

Jeuk

Het is grappig om te bedenken dat de adviezen met betrekking tot toilethygiene zo cultureel bepaald zijn: een vochtig doekje zonder zeep. Wat zouden de Fransen met hun bidet hierover zeggen?

Wellicht een aardige aanvulling hierop is dat op een aantal plaatsen, door ons als ontwikkelingslanden beschouwd – zoals Thailand, Myanmar, Yemen, Hongkong – toiletouches gangbaar zijn: een sproeier met pistoolhandvat hangend naast de toiletpot. Zeer effectief mag ik wel zeggen.

E.P.W. Zuidgeest, huisarts

- 1 Wigersma L. Adviezen bij aambeien en pruritus ani. Huisarts Wet 1997; 40(5): 204-9.

Naschrift

Ik dank Zuidgeest voor deze nuttige aanvulling. Het advies zou dus beter kunnen luiden: water of een vochtige doek zonder zeep gebruiken; daarna de anus goed droog deppen en droog houden. Overigens hebben mensen die een bidet, sproeier of fles water gebruiken in plaats van toiletpapier, waarschijnlijk weinig last van pruritus ani, tenzij zij het met het droog deppen niet zo nauw nemen.

L. Wigersma

Hooikoorts

De laatste jaren bezoeken een steeds meer patiënten de huisarts met klachten van hooikoorts nog voordat er belangrijke hoeveelheden graspollen in de lucht zijn te meten; wel worden op die momenten beduidend veel boompollen gemeten. Niet duidelijk is of deze patiënten hun huisarts raadplegen in verband met symptomen of uit anticiperende overwegingen. In vier praktijken werd daarom een vragenlijstonderzoek gehouden onder patiënten die voor de eerste keer dat jaar hun huisarts bezochten in verband met hooikoortsklachten. Gegevens over de hoeveelheid gras-, berk- en eikenpollen in de lucht werden verkregen van de Midlands Asthma and Allergy Research Association.

De ontvangen vragenlijsten werden onderverdeeld naar een vroege en een late periode (respectievelijk dag 1-60 en dag 61-124). Dag 40 werd beschouwd als de start van het graspollenseizoen.

Van de 364 patiënten die deelnamen aan het onderzoek, bezocht 38 procent de huisarts in de vroege periode, 20 procent vóór de start van het graspollenseizoen; 41 procent had al klachten voor de start van het graspollenseizoen. In totaal had 91 procent van de patiënten die de huisarts in de vroege periode bezocht, al klachten van hooikoorts, tegen 99 procent in de late periode. Patiënten kwamen dus niet uit voorzorg om medicatie in huis te hebben. Uit de vragenlijsten bleek verder dat de media maar een kleine invloed had op het besluit de huisarts te bezoeken. De vroege piek correspondeerde met de hoeveelheid eikenpollen in de lucht, de late piek met de hoeveelheid graspollen.

Ross AM, Corden JM, Fleming DM. The role of oak pollen in hay fever consultations in general practice and the factors influencing patients' decisions to consult. Br J Gen Pract 1996; 46: 451-5.

Annemieke Bakker

Kauwgom tegen otitis

Xylitol is een zoetstof die de groei remt van *Streptococcus mutans*, de belangrijkste bacterie bij het ontstaan van tandcariës. Xylitol remt in vitro ook de groei van *S. pneumoniae*, reden voor de auteurs om na te gaan of deze kauwgom de frequentie van acute otitis media kan verminderen. In Finse kinderdagverblijven kregen alle kinderen, uitgezonderd die met cariës, kauwgom met xylitol, of in de controlegroep, zonder xylitol. De ouders werd verzocht een dagboek bij te houden van gezondheidsproble-

men, eventueel bezoek aan artsen, de uitslag daarvan en de voorgeschreven medicamenten. Acute otitis media deed zich voor bij 12% van de kinderen uit de xylitolgroep en bij 20% van de controlegroep. Twee kinderen uit de xylitolgroep kregen diarree, overigens werden geen bijwerking gemeld. Aan de kinderen uit de xylitolgroep werden minder antibiotica voorgeschreven. Conclusie: xylitol lijkt inderdaad een preventieve werking te hebben op het ontstaan van acute otitis media.

Uhari M, Kontiokari T, Koskela M, Niemelä M.

Xylitol chewing gum in prevention of acute otitis media: double blind randomised trial. BMJ 1996; 313: 1180-3.

M. Sanders

Antidepressiva teratogeen?

Van kinderen wier moeder gedurende de zwangerschap tricyclische antidepressiva of fluvotexine gebruikten wegens ernstige depressie werd de lichamelijke toestand bij de geboorte en de geestelijke en sociale ontwikkeling op kleuterleeftijd getest. Het betrof 84 kinderen van moeders die gedurende de zwangerschap gedurende drie maanden tricyclische antidepressiva gebruikten, 55 kinderen van moeders die voor hun depressie fluvotexine gebruikten en 80 controles. Het bleek dat bij kinderen uit de onderzoeksgroepen noch de lichamelijke toestand bij de geboorte, noch de geestelijke en sociale ontwikkeling op kleuterleeftijd verschilden van kinderen uit de controlegroep.

Numan I, Rovet J, Syewart DE, et al. Neurodevelopment of children exposed in utero to antidepressant drugs. N Engl J Med 1997; 336: 258-62.

H.G. Frenkel-Tietz

Hoofdkussens

Astmapatiënten wordt vaak geadviseerd een donzen hoofdkussen te vervangen door een synthetisch kussen in verband met de aanwezigheid van huisstofmijt. Uit eerder onderzoek blijkt echter dat een synthetisch kussen een risicofactor is voor ernstig astma.

In dit onderzoek werd de hoeveelheid *Der p I* (het belangrijkste allergeen van de huisstofmijt) in beide soorten kussens vergeleken. Hiervoor werd negen volwassen paren gevraagd gedurende een half jaar ieder een van de beide soorten kussens op hetzelfde bed te gebruiken. Na deze periode werden met behulp van een stofzuiger monsters uit deze kussens

NOTA BENE

Het beloop van acute sinusitis-klachten in de huisartspraktijk is meer afhankelijk van patiëntkenmerken dan van het gebruik van antibiotica.

Stelling bij: Stalman WAB. Management of sinusitis-like complaints in general practice [dissertatie]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1997.

Bij patiënten met periodieke koorts is de kans op het stellen van een diagnose significant lager dan bij patiënten met continue koorts.

Stelling bij: De Kleijn EMHA. Fever of unknown origin (FUO). A prospective multicenter clinical studie [dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1997.

genomen. Het bleek dat de synthetische kussens acht keer zoveel *Der p I* bevatten als de donzen kussens (een significant verschil). De hoeveelheid *Der p I* per gram huisstof – een gebruikelijke graadmeter – was drie keer zo hoog, en ook dit was significant.

Kemp TJ, Siebers RW, Fishwick D, et al. House dust mite allergen in pillows. *BMJ* 1996; 313: 916.

Sjoerd Hobma

Reizigersdiarree

Met vragenlijsten werd in een huisartspraktijk in Schotland onder ruim 1700 volwassenen een retrospectief onderzoek uitgevoerd naar het vóórkomen van reizigersdiarree en het belang van voorlichting hierover. Ongeveer de helft van de ondervraagden had het afgelopen jaar gereisd, en bijna 40 procent had diarree gekregen; dat is ruim zes maal zoveel als onder normale omstandigheden. Landen rond de Middellandse Zee, en vooral Azië en Afrika zijn bestemmingen met een verhoogd risico op het krijgen van buikloop. Reizigers die zich hadden laten voorlichten over reizigersdiarree, verkleinden hiermee niet de kans op het krijgen van diarree. Wel wisten ze zich op reis beter te redden met zelfhulp en riepen ze tijdens of na hun vakantie minder vaak de hulp van een arts in.

McIntosh IB, Reed JM, Power KG. Travellers' diarrhoea and the effect of pre-travel health advice in general practice. *Br J Gen Pract* 1997; 47: 71-5.

André Verheij

Paniekstoornis

Bijna 150 patiënten met een paniekstoornis werden in het kader van een onderzoek in de eerste lijn at random verdeeld over vijf behandelgroepen: placebo, fluvoxamine (in twee weken van 50 mg per dag opgehoogd tot 150 mg per dag), cognitieve gedragstherapie (klinisch psycholoog, placebo + cognitieve gedragstherapie en fluvoxamine + cognitieve gedragstherapie). Alle groepen werden 13 weken vervolgd. Aan begin en eind van deze 13 weken werd door de patiënt en zijn behandelaar gekeken naar de ernst van het lijden, veranderingen in symptomen, algemeen welbevinden en sociaal functioneren. Hiervoor werden scorelijsten gebruikt, die in de huisartspraktijk toepasbaar zouden kunnen zijn.

Alle actief behandelde groepen hadden sta-

tistisch significant betere uitkomsten dan de placebogroep. Bovendien scoorde het gebruik van cognitieve gedragstherapie – al dan niet gecombineerd met farmaca – significant beter dan alleen fluvoxamine. Dit onderzoek laat tevens zien dat de resultaten van de behandeling van angststoornis adequaat kunnen worden gemeten met relatief eenvoudige instrumenten.

Sharp DM, Power KG, Simpson RJ, et al. Global measures of outcome in a controlled comparison of pharmacological and psychological treatment of panic disorder and agoraphobia in primary care. *Br J Gen Pract* 1997; 47: 150-5.

André Verheij

Desensibilisatie bij astma

In deze studie is gekeken of bij kinderen met matig tot ernstig astma door een allergie voor meerdere allergenen, desensibilisatie kan bijdragen aan een betere behandeling van hun klachten. Na een periode van ongeveer een jaar waarin 121 kinderen van 5 tot 12 jaar werden onderzocht, adviseerden kregen en optimaal werden ingesteld op medicamenteuze therapie, werden de kinderen ingedeeld in een behandel- en een placebogroep. Per kind werden twee tot zeven allergenen gekozen om via een mengsel toegediend te worden voor desensibilisatie. De doses werden wekelijks opgebouwd, daarna twee jaar lang tweewekelijks gegeven en daarna nog enige tijd om de drie weken. Als belangrijkste maat om te zien of de desensibilisatie effect had, werd de hoeveelheid medicijnen die nodig was om de astma onder controle te houden, gebruikt.

In beide groepen daalde de hoeveelheid te gebruiken medicijnen significant gedurende het onderzoek. Er was echter geen verschil te zien tussen de hoeveelheid medicijnen die de behandelde groep aan het eind gebruikte en die de placebogroep gebruikte. In de behandelde groep had 28 procent een partiële remissie, in de placebogroep 21 procent. Een complete remissie werd in 8 procent van de behandelde groep bereikt en in 9 procent van de placebogroep. Beide groepen lieten ook een significant dalen van de symptomen zien. Binnen de subgroepen waren er alleen in de groep onder de 8,5 jaar en bij degenen met een mild astma aanwijzingen voor significantie waren ($p=0,02$ en $p=0,19$) in het voordeel van de desensibilisatie. Ernstige systemische reacties op de injecties werden gezien bij 34 procent van de kinderen in de behandel (2,6 per 100

injecties) en bij 7 procent in de placebogroep.

In deze groep kinderen die relatief goed op medicatie ingesteld waren en een goede compliance hadden, was desensibilisatie dus niet zinvol.

A controlled trial of immunotherapy for asthma in allergic children. Adkinson NF, Eggleston PA, Eney D, et al. *N Engl J Med* 1997; 336: 324-31.

Germa Joppe

Amoebiasis

De diagnose chronische intestinale amoebiasis of non-dysenterische intestinale amoebiasis wordt in India vaak gesteld op basis van de klachten, zoals chronische buikpijn en persisterende darmklachten. Het klinisch beeld toont veel overeenkomsten met een irritable bowel syndroom. De onderzoekers gingen na in hoeverre een infectie met *E. Histolytica* bijdraagt aan het klinisch beeld.

Patiënten werden geselecteerd als zij gedurende minimaal een halfjaar minstens vijf van de volgende symptomen vertoonden: afwisselend diarree/obstipatie, slijm, wisselende consistentie in één portie, flatulentie, chronische buikpijn, gevoel van onvolledige darmlediging, buikpijn opgewekt door eten. Het onderzoek bestond uit een uitgebreide anamnese, lichamelijk onderzoek, een serologische test op *E. Histolytica* en onderzoek van de faeces op amoebencysten, occult bloed en wormeieren. Voorts werd een coloscopie verricht. De diagnose non-dysenterische intestinale amoebiasis werd gesteld bij klachten, positieve serologie en discrete laesies bij coloscopie.

Aan het onderzoek werd deelgenomen door 144 patiënten met symptomen en 100 controles zonder klachten. Tussen beide groepen kon geen significant verschil worden aangetoond voor de aanwezigheid van *E. Histolytica* in de ontlasting, serologie en afwijkingen bij coloscopie. Slechts bij één patiënt kon de diagnose non-dysenterische intestinale amoebiasis worden gesteld.

Bij chronische darmklachten bestaat dus geen verband met een recente of oude infectie met *E. Histolytica*. Als de diagnose non-dysenterische intestinale amoebiasis bestaat, is het een zeer zeldzame diagnose.

Anand AC, Reddy PS, Saiprasad GS, Kher SK. Does non-dysenteric intestinal amoebiasis exist? *Lancet* 1997; 349: 89-92.

Joost den Otter

Irritable bowel syndrome

Op 18 november 1996 promoveerde de psychologe Sandra van Dulmen op het proefschrift 'Exploring cognitions in irritable bowel syndrome. Implications for the role of the doctor'.¹ Promotores waren de hoogleraren dr. H.G.M. van der Velden en dr. J.W.M. van der Meer. Het proefschrift wordt besproken door de arts/psychologe dr. C.M.T. Gijsbers van Wijk.

Veel huisartsen zullen het verwijzen van patiënten met functionele klachten naar een medisch specialist zoveel mogelijk vermijden, gezien het gevaar van somatische fixatie. Verwijzing van patiënten met onverklaarde buikklachten (IBS) naar de internist, en het bijbehorende medisch diagnostisch onderzoek, zouden de overtuiging van de patiënt dat er 'lichamelijk iets mis is' versterken en de klachten in stand houden. De resultaten van het promotieonderzoek van Sandra van Dulmen wijzen echter anders uit. Het lijkt erop dat internisten – wanneer zij althans voldoende oog hebben voor de klachtgerelateerde cognities, emoties en gedragingen van hun IBS-patiënten – een verbetering van de buikklachten kunnen bewerkstelligen, zowel op korte als op langere termijn. Voor IBS-patiënten bij wie de klachten na geruststelling en voorlichting door de internist persisteren, zou cognitieve gedragstherapie in groepsverband effectief zijn.

Buikklachten komen veel voor, vooral bij vrouwen. De prevalentie onder de algemene bevolking bedraagt volgens Van Dulmen 12-25 procent, en 25-38 procent van deze groep zou medische hulp zoeken. Vaak vindt de arts geen afdoende lichamelijke verklaring, en worden de klachten als functioneel of als 'irritable bowel syndrome' (IBS) gedefinieerd. Van alle verwijzingen naar de gastro-enteroloog zou 40 procent functionele klachten betreffen. Doordat de medische zorg geen afdoende antwoord op IBS heeft – conventionele behandelingen zoals medicijnen en dieetadviezen werken onvoldoende – is de prognose slecht: bij 35-57 procent zijn de klachten na 2-7 jaar onveranderd of verslechterd.

Er zijn aanwijzingen dat het beloop van de buikklachten bepaald wordt door psychologische factoren, zoals angst (voor kanker), het toeschrijven van buikpijn aan een lichamelijke stoornis (somatische attributie) en het negatief denken over de klachten (catastroferende cognities). Van Dulmens doel was dan ook het belang van psychologische factoren in het internistisch consult met de IBS-patiënt aan te

tonen. Daarnaast is onderzocht of artsen gedragsveranderingen kunnen bewerkstelligen die leiden tot afname van de klachten.

Methoden

Het onderzoek werd uitgevoerd onder patiënten met buikklachten die voor de eerste maal naar een polikliniek interne geneeskunde waren verwezen. Van de 134 verwezen patiënten met buikpijn hadden er, volgens het oordeel van twee onafhankelijke internisten, maar liefst 120 IBS. Hierbij werd gebruik gemaakt van een ruime definitie van IBS: buikpijn met of zonder defecatie-afwijkingen in afwezigheid van aanwijsbare gastro-intestinale pathologie.

Deze patiënten beantwoordden vóór het eerste consult en na elk vervolgsconsult een aantal vragenlijsten over angst, ideeën over de oorzaak van de klachten (psychische en somatische attributie), verwachtingen betreffende de internistische zorg, functionele ('self-efficacy') en disfunctionele (catastroferende) cognities, gedrag (vermijdingsgedrag, invloed op het dagelijks leven), aspecten van de buikpijn (duur, intensiteit, frequentie), nevenklachten, en tevredenheid met het consult. De 13 deelnemende internisten (in opleiding) vulden na elk consult identieke vragenlijsten in, zoals zij dachten dat de patiënt deze had beantwoord. Zo werd nagegaan of de arts de klachten en de klachtgerelateerde cognities en emoties juist inschatte.

De 110 patiënten die de gehele consultatieperiode (één tot vier consulten) hadden meegewerkt, kregen 6 maanden na het eerste consult per post dezelfde vragenlijsten voorgelegd, aangevuld met 2 uitkomstmaten: subjectieve verbetering ('Zijn uw klachten erger/hetzelfde/verbeterd/verdwenen?') en een ernstscore. De huisarts werd gevraagd informatie te verstrekken over het aantal consulten en het medicijngebruik in de follow-up periode. Om verschillen te ontdekken tussen niet-verwezen en verwezen IBS-patiënten, werden 86 van de poliklinische patiënten die voldeden aan (stringentere) ICHPPC-2-criteria voor de diagnose IBS, vergeleken met 109 Amsterdamse huisartspatiënten met IBS die niet waren verwezen.

Tenslotte werd de effectiviteit onderzocht van cognitieve gedragstherapie in groepsverband bij patiënten met hardnekkige IBS (klachten niet verbeterd na reguliere behandeling op de polikliniek). Hiertoe volgden uiteindelijk 45 patiënten uit de oorspronkelijke onderzoeksgroep een groepstherapie van acht zittingen, bestaande uit voorlichting over de rol van cognities, emoties en gedrag, aangevuld met groepsgesprekken, ontspanningsoefeningen en

huiswerkopdrachten. De effecten werden geëvalueerd met dagboekjes, waarin patiënten twee weken lang vier maal per dag hun buikklachten en vermijdingsgedrag rapporteerden.

Resultaten

Van Dulmens uitgangspunt is dat de arts de buikklachten gunstig kan beïnvloeden door in te gaan op klachtgerelateerde cognities, emoties en gedragingen. Daarom is eerst nagegaan of artsen deze psychologische aspecten van buikklachten juist waarnemen.

Artsen bleken medische details van de klachten (duur, intensiteit, nevenklachten) beter in te schatten dan psychologische aspecten (angst, attributies, verwachtingen, gedrag). Uit vergelijking van de patiëntgegevens vóór het eerste en na het laatste consult bleek dat angst, angst voor kanker, catastroferende gedachten en somatische attributies tijdens de consultperiode waren afgenomen. Als de arts de somatische attributies van de patiënt had herkend, namen deze meer af. Omgekeerd namen psychologische attributies meer toe, als de arts deze correct had ingeschat. Deze veranderingen traden op tijdens reguliere poliklinische behandeling door de internist (bestaande uit uitleg en geruststelling over de niet-somatische aard van de klachten), zonder dat de arts de expliciete intentie of opdracht had om cognities en emoties te beïnvloeden.

De verbetering hing niet samen met het aantal diagnostische tests en onderzoeken, maar wel met tevredenheid met de behandeling en het zien van steeds dezelfde internist. Van de 105 follow-up patiënten, gaf 43 procent aan dat de klachten 'verbeterd' of 'verdwenen' waren, en ook de ernstscore bleek significant afgenomen. Positieve veranderingen in de cognities en emoties van de patiënt tijdens de consultperiode, patiëntstatisfactie en het zien van dezelfde arts gingen gepaard met een sterkere verbetering.

Vergelijking van poliklinische IBS-patiënten met IBS-patiënten in de huisartspraktijk, liet zien dat de eersten meer somatische en minder psychologische attributies koesterden. Vrouwelijke polikliniekpatiënten hadden ernstiger buikklachten dan vrouwelijke huisartspatiënten en dan mannelijke polikliniekpatiënten, terwijl mannelijke huisarts- en polikliniekpatiënten niet verschilden in ernst. Dit suggereert dat mannen sneller naar de internist worden verwezen dan vrouwen.

De medische consumptie in de eerste lijn blijkt in de follow-up periode gelijk te zijn gebleven: consulten voor buikklachten waren afgenomen, consulten voor andere klachten

waren toegenomen. Huisartsbezoek en medicijngebruik voor buikklachten bleven hoog wanneer de patiënt vasthield aan somatische attributies en catastroferende gedachten, en wanneer de internist de cognities en emoties van de patiënt destijds niet juist had ingeschat.

Patiënten met aanhoudende klachten en disfunctionele cognities bleken tenslotte baat te hebben bij cognitieve gedragstherapie in groepsvorm. Bij de 25 behandelde patiënten bleken de dagelijkse duur en intensiteit van de buikklachten en het vermijdingsgedrag meer afgenomen dan bij 20 patiënten op de wachtlijst, terwijl het aantal copingstrategieën was toegenomen. Op langere termijn (2 jaar) bleek van de therapiegroep 37 procent klinisch verbeterd (een 50 procent afname van de dagelijkse buikpijnscore in de dagboekjes).

Commentaar

Het onderzoek is duidelijk en systematisch opgezet, uitgevoerd en opgeschreven. Terecht zijn vijf hoofdstukken daarom reeds gepubliceerd in internationale wetenschappelijke tijdschriften. Methodologisch heeft het onderzoek een aantal sterke kanten (het is prospectief van opzet, er is gewerkt met herhaalde metingen, in de follow-up van de therapiegroep wordt met gedegen uitkomstmaten gewerkt, in de analyses wordt systematisch gekeken naar sekseverschillen). Toch blijven er na lezing een aantal vragen bestaan betreffende opzet, methodologie en implicaties van het onderzoek.

Allereerst is het jammer dat de bestaande literatuur over IBS pas in het laatste hoofdstuk wordt gepresenteerd. Een goede bespreking *vooraf* van onderzoek naar psychologische aspecten van IBS zou het theoretisch kader en de doel- en probleemstelling van het onderzoek duidelijker hebben gemaakt. Ook lopen de bespreking van de literatuur en de conclusies uit het eigen onderzoek nu dooreen. Verder wordt wat nonchalant omgesprongen met de definitie en de in- en exclusiecriteria van IBS. Aanvankelijk wordt IBS gedefinieerd als 'buikpijn met of zonder defecatie-afwijkingen'. De breedheid van deze definitie wordt geïllustreerd door het feit dat van de 134 buikpijnpatiënten op de polikliniek er maar liefst 120 als IBS-patiënten gediagnosticeerd worden. Later wordt toegevoegd: 'die ten minste 3 maanden bestaat' en 'in de afwezigheid van gastro-intestinale pathologie'. Onduidelijk is welk medisch diagnostisch onderzoek heeft plaatsgevonden om pathologie uit te sluiten. In hoofdstuk 5 wordt een striktere (ICHPPC-2) definitie van IBS gehanteerd, waaraan blijkbaar slechts 86 van de 120 oorspronkelijke patiënten voldeden. Tenslotte

worden *post-hoc*-analyses uitgevoerd waarbij meer restrictieve criteria voor IBS worden gehanteerd. Onduidelijk blijft wat deze criteria zijn en hoeveel patiënten hieraan voldeden. Hierdoor is de generaliseerbaarheid van de resultaten slecht te beoordelen.

Jammer is ook dat, met uitzondering van de State Trait Anxiety Inventory, niet gewerkt wordt met reguliere vragenlijsten waarvan de validiteit en betrouwbaarheid zijn onderzocht, maar met nieuwe, voor dit onderzoek ontworpen vragenlijsten. Behalve dat deze instrumenten niet psychometrisch getest zijn (hier wordt althans geen verslag van gedaan), belemmert dit de vergelijkbaarheid met eerder onderzoek. Dit is des te spijtiger omdat er, bijvoorbeeld voor somatische en psychologische attributie, vragenlijsten bestaan waarvan psychometrische gegevens bekend zijn in zowel klinische als niet-klinische populaties.² Het vervolgens dichotomiseren van de vragenlijsten voor de analyses geeft verlies van informatie en is niet bevorderlijk voor de betrouwbaarheid.

Belangrijk is ook dat het onderzoek niet 'non-obtrusive' is. Bij zowel artsen als patiënten zal door het herhaaldelijk invullen van de vragenlijsten hoogstwaarschijnlijk een leereffect zijn opgetreden. De patiënt wordt impliciet gewezen op het belang van psychologische factoren, de arts zal meer dan voorheen letten op en vragen naar psychologische klachtaspecten. Hoewel Van Dulmen stelt dat de verbeteringen het gevolg zijn van een 'reguliere medische behandeling', is het dus maar de vraag hoe 'regulier' de poliklinische consulten waren. De grootste vraag blijft dan ook wat de werkzame factor is geweest: de aandacht voor cognities en emoties (zoals van Dulmen concludeert)? Het feit dat 'een medisch specialist' naar de klachten kijkt? De negatieve bevindingen van diagnostisch onderzoek? Of toch het natuurlijk beloop, aangezien uit de inleiding blijkt dat bij ten minste 40 procent van de patiënten de klachten na 2-7 jaar ook spontaan verbeteren. Omdat een controlegroep zonder medisch specialistische interventie ontbreekt, kan deze vraag hier niet worden beantwoord.

Van Dulmens conclusie dat het juist inschatten van de cognities, emoties, angsten en het vermijdingsgedrag van IBS-patiënten door de arts leidt tot afname van disfunctionele cognities, verbetering van de buikklachten en vermindering van de medische consumptie, wordt op verschillende manieren door haar bevindingen gestaafd. Rest nog de vraag naar de implicaties van deze bevindingen. Moeten we het onderzoek zien als een pleidooi voor het verwijzen

van IBS-patiënten naar (getrainde) internisten, die hen specifiek kunnen voorlichten en geruststellen? Of is dit laatste toch veel meer een taak van de huisarts, en horen de vele IBS-patiënten in beginsel überhaupt niet bij de internist thuis? Hopelijk krijgt Van Dulmen in haar nieuwe werkring bij het Nivel de mogelijkheid om haar onderzoek in de eerste lijn te herhalen. Aandacht van huisartsen voor buikpijngerelateerde cognities, emoties en gedrag, aangevuld met cognitieve gedragstherapie door de eerste lijnspsycholoog voor hardnekkige somatiseerders, kan wellicht vele onnodige verwijzingen naar de internist voorkomen.

Cécile Gijsbers van Wijk

- 1 Van Dulmen AM. Exploring cognitions in irritable bowel syndrome. Implications for the role of the doctor [dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1996.
- 2 Robbins JM, Kirmayer LJ. Attributions of common somatic symptoms. Psychol Med 1991; 21: 1029-15.

Reactie

Het laatste hoofdstuk van mijn proefschrift had tot doel de onderzoeksbevindingen in een bredere context te plaatsen en te laten zien dat een uitgebreide analyse van de klacht niet alleen binnen de tweede lijn, waarin dit onderzoek heeft plaatsgevonden, maar ook binnen de huisartspraktijk aandacht behoeft. Uitgangspunt vormde literatuur waarin aandacht wordt besteed aan de rol van psychologische factoren in het medisch consult. Rondom dit thema bestaat nauwelijks theorievorming. Vandaar dat mijn eigen bevindingen hierin werden betrokken om mijn gedachtengang te onderbouwen. Vandaar ook dat dit hoofdstuk het sluitstuk van mijn proefschrift moest worden, en niet een inleidende literatuuroverzicht.

Terecht wijst Gijsbers van Wijk op de onduidelijkheid rond het begrip en de definitie van IBS. De term IBS is vaag; er zijn verschillende definities die minimaal het gedurende lange tijd bestaan van buikklachten in afwezigheid van somatische pathologie gemeen hebben. Om mijn bevindingen te kunnen generaliseren heb ik mijn gegevens steeds geanalyseerd voor zowel de patiënt met de ruim als met de restrictief gedefinieerde IBS-klachten (grofweg de helft van de gehele groep). De restrictieve IBS-groep was, zoals overigens ook in de tekst aangegeven, gedefinieerd op basis van de zogenaamde Manning-criteria. Uit deze analyses bleek dat de bevindingen in de restrictieve groep geen

enkele keer afwijken van die van de ruime IBS-groep.

Zoals beschreven heeft het onderzoek plaatsgehad in een reguliere medische setting; diagnostisch onderzoek dat heeft plaatsgevonden om pathologie uit te sluiten, betrof zowel laboratorium- als functie- en beeldvormend onderzoek. Om de mogelijke invloed van het verrichten van diagnostisch onderzoek op cognities en klachtenbeloop uit te sluiten, heb ik nagegaan of het aantal diagnostische onderzoeken gerelateerd was aan positieve veranderingen in cognities of klachten; dit bleek niet het geval. Wel bleek gerichte aandacht van de arts voor de niet-lichamelijke klachtaspecten verband te houden met deze veranderingen; patiënten die op de polikliniek steeds dezelfde arts zagen, hadden hier het meeste profijt van.

Zoals – wederom in post-hoc analyses – nagegaan (je eigen bevindingen roepen immers altijd weer nieuwe vragen op) is bij de deelnemende artsen geen leereffect opgetreden (hoofdstuk 2). Deze analyses laten juist zien dat de inschattingen van de arts bij de eerste vijf patiënten niet minder goed waren dan bij hun latere patiënten.

Aandacht van de arts voor klachtgerelateerde cognities, emoties en gedragingen via een systematische patiëntgerichte klachtanalyse (hoofdstuk 8) is van groot belang; dat verwijzing en lichamelijk onderzoek door een medisch specialist misschien al genoeg zouden zijn voor het verbeteren van het welzijn van de patiënt, bestrijdt ik. Dan zouden immers veel meer patiënten in mijn onderzoek effectief gerustgesteld moeten zijn. Nog steeds gelooft echter bijna de helft van de patiënten na afloop van de consultperiode op de polikliniek dat er een lichamelijk afwijking aan hun klachten ten grondslag ligt. Bij deze patiënten hebben de verwijzing en het lichamelijk onderzoek in dat opzicht niet veel geholpen. Systematische aandacht voor de hardnekkige somatische attributen zal de patiënt veel verder helpen.

Hoewel onnodige verwijzingen natuurlijk zoveel mogelijk vermeden moeten worden, blijft het een feit dat veel patiënten met onverklaarde buikklachten terecht worden verwezen, omdat er bij hen vaak symptomen aanwezig zijn die kunnen wijzen op ernstige somatische pathologie (hoofdstuk 5). Daarom is het des te meer van belang dat ook specialisten kunnen omgaan met de klachtgerelateerde cognities en emoties van de patiënt.

De implicaties van het onderzoek worden duidelijker wanneer de gehele titel van mijn proefschrift, inclusief de ondertitel, in ogenschouw wordt genomen: 'implications for the

role of the doctor' verwijst namelijk naar een attitude van de arts om ook bij lichamelijke klachten specifieke aandacht te besteden aan klachtgerelateerde cognities en emoties. Een training voor de arts in het leren hanteren van disfunctionele cognities en emoties kan hieraan bijdragen.

Sandra van Dulmen

Kwaliteit zorg

Op 5 januari 1997 promoveerde Michel Wensing in Nijmegen op het proefschrift 'Patients evaluate general practice. A method for assessing and improving care'.¹ Promotores waren de hoogleraren dr. R. Grol, dr. C. van Weel en dr. A. Felling. Het proefschrift wordt besproken door G. van Staveren, verbonden aan de vakgroep Huisarts- en Verpleeghuis-geneeskunde van de Vrije Universiteit.

Dit proefschrift sluit aan bij – of is misschien wel een uiting van – het huidige elan tot vastleggen en verbeteren van de kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg. Binnen dat elan is er flinke ruimte voor de consument om de kwaliteit mede te bepalen. Bij de ontwikkeling van de methode om kwaliteit van huisartsgeneeskundige zorg vast te leggen, heeft de onderzoeker zich vooral gericht op het patiëntenperspectief van de chronisch zieke. De problematiek die hij tegenkwam bij het zoeken naar en afstemmen van dit perspectief op normen waaraan huisartsgeneeskundige zorg moet voldoen volgens de professionals, maakt dit proefschrift zeer relevant voor de kwaliteitsdiscussie.

Volgens Wensing kan aansluiting van de huisartsgeneeskundige zorg op de noden en behoeften van patiënten pas dan lukken, wanneer er goede methoden bestaan waarmee men de mening van patiënten op de huisartsgeneeskundige voorzieningen kan vastleggen. Het doel van de reeks onderzoeken waarover dit proefschrift, gaat was dan ook zo'n instrument te ontwikkelen, en nu één waarbij de consument van het begin af aan is betrokken. De vraagstellingen luiden:

- Wat is de validiteit, betrouwbaarheid en toepasbaarheid van de ontwikkelde methode om de waardering van chronisch zieken voor de huisartsgeneeskundige zorg vast te leggen?
- Wat zijn dan de prioriteiten en de waarderungen van die patiënten voor de huisartsge-

neeskundige zorg? (in andere woorden: wat komt er uit als de ontwikkelde methode wordt toegepast?)

Methoden en resultaten

Om tot een lijst van criteria te komen waarop de zorg aan chronisch zieken door die chronisch zieken ook beoordeeld kon worden, werden 'focusgroepinterviews' gebruikt. De focusgroepen werden samengesteld uit twee panels: een panel van chronische patiënten en een panel van huisartsen. De panels werden verdeeld in diverse groepen, variërend van drie tot zeven participanten. Aan die participanten werden casus gegeven met een vraag (aan bijvoorbeeld de patiënten: 'Wat is volgens u nu een goede huisarts? Betrek bij de beantwoording van de vraag de medische zorg, de attitude van de dokter tegenover de patiënt, de praktijkorganisatie en de samenwerking met andere hulpverleners'). Uit deze interviews, begeleid door een 'facilitator', volgden lijsten van ideeën, die geordend werden met een reeds bestaande lijst van de Raad voor de Volksgezondheid.

Duidelijk werd wel dat huisartsen en patiënten verschillen qua invalshoek: zo willen patiënten dokters die de meest recente ontwikkelingen in de geneeskunde kennen en die niet aarzelen te verwijzen naar specialisten. Huisartsen daarentegen benadrukken het werken volgens de professionele standaarden waarbij kritisch naar het verwijzen wordt gekeken. De volgende richtlijnen voor keuzen werden aangehouden:

- Indicatoren die voor de patiënten weinig betekenis hadden, werden zonder meer uitgesloten, want 'the evaluation of health care from the patients perspective must reflect their views'.
- Van de indicatoren die voor de patiënten wel betekenis hadden maar voor de dokters, niet werden enkele geschrapt; indien dokters het niet eens zijn met een bepaalde indicator voor kwaliteitsverbetering, dan volgt er weerstand en dus geen kwaliteitsverbetering.

Zo ontstond de CEP: Chronically ill patients Evaluate general Practice.

Vervolgens werden twee onderzoeken gedaan. In het eerste werd onderzocht of kenmerken van patiënten en huisartsen samenhangen met de patiëntenevaluaties van de huisartsgeneeskundige zorg. Hiertoe werden in acht praktijken 671 respondenten ondervraagd door middel van enquêtes. Onder de respondenten bevonden zich, naast chronische patiënten, ook 'acute' patiënten. Een tweede onderzoek werd gehouden onder 50-60 chronische patiënten

van 28 huisartsen in Nederland, met in totaal 762 respondenten. In beide onderzoeken kreeg een deel van de respondenten de enquête per post toegestuurd, terwijl de overigen de enquête in de praktijk kregen uitgereikt. De betrouwbaarheid van de CEP werd tenslotte bepaald aan de hand van de generaliseerbaarheidscoëfficiënt.

Geheel in lijn met de meeste andere onderzoeken bleken de ondervraagde consumenten huisartsgeneeskundige zorg positief te waarderen. Grote verschillen waren er tussen de categorieën 'tevreden/positief' en 'zeer tevreden/zeer positief'. Samenhangend met de waardering zijn patiënt- en dokterskenmerken. De punten waar de zorg nog weleens niet positief (ontevredenheidspercentage ligt 5-9 procent) uit de bus kwam, waren: bereikbaarheid voor spoedgevallen, de inrichting van de wachtkamer, samenwerking en ondersteuning.

Wil men met behulp van deze lijst een uitspraak doen over een huisarts, dan moet men heel wat patiënten interviewen. Het uitdelen van de lijsten is dan een methode die tot een grotere respons leidt dan het versturen van een enquête.

Beschouwing

Wat ik zeer waardeer in het onderzoek, is het uitgangspunt patiënten serieus te nemen in hun waardering van de huisartsgeneeskundige zorg (en niet vanwege therapietrouw). Dat komt het duidelijkst tot uiting in de methoden en die heb ik daarom wat uitgebreider beschreven. Daarin zit ook tevens het punt waarop mijn commentaar zich richt: hoewel de auteur beweert steeds uit te willen gaan van de *ervaring* van de respondenten in de focusinterviews, denk ik dat dit door opzet en vraag aan de geïnterviewden en de verdere uitwerking van het onderzoek juist niet is gedaan.

Stel, ik ben chronische patiënt. Michel Wensing wil weten wat op basis van mijn ervaring mijn waardering is voor de zorg die de huisarts aan mij heeft geleverd. Moet hij mij dan een casus geven? Moet hij dan vragen wat een goede huisarts bij deze casus is? Dan vraagt hij mij niet naar mijn ervaring, maar naar mijn *opvatting*. Waarom vraagt hij mij niet naar bijvoorbeeld moeilijke en goede momenten tijdens mijn ziekte en hoe ik de zorg van de huisarts toen heb ervaren?

Door intensieve groepsdiscussie binnen mijn focusgroep kom ik hier achter: voor mij het mooiste moment in de zorg was dat de huisarts mij toestond dat ik even geen goede patiënt was en het verrekte om me aan mijn

dieet te houden. Door de discussie over mijn ervaringen ontstaat een nieuwe manier waarmee ik naar de zorg door de huisarts kijk. Een verdiept patiëntenperspectief. Evalueer ik die zorg nu anders? Ik had als onderzoeker vooral onderzoek willen doen naar het effect van die focusgroep ervaring. Het instrument ter verbetering van de zorg zou niet een standaardlijst zijn, maar een standaardprocedure van in focusgroepen uit te diepen ervaringen en die uitwisselen met dokters. In mijn onderzoek zou ik die groepen hebben geëvalueerd. De kwaliteitsverbetering zou zo ook gestart zijn. Er zou geen obligate vragenlijst zijn gevolgd met een voorspelbaar resultaat...

Gerrit van Staveren

- 1 Wensing MJP. Patients evaluate general practice. A method for assessing and improving care [dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1996.

Reactie

Van Staveren schrijft dat volgens mij aansluiting op de noden en behoeften van patiënten pas lukt als er goede methoden bestaan om de mening van patiënten over de huisartsgeneeskundige voorzieningen te bepalen. Dit wil ik graag relativeren. Een goede consultvoering is waarschijnlijk van groter belang voor aansluiting op de behoeften van patiënten dan het regelmatig houden van patiënten-enquêtes. Een enquête kan wel inzichten opleveren die moeilijk op een andere wijze kunnen worden verworven. In het consult is immers meestal geen tijd of gelegenheid om uitgebreid te vragen naar een beoordeling van de gevolgde aanpak of de organisatie van de praktijk.

Ten tweede vermeldt Van Staveren dat indicatoren werden geschrapt, als zij voor huisartsen geen betekenis hadden. Het centrale uitgangspunt was dat oordelen van patiënten over de zorg iets kunnen zeggen over de werkwijze van de huisarts en de organisatie van de praktijk. Deze oordelen moeten dan wel zijn gebaseerd op voldoende inzicht in en feitelijke ervaring met de aspecten van zorg waarover wordt geoordeeld. Er waren er slechts enkele indicatoren die huisartsen niet zinvol vonden en die ik toch graag had willen handhaven. Een voorbeeld daarvan is het oordeel over huisbezoeken door de huisarts. Bij de meeste wegge laten indicatoren was het aannemelijk dat de kennis of ervaring van (veel) patiënten tekortschiet om een gefundeerd oordeel te kunnen geven. Dit betrof het medisch-technisch hande-

len en de samenwerking tussen huisarts en andere hulpverleners.

Van Staveren had liever gezien dat meer onderzoek was gedaan naar focusgroepinterviews als methode om de ervaringen van patiënten in kaart te brengen. Mijn promotie-onderzoek moest een praktisch toepasbare methode opleveren om het patiëntenperspectief te betrekken bij het toetsen en verbeteren van de zorgverlening in de huisartspraktijk. De methode zou relevante informatie moeten kunnen leveren aan de huisarts, maar niet te veel tijd en moeite kosten, zodat periodieke toepassing mogelijk zou zijn. Mondelinge interviews vielen daarom af, omdat het uitvoeren hiervan naar verhouding veel werk betekent. In het onderzoek werden focusgroepinterviews gebruikt om mogelijk bruikbare indicatoren op te sporen. Niet de ervaringen van chronische patiënten stonden centraal, maar hun opvattingen over wat belangwekkende aspecten van de huisartsenzorg zijn. De gebruikte casus dienden als start voor de discussie.

In feite levert mijn proefschrift pas de helft van het werk. In een lopend vervolgonderzoek wordt nagegaan welk praktisch nut toepassing van de methode heeft voor de huisarts en hoeveel tijd en moeite deze toepassing kost. Het is belangrijk om methoden voor toetsing en verbetering van de zorg te onderwerpen aan een kritische evaluatie, voordat zij op grotere schaal worden toegepast. Nog aangetoond moet worden aangetoond dat de te verwachten opbrengsten van het uitvoeren van een enquête onder patiënten opwegen tegen de benodigde inspanningen.

M.J.P. Wensing

Alledaagse klachten

Op 18 december 1996 promoveerde de socioloog Sjoerd Kooiker in Groningen op het proefschrift 'Illness in everyday life. A health diary study of common symptoms and their consequences'.¹ Promotoren waren de hoogleraren dr. W.J.A. van den Heuvel en dr. J. van der Zee. Het boek wordt besproken door de Nijmeegse huisarts dr. E.H. van de Lisdonk, die ruim tien jaar geleden op een vergelijkbaar onderwerp promoveerde.

Alledaagse klachten beïnvloeden de kwaliteit van leven en vertegenwoordigen een economisch belang (ziektedagen, zelfbehandeling, medische consumptie). Kooiker noemt deze

punten, maar is zelf vooral in drie kwesties geïnteresseerd:

- 1 De meetmethoden voor het vastleggen van alledaagse klachten.
- 2 De vraag of sociale en gedragsmatige determinanten waarvan bekend is dat zij samenhangen met een slechte gezondheid ook samenhangen met het ervaren van alledaagse klachten.
- 3 De vraag naar de relatie tussen zelf ondernomen activiteiten ter leniging van ervaren klachten en de aanwezigheid van risicogedrag.

Hij baseert zijn studie op gegevens van de 'Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk' van het Nivel uit 1987/1988. Deze gegevens zijn verzameld bij ruim 11.000 mensen, en betreffen een interview (vragenlijst naar klachten, vragenlijst naar chronische ziekten, General health Questionnaire, Biographic Problem List, vragen met betrekking tot lifestyle (roken, alcoholgebruik, actief sporten), opleiding, ervaren tijdsdruk, interesse in gezondheid) en een dagboek dat drie weken werd bijgehouden. Logistische regressie is de belangrijkste analysetechniek die wordt gebruikt.

Resultaten

De kwestie van de meetinstrumenten kon worden onderzocht, dankzij het feit dat in de Nationale Studie zowel een vragenlijst (geprecodeerde klachten, 14 dagen retrospectief) als een dagboek (open vragen, 3 weken prospectief) werd gebruikt. De vragenlijst bracht, conform de hypothese, meer klachten aan het licht dan het dagboek; dit gold a fortiori voor respondenten met 'psychological distress' (volgens hun score op de General Health Questionnaire en de Biographic Problem List). Interessante bevindingen zijn dat mensen met meer chronische ziekten minder klachten in het dagboek meldden, evenals rokers en mensen met weinig opleiding. De onderzoeker meent dat deze groepen, hoewel misschien minder compliant, vooral geneigd zijn om alleen ernstiger of indringender symptomen te melden, gewend als zij waarschijnlijk al zijn aan de al jaren bij hen passende lichamelijke ongemakken.

Dan de deelstudies naar determinanten voor een slechte gezondheid. De eerste deelstudie betreft rokers, die zoals gezegd, minder klachten noteerden in hun dagboek dan niet-rokers. In de interviews echter meldden rokers juist meer klachten. Vragen die opkomen, zijn onder andere of de twee methoden (dagboek en enquête) feitelijk wel hetzelfde onderzoeken en

of rokers, zoals een van de stellingen bij het proefschrift luidt, inderdaad Oost-Indisch doof zijn voor de signalen van hun lichaam. In een tweede deelstudie bleken onder andere minder gunstige sociale omstandigheden (zoals werkloosheid, alleenstaand-zijn, huurwoning, weinig vrienden), deprivatie (lagere sociaal-economische klasse, minder gegoede buurt, sociale deprivatie) en risicogedrag (roken, excessief alcoholgebruik, niet sporten) samen te hangen met een slechte gezondheid (gemeten aan symptomen in enquête en dagboek, chronische ziekten, GHQ-score en ervaren gezondheid). De relatie tussen risicogedrag en slechte gezondheid bestond even goed voor sociaal bevoorrecht als voor gedepriveerden. In multivariate analyses bleken leeftijd en geslacht overigens belangrijker voorspellers voor slechte gezondheid dan gezondheidsgedrag of deprivatie.

Ten derde komen de zelf ondernomen activiteiten aan de orde zoals gemeld in de dagboeken. De verwachting hierbij was dat risicogedrag zou leiden tot een verminderde perceptie van (de ernst van) lichamelijke klachten, conform de theorie van 'cognitieve dissonantie', die leert dat gevoelens en klachten die attenderen op 'onveranderbaar' gedrag, zullen worden onderdrukt. Deze veronderstelling werd niet bevestigd.

Als toegift worden enige bevindingen vermeld van een 12-item vragenlijst naar de verwachtingen van patiënten van medische zorg bij gewone lichamelijke klachten. Hogere verwachtingen bleken gecorreleerd met het aanvaarden van de ziekerol en het gebruik van medicijnen. Indien iemand hoge verwachtingen van medisch hulp had, bleek een gesprek met leken ertoe te leiden dat men vaker een arts consulteerde. Dit ging niet op voor respondenten die weinig van medisch hulp verwachten.

Bespreking

Het is een genoegen om te mogen constateren dat de belangstelling voor alledaagse klachten allerminst is geluwd. De peilingen van ervaren klachten en hierop volgend gedrag kent inmiddels een traditie sinds ongeveer 1970. Onderzoekers op dit terrein worden echter gehinderd door een aantal belangrijke conceptuele, methodologische en analytische moeilijkheden. Wat meet men bijvoorbeeld precies als respondenten ervaringen noteren in de vorm van klachten? Wat zijn sensitieve, betrouwbare, acceptabele en kosteneffectieve methoden van onderzoek in dit veld? Hoe classificeert een onderzoeker gerapporteerde klachten? Hoe kan men in een analyse recht doen aan belangrijke

klachtgebonden kenmerken als ernst en duur?

Het boek van Kooiker belicht en verlicht op verdienstelijke wijze enkele van deze problemen. In zeer globale termen draagt dit onderzoek het volgende bij.

- 1 Voor het wetenschappelijk onderzoek naar het ijsbergfenomeen is de keuze van meetinstrumenten uitgediept.
- 2 Er is nieuwe informatie naar boven gehaald aangaande sociaal-economische gezondheidsverschillen.
- 3 Risicogewoonten als roken en drinken zijn in relatie gebracht tot het ervaren van klachten en gezondheidsgedrag.

Het onderzoek levert geen pasklare recepten. Wel zijn deelgebieden geëxploreerd en geproblematiseerd. Dat is begrijpelijk, omdat het onderzoek berust op gegevens die niet in de eerste plaats de hier besproken deelstudies tot doel hadden. De auteur heeft hypothesen opgesteld en heeft deze getoetst met behulp van geaggregeerde gegevens. Dit past bij zijn belangstelling voor gezondheidszorgbeleid en op dat gebied liggen dan ook de belangrijkste bijdragen van dit onderzoek. De (huis)arts die werkt met individuen, vindt in dit boek dus geen directe hulp om het ijsbergfenomeen en het hulpvraaggedrag in de praktijk beter te begrijpen. De praktiserend arts zal zich dan ook gewoon blijven bedienen van (hulp)vraagverheldering en gerichte anamnese als belangrijkste instrumenten. Wel leert deze studie opnieuw dat artsen aandacht moeten geven aan de vaak te hoog gespannen verwachtingen van patiënten ten aanzien van wat de geneeskunde vermag.

Eloy van de Lisdonk

- 1 Kooiker SE. Illness in everyday life [dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1996; 225 pagina's. ISBN 90-6905-305-5.

Reactie

De recensie van Van de Lisdonk biedt een deegde beschrijving van de inhoud van mijn proefschrift; ik heb daar alleen een paar kleine opmerkingen van methodische aard aan toe te voegen.

In het deelonderzoek over de meetinstrumenten waarmee men het optreden van alledaagse klachten in kaart kan brengen, concludeer ik dat vragenlijsten als de VOEG (Vragenlijst voor Onderzoek van de Ervaren Gezondheid) zich vooral richten op vage psychosomatische klachten en geen representatief beeld geven van de alledaagse gezondheidsproble-

men in de bevolking. Onderzoekers die willen vaststellen met welke frequentie alledaagse klachten in de (praktijk)populatie voorkomen, kan op grond van dit onderzoek worden aangeraden om zelf een klachtenlijst te ontwerpen of met open vragen te werken.

Een belangrijke bevinding van dit onderzoek is dat ongeveer een derde deel van de bevolking hoge verwachtingen van de huisarts heeft als het gaat om de wijze waarop alledaagse klachten tegemoet getreden dienen te worden, en conform deze verwachtingen handelt. Het instrument om deze verwachtingen te meten is door Van de Lisdonk ontworpen. Dit onderzoek bevestigt in grote lijnen zijn bevindingen uit 1985¹ en laat zien dat de 12-item vragenlijst een goed instrument is om deze verwachtingen te meten.

S.E. Kooiker

- 1 Van de Lisdonk EH. Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk [dissertatie]. Nijmegen: katholieke Universiteit Nijmegen, 1984.

LITERATUURINFORMATIE

Publicaties in *Huisarts en Wetenschap* zijn op vier wijzen achterhaalbaar:

- De *jaarregisters*. Abonnees ontvangen elk jaar het register over de afgelopen jaargang.
- De *cumulatieve registers* over 1957-1971 en 1972-1991. Deze registers bevatten overzichten naar auteur, thema en trefwoord. Zij kunnen worden besteld bij het bureau van het NHG.
- De *elektronische versie* van de registers over 1957-1996. Zoeken van artikelen is mogelijk op titel, auteur en trefwoorden. De instapprijs bedraagt NLG 125,- voor particulieren en NLG 150,- voor instellingen. De updates kosten respectievelijk NLG 65,- en NLG 90,-. Abonnees van NTvG en/of H&W betalen een instapprijs van NLG 97,50; voor hen kosten de updates NLG 45,-. Te bestellen bij Intermedia bv, Klantenservice van Bohn Stafleu Van Loghum, Antwoordnummer 10154, 2400 VB Alphen a/d Rijn.
- De *documentatieservice* van H&W. De prijs van een zoekopdracht bedraagt minimaal NLG 15,- (exclusief verzendkosten), NLG 5,- per trefwoord of per A4.

Wondzorg

Aerts A, Nevelsteen D, redactie. Basisboek wondzorg. Lochem/Poperinge: De Tijdstroom, 1996; 168 bladzijden, prijs NLG 35,-. ISBN 90-352-1694-6.

Aerts A, Nevelsteen D, redactie. Specifieke wondzorg, deel 1. Lochem/Poperinge: De Tijdstroom, 1996; 132 bladzijden, prijs NLG 31,50. ISBN 90-352-1695-4.

Deze twee boekjes zijn verzorgd door het Belgische Wit-Gele Kruis. Zij zijn bestemd voor gebruik in het (hoger) onderwijs, nascholingscursussen voor verpleegkundigen, paramedici en artsen, en in de extra- en intramurale zorgverlening. Elk hoofdstuk wordt afgesloten met een checklist en een zelftoets.

Het basisboek telt vijf hoofdstukken. In 'Theoretische achtergronden' treft men het bekende kleuren classificatiemodel, dat in 1983 is ontwikkeld door de Wound Care Consultant Society en inmiddels internationaal wordt gebruikt; hierbij wordt (terecht) nog eens gewezen op het belang van een vochtig milieu bij de wondgenezing. Het hoofdstuk 'Pijn' bevat niet veel nieuws. Het gebruik van het pijnbeoordelingsformulier wordt goed toegelicht; wat ik mis, is de door de patiënt zelf te bedienen 'meetlat met schuif' met de cijfers 0 t/m 10; dat vereenvoudigt de beantwoording van de vragenlijst. De uiteenzetting over medicamenteuze pijnbestrijding is voor de huisarts te beknopt. Het hoofdstuk 'Ontsmettingsmiddelen' bevat een aardige opsomming van een grote hoeveelheid producten, waarbij gestreefd wordt naar een rationele indeling: welk product bij welk soort wond.

Bij 'Verbandmiddelen' wordt aan de hand van de indeling zwart-geel-rood een passend verbandmiddel aangeraden. Het is bekend hoe moeilijk de kennis op dit punt bij de huisarts te verbeteren is (doordat hij deze niet in zijn opleiding heeft meegekregen); het is de auteurs gelukt om tot een overzichtelijke indeling te komen die na bestudering een goede kans heeft te beklijven. Helaas wordt geen prijsindicatie bij de voorbeelden van de producten gegeven; sommige zijn namelijk (onnodig) duur. Het hoofdstuk 'Voeding en wondverzorging' bevat informatie die op zichzelf juist is, maar de huisarts zal bij te verwachten problemen waarschijnlijk de diëtiste inschakelen. Het boek wordt afgesloten met een aantal bijlagen met handige invullijsten voor een zorgvuldige registratie van de wondbehandeling.

In het tweede boek worden de onderwerpen decubitus, diabetische voet, ulcus cruris en brandwonden behandeld. In het hoofdstuk 'De-

cubitus' wordt, naast een goede theoretische beschouwing omtrent de pathofysiologie, veel aandacht besteed aan handige checklists voor de preventie en het in kaart brengen van de mate van decubitus met de daarbij geadviseerde behandeling. Bij de specifieke aspecten is er veel aandacht voor antidecubitusmaterialen; hier zal de interesse van de huisarts niet dadelijk naar uitgaan, maar het biedt wel relevante informatie. In het hoofdstuk over de 'Diabetische voet' wordt ingegaan op het inschakelen van de podotherapeut en de diabetesverpleegkundige: onmisbare personen in een goed diabetesprotocol. Het hoofdstuk 'Ulcus cruris' geeft informatie over wondafdekkingen en over het pressure-gradientverband (conform de NHG-Standaard Ulcus Cruris Venosum). Het hoofdstuk 'Brandwonden' bevat het gebruikelijke overzicht van risicofactoren, gradering van wonden en behandelmethoden; daarnaast is er veel aandacht voor de calorische aspecten van brandwonden.

Deze twee praktische boekjes kunnen voor de huisarts van waarde zijn in het overleg met de thuiszorgorganisaties. Voor WDH-nascholingscoördinatoren lijkt het mij zinvolle literatuur wanneer een cursus op dit vlak georganiseerd wordt: goed leesbaar, met hier en daar smeugig Vlaams taalgebruik.

Gerard Hoogvliet

Ziektenamen

Taal is een weerspiegeling van het denken en daarmee een schatkamer. Uitgangspunt van het vuistdikke 'Ziektenamen in Nederlandse dialecten'¹ is de veronderstelling dat in het woordmateriaal van het Nederlands – en wel vooral van zijn dialecten – opvallende overblijfselen van soms zeer oude opvattingen over oorzaken van ziekte, kwalen en afwijkingen te vinden zijn. Het lijkt erop dat vooral zintuiglijk waarneembare verschijnselen een rol hebben in het benoemen van een ziekte: kleur (geelzucht), vorm (blaar) of een thermische eigenschap (brand). Zichtbare eigenschappen krijgen soms een fraaie metafoor mee: de 'Spaanse kraag' (parafimos) refereert aan al die prachtige kragen van edellieden zoals die ook zijn afgebeeld op oude schilderijen.

Het hanteren van metaforen behoort tot de dimensie 'cultuur' die een belangrijke rol speelt in het benoemingsproces. Zo was de invloed van het Christendom groot: een benaming als 'Gods slag' voor een beroerte, stamt uit een tijd

dat een groot deel der natie nog meende godvrezend te moeten zijn. Het is de verdienste van de auteurs dat zij het amalgaam termen overzichtelijk presenteren in hoofdstukken met aantrekkelijke titels als taboe en eufemisme, animistische voorstellingen, demonologie, diernamen, theologie, heiligen, koningszeer en magie, tovenarij en hekserij. De herkomst van de meeste termen wordt duidelijk toegelicht. Vaak zijn het raadselachtige termen. De patiënt meldt zich bijvoorbeeld met 'oom Iepe' (Westerkwartier), 'krémmer' (Schayk), 'zieëtval' (Weertland), 'een bezetting schrikken' (Drechterland) of een 'borstvallinge' (Gent). Allemaal klachten afkomstig uit de 'top 20 nieuwe episoden' die in het Transitieproject zijn terug te vinden als respectievelijk koorts, rugklachten, huiduitslag, bronchitis en verkoudheid.

Het boek is uitgebracht in de reeks 'Aan het woord', een serie publicaties die tot doel heeft 'de bevordering van de lexicologie, filologie en dialectgeografie in het Nederlandse taalgebied'. De auteurs zijn of waren verbonden aan het Nijmeegse onderzoekscentrum voor 'Dialectologie en Naamkunde'.

En zo flitst de naam Voskuil door mijn hoofd: Voskuil werkte bij het Instituut voor Dialectologie, Volkskunde en Naamkunde (het latere P.J. Meertens Instituut) in Amsterdam. Zijn dertigjarige loopbaan daar is de voedingsbodem voor de romancyclus 'Het bureau', die uiteindelijk 5000 pagina's zal tellen, waarvan er inmiddels 2000 zijn verschenen. Minuties beschrijft Voskuil de gang van zaken op kantoor en behandelt en passant de ondraaglijke lichtheid van de wetenschap. Maarten Koning, Voskuils alter ego in de roman, houdt zich op het Bureau bezig met oude benamingen inzake de herkomst van kabouters. Items die een plek moeten krijgen in de 'Atlas voor Volkscultuur'. Honderdduizenden fiches worden volgeschreven op basis van knipsels, literatuur en ingevulde vragenlijsten. Zo gaat het jaar in jaar uit. Een heel enkele keer schrijft een wetenschappelijk medewerker van het Bureau een artikeltje voor 'Ons Tijdschrift'. In alles ervaart Koning het werk als zinloos: 'Maar ik vind het idioot!' zei Maarten, wanhopig wordend. 'Ik vind het belachelijk dat volwassen mensen hiermee hun tijd doorbrengen! Het is volstrekt zinloos! Maar geef dat dan toe! Dan is het tenminste nog enigszins te verdragen!'

Als ik de inleiding herlees, valt mij op dat dr. J.B. Berns van het P.J. Meertens-Instituut wordt bedankt voor zijn hulp en het ter beschikking stellen van door dit instituut verzameld materiaal (J.B. Berns is 'Huub Pastoors' in de roman van Voskuil). De literatuurlijst bevat

daarnaast een verwijzing naar de 'Volkskunde Atlas van Nederland en Vlaams-België'. Allemaal sporen van Voskuil. Natuurlijk is lof voor het vele werk gepast, maar onwillekeurig 'loopt het doodmanneken over mijn lijf' (Oostvlaams voor 'een rilling over mijn rug').

Wat kan de huisarts met dit boek? Het is overzichtelijk en toegankelijk. Twee registers zijn behulpzaam bij de ontdekkingstocht over het vrijwel platte dialectland. Het eerste register verwijst naar de wetenschappelijke bronnen, het tweede geeft diagnoses en klachten (in ABN) en verwijst naar relevante dialectvarianten in het boek. Vooral dit laatste register maakt het boek geschikt voor, bijvoorbeeld, hoofdstedelijke wetenschappers die in de provincie een praatje moeten houden en die, ter voorbereiding, van de couleur locale willen proeven. Boeken als deze zijn nagenoeg onleesbaar (en zijn daarvoor ook niet bedoeld), maar bieden veel bladerpret. Jammer is dat de Sdu – in weerwil van haar reputatie – een boek aflevert waar de geur van de stencilmachine uit de zestiger jaren aan kleef. Slordig drukwerk dus.

Frans Meulenberg

- 1 Weijnen AA, Ficq-Weijnen APGMA. Ziektenamen in de Nederlandse dialecten. Den Haag: Sdu, 1995; 295 pagina's, prijs NLG 49,50. ISBN 90-12-08215-3.
- 2 Voskuil JJ. Het bureau. 1. Meneer Beerta. Amsterdam: Van Oorschot, 1996.

Aankondigingen

- Control of hereditary diseases. Report of a WHO Scientific Group. Technical report series, no. 865, 1996; v + 84 bladzijden, prijs USD 14.40. ISBN 92-4-120865-1.
- Research on the menopause in the 1990s. Report of a WHO Scientific Group. Technical report series, no. 866, 1996; vii + 106 bladzijden, prijs USD 18.00. ISBN 92-4-120866-X.
- The management of acute respiratory infections in children. Practical guidelines for outpatient care, 1995; v + 77 bladzijden, prijs USD 13.50. ISBN 92-4-154477-5.
- Hypertension control. Report of a WHO Expert Committee. Technical report series, no. 862, 1996; vi + 83 bladzijden, prijs USD 14.40. ISBN 92-4-120862-7.
- Cancer patient relief. With a guide to opioid availability. 2nd ed., 1996; vi + 63 bladzijden, prijs USD 15.30. ISBN 92-4-154482-1.
- Te bestellen bij: De Lindeboom Internationale Publikaties, Postbus 202, 7480 AE Haaksbergen; telefoon (053) 574.0004; fax (053) 572.9296.

Mededelingen voor de Agenda in nummer 10 (september) moeten op uiterlijk 21 augustus in het bezit zijn van het redactiesecretariaat.

Family medicine: diversity and harmony in the evolving era

Seoul, 30 augustus – 3 september. Wonca Asia Pacific Regional Conference. Inlichtingen: Conference Secretariat, SL Kangnam, PO Box 305, Seol 135-603, Korea.

Research in health care – philosophical, ethical and historical aspects

Padua, 21-23 augustus. 12e Jaarlijkse conferentie van de European Society for Philosophy of Medicine and Health Care. Inlichtingen:

Prof.dr. H. ten Have, tel. (024) 3615320, fax (024) 3540254.

International summer school on quality improvement in general practice

Maastricht, 31 augustus – 5 september.

Inlichtingen: Karin Vaessen of Ellen Breevoort, tel. (043) 3882334/11, fax (043) 3619344; e-mail karin.vaessen@hag.unimaas.nl.

Referatendag Vlaamse Huisartsen-research

Antwerpen, 27 september. Inlichtingen: Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen, St.-Hubertusstraat 58, 2600 Berchem, België; tel. (0032) 3.2811616; fax (0032) 3.2185184.

2nd International conference on the scientific basis of health services

Amsterdam, 5-8 oktober. Inlichtingen: PAOG UvA, tel. (020) 5664801; fax (020) 6963228.

Using the evidence

Amsterdam, 8-12 oktober. 5th International Cochrane Colloquium. Inlichtingen: PAOG UvA, tel. (020) 5664801; fax (020) 6963228.

EGPRW-bijeenkomst

Barcelona, 23-26 oktober. Inlichtingen: mw. H. Prick, tel. (043) 3882319, fax (043) 3619344.

Succesvol oud worden

Rotterdam, 31 oktober. Jubileumcongres Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg. Inlichtingen: J. Pietersen, tel. (026) 3590570, fax (026) 3590575, e-mail camoes@pi.net.

Gezond Onderwijs Congres

Veldhoven, 13-14 november. Congres Nederlandse Vereniging voor Medisch Onderwijs. Inlichtingen: mw. M.P.A. Timmers, Bureau PAOG, Tafelbergweg 25, 1105 BC Amsterdam; tel. (020) 5664801.

Gezond en wel. Huisarts en ouderen

Amsterdam, 28 november. NHG-congres. Inlichtingen: NHG-bureau, tel. (030) 288.1700.

Zie voor 1998 het juninummer.