

Oefentherapie bij acute lage-rugpijn

Faas A. *Dissertatie. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam, 1992; 154 bladzijden. ISBN 90-9005457-X.*

Arie Faas doet in deze dissertatie verslag van een onderzoek, dat werd geïnitieerd door de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het NHG. Om het maar direct duidelijk te stellen: een uitstekend proefschrift, een bijzonder gedegen onderzoek en een voor elke huisarts relevante vraagstelling met een bruikbaar en toepasbaar antwoord.

Iedere huisarts ziet geregeld patiënten met acute lage-rugpijn (duur: 0-6 weken), waarbij (aanvullend) onderzoek geen aanwijzingen voor een specifieke oorzaak oplevert. Desondanks is er sprake van een reëel probleem en stelt de patiënt vaak vele vragen; als huisarts hebben we het gevoel dat we iets moeten doen, maar wat? Het is misschien mede vanuit een gevoel van machteloosheid, dat er dan zoveel patiënten worden verwezen voor fysiotherapie.

De vraagstelling van dit deel van het onderzoek luidt: wat is de effectiviteit van oefentherapie bij acute, aspecifieke lage-rugpijn ten aanzien van functionele gezondheidstoestand, medische consumptie en ziekteverzuim? De vraag of oefentherapie bij acute lage-rugpijn het aantal *recidieven* vermindert, werd beantwoord in het proefschrift van Chavannes, dat in 1992 in dit tijdschrift besproken is (p. 407).

Als onderzoeksmethode werd gekozen voor een gerandomiseerde, enkel-blinde clinical trial. Het onderzoek was gericht op patiënten uit de huisartspraktijk, met sinds maximaal drie weken acute lage-rugpijn, eventuele uitstraling niet verder dan de knie. De voorafgaande twee maanden hadden de patiënten geen rugpijn-episode gehad. Specifieke oorzaken werden uitgesloten.

Alle patiënten ontvingen gestandaardiseerde, 'gebruikelijke' zorg, bestaande uit voorlichting en pijnstillers. De voorlichting had betrekking op: oorzaak van de pijn, de rol van het lichamelijk onderzoek, het beloop, het belang van warmte en eventueel korte bedrust, enkele preventieve maatregelen en eventuele vervolgspraken. Randomisatie vond plaats in drie groepen: de eerste groep ontving alleen de 'gebruikelijke' zorg; de tweede groep kreeg tevens vijf weken lang twee keer per week 20 minuten oefentherapie door de fysiotherapeut; de derde groep – die fungeerde als placebo-groep – kreeg van de fysiotherapeut 'ultrageluid-therapie' in een niet-werkzame dosering. De duur van de follow-up bedroeg 12 maanden.

Methodologisch voldoet het onderzoek aan

alle wetenschappelijke eisen, die gesteld dienen te worden. De zorgvuldigheid waarmee de dagelijkse uitvoering van het onderzoek gepaard ging, is bewonderenswaardig en vroeg veel energie. In totaal werden 473 patiënten ingesloten.

De oefentherapie had geen meerwaarde boven goede voorlichting en pijnstilling door de huisarts ten aanzien van het optreden van recidieven, noch ten aanzien van de functionele gezondheidstoestand en de medische consumptie (hoofdstuk 3). Er kon geen gunstige invloed van oefentherapie vastgesteld worden op het ziekteverzuim, noch wat betreft het aantal patiënten met verzuim, noch op de verzuimdur. Het leek er zelfs op dat in de oefentherapiegroep het verzuim langer duurde (hoofdstuk 4). Deze conclusies gelden zowel voor de gesommeerde ziekteduur per patiënt in het studiejaar als voor de episodische afzonderlijk (hoofdstuk 5).

Vervolgens werd nagegaan of de therapie misschien bij bepaalde subgroepen patiënten wél effect had (hoofdstuk 6). De populatie werd onderverdeeld aan de hand van de kenmerken: opvattingen van patiënten over de mate waarin zij zichzelf (interne oriëntatie) of anderen (externe oriëntatie) belangrijk achten voor hun gezondheid, en de aanwezigheid van emotionele problemen. Ook in de verschillende subgroepen bleek oefentherapie geen extra effect te hebben ten opzichte van de gebruikelijke zorg door de huisarts. Voor alle patiënten echter gold, onafhankelijk van de therapie, dat een lage externe oriëntatie samenging met een hoger verzuim en met een langere verzuimdur, terwijl emotionele problemen een ongunstige invloed hadden op de hinder in het dagelijks leven bij rugpijn.

Ook werd nagegaan werd in hoeverre de deelnemende huisartsen inderdaad aandacht besteedden aan de voorlichtingsaspecten (hoofdstuk 7). Daarbij bleek een aanmerkelijke discrepantie te bestaan tussen wat van de huisarts verwacht werd, en wat feitelijk in de praktijk uitgevoerd werd.

Het hoofdstuk 'Conclusies en aanbevelingen' is een schoolvoorbeeld van hoe zo'n hoofdstuk hoort te zijn. Op uiterst zorgvuldige en heldere wijze worden de bevindingen van het onderzoek gewogen, geïnterpreteerd en vergeleken met gegevens uit andere bronnen. Op grond van het geheel vindt een synthese plaats, die resulteert in eindconclusies en praktische richtlijnen.

Oefentherapie bij acute lage-rugpijn heeft dus geen meerwaarde boven de gebruikelijke

zorg door de huisarts, maar deze zorg wordt vaak niet gegeven: een dilemma. En dat is wel vaker een van de problemen: wanneer en hoe worden valide onderzoeksresultaten toegepast in de dagelijkse praktijkvoering? Kennis leidt niet automatisch tot gedragsverandering.

Het is te hopen dat de resultaten van dit onderzoek zullen worden verwerkt in opleiding, nascholing, en toetsingsprogramma's.

C.L.M. Appelman

Inter-doktervariatie in de huisartspraktijk

Marinus AMF. *Dissertatie. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1993; 206 pagina's. ISBN 90-9005984-X.*

Artsen verschillen in de manier waarop zij reageren op de dagelijkse stroom van hulpvragen waarvoor patiënten hun hulp inroepen. In dit proefschrift wordt verslag gedaan van een onderzoek naar de mate waarin inter-doktervariatie in de huisartspraktijk voorkomt, wat de aard van de variatie is en welke factoren bijdragen aan de verklaring ervan.

In hoofdstuk 2 wordt een uitvoerige literatuurstudie beschreven en worden meer toegepaste vraagstellingen geformuleerd. Hierbij wordt onderscheid gemaakt in variatie in algemene gebruikscijfers, diagnostische inter-doktervariatie, variatie in contactredenen van patiënten en variatie in diagnostische en therapeutische interventies. Vier groepen van oorzaken van variatie in medisch handelen worden besproken: onnauwkeurigheid in de gegevens, toevalsvariatie, patiëntgebonden factoren en arts-, praktijk, en systeemgebonden variatie.

De geformuleerde vraagstellingen worden beantwoord met behulp van geselecteerd secundair materiaal uit het Monitoring- en het Transitieproject. Dit materiaal wordt geschikt bevonden om inter-doktervariatie te bestuderen, zij het dat de nodige voorzichtigheid in acht genomen moet worden ten aanzien van de generaliseerbaarheid (hoofdstuk 3). In het vierde hoofdstuk wordt een aantal statistische spreidingsmaten kritisch bekeken en wordt geconcludeerd, dat de p2-maat het meest aan de gestelde criteria voldoet. De score op de P2-maat geeft de som van de absolute verschillen tussen waargenomen en verwachte (op basis van indirecte standaardisatie) waarden als percentage van de som van de verwachte waarden. Deze kan groter zijn dan 100 procent. Om te controleren op toevalsvariatie wordt tevens de sigma-kwadraat maat van McPherson gebruikt.

Uitkomsten

In de hoofdstukken 5-8 worden vervolgens de vraagstellingen beantwoord. Wat betreft de algemene gebruiksindicatoren zijn de verschillen relatief gering. In contactfrequentie verschillen de huisartsen het minst; wat betreft het aantal oude diagnoses (diagnosen gesteld in vervolcontacten) verschillen zij sterker. Dit wordt verklaard vanuit verschillen in terugbestelgedrag. Vier praktijken namen aan beide projecten deel. De variatie tussen deze praktijken bleek in de loop van de tijd (4-9 jaar) af te nemen. De diagnostische inter-doktervariatie bleek van (ICPC-)hoofdstuk tot hoofdstuk te verschillen. De grote inter-doktervariatie in hoofdstuk W (zwangerschap, bevalling, anti-conceptie) wordt toegeschreven aan verschillen in het delegeren van taken aan de assistente.

Behalve op het niveau van de hoofdstukken werd ook de inter-doktervariatie in diagnoses en episoden bestudeerd. Deze bleek aanzienlijk te zijn, ook na correctie voor leeftijd en geslacht. Deels betrof dit restcategorieën (bijvoorbeeld andere infectie tractus respiratorius). Een andere groep met veel inter-doktervariatie werd gevormd door episoden waarbij angst voor een bepaalde ziekte centraal staat. De huisartsen bleken in het algemeen een duidelijke voorkeur te hebben voor het stellen van óf symptoomdiagnosen óf juist klassieke diagnoses. In sommige gevallen was er een duidelijke verklaring voor de grote variatie (bijvoorbeeld de aanwezigheid van een eerstehulppost in de omgeving), maar in het algemeen wordt geconcludeerd dat verklaringen onmogelijk zijn, zolang er nog onvoldoende informatie is over de aard van de transactie tussen huisarts en patiënt waarbinnen de diagnose geconstitueerd wordt.

Opvallend is de geringe inter-doktervariatie bij de episoden depressie, hyperventilatie en irritable bowel syndrome. Het al dan niet zeker zijn van de diagnose bleek vooral een kenmerk van de huisarts te zijn en in mindere mate van het soort diagnose.

De inter-doktervariatie bij contactredenen op het niveau van de ICPC-hoofdstukken komt sterk overeen met die bij episoden en diagnoses. Grote variatie komt vooral voor bij verzoeken om een bepaalde interventie en angst voor een bepaalde ziekte.

Inter-doktervariatie bij interventies blijkt met name groot op het gebied van gericht onderzoek voor psychische en sociale klachten, bij het aantal malen dat advies gegeven wordt en het aantal therapeutische gesprekken. Wat betreft voorschrijven en verwijzen is de variatie relatief gering, met uitzondering van het voorschrijven bij sociale problemen. Aanvragen

voor bloedonderzoek nemen een middenpositie in.

Tenslotte worden de relaties tussen algemene gebruikscijfers, diagnostische interpretaties, contactredenen en interventies bestudeerd. De variatie blijkt niet at random over de praktijken verdeeld te zijn, maar duidelijke patronen te vertonen. Huisartsen met veel contacten en episoden per patiënt blijken ook veel lichamelijk onderzoek te verrichten. Ook bestaat er een duidelijke relatie tussen de algemene gebruikscijfers enerzijds en anderzijds het aantal aanvragen voor bloed- en röntgenonderzoek, het geven van adviezen, het voorschrijven van medicatie en het verwijzen naar de tweede lijn.

Met behulp van clusteranalyse zijn vijf groepen huisartsen met een omschreven 'eigen' werkstijl onderscheiden. De werkstijl bleek samen te hangen met de lokatie van de praktijk.

Commentaar

Het gaat hier om een relevant en interessant onderwerp, en het aantal bevindingen kan concurreren met het enorme aantal gegevens. Ik vind het daarom des te meer te betreuren, dat de kwaliteit van de verslaglegging hiermee geen gelijke tred houdt. Ook na herhaalde malen lezen van dit proefschrift bleef ik het een moeilijke, zo niet een onmogelijk opgave vinden om me een nauwkeurig beeld te vormen van de opzet van het onderzoek en het soort analyses die zijn uitgevoerd. Ondanks urenlang gepuzzel ben ik er niet zeker van of ik de knoop op de juiste manier ontward heb. Dit is mede toe te schrijven aan de gebrekkige wijze van verslaglegging en aan het feit dat de onderzoekster ervoor koos allerlei ingewikkelde zaken aan de orde te stellen en eenvoudiger – maar in dit kader wel relevante – zaken onbesproken te laten.

Zo is mij niet duidelijk geworden of het onderzoek betrekking had op huisartsen of op praktijken, terwijl dit in een onderzoek naar inter-doktervariatie toch een wezenlijke vraag is. In de inleiding lees ik, dat het een onderzoek 'naar inter-doktervariatie (of eigenlijk interpraktijkvariatie)' betreft. De operationele definitie van inter-doktervariatie wordt in hoofdstuk 4 omschreven als 'variatie tussen huisartsen (huisarts-praktijken)'. In hoofdstuk 3 (materiaal) staat in de overzichtstabel dat 8 respectievelijk 22 praktijken aan de twee projecten deelnamen, terwijl op de volgende pagina's gesproken wordt over deelnemende huisartsen die werkten in een gezondheidscentrum, duo- of solopraktijk. De tabellen uit de resultaten-hoofdstukken hebben veelal betrekking op huisartsen, hoewel in de tekst ook over deelne-

mende praktijken wordt gesproken. Tabellen met informatie over de leeftijd-geslachtsverdeling hebben betrekking op praktijken, hoewel bij de beschrijving van het Transitieproject (hoofdstuk 3) wordt vermeld, dat iedere patiënt stond ingeschreven bij een bepaalde huisarts. Tenslotte lees ik in de samenvatting: 'Interdoktervariatie betekent hier variatie tussen praktijken. Patiënten zijn ingeschreven bij een bepaalde praktijk en dit vormt de eenheid van onderzoek'.

Ook de beschrijving van de verzamelde gegevens en van de bewerkingen die hiermee gedaan zijn, is onvoldoende; dit wordt kortweg besproken in termen van 'bestanden'. Een nauwkeurige omschrijving van centrale begrippen, zoals nieuwe contactredenen, oude diagnoses en nieuwe episoden, ontbreekt.

Dit gemis wordt voelbaar in de resultaten-hoofdstukken. In hoofdstuk 5 (algemene gebruikscijfers) wordt bijvoorbeeld gesteld, dat er vanuit het Transitieproject verschillende (5) indicatoren voor algemeen gebruik beschikbaar zijn: het totale aantal contacten, respectievelijk nieuwe episoden, diagnoses, nieuwe contactredenen en contactredenen. In de eerstvolgende tabel die op dit project betrekking heeft, wordt een andere opsomming gepresenteerd (oude diagnoses in plaats van de aangekondigde diagnoses) en in de daarop volgende tabel zijn de oude diagnoses vervangen door 'oude' diagnoses en wordt naast het aantal nieuwe episoden ook het aantal episoden onderscheiden. In de derde tabel gaat het weer om een andere opsomming dan in de twee voorgaande. Een ander vraagteken betreft de precieze berekening van de indicatoren. Uit het methode-hoofdstuk begrijp ik dat er indirect gestandaardiseerd is op leeftijd en geslacht. Bij de resultaten komen echter correcties op verzekeringsvorm en op aantallen episoden om de hoek kijken. Met name dit laatste is van groot belang bij de interpretatie van de uitkomsten. De titels bij de tabellen zijn in dit opzicht ook weinig informatief.

Kortom, de lezer krijgt een doolhof voorgeschoteld. Dit had voorkomen kunnen worden door het methode-deel af te sluiten met een opsomming van indicatoren die per huisarts berekend zijn en een duidelijke beschrijving van de wijze waarop dat gebeurd is. Voor de lezer zou het verslag hierdoor aanzienlijk toegankelijker zijn geworden en mogelijk zou de onderzoekster zich dan ook meer beperkingen hebben opgelegd.

De beschrijving van de projecten waaruit de geselecteerde gegevens gebruikt worden, is be-

perkt gehouden. Daarentegen wordt veelvuldig verwezen naar publikaties uit die projecten. Dat vind ik niet geheel terecht. De onderzoekster constateert dat beide registratieprojecten niet waren opgezet met het doel inter-doktervariatie te onderzoeken. Dit betekent dat bij de opzet en de uitvoering van die projecten allerlei beslissingen genomen zijn die in de lijn liggen van de registratiedoelstelling. Welke zijn deze beslissingen en in hoeverre passen die wel of niet binnen de doelstelling van het onderzoek naar inter-doktervariatie?

Gesteld wordt dat de gegevens 'onder praktisch ideale omstandigheden' verzameld zijn. Hiermee wordt bedoeld dat de deelnemende huisartsen gemotiveerd waren om gedurende lange tijd aan het onderzoek deel te nemen en dat zij vooraf een training hebben gekregen. Waaruit bestond deze training, en in hoeverre zijn de 'ideale omstandigheden' van invloed op de onderzochte inter-doktervariatie?

De P2-maat is als spreidingsmaat geschikt om op te sporen op welke punten zich meer of minder inter-doktervariatie voordoet. Om te laten zien hoe de verschillen tussen de onderzochte huisartsen er uitzien, worden meestal de relatieve bijdragen van de huisartsen gepresenteerd (verschil tussen de feitelijke en de verwachte waarde, gedeeld door de verwachte waarde). Aangezien de onderzochte groep zijn eigen referentiegroep vormt, scoort telkens ongeveer de helft positief en de andere helft negatief. Alleen in hoofdstuk 5 over de algemene gebruikscijfers wordt hiervan afgeweken; hier wordt de gebruikelijke contactfrequentie gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht weergegeven. Deze laatste wijze van presentatie is informatiever, omdat daarmee een betere kwantitatieve interpretatie mogelijk wordt gemaakt.

Kortom: een proefschrift met een interessante probleemstelling, waarvoor een groot, gerenommeerd gegevensbestand wordt gebruikt. Een aantal methodologische vraagstukken wordt echter onvoldoende opgehelderd, waardoor de onderbouwing van de conclusies, ook voor de geïnteresseerde lezer, moeilijk te volgen is.

Tenslotte een interessante algemene conclusie die de onderzoekster uit haar onderzoek trekt: inter-doktervariatie is een fenomeen waarmee rekening moet worden gehouden bij de interpretatie van morbiditeitsgegevens; ze doet daarbij de suggestie om voortaan steeds de invloed van inter-doktervariatie bij deze cijfers aan te geven.

Henk Mokkink

Influenza bij ouderen

Govaert ThME. Dissertatie. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1994; 167 bladzijden.

Het proefschrift waarop de Limburgse huisarts Govaert op 8 april j.l. promoveerde, bevat een serie van zeven huisartsgeneeskundige studies rond het thema 'influenza bij ouderen'. Daarbij is een onderzoek in de eigen praktijk naar de incidentie van influenza en influenza-achtige ziektebeelden, waarin alle patiënten betrokken werden, en een gerandomiseerd dubbelblind placebo-gecontroleerd onderzoek in vijftien huisartspraktijken naar de effectiviteit van vaccinatie tegen influenza. Degelijk werk, gepresenteerd in een zeer toegankelijke vorm. Elk hoofdstuk kan als afzonderlijk artikel gelezen worden.

Als aanleiding voor zijn onderzoek noemt Govaert de sterfte direct of indirect ten gevolge van influenza of influenza-achtige ziektebeelden (IAZ), die voor 95 procent valt binnen de leeftijdscategorie van 60 jaar en ouder, en het feit dat er getwijfeld wordt aan het 'nuttig renderend' van influenzavaccinatie.

Zeven deelstudies

Na een historisch overzicht van het influenzaonderzoek van 1847 tot heden beschrijft Govaert eerst het explorerend onderzoek in de eigen praktijk naar de incidentie van griep en de vaccinatiegraad. De reden voor dit onderzoek is, dat opgegeven incidentiecijfers niet eensluidend zijn. Opmerkelijk is dat alle 5746 patiënten uit de praktijk werden ondervraagd (80 procent respons), waardoor incidentiecijfers werden gevonden die drie- tot viermaal hoger zijn (afhankelijk van welk diagnoseclassificatiesysteem wordt gehanteerd) dan opgegeven door de Nederlandse peilstations, die moeten uitgaan van diagnoses tijdens arts-patiënt contacten. Op deze manier is aannemelijk gemaakt dat veel patiënten hun huisarts niet consulteren voor griep.

In het onderzoek naar de vaccinatiegraad in de eigen praktijk blijkt dat met een actief opsporings- en oproepbeleid onder risicopatiënten een vaccinatiegraad van 93 procent werd gehaald.

Vervolgens wordt uitvoerig het 'multi-center' onderzoek beschreven, waaraan 34 huisartsen, verdeeld over 15 praktijken met een totale populatie van 68.988 personen, deelnamen. Er werd een onderzoekpopulatie geselecteerd van 1838 zelfstandig wonende personen van 60 jaar en ouder, die naar hun eigen oordeel en dat van hun huisarts niet beoordeeld tot een risicogroep.

Het eerste onderzoek uit deze serie was naar de voorspellende waarde van de symptomatologie van influenza. De voorspellende waarde van een klinisch gestelde diagnose door de huisarts met serologisch bewezen influenza als gouden standaard bedroeg 35 procent. Als officiële classificatiemethoden (peilstations en ICHPPC-2) werden toegepast, was de voorspellende waarde nog lager (respectievelijk 24 en 18 procent). De combinatie koorts, hoesten en acuut begin had de grootste voorspellende waarde voor de diagnose influenza.

Het tweede onderzoek was naar de ziekte-duur van influenza-achtige ziektebeelden bij ouderen. Hier werd gevonden dat de ziekte-duur van influenza korter is dan van IAZ (gemiddeld respectievelijk 5 en 7 dagen), en dat deze niet significant wordt beïnvloed door vaccinatie- en risicostatus, noch door geslacht of leeftijd.

Dan volgen drie gerandomiseerde dubbelblinde placebo-gecontroleerde studies over influenzavaccinatie in dezelfde onderzoeksgroep. De eerste betreft bijwerkingen van vaccinatie. Deze blijken mild en van voorbijgaande aard. Alleen lokale bijwerkingen kwamen bij gevaccineerden significant vaker voor dan bij degenen die een placebo toegediend hadden gekregen. Het tweede onderzoek uit deze serie gaat over de immunrespons op influenzavaccinatie. Een beschermende antilichaamtiter werd, afhankelijk van de onderzochte stam, gevonden bij 43 tot 68 procent van de gevaccineerde deelnemers. Het laatste onderzoek is de kroon op het werk en betreft de effectiviteit van vaccinatie. Er werd een morbiditeitsreductie ten gevolge van vaccinatie gevonden van 50 procent bij serologisch bewezen influenza. Indien uitgegaan wordt van de op klinische gronden gestelde diagnose, is de morbiditeitsreductie door vaccinatie 47 tot 17 procent. Opmerkelijk is dat van de 121 patiënten met serologisch bewezen influenza slechts 54 patiënten klinische symptomen vertoonden.

Govaert concludeert dat een morbiditeitsreductie van 50 procent in de leeftijdscategorie waarin 95 procent van de sterfte ten gevolge van influenza zich voordoet, 'pleit voor een optimalisering van de vaccinatiegraad onder ouderen'.

Commentaar

Het is niet helemaal duidelijk of dit nu een pleidooi is voor het vaccineren van alle ouderen, maar het lijkt er wel op. Als conclusie van dit onderzoek gaat dat echter net iets te ver, want het effect van vaccinatie op de complicaties van influenza en op de mortaliteit is niet onderzocht.

Aan de ene kant is Govaerts effectiviteitsstudie zeer bijzonder van opzet: de meeste effectiviteitsstudies zijn retrospectief en als ze al prospectief zijn, niet dubbelblind placebo-gecontroleerd. Daar staat tegenover dat hij zich heeft moeten behelpen met een onderzoeksgroep van relatief gezonde ouderen, dus personen die volgens de bestaande richtlijnen niet gevaccineerd hadden behoeven te worden. Om dit te compenseren zijn binnen de groep personen onderscheiden die toch in een of ander opzicht een relatief verhoogd risico hadden. Dit doet wat gekunsteld aan, maar het was de enige mogelijkheid, want voor een dubbelblind placebo-gecontroleerd onderzoek onder echte risicopatiënten zou de medisch-ethische commissie van de universiteit waarschijnlijk geen toestemming hebben verleend. Het gevolg is dat influenza in de onderzoeksgroep verschijnt als een relatief onschuldige, kortdurende ziekte, die weinig sporen nalaat. Bovendien bleken de relatieve risicopatiënten in de onderzoeksgroep in geen enkel onderzocht opzicht te verschillen van hun nog gezondere leeftijdgenoten. Influenzamortaliteit kwam niet voor.

Dit neemt niet weg dat Govaert een indrukwekkende hoeveelheid doorwrocht en kwalitatief hoogstaand huisartsgeneeskundig onderzoek heeft afgeleverd, dat wezenlijk bijdraagt aan de kennis van influenza bij ouderen. Het boek kan ik zeer aanbevelen, zowel aan degenen die in influenza geïnteresseerd zijn, als aan belangstellenden in goed wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk.

G.W. Salemink

Medisch mishandelen

Steenhorst R. *Utrecht: Spectrum, 1993; 212 bladzijden, prijs NLG 24,90. ISBN 90-274-3296-1.*

Dit is een afschuwelijk boek, voor een dokter.

Het gaat over tien situaties van medisch handelen waarbij het meestal vreselijk uit de hand gelopen is. Het is bedoeld voor het grote publiek, niet voor artsen, en is geschreven door een medisch journalist. Het gaat om patiënten en nabestaanden die ernstig gekwetst zijn in hun gevoel van rechtvaardigheid na medisch mishandelen. De slachtoffers zijn zozeer gekwetst, dat ze er jarenlange procedures voor over hebben. Meestal zijn het situaties waarin een reeks van handelingen fout is uitgevoerd of fout heeft uitpakt. De les voor dokters gaat over vier onderwerpen: nederigheid tegenover de feiten, uitleg over de fouten, de bejegening daarna en de fouten in de organisatie.

Zoals het sterfbed van de 86-jarige vrouw. Ze gaat geleidelijk aan achteruit na een CVA, ontwikkelt een vasculaire insufficiëntie van de benen met necroseplekken, haar Cara geeft benauwdheid en terminaal vermoedelijk een pneumonie. Patiënte en familie hebben herhaaldelijk de wens tot euthanasie te berde gebracht; ze wilde niet stikken. De huisarts had aangegeven tot euthanasie bereid te zijn als het zover zou komen. Uit het verslag blijkt echter dat er geen herhaalde en open bespreking van het aanstaande sterven heeft plaats gevonden. De huisarts houdt het gesprek daarover af en onderschat het lijden. Er moet vaak gevraagd worden om een visite aan huis. Daar komen allerlei ongelukkige uitspraken bij. Uiteindelijk stikt de vrouw. In dit geval gaat het dus om miskennen van de feiten, geen uitleg daarover en fouten in de bejegening.

Een andere situatie beschrijft fout-positieve diagnostiek bij een vermoeden op carcinoom. Behalve het mishandelen zelf, afwijken van de standaardprocedure, wordt de achterliggende drijfveer besproken, de angst voor een fout-negatieve uitslag. In deze casus gaat het de patiënt niet alleen om de foute diagnose, maar vooral om het vervolg: de uitleg en de bejegening. Daarom kwam het tot een procedure.

Het boek besluit met tips en adressen voor het volgen van allerlei klachtenprocedures.

Dit boek is zozeer vanuit het perspectief van de patiënt geschreven, dat lezing niet in eerste instantie defensieve neigingen oproept. Je vraagt je steeds af hoe je het in je eigen praktijk geregeld hebt, met die Pap IV-uitslagen en met dat schone sediment bij de koortsende zwangere. En hoe je handelde bij je laatste miskleun; of eigenlijk dat kleine niet verwijtbare miskleuntje, waar je steeds weer over na moet denken... Daarom is dit boek aan te raden aan artsen.

N.P. van Duijn

Reumatoïde artritis. Waarom?

Blaser N. *Baarn: Ambo, 1994; 84 bladzijden, prijs NLG 27,50. ISBN 90-263-1272-5.*

Compendium kindergeneeskunde

Diagnostiek en behandeling.

Derksen-Lubsen G, Van Steensel-Moll HA, Visser HKA, red. *Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 1994; 800 bladzijden, prijs NLG 125,-. ISBN 90-313-1518-4.*

De rotonde van lichaam en geest

Psychologische aspecten van ziekte,

gezondheid en gezondheidszorg. Bensing JM.

Oratie Universiteit Utrecht. Utrecht: Nivel, 1994; 58 bladzijden. ISBN 90-6905-249-0.

Cardiovascular disease risk factors

New areas for research. Report of a WHO

Scientific Group. Geneva: WHO, 1994;

vi + 53 bladzijden, prijs SWF 10,-.

ISBN 94-4-12084-4.

Landelijke standaard voor de diagnose en behandeling van voedselovergevoeligheid bij zuigelingen op het consultatiebureau

Den Haag: Landelijk Informatiecentrum

Voedselovergevoeligheid, 1994; 56

bladzijden, prijs NLG 10,-.

ISBN 90-74420-08-7. Informatie:

070-351.0890.

Het virus cultuurverschillen

Pinto D. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum,

1994; 139 bladzijden, prijs NLG 45,-.

ISBN 90-313-1793-4.

Interculturele conflicten

Pinto Y, Pinto D. Houten: Bohn Stafleu Van

Loghum, 1994; 168 bladzijden, prijs

NLG 35,-. ISBN 90-313-1799-9.

Abnormaal bloedverlies per vaginam

Pigmans VG, Westendorp ICD, Hamerlynck

JVThH, et al. Bijblijven 10(5). Houten: Bohn

Stafleu Van Loghum, 1994; 53 bladzijden;

abonnement NLG 330,- per jaar (studenten

NLG 220,-; België BFR 7590).

ISSN 0168-9428.

Thuis sterven is doodgewoon

Brochures voor respectievelijk huisartsen,

verzorgenden en verpleegkundigen,

maatschappelijk werkers, helpenden en

verzorgenden in de thuiszorg. NLG 2,50 per

stuk. Te bestellen bij het Landelijk Steunpunt

VTZ, Postbus 100, 3980 CC Bunnik; telefoon

03405-96.266.