

Research in social problems in general practice

De 43e bijeenkomst van de European General Practice Research Workshop werd van 3 t/m 6 oktober 1996 gehouden in St. Andrews, een klein toeristisch plaatsje op het eiland Malta in de Middellandse Zee. Opnieuw was er een record aantal deelnemers: meer dan 100, afkomstig uit 25 landen. Het centrale thema was 'Research in social problems in general practice'.

Diegenen die vooral voor het mooie weer naar Malta waren gereisd, kwamen bedrogen uit: tijdens de bijeenkomst was het bijna de gehele tijd erg slecht weer. Er waren zelfs enige Malteser collega's die op een eiland 4 kilometer verder woonden, die verstek moesten laten gaan, doordat de boot door de storm niet kon uitvaren. De wel aanwezigen luisterden naar de voordrachten en namen deel aan de vaak lange discussies direct daarna. Zoals altijd waren de voordrachten verdeeld in drie soorten: 17 themapresentaties, tien vrije voordrachten en zeven 'one-slide-five-minutes'-spreekbeurten. Behalve voor deze laatste categorie was er voor elke voordracht 30 minuten beschikbaar: 15 minuten presentatie en 15 minuten discussie.

Europese samenwerking

Kort voor deze bijeenkomst van de EGPRW, kwamen afgevaardigden van de drie Europese huisartsgeneeskundige organisaties – Euract, Equip en EGPRW – in Kopenhagen bijeen met het bestuur van de European Society of General Practice / Family Medicine (ESGP). Waar dergelijke bijeenkomsten voorheen plaatsvonden in een sfeer van wederzijdse achterdocht (wie haalt wie rechts in?), waren de laatste bijeenkomsten juist een toonbeeld van pogingen om elkaar tegemoet te komen en te voorkomen dat verschillende organisaties hetzelfde doen. Deze verandering is voornamelijk de verdienste van het nieuwe bestuur van de ESGP en met name van voorzitter Frede Olesen uit Denemarken. In tegenstelling tot het oude bestuur ('de bende van acht') poogt dit bestuur uit te gaan van de sterke punten van elk van de deelnemende organisaties in plaats van te proberen deze organisaties als het ware over te nemen.

De ESGP functioneert nu min of meer als paraplu-organisatie en dat lijkt goed uit te pakken. Het is de bedoeling dit ook duidelijk te maken aan de landelijke verenigingen. Waar voorheen elke Europese organisatie subsidie aanvraagde bij de afzonderlijke nationale verenigingen, zal voortaan alleen de ESGP dit doen.

Het binnengekomen geld zal dan gelijkelijk worden verdeeld over EGPRW, Equip en Euract. Het ligt ook in de rede op den duur te komen tot een op elkaar afgestemde congresagenda. Op dit moment is het al zo dat het officiële briefpapier van alle organisaties dezelfde lay-out heeft gekregen. Binnen de nieuwe structuur blijft de EGPRW de organisatie die zich primair bezighoudt met het doen van onderzoek.

Huisartsgeneeskunde op Malta

Malta is een zelfstandige republiek met 366.000 inwoners, die wonen op een kleine eilandengroep met een gezamenlijke oppervlakte van ongeveer 300 km². Malta besteedt ongeveer 10 procent van het BNP aan gezondheidszorg (Nederland 9 procent). Belangrijkste bron van inkomsten op Malta is het toerisme. Op het eiland werken 900 artsen, van wie 600 in overheidssdienst. Het aantal huisartsen wordt geschat op ongeveer 450, van wie 80 in overheidssdienst.

Het is moeilijk een betrouwbaar beeld te krijgen van de gezondheidszorgorganisatie op Malta. De gezondheidszorg is grotendeels gebaseerd op een soort 'national health service', maar daarnaast bestaat een actieve particuliere sector. Wat de huisartsgeneeskunde betreft, zijn er eveneens twee gescheiden systemen. Zo is de huisarts poortwachter binnen het volksgezondheidszorgsysteem, maar niet in de particuliere sector. Zeker is dat de huisarts niet in hoog aanzien staat: specialisten kijken op hen neer.

Op Malta bestaan zeven (niet-particuliere) eerstelijnsgezondheidscentra waarin huisartsen werken; de overige huisartsen werken solo. Tijdens een werkbezoek aan een van die 'staatscentra' kreeg ik de indruk van totaal gefrustreerde artsen. Er was geen kaartstelsel over patiënten (slechts de helft van de huisartsen schijnt überhaupt iets op kaart te hebben staan van een patiënt) en het was niet mogelijk voor patiënten om afspraken te maken: iedereen moest maar gewoon komen. Wel was de zorg dan gratis. Om die reden waren deze centra wel populair bij patiënten. Binnen deze centra werkten ook specialisten, die de 'well women' en 'well baby clinics' runden.

Op Malta zijn zes ziekenhuizen, waarvan twee particuliere, en een groot verpleeghuis voor ouderen (1050 bedden). De landelijke huisartsenvereniging is nog erg jong en verkeert in het stadium dat zij zich volledig waar moet maken en het huisartsgeneeskundig territorium moet bevechten. Er is één universiteit

op Malta, maar zonder een huisartsgeneeskundige afdeling. Wel is er één persoon universitair docent op het gebied van huisartsgeneeskunde. De aanwezigen Malteser collega's op deze bijeenkomst konden dan ook gekenmerkt worden als idealisten met veel doorzettingsvermogen.

Sociale problematiek

In tegenstelling tot wat gebruikelijk is, was er geen algemene inleiding op het centrale thema, hetgeen als een gemis gekenmerkt kon worden. Sociale problematiek is een breed terrein en wat dat betreft kwam dat wel tot uiting in de diversiteit aan onderwerpen: over agressie en geweld in de huisartspraktijk, over sociale implicaties van het horen van de diagnose borstkanker, idem over patiënten met hiv en over ongewilde kinderloosheid en de sociale consequenties daarvan. Deze variatie in voordrachten weerspiegelde het werkkterrein van de huisarts: aan de ene kant boeiend en uitdagend, maar anderzijds ook wel afschrikwekkend: je kan tenslotte toch niet alles.

Hendriks (België) presenteerde de resultaten van een kwalitatieve studie naar het gebruik van anticonceptiva onder Marokkaanse vrouwen. Uitgangspunt was de epidemiologische bevinding dat, hoewel de gebruiksprofielen van Marokkaanse en Belgische vrouwen overeenkomen, de dagelijkse praktijk leert dat bij Marokkaanse vrouwen veel meer onverwachte zwangerschappen optreden. Als methode van onderzoek werden focusgroepen gebruikt, geleid door Marokkaanse vrouwen. Deze studie was zeer elegant uitgevoerd: van alle groepsinterviews werden transcripten gemaakt die door twee onafhankelijke onderzoekers werden onderzocht en geïnterpreteerd. Waar de interpretatie niet overeenkwam, werd deze besproken om tot consensus te komen.

De resultaten lieten zien dat veel vrouwen een ambivalente houding met betrekking tot anticonceptiva hadden, waarbij ook de rol van de man en de wens van de vrouwen om een effectieve gezinsplanning te maken een grote rol speelden. Uitgebreide discussie volgde op deze voordracht waarbij opnieuw naar voren kwam dat dit soort perfect uitgevoerde kwantitatieve studies erg zinvol zijn binnen de huisartsgeneeskunde. Op dit kwalitatieve onderzoeksgebied heeft België inmiddels veel ervaring, waar wij in Nederland nog veel van kunnen leren.

Fleming (UK) kwam met een nadere analyse van de National Morbidity Study (NMS) in de UK van 1992 naar ziekte en het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen door kinderen

in eenpersoonshuishoudens. De NMS is een landelijke epidemiologische registratiestudie onder huisartsen die op geregelde tijden in de UK herhaald wordt. De studie omvatte 87.531 kinderen onder de 15 jaar, van wie er 10.191 (12 procent) in een eenpersoonshuishoudens leefden. Deze kinderen werden op een aantal variabelen vergeleken met kinderen die bij twee ouders opgroeiden. Kinderen uit eenoudergezinnen waren geneigd eerder in een ziekteperiode hun huisarts te raadplegen, kwamen vaker op het spreekuur, kregen meer te maken met ongelukken (ongelukjes), liepen een grotere kans dat een immunisatieschema niet goed werd afgemaakt, en zagen vaker en eerder hun huisarts tijdens een huisbezoek. Als zodanig kan deze groep dus als een risicogroep worden gekenmerkt en verdient zij extra aandacht van de huisarts.

Richardson (UK) rapporteerde over een literatuurstudie naar 'huiselijk geweld' en onderzoek daarnaar in de huisartspraktijk. Via aangrijpende, voor iedereen herkenbare krantenkoppen als 'man slaat vrouw het ziekenhuis in' of 'kinderen door eigen vader gedood' werd het probleem weergegeven: wat is de rol van de huisarts in dergelijke gevallen, wist die ervan, etc. Hun Medline-search over een periode van 20 jaar bevestigde de indruk dat huiselijk geweld veel voorkomt, en dat angst er de oorzaak van is dat slachtoffers van geweld (vooral vrouwen) zo gebrekkig herkend worden.

Tegelijk kwamen veel methodologische problemen aan het licht, zoals het bestaan van een aanzienlijke variatie in de definitie van huiselijk geweld en van de onderzochte populaties. Verder bleken de instrumenten om huiselijk geweld te meten vaak onvoldoende gevalideerd. In feite zijn studies naar de prevalentie van huiselijk geweld binnen de huisartspraktijk bijna niet uitgevoerd en weet men ook bijna niet wat de attitude en educatieve behoefte van huisartsen op dit gebied is. De studie gaf veel discussie met ook veel praktische problemen zoals 'wat doe je er eigenlijk aan als huisarts?'.

Vrije voordrachten

Wat de vrije bijdragen betreft waren er veel bijdragen uit Malta zelf.

Soler (Malta) deed verslag van een netjes uitgevoerd onderzoek, compleet met pilot en validatieprocedure, naar de houding van Malteser medisch studenten met betrekking tot huisartsen en huisartsgeneeskunde. Gezien de eerder in dit verslag beschreven situatie van de huisartsgeneeskunde op Malta en het feit dat

studenten slechts éénmaal met huisartsgeneeskunde in aanraking komen (een co-schap van vier weken in het vijfde studiejaar), was het een verrassing te zien dat het vak erg populair was, vooral onder laatstejaars studenten en onder vrouwen.

Steylaerts kwam met een presentatie waarin hij melding maakte van een in België ontwikkelde CD-Rom, waar zo'n beetje alles wat een huisarts kan wensen op staat: een hele medische bibliotheek, alle richtlijnen van te verlenen zorg, medicatievoorkeuren, visuele patiënten voorlichting, etc. Deze schijf was toegezonden aan 250 huisartsen en het gebruik was geëvalueerd. Resultaat? De schijf werd zeer matig gebruikt. In de discussie hierover bleek dat veel deelnemers zo'n schijf zeer zinvol achtten, maar dat het verspreiden ervan niet iets is van 'even rondzenden', en dat gebruik gemaakt moest worden van bestaande theorieën op het gebied van kennisverspreiding.

Europese huisbezoekstudie

Tijdens de bijeenkomst werd veel tijd gewijd aan het bespreken van de voorlopige resultaten en het verdere vervolg van de 'EGPRW home visit study' door *Jose-Antonio Miranda* (Portugal). Doel van deze pilotstudie is het vergelijken van het aantal en de waarde van huisbezoeken door huisartsen in verschillende Europese landen. De pilot was uitgevoerd in 20 landen in de eerste weken van juni 1996. Per land hadden 10 artsen deelgenomen die elk 10 visites registreerden. Het bleek dat de logistiek van het project geslaagd kon worden genoemd; er was een registratieboekje gebruikt dat erg handig bleek te zijn. De resultaten lieten grote internationale variatie zien in het aantal visites per week, zoals ook te verwachten was.

Moeilijker was het gesteld met een meer gedetailleerde analyse en met het vervolgonderzoek: de onderzoeker had het werk tot nu toe vooral in zijn vrije tijd gedaan, en de vraag rees hoe het nu verder moest. In de wandelgangen is echter de projectgroep achter deze studie hard bezig geweest om een voorstel te formuleren dat subsidiewaardig zal moeten worden. Voor internationaal onderzoek geldt echter nog meer dan voor nationaal onderzoek geldt: geduld is een schone zaak.

London

Het grote aantal deelnemers aan deze bijeenkomst heeft opnieuw aanleiding gegeven tot discussie over de vraag hoe het verder moet. Het workshop-karakter van de EGPRW dreigt

in gevaar te komen door een te groot aantal deelnemers. Zo zou de EGPRW aan het eigen succes te gronde kunnen gaan. Het bestuur denkt daarom onder meer aan het maximaliseren van het aantal aanwezigen.

De volgende bijeenkomst van de EGPRW zal zijn van 8 t/m 11 mei 1997 in Londen met als centraal thema 'Research in terminal care, continuing care and home care in general practice'. Uiteraard is er ook weer plaats voor vrije voordrachten en 'one-slide-five-minutes' presentaties.

Jan-Joost Rethans
Vakgroep Huisartsgeneeskunde,
Universiteit Maastricht

BERICHT

Subsidies Maag Lever Darm Stichting

De Maag Lever Darm Stichting (MLDS) verleent subsidies voor wetenschappelijk onderzoek op het gebied van (aandoeningen aan) de spijsverteringsorganen. Voor 1997 is wederom een inschrijvingsronde voor subsidie-aanvragen opengesteld. Naast personele kostenvergoeding kan in bepaalde gevallen ook materiële ondersteuning plaatsvinden. De subsidie wordt in principe verleend voor projecten met een looptijd van maximaal twee jaar. Aanvraagformulieren met toelichting en subsidievoorwaarden zijn verkrijgbaar bij het bureau van de MLDS, Luifelstede 42, 3431 JP Nieuwegein. Aanvragen kunnen worden ingediend tot 15 mei 1997.

De MLDS biedt daarnaast de mogelijkheid voor het aanvragen van een reisbeurs. De subsidie wordt verleend voor ten hoogste drie maanden en kan worden gebruikt voor het opdoen van specifieke praktijkervaring, dan wel het aanleren van medische of laboratoriumtechnieken. De subsidie is niet bedoeld voor studenten die stage-ervaring willen opdoen en nog geen definitieve plaats hebben verworven bij een Nederlands instituut. De in het buitenland verworven kennis dient op effectieve wijze te kunnen worden doorgegeven in een Nederlandse setting. De subsidievoorwaarden zijn verkrijgbaar bij het bureau van de Stichting. Aanvragen dienen uiterlijk twee maanden voor vertrek te worden ingediend.

Heupfracturen

Heupfracturen kunnen anatomisch worden ingedeeld in drie groepen:

- fracturen van de femurhals, proximaal van de trochanter major en minor, en intracapsulair gelegen; deze fracturen kunnen de bloedtoevoer naar de femurkop verstoren en zo kopnecrose als complicatie hebben;
- intertrochantere, extracapsulair gelegen fracturen; complicaties hierbij zijn het verkeer aan elkaar groeien van de botstukken en verkorting van het been;
- subtrochantere fracturen, net onder de trochanter major.

Deze laatste fracturen komen maar in 5 à 10 procent van de gevallen voor, de eerste twee beide in 45 procent van de gevallen. De diagnose wordt gesteld op de klinische bevindingen en een röntgenfoto. Is ook op een foto onder speciale hoek geen fractuur te zien, terwijl er toch sterke verdenking op een fractuur is, dan is een MRI nodig om een 'occulte' fractuur uit te sluiten.

Het primaire doel van de behandeling is de patiënt terug te krijgen op zijn functioneringsniveau van voor de fractuur. Chirurgie, gevolgd door vroege mobilisatie is hiervoor het beste. Is er een contra-indicatie voor operatie, zoals een recent hartinfarct, dan moet de operatie worden uitgesteld. Het beste is te opereren binnen 24 tot 48 uur, nadat eerst eventuele andere medische problemen zijn aangepakt. Een langere wachttijd vergroot de kans op complicaties (diepe veneuze trombose, longproblemen, urineweginfecties en decubitus).

Femurhalsfracturen worden bij niet-gedisloceerde fracturen en bij jongere patiënten meestal met interne fixatie met een aantal schroeven vastgezet; in andere gevallen, waarbij de kans op niet aan elkaar groeien of necrose groter is, wordt een heupprothese ingebracht. Intertrochantere fracturen worden meestal vastgezet met een glijdende heupschroef. Het type anesthesie (algemeen of plaatselijk) beïnvloedt niet de incidentie van postoperatieve verwonding of mortaliteit bij ouderen met een heupfractuur. Perioperatief gegeven antibiotica verminderen de incidentie van infecties significant.

Snelle mobilisatie vanaf de eerste dag na de operatie is aangewezen. Als geen stabiele fixatie is verkregen, moet steunen op het been met de fractuur gelimiteerd worden; dit belemmert echter de rehabilitatie en moet zoveel mogelijk worden vermeden. Standaard is tegenwoordig ook dat de patiënten profylactisch anticoagulantia krijgen ter preventie van diepe veneuze trombose of longembolie.

De mortaliteit bij ouderen met een heupfractuur na één jaar bedraagt 14 tot 36 procent. Na het eerste jaar is er geen verhoogd mortaliteitsrisico meer. Ongeveer 50-65 procent van de patiënten wordt weer net zo ambulant als voor de fractuur, 10-15 procent kan niet meer buitenshuis lopen en 20 procent kan in het geheel niet meer lopen. De steeds kortere opnameduur in het ziekenhuis heeft in het algemeen een negatief effect gehad op patiënten met heupfracturen. Na een jaar verblijven meer patiënten in een verpleeghuis dan in de tijd waarin de ziekenhuisopname langer duurde. Of dit ook voor de Nederlandse situatie geldt, is overigens de vraag (GJ).

Zuckerman JD. Current concepts: hip fracture. Review article. N Engl J Med 1996; 334: 1519-25.

Germa Joppe

Oestrogenen

Oestrogenen hebben bij postmenopauzale vrouwen een verlagend effect op het risico op coronaire ziekten. Maar mogelijk wordt dit effect teniet gedaan door toevoeging van progestagenen.

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van gegevens van 60.000 vrouwen uit de Nurses' Health Study over de jaren 1976-1992. Ongeveer de helft van de vrouwen had nooit hormonen gebruikt, een kwart had ze in het verleden gebruikt, en een kwart gebruikte ze ten tijde van het onderzoek. Van deze laatste groep gebruikte driekwart alleen oestrogenen, een kwart ook progestagenen. Het relatief risico op een coronaire gebeurtenis was 0,60 voor de vrouwen die alleen oestrogenen gebruikten, vergeleken met degenen die nooit hormonen hadden gebruikt. Hierbij was gecorrigeerd voor andere cardiovasculaire risicofactoren. Voor vrouwen die ook progestagenen gebruikten, was het relatief risico 0,39; het verschil was niet significant. Voor het risico op een CVA in het algemeen was er geen relatie met het gebruik van oestrogenen, al dan niet samen met progestagenen. Wel was er een verhoging van het risico op een herseninfarct bij gebruikers van oestrogenen alleen (RR=1,63) en bij vrouwen die ook progestagenen gebruikten (RR=1,42). Hormoongebruik in het verleden gaf ook nog een iets verlaagd relatief risico van 0,85 op coronaire ziekten. De duur van het hormoongebruik was hier niet op van invloed. Ongeveer drie jaar na het stoppen met de hormonen bleek het beschermend effect op het optreden van coronaire ziekten af te nemen.

Grodstein FG, Stampfer MJ, Manson JE, et al. Postmenopausal estrogen and progestin use and the risk of cardiovascular disease. N Engl J Med 1996; 335: 453-61.

Germa Joppe

Visolie en morbus Crohn

Visolie heeft een anti-inflammatoire werking. In dit onderzoek, waarbij 78 patiënten met de ziekte van Crohn waren betrokken, werd nagegaan of recidieven kunnen worden voorkomen door toediening van visolie in 'enteric coated' capsules. In een recidievrije periode werd begonnen met de behandeling met visolie of een placebo. De patiënten werden na drie, zes en twaalf maanden onderzocht, en bovendien bij een tussentijds recidief. Wegens het optreden van diarree – een frequent voorkomend verschijnsel bij het gebruik van visolie – stopten vier patiënten uit de visoliegroep en één patiënt uit de placebogroep. Van de patiënten uit de visoliegroep kreeg 28 procent een recidief, vergeleken met 69 procent uit de placebogroep. Dit verschil was significant.

Belluzzi A, Brignola C, Campieri M, et al. Effect of an enteric-coated fish-oil preparation on relapses in Crohn's disease. N Engl J Med 1996; 334: 1557-60.

H.G. Frenkel-Tietz

Screening op cystische fibrose

Cystische fibrose is een ernstige aandoening met een hoge incidentie (1:2000). De ziekte overerft autosomaal recessief. Prenatale screening is mogelijk, maar de deelname aan screening is wisselend. In dit artikel worden twee manieren om de screening aan te pakken beschreven.

Bij de ene benaderingswijze wordt eerst de vrouw gescreend; alleen als zij draagster is, vindt ook een test bij de man plaats (stappen-test). Bij de andere aanpak worden beide partners tegelijkertijd aan een test onderworpen (dubbeltest); alleen als beiden drager zijn, wordt het paar geïnformeerd over het verhoogde risico op nageslacht met cystische fibrose (25 procent). Beide benaderingswijzen werden in de jaren 1990-1994 toegepast in twee klinieken in Edinburgh. Vanaf 1994 werd in beide klinieken de dubbeltest aangeboden als routineservice. Het deelnamepercentage bedroeg 80 procent.

Er was weinig verschil in deelname tussen de twee screeningsprogramma's. Twintig van de 22 paren waarbij beide partners drager wa-

ren, ondergingen prenatale diagnostiek. Bij acht zwangerschappen was de foetus aangedaan, waarna in alle gevallen werd besloten tot een abortus.

De dubbeltest is volgens de auteurs het meest economisch, doordat het aantal patiënten dat counseling behoeft, beperkt kan worden tot alleen die paren waarvan beide partners drager zijn. Zo zal het aantal te informeren patiënten gereduceerd kunnen worden van 4 tot 0,1 procent. Bijna alle paren waarvan beide partners drager waren, bleken bereid prenatale diagnostiek te ondergaan en zonodig de zwangerschap te beëindigen.

In het *editorial* wordt gewaarschuwd tegen het gebruik van de testresultaten van DNA-tests door de verzekeringsindustrie en een verdere afbrokkeling van het solidariteitsbeginsel in de gezondheidszorg. Zolang niet een structurele oplossing gevonden is, zal een hernieuwde ethische discussie bij elke nieuwe ontwikkelingen nodig zijn.

Brock DJH. Prenatal screening for cystic fibrosis: 5 years' experience reviewed. *Lancet* 1996; 347: 148-50.

Anonymous. Have you had a gene test? [Editorial]. *Lancet* 1996; 347: 133.

Joost den Otter

Trombolyse

Dankzij groots opgezette, goed gecontroleerde trials zijn de (contra-)indicaties van trombolytica bij behandeling van het acute myocardinfarct onomstreden. In dit onderzoek werd onderzocht waarom slechts een minderheid van de patiënten daadwerkelijk trombolytica ontving. Gedurende anderhalf jaar werd in elf Europese landen een onderzoekspopulatie geselecteerd uit ontslagen of overleden patiënten met de diagnose acuut myocardinfarct. Gekeken werd naar het aantal patiënten dat trombolytica had ontvangen, en naar het aantal dat geen contra-indicatie had, maar er desondanks niet mee was behandeld. Zoals verwacht, verschilde deze onderzoekspopulatie significant van de populaties van trials: de leeftijd was gemiddeld hoger, er waren meer vrouwen en er waren meer infarcten en diabetes mellitus in de voorgeschiedenis.

Er werden 4035 dossiers onderzocht. Een derde van de patiënten was behandeld met trombolytica, in de meeste gevallen streptokinase. In de niet-behandelde groep bevonden zich diegenen met contra-indicaties, diegenen bij wie de diagnose pas in een later stadium was gesteld, en degenen bij wie in feite de kans om

te behandelen gemist was. Deze groep, 20 procent van het totaal, bestond vooral uit ouderen en vrouwen.

Er blijkt nog veel onzekerheid bij klinici te bestaan over de wijze waarop uit trials verkregen resultaten moeten worden vertaald naar de uiteindelijke, veel grotere doelgroep. Leeftijd lijkt als een onafhankelijke factor te worden meegewogen in het medisch besliskundige proces. Waarom vrouwen ondervertegenwoordigd waren in de te behandelen groep, is onduidelijk; er is geen enkele aanwijzing dat trombolytische therapie bij hen minder effectief is.

European Secondary Prevention Study Group.

Translation of clinical trials into practice: a European population-based study of the use of thrombolysis for acute myocardial infarction. *Lancet* 1996; 347: 1203-7.

Jet van Leeuwen

Whiplash

In Litouwen, waar weinig automobilisten en passagiers een ongevalverzekering hebben en waar het whiplashletsel nog niet zo'n bekend medisch fenomeen is, werd het natuurlijk verloop van chronische posttraumatische symptomen onderzocht. In totaal 240 slachtoffers van een zogenaamde kop-staartbotsing werden één tot drie jaar na het ongeval onderzocht over nekpijn, hoofdpijn, subjectieve cognitieve dysfunctie, lage-rugpijn en psychische stoornissen. Een controlegroep kreeg dezelfde vragenlijsten voorgelegd; daarbij werden personen die bij een auto-ongeval betrokken waren geweest, uitgesloten. Er werd vooral gekeken naar (chronische) nekpijn en (chronische) hoofdpijn. De motivatie van het onderzoek werd pas na afloop bekend gemaakt, en daarbij werd ook gevraagd naar de toedracht van het ongeval, of de patiënt een autogordel had gedragen en of een hoofdsteun in de auto aanwezig was geweest.

Nek- en hoofdpijn werden in beide groepen in gelijke mate gemeld. Diegenen die klachten na het ongeval meldde, hadden daarvoor ook symptomen. Er werd geen enkel geval gevonden van blijvende invaliderende symptomen ten gevolge van het ongeval. Er was geen verband tussen de ernst van de botsing en de mate van pijn. Statistische bewerking wees een positieve familie-anamnese als belangrijkste risicofactor voor het krijgen van nekkachten aan. Ook ten aanzien van concentratie- en geheugenstoornissen bestond geen significant verschil tussen beide groepen.

Deze studie is uniek, aangezien de meeste

eerdere studies over het zogenaamde late whiplash-syndroom zijn uitgevoerd in landen waar het ziektegedrag veel meer beïnvloed wordt door financieel gewin en anticipatie op mogelijke invaliditeit. Op grond van de resultaten is er reden tot twijfel aan het bestaan van dit syndroom. Niet uitgesloten kan worden dat soms hardnekkige klachten wel door een trauma veroorzaakt zijn. Sporadisch worden afwijkingen met MRI aangetoond. De eerdere bevinding dat nekpijn, hoofdpijn en subjectieve cognitieve dysfunctie veel voorkomen in de bevolking, wordt nog eens bevestigd.

Schrader H, Obelieniene D, Bovim G, et al.

Natural evolution of late whiplash syndrome outside the medicolegal context. *Lancet* 1996; 347: 1207-12.

Jet van Leeuwen

AANKONDIGINGEN

Omtrent de huid

Cultuurhistorische verkenningen. Van Joost Th, Van Everdingen JJE. Amsterdam/Overveen: Boom/Belvédère, 1996; 300 bladzijden, prijs NLG 55,-. ISBN 90-5352-271-9.

Handboek kinderdermatologie

Oranje AP, De Waard-van der Spek FB, redactie. Utrecht: De Tijdstroom, 1996; 371 pagina's, prijs NLG 98,-. ISBN 90-352-1408-7.

Spontane regressie van kanker

Een onderzoek naar de aard en oorzaken van psychologische veranderingen in de pre-regressionele periode. Schilder JN. Amsterdam: Thesis, 1996; 274 bladzijden, prijs NLG 42,50. ISBN 90-5170-404-6.

Behandelingsstrategieën bij burnout

Hoogduin CAL, Schaap CPDR, Kladler AJ, Hoogduin WA, redactie. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1996; 99 bladzijden, prijs NLG 37,50. ISBN 90-313-2174-5.

Migranten en gezondheidszorg

Haveman HB, Uniken Venema P. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1996; 196 bladzijden, prijs NLG 59,-. ISBN 90-313-1853-1.

Slecht nieuws

Wagener DJTh. Utrecht: Bunge, 1996; 71 bladzijden, prijs NLG 39,50. ISBN 90-6348-269-8.

Het geneesmiddel

Buurma H, De Jong-van den Berg LTW, Leufkens HGM, redactie. Utrecht: Bunge, 1996; 282 bladzijden, prijs NLG 59,50. ISBN 90-6348-119-5.

Sekseverschillen

Op 21 december 1995 promoveerde de psychologe en arts Cécile Gijsbers van Wijk aan de Universiteit van Amsterdam cum laude tot doctor in de sociale wetenschappen op het proefschrift 'Sex differences in symptom perception'.¹ Promotor was prof.dr. W.T.A.M. Everaerd, hoogleraar klinische psychologie; de klinisch psychologe dr. A.M.M. Kolk was copromotor. De recensenten zijn huisarts en psychologe, verbonden aan respectievelijk de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Universiteit Maastricht en de vakgroep Vrouwenstudies van de Rijksuniversiteit Leiden.

'Women get sick and men die.' Deze veel geciteerde uitspraak geeft kort en bondig de belangrijkste conclusie weer van onderzoek naar sekseverschillen in gezondheid in de Westerse wereld. De gangbare interpretatie is dat er met vrouwen dus iets aan de hand is. Hoewel de hogere levensverwachting van vrouwen – in Nederland een verschil van maar liefst zes jaar – lijkt te wijzen op een betere gezondheidstoestand, rapporteren vrouwen in gezondheidsonderzoek meer lichamelijke klachten en hebben zij een hogere medische consumptie. Bij gezondheidswetenschappers heeft dit geleid tot het beeld van vrouwen als de 'ziekelijke sekse', bij huisartsen volgens *Gijsbers van Wijk* tot het beeld van vrouwen als de 'klagende sekse'.

Vraagstelling en methode

Gijsbers van Wijk ontrafelt deze hogere morbiditeit van vrouwen op een systematische en uitputtende wijze en tracht al doende beide stereotypen te ontzenuwen. Zij bestudeerde allereerst de uitgebreide literatuur over gezondheidsverschillen tussen de seksen en gaat na op welke gezondheidsvariabelen vrouwen en mannen van elkaar verschillen, en of dit een gevolg kan zijn van een 'seksebias' door conceptuele of methodologische problemen.

Vervolgens heeft zij twee grote onderzoeken verricht, waarin zij verschillende verklaringen voor het sekseverschil op hun merites heeft beoordeeld. Op basis van een secundaire analyse van gegevens uit de Continue Morbiditeits Registratie (CMR) van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut ging zij na wat de bijdrage is van verschillende categorieën gezondheidsproblemen (seksespecifieke aandoeningen, medisch onverklaarde lichamelijke klachten, preventieve/diagnostische redenen voor consult, traumata) aan het grotere aantal

diagnosen van vrouwen in de eerste lijn. De zelfde gegevens gebruikte zij om na te gaan in hoeverre de hogere morbiditeit van vrouwen samenhangt met sociale klasse en met al dan niet samenwonen met partner en/of kinderen.

Het tweede grote project was uit een empirisch onderzoek onder vrouwelijke en mannelijke huisartspatiënten in Huizen, bestaande uit een vragenlijstonderzoek gecombineerd met gezondheidsdagboekjes en studie van de medische gegevens. Eerst is met deze gegevens opnieuw onderzocht of sociale variabelen sekseverschillen kunnen verklaren, nu met meer gedifferentieerde meetinstrumenten (sociale positie, sociale rollen, tijdsbesteding). Centraal in dit onderzoek stond echter de vraag in hoeverre sekseverschillen in morbiditeit te verklaren zijn vanuit een cognitief-psychologisch perspectief. Uitgangspunt hierbij was dat lichamelijke klachten niet een direct gevolg zijn van (al dan niet stressgerelateerde) veranderingen in het lichaam, maar worden beïnvloed door de wijze waarop signalen worden verwerkt.

De relatie tussen lichamelijke signalen en uiteindelijk gedrag worden beschreven in een, op basis van cognitief-psychologische literatuur geconstrueerd 'symptoomperceptiemodel'. Of men lichamelijke signalen gewaar wordt, hangt volgens dit model af van de verhouding tussen interne (signalen vanuit het lichaam) en externe informatie; het 'competition of cues'-mechanisme. Het opmerken van deze interne signalen is verder afhankelijk van een eventuele individuele geneigdheid om de aandacht selectief op het lichaam te richten. Of deze gewaarwordingen vervolgens worden ervaren als lichamelijke symptomen, als psychische klachten, of als irrelevant, wordt bepaald door 'causale attributies', denkbeelden over de oorzaak van lichamelijke gewaarwordingen. De stabiele persoonskenmerken somatisatie en negatieve affectiviteit (respectievelijk de geneigdheid om lichamelijke klachten en negatieve stemming te ervaren en te rapporteren) ten slotte zouden via selectieve aandacht voor het lichaam en causale attributies invloed hebben op lichamelijke en psychische klachten. Deze afhankelijke variabelen werden gemeten met behulp van bestaande schalen. Zoals de ondertitel al aangeeft, vormt deze cognitief-psychologische invalshoek het zwaartepunt van het proefschrift.

De toets van het symptoomperceptiemodel zelf is verdeeld over twee hoofdstukken. Eerst is met (co)variantieanalyse onderzocht of (sekseverschillen in) lichamelijke klachten en ziektegedrag verklaard kunnen worden uit (sekseverschillen in) de overige variabelen uit de

dagboekjes: positieve stemming, negatieve stemming en externe informatie. Vervolgens is het gehele model, dus inclusief de variabelen die eenmalig bij het interview zijn gemeten, getoetst met een pad-analyse (een serie regressie-analyses, apart voor iedere afhankelijke variabele in het theoretisch model).

Resultaten

In alle door *Gijsbers van Wijk* bekeken gezondheidsonderzoeken kwamen vrouwen naar voren als het 'zieke geslacht', maar de sekseverschillen betroffen voornamelijk subjectieve gezondheid en lichte gezondheidsproblemen. Sekseverschillen waren afwezig of lagen zelfs andersom voor meer objectief gediagnosticeerde en ernstige gezondheidsproblemen. Seksebias bij de opzet van onderzoek verklaarde een deel van deze verschillen; typisch 'vrouwelijke' symptomen waren soms oververtegenwoordigd op klachtenlijsten, correctie voor seksespecifieke problemen was soms achterwege gelaten. Verder is ziektegedrag (zoals bedrust) niet alleen afhankelijk van de gezondheidstoestand, maar ook van de ruimte die sociale rollen daarvoor bieden, en lijken vrouwen een beter geheugen te hebben voor gezondheidsproblemen.

Ook in het CMR-onderzoek hadden vrouwen in elke leeftijdsgroep een grotere morbiditeit (aantal diagnoses) dan mannen. Seksespecifieke aandoeningen en preventieve/diagnostische consultredenen (vooral anticonceptie) verklaarden meer dan de helft van dit verschil. Sekseverschillen wat betreft medisch-somatische diagnoses namen een derde van dit verschil voor hun rekening. Slechts 18 procent van het morbiditeitsverschil werd veroorzaakt door 'symptomen zonder ziekte' (medisch onverklaarde lichamelijke klachten en nerveus-functionele klachten). Deze resultaten ondergraven de opvatting dat 'symptomen zonder ziekte' de voornaamste oorzaak zijn voor het meer frequente huisartsbezoek van vrouwen.

Deze sekseverschillen werden weliswaar kleiner na correctie voor het effect van sociale klasse, partner en ouderschap, maar verdwenen niet. Ook in het 'Huizen-onderzoek' bleek een zwak verband tussen de sociale variabelen en de gezondheidsindicatoren. Vooral de sociale rollen van werknemer en huisvrouw hingen respectievelijk positief en negatief samen met gezondheid. Na controle voor de sociale rollen en tijdsbesteding vielen de sekseverschillen in huisarts- en specialistenbezoek weg, maar het sekseverschil in de geneigdheid lichamelijke symptomen te rapporteren bleef bestaan. Dit resterend verschil dient volgens *Gijsbers van*

Wijk begrepen te worden vanuit het symptoom-perceptiemodel.

Gezien de bijzonder hoge verklaarde variatie in zowel lichamelijke klachten, negatieve stemmingen en ziektegedrag concludeert *Gijsbers van Wijk* dat het symptoomperceptiemodel de toets der kritiek kan doorstaan. De pad-analyse suggereert dat aandachtsfactoren en negatieve affectiviteit bijdragen tot een algemene geneigdheid klachten te rapporteren, wat vervolgens weer samenhangt met een hoog niveau van dagelijkse lichamelijke klachten en ziektegedrag. De verklaringskracht van dit model is grotendeels het effect van de zeer sterke relatie van somatisatie met lichamelijke klachten (en daarmee met ziektegedrag). Of *actuele* lichamelijke klachten (in het dagboekje) werden gerapporteerd, werd dus voor het overgrote deel bepaald door een *algemene geneigdheid* klachten te rapporteren.

Na statistische controle voor het effect van aandachts-, attributie- en persoonlijkheidsfactoren vielen de sekseverschillen in zowel de dagelijkse rapportage van klachten, als in de meer algemene geneigdheid tot klachtenrapportage weg. *Gijsbers van Wijk* concludeert dan ook dat het symptoomperceptiemodel succesvol is in het verklaren van sekseverschillen in morbiditeit.

Commentaar

Het proefschrift van *Gijsbers van Wijk* draait om een intrigerende tegenstelling tussen de hogere klachtenrapportage van vrouwen en hun desondanks langere gemiddelde levensduur. Het probleem wordt in het inleidende hoofdstuk aan de hand van een casus op een heldere en prikkelende manier uiteengezet. Dit daagt de psycholoog onder de recensenten uit tot verder lezen. Wellicht dat medici de vraagstelling minder interessant vinden, omdat zij allang een heel bevredigende verklaring hebben voor deze schijnbare tegenstelling, namelijk dat vrouwen zoveel ouder worden juist doordat zij zo goed nota nemen van lichamelijke symptomen en snel de heilzame diensten van de medische stand inroepen. Ook is het de vraag of gezondheidswetenschappers inderdaad, zoals *Gijsbers van Wijk* stelt, zo naïef zijn te veronderstellen dat een hogere mate van gerapporteerde gezondheidsproblemen een directe indicatie is van een slechte gezondheid, terwijl de gemiddelde huisarts inmiddels ook wel zal weten dat vage en nerveus-functionele klachten bij vrouwen en mannen een even groot deel van de totale morbiditeit uitmaken. Zo niet, hij of zij leze voor straf het gehele proefschrift.

Belangrijk is de constatering dat een groot deel van de sekseverschillen in morbiditeit heel logisch verklaard kunnen worden vanuit meetfouten, biologische verschillen (zwangerschap; ook blijken de vrouwelijke geslachtsorganen gevoeliger voor ziekten dan die van mannen) of in taakverdeling (sociale rollen, taakverdeling wat betreft anticonceptie). De constatering dat bij vrouwen vaker een tekort dan een teveel aan externe signalen de oorzaak is van klachten, is een hart onder de riem van de buitenshuis werkende vrouw en een herademing na alle sombere berichten over deze dubbel en naar men aanneemt dus overbelaste groep.

Gijsbers van Wijk heeft met dit proefschrift de verbinding tussen de psychologie en de geneeskunde verbreed en verdiept. Dat was hard nodig; de bezuinigingen in gezondheidszorg en onderzoek, de vergrijzing van de bevolking en het afgenomen geloof in de maakbaarheid van de samenleving van het laatste decennium hebben de geneeskunde ertoe gebracht zich een beetje terug te trekken op haar kernactiviteit, de somatische ziekte. En voor zover er aandacht was voor psychosociale aspecten, dan paste een psychiatrische (dus ziekte-) benaderingswijze beter bij de denk- en werkwijze van de geneeskunde dan een psychologische. Een patiënt met somatisch onverklaarde lichamelijke klachten wordt daarbinnen al snel gezien als een 'zeur', die of 'niets' heeft, of 'somatiseert'. Het is een interdisciplinair onderzoek geworden, waarin psychologische en geneeskundige aspecten in onderling verband worden belicht.

De onderzoeken zijn breed en gedurfd opgezet. De overvloedige stroom aan data, variabelen en de vele onderlinge verbanden die worden gepresenteerd, roepen bij de lezer een grote bewondering op, maar helaas wordt dit vooral in de laatste hoofdstukken vermengd met enige verwarring en uitputting. Daarmee zijn we aangekomen bij onze kritiekpunten op dit proefschrift. Deze betreffen vooral het laatste deel van het proefschrift, waarin het symptoomperceptiemodel wordt geïntroduceerd en getoetst.

Voor een deel wordt deze verwarring veroorzaakt doordat de gebruikte meetinstrumenten niet als bijlage in het boek zijn opgenomen. Het blijft voor de lezer gissen wat er zoal begrepen wordt onder 'negatieve stemming' en hoe bijvoorbeeld 'somatische attributie' gemeten wordt. Erger is dat het symptoomperceptiemodel niet consequent wordt gehanteerd. Het woord 'model' wordt in de sociale wetenschappen gemakkelijker gebruikt dan in de geneeskunde. Een theorie over variabelen en hun onderlinge samenhangen wordt al snel een model

genoemd. Maar het is wel nodig dat de gebruikte variabelen duidelijk van elkaar worden onderscheiden, consequent worden benoemd en niet van plaats wisselen. Het onderscheid tussen somatisatie en lichamelijke klachten is ons niet goed duidelijk. Deze concepten worden gemeten met dezelfde vragenlijst, maar een verschillende instructie aan de patiënt; bij somatisatie gaat het erom hoeveel last deze in het algemeen heeft, bij lichamelijke klachten wordt specifiek gevraagd naar de afgelopen dag. In de analyse gaat het echter niet om lichamelijke klachten op één dag, maar om het gemiddelde over de afgelopen 28 dagen. De sterke relatie tussen somatisatie en lichamelijke klachten in de pad-analyse krijgt daarmee iets tautologisch; natuurlijk hangt het gemiddeld klachtniveau in het verleden ('in het algemeen') samen met het gemiddeld klachtniveau over een maand.

Eenzelfde probleem speelt bij het onderscheid tussen negatieve affectiviteit en een negatieve stemming. Daarbij is niet duidelijk waarom de psychologische klachten uit het theoretisch model in het vervolg worden benoemd als 'negatieve stemming'. In het onderzoek is naar negatieve én naar positieve stemming gevraagd. Is (afwezigheid van) positieve stemming geen psychologische klacht? In het theoretisch model fungeren de psychologische klachten als afhankelijke variabele, naast lichamelijke klachten. Bij de pad-analyse wordt echter nauwelijks onderscheid gemaakt onafhankelijke variabelen en psychologische klachten. De hoge verklaarde variantie van de pad-analyse verklaart dan ook niet veel.

Een andere reden waarom het tweede deel van het proefschrift minder helder is dan het eerste, is dat de rode draad van het onderzoek, het sekseverschil in morbiditeit, gaandeweg steeds minder zichtbaar wordt. In het laatste deel van het proefschrift lijkt niet zozeer dit aanvankelijke probleem centraal te staan, als wel het symptoomperceptiemodel. Zo stelt *Gijsbers van Wijk* naar aanleiding van het model een zestal hypothesen op ten aanzien van de hogere morbiditeit van vrouwen, maar komt zij daar vervolgens nauwelijks meer op terug. Haar constatering dat cognitief-psychologische verschillen tussen vrouwen en mannen de verklaring bieden voor het resterende sekseverschil in morbiditeit, omdat bij controle voor deze variabelen er geen sprake meer is van een sekse-effect, is wat mager als sluitstuk van wat begonnen was als een gedegen speurtocht naar de bronnen van dit sekseverschil. De lezer die tracht zelf in het proefschrift te achterhalen op welke in het model genoemde variabelen vrouwen en mannen dan verschillen, met de hogere

morbiditeit tot gevolg, komt daar niet snel uit. *Gijsbers van Wijk* constateert immers dat van de onafhankelijke variabelen er alleen een seksverschil is wat betreft positieve stemming. Vervolgens blijkt deze positieve stemming nauwelijks van invloed op het ervaren van klachten. Het geheel wekt de indruk dat de verklaringskracht van het symptoomperceptie-model voor dit specifieke probleem toch enigszins is tegengevallen.

Tenslotte moeten enkele kanttekeningen worden geplaatst bij de statistische analyse. Het symptoomperceptie-model is getoetst met technieken die alleen bij redelijk normaal verdeelde variabelen gebruikt kunnen worden. De belangrijkste afhankelijke variabelen zijn echter scheef verdeeld. Hoe scheef, en of ervoor is gecorrigeerd, wordt niet vermeld. Bij de analyse is alleen gekeken naar lineaire verbanden, terwijl het model een U-vormig verband voorspelt voor externe informatie (meer klachten bij een gebrek aan externe informatie én bij een overmaat ervan). En de resultaten van de uiteindelijke pad-analyse lijken wat gemakkelijk voor waar te worden aangenomen. Zo te zien zouden alle gevonden relaties in werkelijkheid best 0,10 sterker of zwakker kunnen zijn. Bij de aparte analyses voor mannen en vrouwen is deze onzekerheid nog groter. Over verschillen tussen het gevonden model en het theoretische voorspelde, of tussen het model bij vrouwen en bij mannen, valt dus weinig te zeggen.

Wij zijn onder de indruk van de brede en diepgaande analyse van gezondheidsverschillen tussen vrouwen en mannen. Onze kritiek op de laatste hoofdstukken doet daar niet aan af. *Gijsbers van Wijk* zet niet alleen het psychologische gezichtspunt naast het medische, maar slaagt er ook in deze gezichtspunten te integreren. Het proefschrift is van belang voor de wetenschappelijke onderbouwing van de huisartsgeneeskunde. De huisarts practicus heeft er waarschijnlijk minder aan; veel van wat nu wetenschappelijk is vastgesteld, zal deze huisarts uit eigen ervaring weten of vermoeden.

We vonden het proefschrift wel erg moeilijk leesbaar.

Piet J. M. Portegijs
Wil J. Portegijs

1 Gijsbers van Wijk CMT. Sex differences in symptom perception. A cognitive-psychological approach to health differences between men and women [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1995.

Reactie

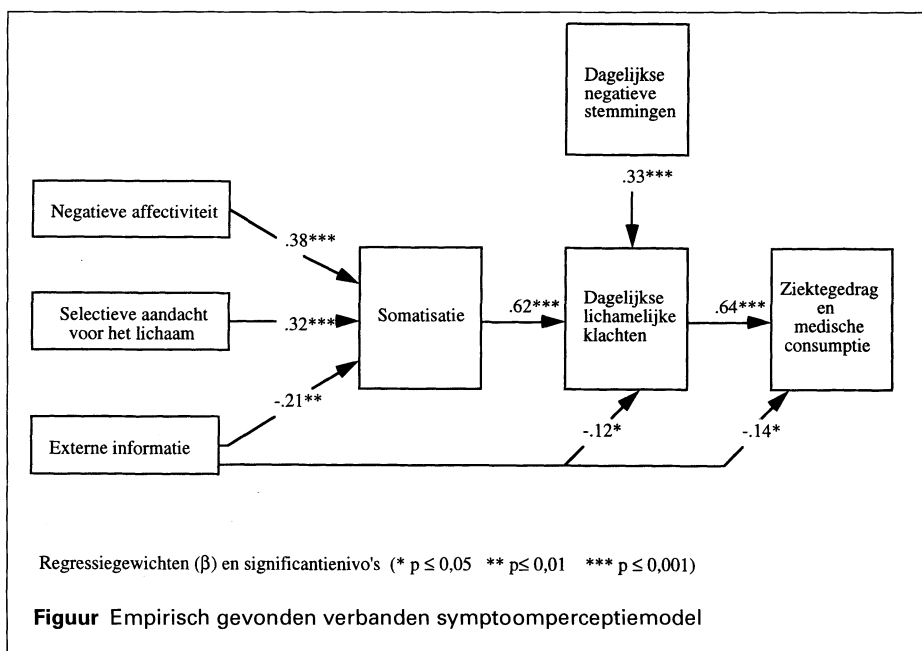
Naar mijn idee is het centrale punt van kritiek (dat ik overigens ook zelf heb aangegeven in de laatste hoofdstukken) dat de grote voorspellende waarde van somatisatie voor dagelijkse lichamelijke klachten riekt naar een tautologische verklaring. Het lijkt weinig interessant om de feitelijke, van dag tot dag optredende lichamelijke klachten in de dagboekjes te verklaren vanuit de algemene, persoonsgebonden geneigdheid om klachten te rapporteren (somatisatie). Erger nog, een dergelijk resultaat kan bijdragen aan een deterministische en stigmatiserende kijk op de hogere klachtenrapportage van vrouwen (vrouwen *zijn* nu eenmaal somatiseerders, en daarom klagen ze in gezondheidsonderzoek en bij de huisarts zo over hun lichamelijk ongemak). Ook voor ons als onderzoekers was dit, zeker gezien het gedifferentieerde model van symptoomperceptie dat wij hadden ontwikkeld, weinig bevredigend.

De recensenten hebben echter niet vermeld dat wij het hier niet bij hebben gelaten. Wij hebben vervolgens gekeken of de cognitief-psychologische variabelen uit het model een voorspellende waarde hadden voor *somatistie*. Inderdaad bleek dat de somatisatiescore goed te voorspellen was met behulp van drie variabelen uit het model: negatieve affectiviteit (de geneigdheid om negatieve stemmingen als boosheid, verdriet, angst te rapporteren), exter-

ne informatie (de hoeveelheid afwisseling, stimulatie of 'afleiding' die het dagelijks leven biedt) en selectieve aandacht voor het lichaam (het richten van de aandacht op normale lichamelijke gewaarwordingen zoals lichaamstemperatuur, energieniveau, hongergevoel). Het uiteindelijke model dat hiermee gevonden wordt, is weergegeven in de *figuur*.

Hoe meer negatieve affectiviteit en selectieve aandacht voor lichamelijke sensaties, en hoe minder externe informatie, des te meer men somatiseert. Hoe meer men somatiseert en negatieve stemmingen ervaart, en hoe minder externe informatie men ervaart in het dagelijks leven, des te meer lichamelijke klachten men van dag tot dag ervaart. Deze dagelijkse lichamelijke klachten tenslotte voorspellen, wederom samen met een gebrek aan externe informatie, of wordt overgegaan tot ziektegedrag en gebruik van medische voorzieningen. Dit eindresultaat geeft dus een iets gedifferentieerder kijk op het geheel dan Portegijs & Portegijs suggereren.

De recensenten hebben de indruk dat in het tweede deel van het proefschrift het symptoomperceptie-model centraal staat en niet het seksverschil. Dit is terecht in die zin dat het symptoomperceptie-model een algemeen model is, bedoeld om meer inzicht te krijgen in het ontstaan van lichamelijke klachten in psychologische zin, bij zowel mannen als vrouwen, 'zie-



ken' en 'gezonden', somatiseerders en dissimuleerders. Het model heeft echter relevantie voor de verklaring van sekseverschillen, aangezien mannen en vrouwen kunnen verschillen op de diverse variabelen. Dat dit inderdaad het geval is (vrouwen neigen meer tot negatieve affectiviteit en somatisatie, en richten hun aandacht meer op lichamelijke sensaties) staat op diverse plekken in het boek vermeld.

De 'proof of the pudding' is dat het sekseverschil in dagelijkse lichamelijke klachten én het (grotere) sekseverschil in somatisatie uiteindelijk verdwijnen, wanneer voor deze variabelen wordt gecontroleerd. Met andere woorden, wanneer niveaus van negatieve affectiviteit, selectieve aandacht voor het lichaam, en externe informatie voor mannen en vrouwen gelijk worden gehouden, verschillen zij niet langer in de mate waarin zij somatiseren of van dag tot dag klachten ervaren. Dit is belangrijk, omdat het de genoemde deterministische en stigmatiserende benadering van vrouwen-met-klachten ('vrouwen *zijn* nu eenmaal 'vage klachten types' en nerveus-functionele zeurpieten') doorbreekt.

Wat betreft het niet opnemen van de gebruikte meetinstrumenten kan ik slechts melden dat het hier om bestaande vragenlijsten gaat, die in de psychologische literatuur uitvoerig beschreven zijn. In de verslaglegging van medisch onderzoek naar bijvoorbeeld cervixcarcinoom of myocardinfarct wordt evenmin uitgebreid ingegaan op de diagnostische methoden van de colposcopie of het ECG, aangezien deze bekend verondersteld mogen worden. Wanneer een *nieuwe* diagnostische methode of instrument wordt gebruikt (in ons geval bij de meting van externe informatie) mag men wel verwachten dat deze wordt uitgelegd. De Externe Informatie Lijst (EIQ) is dan ook integraal weergegeven in hoofdstuk 7. Wel kan ik mij voorstellen dat dit het beoordelen van het onderzoek iets ingewikkelder maakt voor artsen, zoals veel psychologen in de handboeken zullen moeten duiken om medische artikelen te kunnen lezen.

Wat de huisarts practicus betreft is de centrale boodschap van het onderzoek dat aan de presentatie van lichamelijke klachten in de spreekkamer een proces van ontdekking, herkenning en interpretatie van symptomen voorafgaat. Dat vrouwen vaker of meer symptomen presenteren, behoeft geen indicatie te zijn van hun slechtere fysieke gezondheid of hun fragiele psychische constitutie. Men kan dit sekseverschil ook opvatten als het resultaat van de seksegebonden wijze waarop mannen en vrouwen signalen uit hun lichaam opmerken en

ermee omgaan. Hoewel vaak gesproken wordt over de 'overmorbidity van vrouwen', kan het sekseverschil in de presentatie van lichamelijke klachten dus net zo goed veroorzaakt worden door een *onderrapportage* van de kant van mannen als door een *overrapportage* van de kant van vrouwen.

Lichamelijke klachten kunnen wel degelijk een signaalfunctie hebben wat betreft lichamelijk of geestelijk lijden. Met name de huisarts dient echter te waken voor zowel onnodige psychologisering als onnodige somatisering van klachten. Psychologisering van klachten waarvoor geen afdoende medische verklaring gevonden wordt, kan uitmonden in de labeling van vrouwen als neurotisch. Somatisering kan leiden tot overbodige en kostbare somatische diagnostiek of behandeling, met kans op iatrogene schade. Het is dan ook niet zo dat wij van mening zijn dat vrouwen ouder worden, 'omdat zij zo goed nota nemen van lichamelijke symptomen en snel de heilzame diensten van de medische stand inroepen'. In sommige gevallen kan dit vroege diagnostiek en adequate behandeling inderdaad bevorderen. Maar men kan ook veronderstellen dat vrouwen door beter op hun symptomen te letten, hun gedrag meer afstemmen op de behoeften van hun lichaam, terwijl mannen doorrennen tot zij geveld worden door hun eerste myocardinfarct.

Het heeft mij tenslotte erg verheugd dat de recensenten opmerken dat het proefschrift de verbinding tussen psychologie en de geneeskunde heeft verbreed en verdiept, aangezien dit exact hetgeen is dat ons altijd voor ogen heeft gestaan. Ik zou daar overigens het gebied van de vrouwenstudies als goede derde aan toe willen voegen. Blijkbaar is het proefschrift er in ieder geval in geslaagd de huisartsgeneeskunde en vrouwenstudies, in de personen van broer en zus Portegijs, nader tot elkaar te brengen.

Cécile Gijsbers van Wijk

Mededelingen voor de Agenda in nummer 6 (eind mei) moeten op uiterlijk 16 april in het bezit zijn van het redactiesecretariaat.

Ethics and palliative care (*Nijmegen, 3-5 april*).

Functional status evaluation (*San Feliu de Guixols, Spanje, 5-10 april*).

Wat doen we met het hyperventilatiesyndroom? (*Arnhem, 12 april*).

De toegevoegde waarde van extramuraal geneeskundig onderzoek (*Amsterdam, 18 april*).

Study design in epidemiologic research (*Renkum, 21-25 april*).

Terminal care, continuing care and home care for general practice (*London, 8-11 mei*).

The physician role in transition: is Hippocrates sick? (*Oslo, 13-15 mei*).

Meeting the needs of the infected and affected (*Amsterdam, 21-24 mei*).

Prevention and health promotion in primary care (*Května, Tsjechië, 30 juni – 4 juli*).

Realizing a gender-sensitive health care (*Amsterdam, 25-27 juni*).

Family medicine: diversity and harmony in the evolving era (*Seoul, 30 augustus – 3 september*).

Research in health care – philosophical, ethical and historical aspects (*Padua, 21-23 augustus*).

International summer school on quality improvement in general practice (*Maastricht, 31 augustus – 5 september*).

■ **Referatendag Vlaamse Huisartsenresearch** (27 september). Inlichtingen: Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen, St.-Hubertusstraat 58, B-2600 Berchem; tel. (0032-3) 2811616; fax (0032-3) 2185184.

■ **2nd International conference on the scientific basis of health services** (*Amsterdam, 5-8 oktober*).

Using the evidence (*Amsterdam, 8-12 oktober*).

Communication in health care (10-12 juni 1998). Inlichtingen: dr. P.F.M. Verhaak, Nivel, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht; tel. (030) 231.9946, fax (030) 231.9290; e-mail p.verhaak@nivel.nl.

15th Wonca world conference on family medicine (*Dublin, 13-18 juni 1998*).

Inlichtingen: The Irish College of General Practitioners, Corrigan House, Ferrian Street, Dublin 2, Ireland; tel. (00353) 1676.3705; fax (00353) 1676.5850.

■ betekent: eerste vermelding.

Zie voor nadere informatie de agenda in het februarinummer.