedocromil bij patiënten met matig ernstige Cara. Huisarts Wet 1993; 36(8): 247-51.
- 2 Van Hensbergen W. Effects of nedocromil sodium in patients with mild to moderate chronic non-specific lung disease [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1991.
- 3 Sluiter HJ, Demedts M, Dijkman, et al. Longziekten. Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1993.

Naschrift

Er zijn twee punten in het betoog van Ponsioen die om een reactie vragen.

1 Hebben deze patiënten wel Cara?

Op zich valt er weinig in te brengen tegen de stelling van collega Ponsioen dat onze studiepopulatie bestond uit patiënten met veel subjectieve klachten en weinig objectieve afwijkingen. Zij voldeden allen wel aan de officiële criteria voor Cara conform *Van der Lende et al.*; ook patiënten met alleen een positieve Caranamnese zonder longfunctie-afwijkingen vallen hieronder. Dat de studiepopulatie 'te licht' zou blijken om de effectiviteit van nedocromil overtuigend aan te tonen, konden wij vooraf niet weten.

Voor de toekomst lijkt het beter het Cara-concept te verlaten en uit te gaan van de indeling in astma en *chronic obstructive pulmonary disease* (COPD). Bovendien kan het geen kwaad de criteria voor de ernst aan te scherpen, zodat de indicaties voor onderhoudsmedicatie duidelijker kunnen worden omschreven. Dan weten onderzoekers ook beter welke patiënten

zij wel en welke zij beter niet kunnen benaderen voor deelname aan trials naar de effectiviteit van onderhoudsmedicamenten. Gelukkig zijn deze ontwikkelingen de laatste jaren goed op gang gekomen (internationale en NHG-standaarden).

2 De klachtscore onderscheidt niet in diverse klinische presentaties van Cara

De bedoeling van een profylactisch medicament als nedocromil is klachten te voorkomen. Het doet er hierbij niet zoveel toe of patiënten korte maar hevige klachtenepisoden hebben of langdurige episoden met minder hevige klachten. Op groepsniveau mocht verwacht worden dat nedocromilgebruikers gedurende de interventieperiode gemiddeld een lagere klachtscore zouden bereiken dan placebogebruikers. Het uitblijven van deze uitkomst wijst er wederom op dat een 'te lichte' groep is ingesloten.

Voor ons heeft dit onderzoek wel degelijk betekenis. Waar ook de grens voor al dan niet Cara/astma/COPD wordt getrokken, er zal een belangrijke groep patiënten blijven die eerder gekenmerkt worden door veel klachten dan door objectieve afwijkingen. Het is, gezien de resultaten van de groep van Van Schayck en Dompeling, overigens geenszins zeker dat een goede longfunctie nu ook zo goed zal blijven. Al met al is deze 'subjectieve' groep belangrijk voor de huisarts. Ook bij hen is onvoldoende controle van de symptomen op een gegeven moment reden onderhoudsmedicatie te overwegen. Dan is het van belang de mogelijke problemen te onderkennen: matige therapietrouw en problemen met inhalatoren. Of bij deze groep inhalatiecorticosteroiden beter zijn dan nedocromil, weten we eigenlijk nog niet, omdat goed vergelijkend onderzoek ontbreekt.

W. van Hensbergen

Sumatriptan

Uit het artikel van *Van Duijn & Knuistingh Neven* blijken vele voordelen van sumatriptan bij de acute behandeling van migraine, maar in hun advies zijn de auteurs toch terughoudend en noemen zij sumatriptan het middel van derde keuze. Wij ondersteunen de plaatsbepaling van aspirine en metoclopramide als middelen van eerste keuze bij de acute behandeling van migraine-aanvallen in de huisartspraktijk. Wel dient vermeld te worden dat de symptomen ook na inname van aspirine/metoclopramide binnen 24 uur terug kunnen keren.¹

Bij de plaatsbepaling van sumatriptan en ergotamine wegen *Van Duijn & Knuistingh*

Neven een aantal factoren tegen elkaar af. De verhouding tussen effectiviteit en bijwerkingen van beide preparaten speelt hierbij een belangrijke rol, maar er is ook onzekerheid over de bijwerkingen van sumatriptan op lange termijn en de vrees voor sumatriptan-afhankelijke hoofdpijn. Uiteindelijk laten de auteurs de vrees voor 'de potentieel grote groep sumatriptangebruikers' door de 'hoge prevalentie van migraine, de veel voorkomende mengvormen van migraine en andere hoofdpijn ...' de doorslag geven bij hun advies. Van Duijn & Knuistingh Neven komen wel tot de conclusie dat sumatriptan effectiever is, sneller werkt en minder ernstige bijwerkingen heeft dan ergotamine. Uit de vergelijkende studie tussen sumatriptan en ergotamine/cafeïne² berekenen zij dat voor 20-60 procent meer patiënten een aanzienlijke of volledige verlichting bereikt wordt. Onvermeld blijft echter dat zij voor 'pijnvrij zijn' zelfs een 'relatief effect' van 2,6 vinden (160 procent meer patiënten pijnvrij met sumatriptan). Het enige nadeel in de ogen van de auteurs is het terugkeren van de symptomen bij een gedeelte van de patiënten, waarvoor dan een tweede dosis noodzakelijk is.

Dit is echter een relatief nadeel, want bij gebruik van sumatriptan is een tweede dosis nodig bij 25 tot 40 procent van de aanvallen, maar met ergotamine bij 30 procent.^{2,3} Bovendien blijkt een tweede dosis sumatriptan wederom effectief te zijn,³ terwijl dit voor een tweede dosis ergotamine nooit is aangetoond. Sterker nog: uit een recent overzichtsartikel van Dahlöf blijkt dat er slechts zeven gepubliceerde placebo-gecontroleerde studies te vinden zijn over ergotamine bij acute migraine en hieruit blijkt volgens de auteur niet dat ergotamine effectiever is dan een placebo.⁴

De vrees voor sumatriptan-afhankelijke hoofdpijn en de onzekerheid over de bijwerkingen van langdurig gebruik komen voornamelijk voort uit de jarenlange ervaringen met ergotamine. De farmacologische eigenschappen van sumatriptan zijn echter duidelijk anders.⁵ De resultaten van post-marketing surveillance en de inmiddels gepubliceerde gegevens van enkele lange-termijnstudies (849 patiënten en 24.907 aanvallen) bevestigen dat er geen reden tot ongerustheid is.⁶⁻⁸ Zij leveren geen aanwijzingen voor sumatriptan-afhankelijke hoofdpijn, een afname van de effectiviteit, een toename van het gebruik of een toename in de frequentie en aard van de bijwerkingen.

Het voornaamste argument van de auteurs tegen de plaatsing van sumatriptan als middel van tweede keuze is de vrees voor oneigenlijk gebruik in de toekomst bij minder strikt te

diagnostiseren patiëntengroepen. Vanaf de introductie van sumatriptan besteedt Glaxo BV in Nederland daarom veel aandacht aan de differentiële diagnose van migraine en clusterhoofdpijn via diverse uitgaven en nascholingscursussen over dit onderwerp. Tijdens het Internationale Hoofdpijn Congres te Parijs in augustus 1993 zijn voorts resultaten gepresenteerd van studies met sumatriptan bij patiënten die eerder tevergeefs ergotamine, DHE of aspirine hadden geprobeerd. Ook zijn daar de lange-termijnresultaten bekend gemaakt van een twee jaar durende studie met sumatriptan.

Gezien de nu bekende feiten menen wij dat de balans nu reeds doorslaat in de richting van sumatriptan als middel van tweede keuze in de huisartspraktijk. De vrees voor een toestroom van vele nieuwe, moeilijk te diagnostiseren patiënten mag toch geen reden zijn de vele migrainepatiënten een uitstekende behandeling te onthouden?

Dr. F.P. van de Wijngaert
Glaxo BV, Zeist

- 1 The Oral Sumatriptan and Aspirin plus Metoclopramide Comparative Study Group. A study to compare oral sumatriptan with oral aspirin plus metoclopramide in the acute treatment of migraine. *Eur Neurol* 1992; 323: 177-84.
- 2 The Multinational Oral Sumatriptan and Cafergot Comparative Study Group. A randomized double-blind comparison of sumatriptan and Cafergot in the acute treatment of migraine. *Eur Neurol* 1991; 32: 314-22.
- 3 Anderson BA. Optimising the dosage regimen for oral sumatriptan-clinical results. The 9th Migraine Trust Int Symp, 1992: 22-3.
- 4 Dahlöf C. Placebo-controlled clinical trials with ergotamine in the acute treatment of migraine. *Cephalalgia* 1993; 13: 166-71.
- 5 Connor HE, Feniuk W, Lloyd K, Humphrey P. Migraine, serotonin and sumatriptan. *Vasc Med Rev* 1992; 3: 95-108.
- 6 Stricker BHCh, Van Witsen TB, Van der Hoeven ACJ, Valkenburg HA. De betekenis van de apothekhoudende huisartsen voor de postmarketing surveillance. Sumatriptan als voorbeeld. *Med Contact* 1993; 48: 169-71.
- 7 Transey MJB, Pilgrim AJ, Martin PM. Long-term experience with sumatriptan in the treatment of migraine. *Eur Neurol* 1993; 33: 310-5.
- 8 Tansey MJB, Pilgrim AJ, Lloyd K. Sumatriptan in the acute treatment of migraine. *J Neurol Sci* 1993; 114: 109-16.

Naschrift

Van de Wijngaert wint op punten, want hij bespreekt precies de wat zwakkere delen van onze argumentatie. Hij vraagt in feite waarom

we zo streng zijn, ondanks de zich ophopende argumenten om ergotamine te vervangen door sumatriptan.

De zaak van ergotamine staat zwak, dat is duidelijk.¹ Chronische en acute ergotamine-intoxicatie is gevaarlijk, dat is ook duidelijk. Desondanks zijn we streng om de volgende reden. Door het vervangen van ergotamine als middel van tweede keuze door sumatriptan wordt een relatief nieuw middel geïntroduceerd bij een grote groep patiënten. Deze groep zal zich geleidelijk uitbreiden, naarmate het gebruik toeneemt, tot patiënten met een minder zekere diagnose, met mengvormen met andere hoofdpijnen, met comorbiditeit, met de neiging maar door te slikken en met een huisarts die minder discipline heeft dan gewenst. Er wordt al onderzoek gedaan naar andere indicaties dan cluster-headache en migraine, namelijk naar spierspanningshoofdpijn en posttraumatische hoofdpijn.^{2,3} Als die ontwikkeling doorzet, is naar ons gevoel 'de beer los'. Tegen deze geleidelijke uitbreiding is geen bijsluitend bestand.

Terughoudendheid bij de introductie van nieuwe, krachtige middelen is met name geboden bij potentieel grote aantallen patiënten – zie de lessen van bijvoorbeeld Halcion. Bij grote aantallen patiënten met minder scherp omschreven diagnoses en comorbiditeit zullen vroeg of laat zeldzame problemen opduiken. Wij willen daar eerst goed zicht op krijgen, voor we de verantwoording nemen ergotamine vrijwel geheel uit te bannen. Onze terughoudendheid gaat zo ver, dat we de nadelen en de matige onderbouwing van ergotamine voor lief nemen¹ en het risico durven lopen, dat we – achteraf gezien – aan migrainepatiënten een uitstekende behandeling hebben onthouden. Liever de bekende valse hond van de burens, dan het geblaf van een minder bekende hond. We zijn namelijk bang voor honden geworden.

Overigens gaan de ontwikkelingen zo snel, dat ons standpunt regelmatig herzien zal moeten worden. We zijn daar steeds toe bereid.

N.P. van Duijn
A. Knuistingh Neven

- 1 Dahlöf C. Placebo-controlled clinical trials with ergotamine in the acute treatment of migraine. *Cephalalgia* 1993; 13: 166-71.
- 2 Brennum J, Kjeldsen M, Olesen J. The 5-HT₁-like agonist sumatriptan has a significant effect in chronic tension-type headache. *Cephalalgia* 1992; 12: 375-9.
- 3 Gawel MJ, Rothbart P, Jacobs H. Subcutaneous sumatriptan in the treatment of acute episodes of posttraumatic headache. *Headache* 1993; 33: 96-7.

Verlenging Beroepsopleiding

Het artikel van *Wiersma* over de verlenging van de beroepsopleiding is mij uit het hart gegrepen.¹ Zou het een taak voor het NHG zijn om een breed onderzoek onder praktiserende huisartsen te doen naar de tot nu toe in de praktijk gebleken voor- en nadelen van de een- en tweejarige opleiding? Hieruit zou de wenselijkheid van een driejarige opleiding al dan niet kunnen blijken.

P.M. Wormer,
huisarts te Zoetermeer

- 1 Wiersma T. Verlenging van de huisartsopleiding. Een nieuw Hollandsch ganzenbord? Huisarts Wet 1993; 36(6/7): 219-22.

Naschrift

De CCBOH-rapportage over de gewenste invulling en structuur van de beroepsopleiding tot huisarts is destijds door het Bestuur van het Genootschap als uitgangspunt voor beleid geaccepteerd. De onderwijskundige argumentatie in dit rapport is nog steeds actueel en vormt de belangrijkste onderbouwing voor de noodzaak van een derde jaar. Het Genootschap is daarom ook verheugd dat de impasse rond de besluitvorming hierover recent doorbroken is, zodat de driejarige opleiding in september 1994 kan starten.

Een enquête over de tweejarige opleiding zou slechts meningen weergeven. Wij zijn op onze kerngebieden juist op zoek naar mogelijkheden om de werkelijke effecten te meten op het niveau van de huisarts en uiteindelijk ook de patiënt. Sprekend over de beroepsopleiding geven wij dan ook de voorkeur aan het stimuleren van het gebruik, respectievelijk de ontwikkeling van methoden om de effecten van de opleiding bij Haio's en huisartsopleiders te meten.

F.J.M. König,
voorzitter NHG

FT4-bepaling

In de NHG-Standaard Functiestoornissen van de Schildklier wordt geadviseerd bij een afwijkende waarde van het TSH het vrij-T4 te bepalen. Bij een patiënt verdacht voor een hyperthyreoïdie werd een laag TSH gevonden. Volgens de instructie van de standaard werd het vrij-T4 aangevraagd.

Bij het artsennlaboratorium in Leiden blijkt dit niet mogelijk te zijn. Deze bepaling wordt slechts eenmaal per maand uitgevoerd in een ander laboratorium (in principe niet voor huisartsen) en is bovendien erg duur (hoe duur?). Geadviseerd werd om T4 en T3-uptake te bepalen. Zodoende kun je de FT4-index berekenen, die een rechtstreeks verband heeft met de echte vrij-T4-concentratie.

W.S. Verboom
huisarts in opleiding

Jan van der Feen-prijs 1993

De Jan van der Feen-prijs wordt jaarlijks door de LHV toegekend aan personen, groepen, of instellingen die zich bijzonder onderscheiden op het gebied van de deskundigheidsbevordering. De prijs bestaat uit een oorkonde, een penning en een geldbedrag. De Beoordelingscommissie die het Centraal Bestuur over de toekenning adviseert, verzoekt om te worden geattendeerd op personen, groepen, of instellingen die voor de prijs van 1993 in aanmerking komen. Gelieve uw signalering zo goed mogelijk te onderbouwen en binnen drie weken na verschijnen van dit bericht te sturen naar: Landelijke Huisartsen Vereniging, Beoordelingscommissie Jan van der Feen-prijs, Postbus 20056, 3502 LB Utrecht.

Voor nadere inlichtingen kunt u contact opnemen met de secretaris van de Beoordelingscommissie, de heer K. Blanken (030-823.718).

International Balint Award 1994

For more than 20 years general practitioners, clinic doctors, staff members of universities and medical students have met for international seminars at the historical 'Monte Verità' ('the mountain of the truth') in Ascona. Owing to their influence on medical training in medical schools these seminars are acknowledged as the 'Ascona Model' (WHO), and their main purpose consists in Balint teamwork, examination of the doctor-patient relationship in a group setting.

General practitioners and medical students are invited to submit a paper (before January 31st, 1994) based on their personal experience of relationships with patients. An award of SFR 10.000,- will be made to the authors of the best description. The presentation of prizes will take place at Monte Verità, in Ascona on 23th April 1994.

For further information: Prof.Dr. med. Boris Luban-Plozza, Collina, CH-6612 Ascona, Switzerland; Foundation of Psychosomatic and Social Medicine, CH-6612 Ascona, Switzerland.

NOTA BENE

Gezien het voornamelijk curatieve karakter van de huisartsgeneeskunde en de ambtelijke structuur van GGD'en is het tot nu toe ontbreken van structurele samenwerking tussen huisartsen en GGD'en verklaarbaar.

Stelling bij: Drenthen AJM. Huisarts en GGD: een evaluatie van het Samenwerkingsproject Preventie hart- en vaatziekten (PreTensieproject) [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1993.

Reanimisten die om de zes maanden worden geïnstrueerd houden in het algemeen een adequaat peil van primaire reanimatievaardigheden in stand.

Stelling bij: Berden BJM. Basic Cardiopulmonary Resuscitation. Assessment of skills in training situations [Dissertatie]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1993.