Automatisering

De conclusie van *Rutten et al.*, dat het op zijn minst betwistbaar is dat huisartsen een computer op hun bureau zouden moeten plaatsen,[1] is mij uit het hart gegrepen. Helaas, want ik heb vanaf het begin van mijn huisartswerk, in 1988, de praktijk volledig geautomatiseerd, dus mét medische module.

Tijdens vakanties krijg ik de kaartenbakken van de twee collega's in het dorp. Dit stelt me in staat computer en groene kaart te blijven vergelijken. Ik ben vorig jaar, na vijf jaar gebruik, schoorvoetend tot de conclusie gekomen dat een goed georganiseerde praktijk met groene kaart – precies zoals *Rutten et al.* die beschrijven – net zo goed werkt als een geautomatiseerde praktijk, maar dan zonder de enorme investering in tijd en geld.

Toch wil ik de medische module niet meer missen. Ik krijg er veel werkplezier voor terug en ik heb het gevoel een duidelijker, gedetailleerder overzicht te hebben dan met een groene kaart. Alle fraai geprinte recepten, brieven en verklaringen geven me ook het prettige gevoel dat ik alles goed voor elkaar heb. Daarnaast houd ik wel van apparaten. Maar puur objectief biedt de computer geen voordeel boven een goede papieren medische administratie.

J.M. Dagevos,
huisarts te Vorden

1 Rutten GEHM, Weijtens JThNM, Haverkort AFM. Automatiseren: tussen hollen en stilstaan. Huisarts Wet 1994; 37(2): 66-9.

NOTA BENE

Wanneer het niet mogelijk zal blijken de standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap volledig bij de beroepsgroep te implementeren, dient het te ontwikkelen kwaliteitsbeleid van de Landelijke Huisartsen Vereniging ruimte te bieden voor het verstrekken van licenties op deelgebieden van de huisartsgeneeskunde in aanvulling op het basistakenpakket.

Stelling bij: Bottema BJAM. Diagnostiek van CARA in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1993.

Tromboflebitis

Mevrouw Kapowic, 47 jaar, heeft een pijnlijke zwelling op de linkerkuit, die de huisarts duidt als tromboflebitis. De huisarts legt een compressief verband aan (om het onderbeen).

1 Deze handelwijze is correct.

Tevens raadt zij patiënte aan zoveel mogelijk rust te houden met het been.

2 Dit is een correct advies.

Bij controle twee weken later zijn de klachten nog niet over. De huisarts schrijft heparinoïdcrème (Hirudoid) voor. De co-assistent beweert later dat van heparinoïdcrème nog nooit bewezen is dat het de genezing zou bespoedigen.

3 Deze bewering is correct.

Platvoeten

Hans, 14 jaar, komt op het spreekuur omdat hij al een tijdje klachten heeft van zijn voeten, vooral bij belasten. Bij het staan is het lengtegewelf verstreken en staan zijn hielen in valgusstand. Als hij op de tenen gaat staan treedt er geen correctie op van het gewelf. De huisarts constateert contracte platvoeten (of adynamische pes planovagus) en adviseert steunzolen.

4 Dit is een correct advies.

Na een half jaar komt Hans weer op het spreekuur. Hij heeft nog steeds klachten.

5 In dit geval is fysiotherapie de behandeling van voorkeur.

Impressiefractuur

Mevrouw Abramsen, 76 jaar, heeft 3 dagen geleden een (stabiele) impressiefractuur van Th 10 opgelopen, waarvoor de huisarts bedrust voorschreef. Ze belt nu met de mededeling dat ze het in bed niet uithoudt van de pijn, terwijl als ze wat rondloopt het beter gaat met de pijn.

6 Het verdient aanbeveling het advies in bed te blijven te handhaven.

Mictieklachten

Mevrouw Winterink, 32 jaar, 28 weken zwanger, altijd gezond, heeft een bewezen urineweginfectie. De huisarts behandelt haar met trimethoprim 1 dd 300 mg gedurende 3 dagen.

7 Het gekozen middel is in dit geval correct.

Mevrouw Bogers, 32 jaar, is 8 weken geleden van haar tweede kind bevallen. Zwangerschap en bevalling verliepen zonder problemen. Ze heeft als klacht: ongewild urineverlies bij tillen en hoesten. Er is geen pijnlijke of frequente mictie en geen gevoel van aandrang vlak voor het urineverlies.

8 Bij bovenstaande gegevens past de diagnose stress-incontinentie.

9 In het geval van mevrouw Bogers is te verwachten dat de incontinentieklachten in de komende maanden spontaan verminderen.

Bij Joris van Veen, een 21-jarige jongeman met uretritisklachten, besluit de huisarts een Chlamydiakweek in te zetten. Zij neemt daartoe materiaal af uit de urethra met een dun metalen wattenstokje en draait het enkele keren rond op een diepte van circa 3 centimeter in de urethra.

10 Deze wijze van afname is correct.

De uitslag van de Chlamydiakweek is positief. De huisarts besluit een antibioticum te geven.

11 Amoxicilline is in dit geval het antibioticum van eerste keuze.

Brandend maagzuur

Op het spreekuur komt de 52-jarige heer Beekers. Hij heeft sedert enkele weken last van 'brandend maagzuur', dat met name optreedt wanneer hij in gebukte houding moet werken. Ook klaagt hij over nachtelijke maagpijn. De huisarts laat een gastroscopie verrichten. De uitslag hiervan luidt: geringe hiatus hernia diaphragmatica met reflux-oesophagitis graad 2. De huisarts geeft onder meer een aantal 'leef-adviezen'. Van het volgende advies is in dit geval een positief effect op de klachten te verwachten:

12 voor het slapen gaan nog een kleine hoeveelheid eten (bijvoorbeeld een boterham).

De huisarts besluit daarnaast tot medicamenteuze therapie.

13 In dit geval heeft een (alginaat-)antacidum (bijvoorbeeld Gaviscon) de voorkeur boven een H_2-receptorantagonist (bijvoorbeeld Zantac).

Navelbreuk

De huisarts maakt een visite bij de familie Bos. Joury, 6 dagen oud, heeft volgens zijn moeder een navelbreukje. Inderdaad is er bij onderzoek een kersgrote uitbochting ter hoogte van de navel aanwezig, die imponeert als een navelbreuk. De navelstomp is afgevallen. Joury maakt verder een gezonde indruk en drinkt goed. De huisarts vertelt de familie Bos dat een

navelbreuk in de meerderheid der gevallen spontaan geneest.
14 Dit is correcte informatie.

Hij zegt ook dat, indien de navelbreuk op de leeftijd van 1 jaar nog aanwezig is, operatief ingrijpen geïndiceerd is.
15 Dit is correcte informatie.

Thyreoïditis

Mevrouw Stuart, 43 jaar, komt op het spreekuur, omdat zij sedert ongeveer 6 weken pijn laag in de hals heeft. De afgelopen week heeft zij daarbij ook koorts gehad. De huisarts vindt bij onderzoek een drukpijnlijke, gezwollen schildklier. In de keel worden geen afwijkingen gezien en er zijn geen lymfomen palpabel. Een door de huisarts aangevraagd laboratoriumonderzoek levert het volgende op: BSE 85 mm, lichte leucocytose, diff. normaal, TSH sterk verhoogd. De huisarts denkt aan een thyreoïditis. Bij deze diagnose past/passen:
16 De duur van de klachten.
17 De sterk verhoogde TSH.

Literatuur

Vragen 1-3
Van de Lisdonk EH, et al., red. Ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1990: 169.
Vragen 4 en 5
Visser JD. Platvoeten bij kinderen. Ned Tijdschr Geneeskd 1989; 133: 753-6.
Postema K, red. Orthopedisch maatschoeisel in de medische praktijk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1991: 130-3.
Vraag 6
De Wolf AN. Onderzoek van het bewegingsapparaat. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum, 1990: 169-70.
Vraag 7
Van Balen FAM, Baselier PJAM, Van Pienbroek E, Winkens RAG. NHG-Standaard Urineweginfecties. Huisarts Wet 1989; 32: 527-31.
Vragen 8 en 9
Lagro-Janssen ALM, Debruijne FMJ, Van Weel C. Diagnostiek in de huisartspraktijk van incontinentia urinae bij vrouwen goed mogelijk door gerichte anamnese. Ned Tijdschr Geneeskd 1991; 32: 1141-4.
Vragen 10 en 11
Avonts D. Urethritis. SOA-Bulletin 1991; 2: 3-5.
Vragen 12 en 13
Klinkenberg-Knol EC. De behandeling van gastro-oesofageale refluxziekte. Ned Tijdschr Geneeskd 1991; 135: 358-61.
Vragen 14 en 15
Molenaar JC, Noudijk JA. Kinderchirurgie. In: De Boer J, red. Leerboek chirurgie. Utrecht: Bohn Scheltema en Holkema, 1983: 1225-6. →
Vragen 16 en 17
Van Es A, Geerdink RA. Schildklierziekten. Utrecht: Bunge, 1988: 35-7.

Antwoorden

1 juist; 2 onjuist; 3 juist; 4 juist; 5 onjuist; 6 onjuist; 7 onjuist; 8 juist; 9 juist; 10 juist; 11 onjuist; 12 onjuist; 13 onjuist; 14 juist; 15 onjuist; 16 juist; 17 juist.

Cumulatief register op diskette

Sinds februari is de elektronische versie van het register van de 26e jaargang van *Huisarts en Wetenschap* (1993) beschikbaar. Bij bestelling ontvangt men tevens een upgrade van het elektronisch indexprogramma waarmee het bestand toegankelijk wordt gemaakt. Dit programma is ontwikkeld door Meerschap Automatisering, in opdracht van het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (NTvG). De nieuwe versie onderscheidt zich van de voorgaande door een betere compatibiliteit met DOS 6.0 en een betere integratie binnen Novell netwerk-omgevingen. De upgrade kan op eenvoudige wijze 'over' de bestaande versie worden geïnstalleerd.

Daarnaast is het mogelijk de registers van eerdere jaargangen te bestellen, in combinatie met het benodigde indexprogramma.

Men kan kiezen uit zes pakketten:
A NTvG 1986-1993. NLG 74,75.
B H&W 1972-1993. NLG 69,75.
C NTvG 1986-1993 én H&W 1972-1993. NLG 90,75.
D NTvG 1993. NLG 23,25.
E H&W 1993. NLG 23,25.
F NTvG 1993 én H&W 1993. NLG 27,50.
Bij de pakketten A, B en C is versie 2.5 van het elektronisch indexprogramma inbegrepen; bij de pakketten D, E en F is een upgrade naar versie 2.5 van het elektronisch indexprogramma inbegrepen.

Men kan het gewenste pakket bestellen door overmaking van het betreffende bedrag op bankrekeningnummer 38.35.19.829 (postgiro van de Rabobank Amsterdam: 18774) ten name van Meerschap Automatisering te Amsterdam, onder vermelding van 'EIP', de letter van het pakket, en een 3 (voor 3,5" (720 Kb) diskettes) of een 5 (voor 5,25" (360 Kb) diskettes). Het bestelde wordt daarna binnen twee weken verzonden.

Voor bestellingen vanuit het buitenland gelieve men contact op te nemen met Meerschap Automatisering, telefoon 020-671.5336.

Computerprogramma 'Farmacotherapie & Recepteerkunde'

De vakgroepen Klinische Farmacologie en Huisartsgeneeskunde van de Faculteit der Geneeskunde van de UvA hebben samen met de afdeling Common (Computer Ondersteund Onderwijs) het computerprogramma 'Farmacotherapie & Recepteerkunde' ontwikkeld.

Het programma is primair bestemd voor studenten in de tweede fase van de studie geneeskunde tijdens de voorbereiding op hun co-assistentschappen. Daarnaast is het ook geschikt voor basisartsen die de beroepsopleiding tot huisarts volgen, alsmede voor farmaciestudenten tijdens de voorbereiding op hun apothekersexamen.

Het programma bestaat uit vier onderdelen: Achtergronden, Keuze Geneesmiddel, Het Recept, Casuïstiek. In de onderdelen 1 t/m 3 wordt de benodigde informatie interactief getoetst met behulp van een aantal oefeningen. Onderdeel 4 bevat uitsluitend interactieve oefeningen, waarbij het gebruik van het Farmacotherapeutisch Kompas is vereist.

Voor medische onderwijsinstellingen buiten de Faculteit der Geneeskunde van de UvA is het programma op niet-commerciële basis beschikbaar.

De minimale configuratie voor dit programma is een 25 Mhz, 386-sx personal computer met 4 Mb RAM en een kleurenscherm. Daarnaast moet MS-Windows 3.0 of hoger zijn geïnstalleerd.

Nadere inlichtingen zijn te verkrijgen bij Dr. J.G.R. Ufkes, Vakgroep Farmacologie, Academisch Medisch Centrum, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam Z.O.; telefoon: 020-566.5296.

Effect of ranitidine and amoxicillin plus metronidazole on the eradication of Helicobacter pylori and the recurrence of duodenal ulcer
Hentschel E, Brandstätter G, Dragosics B, et al. N Engl J Med 1993; 328: 308-12.
Treatment of peptic ulcers caused by Helicobacter pylori
Graham DY. Editorial. N Engl J Med 1993; 328: 349-50.

In deze studie werd gekeken of uitroeiing van Helicobacter pylori een recidief van een ulcus duodeni kan voorkomen. Ruim 100 patiënten met een recidief ulcus duodeni, waarbij ook Helicobacter pylori werd aangetoond, deden mee aan deze prospectieve trial. De helft kreeg 12 dagen lang amoxicilline en metronidazol (respectievelijk 750 en 500 mg drie maal daags), de andere helft kreeg placebo's. Allen kregen hierbij gedurende 6 weken (of indien nodig 10 weken) ranitidine 300 mg 's avonds. Na 6 weken was er een significant groter aantal ulcera genezen in de groep die antibiotica kreeg, dan in de placebo-groep (92 tegen 75 procent). Na 10 weken was dit bij 98 en 94 procent het geval. Helicobacter pylori was in de antibiotica-groep bij 89 procent van de patiënten verdwenen, in de placebo-groep maar bij 1 patiënt. Na deze behandelingsperiode werden ze nog gedurende een jaar vervolgd. In de antibiotica-groep kreeg 8 procent een recidief ulcus duodeni, in de placebo-groep 86 procent. Deze resultaten pleiten er voor, dat er een mogelijk oorzakelijke rol voor Helicobacter pylori is bij het ontstaan van een ulcus duodeni. Antibiotica in combinatie met ranitidine bij patiënten met recidiverende ulcera duodeni en een Helicobacter-infectie vormen een goed alternatief voor langdurige onderhoudstherapie of electieve chirurgie.

In het *editorial* wordt vermeld dat zuur niet meer als de belangrijkste factor wordt gezien bij het ontstaan van ulcera peptica. Men denkt nu dat de belangrijkste veroorzaker Helicobacter pylori is, daarna het gebruik van NSAID's, en dat de rest pas veroorzaakt wordt door pathologische hypersecretie, zoals bij het Zollinger-Ellisonsyndroom. Het is aan te bevelen om iedereen met een Helicobacter pylori én een peptisch ulcus een behandeling te geven gericht op bestrijding van de Helicobacter. Vaak wordt hiervoor een bismuth-preparaat gegeven met 2 antibiotica. Bovenbeschreven studie geeft aan dat bismuth niet speciaal nodig is om de Helicobacter pylori weg te krijgen (in Oostenrijk, waar de studie is verricht, en in de Verenigde Staten is het niet te verkrijgen). Verder kan men in plaats van een tripel-therapie ook werken met een combinatie van twee middelen, namelijk amoxicilline met omeprazol, een protonpomp-remmer, die ook Helicobacter pylori doodt. Hiermee verdwijnt de Helicobacter pylori bij 80 procent van de patiënten.

Germa Joppe

Effect of calcium supplementation on bone loss in postmenopausal women
Reid IR, Ames RW, Evans MC, et al. N Engl J Med 1993; 328: 460-4.
Thinking straight about calcium
Editorial. Heaney RP. N Engl J Med 1993; 328: 503-4.

Is toediening van 1000 mg calcium per dag aan vrouwen die langer dan drie jaar postmenopauzaal zijn, zinvol, ook al hebben ze een 'normale' calciumintake via de voeding? Om deze vraag te beantwoorden, kregen 122 gezonde vrouwen die drie jaar of langer postmenopauzaal waren, gedurende twee jaar twee maal daags 500 mg calciumbruistabletten of placebo. Door hen vier dagen een voedingsdagboek bij te laten houden, kon hun calciuminname via de voeding berekend worden. Hun botdichtheid werd meermalen, op verschillende plaatsen, gemeten. De gemiddelde botdichtheid nam in beide groepen af, in de placebogroep echter significant meer. In de placebogroep was de afname gemiddeld 1 procent per jaar, in de calciumgroep was dit maar ongeveer de helft hiervan. Gemiddeld namen de vrouwen via de voeding 750 mg calcium tot zich. Onbekend is of dit positieve effect ook blijft bij langduriger toediening.

Heaney benadrukt dat er de laatste jaren zeer veel artikelen verschijnen over de invloed van calciuminname op de botten. De bovenbeschreven studie hoort bij de betere, onder meer omdat de auteurs zich niet alleen baseren op de hoeveelheid calcium die via de voeding binnen komt. Die hoeveelheid te bepalen aan de hand van dagboeken is namelijk vrij onnauwkeurig. In deze studie weet men, doordat men calciumtabletten of placebo geeft, zeker dat de ene groep meer calcium binnen krijgt dan de andere. Bovendien zijn bij deze studie vrouwen die net in de overgang zijn buiten beschouwing gelaten. Vlak na de overgang is botverlies namelijk geheel gerelateerd aan de afname van de hoeveelheid oestrogenen, onafhankelijk van de calciuminname. Onduidelijk is nog hoeveel calcium ingenomen moet worden. Verschillende studies geven hierover verschillende antwoorden. Toch is er volgens Heaney al genoeg bewijs om alle postmenopauzale vrouwen aan te raden minstens 1000 mg, en bij voorkeur zelfs 1500 mg calcium per dag tot zich te laten nemen.

Germa Joppe

Comparative cytologic yield and quality of three Pap smear instruments
Toffler WL, Pluedeman CK, Sinclair AE, et al. Fam Med 1993; 25: 403-7.

Bij ruim driehonderd vrouwen tussen de 18 en 45 jaar, die voor een controle-uitstrijkje kwamen, werd in één bezoek met drie methoden in gerandomiseerde volgorde een cervixuitstrijk gemaakt. De gebruikte methoden waren: plastic spatel, wattenstok, en cytobrush. De patholoog, geblindeerd voor de gebruikte methode, beoordeelde de uitstrijkjes op kwaliteit en opbrengst, met name van endocervicale cellen.

De cytobrush-methode gaf een hogere opbrengst van endocervicale cellen dan spatel en wattenstok: in 15 procent van de gevallen geen endocervicale cellen tegen 48 en 49 procent. In 16 procent van de gevallen was de cytobrush de enige methode die endocervicale cellen opleverde en in 2 procent de enige methode die er geen verkreeg. De andere methoden verkregen in 2-3 procent van de gevallen als enige endocervicale cellen en in 17 procent als enige methode niets. De opbrengst van het derde uitstrijkje was gemiddeld het hoogst. Voor het aantonen van ontsteking en micro-organismen was juist het eerste uitstrijkje gemiddeld beter.

De auteurs pleiten voor het nemen van twee cervixuitstrijkjes per keer, waarvan één met de cytobrush.

Robert Vink

Health checks in general practice: the patient's response
Norman P, Conner M. Fam Pract 1992; 9: 481-7.

In dit Engelse onderzoek werd de invloed van verschillende schriftelijke uitnodigingen op de opkomst voor een gezondheidscontrole (health check) onderzocht. Daarnaast werd de mate van tevredenheid over zowel de uitnodiging als het onderzoek en veranderingen van gedachten over gezondheid bij de deelnemers gemeten.

In een huisartspraktijk werd alle 872 patiënten tussen 30 en 41 jaar 'at random' een korte of een lange uitnodiging gestuurd voor een gezondheidscontrole. De brief bevatte ofwel

een vermelde afspraak óf het verzoek een afspraak te maken. De controle bestond uit vragen over diverse gezondheidsaspecten en een eenvoudig lichamelijk onderzoek. Feedback werd op 3 manieren gegeven: verbaal, verbaal plus schriftelijke onderzoeksresultaten of het voorafgaande plus persoonlijk schriftelijk advies gebaseerd op de resultaten van het onderzoek. Eventuele verandering in ideeën over gezondheid werd door middel van vragenlijsten vóór de eerste uitnodiging en na het onderzoek bepaald.

Ruim de helft gaf aan de uitnodiging gehoor. Van de personen die een brief met een afspraak ontvingen kwam 69 procent, van hen die een open uitnodiging ontvingen verscheen slechts 37 procent. De korte en lange uitnodigingen leverden hetzelfde opkomstpercentage op. Vrouwen vertoonden een hogere opkomst dan mannen: 62 procent versus 44 procent. De tevredenheid over uitnodiging, onderzoek en feedback was vrijwel gelijk in alle groepen. Mannen vertoonden een verschuiving naar het belangrijker achten van de rol van gezondheidswerkers voor hun gezondheid en minder geloof in eigen invloed op gezondheid.

Robert Vink

Efficacy of hepatitis B vaccination: knowledge among clinical medical students
Oates BC, Sidebottom AJ, Maxwell SRJ. Br Med J 1993; 307: 301.

Alle tweedejaarsstudenten in de medicijnen aan de Birmingham Medical School krijgen de gelegenheid zich tegen hepatitis B te laten inenten. Ter evaluatie van de effectiviteit hiervan en de kennis over deze vaccinatie ontving een cohort studenten in hun vierde jaar een vertrouwelijke vragenlijst. Alle 146 enquêteformulieren kwamen ingevuld retour. Vijf studenten bleken onvolledig ingeënt te zijn. Het destijds gegeven advies na de serie van drie injecties de antilichamentiter te laten bepalen en zonodig nog een boosterinjectie te ontvangen was door slechts 90 studenten opgevolgd. Op de vraag hoe lang ze verwachtten tegen hepatitis B beschermd te zijn, antwoordde een derde met 'levenslang'. De kennis over (het belang van) deze profylaxe is dus lacunair. De uit deze enquête voortvloeiende aanbeveling is de preklinische studenten, die onbekend zijn met de risico's van blootstelling aan het hepatitis-B-virus (prikincidenten!) en bovendien nog onervaren zijn, beter voor te lichten en te begeleiden.

M. Sanders

Physical fitness as a predictor of mortality among middle-aged Norwegian men
Sandvik I, Erikson J, Thaulow E, et al. N Engl J Med 1993; 328: 533-7.

Dit onderzoek werd bij 2000 mannen tussen 40-59 jaar verricht. Het ging om zowel kantoorpersoneel als fabrieksarbeiders, werkzaam bij vijf verschillende bedrijven in Oslo. Bij het begin van het onderzoek werden de risicofactoren door middel van anamnese en lichamelijk onderzoek geïnventariseerd en werd de lichamelijke conditie met behulp van een fietsergometer bepaald.

In de loop van 16 jaar waren er 271 mannen overleden, waarvan de helft aan coronaire hartziekte. Na correctie voor leeftijd, rookgewoonten, serumlipiden, bloeddruk, polsfrequentie in rust en beweging en glucosetolerantie bleek dat het risico op een hartdood bij de groep in de beste lichamelijke conditie half zo groot was als bij de groep met een slechte lichamelijke conditie.

De lichamelijke conditie is dus van voorspellende waarde voor de cardiale sterfte bij mannen van middelbare leeftijd.

H.G. Frenkel-Tietz

The emergence of drug-resistent tuberculosis in New York city
Frieden TR, Sterling T, Pablos Mendes T, et al. N Engl J Med 1993; 328: 727-32.

De laatste tien jaar is het aantal tuberculosepatiënten in New York verdubbeld. In april 1991 werden alle positieve sputa gekweekt. Hierbij bleek dat in een derde van de gevallen sprake was van resistentie voor INH of rifampicine; in 20 procent van deze gevallen was er resistentie voor beide geneesmiddelen. Van de patiënten die reeds eerder met een tuberculostaticum behandeld waren, had zelfs 44 procent een microorganisme in het sputum dat tegen een tuberculostaticum resistent was. Drugsverslaafden en Hiv-positieven hadden een grotere kans om resistente stammen te herbergen, maar ook bij patiënten die nooit eerder met een tuberculostaticum behandeld waren, was het aantal drugresistente tuberkelbacillen in het sputum verhoogd van 10 naar 13 procent.

Tuberculose dreigt weer een probleem voor de volksgezondheid te worden.

H.G. Frenkel-Tietz

Primary non-compliance with prescribed medication in primary care
Beardon PHG, McGilchrist MM, McKendrick AD, et al. Br Med J 1993; 307: 846-8.

In dit onderzoek stond de vraag centraal hoe vaak patiënten met een recept niet naar de apotheek gaan ('primaire non-compliantie') en welke factoren dit beïnvloeden. Van alle recepten van negen huisartsen in een gezondheidscentrum die gedurende drie maanden werden uitgeschreven werd een doorslag gemaakt. Bij alle recepten die in vier maanden werden aangeboden aan de apotheek werd vervolgens de kopie gezocht. Gegevens over patiënten werden verzameld via de patiëntdossiers van de huisartsen.

Van de totaal ruim 20.000 uitgeschreven recepten kon bij ongeveer 1000 geen kopie worden gevonden. Deze recepten waren uitgeschreven aan ruim 700 patiënten. Vrouwen waren vaker non-compliant dan mannen. Van de vrouwen in de leeftijdgroep van 16-29 jaar was 15 procent van de recepten niet aan de apotheek aangeboden, dit daalde tot 3 procent in de oudste leeftijdgroep. Bij mannen was het hoogste percentage non-compliantie 10 procent in de leeftijdgroep van 30-39 jaar. Non-compliantie trad het meest op voor recepten in verband met keel-, neus- en ooraandoeningen, voor nieuwe recepten (in tegenstelling tot herhaalrecepten), voor recepten die in het weekend waren uitgeschreven en voor recepten die door huisartsen-in-opleiding waren verstrekt. Bij een kleine minderheid van de patiënten kon een aannemelijke oorzaak voor de non-compliantie worden achterhaald, bijvoorbeeld ziekenhuisopname kort na het uitschrijven van het recept of het bezoeken van een apotheek buiten de regio.

De auteurs concluderen dat men er niet zonder meer van uit mag gaan dat het uitschrijven van een recept het gebruik van medicatie tot gevolg heeft.

François Schellevis

Het beloop van dementie

Een exploratief longitudinaal onderzoek in de huisartspraktijk. Muskens JB. Dissertatie. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1993; 99 bladzijden.

In deze dissertatie worden ernst en beloop van dementie in de huisartspraktijk onderzocht. Het beloop wordt beschreven aan de hand van de progressiesnelheid en de ziekteduur tot opname en overlijden. Ook comorbiditeit wordt onderzocht en de invloed hiervan op het beloop.

Het zeer leesbare proefschrift bestaat uit acht hoofdstukken, waarvan er vijf als artikel in H&W zijn gepubliceerd. De studie was gekoppeld aan het SONGO-project (SOciaal Netwerk Gedragsgestoorde Ouderen) en gebruikte dezelfde patiënten: mensen ouder dan 55 jaar, met een primaire vorm van dementie (volgens DSM-III criteria) en met een centrale verzorger. In totaal 141 patiënten, 97 vrouwen en 44 mannen, gemiddelde leeftijd 79 jaar (SD 7 jaar).

Bij de begripsbepaling valt de onduidelijke positie van het beloopscriterium op: achteruitgang is in de DSM-III wel een voorwaarde voor het stellen van de diagnose, in de DSM-III-R niet, bij de officiële Nederlandse criteria niet (CBO-consensus) en bij de korte definitie wordt ze weer wel genoemd. Muskens gebruikt deze onduidelijkheid rond achteruitgang als verklaring voor het opvallende verschil in geschatte prevalentiecijfers tussen bevolkingsstudies (5-10 procent bij mensen ouder dan 65) en huisartsregistratieprojecten (2-4 procent, inclusief geïnstitutionaliseerde patiënten). In het eerste literatuuronderzoek concludeert hij dat de geschatte prevalentie van 5-10 procent te hoog is, omdat in bevolkingsstudies te weinig rekening gehouden wordt met achteruitgang, terwijl huisartsen het beloop juist wel bij hun oordeel betrekken.

Het tweede literatuuronderzoek gaat over het beloop van dementie. Ondanks een nette zoekstrategie worden er maar weinig relevante publikaties gevonden en maar één beloopstudie in de algemene bevolking. De verschillende studies variëren in opzet, meetinstrumenten en de gerapporteerde progressiesnelheid. De gevonden patiëntkenmerken met invloed op het beloop wisselen en spreken elkaar soms tegen. Men is het er wel over eens dat dementie een progressief ziektebeeld is en dat intramurale opname vooral samenhangt met de ernst van de dementie.

Voor het eigen onderzoek is de populatie gerecruteerd uit de praktijken van 166 huisartsen uit de regio Arnhem/Nijmegen. Van de 610 aangemelde ouderen bleven er uiteindelijk slechts 141 over; 127 weigerden deelname (21 procent), 92 bleken niet dement en 250 ouderen konden niet meedoen door opname of overlijden van de patiënt, of doordat geen centrale verzorger voorhanden was. De onderzoeker verwacht dat er geen selectie is opgetreden naar leeftijd of geslacht, maar sluit selectie naar ernst van dementie of comorbiditeit niet uit.

De onderzoekspopulatie is gedurende drie jaar vier maal onderzocht. De belangrijkste meetinstrumenten waren: de Brief Cognitive Rating Scale (BCRS), waaruit een indeling in één van de zeven stadia van de Global Deterioration Scale (GDS) kon vloeien, en de Beoordelingsschaal Oudere Patiënten (BOP). Comorbiditeit bij aanvang van het onderzoek werd retrospectief vastgesteld aan de hand van statusonderzoek. De gebruikte analysetechnieken zijn op hun plaats en lijken correct uitgevoerd. De resultaten van het onderzoek worden in drie hoofdstukken beschreven.

Ernst, beloop, comorbiditeit

Alle stadia van dementie werden aangetroffen, maar het meest frequent (36 procent) 'matige dementie' (stadium 4 van de GDS). Opvallend was dat de ernstige stadia (6 en 7) in 13 procent voorkomen, bij voornamelijk vrouwelijke patiënten. De ziekteduur (hetero-anamnestisch vastgesteld) liep uiteen van 4 maanden tot 20 jaar (gemiddeld 4 jaar) en correleerde met de ernst van dementie. Ook stoornissen in de functies hulpbehoevendheid, lichamelijke en psychische invaliditeit en inactiviteit (gemeten met de BOP) bleken te correleren met de ernst van dementie (gemeten met de BCRS). Verband tussen de ernst van dementie en agressief of depressief gedrag kon niet aangetoond worden.

Muskens concludeert dat gezien de lange ziekteduur van de meeste patiënten en het vrij ernstige stadium waarin de meesten zich bevonden, het verzorgen van een demente oudere thuis geen sinecure is. Tevens ondersteunen deze bevindingen de veronderstelling dat het stellen van de diagnose dementie in de huisartspraktijk enige tijd vergt.

In het belangrijke hoofdstuk over het gevonden beloop van dementie worden progressiesnelheid (in BCRS punten per jaar), tijd tot opname en verbanden met patiëntkenmerken beschreven. Zoals gezegd zijn gegevens gedurende 3 jaar in 4 meetmomenten vastgelegd, waarbij op elk meetmoment de uitval groter was door overlijden of weigering. Van de populatie is 57 procent gedurende het onderzoek opgenomen in verpleeghuis of verzorgingshuis, 13 procent overleed thuis. De gemiddelde progressiesnelheid bedroeg 3,6 BCRS punten per jaar (SD=4,2). Dit komt overeen met één GDS stadium per twee jaar. De progressiesnelheid bleek samen te hangen met de ernst van dementie en de ziekteduur: hoe langer de ziekteduur, des te ernstiger dement en des te langzamer de progressie. De progressie was sneller bij patiënten die opgenomen werden in een verpleeghuis, vooral in het jaar van opname. Onbekend is of deze achteruitgang voor of na het moment van opname plaatsvond. De gemiddelde ziekteduur bij opname was 5,7 jaar (SD=3,5). Hoe lager de beginleeftijd, hoe langer de ziekteduur bij opname.

Verder werden er geen relaties gevonden tussen patiëntkenmerken en progressiesnelheid of moment van opname. Ook gedragsstoornissen (agressief of gedeprimeerd gedrag of incontinentie) bleken niet samen te hangen met het moment van opname. Muskens berekent dat op grond van de gevonden progressiesnelheid de ziekte vanaf de eerste symptomen tot het meest ernstige stadium tien tot twaalf jaar duurt.

Eén of meer chronische aandoeningen werden gevonden bij 81 procent van de onderzocht groep, vooral hart- en vaatziekten. Van de 45 overleden patiënten was de gemiddelde leeftijd 82,6 jaar (SD=6,7), de gemiddelde ziekteduur 6,5 jaar (SD=3,9). Opgenomen patiënten waren ernstiger dement bij overlijden dan thuiswonenden. De kans op overlijden in de onderzoekspopulatie bleek iets verhoogd ten opzichte van andere ouderen in Nederland (SMR 1,48), voornamelijk veroorzaakt door de ernst van dementie, hart- en vaatziekten en Cara. Er werd geen relatie gevonden tussen comorbiditeit en progressiesnelheid. Geconcludeerd wordt dat het door grote spreiding van gegevens moeilijk is conclusies te trekken, maar dat waarschijnlijk sterfte bij dementie samenhangt met comorbiditeit.

Zorgvuldig onderzoek

Het boeiende thema 'beloop van dementie' is in deze studie zorgvuldig onderzocht en beschreven. In hoeverre de uitkomsten algemeen geldig zijn, is de vraag: selectie naar ernst van dementie en comorbiditeit is zeker niet uit te sluiten. Dat er veel mensen met een relatief ernstig stadium worden aangetroffen wijst op selectie naar ernst, waarbij de lichtere gevallen niet in de studie zijn opgenomen. Daarnaast is het waarschijnlijk dat mensen met een snelle progressie eerder onder de aandacht van de huisarts komen en zo een grotere kans maken om in de studie opgenomen te worden. Ernstige comorbiditeit en depressiviteit waren exclusie-

criteria ('secundaire dementie'). Vanwege deze selectie moeten de gerapporteerde progressiesnelheid en de gevonden verbanden tussen patiëntkenmerken en beloop bevestigd worden door longitudinaal onderzoek in een open populatie.

De deelnemers hadden een primaire vorm van dementie (volgens DSM-III criteria). Bij de diagnosestelling werd een standaardprocedure gebruikt, maar deze staat niet beschreven. Ook wordt geen onderscheid gemaakt naar de ziekte van Alzheimer en multi-infarct dementie (MID), terwijl verschillen in beloop nu juist een argument zijn om dit onderscheid te maken. Het grote aantal hart- en vaatziekten en neurologische stoornissen bij de deelnemers (in totaal bij 52 procent, met name bij mannen) wijst op een flink aandeel van MID.

Samenvattend: een boeiend en gemakkelijk leesbaar proefschrift, met relevante uitkomsten voor de praktijk. Geïnteresseerde huisartsen hebben alle resultaten in de vorm van artikelen in H&W kunnen lezen. Het is jammer dat er tot nu toe van dit onderzoek geen internationale publikaties zijn verschenen.

Annet Wind

Rectal bleeding: a danger signal?

Fijten GH. Dissertatie. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1993; 148 bladzijden, ISBN 90-5170-224-8.

Met dit proefschrift levert Fijten een belangrijke bijdrage aan het besliskundig onderzoek vooral op het gebied van meer zeldzame aandoeningen in de huisartspraktijk.

Vijf artikelen, waarvan drie reeds gepubliceerd, vormen de basis. De hoofdstukken zijn dan ook apart goed leesbaar. Wel komen hierdoor nogal wat herhalingen in het proefschrift voor.

Ze kiest voor de vraag: kan er op doelmatige wijze onderscheid gemaakt worden tussen patiënten met rectaal bloedverlies, bij wie wel en bij wie niet invasief onderzoek naar colorectaal carcinoom moet worden gebeuren? Van deze centrale vraag wordt een logische serie vragen afgeleid over de incidentie van rectaal bloedverlies in de huisartspraktijk, de voorafkans op colorectaal carcinoom bij deze patiënten en de voorspellende waarde van klachten, bevindingen en eenvoudig bloedonderzoek. Dan volgt een uitstapje naar de interne poli met de vraag in welke mate hier klachten, bevindingen en eenvoudig labonderzoek darmontstekingen en nieuwvormingen in het colon voorspellen.

Literatuur

Om een indruk te krijgen van het voorkomen en de betekenis van zichtbaar rectaal bloedverlies onder de algemene bevolking en in de huisartspraktijk begint de schrijfster met een literatuuronderzoek. Hier blijkt een wel zeer uitgesproken ijsbergfenomeen te bestaan: terwijl 19-43 procent van de bevolking zegt niet te kijken of er bloed bij de ontlasting zit meldt 12-16 procent dit verschijnsel waargenomen te hebben in het laatste halfjaar. Slechts 4-8 promille komt ermee bij de huisarts. Van deze groep wordt zo'n 14 procent verwezen. Als bekend is hoe vaak rectaal bloedverlies voorkomt bij patiënten met een colorectaal carcinoom kan een voorspellende waarde van dit symptoom worden uitgerekend: voor de algemene bevolking is deze 0,02-0,12 procent, voor het de huisarts ermee bezoekende deel 0,8-4 procent en voor de groep verwezen patiënten 7-36 procent.

Concluderend over de selectie door de huisarts schrijft Fijten: 'It appears, that general practitioners perform this function reasonably well'. Dit lijkt me te complimenteus: het eventuele delay is er niet in betrokken; als je lang genoeg wacht wordt voor iedereen duidelijk dat er meer aan de hand is. Daarbij is zo bezien de selectieprestatie van de patiënten zelf minstens zo goed.

Opzet

Na een genuanceerde en praktische beschouwing over het beleid van de individuele huisarts bij de patiënt met rectaal bloedverlies volgt de aankondiging van de studie, waar het in dit proefschrift om draait. Door 83 huisartsen worden gedurende gemiddeld 11 maanden 290 patiënten in de leeftijd van 18-75 (waarom niet 40-75?) met rectaal bloedverlies geregistreerd. Uitgesloten zijn patiënten met darmontsteking of colorectaal carcinoom in de anamnese, patiënten, die met spoed verwezen worden en zwangeren.

Elke patiënt krijgt een grote lijst vragen over psychische en lichamelijke klachten te beantwoorden. De huisarts vult een vragenlijst in over anamnese, resultaten van lichamelijk onderzoek en eenvoudig labonderzoek. Over elke patiënt wordt na een follow-up van minstens een jaar ook zonder nader invasief onderzoek geconcludeerd of er een poliep of carcinoom van colon of rectum bestond (pseudo-follow-up-studie). Voor de diagnose colorectaal carcinoom lijkt dit redelijk.

Uiteindelijk lenen 269 patiënten zich voor nadere bestudering. De incidentie van rectaal bloedverlies, gepresenteerd aan de huisarts zou dan 2,15/1000 per jaar zijn, hetgeen te laag is, vergeleken met andere registraties. Daarom wordt apart door negen huisartsen gedurende drie maanden intensief geregistreerd. Hierbij gebruiken de huisartsen een veel beperktere vragenlijst, is laboratoriumonderzoek niet verplicht en de vragenlijst voor de patiënt evenmin.

De opbrengst is nu 6,8/1000 per jaar. De vraag, die ook Fijten zich stelt is dan natuurlijk: hebben de huisartsen geselecteerd? Uit de schatting van het te verwachten aantal colorectale carcinomen concludeert ze, dat de onderrapportage in de grote studie waarschijnlijk zit in de groep met onschuldige oorzaken van rectaal bloedverlies. Het blijft een wat dubieus punt.

Uitkomsten

Van de 269 bestudeerde patiënten blijken er 9 een colorectaal carcinoom te hebben. Uit het enorme aantal variabelen hebben 23 een significant verband met colorectaal carcinoom. Na logistische regressie-analyse blijven er drie over, die een onafhankelijke voorspellende waarde hebben: leeftijd, veranderd defecatiepatroon en bloed op of in de ontlasting. Hiermee is dus een diagnostische test gecreëerd. Als het afkappunt zo veilig gekozen wordt, dat een sensitiviteit van 100 procent ontstaat blijkt 13 procent een positieve test te hebben, met een positief voorspellende waarde voor colorectaal carcinoom van 26 procent. Een dergelijke berekening wordt ook gemaakt voor de diagnose colorectale poliep. Hiervan is de waarde echter gering, aangezien een pseudo-follow-up alleen mogelijk is bij ziekten, die d.m.v. follow-up uitgesloten kunnen worden.

Op vergelijkbare wijze bestudeert Fijten vervolgens een groep naar de interne poli verwezen patiënten met rectaal bloedverlies. Opvallende uitkomsten zijn, dat het onderscheid darmontsteking of colorectaal carcinoom versus overige diagnosen voor een belangrijk deel op grond van alleen de anamnese al gemaakt kan worden en dat tekenen van depressie een negatief voorspellende waarde hebben. Toepassing van de ontwikkelde test, die dus uit anamnesevragen bestaat, kan zonder ongelukken bij 43 procent van de patiënten uit deze groep invasief onderzoek overbodig maken. De externe validiteit van dit resultaat is uiteraard, zoals de schrijfster zelf ook constateert, gering, aangezien het gaat om een naar plaatselijke gewoonte geselecteerde groep patiënten.

Dit is een mooi proefschrift. Er is veel moeite aan besteed. De onderzoekster geeft nauwkeu-

rig aan waar de methodologisch zwakke plekken zich bevinden. De ontwikkelde meetinstrumenten zijn gebaseerd op te kleine getallen om voor de medicus practicus toepasbaar te zijn. Er valt voor onderzoekers op het gebied van voor de huisarts zeldzame aandoeningen veel van te leren, bijvoorbeeld van de fraaie bewerking van het cijfermateriaal, van de ervaringen met het laten registreren door de huisartsen en van de positieve en negatieve gevolgen van de gekozen uitgangspunten.

F.A. van den Berg

Urinary tract infections and antimicrobial agents

Trienekens TAM. Dissertatie. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1993; 111 bladzijden.

De medisch microbiologe in opleiding Theodora Trienekens promoveerde op 22 december 1993. Haar proefschrift bevat de uitkomsten van drie soorten onderzoek:

- de gevoeligheid voor een aantal antibiotica van uropathogene bacteriën, afkomstig van patiënten die aan huisartsen in de regio Maastricht klachten presenteerden van een acute ongecompliceerde urineweginfectie;
- het effect van een driedaagse kuur met cotrimoxazol of norfloxacine in vergelijking met een zevendaagse kuur bij gezonde, niet zwangere vrouwen, die de huisarts bezochten met klinisch een acute ongecompliceerde urineweginfectie;
- de vermindering van de virulentie van Escherichia coli door het toedienen van subinhibitoire doses van de chinolonen ofloxacine, ciprofloxacine en norfloxacine.

De uitkomsten van het eerste onderzoek zijn voor de huisarts relevant, omdat zij de kans op succes aangeven in die regio en in die tijd bij een 'blinde' behandeling van acute urineweginfecties. Voor trimethoprim en nitrofurantoïne is die kans 87, respectievelijk 86 procent. Amoxicilline met clavulaanzuur en norfloxacine scoren beter met 99 en 100 procent, maar worden terecht geduid als reservemiddelen. Cotrimoxazol onderscheidt zich alleen van trimethoprim door het aantal bijwerkingen. Amoxicilline en sulfamethoxazol hebben met 62 respectievelijk 80 procent een te geringe kans op succes.

De uitkomsten van het tweede onderzoek rechtvaardigen de voorkeur van huisartsen voor een driedaagse kuur. Er is statistisch geen significant verschil in succes, noch in terugval, noch in bijwerkingen en evenmin in de patronen van de klinische verschijnselen in vergelijking met een zevendaagse kuur. Trienekens heeft hier de primeur van het eerste statistisch verantwoorde onderzoek naar de effecten van een korte, driedaagse kuur. Extrapolatie naar trimethoprim en nitrofurantoïne lijkt me geoorloofd.

Het derde onderzoek levert bouwstenen voor de verificatie van de hypothese dat subinhibitoire doses van antibiotica, zoals deze preventief en profylactisch vaak gegeven worden, weliswaar de colistammen laten overleven, maar hun virulentie zodanig verminderen dat het ziekteverwekkend vermogen voldoende afneemt om het bedoelde effect tot stand te brengen.

Trienekens heeft door haar onderzoek een belangrijke bijdrage geleverd aan de wetenschappelijke onderbouwing van de protocollaire huisartsgeneeskunde. Zij verdient daarvoor lof. Haar aanbeveling om per regio met tussenpozen de werking vast te leggen van eerstelijnsantibiotica op bacteriële ziekteverwekkers, afkomstig uit de huisartspraktijken, verdient de aandacht en de medewerking van beleidmakers in de gezondheidszorg.

P.J.A.M. Baselier

Chronic diseases in general practice

Schellevis FG. Dissertatie. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1993; 110 bladzijden.

Het is een goede gedachte geweest om de gegevens van de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk, zoals die uitgevoerd is door het Nivel, te gebruiken om inzicht te krijgen in de chronische ziekten in de huisartspraktijk. Schellevis heeft dit inzicht op een voortreffelijke wijze gegeven. Beleidsmatig is dat zeer relevant. We weten immers dat de gezondheidszorg wordt belast met het toenemende aantal chronische ziekten. In de commissie-Dunning hebben we dat als één van de problemen gedefinieerd waardoor de schaarste zal gaan optreden. Keuzen in de zorg moeten met name gemaakt worden doordat de kosten ten gevolge van de toename van de chroniciteit in de populatie zullen oplopen.

De promovendus heeft in een aantal deelonderzoeken interessante gegevens geproduceerd. Zo heeft hij nagegaan hoe groot de comorbiditeit van chronische ziekten is. Hij deed dat voor hypertensie, diabetes mellitus, chronische ischemische hartziekten, chronische aspecifieke respiratoire aandoeningen en artrose. Vanuit de literatuur werd gekeken op welke wijze men comorbiditeit gedefinieerd had. Dat bleek zeer verschillend te zijn. Altijd gaat het om het tegelijkertijd vóórkomen van ziekten of de aanwezigheid van een andere ziekte bij de ziekte die men bestudeert. Schellevis vond de hoogste comorbiditeit bij de artrosepatiënten (28 procent) als het om mensen beneden de 65 jaar ging. Boven de 65 jaar had 40 procent van de diabetespatiënten een bijkomende ziekte en kwam artrose op de tweede plaats met 33 procent. Dit zijn geen geringe aantallen en terecht merkt de schrijver op dat comorbiditeit in de huisartspraktijk een realiteit is.

Hij stelde vast dat de werkdruk bij de huisarts voor wat betreft de chronische patiënten uitgedrukt in de 'consultation-rates' fors hoger is dan in de populatie zonder chronische ziekten, maar als er een comorbiditeit bestaat lopen die cijfers nog behoorlijk op. Zonder chronische ziekten komen mensen ongeveer drie keer per jaar bij de huisarts. Chronisch zieken komen rond de 5 keer, maar als er een comorbiditeit optreedt dan komt men tussen de 5,4 en 7,4 keer. De comorbiditeit zal dus een stevige druk op de middelen geven en dat zal in de toekomst steeds meer worden.

Schellevis ging voorts na wat de huisartsen deden met de chronisch zieken. Hij stelde met de huisartsen die bij het onderzoek betrokken waren richtlijnen op en keek ook of die richtlijnen in de praktijk werden gehanteerd. Dat bleek niet altijd het geval te zijn. Wel zag hij dat feedback de zaak verbeterde. Als men zich aan de richtlijnen ging houden bleek voorts dat er aanwijzingen gevonden werden dat het ziektebeloop bij de chronische patiënten verbeterde, althans voor de diabetes en de hypertensie. Bij de andere ziekten werden nog geen goede evaluatiematen gevonden.

Natuurlijk is het zo dat er hier en daar wel wat methodologische opmerkingen zijn te maken. De auteur geeft overigens zelf ook al aan dat in zijn onderzoek wel wat problemen zitten. Echter, de epidemiologische gegevens over de comorbiditeit, ook al zouden ze niet op de cijfers achter de komma juist zijn, geven zoveel interessante beleidsinformatie dat de methodologische onvolkomenheden, die de essentie van de conclusies niet zouden veranderen, hem vergeven zijn.

De hoofdstukken in het proefschrift zijn als artikelen gepubliceerd of ter publikatie aangeboden en wel in Engelstalige tijdschriften. Wetenschappelijk gezien is dat prachtig. Echter, hierdoor kon het wel eens zijn dat juist de beleidmakers in Nederland onkundig blijven

van de uitkomsten van de studie. Het zou aan te bevelen zijn om de resultaten in een soort samenvatting in Medisch Contact te publiceren.

Concluderend wil ik stellen dat dit onderzoek zeer relevante informatie heeft opgeleverd. Ik beveel dit boek ter lezing aan voor eenieder die in de epidemiologie van het huisartsgebeuren geïnteresseerd is.

D. Post

Het verdachte lichaam

De rationaliteit van het (paramedisch) handelen bij somatisatiepatiënten in communicatietheoretisch perspectief. Verduin P. Dissertatie Universiteit van Amsterdam. Amsterdam: Thesis, 1992; 283 bladzijden, prijs NLG 45,—. ISBN 90-5170-159-4.

Het verdachte lichaam is een dik en zeer ontoegankelijk boek. Zelfs het achterhalen van de doelstelling van het onderzoek is geen geringe opdracht. Bij het lezen van dit boek verkeert de lezer lange tijd in tweestrijd: ligt het aan mij, omdat ik hier niet knap genoeg voor ben, of is dit gewoon onleesbaar?

Uitgangspunt is dat de omgang tussen somatiserende patiënten en het (para)medische circuit (in dit geval de fysiotherapeut) slecht beschreven kan worden binnen de vigerende paradigma's, opvattingen en denkpatronen. Verduin noemt als kenmerk van de diagnose 'somatisatiestoornis', dat er geen laesie kan worden vastgesteld waarop de klachten van de patiënt te herleiden zijn. Duidelijk is echter dat er meer moet zijn: bij deze definitie valt iedereen met de symptoomdiagnose 'buikpijn' eronder. De operationele definitie die in deze studie wordt gebruikt luidt dan ook wat preciezer. De auteur spreekt van een 'somatisatiepatiënt' wanneer 'een hulpvrager al enige jaren in het (para)medisch circuit hulp zoekt voor zijn tot dusver onbegrepen lichamelijke klachten, en als somatisatiepatiënt gekwalificeerd wordt door een hulpverlener'.

Als doelstelling van het onderzoek wordt gegeven: 'een bijdrage leveren aan het verschuiven van opvattingen van gezondheid, ziekte en dood als een overwegend technisch probleem in de zin van het beheersen van de natuur, naar het omgaan met gezondheid, ziekte en dood met behulp van procedures van communicatief rationeel handelen. Deze verschuiving kan mede dienen als stap in een proces om vanuit de leefwereld invloed uit te oefenen op het gezondheidszorgsysteem.'

Om deze problematiek te verhelderen en te analyseren wordt te rade gegaan bij Habermas, Merleau-Ponty en talrijke andere maatschappijcritici, cultuur- en wetenschapsfilosofen en deskundigen op het terrein van de taalhandelingstheorie. Aan het eind van het boek volgt dan nog een empirisch deel ('communicatietheoretisch interferentie-onderzoek'), waarin de auteur op basis van een concreet gesprek 'wil opsporen hoe in dit wegfilteren (zoals dat gewoonlijk plaatsvindt door de op het medisch-technische model georiënteerde medici, IH) van expressiviteit, ethisch bewustzijn en besef van eindigheid de koloniserende en fragmenterende werking van het subject-object model tot uiting komt'.

Al met al poogt dit boek – nogmaals: voor zover ik het heb kunnen begrijpen – de vinger te leggen op onbedoelde en contraproduktieve conventies in de omgang tussen patiënten (inzonderheid somatiserende patiënten) en (para)medici, en is het een pleidooi voor een rationelere opstelling, met name van professionele zijde.

Voor de liefhebber.

Inge Hofmans-Okkes

Ruggespraak als ruggesteun?

Pijnbeschrijving als voorspeller van het al dan niet meespelen van psychosiale factoren bij rugklachten in de eerste lijn. Remerie SC. Dissertatie. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1992; 143 pagina's.

In 1987 is door Zant een instrument ontwikkeld en beproefd om in de tweede lijn vast te stellen of en in hoeverre lage-rugpijn mede wordt bepaald door psychologische factoren (Zant JL. *Psychogene rugpijn. Dat is andere taal!* Lisse: Swets & Zeitlinger, 1987). Basis van dit instrument was een 'pijnwoordenlijst'; vastgesteld werd dat patiënten bij wie psychosociale problemen bij de rugklachten een rol speelden, andere beschrijvingen voor hun pijn gaven dan patiënten bij wie dat niet het geval was: dat verschil bleek vooral te zitten in de 'affectieve' pijnwoorden.

Remerie stelt zich in haar dissertatie tot doel dit instrument te valideren in de eerste lijn, en bij te dragen aan een nieuwe test, waarmee in de eerste lijn op grond van de pijnbeschrijving de aan- of afwezigheid van psychosociale factoren voorspeld zou kunnen worden.

Daartoe werden 405 patiënten uit de eerste lijn (geselecteerd door een groep huisartsen) door de onderzoekster aan een onderzoek onderworpen: de patiënten werden gestandaardiseerd lichamelijk en psychologisch onderzocht, en ze vulden de pijnwoordenlijst in om hun pijnsensaties te beschrijven.

Om te kijken of iemands beschrijving van zijn/haar rugpijn inderdaad kan voorspellen of er al of geen psychosociale factoren in het geding zijn, werden de uitkomsten van de ingevulde pijnwoordenlijsten en de uitkomsten van het psychosociaal onderzoek vergeleken. Tot teleurstelling van de onderzoekster bleek dit niet het geval te zijn; ze beschrijft dit als 'zonder meer jammer', omdat 'het invullen van de pijnwoordenlijst weinig tijd kost en door de patiënten als niet-bedreigend en vaak zelfs als zinvol wordt ervaren'.

Over dit onderzoek valt veel goeds te zeggen. Remerie heeft bewonderenswaardig veel werk gedaan: het is een hele toer om zo'n vierhonderd patiënten geselecteerd te krijgen, te bellen, een afspraak met ze te maken, ze naar een onderzoeksinstituut te laten komen en ze dan (gedurende 1 à 1,5 uur) te onderzoeken. Uitvoering, analyse en rapportage zijn – voor zover valt na te gaan – zeer zorgvuldig verricht.

Voor zover er iets op deze dissertatie valt aan te merken, zit dat vooral in het feit dat ieder huisartsgeneeskundig perspectief ontbreekt (niet verwonderlijk, aangezien bij het project – behalve de 'toeleveraars' – geen huisartsen betrokken waren).

Aan te nemen valt dat huisartsen de geringe voorspellende waarde van de pijnwoordenlijst niet als 'zonder meer jammer' zullen beoordelen. Natuurlijk zouden zij graag gebruik maken van diagnostische ezelsbruggetjes (vraag de patiënt de pijn te beschrijven, en je weet of psychosociale problematiek een rol speelt). Maar in beginsel zijn zulke instrumenten voor huisartsen in de omgang met patiënten niet nodig of wenselijk. De meeste huisartsen zullen de vraag of psychosociale problematiek een rol speelt liever gewoon rechtstreeks, zij het met gepaste terughoudendheid, aan hun patiënten voorleggen.

Inge Hofmans-Okkes

Standaarden

Voor de volgende werkgroepen vragen wij ter zake deskundige dan wel geïnteresseerde collegae, die bereid zijn actief aan de ontwikkeling van een NHG-Standaard bij te dragen.
- Chronische-recidiverende knieklachten;
- Mycotische huidaandoeningen;
- Bacteriële huidinfecties.

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

Deskundigheidsbevordering Maagklachten

Binnenkort verschijnt het Deskundigheidsbevorderingspakket bij de NHG-Standaard Maagklachten. De NHG-Standaard Maagklachten gaat ervan uit dat in de meeste gevallen (90 procent) de huisarts de diagnose en het beleid kan baseren op de anamnese en het lichamelijk onderzoek. Het DKB-pakket bevat oefeningen om de begrippen die in de standaard geïntroduceerd worden eigen te maken. Wat zijn aspecifieke maagklachten, refluxklachten, ulcusklachten of motiliteitsklachten: hoe zijn deze van elkaar te onderscheiden en welk beleid past bij deze diagnosen? In 5-10 procent van de gevallen is het noodzakelijk om aanvullende diagnostiek te verrichten. Essentieel is dat de huisarts ook het endoscopisch onderzoek op eigen verzoek kan laten verrichten. De uitslagen van deze onderzoeken kunnen geïnterpreteerd worden aan de hand van een overzichtelijk schema uit de standaard, waarmee in het DKB-pakket geoefend wordt. Op basis hiervan stelt de huisarts het beleid op. Naast de medicamenteuze behandeling is er aandacht voor de niet-medicamenteuze advisering en patiëntenvoorlichting.

Er is gestreefd naar een gevarieerd aanbod van onderwijsvormen: kennistoets, casuïstiek, scoringslijst, rollenspel en stellingen. Zowel voor grote groepen, als voor kleinere groepen, als voor zelfstudie, is materiaal aanwezig.

De plaatselijke coördinator van uw WDH heeft binnenkort de beschikking over het Deskundigheidsbevorderingspakket Maagklachten en kan u nader informeren over de nascholingsmogelijkheden.

Voor nadere informatie kunt u contact opnemen met de afdeling Deskundigheidsbevordering van het NHG, Elly Bakker, Postbus 3231, 2502 GE Utrecht. Telefoon 030-881.700.

Mededelingen voor de Agenda in nummer 6 (eind mei 1994) moeten op uiterlijk 28 april in het bezit zijn van het redactiesecretariaat.

April

General Practice Research in Dutch Academia *(Amsterdam, 15 april)*. Workshop. Inlichtingen: Secretariaat Commissie Geneeskunde van de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen, Postbus 19121, 1000 GC Amsterdam; telefoon 020-551.0779, fax 020-620.4941.

26th Ascona Meeting *(Ascona, 22-23 april)*. Informatie: Foundation of Psychosomatic and Social Medicine, CH-6612 Ascona, Zwitserland.

Predoctoral Education Conference *(Atlanta, 30 april t/m 4 mei)*. 27th Annual Spring Conference Society of Teachers of Family Medicine. Inlichtingen: STFM, PO Box 8729, 8880 Ward Parkway, Kansas City, MO 64114, USA. Fax 09.1.816.8220580.

Mei

The use of clinical standards and guidelines in general practice *(Kopenhagen, 5-8 mei)*. Bijeenkomst European General Practice Research Workshop. Inlichtingen: mw. H. Priek, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Limburg, Postbus 616, 6200 MD Maastricht; telefoon 043-882.319.

WONCA/SIMG-congres *(Estoril, Portugal, 25-28 mei)*. Inlichtingen: NHG-bureau, telefoon 030-881.700.

Door informatisering wijzer? – Nieuwe visies op zorg voor ziekte en gezondheid door informatiesystemen *(Groningen, 26 mei)*. Symposium. Inlichtingen: R. Vos, 050-633.331, of W. Jonker, 050-633.272; fax 050-633.311.

■ **Epidemieën en oorlog. Een historisch relatie** *(Amsterdam, 26 mei)* Medisch Historsiche Dag. Inlichtingen: Vakgroep Metamedica, sectie Medische Geschiedenis, Vrije Universiteit, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam; telefoon (dinsdag, woensdag en donderdag): 020-548.2700.

Medicine and philosophy: sciences, technologies and values *(Paris, 30 mei-4 juni)*. World Congress European Society for Philosophy of Medicine and Health Care. Inlichtingen: Prof. Henk ten Have, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen; fax: 080-540.254.

Juni

■ **Zorg, opvang en begeleiding van chronisch zieken** *(Ede, 2 juni)*. Congres Nationale Commissie Chronisch Zieken. Inlichtingen: Bureau Lambregts, Wilhelminastraat 5 III, 1054 VT Amsterdam; telefoon: 020-616.9540, fax: 020-683.9744.

■ **Epidemiologisch onderzoek: opzet en interpretatie** *(Kerkrade, 6-10 juni)*. Cursus door prof. dr. L.M. Bouter (VU) en ir. M.C.J.M. van Dongen (RUL). Informatie: Secretariaat Postdoctorale Opleiding Epidemiologie, EMGO-instituut, Vrije Universiteit; telefoon: 020-548.3398.

Augustus

Health Care Issues in Pluralistic Societies *(Nijmegen, 8-12 augustus)*. European Bioethics Seminar. Informatie: Drs. I.G. van der Heide, Vakgroep Ethiek, Filosofie en Geschiedenis van de Geneeskunde, KU Nijmegen, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen; telefoon: 080-615.320, fax: 080-540.254.

■ **Erasmus Summer Programme** *(Rotterdam, 15 augustus - 2 september)* Internationaal programma met 24 cursussen op het gebied van kwantitatief medisch onderzoek. Informatie: Mw. Y.K.S. Schunselaar, Bureau PAOG, Erasmus Universiteit Rotterdam; telefoon: 010-408.7881/7879, fax: 010-436.7271.

September

Samenwerking Arts-Fysiotherapeut, Nieuwe Wegen *(Apeldoorn, 17 september)*. Congres. Inlichtingen: Gevicon Organisatie, Hofstedeweg 78, 7535 CW Enschede; telefoon 053-328.289, fax 053-323.948.

■ **Referatendag Vlaamse Huisartsen Research** *(Antwerpen, 24 september)* Informatie: Congressecretariaat, t.a.v. Mw. A.M. Ryckaert, p/a VHI, St. Hubertusstraat 58, 2600 Berchem, België; telefoon: 00-32.3281.1616; fax: 00-32.3218.5184.

November

'De huisarts en zinvol handelen': tussen teveel en tekort doen *(Amsterdam, 25 november)*. NHG-congres. Inlichtingen: NHG-bureau, telefoon 030-881.700.

Medische Informatica Congres (MIC 94) *(Veldhoven, 25-26 november)*. Inlichtingen: VVAA Congresservice, telefoon 030-474.450; fax 030-474.519.

■ betekent: eerste vermelding.

Richtlijnen voor auteurs

Huisarts en Wetenschap volgt de *Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals* ('Vancouver style').

Algemeen Typ of print het manuscript op wit papier, formaat A4, met links een brede marge van ten minste 4 cm. Gebruik slechts één kant van het papier en gebruik anderhalve of dubbele regelafstand. Nummer de bladzijden doorlopend, in de rechter bovenhoek van elke bladzijde.

Gebruik de voorkeurspelling; gebruik voor medische termen de spelling volgens het 'Geneeskundig woordenboek' van Pinkhof-Hilfman en voor geneesmiddelen de spelling volgens het 'Farmacotherapeutisch kompas'. Gebruik voor huisartsgeneeskundige termen en begrippen de 'International glossary for primary care'.

Zend het manuscript in drievoud in een stevige envelop naar het redactiesecretariaat. Kopij dient vergezeld te gaan van een aanbiedingsbrief van de schrijver die verantwoordelijk is voor de verdere correspondentie over het stuk.

Bij de beoordeling van een manuscript gaat de redactiecommissie ervan uit dat het niet tegelijkertijd aan een ander tijdschrift is aangeboden of zal worden aangeboden, en dat het niet reeds eerder is gepubliceerd of door een ander tijdschrift voor publikatie is aanvaard. Zie voor het verdere beleid met betrekking tot dubbelpublikaties: Huisarts Wet 1990; 33(2): 50.

De redactiecommissie behoudt zich uitdrukkelijk het recht voor, aanvaarde artikelen en andere kopij redactioneel te (doen) bewerken.

Titelblad Op het titelblad moeten staan: de titel van het artikel; de voorletters en achternaam van elke auteur met vermelding van de hoogste academische graad (graden); de naam van de vakgroep(en) of instelling(en) waaraan het onderzoek moet worden toegeschreven; naam en adres van de auteur die verantwoordelijk is voor de correspondentie over het manuscript.

Samenvatting De tweede bladzij moet een samenvatting van niet meer dan 150 woorden bevatten. De samenvatting moet de doelstelling (c.q. vraagstelling of hypothese) van de studie vermelden, de gevolgde werkwijzen (proefpersonen, observatiemethoden, berekeningsmethoden), de voornaamste bevindingen en de voornaamste conclusies.

Structuur De tekst van artikelen over waarnemingen of experimenten wordt onderverdeeld in vier paragrafen: Inleiding, Methoden, Resultaten en Beschouwing:

Inleiding Geef de aanleiding tot het onderzoek kort weer. Vermeld alleen strikt noodzakelijke literatuurverwijzingen en geef geen uitgebreid overzicht van het onderwerp. Besluit de Inleiding met een vraagstelling of hypothese.

Methoden Beschrijf de samenstelling van de groep waarin de waarnemingen of experimenten zijn verricht (patiënten, controlegroepen). Beschrijf de methoden van onderzoek, apparatuur en werkwijzen voldoende gedetailleerd om andere onderzoekers in staat te stellen het resultaat te reproduceren. Volsta met een verwijzing bij algemeen toegepaste methoden (inclusief statistische methoden); geef bij methoden die niet algemeen bekend zijn, bovendien een korte beschrijving.

Resultaten Beschrijf de resultaten in een logische volgorde, bij voorkeur aan de hand van de vraagstelling, in tekst, tabellen en figuren. Herhaal in de tekst niet alle gegevens uit de tabellen en figuren; benadruk alleen belangrijke waarnemingen of vat deze samen.

Beschouwing Leg in de Beschouwing de nadruk op de nieuwe en belangrijke aspecten van het onderzoek en de daaruit getrokken conclusies. Herhaal niet in detail uitkomsten die al in de Resultaten zijn genoemd. Betrek in de Beschouwing de betekenis van de uitkomsten en hun beperkingen, en breng deze in verband met de bevindingen van anderen. Bespreek het verband tussen de conclusies en het doel van het onderzoek, maar vermijd daarbij gevolgtrekkingen en uitspraken die niet ten volle op de bevindingen kunnen steunen. Formuleer nieuwe hypothesen en aanbevelingen wanneer dat gerechtvaardigd is.

Andere soorten artikelen, zoals casusbeschrijvingen, overzichten en commentaren, vereisen vaak een andere vorm, en auteurs doen er goed aan zich op de hoogte te stellen van hetgeen op dit gebied gebruikelijk is in *Huisarts en Wetenschap*.

Dankbetuiging Dank alleen personen die in belangrijke mate tot het onderzoek hebben bijgedragen. Personen en instellingen mogen uitsluitend in een dankbetuiging worden genoemd, indien zij daartoe expliciet toestemming hebben verleend.

Literatuurverwijzingen Geef verwijzingen in de tekst naar de literatuur aan met opklimmende rangnummers. Verwijzingen die alleen in tabellen en figuren voorkomen, krijgen het nummer dat overeenkomt met de eerste plaats in de tekst waarin naar de desbetreffende tabel of figuur wordt verwezen.

Tabellen Typ elke tabel uit op een afzonderlijke bladzijde, met dubbele of anderhalve regelafstand. Nummer de tabellen doorlopend en voorzie elke tabel van een bondig opschrift. Voorzie elke kolom van de tabel van een kopje waarin bij voorkeur geen afkortingen dienen te worden gebruikt. Nadere uitleg van een tabel wordt gegeven in voetnoten, niet in het opschrift. Gebruik in tabellen geen verticale lijnen en maak slechts spaarzaam gebruik van horizontale lijnen.

Als in een tabel gepubliceerde of ongepubliceerde gegevens van anderen zijn gebruikt, vermeld dan de bron en verzeker u van toestemming.

Nadere inlichtingen kunnen worden ingewonnen bij het redactiesecretariaat (telefoon 030 – 881 700) of de eindredacteur (telefoon 03200 – 41 891).