

### Detection of problem drinkers in general practice

Cornel M. *Dissertatie Rijksuniversiteit Limburg, Amsterdam: Thesis, 1994; 173 pagina's, prijs NLG 35,-, ISBN 90-5170-264-7.*

'The proof of the pudding is in the eating.'

Dit thema is weliswaar niet het onderwerp van het proefschrift waarop Michiel Cornel op 29 september j.l. promoveerde, maar is mede op grond van zijn eigen stellingen een van de maatstaven die gebruikt mogen worden bij de beoordeling van het praktisch nut van zijn proefschrift.

Cornel heeft een antwoord trachten te geven op een aantal voor de huisartsengeneeskunde uiterst relevante vragen. Naar mijn mening is hij daar in wisselende mate in geslaagd. Allereerst dient hem lof toegezwaaid te worden voor het opzetten en uitvoeren van een dergelijk groot onderzoek onder veel huisartsen. Niet alleen is dit uiterst lastig qua methodologie en statistiek, maar met name de bereidheid van derden, in dit geval de huisartsen en hun patiënten, bepaalt in hoge mate het succes van de onderneming. Gezien zijn responspercentages is hij er zeer behoorlijk in geslaagd de betrokkenheid van alle betrokkenen voor de duur van het onderzoek vast te houden. Daarnaast zou ik vooraf willen opmerken dat dit proefschrift in methodologische en statistische zin heel wel door de beugel kan. Wel hadden meer betrouwbaarheidsintervallen gepresenteerd mogen worden en niet slechts p-waarden en puntschattingen. Hoewel het gebruik is geworden dat artikelen worden opgenomen in een proefschrift zonder daar nog veel bewerkingen op uit te voeren, stoort dit bij de lezing. De overlap is vaak hinderlijk.

Allereerst wilde de auteur een nieuw screeningsinstrument ontwikkelen, gebaseerd op bestaande vragenlijsten. Het nieuwe 'instrument' zou probleemdrinkers ééndimensionaal moeten meten en bruikbaar moeten zijn als graadmeter voor de ernst van de problematiek. In het eerste hoofdstuk gaat Cornel daar uitgebreid op in. Kritisch lezend moet ik tot de conclusie komen dat de reeds bestaande instrumenten en het door hem ontwikkelde instrument qua psychometrisch kenmerken, validiteit en betrouwbaarheid niet of nauwelijks van elkaar verschillen. Door gebruik te maken van een geavanceerde statistische methode is wel een vragenlijst ontwikkeld met een zodanige homogeniteit aan items, dat men van een ééndimensionale meting van het concept probleemdrinkers kan

spreken en er tevens vertrouwen in mag hebben dat de score een indicatie is voor de ernst van de problematiek. Dit is duidelijk winst. Het is dan wel de vraag of men in wetenschappelijk studies zou moeten afwijken van de internationaal gebruikte vragenlijsten en deze nieuwe index moet aanhouden.

De tweede vraag van de auteur was: 'Hoe groot is het aantal probleemdrinkers onder patiënten die de huisarts ten minste eens per jaar bezoeken?' Daarbij kwamen alle vragenlijsten op ongeveer dezelfde schatting uit. De door Cornel gevonden prevalenties verschillen niet wezenlijk van de prevalenties die elders in Nederland gevonden zijn. Belangrijk is dat in het gedeelte over de prevalentieschatting de gebruikte instrumenten grotendeels wel dezelfde patiënten aanwezen. Dit is een belangrijke aanvulling op onze kennis inzake de validiteit van de gebruikte vragenlijsten en de mate waarin ze betrouwbaar worden ingevuld. Tien procent van de probleemdrinkers wordt door de huisarts als zodanig herkend. In de Filterstudie in Amsterdam-Oost/Zuid-Oost werden vergelijkbare cijfers verkregen. Er lijkt dus nog iets te verbeteren.

De volgende vraag luidde: 'Kunnen niet herkende probleemdrinkers beter opgespoord worden aan de hand van een aantal kenmerken?' Bij dit hoofdstuk wrekt zich mijns inziens de statistiek. De kenmerken van probleemdrinkers kunnen zowel het gevolg zijn van een (langdurig) bestaand probleem als daarop enigerlei wijze oorzakelijk mee samenhangen. Omdat het hier een dwarsdoorsnede-onderzoek betreft, is hierover geen uitspraak te doen. Als in het model roken, geslacht, leeftijd en, losjes gedefinieerd, *life events* of psychosociale problemen als belangrijkste voorspellers worden opgenomen, dan vrees ik dat we hier midden in het probleem van de kip of het ei zitten. De vraag is of deze gegevens zodanig specifiek te noemen zijn, dat op grond hiervan voortaan probleemdrinkers herkend kunnen worden.

Tot slot stelt de auteur zich de vraag of de niet-herkende probleemdrinkers kunnen worden opgespoord aan de hand van hun redenen de huisarts op te zoeken. Een heel grote verdienste vind ik dat duidelijk gemaakt wordt dat er geen wezenlijk verschil is in redenen om de dokter te bezoeken en de door de arts gestelde diagnosen bij mensen die wel en geen (verborgen) probleemdrinker zijn. Dit onderstreept nog eens de beperktheid van de uitgebreide 'signalenlijst' van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Aan de hand van redenen voor bezoek en klachten c.q. diagnosen lijken dus

geen categorieën te kunnen worden samengesteld met een verhoogd risico op probleemdrinken.

Dit proefschrift is een belangrijke bijdrage aan onze kennis over de wijze waarop mensen met alcoholproblemen zich in de huisartsenpraktijk presenteren en de wijze waarop zij kunnen worden opgespoord. Het geeft enig inzicht in de werkwijze van de huisarts bij het vaststellen van de diagnose 'probleemdrinker'. De door de auteur ontwikkelde vragenlijst is een aanwinst bij het streven de vroegdiagnostiek verder te ontwikkelen. Een duidelijke tekortkoming vind ik dat niet of maar zeer gebrekkig wordt ingegaan op mogelijkheden om met kortdurende interventies de huisarts ook een therapeutisch alternatief te bieden, met andere woorden: 'Wat te doen nadat ik bij mijn patiënt het alcoholprobleem heb vastgesteld?'. De auteur lijkt zich in deze materie onvoldoende te hebben verdiept.

Er is weer een nieuwe stap in de ontwikkeling van de vroegdiagnostiek van alcoholproblematiek gezet. Niettemin blijft stelling 4 van de auteur onverkort van belang: 'Het gebruik van vragenlijsten voor patiënten in de huisartsenpraktijk roept meer bezwaren op bij artsen dan bij patiënten.' Zodra ook dit punt naar behoren aangepakt kan worden, heeft vroege signalering van alcoholproblemen een reële kans van slagen. Wellicht is dit een onderwerp dat in een nieuw proefschrift verder zal worden uitgezocht, of bij het Nederlands Huisartsen Genootschap de nodige prikkels oproept om actief aan de slag te gaan.

J. van Limbeek

### Vaginal discharge and bacterial vaginosis in family practice

*Behavioural aspects, epidemiology, diagnosis, natural history and health education. Van Royen P. Dissertatie. Antwerpen: Universitaire Instelling Antwerpen, 1993; 220 bladzijden, prijs NLG 23,-. Te bestellen via Departement Geneeskunde, Universiteitsplein 1, B-2610 Antwerpen.*

Klachten over vaginale afscheiding worden vaak aan de huisarts voorgelegd: één à twee keer per week. Onder de mogelijke oorzaken van die klachten neemt bacteriële vaginose een belangrijke plaats in: 18-50 procent. Bacteriële vaginose is een verstoring van het microbiële evenwicht in de schede met waarschijnlijk een multifactoriële etiologie. Lactobacillen, nor-

maal in grote getale aanwezig in de schede, zijn vervangen door anaërobe bacteriën – Mycoplasma, Mobiluncus en Gardnerella vaginalis – zonder dat er sprake is van een ontstekingsproces. Een kenmerkend verschijnsel is de onaangename geur van de afscheiding.

De diagnose wordt, bij het ontbreken van een causaal agens, gesteld op grond van klinische criteria: homogene fluor, een verhoogde pH van de afscheiding (>4,5), een rotte-visgeur na toevoeging van KOH aan de fluor, en zogenaamde clue-cellen in het fysiologisch-zoutpreparaat. Clue-cellen zijn met bacteriën beladen vaginale epitheelcellen die ontstaan als Gardnerella vaginalis en andere bacteriën in overmaat aanwezig zijn en zich hechten aan het epitheel.

Bacteriële vaginose verloopt in het algemeen ongecompliceerd en is niet seksueel overdraagbaar, maar heeft een neiging tot recidiveren. Recent zijn enkele publikaties verschenen die een relatie legden tussen bacteriële vaginose en zwangerschapscomplicaties. In afwachting van nadere gegevens is behandeling alleen geïndiceerd bij klachten.

De Antwerpse huisarts Van Royen belicht dit probleem vanuit het perspectief van de huisarts en doet verslag van onderzoek naar aspecten van vaginale afscheiding/bacteriële vaginose in de verschillende fasen van het consultatieproces: de premedische periode, epidemiologie in de huisartspraktijk, diagnostiek door de huisarts, therapie en voorlichting.

Het onderzoek naar de premedische fase, met behulp van een vragenlijst, leverde voor Vlaanderen een beeld op dat consistent is met dat van Van der Meijden et al. in 1987 vonden in een vergelijkbaar onderzoek in Nederland: een derde van alle vrouwen heeft op het moment van invullen van de vragenlijst vaginale afscheiding en de meerderheid daarvan vindt dat hinderlijk. Tweederde van alle vrouwen heeft ooit vaginale afscheiding gehad. Het is vooral een probleem van jonge vrouwen (15-35 jaar). Er is weinig kennis over oorzaken van afscheiding en een grote behoefte aan informatie. Van de ondervraagden zou 44 procent meteen naar de dokter gaan met afscheiding, waarbij Van Royen opmerkt dat er sprake is van aanzienlijk uitstelgedrag (van de 56 procent die niet meteen zou gaan). Het is de vraag of dat terecht is: veel fluorklachten verdwijnen spontaan en er zijn maar weinig vaginale of cervicale aandoeningen waarbij een snel bezoek aan de huisarts geïndiceerd is (bijvoorbeeld geslachtsziekten die gepaard gaan met fluor).

Epidemiologische data over vaginale klach-

ten werden verzameld in vier huisartspraktijken in het centrum van Antwerpen. Hier deed zich het zogenaamde 'denominator-probleem' voor: in Vlaanderen heeft een huisarts geen vaste praktijkpopulatie, dus geen 'noemer', wat incidentie- en prevalentieberekeningen bemoeilijkt. Van Royen geeft dan ook als maat voor het voorkomen van vaginale klachten of problemen het aantal vrouwen dat daarmee kwam per 1000 vrouwen die de huisarts bezochten: 35. Dat cijfer is niet te vergelijken met de incidentiecijfers uit bijvoorbeeld het Transitieproject of de Nationale Studie. Inzichtelijker is de diagnoseverdeling bij alle vrouwen die met vaginale klachten de huisarts bezoeken: zeer veel Candida (44 procent), 22 procent bacteriële vaginose en een grote groep zonder microbiële diagnose (35 procent).

Een ander probleem in dit deel van de studie is, dat alle diagnoses op het klinisch en microscopisch oordeel van de huisarts gebaseerd waren. Daardoor was het niet mogelijk Chlamydia en gonorrhoe vast te stellen (daarvoor is kweken nodig). In de binnenstad van Antwerpen waren vast wel SOA's te vinden bij vrouwen met vaginale klachten (en dat blijkt ook wel uit de rest van het onderzoek).

#### Etiologie

Interessantere data leverde een prospectieve studie naar het voorkomen van bacteriële vaginose: 135 vrouwen met en 81 vrouwen zonder deze aandoening in de voorgeschiedenis werden anderhalf jaar gevolgd. Episoden met bacteriële vaginose bleken zich in de eerste groep acht keer vaker voor te doen dan in de tweede groep. Survival-analyses leerden dat 44 procent van de vrouwen die kort voor de start van het onderzoek nog een (symptomatische) bacteriële vaginose hadden doorgemaakt, binnen anderhalf jaar in ieder geval één nieuwe episode hadden doorgemaakt, tegen 8 procent in de 'gezonde' groep. Deze bevindingen pleiten voor de hypothese dat bacteriële vaginose een chronische of recidiverende aandoening is, waarvan het (her)optreden bepaald wordt door gastvrouwfactoren. Van die factoren is in dit deel van Van Royen's onderzoek alleen leeftijd en frequentie van seksueel contact onderzocht (dat maakte niets uit); andere mogelijke verklarende factoren (aantal seks-partners, anticonceptiemethode, seksueel overdraagbare aandoeningen) zijn helaas buiten beschouwing gebleven.

Een ander deel van het onderzoek is gewijd aan verschillen tussen vrouwen met en zonder bacteriële vaginose (symptomatisch of asymptomatisch). Bivariate analyses toonden aan dat

deze categorieën vrouwen niet verschilden ten aanzien van hygiënische gewoonten, dat vrouwen met bacteriële vaginose wel vaker een IUD hadden en minder vaak de pil, gemiddeld meer partners hadden en vaker vreeën, vaker een afwijkende cervix-smear hadden, en vaker een voorgeschiedenis hadden met seksueel overdraagbare aandoeningen. Heel jammer is, dat niet ook een multivariate analyse is gedaan om te zien wat er overeind bleef van de gevonden associaties na correctie voor versturende factoren.

Onderzoek naar de diagnostiek van bacteriële vaginose kampt met het probleem dat er geen gouden standaard is. Van Royen koos voor een afwijkend Grampreparaat (afwezigheid van lactobacillen, aanwezigheid van clue-cellen en coryneforme bacteriën) als standaard voor de diagnostiek. Die keuze is discutabel omdat de klinische 'markers' voor een afwijkende vaginale flora (geur, pH-verhoging en met bacteriën beladen clue-cellen) vergeleken worden met een andere 'marker', een afwijkend Grampreparaat. Dat er veel overeenstemming werd gevonden, verbaast dan ook niet. Een vergelijking tussen het microscopisch onderzoek van een fysiologisch-zoutpreparaat door de huisarts en het onderzoek van het Grampreparaat in het laboratorium leerde dat de Vlaamse huisartsen redelijk clue-cellen kon onderscheiden, maar minder goed lactobacillen en dat de vaardigheid toenam naarmate het onderzoek vorderde: een leereffect.

Het natuurlijk beloop van bacteriële vaginose kon bestudeerd worden bij 17 vrouwen met een bacteriële vaginose (symptomatisch en asymptomatisch). Bij 15 vrouwen trad binnen een jaar spontaan herstel op, dat wil zeggen dat niet meer werd voldaan aan de klinische criteria voor de diagnose. Ook veel vrouwen die wel waren behandeld maar niet genezen, vertoonden alsnog spontaan herstel. De aard van de initiële therapie bleef overigens onvermeld. Het beloop na therapie werd bestudeerd bij 28 klinisch genezen vrouwen. Bijna de helft daarvan kreeg opnieuw een bacteriële vaginose binnen het jaar.

#### Therapie en voorlichting

In het therapiedeel van Van Royen uitstekend samen wat er bekend is over de (in)effectiviteit van de diverse systemische en lokale middelen, en beargumenteert hij dat er een grote behoefte is aan een werkzaam alternatief voor metronidazol, dat ook in de zwangerschap gebruikt kan worden. Vervolgens doet hij een slecht opgezet (niet geblindeerd, gerandomiseerd of placebo-gecontroleerd) onderzoek naar het effect van

ciprofloxacine bij bacteriële vaginose, zonder aan te geven of ciprofloxacine dan mogelijk zo'n alternatief is. In deze open studie is het effect matig en zeker slechter dan dat van metronidazol. Maar ook een beter effect had vraagtekens opgeleverd.

Beter is het hoofdstuk over voorlichting, waarin de effectiviteit van een patiëntenfolder over bacteriële vaginose wordt vergeleken met de resultaten van mondelinge voorlichting. Het effect werd gemeten met een kennis- en attitudevragenlijst. Veel tijd en aandacht werd besteed aan het formuleren van de eigenschappen waaraan de folder moest voldoen, aan het opstellen van een leesbare en begrijpelijke tekst en het uittesten van concepten. De combinatie van mondelinge en schriftelijke informatie werkte het best, maar het verschil met alleen mondelinge uitleg was klein. Waarmee maar weer eens is aangetoond dat gezondheidsvoorlichting geen kwestie is van alleen maar folder-tjes uitdelen.

Concluderend: een sympathiek proefschrift, waarin alle aspecten van het handelen van de huisarts bij fluor vaginalis, met name indien veroorzaakt door een bacteriële vaginose, aan de orde komen. De methoden die de onderzoeker heeft gebruikt, zijn niet altijd helder beschreven, evenmin als de samenstelling van de onderzoekspopulaties, en in sommige delen zijn de analyses onvoldoende uitgewerkt. Voor geïnteresseerden in 'vaginaal verlies' (de Vlaamse benaming voor vaginale afscheiding) is het een belangrijk boek.

Janny Dekker

### Gezinsinvloeden bij astma

*Over factoren, die een beheersbaar van een niet beheersbaar astma onderscheiden.*  
Meijer AM. Dissertatie. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1994; 146 bladzijden.

Astma weet als ziektebeeld reeds vele jaren de belangstelling van psychologen te prikkelen. Enkele decennia geleden werd daarbij de rol van psychische factoren vooral causaal gezien. Tegenwoordig domineren primair somatisch verankerde concepten de heersende opvattingen, en wordt astma gezien als een door specifieke en aspecifieke factoren opgeroepen inflammatie van de lagere luchtwegen. Psychische factoren wordt daarbij een interveniërende rol toegedacht.

Voor het onderzoek zijn twee groepen gezinnen onderzocht, waarvan een kind met astma onder behandeling was van de astmapolikli-

niek van het Emma kinderziekenhuis. De vraagstelling concentreerde zich op de verschillen tussen gezinnen met een kind met een beheersbaar astma en gezinnen met een kind met een niet-beheersbaar astma: verschillen in gezinskenmerken (cohesie, overbescherming, rigiditeit en conflictoplossing) en verschillen in opvoedingskenmerken (overbescherming, autoritaire houding, autonomiebevordering en afwijzing). De verwachting van de onderzoekster was dat niet-beheersbaar astma zich met name zou voordoen bij een psychosomatisch gezinsmodel.

De beheersbaarheid van het astma werd bepaald door de behandelend kinderarts. Niet-beheersbaar astma was gedefinieerd als 'intractable': 'not easily governed, managed or directed; indisposed to be taught discipline or tamed; violent, stubborn, obstinate, refractory; not easily manipulated, wrought, controlled or cured'. Een grote serie vragenlijsten bepaalde de gezinskenmerken.

Als belangrijkste conclusie komt naar voren dat er veel factoren zijn die met een beheersbaar of niet-beheersbaar astma samenhangen, maar een eenduidige interpretatie van de vele factoren bleek moeilijk. Zu moet de hypothese van de psychosomatische gezinskenmerken in relatie tot een niet-beheersbaar astma worden verworpen: overbetrokkenheid op elkaar en rigide verhoudingen deden zich vaker voor bij gezinnen met een beheersbaar astma. Dat gold ook voor een groter probleem-oplossend vermogen.

### Relevantie voor de praktijk

Deze conclusies roepen de vraag op naar de waarde van dit onderzoek voor de zorg voor kinderen met astma. De belangstelling van psychologen voor astma heeft een omvangrijke wetenschappelijke literatuur tot gevolg gehad. De eerste hoofdstukken van dit proefschrift gaan hierop in, waarbij twee kernproblemen naar voren komen. De psychosomatische theorie ten aanzien van ontstaan of beloop van astma blijkt steeds meer op grond van de empirie in het nauw te zijn gebracht. Daarnaast stuiten resultaten van psychologisch onderzoek op interpretatieproblemen van circulaire aard: verwijzen afwijkende individuele of gezinskenmerken die aan astma zijn gerelateerd, naar een causale rol of gaat het om gevolgen van de ziekte?

Ondanks die in het proefschrift opgetekende vaststelling wordt vervolgens zonder enige toelichting toch een in de psychosomatische theorie verankerde hypothese onderzocht. De lezer kan dan slechts gissen naar de bijdrage van dit

onderzoek aan de wetenschappelijke literatuur. Ook voor de interpretatie van de gevonden samenhangen (vloeit een niet-beheersbaar astma nu voort uit een gevonden gezinspatroon of verandert een kind met astma de omgangspatronen in het gezin) biedt de onderzoekster weinig perspectief. Voor de medicus is het daarnaast moeilijk zich een beeld te vormen van wat nu precies een beheersbaar of een niet-beheersbaar astma is. Er wordt volstaan met de vaststelling dat de patiënten op gezag van de behandelend kinderarts zijn ingedeeld. De van waarde oordelen druipende definitie van 'niet-beheersbaar astma' wordt nergens in objectieerbare kenmerken geoperationaliseerd. Het valt moeilijk de conclusie te ontlopen dat dit patiënten en gezinnen zijn waarmee de kinderartsen een relatiestoornis hebben.

En dat leidt tot een ander kenmerk van de onderzoeksgroep dat onbesproken blijft: er wordt geheel aan voorbijgegaan dat dit onderzoek is gebaseerd op de geselecteerde gevallen die naar een kinder-astmacentrum zijn verwezen. Dat daarbij natuurlijk een grotere proportie kinderen zit met een moeilijk te behandelen astma, ligt voor de hand. Maar hoe belangrijk die selectie is voor de bevindingen, blijft onvermeld. Juist voor een multidisciplinair onderbouwde zorg voor kinderen met astma zou het van groot belang zijn om vast te stellen op welke wijze somatische en psychosociale factoren een rol spelen bij een ernstig verloop van de ziekte.

Enkele decennia geleden bestond de neiging om met name moeders de astma van hun kind te verwijten. Dit vloeiende voort uit een ongelukkige interpretatie van opvattingen die bij nadere beschouwing meer fictie dan feit bleken. Dit onderzoek toont aan dat er nog veel gezinsfactoren met astma in verband kunnen worden gebracht. Huisartsen en kinderartsen zullen er goed aan doen nota te nemen van eventuele bevindingen uit vervolgonderzoek, maar vooral nog voorbij te gaan aan de huidige resultaten, die slechts speculatieve waarde hebben.

C. van Weel

### NOTA BENE

Het verrichten van wetenschappelijk onderzoek door huisartsen draagt bij tot het terugdringen van het 'burn-out' syndroom. Stelling bij: Cornel M. Detection of problem drinkers in general practice [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1994.