

Psoriasis, vallende ouderen, automatiseren

NHG-Standaard Psoriasis I

In de NHG-Standaard Psoriasis wordt gesproken over het toepassen van 3-10% salicylzuur in lanettezalf of crème gedurende 1 week om ernstige schilfering op de romp en extremiteiten te behandelen.¹ De standaard maakt echter geen melding van 'salicylisme' als gevolg van het frequent appliceren van salicylzuur-houdende zalven over uitgebreide huidgebieden. Kinderen lopen een hoger risico op een dergelijke intoxicatie, maar ook bij volwassenen komt 'salicylisme' voor. De verschijnselen zijn: slaperigheid, wanen, acidose, coma en vervolgens de dood als gevolg van respiratoire insufficiëntie.²⁻⁷

Verder worden in de standaard een klasse-3 corticosteroid als eerste en een klasse-4 corticosteroid als tweede keuze genoemd, terwijl calcipotriol en dithranol als respectievelijk derde keuze en alternatief worden gerangschikt. Topische corticosteroiden zijn zeer geschikt om op korte termijn een cosmetisch acceptabele verbetering te forceren, maar veel patiënten zijn geneigd de limiet van 6 weken te overschrijden. Uit de praktijk is bekend dat langdurige behandeling met lokale corticosteroiden het risico van striae, periorale dermatitis en systemische bijwerkingen met zich meebrengt, terwijl na staken van deze behandeling een 'rebound' kan optreden. In het artikel van *Geijer et al.* wordt hieraan geen aandacht besteed.⁸

Inmiddels bestaat twee jaar ervaring met calcipotriol in de algemene praktijk. Bij gebruik van minder dan 100 g calcipotriolzalf per week is er geen risico op atrofie van de huid en op systemische bijwerkingen, terwijl vooralsnog geen 'rebound' is aangetoond.⁹ Ten aanzien van dithranol kan gesteld worden dat de verkleuringen en het irritatieve potentiaal beperkingen van dit middel zijn. Dithranol is evenwel een hoogst effectieve en zeer veilige behandeling.¹⁰

Prof.dr. P.C.M. van de Kerkhof
Afdeling Dermatologie
Academisch Ziekenhuis Nijmegen

- 1 Lantinga H, Ek JW, Antonietti-Barels IH, et al. NHG-Standaard Psoriasis. Huisarts Wet 1994; 37: 111-9.
- 2 Anderson JAR, Ead RD. Per cutaneous salicylate poisoning. Clin Exp Dermatol 1979; 4: 349-51.
- 3 Davies MG, Vella Briffa D, Greaves MW. Systemic toxicity from topically applied salicylic acid. BMJ 1979; i: 661.
- 4 Von Weiss JF, Lever WF. Percutaneous salicylic acid intoxication in psoriasis. Arch Dermatol 1964; 90: 614-9.

- 5 Cawley EP, Peterson NT, Wheeler CE. Salicylic acid poisoning in dermatological therapy. JAMA 1953; 151: 372-4.
- 6 Young CJ. Salicylate intoxication from cutaneous absorption of salicylate acid: review of the literature and report of a case. South Med J 1952; 45: 1075-7.
- 7 Lindsey LP. Two cases of fatal salicylate poisoning after topical application of an antifungal solution. Med J Austr 1965; 1: 353-4.
- 8 Geyer RMM, Meulenberg FAEM, Ek JW, et al. Effectiviteit van lokale medicamenteuze therapie bij psoriasis. Een literatuurstudie. Huisarts Wet 1994; 37: 243-7.
- 9 Van de Kerkhof PCM, De Jong EMGJ, et al. Vitamine D3 analogen, een nieuwe therapie voor psoriasis. Ned Tijdschr Geneesk 1993; 137: 232-6.
- 10 De Vet AAMW, Pennings BJH, Van de Kerkhof PCM. Dithranol behandeling van psoriasis. Ned Tijdschr Geneesk 1992; 136: 214-7.

NHG-Standaard Psoriasis II

Bij de NHG-Standaard Psoriasis kunnen de volgende kanttekeningen met betrekking tot calcipotriolzalf worden gemaakt:

- 'Geen van de therapieën kan gedurende langere tijd dagelijks toegepast worden vanwege de kans op bijwerkingen en het relatief ongevoelig worden van de psoriasisplekken voor de ingestelde therapie' (p. 112).

Vier lange-termijnstudies met calcipotriolzalf zijn tot op heden afgerond.²⁻⁵ De behandelingsduur varieerde van 6 maanden (n=15) tot circa 12 maanden (n=702). De conclusie luidt dat calcipotriolzalf effectief is bij de lange-termijncontrole van psoriasis. Er traden niet meer of andere bijwerkingen op dan bekend uit de korte-termijnstudies; met name werd geen hypercalciëmie of huidatrofie gezien.

- 'De lange termijn effecten van calcipotriol evenals de zeldzame bijwerkingen zijn onbekend' (p. 118).

De bovengenoemde lange-termijnstudies en meer dan drie jaar praktijkervaring (met 1 miljoen prescripties) hebben geen andere dingen aan het licht gebracht dan reeds bekend uit klinisch onderzoek. Men kan overigens uiteraard van mening verschillen wanneer je mag spreken van 'kennis over lange-termijneffecten'.

- 'Van corticosteroiden is het maximale effect na twee weken te verwachten' en 'calcipotriol is een van vitamine D3 afgeleide stof. Het maximale effect treedt na 4 tot 6 weken op' (p. 113).

In twee goed gecontroleerde studies met in totaal 754 patiënten werd calcipotriolzalf ver-

geleken met een klasse-3 steroïd, betamethason-17-valeraat.^{6,7} Voor *beide* middelen werd het maximale effect na 4 tot 6 weken bereikt.

C.W. Hol, arts
Weesp

- 1 Lantinga H, Ek JW, Nijman FC, et al. NHG-Standaard Psoriasis. Huisarts Wet 1994; 37(3): 111-9.
- 2 Kragballe K, et al. Long-term efficacy and tolerability of topical calcipotriol in psoriasis. Acta Derm Venereol (Stockh) 1991; 71: 475-8.
- 3 Ramsay C, et al. Long-term experience with calcipotriol in the treatment of psoriasis. Presented at 2nd Congress of the EADV, Athens.
- 4 Poyner T, et al. Long-term treatment of chronic plaque psoriasis with calcipotriol. J Dermatol Treat 1993 4: 173-7.
- 5 Katz H, et al. Long-term efficacy and safety of calcipotriol in the treatment of psoriasis vulgaris. Presented at 3rd congress of EADV, Copenhagen.
- 6 Kragballe K, et al. Double-blind, right left comparison of calcipotriol and betamethasone valerate in the treatment of psoriasis vulgaris. Lancet 1991; 337: 193-6.
- 7 Cunliffe W, et al. Comparative study of calcipotriol (MC 903) ointment and betamethasone 17-valerate ointment in patients with psoriasis vulgaris. J Am Acad Dermatol 1992; 26: 736-3.

NHG-Standaard Psoriasis III

Bij de NHG-standaard Psoriasis¹ wil ik een drietal kanttekeningen plaatsen:

- Corticosteroiden zijn door de lokale bijwerkingen en het rebound-fenomeen bij langdurig gebruik minder geschikt voor chronische aandoeningen zoals psoriasis.^{2,3} Enkele jaren geleden waren er echter geen andere gebruikersvriendelijke zalven, waardoor deze middelen vaak, maar intermitterend, werden gebruikt. Met de komst van calcipotriol zijn gebruikersgemak, effectiviteit en veiligheid in één middel gecombineerd. Het heeft mij dan ook verbaasd dat corticosteroiden en niet calcipotriol als eerste keus in de NHG-standaard worden genoemd. Wellicht is deze voorkeur gebaseerd op de 'beperkte', driejarige ervaring met calcipotriol. Uit de praktijk is in ieder geval gebleken dat corticosteroiden klassen 3 en 4 al binnen drie jaar (deels irreversibele) bijwerkingen kunnen geven. Histologisch is een bijwerking als atrofie zelfs al aangetoond na vier weken corticosteroid-applicatie,⁴ terwijl er bij calcipotriol van dergelijke histologische veranderingen geen sprake is.⁵

In de standaard is geprobeerd langdurig gebruik van corticosteroiden te voorkomen door een maximale periode van 6 weken voor te

stellen. Bij geen effect dient men over te stappen naar de volgende keus. Dit heeft twee beperkingen. In de eerste plaats zal men niet gauw geneigd zijn bij effectiviteit van keus te veranderen. Het zou beter zijn in de standaard de nadruk te leggen op mogelijkheden van intermitterend gebruik van corticosteroiden (door combinatie met keratolytica, indifferente zalven, gezuiverde teerpreparaten of hydrocolloidpleisters). Ten tweede is de kans op succes met calcipotriol gering als alleen de patiënten die zelfs niet op dermovate reageren, hiermee behandeld worden. Deze negatieve selectie zal calcipotriol onnodig in diskrediet brengen.

• Dithranol is een effectieve behandeling, zeker in een dermatologische klinische setting, met intensieve begeleiding en een beperkt risico op bijwerkingen (verbrandingen en verkleuring van kleding, beddegoed en sanitair). Door de korte contacttherapie is het mogelijk geworden op poliklinische basis met dithranol te werken. Dit vereist echter ervaring, tijd, motivatie en inzicht van zowel de arts als de patiënt.⁶ Dithranol is kortom een behandeling die men niet lichtvaardig moet voorschrijven en bij voorkeur aan een dermatoloog overlaait.

• Bij de keuze voor crème en lotion moet rekening gehouden worden met het feit dat het verum minder effectief zal zijn. Men moet dan ook een afweging maken tussen gebruikersgemak en effectiviteit. Het is goed om de patiënt deze afweging voor te leggen en niet te snel voor gebruikersgemak te kiezen ten koste van effectiviteit.

Dr. S. de Mare,
dermatoloog, Ziekenhuis Velp

- 1 Lantinga H, Ek JW, Antonietti-Barels IH, et al. NHG-Standaard Psoriasis. Huisarts Wet 1994; 37: 111-9.
- 2 De Mare S. Lokale therapie bij psoriasis (n.a.v. Themadag Psoriasis te Antwerpen). Ned Tijdschr Dermatol Venereol 1994; 4: 59-60.
- 3 Leppard B, Ashton R. Psoriasis. In: Treatment in dermatology. Oxford: Radcliffe, 1993: 152-86.
- 4 Lavker RM, et al. Effects of topical corticosteroids on human dermis. Br J Dermatol 1986; 115(Suppl 31): 101-7.
- 5 De Jong EMGJ, Van de Kerkhof PCM. Simultaneous assessment of inflammation and epidermal proliferation in psoriatic plaques during long-term treatment with the vitamin D₃ analogue MC903: modulations and interrelations. Br J Dermatol 1993; 124: 221-9.
- 6 De Mare S. Outpatient treatment with short-contact dithranol: the impact of frequent concentration adjustments. Acta Dermato Ven 1989; 69: 449-51.

Naschrift

Van de Kerkhof wijst op het niet vermelden van het risico op 'salicylisme' bij lokaal gebruik van salicylzuur. De door hem aangehaalde casuïstiek betreft onder andere drie patiënten met uitgebreide (niet nader omschreven) psoriasis, die zesmaal daags salicylzalf gebruikten. Het risico op salicylisme is ons inziens in de huisartspraktijk te verwaarlozen:

- uitgebreide psoriasis komt in de huisartspraktijk weinig voor;
- het zal zelden voorkomen dat de huisarts een dergelijke vorm van psoriasis met lokale therapie zal behandelen;
- in de standaard wordt geadviseerd te verwijzen indien meer dan 10 procent van de huid is aangedaan;
- in de standaard wordt geadviseerd niet langer dan 1 week salicylzuur bevattende topica toe te passen.

Van de Kerkhof en De Mare zijn beiden verbaasd over het feit dat een corticosteroid eerste keus is en niet calcipotriol. Het NHG-beleid bij (relatief) nieuwe medicatie is conservatief: nieuwe middelen zullen eerst hun effectiviteit, bruikbaarheid en veiligheid moeten bewijzen in een reeks onderzoeken van voldoende kwaliteit. Over de effectiviteit en veiligheid van calcipotriol op langere termijn is ons inziens nog te weinig bekend om nu al een definitief oordeel te vellen over de plaats van calcipotriol bij de behandeling van psoriasis. In de standaard is gekozen om in eerste instantie met corticosteroiden te beginnen: klasse 3 bij volwassenen en klasse 2 bij kinderen; is er na vier weken onvoldoende resultaat, dan wordt overgestapt op een klasse-4 steroïd (klasse 3 bij kinderen) gedurende 4 weken. Dit betekent dat steroïden maximaal 8 weken achtereenvolgens worden toegepast.

Om het risico op bijwerkingen van steroïden te minimaliseren, wordt geadviseerd steroïden niet vaker dan eenmaal daags toe te passen en bij goed resultaat de frequentie te verminderen. Uit een literatuurstudie blijkt dat het risico op lokale ernstige bijwerkingen van steroïden bij twee- tot driemaal daagse toepassing gedurende 6 tot 8 weken te verwaarlozen is.¹

Is het resultaat na 8 weken nog onbevredigend of zijn er in een eerder stadium bijwerkingen van steroïden, dan wordt calcipotriol gedurende ten minste 6 weken toegepast en eventueel in een later stadium dithranol.

Vanzelfsprekend bestaat het gevaar dat, indien corticosteroiden effectief blijken, patiënten en behandelaars geneigd zullen zijn deze middelen langer dan 8 weken achtereenvolgens toe te passen met een reëel gevaar voor ernstige loka-

le bijwerkingen. De standaard stelt mede daarom een stapsgewijze benadering voor, waarbij de verschillende lokale middelen (steroiden, calcipotriol en dithranol), indien nodig, na elkaar toegepast kunnen worden.

De Mare plaatst daarnaast kanttekeningen bij de plaats van dithranol en de keuze voor crèmes of lotions als een zalf om gebruikreden minder gewenst is. Wat betreft de korte contacttherapie met dithranol: deze is in de standaard een alternatief als corticosteroiden of calcipotriol te weinig effect sorteren of te veel bijwerkingen geven. Mits de huisarts goed op de hoogte is van de wijze van toepassing, is dit ons inziens uitvoerbaar bij een beperkt aantal patiënten.²

Bij de algemene principes van de medicamenteuze therapie staat beschreven dat een zalfbasis de voorkeur geniet; een crème of lotion als basis valt te prefereren op de door kleding bedekte huid of het gelaat en het behaarde hoofd uit een oogpunt van gebruikersgemak (p. 112). Dit laat de mogelijkheid open te kiezen voor een zalf als de patiënt daarvoor voelt.

Hol betwijfelt of de onzekerheid onzerzijds ten aanzien van de effectiviteit en veiligheid van calcipotriol op de langere termijn terecht is. Hij refereert aan vier studies: twee gepubliceerde onderzoeken en twee voordrachten tijdens een congres. Niet-gepubliceerde studies kunnen niet dienen als onderbouwing van een standaard. De twee gepubliceerde studies zijn niet-gecontroleerde onderzoeken, één bij 210 patiënten en één bij 15 geselecteerde patiënten die in een eerdere studie goed op calcipotriol gereageerd hadden.^{3,4} De aangehaalde studies hebben nog onvoldoende bewijskracht om onze onzekerheid op dit moment in zekerheid te doen omslaan. Daarnaast geeft Hol aan dat het maximale effect van calcipotriol en corticosteroiden na 4 tot 6 weken te verwachten is. Uit een literatuurstudie bleken corticosteroiden al na 2 weken effectief (vijf studies met een follow-up van 2 weken bij 70 tot 90 procent van ruim 700 patiënten).¹

R.M.M. Geijer,
J.W. Ek,
S. Thomas

- 1 Geijer RMM, Meulenberg FAEM, Ek JW, et al. Effectiviteit van lokale medicamenteuze therapie bij psoriasis. Een literatuurstudie. Huisarts Wet 1994; 37: 243-7, 275.
- 2 Ferguson A. The treatment of chronic psoriasis in general practice. A multicentre trial. Br J Clin Practice 1982; 36: 60-7.

- 3 Poyner T, Hughes IW, Dass BK, Admitt PI. Long-term treatment of chronic plaques psoriasis with calcipotriol. *J Dermatol Treat* 1993; 4: 173-7.
- 4 Kragballe K, Fogh K, Sogaard H. Long-term efficacy and tolerability of topical calcipotriol in psoriasis. *Acta Derm Venereol* (Stockholm) 1991; 71: 475-8.

Vallende ouderen

Het artikel van *Lighthart Schenk & Schuling*¹ roept enige vragen op met betrekking tot de methode van onderzoek en de weergave van de resultaten.

In de beschrijving van de methode wordt melding gemaakt van een vervolfbezoek aan die ouderen die in de vragenlijst hadden aangegeven ten minste eenmaal in het afgelopen halfjaar te zijn gevallen. Tijdens het vervolgonderzoek thuis werd ook een observatie van de woonomgeving en het functioneren van de patiënt verricht. Maar de uitkomsten hiervan vind ik niet terug. Welke observaties werden verricht en welke methoden werden gebruikt? Bovendien kan men zich afvragen wat de meerwaarde is van een dergelijk vervolgonderzoek. De vermelde resultaten hadden immers net zo goed uit de vragenlijst verkregen kunnen worden.

De gegevens van de groep vallers werden vergeleken met die van de groep niet-vallers. Hieruit leid ik af dat de gegevens van de groep vallers, bestaande uit informatie uit de vragenlijst plus informatie uit het vervolgonderzoek, werden vergeleken met gegevens van de groep niet-vallers, bestaande uit informatie van alleen de vragenlijst. Is op grond hiervan een betrouwbare vergelijking te maken? De bronnen verschillen immers. Tevens komt de vraag op, of de auteurs hebben overwogen bij het vervolgonderzoek gebruik te maken van een controlegroep van niet-vallers. De uitkomsten van de groep vallers en niet-vallers zouden dan beter vergelijkbaar zijn geweest.

In de beschouwing mis ik een aanbeveling met betrekking tot preventie aan het adres van de huisarts. Diverse onderzoekers komen op grond van studies tot gerichte aanbevelingen.²⁻⁴ Wel stellen de auteurs terecht, dat de huisarts vooral aandacht zal moeten schenken aan de gevolgen van vallen, zoals de angst voor herhaling. *Tinetti et al.* stellen in dit verband dat het ontwikkelen van zelfvertrouwen met betrekking tot valangst een speciaal doel van preventie zou moeten zijn.⁵ Op welke wijze de huisarts hieraan een bijdrage zou kunnen leveren, blijft onbesproken.

Tenslotte: de strekking en het belang van de laatste zin 'Het feit, dat vooral endogene factoren een rol bij het vallen spelen, wijst op een toenemende vervreemding van de omgeving' ontgaat mij. Kan hetzelfde niet ook worden gezegd van de exogene factoren, inzake een gebrekkige aanpassing aan de omgeving?

P.A. Stalenhoef,
huisarts te Maastricht

- 1 Lighthart Schenk C, Schuling J. Vallende ouderen. *Huisarts Wet* 1994; 37(5): 190-3.
- 2 Tinetti ME, Speechley M. Prevention of falls among the elderly. *N Eng J Med* 1989; 320: 1055-9.
- 3 Tideksaar R. Falls among the elderly. A community prevention program. *Am J Publ Health*, 1992; 82: 892-3.
- 4 Tinetti ME, et al. Yale falls. Risk factor abatement strategy for fall prevention. *J Am Ger Soc* 1993; 41: 315-20.
- 5 Tinetti ME, et al. Falls efficacy as a measure of fear of falling. *J Ger* 1990; 45: 239-43.

Naschrift

Ons onderzoek bestond inderdaad uit twee delen: aan de hand van vragenlijstgegevens werd een groep vallende ouderen vergeleken met een groep niet-vallende ouderen, en daarnaast bracht de onderzoeker eenmaal een huisbezoek aan elke vallende oudere. Van dit laatste gedeelte, dat explorierend onderzoek genoemd zou kunnen worden, hebben wij de gegevens niet verwerkt in de verslaglegging, omdat – zoals Stalenhoef terecht opmerkt – deze resultaten niet vergeleken konden worden met soortgelijke observaties bij niet-vallende ouderen. Wel gaf deze informatie de onderzoeker een veel completer beeld van de wereld van deze ouderen. Voorts had dit onderdeel tot doel na te gaan, of omstandigheden of risicofactoren aanwezig waren die in een volgend onderzoek aandacht zouden verdienen. Deze exploratie leverde echter weinig nieuwe gezichtspunten op.

Het onderzoek kenmerken opgeleverd – zoals minder sociale contacten en verminderde mobiliteit – die de huisarts als risicofactoren moet opvatten, naast de reeds uit de literatuur bekende risicofactoren. Welke bijdrage de huisarts zou kunnen leveren aan preventie van angst om te vallen, is een goed punt voor nader onderzoek en discussie.

De slotzin van het artikel sluit aan bij de conclusie van Leering: 'de oudere valt in een omgeving die niet meer de zijne is'.¹ Ook uit ons onderzoek blijkt dat vaak geen duidelijk oorzaak voor een valpartij aanwezig is. Met

ander woorden: vallen lijkt meer door endogene oorzaken bepaald te worden, onafhankelijk van omgevingsfactoren.

Dr. J. Schuling

- 1 Leering C. Vallen en opstaan: een bio-sociaal syndroom bij oude mensen. *Ned Tijdschr Gerontol* 1971; 2: 93.

Automatisering

Het antwoord van Weijters et al. [*Huisarts Wet* 1994; 37(5): 213] gaat voorbij aan wat ik bedoelde. Daarom zal ik nader ingaan op punten uit het oorspronkelijke artikel van *Rutten et al.*¹

Het zoeken naar een kaart mag dan 'een paar tellen' kosten, wat telt is hoeveel tijd in een hele dag besteed wordt aan het zoeken en opbergen van kaarten, brieven, dossiers en wat al niet meer. Kritische observatie zal leren dat hier veel arbeidstijd (kosten) mee heengaat. Bij 47 procent van een onderzochte groep huisartsen is meer dan de helft van de groene kaarten slecht leesbaar voor derden, bij 11 procent geldt dit voor alle kaarten.²

In mijn systeem zijn 32.000 receptregels opgeslagen. Vooral bij herhaalrecepten is de computer sneller dan ik kan schrijven. In het 'groene kaart'-systeem is sprake van dubbel werk: het schrijven van het recept en registreren op de kaart. Op een aantal van 32.000 voorschriften gaat het om veel werk. Dan laat ik zaken als de leesbaarheid van het recept, mogelijkheden tot selectie en controle op gebruik nog buiten beschouwing. De combinatie in één handeling van schrijven en vastleggen in het dossier is zeer efficiënt.

Elektronische communicatie behoort gevolgd te worden door elektronische verwerking. Mijn programma beschikt over deze mogelijkheid. Bij laboratoriumuitslagen bijvoorbeeld verloopt de communicatie via een terugbelsysteem, waarmee de privacy gewaarborgd is en de kans op overdracht van computervirussen tot een minimum is teruggebracht. Persoonsgegevens worden automatisch herkend. Verwerking van 110 uitslagen van 20 patiënten inclusief een print van die uitslagen duurt 5 minuten. Hiermee zijn de uitslagen op naam weggeschreven. Feitelijke actieve bijdrage is het doorlezen van de print.

In mijn systeem zijn 7500 bepalingen opgeslagen, verdeeld over 1700 uitslagenbriefjes. Handmatige administratie betekent 1700 keer de kaart opzoeken, gemiddeld 4,4 uitslag noteren en weer opbergen – ten opzichte van een

geautomatiseerd systeem volkomen overbodige arbeid. Daarnaast kan de patiënt eerder in kennis gesteld worden van de uitslag.

Een ander voorbeeld is de afhandeling van brieven. Een op de harde schijf aanwezige brief op naam wegzetten met vermelding van specialisme, specialist/ziekenhuis en journaliseren kost 1 minuut. De aanwezigheid van deze brief wordt daarmee ook vastgelegd in het overzicht van verwijzingen. Hierna speelt de brief in zijn fysieke vorm geen rol meer. Volgens de KNMG hoeft deze zelfs niet bewaard te worden. Presentatie van een brief op het scherm vindt binnen één seconde plaats.

Verwijsbrieven worden gemaakt door snel te kiezen welk soort gegevens (journaal, lab, medicatie) in een brief opgenomen moeten worden. Dan kan eventueel de tekst gewijzigd worden. Dankzij de archief functie wordt deze brief automatisch bij de patiëntgegevens opgeslagen.

Deze voordelen biedt een geavanceerde computerregistratie. Bij de gangbare programma's zullen de voordelen nog niet zo uitgesproken zijn. Volgens mij heeft geen enkel programma de besproken mogelijkheid tot geïntegreerd archiveren, terwijl het automatisch verwerken van laboratoriumuitslagen maar minimaal als functie aanwezig is.

Hobbyisten kunnen laten zien wat er mogelijk is, wat voor een gebruiker zinvol is, waar tijd, kosten of energie bespaard kunnen worden, hoe de functionaliteit moet zijn..., en zo aangeven wat gebruikers willen. In de toekomst zal de computer in elke praktijk zijn intrede doen, ook voor het registreren van medische gegevens. Huisartsen met kennis van database-management en programmeren ontleen aan die specifieke combinatie professionele kwaliteiten, maar tekenend voor de situatie is dat een huisarts die werkt met door hem zelf ontwikkelde, volwaardige programmatuur, niet voor subsidie van ziektekostenverzekeraars in aanmerking komt. Dit in tegenstelling tot de vrij grote groep huisartsen die een WCIA-gekeurd programma hebben en het medische gedeelte niet gebruiken, omdat het programma niet bevalt.

Rutten *et al.* verzetten zich tegen enerzijds te kort schietende programmatuur tegen een te hoge prijs, en anderzijds het algemene streven naar automatisering. Daar heb ik gedeeltelijk begrip voor. De nieuwste hardware is her en der noodzakelijk. Overgaan naar nieuwere programmaversies blijft soms achterwege, omdat daarbij te grote problemen verwacht worden. Dat kan nooit de bedoeling zijn.

Ik heb laten zien wat er nu kan. Aan LHV, WCIA en gebruikersverenigingen is het initiatief om dit soort technieken voor u beschikbaar te krijgen. Misschien zijn zij, in wisselende mate en op begrijpelijke gronden, te lankmoedig jegens de leveranciers en moeten zij veel duidelijker opkomen voor het belang van de gebruikers.

Hoe het ook zij, voor mij geldt, niet als toekomstperspectief, maar als werkelijkheid van vandaag: de archiefkast kan dicht, de kaartenbak hoeft niet meer open.

Ik denk dat er meer huisartsen zijn die dat willen.

V. Zijlstra

- 1 Rutten GEHM, Weijtens JThNM, Haverkort AFM. Automatiseren: hollen of stilstaan? Huisarts Wet 1994; 37(2): 66-9.
- 2 De Melker RA, Jacobs HM, Kreuger FAF, Touw-Otten FWMM. Medische verslaglegging van huisartsen. Huisarts Wet 1994; 37(2): 46-51.

Naschrift

Zijlstra benadrukt nog eens de voordelen die hij ervaart van zijn in de praktijkvoering geïntegreerde computer. Het is evident dat de afweging van kosten en baten voor hem anders uitvalt dan voor ons. Daarop willen wij niets afdingen. Wij blijven echter benadrukken dat de door hem genoemde voordelen lang niet voor iedere huisarts gelden. Besparing van arbeidstijd bijvoorbeeld is niet van belang als de assistente toch een vast aantal uren in de praktijk aanwezig moet zijn. Andersom geldt natuurlijk ook, dat de door ons genoemde nadelen niet voor iedereen gelden. Blijkbaar heeft Zijlstra betere programmatuur, die minder vaak veranderingen ondergaat. Bovendien is die programmatuur in aanschaf en onderhoud veel minder duur. 'Automatiserings-uren' gelden voor hem als lust en voor ons als last.

Zijlstra is zich hiervan bewust en toont dan ook begrip voor ons standpunt. Dat verheugt ons, omdat ons artikel ook beoogd heeft om een eind te maken aan de situatie die leek te ontstaan dat het met automatiseren alles of niets is. Wie weet, komt er een moment dat ook voor ons de *bewezen* baten van automatisering wél opwegen tegen de *vaststaande* lasten.

Zo ver is het nu zeker nog niet. Het sterke vermoeden bestaat, dat dit voor veel huisartsen geldt.

G. Rutten

Sinusitis

Mevrouw Pieters, 35 jaar, vraagt aan de assistente een recept voor neusdruppels in verband met hoofdpijn en neusverkoudheid. De assistente schrijft een recept voor Rhinoguttæ xylometazolini 0,1% FNA. Ze vertelt dat aan het gebruik van deze druppels een aantal nadelen kleven. Hiertoe behoort/behoort:

- 1 Tachyfylixie (men moet ze steeds vaker gebruiken om hetzelfde effect te behalen).
- 2 Rebound (als men de neusdruppels langer dan ongeveer 10 dagen gebruikt, raakt de neus bij het staken van de medicatie nog meer verstopt).

Na een week stomen en neusdruppelen komt mevrouw Pieters bij haar huisarts. De klachten zijn in het geheel niet verbeterd. Bovendien heeft ze er nu af en toe koorts bij. Na anamnese en onderzoek stelt de huisarts de diagnose sinusitis. Hij besluit een antibioticum voor te schrijven.

- 3 Een smalspectrum antibioticum, zoals fenoxymethylpenicilline, verdient de voorkeur boven een breed spectrum antibioticum, zoals amoxicilline.

Praktijkvoering

- 4 Asielzoekers die onder de Regeling Opvang Asielzoekers (ROA) vallen, zijn tegen ziekte verzekerd volgens de Ziektefondswet.

Met een nieuwe praktijkassistente spreekt een huisarts een proeftijd af van twee maanden. Een week na indiensttreding wordt de nieuwe assistente ziek. Drie weken later hervat zij haar werkzaamheden weer. De huisarts meent dat hij de proeftijd mag verlengen met de periode van ziek-zijn.

- 5 Deze veronderstelling is correct.
- 6 In een proeftijd is ontslag zonder ontslagvergunning mogelijk.

Een patiënt verzoekt de huisarts om inzage in zijn medisch dossier. De huisarts weigert inzage te verlenen, omdat het dossier gegevens bevat die afkomstig zijn van de ouders. De patiënt stelt dat dit argument de huisarts niet ontslaat van zijn verplichting om inzage te verlenen in de over hem verzamelde gegevens.

- 7 De patiënt heeft gelijk.

Prostatitis

Meneer Dommels, 54 jaar, heeft de huisarts gebeld, omdat hij plotseling hoge koorts heeft