

## Huisarts en Wetenschap

## Redactiecommissie

Dr. F.J. Meijman, voorzitter  
M.Y. Berger, arts  
Dr. N.P. van Duijn  
M. Hugenoltz, arts  
Prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen  
P.L.B.J. Lucassen, arts  
Dr. B. Terluin

## Eindredactie

Drs. E.A. Hofmans/MediTekst  
Nieuwe Prinsengracht 39  
1018 EG Amsterdam  
Telefoon (020) 4232131  
Fax (020) 4232059

## Redactiesecretariaat

Mevrouw C. Bakker-Bosman  
Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht  
Postbus 3176, 3502 GD Utrecht  
Telefoon (030) 2881700  
Fax (030) 2870668

Nederlands Huisartsen  
Genootschap

Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht  
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht  
Telefoon (030) 2881700  
Fax (030) 2870668

## Uitgeverij/advertentie-exploitatie

Bohn Stafleu Van Loghum bv  
Postbus 246, 3990 GA Houten  
Telefoon (030) 6395763  
Advertenties behoeven van goed-  
keuring van de redactiecommissie.  
Inzenden aan de uitgeverij.

## Abonnementen

Klantenservice Bohn Stafleu  
Van Loghum  
Postbus 246, 3990 GA Houten  
Telefoon (030) 6385700  
Fax (030) 6385839  
E-mail: klantenservice@bsl.nl  
Nederland, Ned. Antillen, België en  
Suriname NLG 179,50 p/j.  
Overig buitenland NLG 284,08 p/j.  
Studenten NLG 99,50 p/j.  
Losse nummers NLG 20,-.

Huisarts en Wetenschap verschijnt  
13x per jaar. Opzeggingen dienen ten  
minste twee maanden voor de aan-  
vang van een kalenderjaar te worden  
gericht aan Klantenservice Bohn  
Stafleu Van Loghum.

## Adreswijzigingen

NHG-leden aan het NHG-bureau.  
Overige abonnees aan  
Klantenservice Bohn Stafleu  
Van Loghum.

## Druk

Verweij bv, Mijdrecht

Nederlands  
**Uitgeversverbond**

Groep vaktijdschriften

ISSN 0018-7070

Toon mij uw genen, en ik zal  
zeggen hoe u ervoor staat

**Tot voor kort bleef erfelijkheidsonderzoek beperkt tot genetische risico's voor het nageslacht. Voor huisartsen vaak ook al een complexe materie, maar het was geen alledaagse praktijk. Thans is erfelijkheidsonderzoek in steeds grotere mate gericht op uiteenlopende genetische risico's voor de toekomstige gezondheid van de betrokkenen zelf. Huisartsen kunnen er niet omheen: de 'geneticisering van het bestaan' dringt de spreekkamer binnen.**

'Het uitgangspunt dat informatie in de geneeskundige praktijk altijd een goede zaak is, verliest zijn vanzelfsprekendheid wanneer het gaat om genetische informatie. Het moderne presymptomatische genetische onderzoek geeft immers niet alleen informatie over iemands huidige gezondheidstoestand, maar ook over zijn toekomstige gezondheid en over de gezondheid van zijn of haar verwanten. In veel gevallen kan die informatie niet gebruikt worden om afdoende therapieën of preventieve maatregelen te kiezen, eenvoudig omdat die nog niet voorhanden zijn.<sup>1</sup> Hoe als huisarts op deze dilemma's te reageren? Wat betekent 'de zorg van een goede hulpverlener' bij kwesties op genetisch gebied? Als vanouds (?) maar snel tot een verwijzing overgaan? Gedachtig het motto 'wie de kennis vermeerdert, vermeerdert de smart' de ongerustheid bij patiënt én huisarts trachten weg te wuiven met argumenten als geringe kansen en

het ontbreken van zinvolle consequenties? Of de uiteenlopende vragen over genetische risico's op hun huisartsgeneeskundig relevante merites bezien, net zoals wij vertrouwd zijn geraakt met het benaderen van risicofactoren voor bijvoorbeeld hart- en vaatziekten, reumatoïde artritis of HIV?

De afweging van voor- en nadelen van het opsporen van risicofactoren voor individuele patiënten is al lange tijd een vertrouwd dilemma voor huisartsen. De ervaringen daarmee kunnen steun bieden bij het benaderen van een nieuw maar onvermijdelijk aanbod van (hulp)vragen op het gebied van erfelijkheidsonderzoek. Daarbij gaat het zowel om *dragerschapsonderzoek* met vooral consequenties in verband met eventueel toekomstige kinderen van de betrokkene(n), als ook om *voorspellend DNA-onderzoek* bij gezonde personen met een verhoogd risico.

Vervolg op pag. 458

## Werkbelasting en perceptie

Huisartsen maken er geen geheim van dat hun werk steeds zwaarder wordt. Daar zijn ook argumenten voor. Desondanks kan het geen kwaad het blikveld te verruimen door kennis te nemen van de intrigerende relatie tussen werkbelasting en ervaren werkstress bij andere hulpverleners. Zo analyseerde voormalig huisarts De Jong dit verband bij hulpverleners in de verslavingszorg, die net als huisartsen veelal te maken hebben met chronische patiënten.<sup>1</sup> Die hulpverleners rapporteren dat hun psychische werkbelasting is toegenomen en zij brengen dat in verband met hun inschatting dat de ernst van de pathologie van hun patiënten is toegenomen. Volgens het onderzoek blijkt die factor hoogstens een geringe bijdrage te kunnen leveren: ernst en aard van de stoornissen in de verslavingszorg blijken niet essentieel te zijn veranderd. De Jong vermoedt

dat de hulpverleners bij hun inschatting van de ernst van de pathologie bij cliënten hun eigen gevoel van te zwaar ervaren last hebben uitgedrukt. Hij wijst op andere externe factoren die de werkstress bevorderen, zoals 'wensen' van beleidsmakers en de politiek dat het werk sneller, beter meetbaar en flexibeler gedaan wordt. Hij wijst ook op interne factoren. Een negatief zelfbeeld bij hulpverleners zou zich vertalen in de mening dat de ernst van de problematiek van de patiënten toeneemt. Een algemeen cultuurpessimisme – de samenleving wordt ongezonder –, selectieve waarneming en generalisatie vanuit een indrukwekkend – maar uitzonderlijk – geval, mondiger patiënten en een vertekende herinnering aan vroeger – toen alles beter was – bevorderen wellicht evenmin een 'juiste' beleving van de actuele werkbelasting. En dan is er nog het bekende narcistische struikelblok voor hulpverleners: het kan moei-

De berichten, commentaren en reacties in de rubriek Journaal richten zich op de wetenschappelijke en inhoudelijke kanten van de huisartsgeneeskunde. Bijdragen van lezers zijn welkom. De bijdragen in deze aflevering zijn van Harry Crebolder en Frans J. Meijman (red).

lijk te accepteren zijn dat er grenzen zijn aan de mogelijkheden van de hulpverlening en van de hulpverlener zelf. Zou de praktijkverpleegkundige de huisarts ook bij deze intrapsychische conflicten verlichting gaan bieden? (FJM)

1 De Jong CAJ. Neemt de last toe? De mening van hulpverleners vergeleken met psychopathologie bij opgenomen verslaafden. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1998;53:610-22.

## Armoede en gezondheid

'Armoede leidt tot ziekte, ziekte leidt op haar beurt tot armoede'. Het Wijkgezondheidscentrum Botermarkt in Gent, België, heeft zoals een aantal andere wijkgezondheidscentra in Vlaanderen, in de afgelopen tien jaar een bijzondere aandacht gehad voor de problematiek van kansarmoede. Bij de aanpak van de problemen van maatschappelijke achterstelling werden twee methoden in de praktijk gebracht: 'community oriented primary care' (COPC) en de 'basisschakelmethode'.

De COPC gaat uit van een duidelijk omschreven populatie. Via systematische gegevensverzameling en vanuit de dagelijkse praktijkervaring in de hulpverlening worden de problemen van deze bevolking duidelijk en komt men tot een 'maatschappelijke diagnose'. Dit vormt het vertrekpunt voor gerichte acties, zoals verbeteren van de hulpverlening door samenwerking en integratie, specifieke projecten van gezondheidsbevordering en meewerken aan een vrouwenproject. Uitgangspunt van de 'basisschakelmethode' is een emancipatoire benadering van de doelgroep, waarbij groot belang wordt gehecht aan de participatie van patiënten. Het rapport 'Armoede en gezondheid: de missing link', dat op basis van de ervaring van het Wijkgezondheidscentrum Botermarkt is samengesteld door An De Riek, beschrijft eerst de samenhang tussen kansarmoede en gezondheid. Daarna wordt stilgestaan bij de ervaringen in het centrum zelf. Tenslotte worden beleidsaanbevelingen geformuleerd met betrekking tot de toegankelijkheid van de gezondheids-

zorg, een geïntegreerde beleidsaanpak en participatie van kansarme groepen. Het rapport telt 95 bladzijden en is te bestellen bij: WGC Botermarkt, Ledebergstraat 109, B-9050 Gent.

**Palliatieve amfetamine**

De lezenswaardige richtlijn 'symptoombestrijding depressiviteit' bevat de volgende belangwekkende farmacotherapeutische suggestie: 'Bij de behandeling van depressieve kankerpatiënten in de palliatieve fase moet een speciale plaats ingeruimd worden voor de wekaminen, zoals methylfenidaat (Ritalin®). Het grote voordeel van wekaminen is dat zij een zeer snel stemmingsverbeterend effect (waarneembaar binnen een uur na inname) paren aan een minimum aan bijwerkingen en bovendien een ruimer indicatiegebied kennen dan de antidepressiva: zij zijn bij elke vorm van hinderlijke depressiviteit effectief. Sommige behandelaars beschouwen de wekaminen dan ook als het middel van eerste keus bij de medicamenteuze behandeling van depressiviteit bij kankerpatiënten in de palliatieve fase. Het grote bezwaar van wekaminen, de kans op misbruik en verslaving, speelt voor deze categorie patiënten immers nauwelijks een rol. Andere bezwaren, als eetlustvermindering en verslechtering van de slaap, worden in de praktijk evenmin vaak gezien. Over het algemeen wordt aangeraden te starten met 5 mg 's ochtends en de dosering iedere dag te verhogen tot het gewenste effect is bereikt (maximaal 2 dd 20 mg, niet na 16.00 uur in te nemen)'.<sup>1</sup> (FJM)

1 Eliel M, Hombergen D. Richtlijn symptoombestrijding depressiviteit. Utrecht: Integraal Kankercentrum Midden Nederland, 1996.

**Posttraumatische dystrofie**

De Nederlandse Vereniging van Post-traumatische Dystrofie Patiënten organiseert op 24 oktober 1998 een symposium in het Triavium in Nijmegen. Het symposium beoogt een bijdrage te leveren aan het terugdringen van het isolement waarin veel patiënten met posttraumatische dystrofie terecht dreigen te komen. Jaarlijks worden minstens 8000 mensen met deze diagnose geconfronteerd. Een aanzienlijk aantal van hen geneest binnen enkele maanden, geheel of met lichte beperkingen. Voor de overige patiënten betekent posttraumatische dystrofie veelal leren leven met ernstige

**Toon mij uw genen...**  
Vervolg van pag. 457

De traditionele reeks betrekkelijk zeldzame aandoeningen als cystische fibrose, hemoglobino-pathieën, cystenieren en de ziekte van Huntington, is nu al uitgebreid met erfelijke borst- en/of eierstokkanker en darmkanker. Er wordt echter steeds meer bekend over de erfelijke aspecten van nog meer aandoeningen die niet zeldzaam zijn en die tot nu toe niet als erfelijk te boek stonden. De stormachtige ontwikkelingen en de voortvarendheid in het toepassen van nieuwe DNA-technologie kunnen betrokkenen overrompelen en meevoeren in diagnostiek die achteraf wellicht wordt betreurd. Zo benadrukt een recent gepubliceerd relaas hoe onwenselijk en ook onmenselijk kennis van een genetisch verhoogde kans op een ernstige ziekte kan zijn.<sup>2</sup> Uit dat verslag wordt duidelijk waarom het raadzaam is ruim de tijd te nemen voor de beslissing zich al of

beperkingen of invaliditeit en vaak moeilijk te behandelen chronische pijn. De eerste signalen van posttraumatische dystrofie doen zich gewoonlijk voor als getroffen merkt dat het herstel van een letsel aan arm of been niet naar verwachting verloopt. De omgeving van het letsel wordt dik, rood, warm, (of juist koud) en pijnlijk. De pijn kan ondraaglijke vormen aannemen. Er kunnen bewegingsbeperkingen ontstaan en soms treedt er een dwangstand van het getroffen lichaamsdeel op. Dystrofie na een zwaar letsel leidt niet automatisch tot een ernstige vorm en licht letsel niet noodzakelijk tot een lichte vorm. Leeftijd speelt geen rol bij het ontstaan, maar vrouwen lopen een groter risico dan mannen. De vereniging is bereikbaar via telefoonnummer 013-4554951.

**Geneesmiddelenbewaking**

De Stichting Lareb is een onafhankelijke stichting van artsen en apothekers. Door het verzamelen, registreren en analyseren van vermoede bijwerkingen van geneesmiddelen levert Lareb een bijdrage aan een betere farmacotherapie. Sinds 1 januari 1996 gebeurt dat in opdracht van de overheid. In 1997 ontving Stichting Lareb 5522 meldingen van vermoede bijwerkingen (tegen 4599 in 1996). In

niet te laten testen dan wel, na een test, al of niet een verstrekkende behandeling te ondergaan. Huisartsen kunnen bij die afwegingsprocessen een belangrijke functie vervullen, want zoals de Gezondheidsraad het onlangs formuleerde in het advies 'DNA-diagnostiek': 'Er dient een onverbrekelijke eenheid te bestaan tussen de eigenlijke DNA-test en een medisch vóór- en natrijct van indicatiestelling, voorlichting, advisering, begeleiding, controle en zorg.' De integrale zorg van de huisarts wordt voor een nieuwe uitdaging gesteld. (FJM)

- 1 Oosterwijk JC, et al. Genetische informatie en goede zorg. Nijmegen: Katholiek Studiecentrum; 's-Hertogenbosch: Katholieke Vereniging van Zorginstellingen, 1998 (postbus 9044, 6500 KD Nijmegen).
- 2 De Vries-Kragt K. De dilemma's van een draagster van een gemuteerd borstkankergen. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1998;53:467-73.

959 gevallen (26%) werd meer specifieke informatie aan de melder teruggerapporteerd. Bijna duizend vermoede bijwerkingen (18%) stonden niet vermeld in het Informatarium Medicamentorum of het Farmacotherapeutisch Kompas. Bij ruim 90% van deze meldingen ging het om geneesmiddelen die al langer dan vijf jaar geregistreerd zijn. Ongeveer 10% van de gemelde vermoede bijwerkingen voldeed aan de criteria voor een 'ernstige' bijwerking. (FJM)

**Onderwijs-workshop**

Op 13 en 14 november 1998 zal in Maastricht onder auspiciën van EURACT (European Academy of Teachers) een workshop plaatsvinden: Messages from Educational Research. Evidence and Implementation. Deze 'Academy' is te beschouwen als de onderwijsafdeling van de European Society of General Practice (de Europese tak van de WONCA). Op het gebied van (medisch) onderwijs zijn in het laatste decennium nieuwe theorieën geformuleerd en fascinerende uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek beschikbaar gekomen, die nog maar ten dele zijn doorgedrongen bij degenen die zich bezighouden met het ontwerpen en organiseren van medisch onderwijs. Vooral voor de huisartsgeneeskunde

zijn de ontwikkelingen interessant en relevant. Te denken valt aan de consequenties voor de opzet van curricula, toetsing en evaluatie in de artsopleiding, huisartsopleiding en nascholing. Tijdens de workshop zullen nadrukkelijk bruggen geslagen worden tussen de inzichten uit wetenschappelijk onderzoek en de toepassing in de praktijk. Bijdragen worden geleverd door prof. Henk Schmidt, prof. Cees van der Vleuten en dr. Gerard Majoor, die allen een grote expertise hebben op dit terrein. Voor de huisartsen die betrokken zijn bij onderwijs (arts- en huisartsopleiding) en nascholing is dit een uitdagende internationale workshop. Nadere informatie kan worden ingewonnen bij Ellen Breevoort, tel. 043-388211/2302; fax 043-3619344; e-mail Ellen.Breevoort@hag.unimaas.NL, en bij Harry Crebolder, tel. 043-3882337/2302; e-mail: Harry.Crebolder@hag.unimaas.NL. (HC)

**Helpdesk**

De Helpdesk Gezondheid, Werk en Verzekeringen is een telefonische informatie- en advieslijn, bedoeld voor iedereen die vanwege zijn gezondheid moeite heeft bij het vinden of behouden van werk of het afsluiten van een verzekering. De Helpdesk is te bereiken op werkdagen, van 12 tot 20 uur, via telefoonnummer 020 5891818.

**Voedingscentrum**

De Stichting Voedingscentrum Nederland beschikt over twee telefonische informatielijnen voor consumenten:

- de Voedingstelefoon voor algemene vragen over voeding: 070 3068810.
- de Allergietelefoon voor vragen over voedselovergevoeligheid: 070 3068890.

**En verder in dit nummer...**

Ingezonden	491
Referaten	492
Forum	494
Boeken	499
Agenda	500
NHG-katern	501