

## SWAUDGP 1997

De Zuid-Engelse huisartsinstituten, verenigd in de South West Association of University Departments of General Practice, hielden hun jaarlijkse conferentie op 31 januari en 1 februari 1997 in Birmingham. Een overzichtelijk aantal deelnemers (dit jaar ongeveer 120) en een programma dat anderhalve dag beslaat (een hele vrijdag en een zaterdagochtend) zorgen stevast voor een informeel karakter met veel mogelijkheden voor kennismaking en discussie.

De overeenkomsten tussen de Engelse en de Nederlandse huisartsenzorg zijn talrijker dan de verschillen, hetgeen ook tot uiting komt in de regelmaat waarmee Nederlandse artikelen worden gepubliceerd in the *British Journal of General Practice*.

De enige plenaire lezing werd gehouden door prof. Lilford, regionale directeur Research and Development van de National Health Service (NHS). Hij ging in op de recente regelgeving voor het subsidiëren van onderzoek in de gezondheidszorg vanuit de NHS. Omdat dit de belangrijkste subsidiebron voor onderzoek van de Engelse huisartsinstituten is, waren er veel vragen naar aanleiding van deze lezing.

De vele parallelsessies bestreken de volle breedte van de huisartsgeneeskunde. Medisch inhoudelijke thema's waren menopauze, diabetes mellitus, hartfalen, uitstrijkjes, anticonceptie, antenatale zorg, *Helicobacter*, kelen en neuzen, voorschrijven, dementie en roken. Voorts was er aandacht voor onderwijs, belangstelling voor onderzoek onder huisartsen, het lezen van medische tijdschriften en het uitvoeren van systematische literatuurreviews.

Bij de vijftig voordrachten wisselden rijp en groen elkaar af. Om de lezer een indruk te geven, wordt hier volstaan met enkele voorbeelden.

*Gould* (Southampton) presenteerde de resultaten van een open trial naar therapie bij keelpijn. Patiënten werden gerandomiseerd over drie condities: geen antibiotica, meteen antibiotica en afwachten en eventueel later antibiotica. De zeer interessante resultaten verschijnen binnenkort in de *British Medical Journal*.

*Lawrence* (Oxford) beschreef een pilot-studie ter voorbereiding van een grootschalige trial naar het effect van oestrogensubstitutie-therapie (HRT) op hart- en vaatziekten. Met behulp van de VAMP-database (huisartsgegevens van 4 miljoen patiënten gedurende vier jaar) werden de gebruikspatronen nagegaan van vrouwen die deze medicijnen langdurig gebruiken (inmiddels 15 procent van de vrouwen van 45-64 jaar). Van de vrouwen die een dergelijk middel een jaar hadden gebruikt, ge-

bruikte 90 procent het drie jaar later nog. Opvallend was dat 34 procent van de lange-termijngebruikers van middel veranderde, soms meer dan eens.

*Hawthorne* (Cardiff) onderzocht het effect van een voorlichtingsprogramma gericht op vrouwen van Pakistaanse afkomst met diabetes mellitus type II. Diabetes komt bij deze groep ongeveer vier maal zo veel voor als bij allochtonen Engelsen, en de ziekte dient zich gemiddeld 10 jaar eerder aan. De Pakistaanse groep is slecht op de hoogte van dieetmaatregelen en complicaties. Onderzocht werd het effect van voorlichting door een vrouw uit dezelfde etnische groep in een gerandomiseerde opzet. De controlegroep kreeg normale zorg. Een halfjaar na de voorlichting bleken de kennis van complicaties en dieetadviezen, alsmede het regelmatig laten nakijken van de urine sterk verbeterd. Attitudes bleken moeilijker te veranderen. De daling van het HbA1c (0,34 procent ten opzichte van de controlegroep) was net niet significant.

In een workshop onder leiding van *Maggs Allport* en *Jones Elwyn* (Cardiff) werd de waarde van de verwijfsbrief voor het vaststellen van de adequaatheid van de verwijzing ter discussie gesteld. Duidelijk werd dat verwijfsbrief voor dit doel alléén zelden toereikend is, in de eerste plaats omdat gedetailleerde informatie over de reden van verwijzing vaak ontbreekt.

De vergelijkbaarheid van de huisartsgeneeskunde aan weerszijde van de Noordzee, de plezierige sfeer en de variatie aan onderwerpen maken de SWAUDGP conferentie ook voor Nederlandse onderzoekers een aanbevelenswaardige reason for encounter. De 'call for abstracts' voor 1998 (organiserend instituut Plymouth) zal waarschijnlijk begin december worden verspreid.

Hans van der Wouden  
Instituut Huisartsgeneeskunde  
Erasmus Universiteit Rotterdam

## NOTA BENE

De eliminatie van enkele onderdelen uit de dagelijkse voeding leidt tot een duidelijke afname van spanningshoofdpijn.

Stelling bij: Lugard EK. De effecten van een eliminerend dieet op spanningshoofdpijn en migraine. Een gerandomiseerd onderzoek [dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1997.

## Obductie

Het artikel van *Oppewal & Schoots* over nut en noodzaak van obductie in de eerste lijn<sup>1</sup> heeft enige aanvulling. Als lid en later voorzitter van de Ziekenfonds Tarieven Commissie (ZTC) van de LHV in de jaren 1969-1977 en als vertegenwoordiger van de LHV in de Ziekenfondsraad (1973-1992) heb ik de discussies over dit onderwerp van nabij meegemaakt.

In het verleden had de huisarts geen rechtstreekse toegang tot ondersteunend specialistisch onderzoek, zoals laboratorium-, röntgen- en pathologisch-anatomisch onderzoek. Wilde een huisarts bijvoorbeeld bij verdenking op een fractuur een foto laten maken, dan moest hij altijd naar de chirurg verwijzen, een situatie die nu ondenkbaar is. In 1973 werd met de ziekenfondsen overeenstemming bereikt over de mogelijkheid van cervixcytologie door de huisarts, zij het op duidelijk medische indicatie.<sup>2</sup> Door deze overeenkomst kreeg de huisarts rechtstreeks toegang tot de patholoog-anatoom en, zoals mag worden verwacht van een beroepsvereniging die niet alleen de financiële maar ook de functionele belangen van de huisarts wil behartigen, lag het vervolg voor ons voor de hand. Kort na het bereiken van de overeenkomst over de cervixcytologie dienden wij bij de ziekenfondsen een onderhandelingsvoorstel in met twee elementen:

- de mogelijkheid van PA-onderzoek van zogenaamde kleine vormsels die de huisarts in het kader van kleine chirurgie verwijderde;
- de mogelijkheid van obductie in de eerste lijn.

Het eerste werd gerealiseerd in 1978.<sup>3</sup> Dat het nog zo lang duurde, had te maken met gesprekken over een duidelijke afgrenzing, zodat niet voor elk atheroom of verruca PA-onderzoek aangevraagd zou worden. Over de obducties is lang gepraat. Over de indicaties (en ik denk dat die nog als uitgangspunt genomen kunnen worden) en de kosten van de obducties op zichzelf werden we het wel eens. De zaak werd echter blijvend geblokkeerd door de kosten van het vervoer van de overledene naar en van de PA-afdeling. Hoe juist de uitgangspunten in het voorstel van *Oppewal & Schoots* ook mogen zijn, het komt mij voor dat ook nu nog de kosten van dit vervoer het grote probleem zullen zijn.

W. Derksen,  
huisarts te Driebergen

1 Oppewal F, Schoots CJF. Nut en noodzaak van obductie in de eerste lijn. *Huisarts Wet* 1997; 40(1): 18-20.

- 2 Jaarverslag Ziekenfondsraad 1973. p. 33.  
3 Jaarverslag Ziekenfondsraad 1978. p. 25.

## Naschrift

Dat de huisarts tegenwoordig toegang heeft tot verschillende ondersteunende specialismen, geldt als een vanzelfsprekendheid. *Derksen* wijst er terecht op, dat deze vanzelfsprekendheid niet altijd heeft gegolden. De obductie-aanvraag vanuit de eerste lijn behoort helaas niet tot de vanzelfsprekendheden. Hoewel ook de Ziekenfondsraad de indicaties daartoe onderschreef en de kosten voor de obductie zelf voor vergoeding in aanmerking wilde laten komen, is de vergoeding er niet gekomen. *Derksen* merkt vervolgens op, dat 'de zaak (...) echter blijvend (werd) geblokkeerd door de kosten van het vervoer van de overledene naar en van de PA-afdeling.' Hij maakt daarbij helaas niet duidelijk door wie dit werd geblokkeerd, en waarom dit vervoer niet vergoed zou kunnen worden. Waarom het vervoer per ziekenauto naar de ene specialist wél en het vervoer per lijkwagen naar de andere specialist niet vergoed kan worden, ontgaat ons. Het (mogelijke) argument dat een overledene niet meer als verzekerde geldt, gaat immers bij obductie van een in het ziekenhuis overleden verzekerde ook niet op. Het is jammer dat twintig jaar geleden deze discussie niet tot een bevredigende oplossing is gebracht. De behoefte aan obductie bestond destijds en bestaat nog steeds. Zolang de vergoeding hiervoor niet geregeld is, zal de discussie blijven bestaan.

F. Oppewal  
C.J.F. Schoots

## Lage-rugpijn

Wij menen enige opmerkingen te moeten maken bij het artikel van *Chavannes et al.*<sup>1</sup>

- Allereerst spreken de schrijvers in de titel over 'oefenen', waarbij het gevaar bestaat dat dit gelezen wordt als synoniem voor oefentherapie. Wij denken dat het aangeboden oefenprogramma op zijn minst onvolledig en bepaald niet specifiek te noemen is. Dit staat in schril contrast met de medische trainingstherapie, die wordt gebruikt in de orthopedische manuele therapie.
- 'Rugsparend gedrag' zou angst voor normaal gebruik van de rug kunnen bevestigen. Recente onderzoeken laten zien dat angst een zeer belangrijke factor is bij recidiveren van

lage-rugpijn.<sup>2,3</sup> In de medische trainingstherapie ligt dan ook een grote nadruk op het herstellen van het vertrouwen in de eigen rug tijdens normale fysiologische bewegingen.

- De in- en uitsluitcriteria die *Chavannes et al.* hebben gebruikt, leveren naar onze mening een te heterogene groep patiënten op. Hierdoor hebben de gemeten therapie-effecten weinig representatieve waarde ten aanzien van patiënten met lage-rugpijn. Door gebruik te maken van de diagnostische deskundigheid van bijvoorbeeld een orthopedisch manueeltherapeut kan een specifiekere groep worden samengesteld. De orthopedisch manueeltherapeut kan met behulp van zijn onderzoek komen tot een goed gelokaliseerde en structuurbepalende diagnostiek. Zo dient bij een segmentale lumbosacrale instabiliteit met bewegingsbeperkingen in de omliggende bewegingsstructuren een ander behandelplan te worden gemaakt dan bij eenzelfde instabiliteit zonder beperkingen. Indien nodig wordt de therapie ondersteund door therapeutische interventies van andere disciplines.

- In de medische trainingstherapie hebben wij de ervaring dat functioneel herstel optreedt, waardoor arbeidsverzuim vermindert. Een belangrijk verschil tussen het oefenprogramma volgens de Rugschool en de medische trainingstherapie is het individuele karakter van het oefenprogramma in de medische trainingstherapie. Daarnaast worden binnen de medische trainingstherapie de rugklachten behandeld als een geïntegreerd gebied binnen het gehele bewegingsapparaat. In een pilot-studie binnen het Medisch Training Centrum Delft bij patiënten met lage-rugklachten zijn de resultaten veelbelovend.<sup>4</sup> Hierbij werd voor de effectmeting gebruik gemaakt van een vragenlijst en een rugfunctie meting in de B-200 Isostation.<sup>5</sup>

A.G. Hoen,  
Nederlandse Associatie Orthopedische  
Manuele Therapie  
Postbus 75164, 1070 AD Amsterdam

- 1 Chavannes AW, Van Eijk JThM, Faas A, Gubbels JW. Voorkomen oefenen en rugsparend gedrag het recidiveren van lage-rugpijn? *Huisarts Wet* 1996; 39: 554-9.
- 2 Vlaeyen JWS, Kolo-Snijders AMJ, Boeren RGB, Van Eek H. Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain* 1995; 62: 363-72.
- 3 Vlaeyen JWS, Kolo-Snijders AMJ, Rotteveel AM, et al. *J Occup Rehab* 1995; 5: 235-51.
- 4 De Visser A. Medische trainingstherapie [eindscriptie]. Den Haag: Hoge School van Amsterdam, 1996.

- 5 Deutsch MD. OOC back evaluation system. Pawtucket, Rhode Island: Isotechnologies, 1989.

## Naschrift

Lage-rugpijn blijft een lastig onderwerp: behandelen is één ding, maar lage-rugpijn onderzoeken is een heel andere zaak. De methodologische problemen zijn legio en worden vaak niet genoeg ondervangen.<sup>1</sup> Wij hebben in ons onderzoek een poging gedaan. De onderzoeksopzet maakt het mogelijk te generaliseren naar een grotere groep van vergelijkbare patiënten, maar vereist standaardisatie van alle procedures, onder andere van de interventie. De gekozen interventie beruiste op literatuurgegevens. Nadat de patiënt is ingesloten, kan men in een dergelijk onderzoek niet meer een speciale, geheel individuele behandeling kiezen. De conclusie betreft de doorsnee ingesloten patiënt, die op deze (nauwkeurig omschreven) manier is behandeld. Zo werkt een trial. Men kan niet een of andere individuele behandeling direct vergelijken met de gestandaardiseerde interventie uit de trial.

Ik ben het verder geheel eens met vele opmerkingen uit de reactie, zoals dat angst een belangrijke factor kan zijn bij rugpijn, dat de rugklacht gezien moet worden binnen het hele bewegingsapparaat (en de hele persoon) en bovenal dat iedere behandeling moet worden toegesneden op de individuele persoon. Aan de behandelend fysiotherapeuten, deelnemers aan het onderzoek, werd gevraagd binnen het kader van de standaardbehandeling ook rekening te houden met individuele behoeften en omstandigheden van de patiënt. Ik ben het dus niet eens met de opmerking dat de gemeten effecten niet representatief zouden zijn voor patiënten met specifieke lage-rugpijn, zoals die zich aan de huisarts presenteren.

Het 'oefenen' uit de titel verwijst overigens naar het feit dat de patiënten was gevraagd door te gaan met oefenen en het toepassen van de adviezen gedurende het follow-upjaar. De interventie bestond uit oefenen, dat op een omschreven manier werd aangeleerd.

Volgens een recent overzichtsartikel is de effectiviteit van manipulatie voor patiënten met acute of chronische lage-rugpijn nog niet bewezen in goede clinical trials.<sup>2</sup> Er zijn echter aanwijzingen dat manipulatie misschien wel effectief is in sommige subgroepen; welke is nog niet duidelijk. De methodologische kwaliteit van onderzoek op dit gebied blijkt vaak zwak. Ik ben dan ook benieuwd naar publicaties van

goed vergelijkend onderzoek van de kant van de Nederlandse manuele therapeuten.

A.W. Chavannes, huisarts

- 1 Koes BW, Bouter LM, Beckerman H, et al. Physiotherapy exercises and back pain: a blinded review. *BMJ* 1991; 302: 1572-6.
- 2 Koes BW, Assendelft WJJ, Van der Heyden GJMG, Bouter LM. Spinal manipulation for low back pain. An updated systematic review of randomized clinical trials. *Spine* 1996; 21: 2860-73.

## GRIJS

### Scripties Groningen

#### Intimiteit na een CVA

Literatuurstudie. Van Beek EA; 34 pagina's, prijs NLG 7,50.

#### Hart voor Urker vissers

Een onderzoek naar de risicofactoren voor hart- en vaatziekten en de ervaren gezondheidstoestand van Urker vissers. De Haan JA, Lutisan JG; 88 pagina's, prijs NLG 12,50.

#### Het gebruik van inhalatiocorticosteroiden bij milde astmapatiënten

Het effect van Pulmicort bij astmapatiënten één jaar na instelling volgens de NHG-standaard. Merks S, Scheer M; 35 pagina's, prijs NLG 7,50.

#### Communicatieproblemen bij patiënten met een mamma carcinoom

Correspondentie en dossiers belicht. Geijssen ED; 44 pagina's, prijs NLG 10,-.

#### Op zoek naar kenmerken van patiënten die antidepressiva krijgen wegens chronische pijn

Smits AJ; 46 pagina's, prijs NLG 10,-.

#### Probleemlijsten

Analyse van een algoritme. Van der Zee NJ; 70 pagina's, prijs NLG 10,-.

#### Ouderen, zorgwensen en behoeften in de thuiszorgsituatie

Literatuurstudie. Eijkelkamp MEAP; 22 pagina's, prijs NLG 7,50.

#### De rol van de huisarts in de thuiszorg

Onderzoeksverslag. Borsboom R; 30 pagina's, prijs NLG 7,50.

#### De wensen en behoeften van de oudere patiënten aanzien van de rol van de huisarts in de thuiszorg

Veenstra DM; 30 pagina's, prijs NLG 7,50.

#### Te bestellen

Deze scripties zijn te bestellen door het vermelde bedrag over te maken op postbankrekening 3958870 van Stichting Bevordering Huisartsgeneeskunde, Antonius Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen, onder vermelding van de naam van de eerste auteur.

### Trombolysse

Gezien het succes van trombolysse bij een acuut myocardinfarct is onderzocht of trombolysse ook zinvol kan zijn bij mensen met een herseninfarct. Mensen met een CVA ten gevolge van ischemie van de arteria cerebri media kregen binnen zes uur na het begin van de symptomen dubbelblind streptokinase of een placebo. Het primaire doel was het vaststellen van mortaliteit en ernstige invaliditeit zes maanden na het ontstaan van het CVA.

Toen 310 van de 600 mensen die men nodig dacht te hebben, waren ingesloten, werd het onderzoek voortijdig stopgezet, omdat te veel mensen ten gevolge van een intracerebrale bloeding overleden, met name in de eerste twee weken na het CVA. Uit de gegevens over die ruim 300 mensen bleek dat de mortaliteit en invaliditeit samen na zes maanden in de streptokinasegroep gelijk was als in de placebogroep (80 procent). In de streptokinasegroep kregen echter meer mensen een symptomatische hersenbloeding (21 versus 3 procent); hierdoor overleden 26 mensen uit de streptokinasegroep en 2 uit de placebogroep. In de streptokinasegroep was er wel een trend naar iets minder ernstige invaliditeit na zes maanden.

The Multicenter Acute Stroke Trial Europe study group. Thrombolytic therapy with streptokinase in acute ischemic stroke. *N Engl J Med* 1996; 335: 145-50.

Germa Joppe

### Urineweginfecties

In twee populaties jonge vrouwen werd gekeken naar de incidentie van urineweginfecties en naar risicofactoren die de kans op een urineweginfectie verhogen.

Aan een groep van 348 studentes en 448 vrouwen uit de open populatie – allen gezond en net beginnend met een nieuwe vorm van anticonceptie – werd gevraagd gedurende zes maanden een dagboekje bij te houden. Hierin moest per dag vermeld worden of een coïtus had plaatsgevonden, welk anticonceptivum werd gebruikt, of binnen een uur na de coïtus werd geplast, en of er vaginale of urinewegsymptomen waren.

De incidentie van urineweginfecties was 0,7 per vrouw per jaar bij de studentes en 0,5 in de gewone populatie. De risicofactoren die hierop van invloed waren, bleken in beide groepen ongeveer gelijk. Recent gebruik van een pessarium en een spermicide, recente coïtus en een voorgeschiedenis met recidiverende urineweg-

infecties bleken de kans op een urineweginfectie te verhogen. Het relatieve risico liep op tot ongeveer 5 bij vijf maal gebruik van een pessarium met een spermicide in de afgelopen week, tot ongeveer 4 bij vijf maal coïtus in de afgelopen week, en was voor studentes ruim 5 en voor de andere vrouwen ruim 2 bij een voorgeschiedenis met recidiverende urineweginfecties. Andere potentiële risicofactoren bleken niet van invloed. Hieronder waren het gebruik van een cervical cap (een bepaalde vorm van een pessarium), tijdstip van plassen na de coïtus, ras, aantal kinderen en het al dan niet hebben van een nieuwe partner.

In het *editorial* wordt erop gewezen dat de getallen uit deze studie impliceren dat tweederde van de gevallen met urineweginfecties in deze populaties veroorzaakt worden door geslachtsgemeenschap. Bij oudere vrouwen is bevestigd dat het gebruik van 300 ml veenbessensap per dag de incidentie van bacteriurie en pyurie doet afnemen. Antimicrobiële profylaxe na de coïtus werkt wel, maar gezien het gevaar van het ontstaan van resistentie is dit af te raden.

Hooton TM, Scholes D, Hughes JP, et al. A prospective study of risk factors for symptomatic urinary tract infection in young women. *N Engl J Med* 1996; 335: 468-74.

Ronald A. Sex and urinary tract infection [editorial]. *N Engl J Med* 1996; 335: 511-2.

Germa Joppe

### Vogels

In (onder andere Nederlands onderzoek) is een mogelijk direct verband gevonden tussen het bezit van huisvogels en het ontstaan van longkanker. In twee grote onderzoeken is deze relatie opnieuw aan de orde gesteld.

Het eerste onderzoek is uitgevoerd in Missouri, VS, onder 731 vrouwen met een primair longcarcinoom en een gematchte controlegroep. De gegevens werden verzameld door middel van een telefonische enquête. Er bleek geen relatie te bestaan tussen longkanker en het houden van vogels. Deze resultaten bleken niet afhankelijk van de soort of het aantal vogels, de plaats van de dieren in huis en het aantal jaren dat men de vogels bezat.

Het tweede studie is uitgevoerd in een drietal centra in Zweden. Een groep van 380 mannen en vrouwen met een nieuw ontdekt primair longcarcinoom werd vergeleken met 696 controlepersonen. Ook in dit onderzoek kon geen relatie worden aangetoond tussen het bezit van vogels en het ontstaan van longkanker.

In een *editorial* wordt ingegaan op de vraag hoe deze uitkomsten zijn te rijmen met de resultaten van eerder onderzoek. Het is mogelijk dat in eerder onderzoek versturende variabelen, zoals sociaal-economische status of rookgedrag, een rol hebben gespeeld. Een tweede mogelijkheid is dat het houden van duiven – populair in landen als Schotland en Nederland, waar de eerdere onderzoeken zijn uitgevoerd – wel degelijk een risico vormt. De belangrijkste conclusie is echter dat roken de risicofactor is voor het ontwikkelen van een longcarcinoom, en dat er geen redenen zijn om patiënten de vreugde van het parkietje of het kanariepietje te ontnemen.

Alavanja M, Brownson R, Berger E, et al. Avian exposure and risk of lung cancer in women in Missouri: population based case-control study. *BMJ* 1996; 313: 1233-5.

Modigh C, Axelsson G, Alavanja M, et al. Pet birds and risk of lung cancer in Sweden: a case-control study. *BMJ* 1996; 313: 1236-8.  
Pet birds and lung cancer [editorial]. *BMJ* 1996; 313: 1218-9.

Sjoerd Hobma

### Sterfte aan coronaire hartziekten

De laatste vijf jaar is de sterfte aan coronaire hartziekten met 25 procent gedaald, zonder dat duidelijk is welke factoren hiervoor verantwoordelijk waren. Dit onderzoek werd uitgevoerd in een cohort van 1,3 miljoen mensen van 30-74 jaar. Alle personen die in 1985 en 1990 met een myocardinfarct in een ziekenhuis waren verpleegd, en alle patiënten die - in of buiten het ziekenhuis - overleden waren voordat zij konden worden behandeld, werden ingesloten. Om de risicofactoren in de totale populatie vast te stellen, werden bovendien 400 representatieve personen in 1985-87 en 1990-92 onderworpen aan een onderzoek, waarbij bloeddruk, cholesterol en thiocyanaatgehalte van het bloed (index voor het roken) werden gemeten en de Quetelet-index werd bepaald. De helft van hen vulde bovendien een vragenlijst betreffende eetgewoonten en lichaamsbeweging in.

De daling aan sterfte door een myocardinfarct was onder mannen groter dan onder vrouwen. De daling van deze sterfte bedroeg in het ziekenhuis 41 procent; de daling van de sterfte onder mensen die aan een myocardinfarct overleden voordat ze in het ziekenhuis konden worden behandeld, was 17 procent. Deze laatste daling weerspiegelt vooral de verlaagde morbiditeit van coronaire hartziekten ten gevolge van een veranderde levensstijl, terwijl de grotere

vermindering van de sterfte in het ziekenhuis waarschijnlijk werd veroorzaakt door de verbeterde therapeutische mogelijkheden.

Mc Govern PG, Pankow JS, Shahar E, et al. Recent trends in acute coronary heart disease-mortality, morbidity, medical care and risk factors. *N Engl J Med* 1996; 334: 884-90.

H.G. Frenkel-Tietz

### Botdichtheid en depressie

In dit onderzoek werd nagegaan of er een verband bestaat tussen botdichtheid en depressie bij vrouwen. Een groep van 24 vrouwen van 42-57 jaar met een ernstige – actuele of recente – depressie werd vergeleken met een even grote controlegroep van psychisch normale vrouwen. In beide groepen waren twee vrouwen sinds twee jaar in de menopauze. Ingesloten werden alleen vrouwen die niet in hun depressieve periode een amenorroe kregen, die geen abnormaal voedingspatroon hadden en geen anticonvulsiva gebruikten. In beide groepen werden het osteocalcine en de botdichtheid van femur, heupgewrichten, lumbale wervels en pols gemeten.

Bij de depressieve vrouwen bleek de botdichtheid van met name de lange pijpbeenderen significant verminderd. Dit kon niet worden verklaard uit een verminderde voedselopname, aangezien maar een kwart van de depressieve vrouwen tijdens depressies was afgevallen. Wel werden een verlaagd serumcalcitonen en een verhoogde cortisoluitscheiding gevonden, hetgeen waarschijnlijk het mechanisme van de verminderde kalkdichtheid van de botten verklaart.

Michelson D, Stratakis C, III L, et al. Bone mineral density in women with depression. *N Engl J Med* 1996; 335: 1176-81.

H.G. Frenkel-Tietz

### Immunologische kruisreactie

Er zijn aanwijzingen dat vroegtijdige toediening van koemelk aan zuigelingen auto-immuniteit induceert ten gevolge van een immunologische kruisreactie van koemelkeiwitten en bètaceleiwitten, waardoor insuline-afhankelijke diabetes mellitus (IDDM) ontstaat. Caseïne verdient speciale aandacht: in een dierproef ontwikkelden muizen op een eiwitvrij dieet geen IDDM, terwijl het ziektebeeld wel ontstond bij een dieet met caseïne als enige proteïne. Het bètaceïnegehalte van koemelk is veel

hoger (35 procent) dan dat van humane melk (<10 procent). De immuunrespons op runderbètaceïne, dat verschilt van humaan bètaceïne, kan juist ontstaan in de eerste levensweken, als de darm doorlaatbaar is voor eiwitten.

In dit onderzoek werd *in vitro* de perifere T-lymfocytreactiviteit op runderbètaceïne en een aantal andere mogelijk antigene eiwitten getest. Perifeer bloed werd afgenomen bij drie groepen: 47 diabeten (niet langer dan 1 jaar tevoren ontstaan), 36 gezonde personen en 10 personen met een auto-immune schildklier-aandoening. De specifieke T-celproliferatie met bètaceïne was significant groter bij de diabeten dan bij de andere groepen. Er waren geen significante correlaties met andere geteste eiwitten. De beginleeftijd in de diabetengroep had geen invloed op het resultaat.

Het verband tussen bètaceïne en de pathogenese van IDDM is door deze studie versterkt. Er zijn overeenkomsten tussen runderbètaceïne en door de bètaccellen geproduceerde moleculen vastgesteld, zoals de glucosetransporteur GLUT-2. Auto-antistoffen tegen GLUT-2 zijn volop beschreven bij patiënten met kort tevoren ontstane IDDM. Mogelijk kunnen andere koemelkcomponenten ook immunoreacties uitlokken.

In het commentaar wordt gesteld dat een kruisreactie tussen koemelkeiwitten en door de bètacele geproduceerde auto-antigenen waarschijnlijk is, maar niet bewezen. De auteur waarschuwt voor een (verdere) koeienfobie.

Cavallo MG, Fava D, Monetini L, et al. Cell-mediated immune response to beta casein in recent-onset insulin-dependent diabetes: implications for disease pathogenesis. *Lancet* 1996; 348: 926-8.

Harrison LC. Cow's milk and IDDM [commentary]. *Lancet* 1996; 348: 905.

Jet van Leeuwen

## NOTA BENE

Hoe groter de trial, hoe kleiner de kans dat een individuele patiënt baat heeft bij de resultaten ervan. *E. van der Does, Rotterdam; 'De Paradox van Van der Does'*

Stelling bij: Van der Does FEE. Influence of glycaemic control on well-being and cardiovascular risk indicators in type 2 diabetes. A randomised trial in general practice [dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1997.

## Sumatriptan

Op 13 maart 1996 promoveerde de aanstaande cardioloog Ottervanger in Rotterdam op het proefschrift 'Pharmaco-epidemiology of sumatriptan'.<sup>1</sup> Promotor was prof.dr. D.E. Grobbee, copromotor dr. B.H.CH. Stricker. Het proefschrift wordt besproken door mw. dr. M.L. Bartelink, huisarts en als universitair docent verbonden aan de vakgroep huisartsgeneeskunde in Utrecht.

Dit proefschrift gaat over bijwerkingen van het in 1991 geïntroduceerde geneesmiddel tegen migraine, sumatriptan (Imigran), een serotonine-1-agonist. De aanleiding werd gevormd door de meldingen die het Bureau Bijwerkingen Geneesmiddelen kreeg over het optreden van pijn op de borst en zelfs myocardinfarcten na het gebruik van sumatriptan. Door middel van postmarketing surveillance heeft de onderzoeker geprobeerd een duidelijker beeld te krijgen van de frequentie van deze bijwerkingen.

In het proefschrift wordt, na een inleiding over het belang van postmarketing surveillance, allereerst een beschrijving gegeven van alle cardiovasculaire bijwerkingen die werden gemeld bij het Bureau Bijwerkingen Geneesmiddelen, en vervolgens van de bijwerkingen die in verband zouden staan met het gebruik van sumatriptan. Daarna worden de resultaten besproken van een onderzoek naar het gebruik van sumatriptan, uitgevoerd met een vragenlijst onder alle 687 apothekhoudende huisartsen in Nederland. Aan hen werd gevraagd om informatie te geven over de keren dat ze sumatriptan hadden voorgeschreven in het voorafgaande jaar (het eerste jaar van de registratie) en over de gepresenteerde bijwerkingen. De respons bedroeg 86 procent; 474 van deze 589 huisartsen hadden sumatriptan (oraal of subcutaan) voorgeschreven aan in totaal 1727 patiënten; in 1,3 procent van de gevallen was pijn op de borst gemeld.

Daarna werd de patiënten, ook met een vragenlijst, gevraagd in hoeverre zij bijwerkingen van sumatriptan hadden ervaren, of er een tijdsrelatie was met de inname en/of de klachten bij herhaling optraden. Er bleek een groot verschil te bestaan tussen de aan de huisarts gemelde en de door de patiënt gerapporteerde bijwerkingen. Van de responderende 1202 patiënten meldde 7,9 procent pijn op de borst; in 86 procent van de gevallen onstonden deze klachten binnen een uur en in 88 procent van de gevallen herhaalden deze klachten zich.

Daarna kregen 420 patiënten (onder wie de

patiënten die melding maakten van pijn op de borst) een tweede vragenlijst, en werden zij thuis geïnterviewd en onderzocht. Verschillende factoren bleken geassocieerd met pijn op de borst na sumatriptan. Vooral mannen met hypertensie of een infarct in de familie hadden een verhoogd risico, terwijl bij vrouwen het fenomeen van Raynaud hiermee geassocieerd was. Inspanningsonderzoek leverde geen aanvullende informatie op.

### Commentaar

Bijzonder is dat in deze studie voor het traceren van bijwerkingen gebruik werd gemaakt van gegevens van de apothekhoudende huisartsen in Nederland. Een belangrijke vraag daarbij betreft de betrouwbaarheid van de verkregen gegevens; hieraan wordt in het proefschrift niet veel aandacht besteed. De vragenlijsten zijn retrospectief en de hoeveelheid bijwerkingen is dus niet alleen afhankelijk van de presentatie aan de huisarts, maar ook van de registratie door die huisarts. In hoeverre worden bijwerkingen door de voorschrijvende huisarts onderkend en geregistreerd? In de vragenlijst aan de patiënten is niet gevraagd of eventuele bijwerkingen ook aan de huisarts waren gepresenteerd. Er blijkt in ieder geval een groot verschil tussen de bij de huisarts bekende en de door de patiënt gemelde bijwerkingen.

In hoeverre zijn deze huisartsen en hun patiënten representatief? Is er iets bekend over het voorschrijfgedrag (in het algemeen en wat betreft sumatriptan) van deze groep huisartsen in vergelijking met niet-apothekhoudende huisartsen? Verderop in het proefschrift blijkt dat de indicatie waarvoor sumatriptan gegeven wordt, zeker niet altijd migraine en clusterhoofdpijn is. Onbekend is verder hoe vaak sumatriptan werd voorgeschreven aan en gebruikt door de patiënten die pijn op de borst meldden.

Ook de vragenlijst voor de patiënten was retrospectief, en dus afhankelijk van factoren als geheugen of het aantal keren dat het middel werd gebruikt. Er werd gekeken naar pijn op een drukkend gevoel op de borst; de manier waarop de bijwerking door de patiënt geformuleerd werd, is dus van groot belang. Overigens kan ook niet uitgesloten worden – zoals de onderzoeker zelf al opmerkt – dat deze bijwerkingen soms veroorzaakt kunnen worden door gelijktijdig gebruik van bijvoorbeeld ergotaminen.

Nagelaten is om naar aanleiding van de tweede vragenlijst en het interview de betrouwbaarheid van de eerdere gegevens nog eens weer te geven; wat in ieder geval opvalt, is dat

de tweede vragenlijst, waarin expliciet gevraagd werd naar pijn op de borst, nóg een fors aantal patiënten met deze bijwerking oplevert (36?; de totale aantallen van de onderzoeksgroep in tekst en de tabellen kloppen niet).

Ik vraag me af of de conclusie dat mannen met hypertensie meer kans hebben op pijn op de borst wel te trekken is uit de gegevens. Het is niet helemaal duidelijk hoe de groep patiënten met de diagnose hypertensie tot stand is gekomen: deze groep bevat zowel patiënten met antihypertensieve medicatie als met een eenmalig verhoogde bloeddruk bij het lichamelijk onderzoek. De vraag is of deze laatsten ook werkelijk hypertensief zijn. In de analyse van de eerste patiëntvragenlijst was er geen verschil in bijwerkingen tussen de groep die niet en de groep die wel antihypertensieve medicatie gebruikte. Hieraan wordt niet meer gerefereerd.

Ondanks deze kritische opmerkingen is dit een belangrijke studie, die nog eens onderstreept hoe belangrijk het is dat de bijwerkingen van een middel dat zojuist op de markt is gebracht, (onafhankelijk) worden geregistreerd. Duidelijk wordt dat de spontaan gemelde bijwerkingen en de bijwerkingen die men aan de huisarts meldt, slechts het topje van een ijsberg zijn.

Eén van de stellingen van dit proefschrift luidt: 'Farmaco-epidemiologisch onderzoek kan uitstekend worden uitgevoerd in samenwerking met apothekhoudende huisartsen, dankzij hun kennis over zowel ziekte als behandeling van de patiënt, en hun grote bereidheid tot medewerking'. De vraag is of de apothekhoudende huisartsen en hun patiënten met een dergelijk enthousiasme kunnen blijven meedoen aan soortgelijk onderzoek. Doordat steeds meer huisartspraktijken geautomatiseerd zijn, moet het goed mogelijk zijn ook onderzoek te doen in niet-apothekhoudende huisartspraktijken.

1 Ottervanger JP. Pharmaco-epidemiology of sumatriptan. Cardiovascular adverse reactions to a new antimigrainous drug [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1996.

### Reactie

Het is juist dat de vragenlijsten voor zowel de huisartsen als de patiënten in een retrospectief onderzoek pasten. Voor postmarketing-onderzoek, waarbij het vooral gaat om onderzoek naar het gebruik van een geneesmiddel in de 'dagelijkse praktijk' en niet in een experimentele situatie (die bij prospectief onderzoek vaak

wordt gecreëerd) is een retrospectieve onderzoekspopzet echter juist gewenst.

Wat betreft de representativiteit van de apotheekhoudende huisartsen en hun patiënten, en mogelijke verschillen tussen het voorschrijfgedrag van apotheekhoudende en niet-apotheekhoudende huisartsen kan het volgende worden opgemerkt. Het onderzoek werd uitgevoerd nadat sumatriptan pas één jaar op de markt was. Het bleek dat de meeste patiënten sumatriptan voorgeschreven hadden gekregen door een specialist (neuroloog), zodat mogelijke verschillen in het voorschrijfgedrag tussen apotheekhoudende en niet-apotheekhoudende huisartsen waarschijnlijk niet zo belangrijk waren.

Met betrekking tot de opmerking dat de totale aantallen van de onderzoeksgroep in tekst en tabellen niet kloppen (waarschijnlijk wordt bedoeld 'niet met elkaar overeenkomen'), zij vermeldt dat de in de tekst genoemde 36 patiënten, patiënten met pijn op de borst na sumatriptan zijn die aan huis zijn onderzocht (zoals overigens ook in de tekst is vermeld).

Mij is onduidelijk waarom uit het onderzoek niet de conclusie kan worden getrokken, dat met name mannen met hypertensie een verhoogde kans hebben op pijn op de borst door sumatriptan. Inderdaad is het beter een bloeddruk bij een aantal gelegenheden te meten. Onderzoek heeft overigens aangetoond dat een eerste meting een vrij goede schatting geeft van de volgende metingen. In een landelijk onderzoek – waarbij de patiënten al met eenzelfde (elektronische) bloeddrukmeter werden onderzocht – moet de winst van een nauwkeuriger meting echter worden afgewogen tegen de nadelen. Omdat patiënten die antihypertensiva gebruiken (voor deze indicatie) normotensief kunnen zijn, leek het ons juist om deze groep in te delen bij de groep met hypertensie. Nadere analyses toonden overigens dat het risico op pijn op de borst door sumatriptan sterk verhoogd was bij zowel mannen met hypertensie op grond van de bloeddrukmeting, als bij mannen met hypertensie op grond van het gebruik van antihypertensiva. Gezien het sterk verhoogd relatief risico, met bijpassend statistisch significant betrouwbaarheidsinterval, achten wij de conclusie gerechtvaardigd dat mannen met hypertensie een verhoogd risico hebben op pijn op de borst na gebruik van sumatriptan.

Tot slot wordt de vraag geopperd of apotheekhoudende huisartsen en hun patiënten met een dergelijk enthousiasme kunnen blijven meedoen aan soortgelijk onderzoek. Het onderhavige postmarketing-onderzoek werd geïnitieerd door de Inspectie voor de Gezondheids-

zorg. De Inspectie pleegt alleen maar onderzoek te (laten) doen, indien er een potentieel ernstig probleem rond het gebruik van een geneesmiddel is, waarin op korte termijn meer inzicht gewenst is. Een dergelijk landelijk onderzoek vindt 'slechts' ongeveer één keer per twee à vier jaar plaats, zodat wij verwachten dat de bereidheid tot medewerking bij ernstige problemen onveranderd blijft. Wat betreft het mogelijk afnemend enthousiasme van patiënten betreft, zij vermeldt dat van de circa anderhalf miljoen patiënten van apotheekhoudende huisartsen, in dit onderzoek slechts ongeveer 350 patiënten meer uitvoerig zijn onderzocht.

Inderdaad is het door de toenemende automatisering in de (zeer) nabije toekomst waarschijnlijk ook mogelijk binnen (een steekproef van) niet-apotheekhoudende huisartspraktijken postmarketing-onderzoek te doen, zodat eenzelfde huisarts niet iedere keer belast hoeft te worden. Op een dergelijke manier wordt gezamenlijk zorg gedragen voor een veilige toepassing van geneesmiddelen.

J.P. Ottervanger  
B.H.Ch. Stricker

## Lage-rugpijn

Op 12 juni 1996 promoveerde de Rotterdamse huisarts Khing Njoo op het proefschrift 'Nonspecific low back pain in general practice: a delicate point'.<sup>1</sup> Promotoren waren de hoogleraren dr. E. van der Does en dr. H.J. Stam. Het proefschrift wordt besproken door A.C. de Jongh, huisarts te Hellevoetsluis.

Dagelijks vullen patiënten met rugklachten de spreekkamers van huisartsen. Niet zelden gaat het om moeilijk te interpreteren ziektebeelden, die de patiënt ernstig hinderen en veel arbeidsverzuim veroorzaken. Daarom is iedere poging om inzicht en structuur aan te brengen in de diagnostische vergaarbak 'lage-rugpijn' prijzenswaardig. Na onder anderen *Koes*, *Faas* en *Chavannes*,<sup>2-4</sup> heeft ook Khing Njoo een poging gedaan om greep te krijgen op diagnose en prognose van rugklachten.

Lage-rugpijn is een 'herkenbare fysieke conditie' met veelal een self-limiting karakter, zowel met als zonder een duidelijk aanwijsbare oorzaak (p. 7). In de eerste categorie (*specifiek*, 10 procent van de gevallen) zijn de oorzakelijke diagnoses – lumbale discopathie, infecties, ontstekingsbeelden (reuma, Bechterew), etc. – ondergebracht. Over de veel grotere categorie

*aspecifieke* rugpijnsyndromen heerst grote verwarring in de medische wereld. *Miettinen & Caro* betogen dan ook dat onderzoek naar specifieke lage-rugpijn in eerste instantie gericht dient te zijn op diagnostiek (p. 13).<sup>5</sup>

Het primaire doel van het onderzoek van Njoo was om binnen deze categorie de klinische relevantie van vier (arbitrair gekozen) regionale pijnsyndromen vast te stellen. In feite valt dit doel uiteen in twee vraagstukken: het aantonen van het bestaan van deze syndromen (interne validiteit) en vervolgens het vaststellen van hun betekenis voor de klinische c.q. huisartspraktijk (externe validiteit). In dit onderzoek is uitgegaan van de hypothese dat deze regionale pijnsyndromen werkelijk zijn te identificeren en te classificeren, ofschoon de literatuur hierover geenszins eensluidend is. De beschrijvingen van de symptomatologie wisselen per auteur, per land, per cultuur en in de tijd.

De vier onderscheiden syndromen zijn het 'quadratus lumborum pijnsyndroom' (QLPS), het 'gluteus medius pijnsyndroom' (GMPS), het 'iliac crest pijnsyndroom' (ICPS) en het 'ligamentum longum pijnsyndroom' (LLPS). Al deze syndromen zijn gekenmerkt door een 'tender' of 'trigger point' op een specifieke lokalisatie in de lage rug. Voor het vaststellen van de 'klinische relevantie' formuleerde Njoo de volgende onderzoeksvragen:

- Welke diagnostische criteria zijn aanwezig bij patiënten met lage-rugpijn?
- Wat is de mate van overeenstemming tussen de onderzoekers – interobserver agreement – (bij observatie van deze criteria)?
- Wat is de frequentie van voorkomen van elk pijnsyndroom?
- Wat is de prognose na vier weken en na vijf jaar van elk pijnsyndroom?
- Wat is de frequentie van voorkomen van combinaties van regionale pijnsyndromen?

## Methode

Njoo ontwierp een patiëntgebonden onderzoek, waarbij een groep patiënten met rugklachten werd onderzocht door getrainde onderzoekers. Simultaan werd een vergelijkbare controlegroep, bestaande uit iedere tiende patiënt van het spreekuur van die dag, onderzocht op dezelfde onderzoekspunten.

Het lichamelijk onderzoek richtte zich vooral op de detectie van pijnpunten volgens de criteria van *Simons & Travell*.<sup>6</sup> Door de meting direct te laten herhalen door een tweede onderzoeker kon de interobserver agreement in kaart worden gebracht. Door het relatieve aandeel van de afzonderlijke subgroepen in de onderzoekspopulatie te berekenen, kon een indruk

worden verkregen van de frequentie van voorkomen.

De uitkomstmaten van de follow-upmeting waren:

- na vier weken: gerapporteerde lage-rugpijn en reproduceerbaarheid van het syndroom;
- na vijf jaar: aantal en duur van de recidieven en diagnosen die de lage-rugpijn kunnen verklaren.

### Resultaten

Het aantal ingesloten rugpijnpatiënten bedroeg 61, het aantal controlepatiënten 63.

Bij QLPS en GMPS bleken de volgende criteria significant aanwezig: gelokaliseerde pijn (op de voor elk syndroom typische plaatsen), de aanwezigheid van óf het 'jump sign' (wegspringen van de patiënt bij druk op het pijnpunt) óf herkenning van de typische pijn. De interobserver agreement bleek als volgt: kappa 0,66 voor QLPS en 0,62 voor GMPS (kappa >0,5 is volgens Njoo acceptabele overeenstemming). Niet geschikt voor diagnostiek bleken de items 'gerefereerde pijn', 'palpabele streng', 'beperkte stretch range' (beperking van de lateroflexie van de romp respectievelijk adductie van het bovenbeen) en 'twitch response' (onwillekeurige contractie van een spier). Op basis van deze criteria stelt Njoo het voorkomen van QLPS en GMPS bij patiënten met specifieke lage-rugpijn op respectievelijk 36 en 34 procent. Zonder lage-rugpijn is het voorkomen 6 procent.

Voor ICPS en LLPS gold eveneens dat lokale drukpijn en herkenning door de patiënt de criteria waren. De relatieve frequentie van zowel ICPS als LLPS bij specifieke rugpijn bedroeg 21 procent (kappa 0,57 en 0,65).

Het prognose-onderzoek leverde na vier weken een uitval op van 44 procent. Hierdoor resteerden te weinig gegevens voor valide conclusies. Uit de vijfjaars follow-up kwamen geen serieuze diagnosen te voorschijn. Verder bleek er geen verschil in aantallen recidieven tussen patiënten met en zonder regionaal pijnsyndroom. De power van het onderzoek was echter in beide gevallen te gering om het nut van indeling in regionale pijnsyndromen te kunnen onderbouwen.

### Commentaar

De creativiteit van Njoo bij ontwerp en uitvoering van het onderzoek verdient lof, evenals de zorgvuldigheid waarmee zij de problemen van onderzoekersbias heeft trachten te omzeilen. Op het design valt echter wel aan te merken dat de discutabele theorieën van *Simons & Travell* het uitgangspunt zijn geweest. Zij veranderen

de criteria voor identificatie en beoordeling van 'trigger points' met regelmaat, hetgeen niet pleit voor de betrouwbaarheid. Het is de vraag of Njoo's optimisme over de gevonden kappa-waarden gerechtvaardigd is.

*Skinner* beschrijft in zijn paradigma voor zorgvuldige classificatie een werkwijze waarbij eerst de interne validiteit en pas in tweede instantie de externe validiteit (klinische bruikbaarheid van de concepten) wordt getoetst.<sup>7</sup> Deze volgorde zou ook hier te prefereren zijn geweest. Een multivariate analyse (principale componentenanalyse, factoranalyse) van een breed pakket onderzoekspunten had wellicht betrouwbare gegevens kunnen verstrekken over de onduidelijke interne validiteit van de concepten. Meting en analyse van klassieke parameters, zoals begin, duur en heftigheid van de pijn, en uitstraling, hadden wellicht meer informatie gegeven over de symptoomconfiguraties van de regionale pijnsyndromen.

De constatering dat een beperkt aantal symptomen bepalend blijkt te zijn voor een specifieke diagnose, brengt een risico met zich mee. Als een pathognomonisch verschijnsel c.q. gouden standaard ontbreekt, wordt een ziekte of syndroom gekenmerkt door de aanwezigheid van een bepaalde *configuratie* van een aantal symptomen. Men stelt dan de diagnose door het waargenomen 'plaatje' te vergelijken met het gedefinieerde 'totaalplaatje' van symptomen en verschijnselen.<sup>8</sup> Diagnosticeert men slechts op grond van één of enkele symptomen, dan loopt men het risico dat het betreffende syndroom in tweede instantie onderdeel blijkt te zijn van een andere, onderliggende aandoening. Het follow-uponderzoek illustreert dit: bij één ziektegeval, dat als 'aspecifiek' syndroom was ingesloten, bleek uiteindelijk een discusprolaps de oorzaak – een specifieke oorzaak dus.

Niet alleen staat hiermee het belang van de genoemde diagnostische criteria op losse schroeven, de betekenis van de frequentiegegevens moeten eveneens met de nodige scepsis worden geïnterpreteerd: waren de subgroepen wel homogeen?

Tenslotte roept de meting van de prognose meer vragen op dan worden beantwoord. Met de genoemde restricties inzake de zuiverheid van de subgroepindeling, de toch al geringe aantallen en het hoge percentage uitval (44 procent) levert dit onderdeel geen bijdrage aan een beter begrip. Het was beter geweest dit deel van het onderzoek niet in de rapportage op te nemen.

Mede dankzij de heldere en bondige schrijfwijze is dit profeschrift niettemin een zeer le-

zenswaardig geheel. Njoo attendeert ons op de problematiek rond gepostuleerde concepten en toont ons een methode om klinische relevantie te meten. Onderzoekers met vergelijkbare probleem- en vraagstellingen kunnen hiermee hun voordeel doen. Vooralsnog kan echter ten aanzien van rugklachten gerust het advies van de NHG-standaard gehandhaafd blijven: 'het is niet zinvol om diagnosen te onderscheiden binnen specifieke rugpijn problemen, omdat niet aangetoond is dat deze subgroepen een andere prognose hebben of beter op specifieke therapie reageren.'

Lex de Jongh

- 1 Njoo KH. Nonspecific low back pain in general practice: a delicate point. A descriptive study on the clinical relevance of four regional pain syndromes [dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1996.
- 2 Koes BW, et al. Randomised clinical trial of manipulative therapy and physiotherapy for persistent back and neck complaints. *BMJ* 1992; 304: 601-5.
- 3 Faas A. Oefentherapie bij lage-rugpijn, een interventie-onderzoek in 40 huisartspraktijken [dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1992.
- 4 Chavannes AW. Oefenen bij lage rugpijn [dissertatie]. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht 1992.
- 5 Miettinen OS, Caro JJ. Medical research on a complaint: orientation and priorities. *Ann Med* 1989; 21: 399-401.
- 6 Simons DG, Travell JG. Myofascial origins of low back pain. I. Principles of diagnosis and treatment. *Postgrad Med* 1983; 73: 66-77.
- 7 Skinner HA. Towards the integration of classification theory and methods. *J Abnormal Psychol* 1981; 90: 68-87.
- 8 Scadding JG. Viewpoint, the semantics of medical diagnosis. *Biomed Comp* 1972; 3: 83-90.

### Reactie

De theorieën van *Simons & Travell* zijn slechts bij twee van de vier onderzochte syndromen mijn uitgangspunt geweest; de andere twee syndromen zijn gebaseerd op het werk van respectievelijk *Collee* en *Vleeming et al.* De twijfel die De Jongh uit over de door mij gevonden kappa's is niet gerechtvaardigd. Het feit dat *Simons & Travell* regelmatig hun criteria en definities veranderen, heeft waarschijnlijk te maken met hun veranderende klinische inzichten, maar niet met de door mij gevonden kappa's. Voor het aantal nauw omschreven criteria die in mijn studie onder zorgvuldig gecontroleerde omstandigheden zijn onderzocht, zullen de gevonden kappa's aardige puntschattin-



gen zijn. Indien *Simons & Travell* of *Collee* of *Vleeming et al.* nieuwe criteria toevoegen aan de definitie van hun syndromen, zal de onderlinge overeenstemming tussen twee beoordelaars opnieuw moeten worden onderzocht.

Daarnaast brengt De Jongh het punt van de validiteit van het onderzoek naar voren. Interne validiteit houdt in dat het resultaat juist is voor de onderzochte personen; externe validiteit betekent dat het ook toepasbaar is op personen die niet bij het onderzoek zijn betrokken.<sup>1</sup> Problemen met interne validiteit – selectie-, observator-, recall- en responsbias – heb ik zoveel mogelijk proberen op te vangen bij de opzet van het onderzoek. Een aanzienlijke ‘onderrapportage’ van de huisartsen voor patiënten met specifieke lage-rugpijn was, ondanks de (overigens niet in het proefschrift vermelde) wekelijkse herinneringskaartjes en maandelijks feedback over de ingesloten aantallen, niet te voorkomen geweest. Het is echter niet aannemelijk dat deze ‘onderrapportage’ selectief is geweest ten aanzien van de aan- of afwezigheid van elk van de syndromen. Over de generaliseerbaarheid van mijn onderzoek heb ik in hoofdstuk 9 voldoende uitgeweid. De door De Jongh genoemde multivariante analyse is door de aantallen in mijn studie niet mogelijk geweest.

Het prognose-deel is opgenomen, omdat hierin de klinische relevantie van het onderscheiden in diagnosegroepen is gelegen. De tegenvallende resultaten zijn voornamelijk te wijten aan de forse uitval, waardoor een uitspraak over de prognostische betekenis van de vier pijnsyndromen niet te maken valt. Een proefschrift is een verslag van een compleet onderzoek, met alle voetangels en valkuilen. ‘Geen resultaat’ moet mijns inziens geen reden zijn om een onderdeel niet op te nemen. Het doen van (promotie)onderzoek is meer dan het vinden van antwoorden; het is ook het vastleggen van de pogingen daartoe. Op grond van eerder vervolgonderzoek met lage-rugpijnpatiënten was zo’n hoge uitval niet te verwachten. De verwachtingen met betrekking tot de respons bij follow-up bij een interventie-onderzoek moeten aanzienlijk worden bijgesteld. Dat lijkt mij nuttige informatie voor een onderzoeker die de nog openstaande vraagstelling wil beantwoorden. Voor de praktiserende huisarts blijft de door De Jongh geciteerde zinsnede uit de NHG-Standaard Lage-Rugpijn gelden.

Khing Njoo

1 Vandenbroucke JP, Hofman A. Grondslagen der epidemiologie. Utrecht: Bunge, 1988.

## Schouderklachten

Op 30 oktober 1996 promoveerden de huisartsen Sobel en Winters in Groningen op het proefschrift ‘Shoulder complaints in general practice’.<sup>1</sup> Promotores waren de hoogleraren dr. B. Meyboom-de Jong en dr. W.H. Eisma; copromotor was dr. J.H. Arendzen. De dissertatie wordt besproken door A.N. Goudswaard, huisarts te Houten.

Neem een willekeurig spreekuur. Een patiënt klaagt over pijn in zijn *bovenarm* en na onderzoek zeg ik: ‘het komt uit uw *schouder*.’ De volgende patiënt meldt zich met pijn in de *schouder* en wijst naar een plek ergens achter het sleutelbeen. Weer onderzoek ik en vervolgens stel ik: ‘het komt uit uw *nek*.’ Vraag aan de lezer: wie van deze twee heeft (gegeven een juiste diagnose) een schouderprobleem en hoe zou u dit soort klachten benoemen? Wat verstaan we trouwens onder ‘de schouder’ en onder ‘schouderaandoeningen’?

Op deze vragen (en nog vele andere) hebben *Sobel & Winters* getracht de antwoorden te vinden. Zijn zij daarin geslaagd en laten zij daarmee een nieuw licht schijnen op de complexe problematiek van het schoudergewricht? Nee, althans niet voor de praktiserende huisarts.

Alvorens dat nader toe te lichten eerst iets over de inhoud van dit artikelen-proefschrift. Het bestaat uit een beschrijvend onderzoek, een literatuuronderzoek en een interventie-onderzoek. Vier van de in totaal zestien artikelen zijn eerder gepubliceerd in *Huisarts en Wetenschap*. De NHG-Standaard Schouderklachten<sup>2</sup> vormde een belangrijke inspiratiebron, hetgeen ook blijkt uit de financiering vanuit het WOOS-project (Wetenschappelijke Ondersteuning Ontwikkeling Standaarden). In deze bespreking zal alleen worden ingegaan op die delen van het onderzoek die van belang worden geacht voor de dagelijkse praktijk, namelijk de kwestie van het indelen van schouderklachten in verschillende categorieën in het beschrijvende deel en de keuze van een adequate therapie in het interventie-onderzoek.

### Beschrijvend onderzoek

De belangrijkste vraagstelling van het beschrijvend onderzoek was: kunnen patiënten met schouderklachten worden gediagnostiseerd volgens de richtlijnen van de NHG-Standaard? Tussen 1 januari en 1 juni 1993 werden in vier huisartspraktijken alle patiënten met schouderklachten ingesloten. Onder een ‘schouderklacht’ werd verstaan: pijn in de dermatomen

C4 tot en met Th7 (de NHG-Standaard rept slechts over pijn in een veel kleiner gebied: de dermatomen C4 en C5). Dit leverde 138 patiënten op, van wie er uiteindelijk 101 overbleven voor het onderzoek. De patiënten werden eerst onderzocht en gediagnosticeerd volgens de richtlijnen van de standaard (fase 1) en daarna uitgebreid onderzocht, als geen diagnose kon worden gesteld (fase 2). Dit uitgebreide onderzoek behelsde onder andere beoordeling van het ‘eindgevoel’ bij passief onderzoek, palpatie van diverse structuren en de ‘impingment sign en test’ van Neer. Indien de onderzoeker dan nog geen diagnose kon stellen, werden cervicale wervelkolom en de eerste drie ribben onderzocht volgens de richtlijnen van opleiding Manuele Geneeskunde in Eindhoven (fase 3).

Na fase 1 konden 3 patiënten worden voorzien van een diagnose, na fase 2 nog eens 44; de overige 54 konden pas worden geclassificeerd na het onderzoek van fase 3. Binnen deze laatste groep werden bij 22 patiënten geen afwijkingen van het schoudergewricht gevonden, maar wel van nek en ribben. Deze patiënten kregen de diagnose ‘schoudergordelstoornis’. Van de andere 79 patiënten hadden 58 één of meer aandoeningen van het schoudergewricht (diagnose: ‘synoviale stoornis’) en 21 zowel een synoviale- als een schoudergordelstoornis (diagnose: ‘combinatiestoornis’).

De auteurs trekken hieruit twee conclusies:

- de NHG-Standaard is niet bruikbaar om patiënten met schouderklachten te voorzien van een passende diagnose;
- de classificatie van de standaard dient te worden vervangen door de trias synoviale stoornis – schoudergordelstoornis – combinatiestoornis.

### Commentaar

Met geen van beide conclusies kan ik het helemaal eens zijn. Met de eerste niet op methodologische gronden (zoals al eerder in dit tijdschrift besproken<sup>3</sup>), met de tweede niet op praktische gronden. Het lijkt erop dat de onderzoekers zich onvoldoende hebben gerealiseerd dat de schouderstandaard, hoewel de titel *schouderklachten* anders doet vermoeden, in feite slechts over de synoviale aandoeningen van de schouder gaat. De standaard sluit aandoeningen van andere structuren uit door expliciet te vermelden dat klachten buiten de dermatomen C4 en C5 buiten beschouwing blijven. Het is dan ook niet verwonderlijk dat één op de vier à vijf patiënten bij *Sobel & Winters* geen schouderaandoening blijkt te hebben, maar een nek-aandoening. Een passender titel van het proefschrift zou eigenlijk geweest zijn: ‘Schouder-



en nekklachten in de huisartspraktijk'. In feite toont het onderzoek slechts aan dat pijn in de buurt van de schouder niet noodzakelijk uit de schouder zelf komt, maar dat hadden we al geleerd van Cyriax.

Dan de voorgestelde driedeling. De categorie 'schoudergordelstoornissen' kwam vooral voor bij mensen met stoornissen in de cervicale- en thoracale wervelkolom. In feite gaat het hier dus om nekklachten. Waarom niet de dingen gewoon bij de naam genoemd? De nieuwe categorie 'combinatiediagnose' zal in de praktijk eveneens moeilijk te hanteren zijn. De auteurs zijn zelf ook tot die conclusie gekomen, getuige het loslaten van deze indeling bij de opzet van het interventie-onderzoek.

De poging van *Sobel & Winters* tot herindelings van schouderklachten in een aantal nieuwe categorieën die ook een deel van de nekklachten omvatten, heeft daarmee niet geleid tot voor de praktijk toepasbare resultaten. Wat overblijft, is de vaststelling dat een betrouwbare onderverdeling van synoviale stoornissen in diverse syndromen (capsulitis, subacromiaal syndroom, etc.) niet te maken is, hetgeen eerdere bevindingen bevestigt.<sup>4</sup> Er lijkt daarmee voldoende reden om de standaard te onderwerpen aan een grondige revisie.

### Interventie-onderzoek

De vraagstelling van het interventie-onderzoek luidde: wat is de meest effectieve therapie voor patiënten met schouderklachten die na een week behandeling met diclofenac nog niet genezen zijn? Om deze vraag te beantwoorden, werden drie interventies met elkaar vergeleken:

- injecties (een combinatie van 1 cc(40 mg) triamcinolonacetonide en 9 cc(90 mg) lidocaïne);
- fysiotherapie (oefentherapie, massage en fysiotherapie);
- manuele therapie (methode Eindhoven).

Van 198 patiënten (met dezelfde in- en uitsluitcriteria als bij het beschrijvend onderzoek) werd de niet-genezen groep (172) na een week opnieuw onderzocht en ingedeeld in een groep met een synoviale stoornis (114) of een schoudergordelstoornis (58). De eerste groep werd gerandomiseerd over de drie behandelvormen, de tweede groep over fysiotherapie en manuele therapie. De injectietherapie hield in dat één tot drie keer geïnjecteerd werd in (per zitting) twee van de drie synoviale structuren. De patiënten hielden een pijndagboek bij. Een placebogroep ontbrak. Er was een (telefonische!) follow-up na 12 weken, waarbij door een fysiotherapeut, geblindeerd voor diagnose en therapie, werd geïnformeerd naar klachten.

In de schoudergordelgroep scoorde manuele therapie beter dan fysiotherapie: na 5 weken was 70 procent genezen versus 10 procent met fysiotherapie. In de synoviale groep bleek injectietherapie superieur aan fysiotherapie en manuele therapie: na 5 weken was 75 procent genezen versus respectievelijk 20 en 40 procent. De auteurs concluderen dat, ondanks de op sommige punten onvergelykbare groepen, manuele therapie bij schoudergordelstoornissen en injectietherapie bij synoviale stoornissen de voorkeur verdient.

### Commentaar

Het is opvallend dat de groepen, ondanks randomisatie, zo verschillend waren. Zo was de manuele-therapiegroep bij de synoviale stoornissen veel jonger en hadden de patiënten minder voorgaande klachten. Toeval of bias? De injectietherapiegroep was weliswaar snel(er) genezen, maar vertoonde ook de meeste recidieven aan het eind van de follow-up-periode. Dus de behandeling hielp wel (even), maar werd het natuurlijke beloop van de acute bursitis of capsulitis er ook werkelijk door bekort? Gezien de lange duur en het recidiverend karakter van (sommige) schouderklachten, is een follow-up-periode van drie maanden wat kort. En hoe betrouwbaar is een telefonisch interview? Deze feiten, samen met de niet-blinde opzet, het ontbreken van een placebogroep en de kleine aantallen, laten daarom helaas geen conclusies toe over de beste aanpak van schouder- en nekklachten.

### Tenslotte

In een afsluitend hoofdstuk komen de auteurs met een aantal richtlijnen voor onderzoek, diagnostiek en therapie bij schouder- en nekklachten. Ik tel zo'n kleine twintig aanbevolen handgrepen en de categorie 'synoviale stoornis' wordt weer keurig overeenkomstig de standaard ontleed tot drie syndromen (alleen de acute bursitis doet niet meer mee), terwijl in de categorie 'schoudergordelstoornis' (lees: cervicale stoornis) zelfs vier verschillende aandoeningen opduiken.

Voor deze aanbevelingen wordt in dit proefschrift onvoldoende bewijs aangedragen. De matig onderbouwde adviezen uit de standaard worden te gemakkelijk ingeruild voor andere. Daar schieten we niets mee op. Daarbij vallen *Sobel & Winters* in een klassieke valkuil voor onderzoekers: zij extrapoleren hun bevindingen naar een groter en ander geheel (namelijk alle Nederlandse huisartsen) dan hun bevindingen toelaten. Er zijn drie redenen waarom dit niet kan:

- Er is geen intra- en interdokter-betrouwbaarheidsonderzoek van hun diagnostisch systeem verricht, noch bij henzelf noch bij een groep 'gewone' huisartsen.
- De onderzoekers twijfelen zelf ook aan de validiteit van hun indeling, getuige de discrepantie tussen hun voorstel van een driedeling in de beschrijvende studie en het hanteren van een tweedeling in het interventie-onderzoek.
- De scheve verdeling van de verschillende therapiegroepen en het ontbreken van een placebo- of controlegroep.

Betekent dit alles dat het onderzoek zinloos is geweest? Nee, zeker niet, want de onderzoekers hebben grote ervaring opgedaan met de problemen van het schouderonderzoek. In het daarop consequent voortbouwen (eventueel door anderen) ligt de winst van hun inspanningen.

A.N. Goudswaard

- 1 Sobel JS, Winters JC. Shoulder complaints in general practice. Diagnosis and treatment [dissertatie Rijksuniversiteit Groningen]. Amsterdam: MediTekst, 1996; 208 bladzijden, prijs NLG 35,-. ISBN 90-5070.029-2.
- 2 Bakker JF, De Jongh AC, Jonquière M, et al. NHG-Standaard Schouderklachten. Huisarts Wet 1990; 33: 196-202.
- 3 Goudswaard AN. Schouderklachten [Ingezonden]. Huisarts Wet 1996; 39: 379-80.
- 4 De Jongh AC. Schouderaandoeningen in de huisartspraktijk [dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1994.

### Reactie

Reeds eerder heeft Goudswaard blijk gegeven van een kritische houding jegens ons onderzoek.<sup>1,2</sup> Wij hebben toen geprobeerd uit te leggen dat de patiënten die ons consulteerden met 'schouderklachten', het spreekuur bezochten wegens pijn in de schouder en niet wegens pijn in de nek.<sup>3,4</sup> Deze anamnestiche gegevens werden geverifieerd in het onderzoek waarbij de pijn vaak verspreid over diverse dermatomen werd aangegeven. Er blijkt dus een discrepantie te bestaan tussen anamnese en onderzoek. In het beschrijvende deel van ons onderzoek staat dat bij een deel van de patiënten met 'schouderklachten' (anamnese) lang niet in alle gevallen functiestoornissen (onderzoek) in de synoviale structuren werden gevonden. Bij een deel van de patiënten werden, ondanks de schouderklachten, slechts functiestoornissen in de schoudergordel (de structuren van CWK,

bovenste deel THWK en bovenste ribben) gevonden. In de vervolgstudies wordt beschreven dat er zelfs patiënten waren die aanvankelijk als synoviaal werden gediagnosticeerd en bij wie op een later tijdstip, na primaire behandeling, nog schouderklachten aanwezig waren zonder synoviale stoornissen, maar wel met bewegingsbeperkingen in de schoudergordelstructuren. Een causaal verband is niet aangetoond maar is wel aannemelijk. Overigens werd in onze patiëntenpopulatie ook een syndroomverschuiving van stoornissen in de schoudergordel naar evidente synoviale stoornissen waargenomen.

In ons onderzoek is kortom gebleken dat bij gericht onderzoek in de tijd een verschuiving kan plaatsvinden in functiestoornissen van de synoviale structuren en de schoudergordel. Met andere woorden: wij denken dat er een mogelijke samenhang bestaat tussen de synoviale aandoeningen en de schoudergordelaandoeningen, en dat derhalve het één niet kan worden beoordeeld zonder een onderzoek van de begeleidende structuren. Op grond van het bovenstaande is naar onze mening de combinatie-diagnose voor de dagelijkse praktijk juist zeer nuttig. Het gaat hierbij namelijk om patiënten bij wie het functieonderzoek niet goed differentieert, waardoor niet goed kan worden vastgesteld uit welke structuur de klacht mogelijk afkomstig is. Uit ons vervolgonderzoek blijkt echter dat het beloop in deze groep hetzelfde is als in de synoviale groep, hetgeen betekent dat waarschijnlijk de synoviale component van de klacht het beloop bepaalt. Dit was voor ons de reden om deze groep bij de interventiestudie op te nemen bij de synoviale groep, en dit is ook in de betreffende hoofdstukken zo toegelicht.

Het interventie-onderzoek had een enkelblinde (en dus niet een niet-blinde) opzet. Hiervoor is gekozen, omdat een dubbelblinde onderzoeksopzet helaas niet mogelijk was. Hetzelfde geldt voor de controlegroep of de placebobehandeling die, hoezeer ook gewenst, binnen de setting van de huisartspraktijk nauwelijks te 'verkopen' is. Dit zou gevolgen kunnen hebben voor de insluiting van patiënten, met een ongewenste patiëntselectie als gevolg.

Dat een strikte randomisatieprocedure toch nog wel eens verschillen tussen de groepen laat zien, is inherent aan de loterij. Wij zijn daar evenmin gelukkig mee, maar in de discussie is gewogen wat dit betekent voor de resultaten. Voor zover dit in de analyses mogelijk was, is gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht.

Ook op andere punten moeten we constateren dat de kritische beschrijving van het interven-

tie-onderzoek niet gebaseerd is op grondig lezen. Bijvoorbeeld: het recidiepercentage bij injectietherapie, de suggestie dat een gestructureerd telefonisch interview per definitie onbetrouwbaar is, en de conclusie dat onze patiëntenaantallen te gering zijn, terwijl een powercalculatie aantoont dat 25 patiënten per therapiegroep voldoende is voor relevante antwoorden.

Een zwak punt in ons onderzoek is het ontbreken van een expliciet betrouwbaarheidsonderzoek, waarbij wel moet worden opgemerkt dat dit bij geen enkele in de literatuur beschreven diagnostische classificatie is gedaan. Met een vervolgstudie en een interventiestudie is onze indeling nog het meest uitgebreid onderzocht en beschreven.

De participerende huisartsen in de beschrijvende en interventiestudie (respectievelijk vier en zeven) diagnosticeerden primair volgens protocol met de ons ter beschikking staande kennis (methode-Eindhoven). Dit was nimmer aanleiding tot discussie. Huisartsen met belangstelling voor het bewegingsapparaat kunnen zich onze aanbevelingen gemakkelijk eigen maken en bij de juiste diagnostiek kan behandeling beter worden gestratificeerd.

Tot onze spijt is de essentie van ons onderzoek onvoldoende voor het voetlicht gekomen, namelijk dat schouderklachten niet uitsluitend veroorzaakt worden door synoviale structuren en dat derhalve de (symptoom)behandeling niet per definitie de juiste is. Een andere belangrijke conclusie is dat de bevindingen van het functieonderzoek van de schouder meer zeggen over de mate van irritatie van de structuren in en rond het scapulohumerale gewricht dan over de exacte lokalisatie van deze irritatie. Wie het daar niet mee eens is doet er verstandig aan de schouder en de omringende structuren met kennis van zaken te onderzoeken bij een vergelijkbare groep patiënten met schouderklachten. Met die onderzoekers willen we graag de wetenschappelijke discussie voeren over ons eerder resultaten.

Jan C. Winters  
Jan S. Sobel

- 1 Goudswaard L. Schouderklachten [ingezonden]. *Huisarts Wet* 1996; 39: 379-380
- 2 Goudswaard L. Schouderklachten (2) [ingezonden]. *Huisarts Wet* 1996; 39: 517.
- 3 Sobel JS. Naschrift. *Huisarts Wet* 1996; 39: 3.0
- 4 Sobel JS, Winters JC. Naschrift. *Huisarts Wet* 1996; 39: 517-8.

## Geschiedenis van de huisarts

Aulbers BJM, Bremer GJ, redactie. De huisarts van toen. Een historische benadering. Rotterdam: Erasmus Publishing, 1995; 188 pagina's, prijs NLG 42,50. ISBN 90-5235-086-8.

Dit is het eerste boek dat in zijn geheel aan de geschiedenis van de huisarts in Nederland is gewijd. De verschijning van een dergelijk boek zal niet alleen de beoefenaars van de medische geschiedenis, maar ook iedereen die bij de huisartsgeneeskunde is betrokken genoeg doen. Terecht stelt Brouwer in het 'Ten geleide' dat de huidige plaats van de huisarts in de Nederlandse samenleving niet los van de historische ontwikkelingen kan worden gezien. Een snelle blik over de grens leert dat het niet vanzelfsprekend is dat de huisartsgeneeskunde als zelfstandige medische discipline wordt beoefend. In Nederland is dat wel het geval en voor wie dat zo wil houden, is het hoogst interessant om te weten hoe de Nederlandse huisartsen dat voor elkaar hebben gekregen.

In het eerste hoofdstuk geeft Houwaart belangrijke aanzetten voor een systematische bestudering van het onderwerp. Hij verdeelt de geschiedenis van de Nederlandse huisarts in drie perioden: in de negentiende eeuw ontstond de algemeen geneeskundige; gedurende de eerste decennia van de twintigste eeuw ontwikkelde zich de notie van de generalist of de gezinsarts als tegenhanger van de opkomende specialismen; na de tweede wereldoorlog vond de institutionalisering van het huisartsgeneeskundig beroep plaats. Vervolgens behandelt hij zelf de negentiende eeuw. Houwaart laat zien hoe vaak de grens tussen de individuele geneeskundige zorg en de sociale geneeskunde aanvaardbaar was. Pas gedurende de tweede helft van de negentiende eeuw ontwikkelde zich een specifieke curatieve geneeskunde met veel aandacht voor symptomen en weinig belangstelling voor de sociale omgeving van de patiënt. Dit plaatste de algemeen arts voor een dilemma. Enerzijds schonk de nieuwe geneeskunde hen meer status, inkomen en autonomie, anderzijds was de nieuwe benadering niet altijd geschikt voor de algemene familiepraktijk, waarin de invloed van sociale omstandigheden zich zo nadrukkelijk manifesteerde. Volgens Houwaart is dit dilemma medebepalend geweest voor de identiteit van de moderne huisartsgeneeskunde.

Helaas worden de chronologische en thematische voorzetten van Houwaart in de overige hoofdstukken niet uitgewerkt. In feite bestaat de rest van het boek uit een weinig systematische verzameling van bijdragen over onder-

werpen waarnaar de persoonlijke belangstelling van de auteurs uitgaat. Dat levert hier en daar interessante inzichten op, maar nergens wordt het analytisch niveau van Houwaart bereikt.

Bremer schrijft informatieve stukken over het begrip huisarts, over de bijdrage van huisartsen aan de medische wetenschap in de jaren 1900-1950, en over de medische tijdschriften in dezelfde periode. Hogerzeil brengt de opkomst van de Nederlandse huisarts in verband met de veranderingen in het morbiditeitspatroon en meer in het bijzonder met de overgang van ziekte- naar gezondheidsklachten. Van der Werf behandelt de relatie met de universiteiten en concludeert dat men zeer succesvol is geweest in de ontwikkeling van een specifieke beroepsopleiding, maar dat het moeilijk is gebleken om een eigen onderzoeksterrein af te bakenen. Schouwstra komt in zijn beschrijving van de invloed van wet- en regelgeving tot de conclusie dat huisartsen een intermediaire functie vervullen tussen de ongeschreven maatschappelijke regels en de formele regelgeving van beroepsverenigingen en de overheid. Brouwer beschrijft de naoorlogse pogingen van de huisartsen om zich ten opzichte van de specialisten te profileren. Tenslotte behandelt Aulbers de veranderingen in de werkzaamheden van de huisarts, de praktijkvoering en de arts-patiëntrelatie gedurende de afgelopen eeuw.

In het nawoord constateren de redacteuren dat de economische positie van de huisartsen en de internationale ontwikkelingen niet aan de orde zijn gekomen. Daaraan moet worden toegevoegd dat de cruciale vooroorlogse periode er nogal stiefmoederlijk vanaf komt, en dat is geen toeval. Uit een internationale vergelijking zou zijn gebleken dat juist in deze jaren het materiële aspect en meer in het bijzonder de ontwikkeling van de ziektekostenverzekering van doorslaggevend belang was voor het voortbestaan van de huisarts. Landen waar tot op heden een bloeiend huisartsgeneeskundig beroep bestaat, zoals Engeland en Denemarken, kenden in deze jaren een wettelijke regeling van de ziektekostenverzekering die de huisartsen bevoordeelde boven de opkomende specialismen en de ziekenhuiszorg. Nederland kende een dergelijke regeling niet, maar hier stond het vrijwillige ziekenfondswezen onder grote invloed van de goed georganiseerde huisartsen en dit had een soortgelijk resultaat.

Het Ziekenfondsenbesluit van 1941 introduceerde de verplichte verzekering, breidde het verstrekkingenpakket drastisch uit, en maakte in één klap een einde aan de overwegende invloed van de huisartsen op het ziekenfonds-

wezen. En dat aan het begin van de periode waarin de specialistische zorg de algemene praktijk zowel inhoudelijk als numeriek toch al leek te gaan overvleugelen. Daarom bogen de Nederlandse huisartsen zich over de lang verwaarloosde inhoudelijke beroepsontwikkeling. Deze tweede cruciale periode komt in de verschillende bijdragen wél aan bod. Dat is ook niet verwonderlijk, want de meeste auteurs waren zelf bij dat proces betrokken. In diverse hoofdstukken vinden we verwijzingen naar 'De huisarts en zijn patiënt' van Buma (1950), de oprichting van het Nederlands Huisartsen Genootschap (1956) en de Woudschotenconferentie (1959). Bij deze gelegenheden werd het huisartsenberoep inhoudelijk gepositioneerd tegenover de medisch specialismen door de zorg als continu, integraal en persoonlijk te omschrijven. Het zelfvertrouwen groeide en overheid en verzekeraars raakten overtuigd van het nut van de huisarts. In de jaren zestig werden de honoraria fors opgetrokken, kwam er subsidie voor het Nederlands Huisartsen Instituut en werden de eerste hoogleraren huisartsgeneeskunde benoemd. Aan het begin van de jaren zeventig gingen de opleidingen van start en werd de huisartsenregistratie ingevoerd. Daarmee was het institutionaliseringsproces voltooid.

Het is het interessant om te lezen hoe een aantal direct betrokkenen terugkijkt op de gebeurtenissen van de afgelopen decennia. Heelaas zijn de auteurs niet alleen in de keuze van hun onderwerp, maar ook in de onderbouwing dicht bij huis gebleven. Het bronnenmateriaal omvat voornamelijk artikelen uit medische tijdschriften en door medici geschreven boeken. Er wordt zelden verwezen naar schriftelijk materiaal dat door andere partijen in de gezondheidszorg is geproduceerd, of naar de bijdragen die sociale wetenschappers en historici in de loop der jaren aan de geschiedenis van de Nederlandse huisarts hebben geleverd. Archiefonderzoek is al helemaal niet aan de orde. Daardoor blinken de bijdragen niet uit door originaliteit of volledigheid en zijn de interpretaties vaak eenzijdig of achterhaald.

Mijn belangrijkste bezwaar is echter dat het boek zo onevenwichtig en onsamenhangend is, dat men na lezing nog steeds niet weet waarom het huisartsgeneeskundig beroep in Nederland bleef bestaan en de huisarts zich uiteindelijk zo succesvol kon professionaliseren. De redacteuren hadden zonder veel moeite een evenwichtiger corps van auteurs kunnen samenstellen en hadden de bijdragen veel kritischer moeten bekijken. Bovendien hebben ze een kans gemist door geen afsluitend hoofdstuk te schrij-

ven, waarin de verschillende bijdragen in een bredere visie op de geschiedenis van de Nederlandse huisarts hadden kunnen worden geplaatst. De daarvoor benodigde literatuur is zeker voorhanden. Het boek bevat lezenwaardige stukken en een aantal tekortkomingen wordt door de redactie zelf gesignaleerd, maar consequenties zijn daar kennelijk niet uit getrokken. In ruil voor een beter product had ik nog best een jaartje op het eerste boek over de geschiedenis van de Nederlandse huisarts willen wachten.

H.F. van der Velden

### Functionele klachten

Van Spaendonk KPM, Berger HJC, Haverkort AFM, Van de Lisdonk EH. Functionele klachten in de medische praktijk. Een werkmiddel. Assen: Van Gorkum, 1996; 160 bladzijden, prijs NLG 35,-. ISBN 90-232-3056-6.

Functionele klachten stellen hulpverleners in de gezondheidszorg vaak voor problemen. Niet-medici weten niet hoe ze de somatische klachten moeten duiden, artsen vinden er vaak geen somatische verklaring voor. Cursussen om te leren hiermee in de praktijk om te gaan, hadden in het postacademisch onderwijs aan huisartsen en klinisch psychologen in Nijmegen gretig aftrek. Dit boekje, dat de neerslag van deze cursussen is, beoogt een praktische leidraad te verschaffen aan iedereen die als hulpverlener wordt geconfronteerd met functionele klachten. De benadering ontleent weliswaar veel elementen aan de gedrags-, directieve en cognitieve therapie, maar is voornamelijk gericht op de problemen zoals de huisarts die in de spreekkamer ontmoet. De eerste twee auteurs zijn beiden klinisch psycholoog en psychotherapeut, de laatste twee huisarts.

In tien hoofdstukken wordt de huisarts begeleid over een pad, dat begint met het signaleren van een functionele klacht en eindigt bij een proceduremodel voor gedragsverandering. In een vlotte stijl worden situaties geschetst die menig huisarts zal herkennen. Naast de methodische aanpak worden vele adviezen gegeven om valkuilen te vermijden. Het geheel vormt een verfrissende bron van inspiratie. Uitgangspunt van het werkmiddel is: beschouw de functionele klacht als een vorm van gedrag. Onder functionele klachten verstaat men onverklaarde lichamelijke klachten waarbij vermoedelijk sprake is van psychosociale dynamiek. Iedereen vormt zich een gedragsrepertoire: 'het hele palet van gedragingen waarmee een indi-

# Redactiecommissie H&W

## Jaarverslag 1996

vidu inspeelt op wat er rond hem heen gebeurt'. Schiet het gedragsrepertoire tekort bij confrontatie met uitwendige omstandigheden, danervaart men onlust. Deze onlust kan met een onbewuste manoeuvre worden geëxternaliseerd in de vorm van een klacht waarmee men toegang krijgt tot de hulpverlening.

Na het signaleren van een klacht als functioneel dient men af te stappen van pogingen om de klacht organisch of psychologisch te duiden. Openlijk en welbewust dient men de aandacht te richten op de omstandigheden waarin de klachten optreden en hoe de patiënt zich hierin gedraagt. Door de klacht terug te brengen tot gedrag, geeft men tevens aan dat de patiënt er iets aan kan doen, en blokkeert men het proces van externalisatie. Bij de patiënt kan een belangrijke weerstand bestaan tegen deze aanpak. Deze weerstand kan voor een deel worden voorkomen door de relatie met de patiënt duidelijk te bespreken en van te voren een afspraak te maken over de niet-medisch-technische benadering. Gaat de patiënt akkoord, dan is een directieve aanpak van concreet gedrag verder het devies.

Na herdefiniëren van het probleem om een behandeldoel zichtbaar te krijgen, kan men een therapeutische strategie formuleren en de patiënt verder begeleiden. Dit is tevens het moment om te beslissen of men deze begeleiding zelf ter hand neemt, of de patiënt verwijst naar een psychotherapeut. Besluit men samen door te gaan, dan is het sluiten van een behandelingscontract, waarin onder meer zaken als de vertrouwelijkheid van de consultatie, medicatiebeleid en het nakomen van afspraken worden afgesproken, een belangrijke voorwaarde voor het welslagen. De begeleiding strekt zich uit over diverse consulten.

De auteurs weten hun boodschap duidelijk over te brengen. Zij pretenderen geen wetenschappelijke verhandeling te geven, maar een praktische ondersteuning voor het werk van de huisarts. Het lezen van het boek alleen is echter niet voldoende om het werkmodel probleemloos toe te passen. Het vereist flink wat reflectie op de eigen werkwijze en de eigen doelstellingen en tevens een andere opstelling als therapeut. Een cursus, supervisie of samenwerking met een psychotherapeut lijkt in het begin wel voorwaarde voor succes. Maar ook voor huisartsen die niet van plan zijn hun beleid bij patiënten met functionele klachten wezenlijk te veranderen, bevat het boekje vele tips om de relatie soepel te laten verlopen. Aanbevolen voor iedereen die in dit onderwerp is geïnteresseerd.

J.S. Meijer

### Activiteiten

- Er is een derde poging ondernomen om *Huisarts en Wetenschap* geïndexeerd te krijgen in Index Medicus en Medline. Eind 1996 was deze aanvraag nog in behandeling.
- In het kader van de intensivering van de contacten met auteurs is de rondgang langs de secties onderzoek van universitaire huisartseninstituten en andere relevante onderzoeksinstellingen en langs enkele hoofden van de beroepsopleidingen tot huisarts afgerond.
- Tijdens deze rondgang zijn globaal gezien de volgende opvattingen genoteerd:
  - H&W moet een wetenschappelijk tijdschrift blijven, maar vervult voor onderzoekers hoogstens een rol op het tweede plan, ná de Engelstalige tijdschriften (algemeen medisch, huisartsgeneeskundig en andere disciplines);
  - dubbelpublicaties worden een geschikt – zij het arbeidsintensief – compromis geacht om belangwekkende onderzoeksbevindingen aan Nederlandse huisartsen te rapporteren;

- er overheerst instemming met (of er wordt expliciete waardering uitgesproken voor) de relatief zware beoordelingsprocedure van de redactiecommissie, de uitgebreide brieven aan auteurs en de eindredactionele bewerking; wel blijken er in de casuïstische sfeer bij auteurs de nodige irritaties en teleurstellingen te bestaan over beslissingen, handwijzen en communicatie van de redactiecommissie en de eindredacteur;
- een scala aan suggesties van uiteenlopende aard is genoemd om de inhoud van H&W en het redactionele proces te verbeteren.
- Tijdens de bespreking van de rapportage over bovengenoemde rondgang is door de redactiecommissie het volgende vastgesteld:
  - de criteria met betrekking tot dubbelpublicaties blijven gehandhaafd: relevante en goede artikelen die in een buitenlands tijdschrift gepubliceerd zijn of worden, kunnen na vertaling en (eventuele) bewerking voor dubbelpublicatie in aanmerking komen; het initiatief zal doorgaans uitgaan van de auteurs; de redactiecommissie kan actief werven,

### Huisarts en Wetenschap in cijfers

Manuscripten	1987*	1992	1993	1994	1995	1996
Beoordeeld	108	127	148	125†	120	133
Direct geaccepteerd voor redactionele bewerking	10	4	6	3	–	1
Wijziging/aanpassing door de auteurs gevraagd	57	73	77	74	84	77
Afgewezen voor publicatie	41	50	65	48	36	55
Percentage afgewezen manuscripten	38	39	44	38	30	41

### De gepubliceerde artikelen naar rubriek

Soort artikel	1987*	1992	1993	1994	1995	1996
Onderzoek	40	56	46	43	35	31
Methodologie	6	1	–	1	4	–
Literatuur	7	9	6	14	7	7
Casuïstiek	4	–	3	–†	2	4
Beschouwing	34	21	26	17	25	23
Bespreking	14	17	12	17	24	16
Commentaar (incl. redactioneel)	8	6	9	16	10	4
Ingezonden	20	25	37	39	23	25
Boekbesprekingen (geïndexeerde)	18	33	30	36	25	35
Totaal	151	168	169	183	155	145

\* Eerste registratiejaar. † Exclusief 14 korte gevalbeschrijvingen

maar systematisch nalopen van de inhoud van alle relevante tijdschriften stuit op tijdgebrek en twijfels over het rendement van een dergelijke procedure;

- mede ten einde de publicatie van beschouwende of opiniërende bijdragen te stimuleren, zal een actiever wervingsbeleid worden gevoerd met betrekking tot onderwerpen die zich lenen voor een commentaar, wetenschappelijke beschouwing of klinische les.
- *Huisarts en Wetenschap* staat open voor evaluatie-onderzoek van huisartsgeneeskundig onderwijs, kwalitatief onderzoek, methodologische bijdragen en auteurs van niet-huisartsgeneeskundige origine;
- de beoordelingsprocedure van manuscripten blijft ongewijzigd;
- in de correspondentie met auteurs zal – indien relevant – de rapportage van een externe beoordelaar als bijlage worden opgenomen.
- De redactiecommissie staat positief tegenover de continuering van de deelname van een niet-huisarts met methodologische/epidemiologische expertise en van een wetenschappelijk ervaren huisarts uit Vlaanderen aan de redactiecommissie.
- Op de advertentie voor aspirant-leden van de redactiecommissie is door zes sollicitanten gereageerd. Uiteindelijk zijn twee van hen uitgekozen.

### Samenstelling van de redactiecommissie

Op 22 mei 1996 overleed prof.dr. F.W.M.M. Touw-Otten; zij was sinds oktober 1995 aspirant lid van de redactiecommissie. Prof.dr. J. de Maeseneer trad eind 1996 op reglementaire gronden uit de commissie en dr. B. Terluin werd december 1996 tot lid van de commissie benoemd.

Dr. Frans J. Meijman,  
voorzitter redactiecommissie

### Mededelingen voor de Agenda in nummer 7 (juni) moeten op uiterlijk 15 mei in het bezit zijn van het redactiesecretariaat.

#### Meeting the needs of the infected and affected

*Amsterdam, 21-24 mei.* 3rd International conference on home and community care for persons living with hiv/aids.

Inlichtingen: Bureau PAOG, tel. (020) 566.4801; fax (020) 696.3228; e-mail F.Wolters@inter.nl.net.

#### Realizing a gender-sensitive health care

*Amsterdam, 25-27 juni.* Internationale, interdisciplinaire conferentie over vrouwen en gezondheid.

Inlichtingen: Congresbureau Universiteit van Amsterdam, tel. (020) 5254791/2946, fax (020) 5254799; e-mail congres@bdu.uva.nl.

#### Prevention and Health Promotion in Primary Care

*Kvêtna, Tsjechië, 30 juni – 4 juli.* WONCA Europe Region/European Society of General Practice/Family Medicine Regional Meeting. Inlichtingen: ESGP/FM '97 c/o Guarant Ltd, Opletalova 15, CZ-11000 Praha 1, Republiek Tsjechië; tel. (00.42.2) 2421.0650; fax (00.42.2) 260.130.

#### 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, Seoel 135-603, Korea.

#### Research in health care – philosophical, ethical and historical aspects

*Padua, 21-23 augustus.* 11e 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.

#### ■ 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.

### 1998

#### 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.

#### ■ Philosophy of and philosophy in healthcare education

*Marburg, Duitsland, 20-22 augustus 1998.* 12e Jaarlijkse conferentie van de European Society for Philosophy of Medicine and Health Care. Abstracts en registratie vóór 1 november 1997. Inlichtingen: prof.dr. H. ten Have, Vakgroep Ethiek, Filosofie en Geschiedenis van de Geneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen; fax (024) 3540254.

■ betekent: eerste vermelding.