

Verlenging beroepsopleiding, influenza, automatiseren, constitutioneel eczeem

Verlenging beroepsopleiding

In de reactie van *König*, voorzitter van het NHG, op het artikel van *Wiersma* stoort mij met name de zin 'Een enquête over de tweejarige opleiding zou slechts meningen weergeven'.^{1,2} Uit het gebruik van het woord 'slechts' blijkt dat *König* weinig fiducia heeft in dit toch zeer gebruikelijke en nuttige onderdeel van een evaluatie. Bovendien is de indertijd genomen beslissing voor uitbreiding naar een driejarige opleiding vrijwel zeker op dezelfde manier genomen: op basis van meningen, in dit geval meningen van leden van een select gezelschap van opleiders en bestuurders, die doorgaans neigen naar academisering en statusverhoging van de opleiding. Aan de meningen van praktiserende huisartsen en haio's is echter niets mis, integendeel. Het wordt tijd dat beleidbepalers hun oor te luisteren leggen bij deze collega's uit het veld, bijvoorbeeld door middel van een enquête.

W.P. van Beek,
huisarts in opleiding

- 1 König FJM. Verlenging beroepsopleiding [Naschrift]. Huisarts Wet 1993; 36: 427.
- 2 Wiersma T. Verlenging van de huisartsopleiding. Een nieuw Hollandsch ganzenbord? Huisarts Wet 1993; 36: 219-22.

NHG-Standaard Influenza en Influenzavaccinatie

Met verbazing heb ik kennisgenomen van de reactie van *Van Essen & Van der Laan* op de ingezonden brief van *Van der Meer* naar aanleiding van de NHG-Standaard Influenza en Influenzavaccinatie.¹⁻³ Ik wil een kanttekening maken bij de wijze waarop op externe kritiek op deze standaard wordt gereageerd, en ingaan op de inhoud van het ingezonden.

Van der Meer wijst op het ontbreken in de standaard van een aanbeveling voor het beleid bij secundaire bacteriële infecties en doet een voorstel voor een aanvulling in dezen. In hun reactie gaan *Van Essen & Van der Laan* op het oog hier inhoudelijk op in, maar hun wollige taalgebruik doet vermoeden dat zij eigenlijk de competentie van een internist bestrijden om zich met standaarden voor huisartsen te bemoeien. Dat standaarden voor huisartsen in de eerste plaats door huisartsen worden geformuleerd, wordt door niemand betwist. Daardoor ontstaat juist de mogelijkheid om een vakinhoudelijke discussie te voeren – de brief van

Van der Meer is daar een goed voorbeeld van. Defensieve reacties zoals die van *Van Essen & Van der Laan* doen de grote stap voorwaarts van het NHG-standaardenbeleid verkeren in bijna een stap terug. Dat standaarden vooral worden gebaseerd op problemen die zich frequent in de huisartspraktijk voordoen, staat buiten kijf. Maar om daarbij richtlijnen voor zeldzame, ernstige complicaties, zoals secundaire bacteriële infecties bij influenza, principieel uit te sluiten, maakt mijns inziens de huisartsgeneeskunde ongeloofwaardig.

Van der Meer stelt voor om gedurende een influenza-epidemie een parenteraal toe te dienen penicilline op zak te hebben, en patiënten met tekenen van een secundaire bacteriële infectie direct te behandelen. Dit voorstel is klinisch gefundeerd. Met hun defensieve reactie laten *Van Essen & Van der Laan* nu juist de kans voorbij gaan om er op te wijzen dat deze benadering ook past in een essentieel huisartsgeneeskundige benadering voor weinig frequente ernstige problemen: het reserveren van speciale zorgmaatregelen voor risicogroepen en risicosituaties. Er wordt immers alleen voor een bijzondere situatie, namelijk een influenza-epidemie, een speciale maatregel genomen – parenteraal toedienbare penicilline op zak.

Natuurlijk roept dit voorstel ook vragen op. De logistiek is niet simpel, en de vraag is hoeveel patiënten terecht en hoeveel ten onrechte zullen worden behandeld. Maar dat zijn op zich voor onderzoek toegankelijke vragen, die het mogelijk maken de NHG-Standaard Influenza nog verder te verbeteren. Ik had het eleganter gevonden indien de reactie in deze zin was geweest, of zich anders zou hebben beperkt tot een waardering van deze inhoudelijke kanttekening uit de interne kliniek.

Prof.dr. C. van Weel

- 1 Van der Meer JWM. Influenza [Ingezonden]. Huisarts Wet 1994; 37(2): 79.
- 2 Van Essen GA, Van der Laan JR. Influenza [Naschrift]. Huisarts Wet 1994; 37(2): 79.
- 3 Van Essen GA, Sorgedragter YCG, Salemink GW, et al. NHG-Standaard Influenza en Influenzavaccinatie. Huisarts Wet 1993; 36: 342-6.

Naschrift

Eveneens met verbazing heeft de afdeling Standaardenontwikkeling kennisgenomen van de brief van *Van Weel*. Deze verbazing wordt met name veroorzaakt door de opmerkingen over 'wollig taalgebruik' en over het 'vermoeden dat zij de competentie van een internist bestrijden

om zich met standaarden voor huisartsen te bemoeien'. Bij herlezing van de reactie van *Van Essen & Van der Laan* kunnen wij die gewraakte toon niet ontwaren en daarmee dit emotionele punt uit de reactie van *Van Weel* niet echt goed begrijpen.¹ Zijn reactie onderschrijft wel de grote betrokkenheid die op allerlei niveaus in de huisartsenwereld – en daarbuiten – bij het standaardenbeleid wordt gevoeld. Dat maant tot zorgvuldigheid in de omgangsvormen met respondenten en daar maakt dit schrijven ons nog eens extra van bewust.

Zakelijk gezien gaat de discussie tussen *Van der Meer*, *Van Weel* en *Van Essen & Van der Laan* over de sinds het begin van het epidemiologisch onderzoek in de huisartspraktijk door huisartsen gepostuleerde en gedoeerde noodzaak tot verschil in aanpak tussen de eerste en de tweede lijn. Daar hebben *Van Essen & Van der Laan* een inmiddels klassiek te noemen uitleg aan gegeven; *Van Weel* stelt voor dit standpunt in het onderhavige geval te herzien. Dat is legitiem en open voor nadere discussie. Deze zal dan wel breder dienen te zijn dan dit ene punt. Er zijn namelijk op vele terreinen van de geneeskunde zeldzame en ernstige complicaties bekend waarvan specialisten vinden dat huisartsen daar altijd op moeten inspelen en waarbij huisartsen menen dat om een veelvoud van pragmatische redenen juist niet te moeten doen.

Dr. S. Thomas,
hoofd afdeling Standaardenontwikkeling

Automatiseren

Het artikel van *Rutten et al.* over automatiseren in de huisartspraktijk vraagt om een reactie.¹ Ik ben een van die huisartsen met als 'bijvak' automatiseren. Ik werk in een grote stad, met veelvuldige wisselingen in het praktijkbestand, en ik kan zeker niet bevestigen dat de op de groene kaart overgedragen mededelingen zo leesbaar zijn. Het tegendeel is vaker het geval. Ik heb een eigen systeem geschreven en wil aan de hand daarvan schetsen hoe het ook kan.

De opslagcapaciteit die op dit moment voor eenvoudige computers voorhanden is, is zodanig ruim en goedkoop, dat een begrip als 'vollopen' niet meer van deze tijd is. Bovendien gaat het om georganiseerde informatie en niet om een ongeregelde hoop feiten.

Met het arts-laboratorium ter plaatse wordt per modem gecommuniceerd. De communicatie wordt gestart met een menukeus, waarna de rest vanzelf gaat. De laboratoriumgegevens

worden opgehaald en automatisch op naam van de patiënt opgeslagen. Er wordt een print gemaakt van de overgebrachte gegevens, waarbij vermeld wordt of er normaalwaarden overschreden zijn. Handmatig kunnen gegevens alleen gestandaardiseerd worden ingevoerd, zodat van ieder gewenste bepaling een selectie te maken is, bijvoorbeeld alle bloedsuikers van een patiënt op een rij.

Ook de correspondentieregistratie verloopt via de computer. Alle verwijsbrieven die via de computer zijn gemaakt, worden bij de patiëntgegevens opgeslagen en zijn dus weer terug te vinden. Binnengekomen specialistenbrieven worden, bij gebrek aan elektronische communicatie, gescand en met hulp van OCR-software tot tekst omgevormd. Vervolgens wordt elke brief via naam-selectie bij de betreffende patiënt gezet. Bij het journaliseren van deze brieven kunnen stukken tekst, ook vrije tekst, naar het journaal gekopieerd worden. De brieven zelf zijn vanuit het patiëntenjournaal als geheel op te roepen en kunnen ook geprint worden. Dat betekent dat bij verwijzing met weinig moeite veel relevante informatie overgedragen kan worden. Opslagcapaciteit vormt hierbij geen probleem.

De verwerking van zowel laboratoriumuitslagen als brieven is gemakkelijk en kost weinig tijd, ook tijdens het spreekuur. De recepten-aanmaak en -registratie is volledig en wijkt niet af van wat gebruikelijk is. Dit bevordert vooral de overzichtelijkheid.

Gegevens van patiënten uit andere praktijken worden bijgehouden als er een patiëntcontact is. Dat is niet alleen van belang voor de betrokken huisarts – want die krijgt keurig zijn informatie – maar ook voor mijzelf bij een eventueel vervolcontact.

Informatie uit allerlei bronnen – van de standaarden van het NHG tot de artikelen uit GHI en Geneesmiddelenbulletin – is tijdens het spreekuur onmiddellijk toegankelijk. Ik ben ervan overtuigd, dat deze verzamelde informatie vroeg of laat op CD-Rom beschikbaar zal komen.

Ik hoop dat mijn verhaal een andere kijk op automatisering geeft. Er kan heel veel, maar automatiseren moet gericht blijven op verbetering in manier van werken of bijdragen aan oplossingen voor problemen.

V.L.J. Zijlstra,
huisarts te Amsterdam

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

Naschrift

Zijlstra brengt een aantal kwaliteiten van zijn HIS naar voren. Met die opsomming is de meerwaarde van het gebruik van de medische module echter nog niet aangetoond. De strekking van ons artikel is dat de huisarts aanzienlijke winst moet kunnen boeken om de forse investering in tijd, aandacht en geld die met invoering van de medische module gepaard gaat, te kunnen rechtvaardigen. Wij pleiten vooralsnog tegen invoering van automatiseren als verplicht bijvak voor de huisarts.

J. Weijtens
G. Rutten
A. Haverkort

NHG-Standaard Constitutioneel Eczeem

Het beleid inzake lokaal gebruik van corticosteroiden in de NHG-Standaard Constitutioneel Eczeem baart ons zorgen.¹ Overmatig voorschrijven van corticosteroiden kan leiden tot lokale en systemische bijwerkingen. Sterkte en applicatieduur bepalen de kans op het ontstaan van bijwerkingen. De hoeveelheid corticosteroid die per tijdseenheid gebruikt wordt, is volgens sommigen wel en volgens anderen niet van belang met het oog op systemische bijwerkingen.^{2,3} Door de ongunstige verhouding tussen lichaamsoppervlak en lichaamsgewicht hebben kinderen een grotere kans op systemische bijwerkingen bij lokaal gebruik van corticosteroiden dan volwassenen.⁴ Weliswaar is er met de in de standaard aangegeven maximale hoeveelheden corticosteroid bevattende basis geen groeiremming te verwachten, maar bijniersuppressie kan wel degelijk optreden, ook door hydrocortisonacetate.⁵⁻⁸ In een vergelijkend onderzoek met triamcinolon-acetonide en alclometasone-dipropionaat bij kinderen met atopisch eczeem zagen we bij een gebruik van gemiddeld 35,2 gram corticosteroid crème per week al een significante verlaging van de ochtend-cortisolspiegel.⁹ De verlaging van de plasma-cortisolspiegel bleek direct gerelateerd aan de mate van exsudatie van het eczeem. Overigens is, bij het gedurende een week, tweemaal daags van top tot teen insmeren van een kind van 6 maanden oud, 35 gram en bij een kind van 1 jaar oud 45 gram zalf genoeg en volstaat bij een kind van 4 jaar 60 gram per week.¹⁰ Bij het hanteren van de maxima aangegeven in de standaard wordt dan ook ons inziens een overmaat zalf verstrekt. Derdegraads corticosteroiden worden, zoals bleek bij

navraag onder collegae, slechts bij zeer hoge uitzondering door dermatologen en kinderartsen toegepast bij de behandeling van kinderen met constitutioneel eczeem. Men kan zich dan ook afvragen of deze behandeling nog wel bij de huisarts thuishoort.

Een algemeen advies wat betreft de verwijzing naar kinderarts of dermatoloog is ons inziens nogal vaag. Indien naast het eczeem andere atopische verschijnselen (bijvoorbeeld astma) aanwezig zijn, is verwijzing naar de kinderarts het overwegen waard, teneinde het aantal behandelend artsen te beperken. Als een kind alleen een ernstig eczeem heeft is verwijzing naar een dermatoloog meer op zijn plaats.

Academisch Medisch Centrum,
Emma Kinderziekenhuis, Amsterdam
J.H. Sillevius Smitt, dermatoloog
D.H. Winterberg, kinderarts

- 1 Cleveringa JP, Van Embden Andres JH, Meijer JS, et al. NHG-Standaard Constitutioneel Eczeem. Huisarts Wet 1994; 37(1): 33-6.
- 2 Staughton RCD. Systemic effects of topical corticosteroids. Res Clin Forums 1983; 5: 51-4.
- 3 Queille C, Pommarede R, Saurat JH. Efficacy versus systemic effects of six topical steroids in the treatment of atopic dermatitis of childhood. Ped Dermatol 1984; 1: 246-53.
- 4 Stüttgen G. Eczema therapy and permeability of infantile skin for topical preparations, in Happle R, Grosshans E (eds): Pediatric dermatology, advances in diagnosis and treatment. Berlin Heidelberg, Springer-Verlag, 1987, 115-23.
- 5 Stoppoloni G, Prisco F, Santinelli R, et al. Potential hazards of topical steroid therapy. Am J Dis Child 1983; 137: 1130-1.
- 6 Dandine M, Lavaud J, Besson-Léaud M, Limal JM. Insuffisance surrénale et syndrome de Cushing iatrogène par absorption cutanée de corticoides chez un nourrisson de 8 mois. Ann Dermatol Venereol 1980; 107: 191-5.
- 7 Vermeer BJ, Heremans GFP. A case of growth retardation and Cushing's syndrome due to excessive application of betamethasone 17-valerate ointment. Dermatologica 1974; 149: 299-304.
- 8 Turpeinen M. Adrenocortical response to adrenocorticotrophic hormone in relation to duration of topical therapy and percutaneous absorption of hydrocortisone in children with dermatitis. Eur J Pediatrics 1989; 148: 729-31.
- 9 Sillevius Smitt JH, Winterberg DH, Oosting J. Treatment of atopic dermatitis with topical corticosteroids in children. Efficacy and systemic effects of triamcinolone acetonide and alclometasone dipropionate. Eur J Dermatol 1993; 3: 549-52.
- 10 Maurice PDL, Saihan EM. Topical steroid requirement in inflammatory skin conditions. Br J Clin Pract 1985; 441-2.

Naschrift

Het is de vraag of een daling van de cortisolspiegel als bijwerking moet worden aangemerkt. Deze daling is reversibel en lijkt eerder een maat voor de resorptie. Alleen bij hoge doseringen kan de bijniersuppressie met klinische symptomen gepaard gaan, zoals groeiremming, die overigens eveneens reversibel is.¹

De genoemde doseringen, voldoende om een heel kinderlijfe gedurende een week in te smeren, komen globaal overeen met de maximumdoseringen van klasse 3 steroïden van de standaard. Hieruit blijkt dat deze doseringen bij constitutioneel eczeem zelden noodzakelijk zullen zijn, omdat het eczeem zich meestal tot enkele lichaamsdelen beperkt. Het feit dat ernstige bijwerkingen vooral in casuïstische mededelingen worden beschreven, kan worden gezien als een bewijs dat deze weinig voorkomen. Dat de genoemde maximumdoseringen huisartsen zal aanzetten tot overmatig voorschrijven en onnodig dik insmeren valt ernstig te betwijfelen. Het is begrijpelijk dat specialisten, die veelal de excessen van de praktijk meemaken, hiervoor waarschuwen, doch onze ervaring is juist dat huisartsen vaak onnodig weinig corticosteroïden voorschrijven uit angst voor bijwerkingen. In de standaard is door het vermelden van maximumdoseringen getracht duidelijk te maken dat deze angst op irrationele gronden berust.

De specificering van de verwijzing wordt door ons van harte ondersteund. Het is echter de vraag of hierover in het hele land overeenstemming bestaat. De discussie hierover hebben wij bewust vermeden door aan te geven dat verwezen dient te worden naar een ter zake kundige dermatoloog of kinderarts. We hopen dat het voorstel van Sillevius Smitt en Winterberg ook elders navolging vindt.

J.S. Burgers

J.P. Cleveringa

1 Polano MK. De toepasbaarheid van corticosteroïd zalven en crèmes. Ned Tijdschr Geneesk 1986; 130: 624-7.

Onder aanvoering van Chris van Weel (Nijmegen) verscheen een negenkoppige delegatie van de Nederlandse huisartseninstituten op 21 januari 1994 in Cardiff op de wetenschappelijke jaarvergadering van de South West Association of University Departments of General Practice (SWAUDGP). De uitwisseling met Britse collega-huisartsen liet evenals vorig jaar zien dat veel onderzoek van onze Britse collega's gericht is op doelen die nauw gerelateerd zijn aan overheidsbeleid. Een fraai voorbeeld van de connectie huisarts-overheid respectievelijk verzekeraar werd gegeven door Martin Lawrence uit Oxford. Vergelijk van gegevens van een groot aantal huisartspraktijken in 1990 met die uit 1993 liet een enorme toename zien van het aantal preventieve activiteiten. Het geautomatiseerd zijn van de praktijk met de zogenoemde VAMP-computer vormde de belangrijkste verklaring van deze toename. Als mede verklarende factoren werden genoemd: financiële prikkels, een algehele toename in registratie van gegevens in het huisartsendossier en de aanwezigheid van *practice nurses*. Een verschuiving binnen de geldstroom naar de huisartspraktijken is daarmee binnen het Verenigd Koninkrijk een bewezen krachtig middel tot verandering.

De antropologe Roisin Pill (Cardiff) hield een pleidooi voor de wetenschappelijke evaluatie van het effect van medische zorg. Zij bestudeerde aan de hand van geluidsopnames van consulten het woordgebruik van artsen bij het vertalen van epidemiologische begrippen ten behoeve van hun patiënten. De opvatting van de dokter, zowel over de patiënt die hij voor zich heeft als over de aandoening in kwestie, is bepalend voor de wijze waarop de huisarts een bepaald risico aan de patiënt presenteert. Gedragswetenschappers betrokken bij de beroepsopleiding in Nederland zouden zich zeker thuisvoelen bij deze benadering.

De Canadese professor Carol Herbert (Vancouver) verhaalde hoe zij als een soort van medische Margaret Mead ('Coming of age in Samoa') betrokken was bij het uitvoeren van een programma ter bevordering van zelfzorg voor diabetes op een eiland voor de Canadese westkust. Hoewel zelf ruim gebruik makend van de systeemtheorie (waarbinnen alles met alles verband lijkt te houden) liet ze zien hoe de grens tussen *public health* en huisartsgeneeskunde blijft bestaan: ook mensen die functioneren binnen een groep (in casu voor diabeteseducatie) hebben individuele aandacht van een dokter nodig. Bij het effectueren van *health promotion* zijn dokters als zodanig in het nadeel vergeleken met niet-artsen.

Harry Crebolder (Maastricht) deed verslag van het adoptieprogramma waarbij huisartspraktijken worden ingeschakeld om medische studenten vanaf het begin van de studie in contact te brengen met het werk van de huisarts. Erkend moest worden dat een dergelijk programma niet zonder meer een 'community oriented primary care programme' genoemd kan worden: daarvoor is de kloof tussen de huisartspraktijk en de openbare gezondheidszorg in Nederland te groot.

Een poster van ondergetekende over de verschillen tussen de Britse Guidelines over de behandeling van astma en de NHG-standaarden over Cara leidde tot een gesprek met een aantal Britse huisartsen over het gebruik van inhalatiesteroïden bij astma. Bij chronisch astma, ook bij de lichte vormen ervan, zijn de Engelse huisartsen geneigd om primair inhalatiesteroïden voor te schrijven. Bronchitis bij kinderen wordt door de meeste van deze huisartsen 'wheezy bronchitis' genoemd, hetgeen ze zeggen te hebben leren duiden en behandelen als astma. De diagnose bronchitis bij volwassenen wordt door hen vooral geassocieerd met 'infectie'; 'bronchitis' wordt dus met antibiotica behandeld.

Chris van Weel maakte aan het eind van de bijeenkomst melding van het feit dat de Nederlandse huisartsgeneeskunde bezig is erkenning te krijgen binnen de Nederlandse Academie van Wetenschappen. Terwijl in 1988 huisartsgeneeskunde als wetenschap binnen deze kringen niet bestond, zal in de vergadering van 1994 aandacht worden besteed aan de huisartsgeneeskundige discipline. Men is van plan hiertoe een aantal begrippen naar voren te brengen uit 'In het huis van de huisarts', zoals het benoemen en legitimeren van het probleem aanbod, gezinsgeneeskunde, de praktijk als populatie en feitelijke en persoonlijke continuïteit in de zorg.

Bovenstaande selectie doet geen recht aan de veelheid van bijdragen aan dit congres. Van Nederlandse zijde worden nog vermeld: een computerdemonstratie over communicatie eerste en tweede lijn (Peter Branger, Rotterdam), een poster over het monitoren van mensen met een chronische aandoening in de huisartspraktijk (Wil van den Bosch, Nijmegen), een lezing over gastroscopie op verzoek van de huisarts (Nico de Wit, Utrecht) en een voordracht over receptuur in de huisartspraktijk (Hans van der Wouden, Rotterdam).

Ben Ponsioen,
huisarts, afdeling huisartsgeneeskunde EUR

Oogheelkunde

Mevrouw Van Vloten, 63 jaar, komt op het spreekuur met een dik oog. De huisarts ziet een kleine bolvormige zwelling in het bovenooglid en constateert een chalazion. Mevrouw vraagt of er iets aan te doen is. Volgens de huisarts zijn er drie behandelingsmogelijkheden: afwachten van spontane genezing, antibiotische behandeling en extirpatie.

- 1 Lokale behandeling (met een antibioticum) van een chalazion verdient de voorkeur boven het afwachten van spontane genezing.

De huisarts besluit in dit geval tot extirpatie over te gaan.

- 2 Bij extirpatie wordt een incisie gemaakt aan de *conjunctivale* zijde van het ooglid.

Mevrouw De Bruin, 68 jaar oud, bezoekt met spoed de huisarts omdat ze plotseling vrijwel niets meer ziet met het rechter oog. Er is geen trauma geweest en het oog doet geen pijn. Inderdaad blijkt bij visusonderzoek de visus rechts (met correctie) <0.1 te zijn, links is de visus (met correctie) 1.0. Bij onderzoek van het voorste oogsegment blijkt de pupilreactie rechts minimaal te zijn, verder zijn er geen afwijkingen. Bij funduscopie ziet de huisarts een bleke centrale retina met een kersrode vlek ter plaatse van de fovea. Bovenstaande bevindingen passen bij de diagnose(n):

- 3 Arteriële afsluiting.
- 4 Neuritis retrobulbaris.

Zwangerschap

Bij mevrouw Van Kaam, 26 jaar, gravida I, para 0, is in het kader van haar zwangerschap bloedonderzoek verricht op onder andere toxoplasmose en lues. Er blijkt een positieve titer IgG-antistoffen op toxoplasmose te zijn. De IgM voor toxoplasmose is negatief. De lues-reacties zijn negatief.

- 5 Uit deze uitslag blijkt, dat deze patiënt ooit een infectie met toxoplasmose heeft doorgeemaakt.
- 6 Bij een eventuele volgende zwangerschap hoeft de luesreactie *niet* meer herhaald te worden.

Mevrouw Kos, 26 jaar en 11 weken zwanger, (gravida 1, para 0) verschijnt op het spreekuur van de huisarts met gering vaginaal bloedverlies. Ze heeft geen pijn en het subjectieve zwangerschapsbeleven is intact. Bij speculumonderzoek en vaginaal toucher is de portio gesloten en de uterusgrootte conform de zwanger-

schapsduur. De huisarts adviseert haar bedrust.

- 7 In dit geval vergroot bedrust de kans op het intact blijven van de zwangerschap.

Na uitleg en instructie verlaat mevrouw Kos het spreekuur. Drie dagen later krijgt ze hevige weëën-achtige pijn in de onderbuik en begint ze veel meer te vloeiën.

- 8 Ongeacht de uitkomst van het lichamenlijk onderzoek is er nu een indicatie voor curettage.

Buikklachten

De 77-jarige heer Hansen komt op het spreekuur, omdat hij sedert 3 dagen pijn links in de onderbuik heeft, die vrijwel continu aanwezig is. Hij heeft sinds gisteren koorts (39° C). Hij heeft geen verdere klachten. Bij onderzoek vindt de huisarts drukpijn links in de onderbuik, verder zijn er geen afwijkingen. De huisarts stelt de diagnose diverticulitis, en besluit te behandelen met salazosulfapyridine (Salazopyrine).

- 9 Salazosulfapyridine is in dit geval geïndiceerd.

De heer Teske, 38 jaar, komt op het spreekuur bij de huisarts met de volgende klacht: sinds twee weken heeft hij vrijwel dagelijks last van pijn in de bovenbuik, zuurbranden, opboeren en verdraagt hij kool, spruitjes en koffie slecht. De huisarts houdt sterk rekening met het bestaan van een ulcus duodeni onder andere op grond van het volgende epidemiologische gegeven: dat bij mannen een ulcus duodeni vaker voorkomt dan bij vrouwen.

- 10 Dit gegeven is correct.

Slechthorendheid

Bij Sander Derksen, 6 jaar, die op het spreekuur komt wegens slechthorendheid, stelt de huisarts de diagnose otitis media met effusie (OME). Hij schrijft een antihistaminicum (ketotifen (Zaditen)) voor en xylomethazoline 0,05% neusdruppels. Tot de medicamenteuze therapie waarvan de werking bij OME is aangetoond behoort/behoort:

- 11 Antihistaminica.
- 12 Xylomethazoline.

Zes weken later komt Sander wederom op het spreekuur; de verkoudheid is verdwenen, echter het gehoorverlies is hetzelfde gebleven.

- 13 Een verwijzing voor het plaatsen van trommelvliesbuisjes (door de KNO-arts) is nu geïndiceerd.

Facialisparese

De heer Van Zanten, 48 jaar, altijd gezond geweest, komt op het spreekuur van de huisarts. Hij heeft sinds het opstaan die ochtend een scheef gezicht. De dag ervoor had hij nog geen klachten. Na anamnese en lichamenlijk onderzoek stelt de huisarts de diagnose perifere facialisparese volgens Bell.

- 14 Vóór deze diagnose pleit het snelle ontstaan van de parese.

De huisarts licht de heer Van Zanten in over de kans op herstel van de parese. De huisarts zegt dat bij meer dan 90 procent van de patiënten met een facialisparese volgens Bell de aandoening restloos geneest.

- 15 Dit is correcte informatie.

De heer Van Zanten vraagt of er een behandeling mogelijk is voor deze aandoening. De huisarts vertelt dat er van de meeste behandelingsmethoden voor een facialisparese volgens Bell nog nooit een duidelijk positief resultaat is aangetoond. Tot de behandelingsmethoden waarvan wel resultaat is aangetoond behoort:

- 16 Elektrotherapie.

Literatuur

Vragen 1 en 2

Henkes HE, Van Balen AThM. Oogheelkunde. Amsterdam/Brussel: Elsevier 1983: 181.

Van Bijsterveld OP, Van Es JC. Oogheelkundige problemen. Utrecht: Bunge 1983: 81.

Vragen 4 en 5

Van de Beek G, De Bruin WH, Gooskens PAJ, et al. NHG-Standaard Oogheelkundige Diagnostiek. Huisarts Wet 1990; 33: 394-402.

Vragen 5 en 6

Schaepman-Van Geuns EJ. Praktische verloskunde. Utrecht/Antwerpen: Bohn Scheltema en Holkema 1982: 103.

Vragen 7 en 8

Flikweert S, Ligtenberg WJJ, Sips AJBI. NHG-Standaard (Dreigende) Miskraam. Huisarts Wet 1989; 32: 517-22.

Vraag 9

Lagro-Jansen ALM, Van de Lisdonk EH. Diverticulosis en diverticulitis. Huisarts Wet 1991; 34: 422-5.

Vraag 10

Van der Does D, Dronkers DJ. Huisarts en radiodiagnost. Utrecht: Bunge, 1982.

Vragen 11-13

Zielhuis GA, et al. Het spontane beloop van otitis media met effusie bij peuters. Ned Tijdschr Geneesk 1991; 38: 1754-7.

Van de Lisdonk EH, Appelman CLM, Bossen PC, et al. NHG-Standaard Otitis Media met Effusie. Huisarts Wet 1991; 34: 426-9.

Vragen 14-16

Schouten J, Leering C, Bender J. Leerboek Geriatrie. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema en Holkema: 66-7.

Balm AJM, Westerbeek HA, Hilgers FJM, et al. Een onbegrepen perifere nervus facialis paralyse en toch geen verlamming van Bell. Ned Tijdschr Geneesk 1990; 134: 1977-9.

Antwoorden

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

HUYGEN-LEZING

Vervolg van pag. 201

- 5 Pickels W. Epidemiology in country practice. Bristol: John Wright, 1939.
- 6 Huygen FJA. Family medicine. Nijmegen: Dekker en Van de Vegt, 1978.
- 7 Rothman KJ. Modern epidemiology. Boston, Toronto: Little, Brown, 1986.
- 8 Leenen HJJ, Klaassen ABM, red. Rapport van de subcommissie Gezondheids(zorg)-wetenschappen. Amsterdam: Commissie Geneeskunde Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen, 1991.
- 9 Ahrens EH. The crisis in clinical research. New York, Oxford: Oxford University Press, 1992.
- 10 Anonymus. The discipline of medicine [Symposium]. Amsterdam: Royal Netherlands Academy of Arts and Sciences, 1993.
- 11 Touw-Otten FWMM. Patiënt, huisarts en onderzoek. Trial and error [Oratie]. Houten, Antwerpen: Bohn Stafleu van Loghum, 1991.
- 12 Pelikan J. The idea of the university. A reexamination. New Haven, London: University Press, 1992.
- 13 Von der Dunk HW. Nederland wordt een fluwelen regelstaat. NRC Handelsblad, 7 september 1993.
- 14 Lorenz Ch. Van het universitaire front geen nieuws. Baarn: Ambo, 1993. ■

Liver failure induced by paracetamol

Editorial. Anonymous. Br Med J 1993; 306: 157

In Engeland en Wales overlijden elk jaar ongeveer 160 mensen aan een leveraandoening ten gevolge van een paracetamolintoxicatie.

Waarom is de sterfte zo hoog terwijl de hepatotoxiciteit van paracetamol al lang bekend is? Bij meer dan vier gram paracetamol per dag bestaat er al kans op het ontstaan van een leverbeschadiging. Individueel blijkt er echter een groot verschil in gevoeligheid te zijn. Er overleven patiënten die een grote hoeveelheid ingenomen hebben en anderen overlijden al na het innemen van weinig meer dan vier gram.

Deze gevoeligheid wordt verhoogd door chronisch gebruik van alcohol en anticonvulsiva. De hoofdoorzaak voor het hoge sterftecijfer is nog steeds het feit dat veel patiënten te laat onder behandeling komen.

Ook de best denkbare zorg kan dan niet meer voorkomen dat veel slachtoffers vallen tengevolge van hersenoedeem, hypotensie en een onbehandelbare sepsis. Daling van het sterftecijfer zal daarom vooral moeten komen van een betere preventie. Dus betere voorlichting van het publiek, nimmer meer dan acht tabletten paracetamol per dag innemen en bij het bestaan van het vermoeden dat er meer ingenomen is direct een arts waarschuwen.

M. Sanders

Rapid diagnosis of acute meningococcal infections by needle aspiration of biopsy of skin lesions

Van Deuren M, van Dijke BJ, Koopman RJJ, et al. Br med J 1993; 306: 1229-32

Doel van dit retrospectieve onderzoek was het evalueren van de bruikbaarheid van het kleuren en kweken van materiaal verkregen uit de huidlaesies van patiënten met een acute meningokokkeninfectie. De uitslag van een Grampreparaat is binnen één uur bekend, terwijl de uitslag van een kweek uit liquor of bloed 12-24 uur op zich laat wachten.

Bij respectievelijk 25 en 26 patiënten met een later bewezen meningokokkeninfectie werd door middel van een stansbiopsie c.q. naaldaspiratie materiaal uit een karakteristieke huidlaesie verkregen. De gevoeligheid van beide afnamemethoden bleek later gelijk te zijn. Bij de patiënten bij wie de meningitis met shockverschijnselen gepaard ging, was de gevoeligheid 100 procent. Was er sprake van een

septische shock zonder meningitisymptomen, dan was de sensitiviteit van de Gramkleuring van de huidlaesie 72 procent tegen 22 procent van die van de liquor. Wanneer er alleen verschijnselen van meningitis waren, was het Grampreparaat juist veel minder informatief. De kleuring en de kweek van de huidlaesies bleken ook lang na de aanvang van de behandeling met antibiotica nog positief te blijven. Er kon dus worden aangetoond dat bij het vermoeden van een meningokokkeninfectie het maken van een Grampreparaat en het inzetten van een kweek van een hemorragische huidlaesie een nuttig diagnosticum kan zijn, speciaal bij patiënten met een sepsis, bij wie de diagnose op deze wijze een dag eerder gesteld kan worden.

M. Sanders

Umbilical cord clamping and preterm infants: a randomised trial

Kinmond S, Aitchison TC, Holland BM, et al. Br Med J 1993; 306: 172-5.

Doel van het onderzoek was na te gaan of het zin heeft te vroeg geboren direct na de geboorte 2 cm lager dan de uterus te houden en een halve minuut te wachten met het afnemen. Tot dusverre klemt men zo spoedig mogelijk af uit bezorgdheid over het mogelijk ontstaan van hyperbilirubinaemie, polycytaemie en hypervolaemie. In dit onderzoek werden opgenomen die kinderen die tussen de 27e en de 33e week zonder complicaties vaginaal werden geboren. Kinderen met een haemolytische ziekte of een duidelijke congenitale afwijking werden uitgesloten. At random werden 17 kinderen laag gehouden en na 25-35 seconden afgeknepen en 19 kinderen als controlegroep op de gebruikelijke wijze geholpen. Naast bepaling van de Apgar-score werd er uitvoering bloedonderzoek, inclusief metingen van de arteriële-alveolaire zuurstofspanning, verricht en genoteerd hoe lang er eventueel extra zuurstof en/of erythrocyten toegediend moesten worden, hoe de ademhaling was en of er beademd moest worden. Tussen beide groepen kinderen werden geen significante verschillen gevonden wat betreft de Apgarscore, lichaamstemperatuur en bloeddruk op de eerste dag. Er waren wel statistisch significante verschillen wat betreft het MCV en ade noodzaak van een bloedtransfusie: Uit de controlegroep 7 kinderen tegen uit de onderzoeksgroep niemand.

In elke groep waren er 13 kinderen die beademd moesten worden. Bij de kinderen uit de proefgroep was gemiddeld gedurende drie da-

gen extra zuurstof nodig tegen tien dagen bij de anderen. Prematuren na de geboorte 20 cm lager dan de uterus houden en pas na een halve minuut afnavelen bleek dus duidelijk voordelen op te leveren, terwijl er geen nadelen werden waargenomen.

M. Sanders

Comparison of three regimens for malaria prophylaxis in travellers to east, central, and southern Africa

Wetsteyn JCFM, De Geus A. *Br Med J* 1993; 306: 1041-3

Aan dit prospectieve onderzoek vanuit vijf vaccinatiecentra in Nederland namen 1386 reizigers deel, die maximaal één jaar in Oost, Centraal of Zuidelijk Afrika verbleven. Zij werden aselect in drie groepen verdeeld: chloroquine 300 mg per week met dagelijks 100 mg proguanil, chloroquine 300 mg per week met dagelijks 200 mg proguanil en dagelijks alleen 200 mg proguanil.

De reizigers werd gevraagd bij koorts middels een vingerprik wat bloed op te vangen en dit op te sturen naar het laboratorium. Dit werd onderzocht op *Plasmodium falciparum* en op de concentratie chloroquine.

Van de 58 reizigers met koorts bleek 20 procent besmet met *P. falciparum*. De profylaxe bleek bij minder dan 1 procent van de reizigers te falen. Er bleek geen significant verschil in beschermingsgraad aantoonbaar tussen de drie regimes. Om dit aan te tonen is een veel groter aantal deelnemers nodig. Over de mate van therapietrouw bij de verschillende regimes kon in deze studie geen uitspraak gedaan worden.

De auteurs concluderen dat nog steeds aan reizigers naar Oost, Centraal en Zuidelijk Afrika de combinatie van proguanil en chloroquine aangeraden kan worden ter preventie van malaria.

Anja Dijkstra

Acute airway obstruction after aspiration of boiling tea from teapot spout

Lesson of the week. Williams EGN, Dymock M. *Br Med J* 1993; 307: 923

Beschreven wordt de casus van een driejarige peuter, die aan de tuit van de theepot gezogen had, waarin net verse thee was gezet.

Direct na het trauma had de moeder hem koud water laten drinken. Drie uur later zag de huisarts het kind en liet het opnemen vanwege speekselvloed en heesheid. Er leek slechts sprake

ke te zijn opervlakkige verbranding van lippen en palatum molle, zonder oedeem. Vijf uur na het trauma was het nodig hem te intuberen; de epiglottis bleek zeer sterk gezwollen en delen van de achterste farynxwand en het palatum molle bleken verbrand tot de derde graad. 48 uur na opname was de zwelling afgenomen en kon hij geextubeerd worden. Na vijf dagen volgde ontslag.

Les uit deze casus: Bij drinken van hete thee door de tuit van de theepot, zal de verbranding op het eerste gezicht meevallen. Valkuil is de mogelijk forse verbranding van de epiglottis en achterste farynxwand waarvoor tijdige intubatie noodzakelijk is.

Anja Dijkstra

Decline of childhood Haemophilus influenzae type b (Hib) disease in the Hib vaccine era

Adams WG, Deaver KA, Cochi SL, et al. *JAMA* 1993; 269: 221-6

De huidige typen geconjugerd *Haemophilus influenzae* type b-vaccin zijn vanaf eind jaren '80 in de Verenigde Staten gebruikt. Daarbij werd als minimumleeftijd aanvankelijk 18 maanden aangehouden; eind 1990 werden vaccins veilig geacht vanaf de leeftijd van 2 maanden. Met behulp van gegevens van 2 grote registratiesystemen werd onderzocht of er de laatste jaren, sinds het gebruik van de vaccins een verandering in incidentie van ziekte veroorzaakt door *Haemophilus influenzae* type b heeft plaatsgevonden.

De 'National Bacterial Meningitis Reporting System' verzamelt gegevens over, in principe alle, bacteriële meningitiden in de Verenigde Staten. Hier werd een scherpe daling van de Hib-meningitiden gesignaleerd bij kinderen onder de 5 jaar: van ongeveer 20/100.000 per jaar vóór 1989 naar 3,7/100.000 in 1991. Opvallend was een sterke daling in incidentie bij kinderen onder de 1 jaar nog vóór het vaccin in deze leeftijdsgroep gebruikt werd. Het 'Active Surveillance Project' registreert in een deel van de Verenigde Staten alle gevallen van invasieve *Haemophilus influenzae* type b-ziekten. Daar werd een daling van 99,3/100.000 in 1989 naar 29,2/100.000 in 1991 in de leeftijdsgroep van 0-14 maanden waargenomen. In de leeftijdsgroepen onder 5 jaar werd een vergelijkbare daling gezien. De geregistreerde dalingen in incidentie in beide studies waren direct geassocieerd met een stijging in de distributie van vaccin.

De onderzoekers concluderen dat er een duidelijk effect van de introductie van *Haemophi-*

lus influenza type b-vaccin waarneembaar is op de incidentie van door *Haemophilus influenzae* type b veroorzaakte ziekte.

Robert Vink

Implementation of the national cervical cancer screening in general practice and feasibility of a general practice-based call system: the GP's opinion

Palm BHTM, Kant AC, Van den Bosch WHJM, et al. *Fam Pract* 1993; 10: 173-7

Het huidige oproepsysteem voor vrouwen tussen 35 en 54 jaar om een cervixuitstrijkje te laten maken bij hun huisarts, verloopt in Nederland via het bevolkingsregister. Dit is niet altijd efficiënt; soms is pas een uitstrijkje gemaakt, worden vrouwen met een status na hysterectomie opgeroepen, et cetera. In dit onderzoek werd schriftelijk aan 136 huisartsen in de regio Nijmegen gevraagd hoe het huidige oproepsysteem functioneerde. Daarnaast werd gevraagd wat zij van een oproepsysteem via de huisartspraktijk zouden vinden.

Van de huisartsen reageerde 90 procent. De helft bleek geen 'monitoring' systeem te hebben voor follow-up. Er was binnen het huidige systeem onvrede over onder andere de lage opkomst van de opgeroepen vrouwen, registratie en evaluatie, de 'monitoring' van de follow-up, de betaling en bestede tijd. Zestig procent had zelf een oproepsysteem opgezet of had hiervoor plannen. De helft van deze 60 procent had behoefte aan ondersteuning: financieel, administratief, organisatorisch, en/of op het gebied van automatisering. Van de overige huisartsen bleek het merendeel bereid in een regionaal oproepsysteem, gebaseerd op informatie uit de huisartspraktijk, mee te werken. De auteurs pleiten, gezien de bereidheid onder de huisartsen, voor een regionaal oproepsysteem. Dit zal gebruik maken van informatie van het bevolkingsregister én van de huisarts, zodat in samenwerking met de huisarts een efficiëntere oproep en follow-up plaats kan vinden.

Robert Vink

Effects of walnuts on serum lipid levels and blood pressure in normal men

Sabaté J, Fraser GE, Burke K, et al. *N Engl J Med* 1993; 328: 603-7

Frequente consumptie van noten blijkt, volgens een eerdere studie van deze auteurs, geassocieerd te zijn met een reductie van het risico op

een hartinfarct en overlijden door een ischemische hartziekte. In de nu beschreven studie wordt het effect van een dieet met veel walnoten op de lipidenspiegels in het bloed en op de bloeddruk nagegaan. Achttien gezonde mannen van tussen de 20 en 40 jaar met een totaal-cholesterol tussen de 3,5 en 6,5 mmol/l deden mee aan deze cross-over studie. Eerst at iedereen gedurende 5 dagen het referentiedieet, een volgens officiële normen samengesteld cholesterolverlagend dieet. Daarna at de helft van hen gedurende 4 weken het walnotendieet, gevolgd door 4 weken het referentiedieet. De andere helft at eerst nog 4 weken het referentiedieet en daarna 4 weken het walnotendieet. De twee diëten waren identiek wat betreft totaal caloriegehalte en percentages aan vet, eiwitten, koolhydraten en vezels. In het walnotendieet was minder vet voedsel en zichtbaar vet aanwezig en vervangen door walnoten. Na het eten van het walnotendieet was het totaal-cholesterolgehalte gemiddeld 0,6 mmol/l, oftewel 12,4 procent, lager dan na het eten van het referentiedieet. Ook het LDL-, het HDL- en het triglyceridegehalte daalde. De ratio totaal-cholesterol/HDL daalde van 4,0 naar 3,7. Voor deze veranderingen maakte het niet uit of men eerst het walnotendieet of eerst het referentiedieet volgde. Er werd geen verandering in de bloeddruk geconstateerd. Vervanging van een deel van het vet in een cholesterolverlagend dieet door walnoten kan het cholesterolgehalte dus met nog eens ruim 10 procent laten dalen, ook al is de uitgangswaarde van cholesterol al relatief laag. Dit komt met name door de samenstelling van het vet in walnoten. De verhouding van meervoudig onverzadigde vetten tot verzadigd vet is 7:1, een van de hoogst voorkomende in natuurlijk voedsel. Verder zijn het soort voedingsvezel en de verhouding lysine/arginine van belang. Het gebruik van amandelen en hazelnoten heeft waarschijnlijk eveneens een cholesterolverlagend effect. Of het effect van walnoten ook opgaat voor vrouwen, voor mensen met een hypercholesterolemie, en voor hen die langer vervolgd worden, is niet bekend.

Germa Joppe

A prospective study of the intake of vitamins C, E and A and the risk of breast cancer

Hunter DJ, Manson JE, Colditz GA, et al. N Engl J Med 1993; 329: 234-40

Aangezien er grote geografische verschillen in het voorkomen van mammacarcinoom zijn,

rees de vraag of dieetgewoontes het optreden ervan beïnvloeden. Om de rol van dieetgewoonten na te gaan, werd gebruik gemaakt van het grote gezondheidsonderzoek bij verpleegsters in de USA. Hierbij werd aan bijna 90.000 verpleegsters van 35-59 jaar in 1980 een dieetvragenlijst gestuurd, aangevuld met een vragenlijst over het gebruik van vitaminepreparaten in 1984. In 1988 werd het optreden van mammacarcinoom bij alle deelnemers in deze achttienjarige periode geregistreerd.

In deze periode deden zich 1439 gevallen van mammacarcinoom voor. Uit de dieetlijst kon – behalve een nadelige invloed van alcoholconsumptie – geen verband tussen het gebruik van bepaalde groepen levensmiddelen en het optreden van mammacarcinoom worden gelegd. Bij de in de voeding voorkomende vitamines A, C, en E daarentegen werden verschillen opgemerkt die echter bij de anti-oxidatie, vitamine C en E, niet significant waren. Er werd wel een significant verhoogd risico gevonden bij de groep met een lage vitamine A-consumptie. Vitaminesuppletie had geen invloed op het optreden van mammacarcinoom behalve bij de groep met de laagste opname van vitamine A. Bij hen leek vitaminesuppletie stellig een beschermend effect tegen het optreden van mammacarcinoom te hebben.

H.G. Frenkel-Tietz

Prevention of corticosteroid osteoporosis. A comparison of calcium, calcitriol and calcitonin

Sambrook F, Birmingham J, Kelley P, et al. N Engl J Med 1993; 328: 1747-52.

Om na te gaan of het mogelijk is osteoporose tengevolge van corticosteroïdengebruik te verminderen, werden 92 patiënten, van wie 1/5 mannen in dit onderzoek opgenomen. De leeftijd varieerde tussen 18-77 jaar, de gemiddelde leeftijd was 51 jaar. De helft van de vrouwen was in de menopauze. Het gemiddelde corticosteroïdengebruik was 25 mg per dag.

De patiënten werden in drie vergelijkbare groepen ingedeeld.

Groep I gebruikte 1 g calcium, 0,5 microgram calcitriol en 400 IU calcitonine per neusspray. Groep II gebruikte wel calcitriol en calcium maar een placebooverstuur en groep III gebruikte uitsluitend calcium naast twee placebo-preparaten.

Van alle patiënten werden bij begin van het onderzoek en alle hierop volgende vier maanden de botdichtheid van de lumbale wervelkolom,

het collum femoris en de radius gemeten. In het tweede jaar werden de bovenvermelde medicamenten niet meer gegeven maar wel de botdichtheid regelmatig gemeten. De tweedejaars groep was echter tot 60 gereduceerd.

Het bleek dat calcitriol, al dan niet in combinatie met calcitonine een toename van de botdichtheid van de lumbale wervels veroorzaakte maar geen invloed op de botdichtheid van collum femoris en radius had. Alleen calcitonine bleek ook in het tweede jaar nog een gunstige nawerking op de botdichtheid van de lumbale wervels te hebben. Dit effect bleef ook bij uitsluiting van patiënten met reumatoïde artritis bestaan.

In het eerste jaar van de observatieperiode hadden twee patiënten uit verschillende groepen een spontane ribfractuur. In het tweede jaar daarentegen traden vijf gevallen van wervelfracturen op, in elke groep een à twee.

Samenvattend kan men zeggen dat calcitriol en in nog sterkere mate calcitriol gecombineerd met calcitonine de ontkalking van de lumbale wervels tegengaat, geen invloed heeft op de kalkdichtheid van collum femoris en radius maar dat er wat betreft het optreden van fracturen geen verschil tussen de therapieën te bespeuren valt.

H.G. Frenkel-Tietz

Pancreatitis and the risk of pancreatic cancer

Löwenfels AB, Maisonneuve P, Cavallini G, et al. and the international pancreatic study group. N Engl J Med 1993; 328: 1433-7

In dit internationale onderzoek werd nagegaan of er een verband bestaat tussen chronische pancreatitis en het ontstaan van pancreascarcinoom. Voor dit doel werden alle patiënten gevolgd die langer dan twee jaar onder controle van één van de meewerkende centra stonden.

Ruim 1500 patiënten waren voor analyse beschikbaar; van hen ontwikkelden 19 in de observatieperiode een pancreascarcinoom. Dit betekent een verdubbeld risico op pancreascarcinoom bij een 10 jaar bestaande pancreatitis en een viervoudig risico bij een 20 jaar bestaande pancreatitis. In driekwart van de gevallen betrof het een alcoholische pancreatitis. Er bleek echter geen verschil tussen alcoholische en niet-alcoholische pancreatitis betreffende het risico een carcinoom te ontwikkelen. De enige factor van belang voor het risico was de duur van de pancreatitis.

H.G. Frenkel-Tietz

Diagnostiek van CARA in de huisartspraktijk

Bottema BJAM. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1993; 201 bladzijden. ISBN 90-900665-1.

De vraagstellingen van deze dissertatie luiden: hoe vaak komt Cara voor, op welke wijze presenteren patiënten met Cara zich aan de huisarts, op welke wijze verloopt het diagnostisch proces, wat is de prognose als de diagnose eenmaal gesteld is, en is onderdiagnostiek – indien aanwezig – vermijdbaar?

De onderzoeksopzet bestond uit drie pijlers. Ten eerste werd aan de hand van een analyse van de gegevens uit de Continue Morbiditeitsregistratie een beeld verkregen van het ziektebeloop. Dit gebeurde door over de periode 1967-1971 diagnoses door huisartsen volgens de ICHPPC-2-Defined codering te vertalen naar E-lijst criteria. Hierdoor werd de registratie bruikbaar voor onderzoek naar de samenhang tussen verschillende diagnoses en het verloop ervan in de tijd. Verder werden in het Transitieproject gedurende één jaar alle contacten geclassificeerd en gecodeerd volgens de ICPC. Zo kon niet alleen een beeld worden verkregen van de gestelde diagnoses, maar ook van de redenen waarom patiënten bij de huisarts komen, de daaruit voortkomende interventies en hun eventuele onderlinge samenhang.

Tenslotte werden de lotgevallen beschreven van een aantal astmapatiënten, die werden geselecteerd uit het Transitiebestand. De statusgegevens van deze patiënten werden geanalyseerd en er werd een klinisch onderzoek uitgevoerd ter beoordeling van de acute respiratoire status. De spirometrische status van patiënten met astma werd vergeleken met die van een controlegroep.

Conclusies

- De duur van de ziekteverschijnselen, alsmede de sociaal-economische achtergrond van patiënten, zijn onmisbare variabelen bij het opzetten van een interventieonderzoek.
- Vooral bij lang durende onderzoeken dient rekening te worden gehouden met regressie naar het gemiddelde van éénmaal gevonden longfunctieafwijkingen.
- Onderzoek naar effecten van screening op longfunctieafwijkingen in de huisartspraktijk dient niet te worden aangemoedigd.
- Het gebruik van vragenlijsten voor het opsporen van patiënten met Cara kan leiden tot aanzienlijke fout-negatieve bevindingen en van met name veel fout-positieve uitkomsten.

- De diagnose 'acute bronchitis' is ongeschikt als operationalisatie van een infectieuze luchtwegaandoening voor onderzoeksdoel-einden. Patiënten met deze 'diagnose' lopen een verhoogde kans in de follow-up periode als Cara-patiënt te worden gezien.
- Er dient onderzoek te worden gedaan naar de plaats van longfunctieonderzoek in de huisartspraktijk.
- Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat bij de meeste mensen met astma de verschijnselen in de loop der tijd verdwijnen, terwijl uit de SGO-studie is gebleken dat de verschijnselen van astma, na het staken van de inhalatiecorticosteroïden, juist weer terugkeren. Dit suggereert afhankelijkheid van corticosteroïden, hetgeen een verlenging van de ziekteduur met zich mee kan brengen. Daar de populatie van de SGO-studie verschilt van de populatie uit het onderzoek van Bottema, zou nader onderzoek naar dit fenomeen binnen de eerste lijn gewenst zijn.
- De prevalentie van patiënten met astma die bij de huisarts komen verschilt niet van patiënten met andere aandoeningen. Wel komen zij vaker voor luchtwegaandoeningen en minder vaak voor andere aandoeningen. De verschijnselen worden door de huisarts veelal als 'nieuw' geduid en niet herkend als een al langer bestaand probleem.
- Patiënten met astma, chronische bronchitis en emfyseem worden vaak maar één keer per episode door de huisarts gezien. Systematische controles komen weinig voor.
- Het is van groot belang om op basis van de ernst van de astma een voor de dagelijkse praktijk werkzame indeling te maken.

Consequenties

In het kader van nascholing voor huisartsen is het van belang te weten, dat Cara vaak een lange en sluipende aanloop heeft. Dit impliceert dat herkenning van Cara in de huisartspraktijk moeilijk is. Het concept dat astma een chronische ziekte zou zijn, dient herzien te worden (zie hierboven). De verschijnselen zijn bij een meerderheid der patiënten van tijdelijke aard en derhalve voor de huisarts op den duur niet meer herkenbaar. Met uitzondering van episodes met acute bronchitis verschilt de astmapatiënt, met betrekking tot comorbiditeit, niet van andere patiënten. Dit geldt ook voor patiënten met chronische bronchitis en/of emfyseem; bij deze groep wordt echter wel vaker decompensatio cordis, pneumonie en longcarcinoom gesignaleerd. Dit is dan ook vaak een belangrijke doodsoorzaak binnen deze groep

Cara-patiënten. De diagnose chronische bronchitis/emfyseem heeft aantoonbare gevolgen voor de overlevingsduur.

Gelet op het voorgaande en gelet op de bevinding dat longfunctieonderzoek vrijwel niet voorkomt binnen de huisartspraktijk, zal in het onderwijs veel meer dan tot dusverre aandacht moeten worden besteed aan de noodzaak een eventuele bronchusobstructie te objectiveren. De piekstroommeter biedt hiervoor uitstekende mogelijkheden. Dit onderzoek toont wederom aan, dat anamnese en lichamelijk onderzoek op zich een zeer laag voorspellende waarde hebben om een eventuele bronchusobstructieve component aan te tonen. Bij patiënten met herhaalde episodes van verschijnselen, die worden geduid als een acute bronchitis, dient een bronchusobstructieve component te worden uitgesloten. Het automatisme van de koppeling tussen de diagnose bronchitis en het geven van antibiotica dient te worden doorbroken.

De therapie moet worden getitreerd op basis van de piekstroomwaarden en de klachten. Het heeft geen zin om de patiënten, bij wie ondanks een aantoonbare bronchusobstructie geen klachten bestaan, toch te behandelen. Dit blijven vooral oudere rokende mannen te zijn. Een advies met het roken te stoppen dient dan veel frequenter te worden gegeven. De bevindingen bij piekstroommetingen komen niet altijd met de longfunctie overeen. Derhalve dient samenwerking met longartsen te worden nagestreefd, om bij twijfel over de piekstroommetingen aanvullend longfunctieonderzoek te doen. De vraag of de levensverwachting van COPD-patiënten door de hierboven voorgestelde benadering door de huisarts tot een langere levensverwachting leidt, is echter nog niet aangetoond. Wel is aangetoond dat patiënten met COPD, door cardiovasculaire oorzaak, eerder blijken te overlijden dan de controlegroep.

Commentaar

De resultaten van dit onderzoek zijn van groot belang voor de praktijk: Cara-patiënten dienen regelmatig op het spreekuur te worden gecontroleerd, ook als zij geen klachten meer hebben; de bronchusobstructie dient regelmatig te worden geobjectiveerd, en huisartsen moeten minder varen op de anamnese en het lichamelijk onderzoek alleen. Bottema benadrukt verder het belang van een te ontwikkelen classificatiesysteem op basis van longfunctieparameters, specifieke klachten en medicatiebehoefte.

Het unieke aan dit onderzoek is, dat de gegevens uit het Transitieproject en uit de Continue Morbiditeitsregistratie op een nauwgezette

en verantwoorde manier met elkaar zijn verbonden. Opmerkelijk is de waarneming, dat na 10 jaar slechts 20 procent van alle oorspronkelijke patiënten nog een codering astma in de status had. In de dissertaties van de kinderlongartsen Gerritsen en Roorda vinden we hiervoor percentages van ongeveer 50 en ongeveer 75 procent, gemeten over een periode van ongeveer 15 jaar. Zegt dit iets over het verschil in populatie, of over het verschil in intensiteit van waarnemen? Met andere woorden: is astma een aandoening van voorbijgaande aard of gaan wij eraan voorbij?

Het proefschrift is goed leesbaar, waaraan de overzichtelijke index zeer zeker een belangrijke bijdrage levert. De resultaten van dit onderzoek zijn veelal herkenbaar en van praktisch belang voor de dagelijkse praktijk. Ik adviseer derhalve eenieder die zich met onderzoek en/of nascholing over Cara bezighoudt om dit ambieuze proefschrift te bestuderen.

A.P.E. Sachs

Patiënten met psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk

Van der Meer K. Dissertatie Rijksuniversiteit Groningen. Lelystad: Meditekt, 1994; 120 bladzijden, prijs NLG 27,-. ISBN 90-5070-026-8. Te bestellen bij de uitgever: 03200-41891.

Van der Meer doet in een beknopt proefschrift verslag van een onderzoek naar een voor de huisartsgeneeskunde zeer relevant onderwerp. Patiënten met psychische en/of sociale problemen zorgen immers voor een groot deel van de dagelijkse werkbelasting van huisartsen. In het proefschrift staan drie vragen centraal: wat is de prevalentie van psychische en sociale problemen, hoe handelt de huisarts daarbij, en hoe is het beloop van deze problemen.

General Health Questionnaire

Ter beantwoording van de eerste vraag hebben 25 huisartsen gedurende tien praktijkdagen alle contacten met patiënten tussen 16-66 jaar geregistreerd en werd bij deze patiënten een General Health Questionnaire (GHQ) afgenomen. De GHQ wordt vaak gebruikt in psychiatrisch epidemiologisch onderzoek en wordt geacht een indruk te geven van het al dan niet bestaan van een psychische stoornis. De huisartsenregistraties zijn later door de onderzoeker gecodeerd met behulp van de ICPC.

Bij 22 procent van de ruim 2400 patiënten, een percentage dat goed overeenkomt met

reeds bekende prevalentiegetallen, bleek het contact volgens de huisarts betrekking te hebben op een psychisch of sociaal probleem; slechts in de helft van de gevallen werd ook de contactreden gecodeerd in de hoofdstukken Psychisch (9 procent) of Sociaal (3 procent) van de ICPC. In drie procent van de contacten werd door de huisarts een psychiatrische diagnose gesteld, waarbij het met name ging om depressies, hyperesthetisch emotionele syndromen en neurasthenie.

Tien procent van de patiënten presenteerde een nieuw psychisch of sociaal probleem. Het percentage patiënten met een positieve GHQ was veel groter, en vergeleken met het huisartsenoordeel had de GHQ een betrekkelijk lage sensitiviteit en specificiteit. Dat was ook te verwachten, aangezien de GHQ zich niet beperkt tot het probleem waarop het contact met de huisarts betrekking had. Wel bleek een negatieve GHQ vaak samen te gaan met het volgens de registrerende huisartsen ontbreken van psychosociale problematiek. Van alle patiënten werd 13 procent door de huisartsen gezien als 'chronisch klager'. Deze patiënten hadden volgens de huisartsen tevens vaak psychosociale problemen.

Present State Examination

Tot slot is er nog een naar huisartsenoordeel en GHQ-score gestratificeerde steekproef getrokken. Patiënten die daarvoor toestemming gaven, werden onderworpen aan een klinische beoordeling met de Present State Examination (PSE), waarmee de aanwezigheid van psychiatrische symptomen gedurende de afgelopen vier weken kan worden beoordeeld.

Van alle patiënten, bij wie door de huisarts een psychiatrisch dan wel psychosociaal probleem werd vastgesteld, scoorde de helft positief op de PSE. Bij de patiënten, die volgens de huisarts geen psychosociale problematiek hadden, werd met behulp van de PSE slechts in acht procent psychiatrische symptomatologie gedurende de vier weken voorafgaand aan het contact vastgesteld. Er was echter weinig overeenkomst tussen de (contactgebonden) diagnose van de huisarts en de PSE-diagnose. Een klinisch belangrijke bevinding was voorts dat ruim de helft van de patiënten met chronisch klaaggedrag (en volgens de huisarts psychosociale problemen) kon worden ingedeeld volgens de ICD. Bij het merendeel van deze mensen werd met de PSE een depressie vastgesteld.

Zoals ook uit eerder onderzoek bekend was voerden de huisartsen frequent een explorerend dan wel steunend gesprek met patiënten, bij wie een psychosociaal probleem werd vastgesteld.

Bij ongeveer een derde van deze patiënten gaven de huisartsen medicatie, voornamelijk psychofarmaca (21 procent, waarvan tranquillizers in 13 procent), drie procent werd direct verwezen naar psychiater of RIAGG, vijf procent naar een andere eerstelijns-discipline (maatschappelijk werk of fysiotherapeut). Over het algemeen beoordeelden de huisartsen de prognose van deze patiënten als redelijk gunstig: van alle patiënten met een nieuw psychosociaal probleem zou 88 procent hersteld zijn na een jaar.

Follow-up

De groep patiënten met nieuwe psychosociale problematiek werd gedurende een jaar gevolgd; de huisartsen registreerden de contacten met deze patiënten en zij werden aan het eind van het registratiejaar nogmaals onderworpen aan een onderzoek met de PSE. Het ging om 241 patiënten, van wie er 121 konden worden gevolgd. Van deze patiënten hadden bij het begin van de registratie 50 personen een psychiatrisch probleem volgens onderzoek met de PSE. Na een jaar hadden 12 van hen nog steeds of opnieuw een psychiatrisch probleem. De kwantitatief belangrijkste psychiatrische diagnose in deze groep was de depressie. Verdere conclusies over het beloop van de verschillende psychiatrische aandoeningen zijn niet goed mogelijk; daarvoor is de onderzochte groep te klein.

Controverse

Dit onderzoek heeft veel waardevolle informatie over voorkomen en beloop van psychiatrische en psychosociale problemen in de huisartspraktijk opgeleverd. Eens te meer bleek het een lastige klus om de vele verschillende klinische entiteiten, die in dergelijk onderzoek voorkomen, overzichtelijk te ordenen. Dat maakt het proefschrift nu en dan moeilijk leesbaar. Voorts is het jammer dat nauwelijks aansluiting op het reeds eerder verrichte huisartsgeneeskundig onderzoek, en met name op de grote huisartsgeneeskundige registratieprojecten, tot stand is gebracht. Mogelijk wordt dat verklaard uit het gegeven, dat het onderzoek deel uitmaakte van een groter en meer omvattend psychiatrisch onderzoeksproject.

De auteur signaleert de bestaande controverse tussen psychiaters en huisartsen, waarbij epidemiologisch georiënteerde psychiaters de huisartsen verwijten psychiatrische problematiek te vaak niet te herkennen, terwijl er als deze wel wordt herkend vaak niet de juiste actie (verwijzing of farmacotherapie) volgt. De kern van dit probleem wordt nu juist gevormd door

een verschil in 'maatvoering' of waardetoekening, zoals ook in dit onderzoek treffend wordt geïllustreerd in het verschil tussen een positieve GHQ en een positief oordeel van de huisartsen. De door de auteur gemaakte vergelijking tussen het huisartsenoordeel en de score op de GHQ lijkt (nog afgezien van psycho-metrische problemen) klinisch echter weinig zinvol, aangezien de huisartsen de inhoud van het actuele contact beoordelen en de GHQ een oordeel geeft over het al dan niet bestaan van psychische problemen, onafhankelijk van de inhoud van het huisarts-patiënt contact. Bovendien blijft het de vraag of een door patiënten ongevraagd en mogelijk ongewenst psychiatrisch label huisarts en patiënt wel verder helpt. De lotgevallen van de patiënten, die als chronisch klager werden aangemerkt geven wat dat betreft veel stof tot nadenken. Mogelijk zou juist bij deze patiënten niet zozeer de signalering, als wel de diagnostiek wat krachtiger door de huisarts ter hand kunnen worden genomen.

De onderzoeksresultaten maken echter voldoende duidelijk dat veel van de psychiatrische problemen tijd nodig hebben om te helen. Ondanks het geringe verwijzingspercentage bleek na een jaar immers slechts bij 25 procent van de patiënten met in aanvang psychiatrische symptomen sprake van een nieuw, dan wel persisterend psychiatrisch probleem. De kunst blijft te voorspellen om welke problemen het gaat. In dit onderzoek ging het voornamelijk om depressies.

Henk van Weert

NHG-Standaarden voor de huisarts

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

De presentatie van dit boek laat er geen twijfel over bestaan: dit is de 'bijbel' voor de Nederlandse huisarts. Het boek heeft een eerbiedwaardige, stevige grijze kaft en is keurig ingebonden met een rood lint om aan te geven hoever de lezer gevorderd is in het landschap van de NHG-Standaarden.

Ter gelegenheid van het Wonca-congres in Den Haag werden dertig NHG-Standaarden gebundeld. Voor de lezer van *Huisarts en Wetenschap* bevat het boek dan ook weinig nieuwe stof, hoewel via een notenapparaat de belangrijkste elementen van wetenschappelijke verantwoording van de standaarden toegankelijk worden gemaakt. In drie inleidende hoofdstukken wordt de ontwikkeling van de standaarden geschetst en wordt aangegeven in welk breder

perspectief deze instrumenten dienen te worden gesitueerd. De hamvraag met betrekking tot de standaarden is: leveren zij een echte bijdrage aan verbetering van de kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg? In *The Lancet* van 27-11-1993 tonen Grimshaw & Russell in een uitgebreide review-studie aan dat 'explicit guidelines do improve clinical practice ... However, the size of the improvements in performance, varied considerably'. De eerste resultaten van onderzoek naar de standaarden in Nederland toont alvast aan dat het overgrote deel van de huisartsen bekend is met deze instrumenten. Implementatie levert echter knelpunten op die te maken hebben met management-aspecten in de praktijkvoering en met het feit dat huisartsen bij de patiëntenzorg soms terecht wensen af te wijken van de standaard. Tevens is er aarzeling bij de beroepsgroep over de implicaties van een normerend gebruik van standaarden.

Het bezig zijn met standaarden is geen eindpunt in het kader van de ontwikkeling van een kwaliteitszorg. Huisartsen zullen ook moeten gaan kijken naar de maatschappelijke context waarbinnen ze functioneren en de invloed hiervan op de kwaliteit van hun werk.

Hoe dan ook vormt dit boek een belangrijk internationaal signaal: in Frankrijk werd recent een contract voor 4 jaar afgesloten tussen de verzekeringsorganisaties en de huisartsen, waarbij voor 24 problemen (onder andere hypertensie, ischialgie, hypercholesterolemie, en antibioticavoorschriften) 'praktijkrichtlijnen' met betrekking tot diagnostische en therapeutische procedures worden vastgelegd, met implicaties voor de betaling.

Het boek 'NHG-Standaarden voor de huisarts' vormt een mijlpaal voor de ontwikkeling van de Nederlandse huisarts tot 'the five star doctor' die de samenleving van morgen nodig heeft.

J. De Maeseneer

Non acute abdominal complaints

Diagnostic studies in general practice and outpatient clinic. Muris J, Starmans R. Dissertatie Rijksuniversiteit Limburg. Amsterdam: Thesis, 1993; 213 bladzijden, prijs NLG 35,-.

Niet-acute buikklachten – in dit proefschrift gedefinieerd als klachten die langer dan 2 weken bestaan – worden zowel bij de huisarts als bij de internist frequent gepresenteerd. Beiden moeten vaststellen of er een organische verklaring voor de klachten is en bedienen zich hierbij

van anamnese, lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek. In de specialistische literatuur, vooral die over de non-ulcer dyspepsie en het irritable bowel syndrome, wordt de laatste jaren het gebruik van scoringsmodellen bepleit om tot een positieve diagnose van niet-organische buikklachten te komen en zo de patiënt belastende, kostbare en soms nadelige invasieve onderzoeken te kunnen besparen. Of deze modellen voor de huisarts nuttig zijn bij de keuze de patiënt voor verder onderzoek te verwijzen was een van de vraagstellingen bij het onderzoek dat de beide huisarts-onderzoekers in Limburg hebben verricht. De onderzoeksvragen waarop zij in dit in het Engels geschreven proefschrift een antwoord trachten te geven hebben betrekking op de 'diagnostische en prognostische waarde van anamnese, lichamelijk onderzoek, psychologische testen en laboratoriumonderzoek bij patiënten met niet-acute buikklachten in de huisartspraktijk en in de polikliniek van de algemene interne'.

Onderzoek naar de diagnostische en prognostische waarde van deze scoringsmodellen is vrijwel alleen bij geselecteerde patiëntenpopulaties op specialistische poliklinieken verricht. Uit de besliskunde is inmiddels bekend dat de waarde van een dergelijke diagnostische test sterk wordt beïnvloed door de prevalentie van aandoeningen in een bepaalde populatie. Wat bij de specialist geldt is niet zonder meer van toepassing in de huisartspraktijk.

Niet organisch verklaarbare buikklachten gaan nogal eens samen met psychologische stoornissen. In modern onderzoek gebruikt men psychologische vragenlijsten, om zo een bijdrage aan de diagnostiek te leveren. In de klinische praktijk is dat niet gebruikelijk.

Literatuuronderzoek

De onderzoekers hebben volgens de principes van de meta-analyse eerst een vijftal kritische literatuurstudies verricht. Zij onderzochten de waarde van symptomen en lichamelijk onderzoek bij symptomen van de onderste tractus digestivus, bij bovenbuiksklachten (dyspepsie en galstenen), van het rectale toucher en van de occult-bloedtest in de faeces. Zij komen in alle gevallen tot de conclusie dat de diagnostische waarde gering is en nergens in de huisartspraktijk is onderzocht, en roepen op tot nieuw prospectief onderzoek. Hetzelfde geldt voor de diagnostische waarde van een psychologische test voor het vaststellen van het organische of niet-organische karakter van de klachten: in methodologisch matig onderzoek is er veel samenhang, in het enige goede onderzoek werd geen verband gevonden. Een laatste literatuur-

studie is verricht naar de factoren die de prognose beïnvloeden. Ook hier zijn de resultaten niet direct toepasbaar in de huisartspraktijk.

Het literatuurgedeelte biedt een schat aan informatie, zeker voor lezers die overwegen zelf een onderzoek op te zetten. Van veel routinevragen en -handelingen wordt het relatieve belang aangetoond; de werkelijke waarde voor de huisarts moet nog worden vastgesteld. Door de presentatie in afzonderlijke artikelen leest het niet gemakkelijk en wordt men veel met herhalingen van de onderzoeksmethode geconfronteerd.

Empirisch onderzoek

In het tweede deel van het proefschrift worden de uitkomsten van het eigen onderzoek in de huisartspraktijk en in een interne polikliniek beschreven, alsmede de validering van de scoringsmodellen in deze populaties. De prognostische waarden van symptomen en lichamelijk onderzoek wordt door een follow-up onderzoek vastgesteld.

Het eerste onderzoek, naar het vóórkomen van niet-acute buikpijn, heeft een algemeen epidemiologisch karakter. Huisartsen behandelde de meeste klachten zelf.

Het tweede onderzoek – verricht bij 80 huisartsen – had betrekking op patiënten die al twee weken buikklachten hadden. Er werden acht onafhankelijke voorspellers van organisch verklaarbare aandoeningen gevonden. Bij maligniteiten bleken dit er vijf: mannelijk geslacht, hogere leeftijd, aspecifieke aard van de pijn, gewichtsverlies en een BSE >20 mm; dit zijn allemaal gemakkelijk door de huisarts te verkrijgen gegevens.

Op de polikliniek bleken de anamnestiche gegevens minder te discrimineren, vermoedelijk als gevolg van de door de huisarts toegepaste selectie juist op grond van die gegevens. De occult-bloedtest bleek hier van meer waarde dan bij de huisarts voor het voorspellen van een maligniteit.

De diagnostische waarde van de scoringsmodellen konden niet worden gereproduceerd in de beide populaties. De prognose van de niet-acute buikklachten bleek in de huisartspraktijk beter dan op de polikliniek of in de literatuur. De follow-up bedroeg 18 maanden en bestond uit een uitgebreid onderzoek van de status bij de huisartsen.

In een afsluitend hoofdstuk concluderen de onderzoekers dat het opmerkelijk is dat zo weinig klinische bevindingen een diagnostische waarde hebben bij het onderscheid organisch/niet-organisch. Selectiebias speelt een rol, maar ook het eigen onderzoek levert weinig

houvast. Een goede les van de besliskundige benadering. Psychologische tests hebben al evenmin waarde, een geruststelling voor de practicus die zich al met vragenlijsten omringd zag. Wat er nu wel moet worden gedaan wordt wel aanbevolen, maar terecht gerelativeerd tot dat ook deze aanbevelingen in andere populaties zijn getest. Dus ook hier is nieuw onderzoek nodig.

Kortom: een degelijk, kritisch proefschrift met zinnige huisartsgeneeskundige conclusies en een goede basis voor verder onderzoek; voor de medicus practicus echter niet eenvoudig te lezen door de presentatie in de vorm van artikelen.

J.S. Meijer

Dingen die niet voorbijgaan

Baldew IM. Assen: Van Gorcum, 1993; VIII + 196 bladzijden, prijs NLG 40,-. ISBN 90-232-2837-5.

De titel van dit boek (een parafrase op Louis Couperus' *Van oude mensen, de dingen die voorbijgaan*) doet vermoeden dat het over bejaarden gaat. Het boek gaat echter, volgens de ondertitel, over 'de levensloop van chronisch zieken'. Kinderarts Baldew stond een praktijkgericht boek voor ogen, met wetenschappelijk verantwoorde informatie, voor een ruime doelgroep: artsen, maatschappelijk werkenden, psychologen en andere zorgverleners, patiënten en hun gezin, werkgevers en beleidsmakers. De basis voor dit boek was de kennis die hij opdeed in zijn werk voor de stichting Chronisch zieke kinderen en jongeren.

In 16 hoofdstukken worden uiteenlopende aspecten behandeld die te maken hebben met chronische ziekten, chronisch zieken en de sociale omgeving op micro- en macroniveau. In de eerste hoofdstukken worden basisbegrippen uit de ontwikkelingspsychologie beschreven; verder wordt er ingegaan op ziektebeleving, ziektebeloop, de rol van de omgeving en sociale integratie. De hoofdstukken 9-11 gaan over chronische ziekten en zorg; de laatste hoofdstukken gaan over socialisatie van chronisch zieken en zijn geschreven vanuit het standpunt dat het ontwikkelen van de beschikbare talenten zeer belangrijk is, hetzij als betaalde arbeidskracht of vrijwilliger, hetzij in de sfeer van hobby en vrije tijd. Een literatuurlijst, een lijst met adressen en een register sluiten dit boek af.

De auteur heeft gekozen voor een brede aanpak door zo veel uiteenlopende aspecten van het leven van mensen met een chronische ziekte te beschrijven. In deze brede aanpak ligt

zowel de kracht als de zwakte van dit boek. In dit boek is veel relevante informatie samengebracht en de lezer kan in bijna 200 pagina's zijn kennis over het onderwerp opfrissen of aanvullen. De bespreking blijft echter vaak op een oppervlakkig niveau. Op een aantal onderwerpen gaat de auteur wel diepgaand en in detail in, maar het is onduidelijk waarop die keuze gebaseerd is. Zo wordt in vijf pagina's een uitgebreid overzicht gegeven van psychologische tests, maar worden slechts vier regels gewijd aan het ziektebeeld reuma. Het praktijkgerichte karakter van het boek wordt het duidelijkst weerspiegeld in hoofdstuk 17, waarin een overzicht staat van de vele regelingen op het gebied van de sociale zekerheid en andere regelingen voor financiële ondersteuning. Dit maakt de waarde van het boek echter ook kwetsbaar: volgend jaar zullen deze gegevens waarschijnlijk gedeeltelijk achterhaald zijn.

De gebruikte taal lijkt mij vaak te moeilijk voor leken, voor wie het boek mede bedoeld is. De tekst is geïllustreerd met casuïstiek, hetgeen de leesbaarheid ten goede komt, met name doordat de theoretische opsommingen zo wat worden verlichtigd. De onvolledigheid van de literatuurlijst is storend.

Iedereen die op enigerlei wijze te maken heeft met mensen met een chronische ziekte kan in dit boek iets van zijn gading vinden; voor diepgaande informatie schiet het boek echter vaak tekort. Het vooraf inperken van de doelgroep, en de keuze van onderwerpen en mate van diepgang op deze doelgroep afstemmen, zou een bruikbaar boek hebben opgeleverd.

François Schellevis

RECTIFICATIE

In het maartnummer van deze jaargang (Huisarts Wet 1994; 37(3): 124) is in een voetnoot ten onrechte vermeld dat terbinafine in Nederland niet als crème beschikbaar is. De crème werd op 6 maart 1992 geregistreerd.

De wetenschappelijke verantwoording van NHG-standaarden in eindnoten

Sinds februari 1994 worden de standaarden samen met een wetenschappelijke verantwoording in de vorm van eindnoten gepubliceerd. Hiervoor is gekozen om alle lezers direct in de gelegenheid te stellen kennis te nemen van de onderbouwing van de standaard. Voorheen was men genoodzaakt de wetenschappelijke verantwoording apart op te vragen. Deze had de vorm van een betoog waarin de tekst van de standaard was verwerkt, hetgeen tot herhaling en wijdloopigheid leidde. In het NHG-Standaardenboek is de verantwoording reeds in de vorm van noten geïntroduceerd. Dit heeft vele positieve reacties opgeleverd.

De noten zijn bedoeld als wetenschappelijke onderbouwing van de belangrijkste beweringen van de standaard. Voor zover mogelijk vindt argumentatie plaats op basis van gegevens uit de literatuur; hierbij wordt vooral gelet op de relevantie voor de huisartspraktijk. Bij beweringen op basis van consensus wordt in de noot duidelijk gemaakt welke overwegingen een rol hebben gespeeld.

Bij het maken van een notenapparaat zijn de volgende punten van belang:

- de keuze voor het maken van een noot;
- de bespreking van de literatuur;
- de argumentatie op basis van consensus;
- de ruimte voor aanvullende informatie.

Keuze voor het maken van een noot

Niet elke bewering wordt in een noot onderbouwd of uitgelegd. Sommige beweringen zijn zo vanzelfsprekend dat een uitleg overbodig is, bijvoorbeeld het feit dat roken een risicofactor is voor hart- en vaatziekten. Vooral de controversiële beweringen, bijvoorbeeld dat stress een risicofactor zou zijn, verdienen een goed beargumenteerde onderbouwing in een noot. Minder controversiële kwesties, zoals de epidemiologische informatie, worden zo nodig kort toegelicht in een noot.

Voorts wordt elk beslismoment van de standaard in een noot beargumenteerd, bijvoorbeeld de beslissing om alleen bij ernstig therapie-resistent constitutioneel eczeem onderzoek naar voedselallergie te doen. Bij de diagnostiekparagrafen wordt gestreefd informatie over de voorspellende waarden van de diverse tests (waaronder ook anamnesevragen en bevindingen bij lichamelijk onderzoek) in de noten op te nemen. Tot slot verdienen de richtlijnen van het beleid extra aandacht. Vooral de onderbouwing van de medicamenteuze therapie vergt

een degelijke afweging en ondersteuning met gegevens uit de literatuur. Uiteindelijk wordt gestreefd het aantal noten te beperken tot ongeveer dertig.

Bespreking van de literatuur

Een wetenschappelijke verantwoording wint aan kwaliteit als elk geciteerd artikel in het kort wordt besproken. Zo worden de beweringen van de standaard controleerbaar. Het citeren van een artikel gaat doorgaans gepaard met informatie over de aard van het onderzoek (trial, review of meta-analyse), de plaats van het onderzoek (in de huisartspraktijk?) en een samenvatting van de resultaten. Bij controversiële beweringen worden soms onderzoeken met tegenstrijdige resultaten besproken, waarbij een afweging wordt gemaakt in het licht van de standaard. De relevantie van de literatuur voor de praktijk van de huisarts speelt hierbij een belangrijke rol.

Argumentatie op basis van consensus

De praktijk van de standaardontwikkeling wijst uit dat er in veel gevallen onvoldoende literatuur, dat wil zeggen onvoldoende voor de huisartspraktijk relevante literatuur, beschikbaar is om alle belangrijke beweringen te onderbouwen. Een groot aantal richtlijnen komt op basis van consensus tot stand. Deze worden ook in een noot nader toegelicht door te motiveren welke argumenten een rol hebben gespeeld. Zo is de beslissing om bij sinusitis geen antibiotica voor te schrijven (behalve bij ernstige klachten die langer dan vijf dagen duren) niet gebaseerd op placebo-gecontroleerd onderzoek, maar op de afweging dat het natuurlijk beloop gunstig is en complicaties zelden voorkomen. Een goed beargumenteerde richtlijn is te prefereren boven het citeren van conclusies uit onderzoeken waarvan de relevantie voor de huisartspraktijk dubieus is.

Ruimte voor aanvullende informatie

De noot dient vooral als onderbouwing van de beweringen in de standaard. Extra informatie wordt zoveel mogelijk beperkt. Een standaard en het begeleidende notenapparaat zijn geen nascholing; deze wordt gegeven in het begeleidende deskundigheidspakket. Geïnteresseerden kunnen eventueel meer over het onderwerp te weten komen door de referenties na te gaan.

J.S. Burgers,
Dr. S. Thomas,
Afdeling Standaardenontwikkeling NHG

NHG afdeling Deskundigheidsbevordering

Heeft u al eens met een Deskundigheidsbevorderings-pakket gewerkt in uw huisartsengroep? Bij uw plaatselijk coördinator van de Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen (WDH) zijn inmiddels al 21 Deskundigheidsbevorderings-pakketten (DKB-pakketten) bij de NHG-standaarden beschikbaar. De DKB-pakketten bevatten gevarieerd cursusmateriaal dat gericht is op het toepassen van de richtlijnen uit de NHG-standaarden in de dagelijkse praktijk. Het cursusmateriaal is klaar voor gebruik en maakt het voor huisartsen mogelijk om met een beperkte voorbereidingstijd een cursus samen te stellen. Naast cursussen in regionaal verband (georganiseerd door de WDH) is het onderwijsmateriaal ook gericht op gebruik in de huisartsengroep (HAGRO), toetsgroep of bij het farmacotherapie-overleg. Vanzelfsprekend leent het ene onderwerp zich beter voor FTO of gebruik in een toetsgroep dan het andere; naarmate u vaker met een pakket hebt gewerkt is het makkelijker om uw vraag en het aanbod in het DKB-pakket op elkaar af te stemmen.

Het veranderen van gewoontes in de dagelijkse praktijk en de invoering van de richtlijnen uit de NHG-standaarden is niet gemakkelijk. Om verandering te bereiken wordt als 'mal' voor elk pakket een model van gedragsverandering gehanteerd; stapsgewijs wordt geprobeerd om de huisarts met de richtlijn vertrouwd te maken en om hem of haar enthousiast te maken voor invoering van de richtlijn in het dagelijks werk in spreek- of onderzoekkamer. Voor het zetten van elke stap zijn werkvormen ontwikkeld en in het DKB-pakket opgenomen.

Voor het samenstellen van een programma hebt u geen specifieke onderwijservaring nodig. Er zijn in elk DKB-pakket programmasuggesties opgenomen waaruit u een keuze kunt maken, afhankelijk van de groep waarvoor u een cursus verzorgt. Voorts is elk cursusonderdeel voorzien van een handleiding, die het voor u mogelijk maakt om het onderwijs voor te bereiden en uit te voeren. Ook hier geldt: hoe vaker u met een pakket werkt, hoe makkelijker het wordt om een leuke en/of leerzame cursus samen te stellen.

Aan het maken van het onderwijsmateriaal kan nog zoveel zorg worden besteed, u als gebruiker van de pakketten moet aangeven wat u ervan vindt, en wat beter zou kunnen of moeten. Hiertoe zijn aan elk pakket een aantal evaluatieformulieren toegevoegd, waarop u uw mening kunt geven. Als de bijgevoegde evalua-

tieformulieren op zijn, kunt u aan de plaatselijk coördinator een extra exemplaar vragen.

De plaatselijk coördinator van de WDH heeft de beschikking over de NHG/LHV DKB-pakketten. Hij kan u informatie geven over het gebruik ervan. Inlichtingen over wie de plaatselijk coördinator is in uw regio of nadere inlichtingen over de pakketten kunt u verkrijgen bij het secretariaat van de afdeling deskundighedsbevordering van het NHG: Mw. E. Bakker-Timmer, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht; telefoon: 030-881.700.

METOH Adviezen

De Stichting Medisch-Ethische Toetsing Onderzoek Huisartspraktijken heeft tot doel het laten verrichten van beoordelingen – waaronder medisch-ethische toetsing – van derde en vierde fase patiëntgebonden onderzoek in huisartspraktijken. In deze stichting participeren het NHG, de LHV en de KNMP.

In opdracht van de Stichting METOH is het volgende onderzoeksprotocol door de Medisch Ethische Toetsingscommissie van het NZi goedgekeurd op de wetenschappelijke deugdelijkheid en de ethische aanvaardbaarheid. Op 11 maart 1994 ontving dit protocol het predikaat 'geen bezwaar'.

Het protocol CC 2567-T-136, getiteld 'A randomised, placebo-controlled, double-blind, comparative trial to evaluate the efficacy and safety of a transdermal oestrogen HRT for the prevention of menopausal osteoporosis' definitieve versie d.d. 14 januari 1994, inclusief patiënteninformatie en informed consent versie d.d. 28 februari 1994, auteur E. Vercammen, MD, verbonden aan Cilag Benelux te België.

Dr. H.J.J.M. Berden, NHG
Dr. P. de Smet, KNMP
Prof. dr. Th. Voorn, LHV

Standaarden

Voor de volgende werkgroepen vragen wij ter zake deskundige dan wel geïnteresseerde huisartsen die bereid zijn actief aan de ontwikkeling van een NHG-Standaard bij te dragen.

- Mycotische huidaandoeningen;
- Bacteriële huidinfecties.

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

Gepubliceerd in 1993

- Varices M30 (januari);
- Randvoorwaarden Verloskunde P02 (maart);
- Functiestoornissen van de Schildklier M31 (april);
- Zwangerschap en Kraambed M32 (mei);
- Sinusitis M33 (juli);
- Acute Diarree M34 (augustus);
- Influenza en Influenzavaccinatie M35 (september);
- Maagklachten M36 (oktober).

Gepubliceerd in 1994

- Constitutioneel Eczeem M37 (januari);
- Fluor vaginalis M38 (februari);
- Psoriasis M39 (maart);
- Bloedonderzoek M40 (mei-I);

Becommentarieerd

- Atriumfibrilleren;
- Angina Pectoris;
- Reumatoïde Arthritis;
- Bemoelijkte Mictie bij oudere Mannen;
- Incontinentie;
- TIA;
- Depressie.

In ontwikkeling

- Het rode Oog;
- Amenorroe;
- Lage-Rugklachten;
- Otitis Externa;
- Urethritis bij Mannen;
- Cervicitis en PID;
- Enuresis bij Kinderen;
- Decompensatio Cordis;
- Herpes Genitalis en Condylomata Acuminata;
- Allergische en Hyperreactieve Rhinopathie;
- Voedselallergie bij Zuigelingen;
- Epicondylitis;
- Slechthorendheid;
- Angststoornissen;
- Acute Knieklachten.

In voorbereiding

- Niersteenaanval;
- Chronische-recidiverende Knieklachten;
- Acute knieklachten;
- Mycotische Huidaandoeningen;
- Bacteriële Huidinfecties.

Mededelingen voor de Agenda in nummer 8 (juli 1994) moeten op uiterlijk 23 juni in het bezit zijn van het redactiesecretariaat.

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.

Juli

■ **Third International Congress of Behavioral Medicine (Amsterdam, 6-9 juli).** Inlichtingen: Congresbureau UvA, Postbus 19268, 1000 GG Amsterdam; telefoon 020-525.2690/3148; fax 020-525.2771.

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.

■ betekent: eerste vermelding.
Zie ook de Agenda in nummer 4 (april).