

Prioriteiten onderzoek

Wat zou het prachtig zijn, wanneer een betere wisselwerking tussen praktiserende huisartsen en onderzoekers zou leiden tot voor de praktijk nog relevantere vraagstellingen. En wat zou het mooi zijn, wanneer de resultaten van die relevante onderzoeken vervolgens gepubliceerd zouden worden in *Huisarts en Wetenschap* en de gewaardeerde lezers hun gedrag zouden aanpassen aan deze bevindingen.¹

Maar is het wel zo, dat zo'n dialoog leidt tot relevantere vraagstellingen? En passen lezers hun werkwijze aan aan wat ze lezen in *Huisarts en Wetenschap*? De wetenschapsbijlagen van NRC en Volkskrant hebben vermoedelijk meer invloed op de gemiddelde Nederlandse dokter, en wil je die bijlage als onderzoeker bereiken, dan doe je er goed aan om te publiceren in de top-10 van internationale medische tijdschriften en de samenvatting als persbericht te verspreiden.

Wil je subsidiegevers verleiden tot het subsidiëren van je onderzoeksvoorstel, dan moet je je onderzoeksvoorstel voorzien van een lijst van internationale publicaties van de eigen onderzoeksgroep. Dat onderzoeksvoorstel, gesteld in het Engels, wordt vervolgens voorgelegd aan buitenlandse referenten. Deze referenten, meestal ook beroepsonderzoekers, hebben vaak geen flauw idee van wat de Nederlandse huisarts bezighoudt. De wetenschapsbeoordelaars in ons land houden nauwlettend in de gaten hoe goed Nederlandse onderzoekers internationaal scoren. En internationaal score je niet met nationale publicaties. Ik betwijfel of het wenselijk is, dat deze vicieuze cirkel doorbroken wordt. De toegenomen internationalisering van de wetenschap maakt het forum voor elk willekeurig wetenschapsgebied groter en de concurrentie geeft belangrijke impulsen aan de kwaliteit.

Een ander punt van zorg betreft de korte metten die *Meijman* wil maken met alles wat opgebouwd is rond de huisarts als object van onderzoek. In de jaren zeventig en tachtig jaren hebben gedragswetenschappers belangrijke bijdragen geleverd aan de onderzoeksagenda van de huisartseninstituten in ons land en ook het Nivel mag in dit verband weleens genoemd worden. Deze traditie heeft veel deskundigheid opgeleverd op gebieden als interdoktervariatie, arts-patiëntcommunicatie en werkstijlen. Het lijkt me niet verstandig om deze onderzoekslijnen op te laten drogen, hoezeer ik me kan vinden in *Meijmans* pleidooi voor onderzoek naar klachten, ziektebeelden, diagnostiek en behandeling. Ik zie niet goed hoe *Meijman* zich

een onderzoek voorstelt naar het tot stand komen en registreren van een diagnose als astma, terwijl we van hem tegelijkertijd niet langer naar interdoktervariatie mogen kijken. Overigens is astma het voorbeeld par excellence van een diagnose waarbij een kluwen van factoren speelt en bijvoorbeeld verschillen in afspraken gemakkelijk tot 'prevalentie'-verschillen kunnen leiden.

Tenslotte verbaast het me al jaren, dat alle kennishiaten die worden aangetroffen tijdens de totstandkoming van die mooie NHG-standaarden, niet systematisch worden toegevoegd aan een Nationale Agenda voor Huisartsgeneeskundige Onderzoeksprioriteiten.

Hans van der Wouden
Instituut Huisartsgeneeskunde
Erasmus Universiteit Rotterdam

1 Meijman FJ. Prioriteiten bij huisartsgeneeskundig wetenschappelijk onderzoek: terug naar de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1997; 40: 261-4.

Naschrift

Met alle respect voor het belang van internationalisering, de kern van de huisartsgeneeskunde ligt in het hulpverleningscontact tussen patiënt en huisarts. Aan die bij uitstek 'lokale' ontmoeting worden de relevantie en de geldigheid van huisartsgeneeskundig wetenschappelijk onderzoek afgemeten. Als de internationalisering kan bijdragen aan het opruimen of ijken van die maatstaf, prima, maar internationalisering blijft een middel en is geen doel op zichzelf. Al misdienaartje spelend op het altaar van de internationale mammon kan men het zicht op de werkelijkheid in de dagelijkse praktijk gemakkelijk verliezen. Mijn bijdrage was slechts bedoeld als een signaal vanaf de kerkbanken.

Praktijkrelevant – dat is niet per se patiëntgebonden – onderzoek is moeilijk, maar dat is geen excuus om voort te borduren op het vertrouwde stramien. Over nogal wat onderwerpen en invalshoeken weten we gewoon voldoende. Overigens zijn niet zozeer de prevalentieverschillen en interdoktervariatie bij astma relevant, als wel de uitkomsten van interventies van huisartsen bij 'astma-achtige' klachten en symptomen. Als (internationaal opererende) wetenschapsbeoordelaars daar geen oren naar hebben, ligt er een mooie taak voor onderzoek-leiders en het NHG.

Frans J. Meijman

Vrouwe Placebo

Met oprechte deelneming moet ik de lezer berichten dat (in weerwil van het artikel van *Terluin*¹) Vrouwe Placebo weleens overleden kon zijn. Of wellicht is het beter de vraag op te werpen of zij werkelijk heeft bestaan. Op een wetenschappelijk congres in Utrecht (mei 1997) over 'Het placebo effect: een wetenschapshistorische illusie!?' lichtte mw. G. Kienle – arts/wetenschappelijk onderzoeker aan het Institut für angewandte Erkenntnistheorie te Freiburg – het resultaat van haar onderzoek naar het bestaan van het placebo-effect toe: 'in geen enkele studie was sprake van een placebo-effect'. Wel waren er tal van andere factoren: spontane verbeteringen, selectie-effecten, psychotherapeutische effecten, verkeerd citeren.^{2,3} Waarschijnlijk heeft Terluin hier niet van afgeweten.

Hoe is echter deze Vrouwe wel te waarderen, nu zij haar naam zal moeten afstaan? Welke andere afgeezant van de hemel kan de arts ondersteunen? Het artikel geeft hierop wel een goed antwoord: Moeder Natuur en de arts in ons, met de wil tot genezing, die vorm en kracht krijgt door opbouw van vertrouwen, geloofwaardigheid, actieve involvering van de patiënt, kleine psychotherapie. De 'Echte Therapie' kan niet zonder deze hulp. Het woord 'placebo' mag als onbruikbaar begrip uit de medische literatuur verdwijnen. 'Echte Therapie' mag er niet inkomen.

J. Dries,
huisarts te Alkmaar

1 Terluin B. Vrouwe Placebo. *Huisarts Wet* 1997; 40(7): 285-9.

2 Kienle G. Der sogenannte placeboeffect. 1995.

3 Kienle G. Placebo effect and placebo concept. A critical methodological analysis of reports on the magnitude of the placebo effect. 1996.

Naschrift

Het werk van mevrouw Kienle is mij onbekend, maar als zij beweert dat het placebo-effect niet bestaat, denk ik dat het om een definitiekwestie gaat. In elk geval geldt voor een uitgebreid scala aan klachten en kwalen dat een behandeling zonder specifiek werkzame elementen (dus zonder Echte Therapie) meestal een beter resultaat geeft dan helemaal geen behandeling. Dit kan men vaststellen in studies waarin, naast een placebocontrolegroep, ook een onbehandelde controlegroep is opgenomen. De met een placebo behandelde groep

doet het meestal beter dan de onbehandelde groep. Vandaar dat men van een placebo-effect spreekt. Vrouwe Placebo doet meer dan alleen Moeder Natuur.

Dankzij placebogecontroleerd onderzoek weten we dat onze patiënten niet zelden beter worden door andere oorzaken dan wij dachten. Daardoor hebben we 'onwerkzame' therapieën als aderlaten en glomectomie kunnen afschaffen. Maar tevens hebben we geleerd dat de behandelsituatie op zichzelf (dus los van de specifieke inhoud) een aantal geneeskrachtige elementen bevat; ik noemde de therapeutische context en relatie, de geloofwaardige rationale en het ritueel. Wanneer we deze en andere specifieke therapeutische factoren (die onder het begrip placebo vallen) beter zouden leren kennen en doelbewust in behandelingen zouden kunnen gaan toepassen (als betrof het specifieke therapie), kan op een bepaald moment het onderscheid tussen specifiek en aspecifiek vervagen. Wanneer we tenslotte Vrouwe Placebo al haar geheimen zouden hebben ontfutseld, zouden we haar inderdaad ten grave kunnen dragen, zoals Dries suggereert. Maar ik betwijfel of het ooit zover zal komen.

B. Terluin

Psychische begeleiding na infarct

Voor dit onderzoek werden ruim 2300 patiënten na een hartinfarct at random toegewezen aan een revalidatie- en een controlegroep. De revalidatie bestond uit zeven sessies met ontspanningsoefeningen, stresshantering en herstel van zelfvertrouwen. Beide groepen werden na zes en na twaalf maanden geïnterviewd. Na zes maanden waren er geen significante verschillen tussen beide groepen met betrekking tot bezorgdheid, depressiviteit en werkhervatting; wél waren in de interventiegroep de frequentie van angina pectoris en het medicijngebruik lager. Na een jaar was er geen verschil meer tussen beide groepen. Niettemin werd de begeleiding zeer op prijs gesteld door de patiënten en hun partners. De psychiater Mayou tekent hierbij aan dat geen van de onderzoekers gespecialiseerde psychologische ervaring had.

Jones DA, West RR. Psychological rehabilitation after myocardial infarction: multicentre randomised controlled trial. *BMJ* 1996; 313: 1517-21.

Mayou R. Editorial. *BMJ* 1996; 313: 1498-9.

M. Sanders

Vallen van ouderen

Ouderen blijven vaak stilstaan tijdens een wandeling als zij een gesprek willen voeren; kennelijk lukt het hun niet goed zich op twee dingen tegelijk te concentreren. Dit gegeven was uitgangspunt voor een eenvoudige, gratis test. In een verpleeghuis begeleidde de fysiotherapeut 58 ambulante ouderen bij een korte wandeling. Hij begon een gesprek en lette op of de proefpersoon daarbij bleef lopen. Twaalf personen konden deze 'walky talky'-test niet uitvoeren; van deze twaalf hadden er tien binnen een halfjaar een valpartij, tegen elf uit de andere groep. Het verschil was significant.

Ludin L, Nyberg L, Gustafson Y. 'Stops walking when talking' as a predictor of falls in elderly people. *Lancet* 1997; 349: 617.

M. Sanders

Botdichtheid en borstkanker

Is er een relatie tussen de botdichtheid en het risico op borstkanker? Van bijna 1400 vrouwen van gemiddeld 60 jaar, die meededen aan de Framingham-studie, werden eind jaren zestig röntgenfoto's van de hand gemaakt en werd de

botmassa gemeten. Hierna werd tot eind 1993 nagegaan bij welke vrouwen borstkanker werd ontdekt. De vrouwen werden ingedeeld in vier groepen, afhankelijk van hun botmassa.

In de follow-up periode kregen 91 vrouwen borstkanker. In de groep vrouwen met de grootste botmassa steeg de cumulatieve incidentie van borstkanker in de loop van de jaren het snelst. Vrouwen in deze groep hadden een 3,5 maal grotere kans op het krijgen van borstkanker dan de vrouwen in de groep met de geringste botmassa. Voor de andere twee groepen was deze kans 1,3 maal zo groot. De metacarpale botmassa van vrouwen op middelbare en oudere leeftijd is dus een sterke voorspeller van het risico op borstkanker; het verband is hoogstwaarschijnlijk de cumulatieve expositie aan oestrogenen.

Zhang Y, Kiel D, Kreger BE, et al. Bone mass and the risk of breast cancer among postmenopausal women. *N Engl J Med* 1997; 336: 611-7.

Germa Joppe

Longfunctiemeting

Piekstroommetingen zijn belangrijk bij de diagnostiek van astma. Bij zelfbehandeling van astma is de rol van de meter meer controversieel. De meter zou, naar analogie met de zelfmonitoring van de bloedglucose bij diabetespatiënten, de astmapatiënt in staat stellen zelf de medicatie aan te passen. Grote gerandomiseerde onderzoeken laten echter geen bewijzen zien voor een betere behandeling door monitoring van de piekstroom. Onderzoeken waarin zelfbehandeling op basis van klachten werd vergeleken met zelfbehandeling op basis van piekstroommonitoring, lieten zien dat beide vormen even effectief waren. Verder blijkt ook bij de piekstroommonitoring de therapietrouw vaak matig: een op de vier metingen wordt niet geblazen maar verzonnen.

Voorstanders van de piekstroommonitoring wijzen altijd op de slechte correlatie tussen objectieve metingen en symptomen. Recent onderzoek naar de prestatie van piekstroommeters maakt de verwarring mogelijk nog groter. Als de waarden gemeten met de mini-Wright piekstroommeter gecorrigeerd werden voor hun meetfout, zou het percentage patiënten dat een orale kuur met prednison nodig had, toemen van 16 tot 23 procent, zonder dat de patiënten last hadden van de onnauwkeurigheid van de piekstroommeter of de onderbehandeling.

Omdat het bijna onmogelijk is om elke me-

NOTA BENE

Ofschoon de patiënt opziet tegen het moeten spuiten van insuline, blijkt het in de praktijk mee te vallen.

Stelling bij: Goddijn P. Improving metabolic control in NIDDM patients referred for insulin therapy. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1997.

ting te corrigeren voor de meetfout, stelt de auteur voor om zelfbehandelingsplannen op maat te maken. Het gebruik van de piekstroommeter zou beperkt moeten worden tot patiënten die hun astmaklachten slecht waarnemen. Bij patiënten met een mild/matig ernstig astma adviseert hij een zelfbehandelingsplan op basis van klachten. Voor patiënten met een ernstig astma en/of de moeilijk in te stellen patiënten dient rekening gehouden te worden met de meetfouten van de piekstroommeter, zodat er geen onnodige onderbehandeling plaats vindt op het moment dat er feitelijk sprake is van een verslechtering van hun astma.

Legge JS. Peak-expiratory-flow meters and asthma self-management [editorial]. *Lancet* 1996; 347: 1709-10.

Joost den Otter

Borstkanker na abortus

In de literatuur bestaat een controverse over de vraag of abortus provocatus de kans op borstkanker verhoogt of verlaagt. In de Deense centrale kankerregistratie werden alle vrouwen bij wie tussen 1935 en 1978 een mammacarcinoom was ontdekt, geïdentificeerd. Hun gegevens werden gecombineerd met gegevens uit de centrale registratie van abortus provocatus, waarin ook is vermeld in welk stadium van de zwangerschap de ingreep is verricht.

De kankerincidentie in deze groep van bijna 1300 vrouwen verschilde niet van de kankerincidentie in de gehele bevolking. Alleen bleek dat vrouwen die vóór de zevende week van de zwangerschap een abortus hadden laten verrichten, een verminderd (0,81) risico op een mammacarcinoom hadden, terwijl bij vrouwen met een abortus ná de 20e week, de kans op borstkanker juist (1,38) verhoogd was.

In het *editorial* merkt Harge op dat in een dergelijk onderzoek de patiënten niet onderzocht konden worden naar andere gegevens, zoals familiale aanleg. Wat de invloed van de zeer vroege of zeer late abortus op de kankerincidentie betreft, merkt de schrijver op dat de aantallen – respectievelijk 36 en 14 – te klein zijn om hierop een statistische analyse toe te passen.

Melby M, Wohlfart J, Olsen JH, et al. Induced abortion and the risk of breast cancer. *N Engl J Med* 1997; 336: 81-5.

Harge P. Abortion, breast cancer and epidemiology [editorial]. *N Engl J Med* 1997; 336: 127-8.

H.G. Frenkel-Tietz

Kans op CVA na hartinfarct

In dit onderzoek werd nagegaan hoe groot de kans op een CVA is bij patiënten in de vijf jaar na een myocardinfaarct. Het was bekend dat kort na het infarct CVA's optraden indien er murale trombi waren ontstaan ten gevolge van a- of dyskinesie van de hartspier. In dit onderzoek werden alle CVA's geregistreerd die in de loop van vijf jaar na het infarct optraden. Het ging om 2231 patiënten uit vijf grote Amerikaanse centra. Alle patiënten hadden een vergroot hart zonder duidelijke tekenen van decompensatie cordis.

Het bleek dat alleen patiënten met een verlaagde uitdrijvingskracht van de linker ventrikel kans hadden op een CVA. Bij 0,5 procent van deze groep ontstond al vóór de 16e dag een CVA. Bij deze patiënten was trombolytische therapie een beschermende factor. In totaal ontstond bij 5 procent van de onderzochte groep een CVA in de loop van vijf jaar. De groep die een CVA ontwikkelde was ouder: gemiddeld 63 jaar tegen 59 jaar van de restgroep. In tegenstelling tot de vroege CVA's had trombolytische therapie geen beschermend effect tegen een laat CVA; wel bleken anticoagulantia en in nog sterkere mate aspirine een beschermend effect te hebben tegen een laat CVA.

Loh E, Sutton M StJ, Wun CC, et al. Ventricular dysfunction and the risk of stroke after myocardial infarction. *N Engl J Med* 1997; 336: 251-7.

H.G. Frenkel-Tietz

Cognitief disfunctioneren en rijvaardigheid

Mensen met (beginnende) dementie lopen meer kans betrokken te raken bij verkeersongevallen. In Noorwegen is het aantal personen >65 jaar met een rijbewijs sinds 1983 verdubbeld. Er zijn richtlijnen voor huisartsen om te beoordelen of personen >70 jaar nog rijbevoegd mogen zijn; deze bevatten echter geen tests ter beoordeling van de cognitieve vermogens. In dit onderzoek werd nagegaan of, en op welke manier huisartsen het cognitief functioneren onderzoeken. Hiertoe werd aan 532 huisartsen een vragenlijst gestuurd; 274 huisartsen zonden bruikbare antwoorden terug.

Meer dan 50 procent van de respondenten trachtte bij rijbewijsexaminaties altijd globaal het cognitief niveau in te schatten. Van hen gebruikte maar 22 procent een officieel erkende test en dan alleen nog maar in die gevallen waarin ze twijfelden over het mentaal niveau

van de gekeurde. In 80 procent van de gevallen was deze test de MMSE. Uit het onderzoek bleek verder dat huisartsen het moeilijk vonden mensen om cognitieve redenen hun rijbevoegdheid te ontfeggen. Jongere artsen hadden hier over het algemeen minder moeite mee dan oudere artsen.

Voorgesteld wordt bij rijbewijsexaminaties richtlijnen op te stellen voor een eenvoudige cognitieve screeningstest met een hoge sensitiviteit. Gekeurden met een positieve testuitslag moeten dan worden verwezen naar een instantie, waar artsen met ervaring op cognitief gebied en rij-instructeurs bepalen of het verantwoord is een certificaat af te geven.

Braekhus A, Engedal K. Mental impairment and driving licenses for elderly people. A survey among Norwegian general practitioners. *Scand J. Prim Health Care* 1996; 14: 223-8.

Annemieke Bakker

Fluisterspraaktest

Gehoorsvermindering is een veel voorkomend gezondheidsprobleem bij de oudere mens. Doel van dit onderzoek was na te gaan wat de diagnostische waarde is van de fluisterstem als eenvoudige screeningstest om in de huisartspraktijk gehoorverlies op te sporen. De diagnostische waarde van de fluisterstem werd onderzocht door de sensitiviteit en specificiteit te vergelijken met andere eenvoudige diagnostische tests, met het audiogram als referentie. In een periode van zes weken werden alle patiënten van ≥55 jaar die de polikliniek KNO voor een audiogram bezochten, ook onderzocht met behulp van diverse eenvoudige screenings-tests. In totaal werden 62 patiënten onderzocht.

Op basis van de audiometrie hadden 73 van de 124 oren een gehoorverlies >30 dB en 41 oren een gehoorverlies >40 dB. Uit de test van de fluisterstem volgde dat 76 van de 124 oren een verlies >30 dB hadden. De sensitiviteit en specificiteit waren respectievelijk 90 en 80 procent. Alle andere eenvoudige screeningstests hadden een lagere specificiteit. Er was echter wel een brede variatie in uitkomsten tussen de verschillende onderzoekers van de fluisterstem. Een mogelijke verklaring hiervoor is de luidheid waarmee gefluisterd werd.

Eekhof JAH, De Bock GH, Laat JAPM, et al. The whispered voice. The best test for screening for hearing impairment in general practice? *Br J Gen Pract* 1996; 46: 473-4.

Annemieke Bakker

Dieet bij hoofdpijn

Op 12 februari 1997 promoveerde de natuurgeneeskundig en homeopathisch arts Eveline Lugard in Rotterdam op het proefschrift 'De effecten van een eliminatiedieet op spanningshoofdpijn en migraine. Een gerandomiseerd onderzoek'.¹ Promotor was prof.dr. A.F. Casparie, copromotor dr. H.G.T. Nijs. Het proefschrift wordt besproken door dr. J. Kleijnen, verbonden aan de afdeling Klinische Epidemiologie & Biostatistiek van het Amsterdamse AMC.

In dit proefschrift wordt verslag gedaan van een gerandomiseerd onderzoek naar de effecten van een natuurgeneeskundige interventie bij patiënten met spanningshoofdpijn en migraine. Schrijfster is huisarts met homeopathische en natuurgeneeskundige opleidingen, en is werkzaam als natuurgeneeskundig arts. Het onderzoek werd gedurende vijf jaar in de eigen praktijk verricht; anderhalf jaar later volgde de promotie. Het proefschrift geeft een gedetailleerd verslag van alle aspecten van het onderzoek.

In het eerste hoofdstuk wordt uitgebreid aandacht besteed aan theoretische overwegingen bij het beoordelen van de werkzaamheid van een behandeling vanuit een methodologisch perspectief. Definities, prevalentie en pathogenese van spanningshoofdpijn en migraine worden behandeld, waarbij het perspectief zowel regulier neurologisch als natuurgeneeskundig is. Het mechanisme van 'ontslakking', het uitscheiden van opgestapelde stofwisselingsresten ('slakken') wordt vanuit natuurgeneeskundig perspectief beschreven. Het uiteindelijke onderzoeksdesign houdt rekening met regulier methodologische theorieën en met de natuurgeneeskundige principes van de behandeling.

Vraagstelling en methoden

De vraagstelling luidde:

- Indien patiënten met spanningshoofdpijn en/of migraine bepaalde onderdelen uit de voeding elimineren, treedt er dan een vermindering op van spanningshoofdpijn en/of migraine?
- Heeft de eliminatie van bepaalde onderdelen uit de voeding bij deze patiënten gedurende de eerste week een verergering van de klachten, de zogenaamde 'beginverergering', tot gevolg?

De interventiegroep, 58 patiënten (van wie 15 alleen spanningshoofdpijn en 43 tevens migraine hadden), werd geadviseerd de volgende voedingsmiddelen te vermijden: koffie, thee, suiker en zoetheid, cacao, varkensvlees, zoete

melkproducten, kaas, overmatig zout, rode wijn en pindas. De controlegroep, 65 patiënten (20 alleen spanningshoofdpijn, 45 tevens migraine), moest ananas, tomaat, wortelen, maïzena, beschuit, crackers, wit brood, peper en koolzuurhoudende limonades vermijden. De voedingsmiddelen van de controlegroep werden geacht geen invloed op hoofdpijn te hebben.

De patiënten werden gerandomiseerd en de voedingsadviezen werden na 4 weken voorregistratie gegeven. Daarna vonden de metingen van het verloop van de hoofdpijn steeds gedurende 4 weken plaats. Na 12 weken kregen de patiënten uit de controlegroep ook het interventiedieet en ging de interventiegroep gewoon door met de interventie. Het aantal uren, dagdelen en het voor intensiteit gecorrigeerde aantal uren spanningshoofdpijn en migraine, alsmede het aantal pijnvrije dagen gedurende 4 weken werden gebruikt als uitkomstmaat. Ook werden medicatiegebruik en het optreden van misselijkheid en braken vastgelegd. De analyse werd uitgevoerd volgens het 'intention to treat'-principe, waarbij de laatste 4 weken van het hoofdpijnregistratieformulier werden gebruikt voor alle ontbrekende registratieperioden.

Resultaten

Na acht weken bedroeg het gemiddelde verschil (van de verschillen voor/na per groep):

- 46 (95%-betrouwbaarheidsinterval 8-84) uren hoofdpijn;
- 8 (95%-betrouwbaarheidsinterval 2-14) dagdelen hoofdpijn;
- 2 (95%-betrouwbaarheidsinterval 0-4) hoofdpijnvrije dagen.

Betreffende de voor intensiteit gecorrigeerde aantal uren hoofdpijn bedroeg het gemiddelde verschil 106 (95%-betrouwbaarheidsinterval 51-161) uren. Het grootste deel van deze verschillen, alle ten gunste van de interventiegroep, betreffen spanningshoofdpijn; voor migraine werden geen duidelijke verschillen tussen de groepen gevonden. Na 8 weken interventiedieet was het gebruik van analgetica gedaald tot vrijwel de helft van de uitgangswaarden, terwijl het gebruik in de controlegroep zelfs licht steeg. Het gebruik van migraine-aanval couperende medicijnen daalde niet. Er werd geen effect gevonden op het aantal dagdelen met misselijkheid of braken.

Om de 'beginverergering' (het effect van de voedingsverandering gedurende de eerste week) te evalueren werd de hoofdpijnregistratie van de eerste week na de voedingsverandering vergeleken met de gemiddelde waarden van de 4 weken van de voorregistratie. Het

gemiddelde verschil (van de verschillen voor/na per groep) bedroeg 15 (95%-betrouwbaarheidsinterval 5-25) uren méér hoofdpijn en 34 (95%-betrouwbaarheidsinterval 13-55) méér uren voor intensiteit gecorrigeerde hoofdpijn voor de interventiegroep. Er werd geen verband gevonden tussen de ernst van de beginverergering en het effect van de voedingsverandering na acht weken.

Commentaar

Het eerste wat opvalt, is dat Lugard slechts één gerandomiseerde trial rapporteert, en dat het proefschrift geen andere artikelen bevat. Dit lijkt zwak, maar is tegelijk de kracht van het proefschrift, door de mogelijkheid om in details te treden. Heel goed wordt aangegeven hoe een acceptabel protocol kan worden opgezet, zowel vanuit regulier als alternatief standpunt. Net zoals Elly de Lange, met haar proefschrift over een homeopathische interventie,² toont deze auteur aan dat je wel degelijk alternatieve interventies kunt onderzoeken rekening houdend met alternatieve én reguliere principes. Daarbij kunnen twee soorten vraagstellingen aan bod komen. Ten eerste een pragmatische vergelijking van bijvoorbeeld behandeling door een natuurgeneeskundige versus een regulier arts, waarbij het hele 'pakket' aan interventies gebruikt kan worden ('black box'-onderzoek). Nadeel van deze aanpak is dat je niet precies kunt nagaan waardoor eventuele gevonden of juist niet gevonden verschillen veroorzaakt zijn. De tweede vergelijking vindt plaats in de setting van de alternatieve therapie, maar beperkt zich tot het evalueren van het nut van een deel van de totale behandeling en geeft een verklaring over welke onderdelen van het pakket belangrijk zijn of niet. Lugards onderzoek houdt een beetje het midden tussen de twee soorten vraagstellingen.

Het is leuk dat dit onderzoek nu eens positieve resultaten laat zien maar, zoals de auteur al aangeeft, deze uitkomst zal overtuigender worden als de resultaten door nieuw onderzoek bevestigd worden. Ook komt de vraag op of alle voedingsmiddelen uit het dieet verwijderd moeten worden, of dat volstaan kan worden met slechts enkele (een stukje kaas met een of twee glaasjes rode wijn is wel lekker en wellicht ook nog gezond). Nieuw onderzoek zal dergelijke vragen moeten beantwoorden.

Het is frappant dat de beginverergering er zo duidelijk uitkomt, maar ook dat er dan geen verband lijkt te zijn tussen de mate van beginverergering en het effect van 8 weken interventiedieet. Men zou verwachten dat de patiënten met een duidelijke beginverergering – een eer-

ste teken dat de therapie aanslaat – het later ook beter doen. Dit aspect wordt in het proefschrift niet verder besproken. Ook is onduidelijk waarom over de beginverergering niet wordt gerapporteerd met de uitkomstmaten 'dagdelen hoofdpijn' en 'hoofdpijnvrije dagen'.

In de beschouwing wordt de criticus het meeste gras voor de voeten weggemaaid. Voor de hand liggende alternatieve verklaringen voor het gevonden effect passeren stuk voor stuk de revue. Dit resulteert in een mooi afgerond geheel, met aanbevelingen voor verder onderzoek en met suggesties hoe hier gemaakte foutjes in de toekomst kunnen worden voorkomen.

Dit proefschrift is verplichte literatuur voor iedere huisarts die overweegt effectiviteitsonderzoek te gaan doen, en met name voor vraagstellingen uit de hoek der alternatieve geneeswijzen.

Jos Kleijnen

- 1 Lugard EK. De effecten van een eliminatiedieet op spanningshoofdpijn en migraine. Een gerandomiseerd onderzoek [dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1997; 190 bladzijden.
- 2 De Lange E. Effects of homeopathic medicines on children with recurrent upper respiratory tract infections [dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1993.

Reactie

Op twee punten wil ik graag een reactie geven.

De bevinding dat er geen relatie leek te zijn tussen de mate van beginverergering en het effect van acht weken voedingsverandering op het aantal uren hoofdpijn, is inderdaad niet becommentarieerd. Een mogelijke verklaring kan gelegen zijn in het feit dat patiënten die tijdens de voorregistratie meer dan de helft van de tijd hoofdpijn hadden, duidelijk meer baat hadden van de voedingsverandering dan diegenen die minder uren hoofdpijn hadden. Bij diegenen met meer dan de helft van de tijd hoofdpijn kon het niet veel erger worden, terwijl de afname van het aantal uren hoofdpijn bij hen groot was. Wellicht is dat de oorzaak van het feit dat er geen relatie werd gevonden tussen de mate van beginverergering en het effect van acht weken voedingsverandering, maar daarover kan ik slechts gissen.

Wat betreft de uitkomstmaten van de beginverergering is, ter wille van de eenvoud, gekozen voor analyse van de meest relevante data, te weten het aantal uren hoofdpijn en het voor

intensiteit gecorrigeerde aantal uren hoofdpijn. Het analyseren van het effect op het aantal dagdelen hoofdpijn en het aantal hoofdpijnvrije dagen is om die reden achterwege gebleven.

Eveline K. Lugard

Staken onderhoudsbehandeling diuretica

Op 15 januari 1997 promoveerde de Schoonhovense huisarts Edmond Walma in Rotterdam op het proefschrift 'Diuretic therapy: current role and effects of withdrawal'.¹ Promotor was prof.dr. E. van der Does, copromotor dr. A.W. Hoes. De dissertatie wordt besproken door Meggy van Kruysdijk, huisarts te Den Bosch.

Als – zoals Walma in zijn inleiding schrijft – bier, koffie en zelfs water beschouwd kunnen worden als diuretica, dan had dit proefschrift, gezien het wijdverbreide gebruik van deze middelen, al veel eerder geschreven moeten worden. Maar ook wanneer de definitie van diuretica tot de farmacologische toepassingen wordt beperkt, blijft staan dat ze zeer frequent worden gebruikt: van de mensen ≥ 65 jaar gebruikt 20 procent langdurig een diureticum en van degenen boven de 80 is dat zelfs 50 procent. Hoewel de titel dit niet vermeldt, handelt dit proefschrift juist over de groep 65-plussers, althans wanneer het gaat over de effecten van staken van de therapie.

Dit omvangrijke gebruik van diuretica is om een aantal redenen een probleem. Vooral door ouderen worden veelal ook andere medicamenten gebruikt. Deze polyfarmacie met de onderlinge interacties, de effecten op de comorbiditeit en de bijwerkingen vormen een erkend probleem en men is het erover eens dat onnodige medicatie vermeden dient te worden.

De indicaties voor het gebruik van diuretica zijn met name hypertensie en hartfalen en in mindere mate (de overigens onjuiste indicatie) het enkeloedeem. Dat zijn diagnoses die in de meeste gevallen door de huisarts worden gesteld. Dit maakt het hier beschreven onderzoek naar het effect van staken van de diureticatherapie zeker relevant voor de huisarts.

Onderzoeksvragen en opzet

Om na te gaan of het langdurig gebruik van diuretica nodig is, worden de volgende vragen gesteld: welk deel van oudere patiënten die langdurig diuretica gebruiken kan deze thera-

pie succesvol staken en welke zijn de effecten daarvan op de bloeddruk, hartfalen en enkele laboratoriumwaarden? En zijn er voorspellers van succes?

Walma heeft eerst een pilotstudie in de eigen praktijk verricht. Na enige aanpassingen in de opzet is vervolgens een multicenter-studie opgezet. Het belangrijkste verschil tussen beide studie-designs is de aanwezigheid van een controlegroep. Het onderzoek is gehouden onder 65-plussers die ten minste gedurende 6 maanden voorafgaand aan het onderzoek diuretica gebruikten, geen manifest hartfalen hadden en wier bloeddruk onder controle was.

De inname werd gecontroleerd door middel van het tellen van tabletten; de randomisatie werd gecontroleerd door zowel patiënt als arts te vragen of de ingenomen tabletten naar hun oordeel echt of placebo waren.

Bij de bespreking van de succespercentage maakt Walma gebruik van een gecorrigeerd percentage. Bij gebruik van een controlegroep kan namelijk het effect van het staken van het medicament losgekoppeld worden van het natuurlijk beloop van de aandoening en van overige optredende morbiditeit. Bij een deel van de patiënten in de controlegroep treedt ook een verslechtering van het beeld op die een interventie nodig maakt. Met dit percentage wordt het succespercentage bij de stopgroep gecorrigeerd.

Resultaten

Onder de 470 patiënten die langdurig diuretica gebruikten, kwamen er 202 in aanmerking voor deelname aan het onderzoek, 53 mannen en 149 vrouwen. De stopgroep (n=102) en de controlegroep (n=100) waren vergelijkbaar naar zowel leeftijd en geslacht als onder meer hartfalenscore, bloeddruk en duur van het diureticagebruik.

Tijdens de zes maanden follow-up werd bij 50 patiënten in de stopgroep weer begonnen met de diureticatherapie, en werd de therapie verhoogd bij 13 patiënten in de controlegroep. De belangrijkste reden was de ontwikkeling van symptomen van hartfalen. Het gecorrigeerde succespercentage was 64 procent. Daarnaast steeg in de stopgroep de bloeddruk gemiddeld 13,5 mm Hg systolisch en 4,6 mm Hg diastolisch. Deze stijging vond gedurende de gehele periode plaats. De veranderingen die directer samenhangen met de vochtbalans (enkeloedeem, lichaamsgewicht), traden vooral in de eerste week op om daarna stabiel te blijven.

Vrouwen hadden wat vaker diuretica nodig. De patiënten die oorspronkelijk diuretica gebruikten vanwege hartfalen, hadden een grote

re kans risico opnieuw met de therapie te moeten beginnen. Tussen leeftijdsgroepen en groepen op basis van de therapieduur werd geen verschil gevonden.

De meest frequente reden om opnieuw diuretica te gaan gebruiken, was het ontwikkelen van hartfalen; dit risico was het grootst in de oorspronkelijk vanwege hartfalen behandelde groep. Ook bij de patiënten met hypertensie en met enkeloedeem was het optreden van hartfalen geregeld een reden om opnieuw met de therapie te beginnen. Aangezien dit hartfalen vooral in de eerste week optrad, lijkt het zinnig het afbouwen van de therapie nog langzamer te laten plaatsvinden.

Aanbevelingen

Walma eindigt met een aantal heldere en concrete aanbevelingen die ik hier wil aanhalen:

De behoefte aan chronische therapie dient regelmatig te worden heroverwogen aan de hand van de volgende checklist: was de indicatie ten tijde van het starten van de medicatie juist en is deze nog steeds aanwezig; heeft zich inmiddels een contra-indicatie voorgedaan; heeft de patiënt bijwerkingen en bestaan er interacties van de therapie; wegen de voordelen van doorgaan met de therapie op tegen de nadelen en zijn de risico's van staken van de therapie acceptabel?

Voor de patiënten die vanwege hartfalen onder behandeling zijn gekomen, adviseert hij zeer terughoudend te zijn met het staken van de therapie; wel is het aanbevelenswaardig te proberen of de dosis verlaagd kan worden. Bij hypertensiepatiënten zou, wanneer de bloeddruk gedurende ten minste een jaar goed gecontroleerd is, een stoppoging kunnen worden ondernomen (overigens conform de NHG-standaard). Bij patiënten die vanwege de ontrecte indicatie enkeloedeem diuretica gebruiken, moet rekening worden gehouden met de mogelijkheid dat zich inmiddels hartfalen heeft ontwikkeld, dat wordt gemaskeerd door diuretica-gebruik. Voor elke groep geldt dat na het staken van de diuretica een strikt controlebeleid moet worden gehanteerd.

Commentaar

Het gebruiken van een 'verum' controlegroep is volgens *Walma* een voorwaarde voor dit soort onderzoek. Tot op zekere hoogte heeft hij daarin gelijk. Hiermee kunnen de effecten van staken worden vergeleken met effecten die aan het 'natuurlijk beloop' zijn toe te schrijven. Dit is zeker van belang wanneer de farmacologische effecten van een therapie onderwerp van onderzoek zijn. Bij chronisch geneesmiddelen-

gebruik gaat het er echter ook om de effecten van het 'gelabeld' zijn als patiënt in het onderzoek te betrekken. Het staken van een medicament kan ook via dat mechanisme een gunstig effect hebben, zeker op de bloeddruk.

Een tweede kanttekening betreft de dubbelblinde opzet. In dit onderzoek is nagevraagd in hoeverre de patiënten wisten of ze een werkzaam medicijn dan wel een placebo kregen. Bij de oorspronkelijke gebruikers van lisduretica 'raadde' 74 procent van de patiënten juist correct tot welke van onderzoeksgroep ze behoorden. Dit is dermate hoog dat ik hier eerder zou willen spreken van slechtziendheid.

Er werd in dit onderzoek gewerkt met gecorrigeerde succespercentages. Zo corrigeerde *Walma* de risicopercentage bij staken van de therapie in vergelijking met de risico's op dezelfde effecten bij voortgaan met de therapie. Hij komt zo op hogere succespercentages. Toch is het vreemd om van succesvol staken te spreken in een groep die niet succesvol is, alleen maar doordat in de 'verum'-groep hetzelfde fenomeen zich ook voordoet. Voor de praktijk geldt namelijk dat deze patiënten hun medicatie dienen te hervatten en dat is tenslotte waar wij en onze patiënten benieuwd naar zijn.

Meggy van Kruysdijk

- 1 Walma EP. Diuretic therapy: current role and effects of withdrawal [dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1997. ISBN 90-9010181-0.

Reactie

In mijn proefschrift heb ik de effecten van het stoppen van diuretica onderzocht in een gerandomiseerde en gecontroleerde trial. *Van Kruysdijk* vraagt zich af of een ongecontroleerde opzet niet voldoende geweest zou zijn.

Het is algemeen aanvaard dat geneesmiddelonderzoek gecontroleerd en gerandomiseerd plaatsvindt. Alleen in fase-I- en fase-II-onderzoeken, waarbij geheel nieuwe middelen op kleine groepen patiënten worden uitgetest om een eerste indruk te verkrijgen over de werkzaamheid en de toxiciteit, zijn ongecontroleerde studies met kleine aantallen patiënten gebruikelijk. In dit soort studies worden dan geneesmiddelen met een negatief resultaat terzijde gelegd, terwijl middelen met een veelbelovend resultaat doorgaan in gerandomiseerde, gecontroleerde trials. Wanneer een geneesmiddel in een ongecontroleerde studie werkzaam blijkt, is dit met andere woorden onvoldoende bewijs om het in de praktijk te gaan gebruiken.

Bij stopstudies geldt een vergelijkbare redenering, maar met bepaalde omkeringen. Als in een ongecontroleerde studie bij een voldoende groot aantal patiënten een geneesmiddel succesvol gestopt kan worden, kan geconcludeerd worden dat het middel bij die patiëntengroep onwerkzaam was. Bij een tegengestelde uitkomst – wanneer het middel niet gestopt blijkt te kunnen worden – kan echter niet worden geconcludeerd dat het middel werkzaam is en dus in de praktijk toegepast moet blijven. Het onsuccesvol stoppen zou namelijk gemakkelijk te wijten kunnen zijn aan 'het gelabeld zijn' van patiënten. Veel patiënten zijn bang te moeten stoppen met een middel dat zij reeds jarenlang gebruiken; zij vrezen allerlei nadelige effecten. Daarom is een dubbelblinde, gerandomiseerde trial nodig. Voor de behandelaar is het kennen van het geïsoleerde farmacologische effect van het stoppen dan ook van groot belang. Dit zal doorslaggevend zijn bij de beslissing het geneesmiddel te durven staken en ook noodzakelijk om de patiënt te motiveren om door te zetten.

Uit mijn onderzoek blijkt dat het risicoverschil van stoppen met diuretica (49-13) 36 procent is. Het complement hiervan (64 procent) heeft puur farmacologisch gezien geen baat gehad bij de diuretische behandeling. Ik erken overigens dat het getal 64 procent voor de praktijk geen directe betekenis heeft. De 64 procent die kan stoppen, is inderdaad niet zonder risico dat opnieuw met diuretica begonnen moet worden, maar loopt in ieder geval geen *extra* risico door het missen van het farmacologisch effect van diuretica. Zeker de patiëntgebonden factoren – deels psychologisch en deels kleine lichamelijke klachten, zoals wat toegenomen enkeloedeem – zullen bij een individuele patiënt een reden zijn om het middel weer te willen gaan gebruiken. Ook het natuurlijk beloop van de ziekte zal in een aantal gevallen een reden voor hervatting zijn, zeker bij een progressief verlopende ziekte als hartfalen.

Alternatieve geneeskundigen nemen meestal genoegen met het vaststellen van het totaal effect van een 'geneesmiddel'. In de reguliere geneeskunde willen we nu eenmaal graag het farmacologische effect kennen om rationele geneeskunde mogelijk te maken. Dit geldt voor nieuwe geneesmiddelen maar ook voor het stoppen van langdurig toegepaste onderhoudsmedicatie.

E.P. Walma

Arbeid en belastbaarheid

Willems JHBM, Croon NHT, Korten JW, redactie.
Handboek arbeid en belastbaarheid. Houten:
Bohn Stafleu Van Loghum, 1996/97. NLG 75,-
voor de basistekst, aanvullende katernen 58
cent per pagina. ISBN 90-6502-624-X.

Maatschappelijke en juridische ontwikkelingen hebben ertoe bijgedragen dat huisartsen bij de begeleiding van hun patiënten meer dan voorheen aandacht (moeten) geven aan 'de factor arbeid'. De contacten met verzekeringsartsen, en in mindere mate bedrijfsartsen, lijken toe te nemen, maar wat belangrijker is: de huisarts kan zich tegenover zijn patiënten niet meer verre houden van een oordeel over ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. De medische beoordeling van de geschiktheid voor arbeid is echter een gecompliceerde zaak. Niet voor niets houden zich daar duizenden speciaal geschoolde artsen en andere deskundigen mee bezig. Wil een huisarts in een specifiek geval beslagen ten ijs komen, dan kan dit handboek als naslagwerk dienen. Sinds de derde aanvulling (juli 1997) zijn in een ringbandsysteem, naast enige inleidende bijdragen, een groot aantal specifieke katernen gebundeld. Naar aanleiding van recente patiëntencontacten heb ik de bijdragen gelezen over het beroepsgeheim en de uitwisseling van gegevens en voorts over de belastbaarheidsgevolgen van de ziekte van Hodgkin, pulmonale aandoeningen en spasticiteit bij volwassenen. Mijn vragen aangaande surmenage en HIV-infectie konden nog niet worden beantwoord; veel katernen zijn nog in voorbereiding: over vier à vijf jaar is het handboek compleet.

De geboden informatie is imponerend, maar stelt ook wat teleur. De ruime aandacht voor klinisch beeld, diagnostiek en therapie is wellicht nuttig voor sociaal geneeskundigen, maar is niet hetgeen een huisarts primair in dit handboek zoekt. De consequenties van allerlei (therapeutische) interventies voor de arbeidsmogelijkheden van de betrokkenen vormen daarentegen een goede aanvulling op de doorsnee klinische naslagwerken. Voor het beoordelen van de belastbaarheid in een specifiek geval zal men geen pasklare oplossing vinden. De redactie waarschuwt daar ook voor: het handboek is geen receptenboek. Wel treft men de criteria aan waarop het bepalen van de belastbaarheid mede gebaseerd kan worden.

Zoals vaak het geval is met naslagwerken wordt tamelijk willekeurig omgesprongen met literatuurverwijzingen. Nogal eens worden bepaalde auteurs of onderzoeksprojecten ge-

noemd zonder adequate referentie. De lezer moet afgaan op het gezag en de deskundigheid van de auteurs. Deze zijn veelal werkzaam in de medisch specialistische sector met als specifiek aandachtsveld de belastbaarheid van patiënten met aandoeningen binnen hun specialisme.

Al met al een nuttig naslagwerk, ook voor huisartsen, ook al ontbreekt 'huisarts' in het trefwoordenregister.

Frans J. Meijman

Morbiditeitscijfers

Hofmans EA. Incidentie- en prevalentiecijfers uit vijf huisartsregistratiesystemen. Verslag van een pilotonderzoek. Amsterdam: MediTekst, 1997; 92 bladzijden, prijs NLG 15,-. ISBN 90-5070-030-6.

Nadat de kolommen van *Huisarts en Wetenschap* jarenlang geteisterd zijn door een wirwar van epidemiologische gegevens uit uiteenlopende huisartsregistratieprojecten, terwijl sommigen zelfs meenden te kunnen beweren dat uitsluitend dergelijk cijfermateriaal de huisartsgeneeskunde de zo noodzakelijke wetenschappelijke basis kan verschaffen, wordt het hoog tijd de validiteit van deze cijfers aan een gedegen onderzoek te onderwerpen. Deze zeer lezenswaardige en in heldere stijl geschreven voorstudie, die moet uitmonden in een dissertatie, bevestigt wat modale gebruikers van deze cijfers als ondergetekende al lang vermoedden: ze moeten met een fikse korrel zout worden genomen. Klaarblijkelijk is het alleen outsiders in huisartsenland vergund deze brandende kwestie bij de horens te vatten; de auteur, tevens eindredacteur van dit tijdschrift, is zelf immers geen huisarts.

Hofmans beschrijft de verschillen tussen de cijfers die worden geleverd door toonaangevende huisartsregistratieprojecten als de Nijmeegse Continue Morbiditeitsregistratie, de Nationale Studie van het Nivel en het Amsterdamse Transitieproject, terwijl tevens het Maastrichtse Registratienet Huisartspraktijken en het Registratie Netwerk Groningen in de beschouwingen zijn betrokken. Daarnaast stelt hij de vraag in hoeverre de gevonden verschillen op 'toetsbare' wijze te verklaren zijn uit gedocumenteerde en meetbare kenmerken van de onderzochte registratiesystemen. Tot slot probeert hij helderheid te verschaffen omtrent de validiteit van de in de verschillende projecten gehanteerde diagnostische categorieën.

Op een aantal punten leidt dit tot interessante

observaties. Berekening van zogenaamde p-scores – de procentuele afwijking van het hoogste en het laagste in de diverse projecten gevonden incidentie- of prevalentiecijfer van het gemiddelde van deze twee waarden – laat, althans intuïtief (waarover zo dadelijk meer), ontoelaatbare verschillen zien. Een inventarisatie van hetgeen gepubliceerd is over zaken als doelstellingen, registrerende huisartsen en patiëntenpopulatie, wijze van registratie, diagnoseclassificatie en validiteit en betrouwbaarheid van de diverse projecten laat zien dat zowel de representativiteit als de controleerbaarheid van de onderzochte cijfers wel het een en ander te wensen over laat. Een hoogtepunt vormt de passage over de validiteit en (on)zekerheid van de diagnoses die gehanteerd worden in het Transitieproject, waarbij Hofmans zich quasi verwonderd afvraagt wat er verstaan zou kunnen worden onder zekerheid omtrent een symptoomdiagnose, en aantoon dat de diagnose gastro-intestinale infectie, in afwijking van de voorschriften (ICHPPC-2-definie), ook zonder laboratoriumonderzoek wordt gesteld. Tot slot is de vernuftige wijze waarop Hofmans tracht hypothesen te toetsen over de invloed van het al dan niet meeregistreren van telefonische contacten en elders (bijvoorbeeld in de tweede lijn) gestelde diagnoses alsmede het 'doorcoderen' van chronische aandoeningen in de verschillende projecten, alleen reeds vanwege haar originaliteit de moeite van het lezen waard.

Commentaar

Deze loftuitingen nemen niet weg dat deze voorstudie ook vatbaar is voor kritiek. Het gebruik van p-scores roept herinneringen op aan de negentiende eeuw, toen de moderne significantietests nog niet ontwikkeld waren en iedere onderzoeker zijn eigen methode had om betekenisvolle verschillen te onderscheiden van toevallige variaties. Toegegeven, p-scores >10 en zeker >25 lijken intuïtief groot, maar er is geen dwingende noodzaak Hofmans' intuïties daaromtrent te volgen. Een imposante verbetering zou bereikt worden, indien Hofmans ertoe overgaat de betrouwbaarheidsintervallen van de in de diverse projecten gevonden incidentie- en prevalentiecijfers te berekenen, om vervolgens te bekijken in hoeverre deze enigerlei overlap vertonen. Ook de berekening van de significantie waarmee de cijfers die gevonden zijn in de afzonderlijke registratieprojecten afwijken van het 'werkelijke' voorkomen van de kwaal in kwestie – bij gebrek aan beter zou daartoe het gewogen gemiddelde van de vijf projecten kunnen worden genomen – kan Hof-

mans' intuïties belangrijke objectiviteit verschaffen. Indien inderdaad blijkt dat de verschillen niet aan het toeval kunnen worden toegeschreven, resteert slechts één conclusie: op zijn minst enkele van de ten tonele gevoerde registratieprojecten meten niet de morbiditeit in de huisartspraktijk die zij pretenderen te meten. De gegenereerde cijfers worden in dat geval aanzienlijk vertoebeld door – in de woorden van Lamberts – 'ruis van de gebruikte systemen'.

Voor de nog statistisch te onderbouwen veronderstelling dat de systeemruis aanzienlijk is, bestaat een algemene verklaring die Hofmans in de secties over de validiteit van de gehanteerde diagnostische categorieën wel te berde brengt, maar waarvan hij de betekenis lijkt te onderschatten. In de dagelijkse patiëntenzorg kan volstaan worden met een diagnose die werkt, en doet de juistheid van de diagnose veelal minder ter zake. Daar alle registratieprojecten de gewone gang van zaken in de huisartspraktijk vrijwel geheel ongemoeid laten, geven de gegenereerde cijfers in de eerste plaats informatie over de diagnoses die huisartsen de facto stellen. Deze diagnoses behoeven niet noodzakelijkerwijs te corresponderen met de ziekten die werkelijk bij patiënten kunnen worden aangetroffen; in het gunstigste geval leveren zij een aanwijzing op over het bestaan van triviale, voor de vooruitgang van de huisartsgeneeskundige wetenschap volstrekt irrelevante, regionale diagnostische culturen. De aanwezigheid van systeemruis in de registratieprojecten betekent vooral dat men op veel manieren huisartsgeneeskunde kan bedrijven die bevredigend werkt. Voor zicht op de werkelijke morbiditeit die wordt aangetroffen in de huisartspraktijk, is het noodzakelijk aldaar onafhankelijke onderzoekers te stationeren die de gelegenheid dienen te hebben hun diagnoses zoveel mogelijk te objectiveren. Symptoomdiagnosen – en dat pleit voor gebruik van de E-lijst van de Nijmeegse Continue Morbiditeitsregistratie – dienen in een dergelijk project een niet meer dan een marginale positie in te nemen.

Uiteraard kan men, zoals Hofmans doet, trachten na te gaan in hoeverre discrepanties in het cijfermateriaal te verklaren zijn vanuit de verschillen tussen de diverse projecten. Hofmans' voorlopige exercitjes over doelstellingen, registrerende huisartsen en dergelijke geven weinig hoop dat hij hiermee ver zal komen, al was het alleen maar doordat de verschillen door de bank genomen weinig informatief zijn over de grootte of de richting de vertekening. Het lijkt dan ook raadzaam hier in de toekomst

niet overmatig veel energie meer aan te spenderen.

In de hoop dat deze bespreking bijdraagt aan de uitgroei van Hofmans' voorstudie tot een dissertatie van betekenis,

Tjerk Wiersma

Onderzoek naar kwaliteit

Howie JGR, Heaney DJ, Maxwell M. Measuring quality in general practice. Pilot study of a needs, process and outcome measure. Occasional Paper 75. London: The Royal College of General Practitioners, 1997; 37 pagina's. Te bestellen bij: RCGP Sales, 14 Princess Gate, Hyde Park, London SW7 1PU; tel. 0044.171.8239698. Prijs GBP 13.20. ISBN 0-85084-232-8.

Onderzoek naar de kwaliteit van huisartsgeneeskundig handelen is complex. Elke poging tot vereenvoudiging is daarom welkom. *Howie c.s.* hebben een poging gedaan die de moeite van het bestuderen zeer waard is. De auteurs doen verslag van een pilotonderzoek naar de samenhang tussen behoeften aan zorg, kwaliteit van handelen en uitkomst van zorg op basis van bijna 9000 consulten, verricht door 49 huisartsen in zes Schotse gezondheidscentra. Het betreft een secundaire analyse. De auteurs introduceren drie parameters die het bestuderen van de onderlinge relaties op een eenvoudige wijze mogelijk moeten maken. Het ingewikkelde concept 'kwaliteit van handelen' wordt teruggebracht tot één simpele, algemene parameter: de duur van het consult. Met verwijzing naar literatuur wordt betoogd dat consultduur een goede 'proxy' is voor consultkwaliteit.

Als uitkomstparameter gebruiken de auteurs een instrument waarmee de mate van 'enablement' van de patiënt kan worden vastgesteld (letterlijk 'in staat stelling', vrij vertaald de mate waarin de patiënt zich opgewassen voelt tegen het leven). De constructie is onderbouwd met literatuur over de ontwikkeling van instrumenten voor het meten van de gezondheidstoestand en satisfactie van patiënten. Het betreft een synthese daarvan. De mate van 'enablement' wordt vastgesteld met behulp van zes vragen: voelt u zich door het consult van vandaag bij uw huisarts beter in staat: (1) het leven aan te kunnen; (2) uw klachten te begrijpen; (3) uw kwaal het hoofd te bieden; (4) gezond te blijven; (5) vertrouwen te hebben in uw eigen gezondheid en (6) uzelf te redden? Antwoorden geschiedt door per item te scoren op een driepuntsschaal. Het instrument werd eerder door de auteurs gevalideerd.

Om tenslotte groepen patiënten met specifieke behoeften te kunnen onderscheiden en de mate van complexiteit van de klachten te kunnen vaststellen, werd voorafgaande aan het consult een vragenlijst aan de patiënt voorgelegd die informatie geeft over de aard van de fysieke problemen en de mate waarin de patiënt tegelijkertijd sociaal en/of psychische problemen ervaart.

Als hypothesen werden geformuleerd:

- langere consulten gaan bij een gelijkblijvende behoefte aan zorg samen met een grotere mate van 'enablement';
- bij een toename van de behoefte aan zorg is meer consulttijd nodig om een bepaalde mate van 'enablement' te bereiken.

Beide hypothesen worden in de pilotstudie bevestigd, zowel op populatieniveau als op het huisarts- en praktijkniveau. Overigens blijkt dat er wel een optimale consultduur is (tussen 10 en 15 minuten).

De interpretatie van de resultaten wordt bemoeilijkt door twee factoren:

- Een 'enablement'-meting voorafgaande aan het consult is achterwege gelaten. Daarin had een uitgangswaarde kunnen worden vastgesteld. De auteurs hebben de nulmeting vermoeilijk achterwege gelaten, omdat het ontwikkelde instrument zich in zijn huidige vorm niet leent voor toepassing voorafgaande aan een consult.
- Op het instrument dat het behoefteniveau voorafgaande aan het consult meet, is conceptueel nog wel wat aan te merken. Er lijkt eerder sprake te zijn van het inventariseren van verschillende probleemcategorieën (fysiek, sociaal, psychisch) dan van een schaalinstrument aan de hand waarvan het behoefteniveau gradeel kan worden vastgesteld. Uit de samenstelling van de vragenlijst is daarnaast op te maken dat het instrument is ontwikkeld in verband met een andere vraagstelling, waarbij voorschrijfgedrag een rol speelde, zodat typische huisartsgeneeskundige klachtcategorieën als hoofdpijn en moeheid niet in het onderzoek zijn opgenomen.

Ondanks deze methodologische beperkingen bevelen wij lezing van dit 'occasional paper' van harte aan. Artsen en onderzoekers die zich bezighouden met onderzoek naar kwaliteit in de huisartsgeneeskunde, kunnen zich wellicht laten inspireren door de serieuze poging van de auteurs om te komen tot een betekenisvolle vereenvoudiging van de onderzoeksopzet.

Marcel Kastein
Luc van Berkestijn

Research in terminal care, continuing care and home care for general practice

De 44e bijeenkomst van de European General Practice Research Workshop (EGPRW) vond plaats van 9 t/m 11 mei 1997 in de woonplaats van voorzitter Paul Wallace: London (UK). Het centrale thema van de bijeenkomst was 'Research in Terminal Care, Continuing Care and Home Care for General Practice'. Er waren 101 deelnemers (van wie zeker 10 Belgen) uit 25 landen. Het programma bestond deze keer uit 12 themapresentaties, 16 vrije voordrachten en vier 'one slide five minutes'-spreekbeurten. Daarnaast waren er twee inleidende lezingen, was een sessie gewijd aan de EGPRW Home-Visit Study en was er een bezoek aan een huisartspraktijk.

Bestuursvergaderingen

Tijdens een EGPRW-bijeenkomst vinden altijd twee bestuursvergaderingen plaats. Eén van de Executive Board (dagelijks bestuur) en één van de General Council, die bestaat uit de vertegenwoordigers van elk land. Nederland wordt vertegenwoordigd door het NHG in de persoon van Saskia Mol. Eén van de punten die dit keer uitvoerig besproken zijn, is hoe om te gaan met het toenemende aantal (al drie keer meer dan 100) aanwezigen tijdens EGPRW-bijeenkomsten. De EGPRW is echter een echte workshop met uitdrukkelijk veel ruimte voor discussie (minimaal 15 minuten per voordracht), ook met nadruk ruimte voor het presenteren van plannen van onderzoek en bestaande uit mensen die zeer geregeld komen. In feite is iemand 'die even langskomt, zijn praatje houdt en direct daarna weer vertrekt' niet erg welkom. Alle aanwezigen waren het erover eens dat EGPRW-bijeenkomsten nooit mogen 'ontaarden' in gewone congressen.

Uitdrukkelijk werd ook tijd besteed aan een ander EGPRW-initiatief, het maken van een 'Masters of Science' (MSc) opleiding in eerstelijns-onderzoek. Dit plan, bedacht door Frank Dobbs (UK), is in feite een vervolg op de acht eerder georganiseerde EGPRW-onderzoekscursussen die in een aantal landen zijn georganiseerd. Het huidige voorstel voorziet in een modulaire cursusopbouw waarin deelnemers thuis ('distant learning') onder leiding van lokale experts studeren. Het centrale cursusgedeelte wordt waarschijnlijk vanuit Plymouth georganiseerd. Verwacht wordt dat de deelnemers aan het eind van hun opleiding beschikken over een goede methodologische kennis om eerstelijns vraagstukken te kunnen onderzoeken.

Introductielezingen

Angela Coulter (UK) presenteerde onder de titel 'Towards a primary-care led National Health System' een overzicht van de huidige trends in de Engelse gezondheidszorg. Ook in Engeland vind 90 procent van alle arts-patiënt-contacten plaats in de eerste lijn bij de huisarts. Er zijn 27.000 huisartsen werkzaam in de UK, van wie 90 procent in gezondheidscentra. Net als in Nederland staan patiënten ingeschreven bij hun huisarts; een huisarts heeft gemiddeld 1900 patiënten. De huisarts functioneert als poortwachter naar de tweedelijnszorg. Er is in principe vrije artskeuze, maar in de grote steden accepteren huisartsen alleen patiënten die binnen een geografisch omschreven gebied wonen. Huisartsen werken of in een zelfstandige praktijk, dus als ondernemer, of in loondienst. Ze worden betaald via een mengeling van een vast bedrag per jaar per patiënt en een aparte toelage.

Belangrijkste verandering in de Britse eerstelijnszorg is het in 1991 onder veel protest ingevoerde systeem van 'fundholding practices'. De regering wenste een verandering in de markt van de zorg en maakte een onderscheid tussen aanbieders (aan de huisartsen) van zorg, zoals ziekenhuizen en verpleegkundige zorg, en vragers van zorg, zoals huisartsen en districtsgezondheidszorgautoriteiten. Praktijken konden dus een vast budget krijgen om daarmee te gaan onderhandelen met verschillende ziekenhuizen. Zo kan een praktijk dus bij het ene ziekenhuis een prijs bedingen (en uitbetalen) voor een onderling vast te stellen aantal verwijzingen naar de KNO-arts en bij het andere ziekenhuis (omdat het daar goedkoper is) de ECG's laten maken. Er vindt dus concurrentie plaats en het systeem vereist nogal wat managementkwaliteiten van huisartspraktijken.

Op dit moment is één op de drie huisartspraktijken een 'fundholding practice', met een budget per patiënt van NLG 460 tot 560. Of het systeem geleid heeft tot een efficiëntere zorg, is onduidelijk. Een speciale commissie concludeerde onlangs dat er slechts marginale veranderingen zijn ten opzichte van vroeger, en hetzelfde geldt voor de kwaliteit van zorg. Wel werd vastgesteld dat de managementkwaliteiten van huisartsen niet erg goed waren. Het huidige systeem heeft er wel toe geleid dat veel minder medisch studenten dan voorheen zich willen specialiseren tot huisarts, waarschijnlijk omdat veel studenten van mening zijn dat ze opgeleid zijn om patiëntenzorg te verrichten en niet om 'alleen maar te boekhouden'. Omdat

een week voor de EGPRW-bijeenkomst de nieuwe regering-Blair was gekozen (veel van de aanwezigen Engelsen verkeerden nog in een feeststemming), was het onduidelijk hoe het verder zal gaan met 'fundholding'.

In haar lezing over onderzoek in relatie tot gezondheidszorgontwikkelingen stelde Sally Davies (UK) dat, hoewel het aantal huisartsen dat onderzoek op huisartsgebied doet weliswaar te klein is, dit aantal nog wel altijd groter is dan dat van andere professionals die zich in hun eigen gebied op onderzoek richten.

Research in terminal care, continuing care and home care

Doordat dit onderzoeksthema erg ruim was, kwamen er veel aspecten tijdens de voordrachten aan bod, zoals de zorg voor patiënten die thuis sterven, de invloed van condoléancebezoeken door een huisarts en de invloed daarvan op nabestaanden, zorgproblemen bij patiënten met een terminale nierziekte, en het verhogen van de morfinedosis bij terminaal zieke patiënten thuis.

Van der Eynden (België) gaf een zeer gedetailleerd overzicht van alle facetten van palliatieve thuiszorg. Zo besprak hij het ontslag uit het ziekenhuis, de verschillende disciplines binnen thuiszorg, team-aanpak, financiële aspecten en communicatieve aspecten. Veel aandacht werd besteed aan het belang van de vraag of een patiënt inderdaad wel naar huis wil. Ofschoon je zou denken dat dit toch duidelijk moet zijn, blijkt dit niet altijd het geval. Het was erg jammer dat de expertise van der Eynden hem in de weg zat, want hij was zo gedetailleerd dat zijn voordracht de enige was waarbij slechts plaats was voor één vraag. En dat is op een EGPRW-bijeenkomst nu net veel te weinig.

Van den Muijsenbergh (Nederland) presenteerde de resultaten van semi-gestructureerde diepte-interviews met terminaal zieke patiënten die thuis waren en voor wie de huisarts de eindverantwoordelijkheid op zorggebied had. Haar doel was om de huidige behoeften en problemen van deze patiënten te inventariseren. Daarnaast werd ook de huisarts om een oordeel gevraagd. De studie had een prospectieve opzet, waarbij huisartsen onder andere zorglogboeken bij de patiënt invulden. Omdat het hier geen epidemiologische studie maar een kwalitatieve studie betrof, was het feit dat er 'slechts' 19 van 52 patiënten (uit een studiepopulatie van 37.000 patiënten van 19 huisartsen) geselecteerd waren, geen echt nadeel. Patiënten werd gevraagd hun klachten en de belangrijkste

heid daarvan aan te geven en ook hoe zij het omgaan daarmee van hun huisartsen ervoeren. Verrassend was dat de patiënten het omgaan met fysieke klachten niet als voornaamste probleem noemden, ondanks het bestaan van veel pijn en andere klachten. Huisartsen noemden dat behandelen van die pijn juist wel als een van de belangrijkste punten. Wel noemden de patiënten vaak moeheid als een zeer belangrijke klacht, terwijl veel huisartsen daar niet zo zwaar aan tilden. In het algemeen ervoeren de patiënten de relatie tussen hen en hun huisarts en de emotionele ondersteuning daarbij als belangrijkste aspect van zorgverlening.

In de discussie kwam duidelijk naar voren dat deze op echte inhoud van zorg gerichte onderzoeken erg belangrijk zijn.

Het Zweedse gezondheidszorgsysteem heeft historisch gezien een sterk ziekenhuisgeoriënteerde aanpak. *Mattsson* (Zweden) inventariseerde de houding van huisartsen en districtsverpleegkundigen met betrekking tot terminale thuiszorg. Alle 60 huisartsen en 124 verpleegkundigen in de regio Umea (130.000 inwoners) kregen een vragenlijst toegezonden met gesloten antwoordcategorieën. De ziekenhuisgeoriënteerdheid van het Zweedse systeem kwam door de antwoorden duidelijk naar voren, want 11 huisartsen (van de 39 die de lijst retourneerden) hadden nog nooit voor dergelijke patiënten zorggedragen en slechts 3 huisartsen hadden ervaring met meer dan 3 patiënten. Terminale thuiszorg werd door beide beroepsgroepen als erg moeilijk ervaren op het medisch-technisch gebied, en als erg veeleisend op emotioneel gebied. Benadrukt werd dat er in Zweden een gebrek aan personeel en aan competentie op dit gebied bestond.

Nowak (Polen) presenteerde het design van een prospectief, gerandomiseerd, gecontroleerd onderzoek naar de effectiviteit van palliatieve zorg door huisartsen en de zorg in 'hospice instellingen'. Een 'hospice' is een soort kleine ziekenboeg, veelal onder verantwoordelijkheid van een huisarts, in een apart gebouwde. Tijdens de discussie na zijn betoog kwam naar voren dat hij eigenlijk niet zozeer de effectiviteit van geleverde zorg wilde nagaan, als wel een cursus om huisartsen beter met terminale zorg te laten omgaan wilde evalueren. En voor dat laatste was een totaal ander design nodig en dat werd dan ook besproken. Zijn voordracht was een goed voorbeeld van de wijze waarop EGPRW-bijeenkomsten verschillen van gangbare congressen: voorlopige plannen kunnen worden gepresenteerd met een expliciete vraag om mee te denken over de opzet.

Vrije voordrachten

De beste voordracht van deze bijeenkomst en tevens de leukste (gaat niet altijd samen) was die van *Griffiths & Bridgewater* (beiden UK) die als titel had 'Tainted vision? General practitioners doing qualitative research'. Dit onderwerp is de laatste jaren op elke EGPRW-bijeenkomst wel ter sprake gekomen. De sprekers hadden gekozen voor een presentatie in de vorm van een rollenspel. Tijdens dit rollenspel onderwierp Griffiths Bridgewater min of meer aan een kruisverhoor op het gebied van kwalitatief onderzoek door het stellen van vriendelijke maar beslist kritische vragen, zoals 'Ruth, I heard you were doing qualitative research, but I thought that was only ment for softies?'. Op deze manier stelden zij de vraag aan de orde in hoeverre de huidige tendens tot evidence based medicine antwoord geeft op een aantal basale onderzoeksvragen binnen de huisartsgeneeskunde. Hun boodschap was dat kwalitatief onderzoek, juist in het onderzoeksgebied van vaststellen en begrijpen van gezondheidsmaatkomsten van individuen, net zoveel 'evidence' bevat als kwantitatief onderzoek. In de lange discussie na hun voordracht kwam ook ter sprake hoe je kwalitatief onderzoek nu het beste kunt weergeven. Vaak wordt dit gedaan via het voorlezen of beschrijven van individuele antwoorden, maar misschien kan het ook anders en beter. Bijvoorbeeld door het vertonen van een video of.

Het duo *Van Royen & De Lepeleire* (België) presenteerde de resultaten van hun focusgroep-interviews met als onderwerp het huisbezoek (de visite) van de huisarts. Zij waren met hun studie begonnen naar aanleiding van de EGPRW European Home-Visit Study en omdat de Belgische huisarts wereldrecordhouder is op het gebied van visites afleggen: 30-50 procent van alle arts-patiëntcontacten bestaat bij onze zuiderburen uit visites! De onderzoekers hadden focusgroepen georganiseerd voor drie separate doelgroepen: patiënten, huisartsen en vertegenwoordigers van de gemeenten en verzekeringsinstellingen. De discussies, die werden geleid door professionele moderatoren, werden op band opgenomen en uitgeschreven. De teksten werden inductief op twee manieren geanalyseerd. Ten eerste door minutieuze analyse door twee onafhankelijke onderzoekers en ten tweede door tekstanalyse via het systeem QRS NUD-IST. De voorlopige resultaten lieten zien dat een visite het resultaat is van een zeer ingewikkeld proces waarin veel factoren een rol spelen. Genoemd werden ziektespecifieke factoren, patiëntgerelateerde, praktijkorganisa-

torische, antropologische, medisch-technische, gezondheidszorgsysteem- en economische factoren. Hun conclusie was dat er behoefte bestond aan onderzoek waarin inhoudelijk zou worden nagegaan in welke mate een huisbezoek meerwaarde oplevert ten opzichte van een spreekuurconsult.

Barcelona

De volgende bijeenkomst van de EGPRW zal zijn van 17 t/m 19 oktober 1997 in Barcelona, met als centraal thema 'Early detection of cancer 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
Maastricht

NOTA BENE

Dat meer zelfzorg minder werkdruk zou betekenen voor de huisarts is nooit bewezen. H. Witmer (LHV) in *Zelfzorg*, juni 1997.

In de huidige opzet leidt de klinische stage in het tweede jaar van de huisartsenopleiding tot een achteruitgang van huisartsgeneeskundig parate kennis en motivatie, het is in die zin dus verspilde tijd en moeite.

Stelling bij: Van der Molen T. Asthma treatment in general practice. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1997.

Tromboserisico pil in de praktijk

Het rumoer rond het tromboserisico van de orale anticonceptiva heeft zijn weerslag gekregen in de dagelijkse praktijk. Huisartsen en (kandidaat-)gebruiksters staan hier althans meer dan voorheen bij stil.

De moeilijkheid zit niet bij manifestaties van diepe veneuze trombose of longembolie in de voorgeschiedenis van de vrouw zelf. Deze worden als contra-indicatie voor pilgebruik beschouwd. Het wordt pas ingewikkeld als bij navraag veneuze trombo-embolie gemeld wordt bij eerstegraads familieleden. Moet dit zonder meer leiden tot de – veelal zwaarwegende – conclusie: liever geen pil? Of dan maar een verwijzing naar de internist van alle vrouwen met een positieve familie-anamnese ter bepaling van het tromboserisico? Dr. M. Levi, internist op het gebied van trombose en hemostasie in het AMC, meent dat de huisarts zelf een heel eind kan komen. 'Extra aandacht is vooral aan de orde bij de start van het pilgebruik. Trombose bij pilgebruiksters treedt immers het meest frequent op in de eerste maanden na de start met de pil. Enkele jaren pilgebruik zonder trombo-embolie sluit een extra verhoogd tromboserisico grotendeels uit', meent hij. 'Een positieve familie-anamnese bij een startster is voorts een onvoldoende argument als

contra-indicatie. In deze gevallen geeft bepaling van anti-trombine III, proteïne C, proteïne S en factor V Leiden (via de APC-test) meer houvast. Deze bepalingen (in citraat bloed) kunnen via een huisartsenlaboratorium of zending naar het Centraal Laboratorium van de Bloedtransfusiedienst in eigen beheer worden uitgevoerd. Met name een mutatie van stolingsfactor V heeft een tamelijk hoge prevalentie (3 à 5 procent van de doorsnee populatie). Levi waarschuwt ervoor blind te varen op een afwijkende uitslag voor een van de tests. 'Controle op diverse verstoringen van de factoren en een tweede bepaling zijn dan zeker nodig, al dan niet via een verwijzing naar een internist. Blijft een van de indicatoren voor een verhoogd tromboserisico positief dan is orale anticonceptie uiterst onaantrekkelijk'. Naast het uitsluiten van een erfelijk bepaalde tromboseneiging moeten we natuurlijk ook nog bedacht blijven op een eventuele verworven predispositie zoals mechanische factoren, vetzucht, dehydratie en maligniteiten. (FJM)

Haarkloverij

Discrepancies tussen richtlijnen zijn boeiend voor commentatoren, maar storend voor de doorsnee gebruiker. Zo is de NHG-Standaard Dermatomyosen kort over het middel van eerste keus bij tinea capitis: bij volwassenen en kinderen griseofulvine (zie p 546). In een brief van de Amsterdamse GG en GD (juli j.l.) wordt huisartsen echter uitvoerig uiteengezet dat de noodzakelijk geachte systemische behandeling nog niet zo simpel is, en zeker niet bij kinderen om wie het meestal gaat. Itraconazol, griseofulvine en terbinafine hebben alle zo hun voors en tegens wat betreft effectiviteit, veiligheid en gebruiksgemak. Zo zijn de 'kindertabletten' griseofulvine van 125 mg

vanwege de lage omzet uit de reguliere handel genomen. Griseofulvinesuspensie moet uitkomst brengen. De niet-medicamenteuze adviezen in Amsterdam zijn ook niet mis. De voorlichtingsfolder raadt gemeenschappelijk gebruik van kammen, borstels en petten af, adviseert reiniging van tondeuses met alcohol en besluit met de zin: 'Ook is het af te raden om in elkaars bed te slapen en ongewassen kleding uit de wisselen.' (FJM)

Prikaccidenten

Wat te doen als een patiënt, doktersassistente of de huisarts zelf door een prikaccident mogelijk is blootgesteld aan hepatitis B of C virus of HIV? Bij de Landelijke

Coördinatiestructuur Infectieziekten (LCI) is hierover in juni 1997 een geactualiseerd draaiboek verschenen (verkrijgbaar via de afdeling infectieziekten van de plaatselijke GGD).

De LCI legt grote nadruk op het achterhalen van de serostatus van de bron (na toestemming met voorafgaande uitleg) en niet alle bronnen zonder meer als positief te beschouwen. De HIV post-expositie profylaxe heeft immers haar intrede gedaan. Veel mensen zouden nutteloos een maand combinatie-therapie tegen HIV moeten ondergaan als de status van de bron niet wordt nagekeken. In geval van een besmettelijke bron voor hepatitis B adviseert de LCI gecombineerde passieve en actieve immunisatie. Bij een positieve bron voor hepatitis C adviseert de LCI de verwon- de op maand 0, 3 en 6 na te kijken op anti-HCV. Bij een seroconversie is verwijzing zinvol voor eventuele indicatiestelling voor vroege interferonbehandeling. (FJM)

Vlaamse afschuw

Dr. Jos De Smedt, voorzitter van de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen, zette de discussie over het Centraal Medisch Dossier afgelopen zomer in majeur. In België hebben patiënten geen vaste huisarts en medische informatie is dus niet op één plek geconcentreerd zoals in Nederland. De Smedt verwierp in een persbericht 'met afschuw' het voorstel tot een 'eenmalig verbeterende raadpleging'. Dit systeem zou een vergoeding voorzien van BEF 150 (ongeveer NLG 8,25!) voor het consult waarin de patiënt de huisarts aanwijst als de beheerder van zijn dossier. Een jaarlijkse check-up wees De Smedt als 'ridicueel' van de hand: '... de patiënt, laat staan de volksgezondheid wordt er niet beter van, integendeel'. Maar nog meer ergernis wekte de overweging dat het voorstel de creatie zou betekenen van een Centraal Medisch Dossier. 'Dit systeem is al bij voorbaat gedoemd te mislukken, wat waarschijnlijk de bedoeling is van de initiatiefnemers'. (...) '... dit is zwijggeld om een conventie te hebben waarin de structurele veranderingen in de gezondheidszorg pootje worden gelicht ten voordele van de behoudsgezinde clan die haar eigen profijtjes wenst veilig te stellen.' Zullen we het nog meemaken dat een voorzitter van het NHG publiekelijk zo in toorn ontsteekt?

Doe het zelf zwangerschaptests

Een panel van tien vrouwen heeft de gebruiksaanwijzingen en het gebruiksgemak van negen vrij verkrijgbare zwangerschaptests beoordeeld (Consumentengids augustus 1997: 14-6). De 'betrouwbaarheid' is niet getest, maar wordt op basis van literatuuronderzoek voor alle tests 'minstens 99 procent' geacht. De gevoeligheid is ook niet gecontroleerd, maar is volgens opgave steeds hoog (tussen 20 en 50 IE hCG/l). Het oordeel over de tests luidt in alle gevallen: redelijk of goed. Wel is het eindoordeel over twee tests matig, omdat pvc-bevattend materiaal is gebruikt. Al met al kan de klant haar keuze dus vooral door de prijs laten bepalen, en die varieert van NLG 18,- tot NLG 29,50.

Terecht wordt in het panelverslag gesignaleerd dat helaas acht van de negen gebruiksaanwijzingen nalaten te attenderen op de betrekkelijkheid van een positieve uitslag van een vroeg uitgevoerde test. Zo'n uitslag impliceert immers nog geen levensvatbare zwangerschap. (FJM)

Huisartsen en drugshulp

De huisartsenzorg aan opiaatverslaafden in Amsterdam is uniek, aldus de verantwoordelijke wethouder en de directeur van de GG en GD aldaar. Zij baseren hun uitspraak op de resultaten van een enquête in mei 1996 onder alle 401 Amsterdamse huisartsen, met een respons op praktijkniveau van 76 procent. In een ruime meerderheid van de huisartspraktijken staan drugverslaafde patiënten ingeschreven. Een groot deel van de betreffende huisartsen schrijft aan hen methadon voor, in mindere mate ook benzodiazepinen. Twaalf procent van de respondenten behandelt geen opiaatverslaafden wegens slechte ervaringen of overlast of omdat men geen heil in behandeling ziet. Bijna alle huisartsen voelen zich verantwoordelijk voor de somatische zorg van drugsge-

Journala

De berichten, commentaren en reacties in de rubriek Journaal richten zich op de wetenschappelijke en inhoudelijke kanten van de huisartsge-neeskunde. Bijdragen van lezers zijn welkom. De bijdragen in deze aflevering zijn van Frans J. Meijman en Nico van Duijn.

bruikers, terwijl 79 procent van de huisartsen de diagnostiek van psychische problematiek bij deze groep (mede) als zijn taak beschouwt. Controles op tuberculose, hepatitis en opiaten in de urine wil de meerderheid van de huisartsen laten uitvoeren door de verslavingszorg. (FJM)

Van Brussel G, et al. Huisartsen en drugshulp in Amsterdam.
Amsterdam: GG en GD, 1997.

Ouderen in psychiatrische crisis

De Riagg-crisisdienst in Den Haag blijkt voor ouderen ook op somatisch gebied als eerste screenings- en triage-instantie te fungeren, aldus een vervolgonderzoek onder 169 65-plussers die gedurende zes maanden in 1993 contact hadden met de crisisdienst. Tachtig ouderen waren door de huisarts verwezen; bij 17 van hen was lichamelijk onderzoek verricht en bij 58 patiënten werd in de verwijfsbrief de expliciete suggestie voor een somatische oorzaak aangegeven. Bij 22 procent van de gehele onderzoeksgroep werd later (ook) een ernstige lichamelijke aandoening gevonden, die in een kwart van de gevallen bij de eigen huisarts bekend was ten tijde van de verwijzing. De auteurs menen dat het uitsluiten van lichamelijke aandoeningen 'uiteraard' allereerst een taak is van de verwijzende huisarts, maar voelen ook niet voor een strikte scheiding tussen de somatische en psychiatrische gezondheidszorg. (FJM)

Kok R, Rijnders C. Ouderen in een Riagg 7x24-uursdienst. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1997; 52: 725-34.

Fraude rukt op

In de USA houdt medisch-wetenschappelijke fraude de gemoeden al geruime tijd verhit; aard en omvang zijn dan ook beschamend. Maar nu wordt het de Britten ook te bar. Hoofddirecteuren van Britse medische tijdschriften hebben zich verenigd in een comité van waakzaamheid en onderlinge bijstand (BMJ 1997; 315: 201-2). Men hoopt publicitair wangedrag en wetenschappelijke fraude te signaleren en terug te dringen. Met dit al lijkt de ervaring bij H&W te getuigen van een aandoenlijke eerlijkheid in kringen van de wetenschappelijke huisartsgeneeskunde

in Nederland. Sinds 1980 werd slechts driemaal publicatie van een manuscript geweigerd wegens onoirbaar gedrag. Volstrekt uit de duim gezogen onderzoeksgegevens zijn echter nooit gesignaleerd. Gewone eerlijkheid, effectieve sociale controle of algemene goedgelovigheid? (FJM)

Cognitieve veroudering

Een pilletje om helder te worden of te blijven, zou dat niet prachtig zijn? Waarom wel aspirine slikken tegen trombocytanaggregatie en machteloos staan tegenover de achteruitgang van waarneming, geheugen, aandacht en psychomotoriek? Een recent gepubliceerd literatuuronderzoek biedt in deze weinig hoop: '... tot nu toe bestaat geen stof die voldoet aan de eisen van betrouwbare, herhaalbare en voldoende grote effectiviteit tegen leeftijdsgeassocieerde cognitieve achteruitgang'. Maar wat te denken van de vermelde doekjes voor het bloeden? Het oordeel over cofeïne, nicotine, groep B-vitamines, piracetam, co-dergocrine en Ginkgo biloba is niet negatief en soms zelfs voorzichtig positief, als je het maar helder ziet. (FJM)

1 Riedel WJ, Jolles J. Leefstijdsgeassocieerde cognitieve achteruitgang. Pharm Weekbl 1997; 132: 1098-107.

'Gezonde' satisfactiemeting

Ruim 2000 patiënten die een cholecystectomie ondergingen, werden vlak vóór en 6 maanden ná de operatie ondervraagd over hun gezondheidstoestand en de waardering van de ontvangen zorg. Na 7 tabellen en 16 pagina's is de conclusie dat geen enkel aspect van de gezondheidstoestand meer dan 8 procent verklaart van welke tevredenheidsscore dan ook. Van alle maten voor de gezondheidstoestand houdt de gezondheidstoestand vóór de operatie nog het meeste verband met het oordeel van de patiënten. Hoe gezonder ze van tevoren waren, des te tevreden over de behandeling, over de dokters en over de zusters. Een sterke verbetering in gezondheidstoestand na – in feite door – de operatie houdt nauwelijks verband met het oordeel van patiënten. Het maakt voor de tevredenheid van patiënten blijkbaar weinig uit of ze erop vooruit gegaan zijn door de operatie.

Dit leidt tot de aanbeveling voor leveranciers van gezondheidszorg en verzekeraars om tevredenheidsmetingen vooral te doen bij gezonde mensen. Die scoren hoog en op die manier kan het beleid bevestigd worden.

Deze cynische conclusie kan tot twee standpunten leiden: óf dokters bepalen wat goede geneeskundige zorg is en de rest is franje, óf de beoordeling van patiënten over hun behandeling moet beschouwd worden als een aparte uitkomst die principieel en feitelijk niets met professionele kwaliteit te maken heeft. In beide gevallen vraag je je af wat je nu eigenlijk doet in de spreekkamer: paarden voor de zwijnen werpen, of toneel spelen voor een goed imago? (NvD)

1 Kane RL, Maciejewski M, Finch M. The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes. Med Care 1997; 35: 714-30.

Literatuuronderzoek

Gardisten van de *evidence based medicine* congresseerden van 8 t/m 12 oktober j.l. in Amsterdam; de Cochrane Collaboration bloeit. Een sectie binnen dit wereldwijde samenwerkingsverband richt zich op primary health care. Onder meer in collaborative review groups analyseert en bundelt men onderzoeksgegevens die voor huisartsen relevant zijn. Een paginalange lijst van onderwerpen ligt te wachten op bewerking. Belangstellenden kunnen contact opnemen met prof.dr. Frank Buntinx, Dr. Haubenlaan 43, 3630 Maasmechelen België; tel. 0032.89.761354, fax 0032.89.766300. (FJM)

Sport als therapie

Over de heilzame effecten van lichamelijke activiteit en sport op bijvoorbeeld stemmingsstoornissen, stress, chronische vermoeidheid en HIV-infecties is veel te doen. Opponenten zullen deze thema's bespreken tijdens het symposium Sport & Gezondheid op woensdag 5 november 1997, Vrije Universiteit Amsterdam. Inlichtingen over 'last minute'-aanmeldingen: dr. R.J. Bosscher, tel. 020-4448451, fax 020-4448509. (FJM)

H&W-register 1992-1996

Voor het zoeken van bibliografische informatie in *Huisarts en We-*

tenschap zal men over het algemeen de voorkeur geven aan de elektronische versie van het cumulatieve register, dat beschikbaar is voor het gehele bestand (1957-1996). Inmiddels is ook de reeks papieren versies aangevuld, met een register over 1992-1996. Te bestellen bij het bureau van het NHG (zie colofon); kosten NLG 10,-.

Agenda

Mededelingen voor de Agenda in nummer 13 (december) moeten uiterlijk 6 november in het bezit zijn van het redactiesecretariaat.

SGO: stimulering van patiënt-gebonden onderzoek.

Amsterdam, 13 november. Symposium Adviesgroep voor het Stimuleringsprogramma Gezondheidsonderzoek SGO. Inlichtingen: Boerhaave Commissie, Leiden, tel. (071) 5275294, fax (071) 5275262.

Gezond Onderwijs Congres

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

Gezond en wel. Huisarts en ouderen

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

1998

Communication in health care

10-12 juni 1998. Inlichtingen: dr. P.F.M. Verhaak, Nivel, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht; tel. (030) 272.9700, fax (030) 272.9729; 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) 354.0254.