

Er bestaat dus een statistisch verband tussen het ontstaan van idiopathische veneuze trombose en het later manifest worden van een carcinoom, en dat verband is nog duidelijker bij patiënten met recidiverende idiopathische tromboses. Referent merkt hierbij op, dat dit verband niet zo absoluut is als Charcot het indertijd deed voorkomen.

H.G. Frenkel-Tietz

A prospective study of recurrent febrile seizures

Berg AT, Shinnar S, Hauser AW, et al. *N Engl J Med* 1992; 327: 1122-7.

The best medicine for febrile seizures [Editorial]. Freeman JM. *N Engl J Med* 1992; 327: 1161-2.

In dit onderzoek werden 374 kinderen die met een koortsstuip op de eerste hulp van een kinderafdeling kwamen, gedurende gemiddeld 20 maanden gevolgd om de kans op een recidiefstuip vast te stellen. De kinderen varieerden in leeftijd van 1 maand tot 10 jaar. Het bleek dat de kans op een recidief groter was bij een betrekkelijk lage koorts en een korte koortsperiode. Ook kinderen die bij hun eerste stuip jonger dan 18 maanden waren en kinderen met familieleden die koortsstuipen hadden doorgemaakt, hadden een grotere kans op recidieven. Het familiair voorkomen van epilepsie en het bestaan van neurologische afwijkingen verhoogden daarentegen de kans op een recidief niet.

Freeman merkt op dat bij jongere kinderen een lagere drempel voor koortsstuipen bestaat; 2 tot 4 procent van alle kinderen maakt ooit een koortsstuip door, en bij ongeveer een derde treedt een recidief op, meestal binnen het jaar. Deze stuipen zijn in principe geen voorboden van epilepsie op latere leeftijd; uitzonderingen hierop zijn de gevallen waarin de koortsstuipen langer dan 15 minuten duren, waarin op dezelfde dag nog een stuip optreedt, en waarin neurologische afwijkingen of epilepsie in de familie voorkomen. In die gevallen zou men een profylactische behandeling tegen epilepsie 'in overweging kunnen nemen'. Om in alle andere gevallen van koortsstuip een langdurige profylaxe tegen epileptische stuipen te overwegen, lijkt niet zinvol, zeker gezien de effecten van een dergelijke behandeling op de geestelijke ontwikkeling van het kind.

H.G. Frenkel-Tietz

Measuring functioning and well-being Stewart AL, Ware JE, eds. Durham, London: Duke University Press, 1992; 449 bladzijden.

De meting van het resultaat van geneeskundig handelen kent grofweg drie gebieden: meting met biomedische parameters die betrekking hebben op de aandoening, meting met parameters die betrekking hebben op de gezondheidstoestand van de patiënt, en meting met relatieve economische parameters die betrekking hebben op de kosten/effectiviteit van de gezondheidszorg. Dit boek gaat over het tweede gebied, dat ook wel clinimetrie wordt genoemd. Het is een verantwoording van de Medical Outcome Study (MOS-studie), waarin een set meetinstrumenten is ontwikkeld en getoetst op 22.500 patiënten uit 523 Amerikaanse praktijken. Met deze vragenlijsten wordt beoogd een valide meting te krijgen van de globale gezondheidstoestand van patiënten, in principe ongeacht hun aandoening. Het zijn zogenaamde generische instrumenten, in tegenstelling tot aandoeningspecifieke instrumenten. De ambitie is dat deze MOS-batterij internationaal de basis gaat vormen van het meten van functioneren en welbevinden bij veel patiëntgebonden onderzoek.

De ontwikkeling van de vragenlijst begon met een lijst van 149 vragen die 12 dimensies bestrijken, waaronder lichamelijk functioneren, emotioneel welbevinden, gezondheidsopvattingen, pijn, energie en rol-functioneren. Deze lange lijst is via een cyclisch proces van valideren steeds verder ingedikt tot handzamer vragenlijsten verkregen zijn van respectievelijk 36, 20 en 6 vragen. Hierdoor is de batterij een soort Russische baboesjka geworden, waar steeds kleinere poppetjes in blijken te zitten. De beschrijving van dit psychometrische indikingsproces getuigt, voor zover ik dat kan beoordelen, van een indrukwekkende grondigheid. De MOS-6 komt voor een groot deel overeen met de WONCA/COOP-kaarten, omdat die kaarten ontwikkeld zijn op basis van de MOS-studie. Ook in deze *short forms* vormen de dimensies de structuur. De laatste stap, het één-vraag meetinstrument, is in deze studie niet gezet, omdat dan de dimensies zouden moeten worden losgelaten. Dit is ook niet zo nodig, want meten is dan bijna converseren geworden: 'Hoe gaat het met u?'

Tevens is duidelijk welke stappen nog gezet moeten worden, wil de MOS-batterij inderdaad de geaccepteerde instrumentenset worden. De belangrijkste beperking is de internationale vergelijkbaarheid en cultuurgebondenheid van de dimensies. Wat dit betreft staat de *Sickness*

Impact Profile (SIP) nog aan de top. De vraag is of iemand ooit de moed zal hebben de volledige vragenlijst te valideren in ons land en daar dan de *short forms* van af zal leiden. Waarschijnlijk is dat ook niet nodig, nu er in Nederland studies lopen waarin een groot aantal instrumenten in Nederlandse versie met elkaar worden vergeleken, inclusief de MOS-20 en de MOS-36.

Dit boek zal zijn weg vinden naar mensen die daadwerkelijk onderzoek doen met deze meetinstrumenten en naar mensen die een kijkje willen nemen in de werkplaats van deze instrumentmakers. Hopelijk verschijnt er in de toekomst een overzicht van de gevoeligheid van deze vragenlijsten bij verschillende patiënten uit verschillende landen met verschillende aandoeningen. Want daar gaat het om.

N.P. van Duijn

Kleine kwalen in de huisartspraktijk Streefkerk JG, Verheij ThJM, red. Utrecht: Bunge, 1993; 295 bladzijden, prijs NLG 54,50. ISBN 90-6348-167-5.

'Tijdens studie, opleiding, nascholing en bijscholing van de huisarts wordt aan niet-ernstige aandoeningen, euvelen, ongemakken, bezwaren, probleempjes enz. weinig aandacht besteed. Ook in leerboeken, naslagwerken en andere informatiebronnen is meestal maar weinig te vinden'. Dit citaat uit het voorwoord geeft goed weer in welke leemte de redactie van dit boek wilde voorzien. Het moest een boek worden over kleine kwalen waarover in andere boeken te weinig of niets te vinden valt. Daartoe werd een veertigtal huisartsen gevraagd lijstjes van 'kleine kwalen' samen te stellen. Uiteindelijk werden 87 kwaaltjes geselecteerd voor verdere bewerking: de laatste drie jaargangen van 15 tijdschriften werden doorgenomen, de relevante literatuur werd gelicht en als leidraad gegeven aan de auteurs, allen huisarts. De enige pretentie van de redactie was 'het suggereren van praktische richtlijnen voor het vraagverhelderend, diagnostisch en therapeutisch handelen bij kleine somatische kwalen'.

Het resultaat is een handzaam, overzichtelijk boekje. Een greep uit de kwalen die aan bod komen: reisziekte, groeipijn, tongbranden, slechte adem, ooievaarspik, ingeslikte munt, vaginaal bloedverlies bij zuigelingen, hemo-spermie, obstipatie bij kinderen, ring vast om vinger, winderigheid, voetblaren, eksteroom, chalazion. Gekozen is voor een rangschikking

van de paragrafen 'van boven naar beneden, van hoofdhaar tot voetzool'. Er is een trefwoordenregister. Elke paragraaf kent dezelfde vaste indeling: titel, definitie, etiologie, waarmee komt de patiënt, epidemiologie, anamnese, onderzoek, beleid, preventie en voorlichting, literatuur. De meeste 'kleine kwalen' worden in twee tot vier bladzijden besproken. Niet alle vragen worden beantwoord, maar vijf minuten lezen geeft een redelijk compleet overzicht over de betreffende kwaal. Het boek ordent de al aanwezige kennis en vult deze aan, helpt fabeltjes de wereld uit, geeft behandel tips en haalt hier en daar eigen handelen onderuit. Zo zouden xylomethazoline-neusdruppels ter preventie van oorpijn tijdens vliegen met een bovenste-luchtweginfectie zinloos zijn. Het is jammer dat een dergelijke uitspraak niet onderbouwd wordt met een literatuurverwijzing. Het aantal literatuurverwijzingen per hoofdstuk is ook wat gering en roept de vraag op hoe het literatuuronderzoek precies is uitgevoerd.

De belangrijkste verdienste van dit boek lijkt dat een heleboel van die 'onbelangrijke kwalen' in één naslagwerkje terug te vinden zijn. Een artikel in een tijdschrift raakt men immers altijd kwijt of is anderszins niet direct toegankelijk. Dit boekje past op ieder bureau en is door zijn beknoptheid goed tijdens het spreekuur te raadplegen. Het is te hopen dat deel twee met 'meer kleine kwalen' reeds op stapel staat.

Chris Rietmeijer

Ziekenhuisopnemingen van verpleeghuispatiënten

Dissertatie. Konings JWPM. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1993; 211 bladzijden.

Het besluit om al of niet tot ziekenhuisopname van een verpleeghuispatiënt over te gaan, staat vaak ter discussie en kan emotioneel geladen zijn. De vraag is onder meer wie bij dit besluit betrokken zijn of zouden moeten zijn. Daarbij zal in veel gevallen de familie betrokken zijn. Het is duidelijk dat deze problematiek ook de huisarts raakt.

De onderzoeksvragen van dit onderzoek betreffen welke verpleeghuispatiënten opgenomen worden, de discussie over een mogelijke opname en de besluitvorming. Het onderzoek omvat een analyse van gegevens van de landelijke registratie verpleeghuizen (SIVIS), en een onderzoek in 30 verpleeghuizen.

Dit onderdeel omvatte een registratie van ziekenhuisopnamen, een interview met ver-

pleeghuisartsen en een vragenlijst van deze artsen. De verpleeghuizen werden door middel van een gestratificeerde steekproef naar aard, grootte, afstand ziekenhuis en regio geselecteerd.

Het onderzoek betrof 387 ziekenhuisopnamen met een totale populatie van 7721 verpleeghuispatiënten en 99 verpleeghuisartsen. Het interview over casus waarbij opname besproken was, werd bij een klein aantal artsen uitgevoerd. Uit de analyse van de SIVIS-gegevens bleek dat per jaar ruim 1 op de 10 verpleeghuispatiënten in een ziekenhuis opgenomen wordt, mannen en jongere patiënten relatief vaker. Het initiatief tot opname ging meestal van de verpleeghuisarts uit.

Een belangrijk gegeven is dat met een vijfde van de patiënten geen contact was geweest, terwijl bij 41 procent wel enig overleg plaatsvond, maar dat dit het besluit niet had beïnvloed. Kennelijk heeft de patiënt slechts een geringe invloed op de besluitvorming, onder meer vanwege de vaak slechte (psychische) gezondheidstoestand. Het is begrijpelijk dat bleek dat patiënten minder bij de besluitvorming betrokken werden, naarmate de psychische toestand slechter was. De mening van familie bleek vooral van belang wanneer patiënten zelf niet meer bij de besluitvorming betrokken konden worden. Als bezwaren tegen opname kwamen risico's van verplaatsing, diagnostiek, slechte algehele conditie c.q. beperkte levensverwachting naar voren. De helft van de besluitvormingsprocessen werd als moeilijk ervaren.

De auteur gaat in de beschouwing nader op de beperking van het onderzoek in: de onderzoekspopulatie betreft wat jongere en onervarener verpleeghuisartsen dan gemiddeld, de registratie was niet altijd volledig. Bovendien is op grond van dit onderzoek geen uitspraak mogelijk over het effect van verschillen tussen artsen met betrekking tot de keus van opname. Onderzoek naar het effect van zowel ziekenhuisopname als het achterwege laten daarvan wordt dan ook terecht aanbevolen.

Opvallend afwezige in de besluitvorming is de huisarts. Niet kan worden uitgesloten dat dit ten dele op een artefact berust. Zo is het goed mogelijk dat familieleden wel met hun huisarts overleg hebben gepleegd, maar dat dit niet geregistreerd is. Toch ligt de conclusie voor de hand dat de verpleeghuisarts geen of weinig contact met de huisarts heeft. In een aantal gevallen zou dit wel voor de hand liggen: dagbehandeling, tijdelijk verblijf in het verpleeghuis.

Huisartsen hebben veel problemen met ver-

pleeghuisartsen gemeen. Het dilemma betreffende een eventuele ziekenhuisopname van bejaarde patiënten is de huisarts maar al te bekend. Huisartsen die zich bij het verpleeghuis betrokken voelen, kan dit boek dan ook ter lezing worden aanbevolen.

Ruut A. de Melker

Vrouwen op het spreekuur

Pigmans VG, Nicolai LC. Utrecht: Bunge, 1993; 88 pagina's, prijs NLG 35,-. ISBN 90-6348-227-2.

Dit boek, uitgegeven in de serie Practicum huisartsgeneeskunde, komt voort uit het Utrechtse Centrum voor Vrouwengezondheidszorg Aletta. In de introductie zetten de auteurs hun visie op vrouwengezondheidszorg uiteen. De basis hiervan is goed huisartsgeneeskundig handelen, aangevuld met specifieke kennis over en houding ten opzichte van vrouwen. Vervolgens schetsen zij een zestal principes voor de vrouwengezondheidszorg:

- rekening houden met het vrouw-zijn van patiënten respectievelijk de socialisatie van vrouwen met hun sekse-identiteit;
- expliciet betrekken van maatschappelijke en situationele factoren bij het hulpverleningsproces;
- vermijden van medicalisering;
- met respect behandelen van de patiënt;
- versterken van de zelfredzaamheid;
- voldoen aan bepaalde materiële randvoorwaarden.

De laatste vier principes zijn ontleend aan het Basistakenpakket, en horen dus gemeengoed te zijn onder huisartsen. Naar de eerste twee principes gaat mijn belangstelling vooral uit in het verloop van het boek.

De uitgave is opgebouwd uit een achttal hoofdstukken, achtereenvolgens handelend over pijnlijke borsten, ontevredenheid van de vrouw over haar borsten, een oproep voor het bevolkingsonderzoek naar borstkanker, premenstruele klachten, veilige seks, vaginale afscheiding, de overgang, en osteoporose. De vorm van de hoofdstukken is de uit de serie bekende casuïstiek.

De zes principes passeren in elke casus de revue, met nu eens de nadruk op het ene, dan weer op het andere. De herkenbaarheid van de casus is groot, ondanks de stereotypie die af en toe de kop opsteekt. Met name het respect voor en de attitude ten opzichte van de vrouw komen goed tot hun recht.

Vakinhoudelijk vormen de hoofdstukken

een aardige afspiegeling van de stand van zaken met betrekking tot de geschetste problematiek, zonder echt iets nieuws te bieden. Dat is ook niet de opzet van het boek. Goede adviezen worden gegeven voor de zelfredzaamheid van de vrouwen. In het hoofdstuk over het bevolkingsonderzoek naar borstkanker komt de spanning tussen het nut op populatieniveau en op patiëntniveau goed tot zijn recht; de keuze die de auteurs hierin maken, is duidelijk. Zij volgen de NHG-Standaard Mammografie: het motiveren van de patiënte, na goede voorlichting, zelf een keuze te maken. Ook heel herkenbaar, in het laatste hoofdstuk over osteoporose, is de door de media en industrie gestimuleerde vraag van de patiënte om hormonen.

Rest slechts de vraag wat er met de eerste twee principes voor vrouwegezondheidszorg gebeurt als wij vrouwen vervangen door kinderen? Of alloctonen? Of werklozen? Waarschijnlijk blijken deze principes een veel bredere geldigheid te bezitten dan uitsluitend de vrouwenhulpverlening.

Tenslotte enkele kritische kanttekeningen. De vermelding van het feit dat het homeopathische preparaat Mastodyn geen bijwerkingen heeft, komt op mij wat twijfelachtig over. Jammer is dat op pagina 77 de verwijzing naar de opgenomen adressenlijst (pagina 000) in de laatste drukproef niet is gewijzigd in pagina 88.

Al met al is deze uitgave een illustratief boek over een onderwerp dat in de belangstelling staat.

Nico Eyck

Formularium magistrale receptuur Almelo

Fermie R, Tiemens JG, Tol S, et al. 1993; 40 bladzijden.

Dit is een klein, keurig verzorgd boekje met magistrale receptuur voor middelen voor zenuwstelsel, maagdarmkanaal, ademhalingsorganen, mond en KNO en oog. Verreweg het grootste deel is gewijd aan huidmiddelen. De FNA-preparaten staan hier nog eens netjes opgesomd, met hier en daar een waarderend of kritisch woord. Zo wordt unguentum cetomacrogolis cum HCA (of TCA) aanbevolen in plaats van de zeer vette zalf unguentum HCA (of TCA) FNA. Deze zalven zijn afwasbaar en prettiger in het gebruik.

Op de inhoud is niet veel aan te merken. Kleine opmerkingen zijn dat de voor een droge mond aanbevolen glycerolum cum acido citrico FNA uit het FNA-repertoire geschrap is, en

dat bij oculoguttiae hypromellosi 0,3% FNA niet vermeld wordt dat dit – vanwege de conserveringsmiddelen – niet geschikt is voor dragers van contactlenzen.

Hoewel de auteurs in hun voorwoord schrijven dat vermelding van een middel geen plaatsbepaling binnen de farmacotherapeutische mogelijkheden van de huisarts inhoudt, dunkt me dat dit boekje goede (en goedkope) alternatieven voor specialité's bevat.

Peter Vonk

Preventiegids

Schaapveld K, Hirasig RA.

Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1993; 197 bladzijden, prijs NLG 40,-. ISBN 90-232-27707-7

De preventiegids beoogt de medicus practicus een handzaam overzicht te geven van de stand van zaken met betrekking tot preventie van een aantal belangrijke gezondheidsproblemen. De auteurs hebben zich bij hun overzicht gebaseerd op de frequentie van voorkomen, gedocumenteerde doeltreffendheid en doelmatigheid van preventie ter zake, en op de betrokkenheid van – met name – de huisarts bij het probleem. De meeste lezers zullen inmiddels kennis hebben genomen van de inhoud via de artikelen in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*.

Per gezondheidsprobleem treft de lezer een korte, hooguit drie pagina's omvattende tekst aan, ingeleid door een heldere samenvatting. De auteurs zijn er daarbij in geslaagd recht te doen aan de complexiteit van de diverse problemen, en tevens duidelijke uitspraken te doen over het gewenste beleid. De toonzetting is zakelijk en informatief, waardoor de gebruiker wordt geconfronteerd met zowel een uitspraak over het gewenst handelen als een overzicht van de 'state of the art'. Een beperkt aantal literatuurverwijzingen leidt naar meer achtergrondgegevens.

Om vast te stellen of het boek als praktijkgericht overzicht voldoet, heb ik het de afgelopen maanden binnen handbereik gehouden tijdens mijn spreekuur. Vragen van een patiënte met een voorgeschiedenis van DES-expositie in utero, van een medisch student ten aanzien van hepatitis B, en van een (bezorgde) moeder over het gehoor van haar overigens gezonde peuter vormden praktische aanleidingen het boek te raadplegen. Daarbij kon ondubbelzinnig worden vastgesteld dat de DES-dochter op adequate wijze werd gecontroleerd, dat de me-

disch student zich vooral geen voorbarige zorgen behoefde te maken, en dat de bezorgde moeder zich terecht wél zorgen maakte: verzuimd was bij haar kind op het gewenste tijdstip een gehoorstap uit te voeren – een verzuim dat alsnog bleek te kunnen worden hersteld.

De preventiegids lijkt een waardevol idee, dat door de zorgvuldige uitvoering zijn doel bereikt heeft. De gids kan met name een steun betekenen bij belangrijke gezondheidsproblemen, waar de huisarts discontinu mee geconfronteerd wordt. De meest geschikte plaats ervoor is dan ook binnen handbereik in de spreekkamer.

C. van Weel

AANKONDIGINGEN

Wegwijzer na een beroerte. Voor CVA-gehandicapten, hun partners, familieleden en vrienden

Wachters-Kaufmann CSM (red.).

Groningen: Zodiak, 1993; 188 bladzijden + adressenlijst per provincie. ISBN 90-367-0355-7. Te bestellen door overmaking van NLG 10,- op postrekening 2500559 ten name van Wegwijzer, p/a Oosterzoom 7 Peize, onder vermelding van: Wegwijzer, aantal exemplaren.

Gezondheidsrecht in de praktijk

Bordes MTh. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1993; 121 bladzijden, prijs NLG 37,50. ISBN 90-313-1641-5.

Commentaren Medicatiebewaking Pharmacom/Medicom

Redactiecommissie Medicatiebewaking.

Haarlem: Stichting Health Base, 1993; 387 bladzijden, prijs NLG 84,95 (excl. BTW en verzendkosten). ISBN 90-74027-04-0. Te bestellen bij het secretariaat: Van Edenstraat 7, 2012 EL Haarlem; telefoon: 023-319.051. Het is ook mogelijk tegen een abonnementsstarief van NLG 74,95 (excl. BTW en verzendkosten) jaarlijks automatisch de nieuwe uitgave te ontvangen.

NHG-Standaarden voor de huisarts

Rutten GEHM, Thomas S. Utrecht: Bunge, 1993; 342 bladzijden, prijs NLG 85,-. ISBN 90-6348-357-0.