1 Carp EADE. Dementie. Ned Tijdschr Geneeskd 1936; 80: 3930-4.
2 Rümke HC. De betrekkelijkheid van de psychiatrische diagnose. In: Rümke HC. Nieuwe studies en voordrachten over psychiatrie. Amsterdam: Scheltema en Holkema, 1958.
3 Rümke HC. Psychische stoornissen op oudere leeftijd. In: Rümke HC. Psychiatrie II. Amsterdam: Scheltema en Holkema, 1960.
4 Wiersma ED. Ter overdenking voor huisarts en student. Amsterdam: NoordHollandsche Uitgeversmij, 1936.

Reactie

Bremer wijst op de spraakverwarring rond het begrip dementie. Het Nederlandse 'dementiesyndroom' is in het Engels 'dementia' volgens de DSM-III-R-definitie. Een lastig punt is dat volgens de DSM-III-R-definitie depressie geen oorzaak is voor 'dementia' vanwege het organiciteitscriterium. Dit criterium is echter in Nederland naar aanleding van de in 1988 gehouden CBO-consensus komen te vervallen, waardoor strikt genomen depressies wel een oorzaak zijn van het dementiesyndroom.

De kwaliteit van de gebruikte 'gouden standaard' bespreek ik uitvoerig in het discussiehoofdstuk en elders. Het *beloop* van de aandoening zou ook als criterium genomen kunnen worden en wie weet verschijnt er nog een artikel met die opzet. Daarin kan ook antwoord gegeven worden op de vraag of huisartsen de diagnose in een eerder stadium kunnen stellen dan een diagnostische test.

Een leuke bevinding was inderdaad dat de diagnose van de huisarts sterk verband hield met de zorgbehoefte van de patiënt en diens familie. Hierdoor wordt de boven geciteerde mening van Rümke bevestigd en de huisartsgeneeskunde weer een stukje verder onderbouwd. Omdat de zorg bij dementie veel meer 'care' betreft dan 'cure', weerspiegelt deze bevinding de brede functie van de diagnose in de huisartspraktijk.

Onderzocht is in hoeverre huisartsen gebruik maken van 'de tijd' als diagnosticum en 'de omgeving' van de patiënt betrekken bij de diagnostiek. Opvallend hierbij vond ik juist dat een gerichte hetero-anamnese slechts in 58 procent van de gevallen plaatsvond en er maar enkele van de onderzochte items betreffende 'de tijd' en 'de omgeving' voorspellend waren voor een juiste diagnose dementie. De huisartsdiagnose dementie bleek ook nog eens betrekkelijk vaak fout-positief of fout-negatief te zijn (sensitiviteit 52 procent, specificiteit 94 procent). Op grond van deze bevindingen doe ik juist de aanbevelingen dat huisartsen meer gebruik moeten maken van hun specifieke plaats in de gezondheidszorg door 'de tijd' en 'de omgeving' meer bewust te gebruiken, te meer daar beginnende dementie alleen door het opmerken van subtiele intrapersoonlijke veranderingen in een vroeg stadium gediagnostiseerd kan worden.

Een proefschrift bestaande uit aparte artikelen doet wellicht afbreuk aan de leesbaarheid. De voordelen van het grotere bereik door publicaties in (internationale) tijdschriften wegen hier echter ruimschoots tegen op. Bijlagen completeren een dissertatie en ik had er meer op kunnen nemen. Een curriculum vitae bevat relevante achtergrondinformatie over de auteur. Voor mij geldt dat het moederschap daarin niet onvermeld mag blijven, evenals het feit dat ik nu in opleiding ben tot huisarts.

Annet Wind

AANKONDIGINGEN

Voor ik afscheid neem
Gids voor de terminale zorg. Strootmann M, Lingsma T, Henderson MPH. Diemen: AVVL, 1994; 143 bladzijden.

Intersectorale actie
Voor grensbewoners is smokkelen normaal. Plaats, praktijk en theorie van intersectorale actie. Saan H, Ellenkamp J, Van den Bogaard J. Assen: Van Gorcum, 1994; 184 bladzijden, prijs NLG 39,50. ISBN 90-2322-954-1.

Smetten op de witte jas
Van Everdingen JJE. Overveen/Amsterdam: Belvédère/Boom, 1993; 296 bladzijden, prijs NLG 48,50. ISBN 90-5352-172-0.

Telematics for heath
The role of telehealth and telemedicine in homes and communities. Gott M. Oxford: Radcliffe, 1995; 168 bladzijden, prijs GBP 17,50. ISBN 18-5775-023-3.

Licht en leven
Toepassingen van 'licht' bij zonnebanken en fototherapie. Meulemans CCE. Eersel: Opticon, 1994; 96 bladzijden, prijs NLG 34,50.

Automatiseren in de huisartspraktijk deel II

De toepassing van het elektronisch patiëntendossier. Westerhof HP, red. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1994; 110 bladzijden, prijs NLG 15,–. ISBN 90-71714-52-7.

Omdat het gebruik van het elektronisch medisch dossier (EMD) achterloopt bij dat van de administratieve modules van het HIS heeft het NHG het NUT-II-project gestart. In dit boek worden de bevindingen van dit project gepresenteerd. Het bevat elf hoofdstukken, twee bijlagen en een literatuuroverzicht. Een index ontbreekt. Wel is een geplastificeerd inlegvel bijgevoegd met ruitercodes en een tabel 'Wat hoort waar in het EMD'.

In de eerste twee hoofdstukken wordt het begrip EMD geïntroduceerd, zoals dat is gedefinieerd in het WCIA-HIS-Referentiemodel 1990. Centraal hierbij staat het Problem Oriented Record (POR) met het SOEP-systeem. Een aparte paragraaf is gewijd aan het probleem welke gegevens op welke plaats horen. Het volgende hoofdstuk is puur praktisch gericht: hoe zet men een EMD op? Zowel de voor- en nadelen van het zelf invoeren van administratieve gegevens, als die van het verkrijgen ervan via een ziekenfondsdiskette worden besproken. Zo ook de kwestie van wanneer medische gegevens in te brengen: alles systematisch achter elkaar of aan de hand van het spreekuurbezoek?

Na een hoofdstuk over coderen en classificeren, waarin het gebruik van de ICPC-lijst genoemd wordt met zijn moeilijkheden in een POR-omgeving, worden in hoofdstuk vijf enkele vraagstukken rondom de probleemlijst behandeld, met name het registreren van verwante problemen en het coderen van specialistische verrichtingen. Vervolgens komen aan de orde: de voorschrijfmodule met zijn medicatiebewaking, het EMD bij preventieve taken, de problematiek rondom het archiveren en beveiligen van gegevens, en het gebruik van de ruitercodes. Hoofdstuk tien gaat over de voor- en nadelen van het EMD. De conclusie is dat het EMD een belangrijke ondersteuning kan zijn in de praktijkvoering, maar dat elektronische verslaglegging niet voor iedereen de juiste oplossing hoeft te betekenen. Het laatste hoofdstuk bestaat uit tien korte praktijktips op één pagina.

De eerste bijlage beschrijft het gebruik van het HIS en EMD in getallen. Bijlage twee, 'Apparatuur en techniek' doorloopt systematisch verschillende hard- en software-aspecten in voor een leek makkelijk te bevatten bewoor-

dingen. Ook wordt voorzichtig naar toekomstige ontwikkelingen gekeken.

Er staat veel informatie in dit boekje, dat echter beknopt van opbouw is, hetgeen de toegankelijkheid soms bemoeilijkt. De toon is neutraal beschrijvend. De nadruk ligt vooral op de praktische toepassingen. Ik vraag me nochtans af wie de doelgroep moet vormen. De doorgewinterde HIS-gebruiker heeft dit werkje niet nodig. De beginnende gebruiker heeft meer aan de handleiding(en) en de scholingscursussen van zijn systeem. Voor de 'nog-zoekende' worden de verschillende systemen te weinig naast elkaar gelegd om te helpen bij een keuze. Bovendien vraag ik me af of het tijdstip van uitgeven wel slim gekozen is, nu het WCIA-HIS-Referentiemodel 1995 binnenkort zal verschijnen. De kans is groot dat sommige beschreven items anders geïmplementeerd zullen worden. Ook de gegevens in bijlage twee zullen in korte tijd achterhaald zijn vanwege de stormachtige ontwikkelingen op het gebied van hard- en software. Helaas kan dit niet anders. Het is het lot van iedere beschrijving van deze onderwerpen. Door hier echter voor te kiezen is het boek gedateerd, ondanks de pogingen te verwachten ontwikkelingen mee te nemen.

Echte fouten heb ik niet kunnen ontdekken, of het moest de opmerking op bladzijde 65 zijn waarin beweerd wordt dat van de elektronische back-up van computergegevens geen analogie bij papieren dossiers bestaat. Wellicht zag men de microfilm over het hoofd.

Ondanks bovengenoemde beperkingen, vind ik het een lezenswaardig boek dat in iedere boekenkast van de geautomatiseerde huisarts thuishoort (naast het eerste deel).

J.W. van der Kouwe

Improving test ordering in general practice

Winkens R. Dissertatie Rijksuniversiteit Limburg. Amsterdam: Thesis, 1994, 1994; 168 bladzijden, prijs NLG 35,-.
ISBN 90-5170-258-2.

Toetsen is in. Huisartsen worden getoetst in toetsgroepen en FTO-bijeenkomsten. Mogelijk wordt toetsen in de toekomst verplicht gesteld door de financiers van de gezondheidszorg. Toetsen is volgens van Dale: 'een concrete zaak op samenstelling, eigenschappen of toestand onderzoeken'. Hierbij wordt de concrete zaak vergeleken met een ideaal. Het probleem bij toetsen is om de concrete zaak, het concrete voorschrijfgedrag, het concrete aanvraaggedrag boven tafel te krijgen. Pas als dit concrete bekend is, kan door feedback een oordeel worden gegeven aan de te toetsen collega.

In de regio rond Maastricht is het mogelijk gebleken dat huisartsen via een formulier laten zien wat ze aanvragen en wat de indicaties daarvoor zijn. Ze zijn tevens bereid hierop feedback te krijgen. Enkele voorbeelden van deze feedback: 'Met ' ekking tot het invullen van de aanvraagformulieren moet ik concluderen dat dit, evenals in de voorgaande analyses, te wensen overlaat.' 'In het algemeen is de informatie die U geeft op de aanvraagformulieren zodanig, dat de relevantie van Uw diagnostische aanvragen goed beoordeeld kan worden. Ik kan concluderen dat Uw aanvragen relevant zijn.' 'Wat betreft Uw aanvragen van diagnostisch onderzoek moet ik concluderen dat vele aanvragen dubieuze indicaties hebben. U vraagt regelmatig screenend onderzoek aan bij patiënten zonder klachten... Het zal U niet verbazen dat de resultaten van dit onderzoek bijna geen extra informatie verschaffen.' Hierna volgt dan een uiteenzetting over prevalentie, validiteit en voorspellende waarde.

In zijn op artikelen gebaseerde proefschrift onderzoekt Winkens de waarde van deze vorm van toetsen. Hij stelt vragen als: Heeft deze arbeidsintensieve vorm van feedback het effect dat ervan verwacht wordt? Kan deze feedback het aanvragen van diagnostiek beter doen aansluiten op de indicaties bij concrete patiënten? Veroorzaakt feedback een verbetering in de rationaliteit van de aanvragen? Wat is het effect op het aantal aangevraagde bepalingen? Als er een effect is, blijft dit dan bestaan? Heeft individuele feedback negatieve effecten, zoals het toenemen van het aantal verwijzingen? Welke factoren verklaren verschillen in aanvraaggedrag en reactie op feedback? Is het geven van systematische, individuele feedback kosten-effectief?

Het proefschrift bestaat uit een korte beschrijving van een literatuuronderzoek, gevolgd door zes onderzoeken De auteur maakt gebruik van een groot aantal onderzoeksmethoden: observationeel onderzoek, dwarsdoorsnede-onderzoek, een randomized controlled trial en een retrospectieve analyse.

Sinds de start van het Diagnostisch Coördinerend Centrum (DCC) in 1979 zijn gegevens verzameld over het aanvragen van diagnostisch onderzoek, met name klinisch-chemisch, hematologisch en serologisch onderzoek. Vanaf 1985 werd op verzoek van de huisartsen tweemaal per jaar, telkens over een periode van twee maanden, individueel feedback gegeven over de kwaliteit van het invullen van de aanvraagformulieren, het aantal aangevraagde onderzoeken en de rationaliteit ervan.

Tot 1985 steeg het totale aantal aangevraagde tests. Na dat jaar daalden de aantallen gestaag. Zo werden in 1983 52.948 hematologische bepalingen aangevraagd en in 1987 38.496. Ook in latere jaren bleef het aantal aanvragen dalen. In 1991 werden nog 34.899 hematologische bepalingen aangevraagd (helaas zijn de tabellen op de pagina's 24 en 63 niet goed vergelijkbaar). Gemiddeld daalden vanaf 1985 de aanvragen jaarlijks met 4,5 procent, resulterend in een totale afname van 28 procent. Blijkbaar wordt het maximale effect van feedback niet bereikt na een korte periode en is het afhankelijk van het steeds maar herhalen van de procedure. In economisch opzicht betekenen deze cijfers dat elk jaar minder werd uitgegeven aan diagnostiek en dat deze vermindering ruimschoots opwoog tegen de kosten van feedback. In totaal werd minstens 2,5 miljoen gulden bespaard in een regio met 187.000 inwoners.

Om te beoordelen of deze afname inderdaad veroorzaakt werd door feedback, werden de cijfers van het DCC vergeleken met de cijfers van laboratorium A. De laboratoria zijn vergelijkbaar met betrekking tot urbanisatiegraad en praktijkgrootte van de deelnemende huisartsen. Verschillen tussen de laboratoria kunnen, behalve door de hier onderzochte interventie, in theorie ook veroorzaakt worden door vier factoren:

- tevoren bestaande verschillen;
- verschillende kenmerken van deelnemende huisartsen;
- andere mogelijke interventies (nascholing, verandering van formulier e.d.);
- toeval.

De laboratoria zijn zeker op voorhand al verschillend: in laboratorium A werden in 1983 ongeveer 80.000 aanvragen meer gedaan dan in Maastricht (pag. 33, figuur 2, geïndexeerd naar aantallen patiënten). Of er verschillen zijn tussen de verwijzende huisartsen, is niet bekend, doordat laboratorium A anoniem wilde blijven. Daardoor kunnen ook verstorende interventies niet bestudeerd worden. Op dit punt is het compromis bij de praktische uitvoering (de anonimiteit) strijdig met de methodologische eisen. Om tenslotte de rol van het toeval te kunnen waarderen, moeten eerst andere mogelijke oorzaken uitgesloten worden. Omdat dit in deze opzet niet mogelijk, is kan statistisch toetsen achterwege blijven. Een p-waarde

<0,001 zegt nu niets. De conclusie van de auteur dat 'feedback on diagnostic requests may exert a strong influence on test ordering behaviour' kan door deze onderzoeksopzet niet bevestigd worden.
Een wetenschappelijk sterkere onderbouwing van de rol van feedback als oorzaak van verandering in aanvraaggedrag levert de auteur in een origineel opgezette, enkelblinde randomized controlled trial. In deze trial kreeg een twee groepen huisartsen feedback over respectievelijk cervixuitstrijkjes, EEG, endoscopie en klinisch-chemische allergiediagnostiek (groep I) en röntgenonderzoek en echografie (groep II). Beide groepen dienden daarbij over en weer als controlegroep, zonder dat men wist dat er een trial plaatsvond. Als uitkomstmaten golden de aantallen aangevraagde onderzoeken en de kwaliteit daarvan.

Het aantal aanvragen voor uitstrijkjes, EEG, endoscopie en allergie daalde in groep I (feedback) met 7 procent en steeg in groep II (controle) met 13 procent (p=0,04). De aantallen uitstrijkjes daalden in beide groepen, maar in groep I met 37 procent en in groep II met 10 procent (statistisch significant). Het aantal aanvragen van röntgenonderzoek en echografie daalde licht in beide groepen. Op het aantal aanvragen van X LSWK had de feedback wel een duidelijk effect: in groep II (feedback) daalden de aantallen met 6 procent, in groep I (controle) was er een stijging van 7 procent(p=0,02).

De kwaliteit van de aanvragen werd beoordeeld aan het gemiddeld aantal rationele en niet-rationele aanvragen per huisarts. Het gemiddelde aantal rationele aanvragen per huisarts veranderde niet door de feedback. Het niet-rationeel aanvragen, met name van röntgenonderzoek en echografie, daalde significant ten opzichte van de controlegroep (5,0 versus 5,9 niet-rationeel aangevraagde tests per huisarts per maand, p=0,04, pag. 50). Vooral het niet-rationeel aanvragen van röntgenonderzoek van de lumbosacrale wervelkolom daalde sterk in de interventiegroep.

De effecten die zijn waargenomen in deze trial, zijn waarschijnlijk een onderschatting van het werkelijk mogelijke effect. In een eerdere fase is immers gebleken dat feedback ook invloed heeft op het aanvragen van onderzoek waarover geen feedback werd gegeven. Het is in het licht van deze resultaten interessant of een eenvoudiger interventie zoals het veranderen van de lay-out van het aanvraagformulier hetzelfde effect heeft.

Heeft het geven van feedback negatieve effecten? Het is bijvoorbeeld denkbaar dat huisartsen onzekerder worden, doordat ze minder diagnostiek kunnen doen. Een gevolg hiervan zou kunnen zijn dat ze meer gaan verwijzen. Als deze veronderstelling klopt, zouden 'weinig-aanvragers' een hoog verwijscijfer hebben en zouden 'goede responders op feedback' een hoger verwijscijfer krijgen.

Beide veronderstellingen worden gefalsificeerd door het onderzoek. Er blijkt een sterk positief verband te zijn tussen veel aanvragen en veel verwijzen. Degenen die minder diagnostiek aanvroegen, kregen ook minder verwijzingen; feedback had behalve een reducerende invloed op diagnostiek dus ook een reducerende invloed op verwijzen.

Welke huisartsen reageren het best op de feedback? Men zou verwachten – en ook in de literatuur zijn hiervoor aanwijzingen – dat jongere artsen een positievere instelling hebben ten aanzien van feedback. Uit dit onderzoek blijkt dat hoe ervarener de huisarts is, des te beter hij zijn aanvraaggedrag in overeenstemming brengt met de aanbevelingen. Overigens hangt het effect van de feedback sterk af van de persoonlijkheid van de 'toetser' en van de waardering door de doelgroep.

Dit proefschrift kan de toets der kritiek doorstaan. De auteur heeft een grote hoeveelheid werk verricht en hierbij gebruik gemaakt van een grote variatie aan wetenschappelijke methoden. Uit het proefschrift spreekt dat het systematisch geven van feedback over een lange periode nuttig is en economisch rendabel. Het proefschrift bevat veel informatie voor diegenen die bezig zijn met het ontwikkelen van een diagnostisch centrum. Het proefschrift kan ook van harte worden aanbevolen aan financiers van de gezondheidszorg.

Peter Lucassen

Incontinence

Diagnosis and management in general practice [Clinical series]. Jolleys JV. London: Royal College of General Practitioners, 1994; 83 pagina's, prijs GBP 15.40. ISBN 0-85084-200-X.

In dit kleine, maar zeer waardevolle boekje van de incontinentie-expert Jolleys wordt het onderwerp op verschillende manieren benaderd. Zowel faecale als urine-incontinentie wordt behandeld, vervolgens wordt onderscheid gemaakt tussen kinderen, volwassenen en ouderen, en tenslotte worden de verschillende typen urine-incontinentie besproken. Ook de verschillen tussen mannen en vrouwen naar etiologie en behandeling krijgen aandacht.

Het uitgangspunt van de auteur is dat de huisarts op een uitgelezen plaats zit om goede zorg aan patiënten met incontinentie te bieden. Incontinentie is, zo betoogt zij, helemaal niet moeilijk om goed naar type te diagnostiseren en ook niet moeilijk om te behandelen. De voor de huisarts bekende benadering van een zorgvuldig afgenomen anamnese met aandacht voor de psychosociale impact van de klacht is een eerste belangrijke stap. Samen met een gericht lichamelijk onderzoek is het vervolgens meestal mogelijk oorzaken op te sporen die zich goed lenen voor behandeling in de huisartspraktijk. De auteur staat uitvoerig stil bij de diverse behandelingsmogelijkheden; hierbij gaat de volledigheid een beetje ten koste van helderheid in voorkeursbehandeling.

Als we dit boek vergelijken met de NHG-standaard urine-incontinentie, verschilt de inhoud vooral op het punt van het aangeven van welke therapie op welk moment duidelijk voorkeur heeft en welke therapie juist niet. De standaard staat bijvoorbeeld veel kritischer tegenover medicamenteuze behandeling van urine-incontinentie, niet alleen ten aanzien van de blaasremmers maar ook ten aanzien van de oestrogenen.

Het is in elk geval meer dan duidelijk dat Jolleys niet alleen beschikt over kennis van de materie, maar ook hart heeft voor een zorg van hoge kwaliteit. En dan liefst daar waar het volgens haar voor beide partijen zo lonend is om te doen: in de huisartspraktijk. En daar ben ik het geheel mee eens.

Toine Lagro-Janssen

NOTA BENE

Dat het onderscheid tusen betrouwbaarheid en validiteit relatief is (beiden hebben betrekking op de generaliseerbaarheid van scores) impliceert niet dat de hoogste betrouwbaarheidscoefficiënt onder de gemeten betrouwbaarheidsaspecten vanzelfsprekend het meest valide zou zijn.
Stelling bij: Hafkenscheid A. Individualized and normative use [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1994.