

NHG-Standaard Problematisch Alcoholgebruik: bijstelling beschikbaar

De NHG-Standaard Problematisch Alcoholgebruik is geactualiseerd. Hierbij is de tekst van de standaard redactioneel bewerkt en meer in het stramen van de huidige standaarden gebracht. De hanteerbaarheid van de standaard is hierdoor hopelijk vergroot. De richtlijnen van de standaard zijn niet herzien. Wel is het notenapparaat aangepast en deels voorzien van nieuwe literatuurverwijzingen. De samenvattingskaart is redactioneel aangepast. De bijgestelde versie van de samenvattingskaart is ingesloten voor abonnees van *Huisarts en Wetenschap*. De volledige tekst van de NHG-Standaard is op te vragen bij het NHG en zal in het najaar van 1999 verschijnen in de herdruk van het NHG-Standaardenboek deel I.

J.R. van der Laan
R.M.M. Geijer

NHG-Standaard Hormonale Anticonceptie: 5x5 uit de handel

In juli 1998 is de herziene NHG-Standaard Hormonale Anticonceptie in *Huisarts en Wetenschap* verschenen. Hierin zijn tevens richtlijnen voor de toepassing van morning-after methoden opgenomen. Als morning-after methoden worden genoemd: de 5x5 methode, de 2x2-methode en het morning-after-spiraaltje. In de maand van publicatie van de standaard heeft de fabrikant van ethinylestradiol 1 mg tabletten (Lynoral) – obligaat onderdeel van de 5x5-methode – echter besloten de distributie van deze tabletten te stoppen. Een substituuut is niet voorhanden. Hierdoor kan de 5x5-methode niet meer worden toegepast. Hiermee verandert het in de standaard genoemde advies enigszins. Het advies luidde om bij een onbeschermd coïtus in de periode rondom de ovulatie (dat wil zeggen zes dagen ervoor tot vier dagen erna) de 5x5-methode toe te passen. Het alternatief was het plaatsen van een morning-after-spiraaltje. Nu kan in dit geval naast het plaatsen van een spiraaltje ook de 2x2-methode worden overwogen. De keuze wordt bepaald in overleg met de vrouw aan de hand van een bespreking van de voor- en nadelen van beide methoden. In alle andere gevallen (bij een onbeschermd coïtus buiten de ovulatieperiode en bij pilgebruik) verdiende de 2x2-methode reeds de voorkeur vanwege het gebruikersgemak.

Een nieuwe ontwikkeling is het gebruik van levonorgestrel (2x0,75 mg) als morning-after-

methode. Uit een recente trial bleek deze methode zelfs effectiever te zijn dan de 2x2-methode.¹ Levonorgestrel 0,75 mg tabletten zijn echter in Nederland niet beschikbaar. Vooralsnog is de 2x2-methode de enige morning-after-methode door middel van pillen.

Samengevat luidt de gewijzigde richtlijn nu als volgt: bij een onbeschermd coïtus in de periode rondom de ovulatie wordt de 2x2-methode (in plaats van 5x5-methode) of een morning-after-spiraaltje geadviseerd. De overige richtlijnen in de standaard zijn niet gewijzigd.

J.S. Burgers
A.J.B.I. Sips
G.J. Kardolus
L. Beijderwelen

1 Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation: World Health Organization. *Lancet* 1998;352:428-33.

Gepromoveerde huisartsen

Kooij & Bremer tellen het aantal gepromoveerde huisartsen en bepalen het percentage gepromoveerden van het totaal aantal praktiserende huisartsen.¹ Dat is uiteraard redelijk nuttig: het biedt inzicht in de erkende wetenschappelijke prestaties van huisartsen. Helaas missen ze hierbij een grote kans. Er wordt namelijk bijzonder veel gepromoveerd, ook op het gebied van de huisartsgeneeskunde of direct aanpalende disciplines, maar meer en meer gebeurt dat door aio's uit andere disciplines. Niet alleen daalt het percentage gepromoveerde huisartsen, zoals nu door *Kooij & Bremer* is vastgesteld; ook daalt het aandeel van huisartsen in het onderzoek, en dat baart wel zorgen. Dat betekent immers dat de beschrijving van ons vakgebied en effectonderzoek in dat gebied door anderen wordt gestuurd. Om een voorbeeld te geven: een bekend onderzoeksinstituut heeft dit jaar maar liefst 28 proefschriften op stapel staan. Twaalf daarvan zijn zeker huisartsgeneeskundig en zes raken de huisartsgeneeskunde zeer direct. Voor zover door mij is na te gaan, zijn er echter slechts twee huisartsen die promoveren.

Het zou interessanter geweest zijn als *Kooij & Bremer* systematisch hadden gekeken naar het percentage gepromoveerde huisartsen ten opzicht van het totaal aantal promoties in de huisartsgeneeskunde. Wellicht kunnen ze dat ook nog doen.

Joost Zaat

1 Kooij LR, Bremer GJ. Gepromoveerde huisartsen. *Huisarts Wet* 1998;41:333-5.

Naschrift

Ons artikel gaat over gepromoveerde huisartsen en niet over promoties in de huisartsgeneeskunde. Het doel van ons onderzoek was vast te stellen of er in de afgelopen decennia sprake was van een stijging of daling van het aantal gepromoveerde huisartsen, en niet om het aandeel van huisartsen in het totaal van promoties in de huisartsgeneeskunde te berekenen.

De definiëring van het begrip 'promotie in de huisartsgeneeskunde' lijkt ons overigens niet eenvoudig. Het is opvallend dat Zaat zich geen zorgen maakt over de daling van het aantal gepromoveerde huisartsen, terwijl hij zich wel zorgen maakt over het dalend aandeel van huisartsen in het wetenschappelijk onderzoek op ons vakgebied. Onze constatering dat het aantal gepromoveerde huisartsen is gedaald, geeft dat al aan. Het lijkt ons overigens, evenals

H&W

Literatuurinformatie

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

- Via de *jaarregisters*. Abonnees ontvangen jaarlijks in januari of februari het register over de afgelopen jaargang.
- Via de *cumulatieve registers* 1957-1971, 1972-1991 en 1992-1996. Deze registers bevatten overzichten naar auteur, thema en trefwoord. Te bestellen bij het bureau van het NHG, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht; telefoon 030 2881700, fax 030 2870668.
- Via het *elektronisch register* 1957-1997. Zoeken van artikelen is mogelijk op titel, auteur en trefwoorden. De instapprijs voor abonnees bedraagt NLG 97,50. Voor andere particulieren is dat NLG 125,-, voor instellingen NLG 150,-. De jaarlijkse updates kosten respectievelijk NLG 45,-, NLG 65,- en NLG 90,-. Te bestellen bij Intermedia bv, klantenservice van Bohn Stafleu Van Loghum, Antwoordnummer 10154, 2400 VB Alphen a/d Rijn.
- Via de *documentatieservice* van H&W. De prijs van een zoekopdracht bedraagt NLG 5,- per trefwoord of A4, met een minimum van NLG 15,- (exclusief verzendkosten). Aan te vragen bij het redactiesecretariaat, Postbus 3176, 3502 GD Utrecht; telefoon 030 2881700, fax 030 2870668.

Zaat, niet goed dat het wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de huisartsgeneeskunde voor een belangrijk deel wordt gestuurd en vericht door vertegenwoordigers uit andere disciplines. In een volgend artikel zullen wij de veranderingen die hebben plaatsgevonden in het promoveren door huisartsen in de periode van 1971 tot 1995 in beeld brengen.

L.R. Kooij,
G.J. Bremer

Manuele therapie

Zoals in veel onderzoek en in de NHG-standaard, wordt ook in de bespreking van 'Efficacy of manual therapies of the spine'¹ geen onderscheid gemaakt naar de oorzaken van lage-rugpijn. Het argument dat er toch geen therapeutische consequenties aan te verbinden zijn, veroorzaakt een self-fulfilling prophecy.

In mijn huisartspraktijk vind ik ongeveer 30 procent muskulotendinogene klachten, 30 procent blokkeringen en 8 procent discopathieën, naast de ook in de NHG-standaard genoemde specifieke oorzaken. Daarnaast is er een groep waar de diagnose niet duidelijk is. Mijn uitgangspunt is dat muskulotendinogene klachten spontaan genezen binnen twee weken en blokkeringen voor 50 procent ook spontaan herstellen binnen twee weken. Bij slechts de helft van de blokkeringen zou dan manuele therapie zinvol zijn. Als dit uitgangspunt correct is, dan is het statistisch onmogelijk om aan te tonen dat manuele therapie enig effect heeft als deze therapie wordt toegepast op de ongeselecteerde groep patiënten met volgens de standaard 'specifieke lage-rugklachten'.

Spijkennis
J.J. Nijman,
huisarts en manueel geneeskundige

1 De Jongh AC. Manuele therapie. Bespreking van: Brønfort G. Efficacy of manual therapies of the spine. Huisarts Wet 1998;41(5): 258-9.

Kwalitatief onderzoek

Hulde aan *Lagro-Janssen & Terluin* voor hun commentaar over kwalitatief onderzoek in de geneeskunde.¹ Het is goed dat er aandacht komt voor deze innovatieve en met name voor de huisartsgeneeskunde interessante vorm van onderzoek. Te hopen valt dat er met die aandacht uiteindelijk ook meer subsidiemogelijkheden ontstaan om dit type onderzoek daadwerkelijk te beoefenen. In het huidige, vooral door kwantitatieve onderzoekers beheerste tijdsgewricht is dat nog nauwelijks mogelijk.

Er zit een onderbelichte, politieke kant aan de discussie. Het budget voor onderzoek is beperkt. In de competitie met gevestigd kwantitatief onderzoek is kwalitatief onderzoek in het nadeel. Het leidt per definitie niet tot enkelvoudige, generaliserende antwoorden, maar schetst bijvoorbeeld een *range* van mogelijke betekenissen van een bepaalde gezondheidsuitkomst voor individuele mensen. Het is het type onderzoek waar beleidsmakers en subsidiegevers nog maar zelden om vragen. In het Verenigd Koninkrijk is er meer ruimte voor. Het *British Medical Journal* publiceert bijvoorbeeld met grote regelmaat dit soort onderzoeksverslagen.

Op een aantal punten gaan *Lagro-Janssen & Terluin* kort door de wetenschappelijke bocht. Ze verhullen dat er tussen kwantitatieve en kwalitatieve onderzoekers een groot en fundamenteel verschil van inzicht bestaat in het wetenschappelijk vertrekpunt. Al in de eerste alinea bedekken zij dit verschil door te bestrijden dat kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeken elkaar uitsluiten. Zij betogen dat beide onderzoekstypen aanvullende kennis kunnen opleveren.

Naar aanleiding van een cursus kwalitatief onderzoek in de huisartsgeneeskunde in Engeland wil ik een reactie geven. Ik begon daarmee vanuit een kwantitatief – epidemiologisch – kader, maar leerde geleidelijk aan enigszins om vanuit een kwalitatief perspectief te kijken. Het vergde van ons als huisartsonderzoekers echter een enorme omschakeling (met vragen als: 'wat is kennis?'). Voordat de conclusie gerechtvaardigd is dat bepaalde methoden elkaar kunnen aanvullen, lijkt het mij nuttig om eerst het verschil te belichten.

Het fundamentele verschil heeft betrekking op een geheel ander paradigma, ofwel basaal geloof of wereldvisie. Basaal in die zin dat de gekozen uitgangspunten geaccepteerd moeten worden zoals ze zijn, en dat de uiteindelijke waarde van een paradigma niet vastgesteld kan worden. Een paradigma informeert en leidt onderzoek, vooral kwalitatief onderzoek. Sinds *Kuhn* wordt er over paradigma's veel geschreven.² *Kuhn* liet zien dat er in de geschiedenis van ideeën steeds een strijd is geweest over het dominante paradigma. Wat uiteindelijk overblijft, is het paradigma dat kennisvermeerdering het best dient.

Volgens de kwalitatieve literatuur is de strijd over het dominante paradigma van de toekomst nog lang niet gestreden. Waar verzet men zich tegen? Het heersende kwantitatieve paradigma komt volgens de literatuur voort uit twee stromingen: het positivisme en het postpositivisme.³

In het positivisme is de basis van kennis over ziekte en gezondheid het natuurwetenschappelijke model (het Angelsaksische 'science'). Dit perspectief veronderstelt een kenbare wereld, gedreven door onveranderlijke natuurwetten en mechanismen. De waarden die mensen aan bepaalde zaken geven, worden constant geacht of als verstoring van variabelen beschouwd. Zo komt men tot wat heet waardenvrij onderzoek. De moderne epidemiologie is op dit positivisme gebaseerd. Binnen het perspectief van het postpositivisme wordt, net als in het positivisme, verondersteld dat de 'echte' werkelijkheid wel bestaat. Zij is echter nooit volmaakt te kennen vanwege fundamenteel beperkte menselijke intellectuele mechanismen en de wezenlijk ongrijpbare aard van fenomenen.

(Post)positivistisch kwantitatief onderzoek stelt zich tot doel bepaalde fysieke en menselijke wetmatigheden te verklaren, te voorspellen en uiteindelijk te beheersen. Uitgangspunt is bijvoorbeeld de vraag hoe sterfte te voorkomen is door gebruik van aspirine bij angina pectoris. Dit is te onderzoeken door het optreden van meetbare en ondubbelzinnige eindpunten, zoals sterfte bij patiënten met en zonder aspirine te tellen en te vergelijken. Zo komt men tot een verhoudingsgetal (meestal een relatief risico). Dit getal heet een schatting te zijn voor de abstracte relatie tussen een determinant (aspirine) en ziekte (sterfte) bij patiënten met angina pectoris. De grootte van het relatieve risico geldt als een benadering voor de sterkte van de relatie (de mate van bescherming) tussen aspirine en sterfte. In de literatuur over gerandomiseerd gecontroleerd klinisch onderzoek heet het dan dat de bevindingen gegeneraliseerd kunnen worden naar 'a future class of patients': alle toekomstige patiënten met angina pectoris.

Problemen waarbij de vrije wil een belangrijke rol speelt, zijn met dit wetenschappelijke model echter niet kenbaar. Toekomstig gedrag van individuele mensen valt niet te voorspellen. Mensen kunnen altijd een andere keuze maken. Binnen het kwalitatieve denken is de werkelijkheid niet in een abstracte, universeel geldige zin te kennen. De werkelijkheid is iets dat iedereen voor zichzelf maakt en is dus een *construct* (het sociaal constructivisme). Die werkelijkheid is daarmee principieel gebonden aan waarden en contexten (en nooit waardenvrij). Menselijk gedrag kan, anders dan bij fysieke objecten, niet begrepen worden zonder verwijzing naar de betekenissen en doelen die door menselijke actoren gekoppeld worden aan die activiteiten.

Kwalitatieve data kunnen een rijk inzicht geven in menselijk gedrag. Binnen kwantitatief onderzoek wordt vaak gekozen voor ondubbel-

zinnige eindpunten, zoals dood of een duidelijke ziekte. De verschillende *betekenissen* die patiënten met angina pectoris aan het voorkomen van sterfte hechten, spelen in die onderzoeksmatige afweging geen rol. Kwalitatieve vragen zouden zijn wat patiënten met angina pectoris vinden van dagelijks aspirinegebruik om de dood te voorkomen en hoe ze daarover geïnformeerd willen worden.

De praktische brug tussen beide onderzoekstypen beschrijven *Lagro-Janssen & Terluin* helder genoeg. De achtergronden van het verschil hadden misschien wat meer toelichting verdiend. De veronderstelling dat beide typen elkaar kunnen aanvullen, is slechts geldig vanuit een postpositivistisch perspectief. Aanvulling veronderstelt een gemeenschappelijke rationele structuur waarnaar alle vragen over verschillen uiteindelijk kunnen worden verwezen voor een oplossing. Sociaal constructivistische 'hard-liners' zijn het met deze stelling niet eens. Voor hen bestaat er niet zoiets als 'de' werkelijkheid. Aanvulling van kwantitatieve en kwalitatieve methoden is vanuit die visie onmogelijk. Zij vinden dat beginnende kwalitatieve onderzoekers eerst moeten worden gesocialiseerd, zodat zij volledig loskomen van hun vroegere vaak intensieve blootstelling aan de gearriveerde visie op de wetenschap: het (post)positivisme. Het is niet een kwestie van alleen even een ander brilletje opzetten. Het aandurven van dit soort onderzoek vraagt langdurige blootstelling aan kwalitatief denken; dat kan ik uit eigen ervaring beamen. Misschien ook iets voor *Lagro-Janssen* en *Terluin*?

Een alternatief voor hun verzoenings- en aanvullingsmodel is een onderscheid in specifieke domeinen voor kwalitatieve en kwantitatieve onderzoekstypen. 'Hard-liners' aan beide zijden, zoals *Miettinen* en *Guba & Lincoln*,³ houden deze mogelijkheid nadrukkelijk open. Een gedetailleerde uitwerking van dit idee voert wat ver voor deze reactie. Het kan echter betekenen dat bij het interpreteren en opzetten van onderzoek de volgende verdeling gemaakt wordt: kwantitatieve methoden hebben primair geldigheid en zeggingskracht voor het fysieke domein; kwalitatieve methoden vooral voor het menselijke domein.

Acceptatie van deze verdeling heeft bijvoorbeeld grote consequenties voor de generaliseerbaarheid van de resultaten van RCT's. Als ze zijn opgezet om het gedrag van mensen te veranderen, kan de reikwijdte van de conclusies minder groot zijn dan nu veelal wordt aangenomen. Een RCT over de effecten van fysiotherapie bij lage-rugpijn kan zo niet het definitieve antwoord geven op de vraag of fysiothe-

rapie zinvol is. Individuele patiënten bepalen immers zelf wat ze zinvol vinden of niet.

De vraag is dan of pijn een biologisch of een menselijk fenomeen is. Dit oogt wat abstract, maar in de manieren waarop individuen met pijn zich kunnen gedragen, zitten vele vrijheidsgraden. Mensen kunnen tot op zekere hoogte kiezen. Andere mensen kunnen zich anders gedragen dan degenen uit het onderzoek, als ze daarvoor kiezen. Toch kan een RCT wel aanwijzingen voor bepaalde verbanden opleveren. Bij een duidelijk biologische vraagstelling kan een kwantitatieve opzet met een grote RCT wel sterk bijdragen aan het definitieve antwoord. En voor het grote tussengebied houden wij ons gezond verstand.

Harm van Marwijk

1. Lagro-Janssen T, Terluin B. Als het verhaal telt. Over kwalitatief onderzoek in de geneeskunde. *Huisarts Wet* 1998;41(6):271-3,295.
2. Kuhn TS. The structure of scientific revolutions. Chicago: University of Chicago Press, 1970.
3. Guba EG, Lincoln YS. Fourth generation evaluation. Newbury Park, CA: Sage, 1989.

Naschrift

We zijn verheugd dat Van Marwijk onze opvatting ondersteunt dat kwalitatief onderzoek in de huisartsgeneeskunde meer aandacht verdient. Zijn belangrijkste bedenkingen zijn terug te voeren op de aanname dat er fundamentele tegenstellingen bestaan tussen kwalitatief en kwantitatief onderzoek, tussen mens- en natuurwetenschappen, of – zoals hij het verwoordt – tussen (post)positivisme versus sociaal-constructivisme. Beide benaderingen kunnen in zijn ogen niet aanvullend zijn, maar sluiten elkaar uit. Van Marwijk vliegt met het construeren van deze tegenstellingen uit de wetenschappelijke bocht.

In de eerste plaats is kwalitatief onderzoek niet identiek aan het sociaal-constructivisme. Integendeel, onderzoek naar betekenisgeving en zingeving van het menselijk handelen en gedrag – het hermeneutisch perspectief – kent een lange traditie en is verricht vanuit een diversiteit van theoretische invalshoeken, zoals de fenomenologie, psychoanalyse en de levensloopgeneeskunde.

In de tweede plaats is het onjuist kwantitatief onderzoek gelijk te stellen aan het (post)positivisme. Of kwantitatief onderzoek vervolgens gedefinieerd kan worden als een natuurwetenschappelijk model in de geneeskunde op zoek naar een volledige kenbaarheid van de werkelijkheid, betwijfelen wij ten sterkste. De medische wetenschap heeft immers als onderdeel van de menswetenschappen een object, het

menselijk organisme, dat zowel veranderlijk beschouwd wordt in de tijd (evolutie), als door invloeden vanuit de omgeving (voeding, milieu, cultuur). Met behulp van kwantitatieve methoden, niet louter vanuit een positivistisch perspectief, kan men objectieve kennis verzamelen over de werkelijkheid, zonder de pretentie van een volledige kenbaarheid.

Het voorbeeld van angina pectoris lijkt ons een fraaie illustratie van hoe beide typen onderzoek elkaar aanvullen. Het is immers weinig zinvol om mensen iets te vragen over hun wensen ten aanzien van het gebruik van aspirine als niet door kwantitatief onderzoek is onderzocht of men überhaupt een gunstig effect kan verwachten. Dat de patiënt vanuit een eigen perspectief ja of nee tegen aspirine kan zeggen, is altijd dagelijkse praktijk geweest. Het constructivisme kan dan bijvoorbeeld aanvullende kennis opleveren over hoe deze beslissing tot stand komt; zonder die andere kennis kan ze in de werkelijkheid niet.

Ook zien wij geen fundamentele tegenstelling tussen de voorspelbaarheid van fysieke objecten en de onvoorspelbaarheid van menselijk gedrag. Fysieke objecten kunnen immers dermate dynamisch en complex zijn (denk maar aan het weer), dat de voorspelbaarheid behoorlijk tegenvalt. Aan de andere kant is menselijk gedrag wel degelijk tot op zekere hoogte te voorspellen. Wanneer de 'vrije wil' het menselijk gedrag volkomen onvoorspelbaar zou maken, waren psychologie en sociologie in een grijs verleden een zachte dood gestorven. Daarentegen zijn dit bloeiende takken van de wetenschap geworden, en met de resultaten worden mooie dingen ontwikkeld (bijvoorbeeld gedragstherapie) en aanzienlijke inkomens verdiend (bijvoorbeeld in de reclame). Net als het weer voldoet het menselijk gedrag aan bepaalde wetmatigheden. Dat men vervolgens in individuele situaties modificaties moet aanbrengen, laat deze wetmatigheden onverlet.

Tenslotte zijn we het pertinent oneens met de paradigmatische werkelijkheidsopvatting 'dat de werkelijkheid iets is dat iedereen voor zichzelf maakt, en dus een construct is'. Hiermee neemt Van Marwijk afscheid van de mogelijkheid om objectieve kennis van de werkelijkheid te verkrijgen. Kennis van de werkelijkheid als een constructie, die elk individu zelf maakt, wordt daarmee extreem subjectief, niet generaliseerbaar en niet overdraagbaar.

De door Van Marwijk aangedragen oplossing om gescheiden domeinen te creëren voor kwalitatief en kwantitatief onderzoek, lijkt ons dan ook een heilloze weg en een wetenschappelijke verschralling. Een dergelijke oplossing zou ons

terugvoren naar een onwerkzaam dualisme in de geneeskundige praktijk en in het wetenschappelijk onderzoek. Binnen het menselijk domein zou bijvoorbeeld een hypothese met betrekking tot de effecten van cognitieve gedragstherapie niet kunnen worden geformuleerd. En in welk domein zou men onderzoek naar de werking van psychofarmaca moeten onderbrengen?

'Langdurige blootstelling aan kwalitatief denken', een suggestie van Van Marwijk, is niets voor ons. We willen ons gezonde verstand blijven behouden, niet alleen voor het grote tussengebied, maar voor het gehele gebied van de wetenschap.

Toine Lagro-Janssen
Berend Terluin

Systematische opsporing hemoglobinoopathiën

Giordano & Harteveld spreken de vrees uit dat het aantal patiënten met een erfelijke hemoglobineafwijking de komende jaren zal toenemen. Als voornaamste reden hiervoor noemen zij het grote aantal recente immigranten, behorend tot etnische groepen waarin de genfrequentie voor hemoglobinevarianten hoog is. Omdat aan algemene screening op dragerschap voor deze aandoeningen bezwaren kleven, stellen zij voor dat de huisarts genetisch onderzoek instelt bij patiënten uit deze groep in geval van microcytaire anemie zonder ijzeregebrek. Als dit positief uitvalt, moeten counseling en familieonderzoek volgen.¹

Waar wij bezwaar tegen hebben, is de technische insteek van het artikel. Er wordt naar ons gevoel te weinig ingegaan op wat alleen al het aanbieden van genetisch onderzoek te weeg kan brengen. Naar ons idee liggen daar juist de grootste valkuilen.² Onze ervaring met deze populatie doet ons vermoeden dat de kosten van screening op zichzelf vele malen zullen worden overtroffen door de hoeveelheid tijd en energie die gaan zitten in voorlichting en counseling, wil je althans grote ongerustheid en negatieve gevoelens voorkomen.

Bij één van ons kwam recent een zeer verontrust ouderpaar op het spreekuur. De specialist had gezegd dat hun dochtertje van zes sik-

kelcelziekte had. Omdat dit onderwerp zijn belangstelling heeft en de ouders hevig overstuurd waren, nam de huisarts ruim de tijd om het verschil tussen ziekte en dragerschap uit te leggen. De inmiddels gebelde specialist vertelde dat bij kinderen uit deze etnische groep preoperatief altijd een sikkceltest en eventueel Hb-elektroforese werden gedaan. In dit geval was het HbS-percentage 33. Dus was er sprake van dragerschap voor het sikkcelgen (en ons inziens waarschijnlijk een α -thalassemie). De vader was verheugd dat er alleen maar sprake was van dragerschap, maar wilde toch weten hoe groot de dokter de kans schatte dat de ziekte alsnog uitbrak.

We moeten ons goed realiseren dat er een groot aantal dragers geïdentificeerd moet worden om een klein aantal ziekten te voorkomen. Op zichzelf zou de door *Giordano & Harteveld* voorgestelde case-finding door de huisarts een goede aanpak kunnen zijn. Wij zijn er echter van overtuigd dat huisartsen die hun patiënten een dergelijke test aanbieden, er goed van doordrongen moeten zijn dat genetisch onderzoek zijn eigen complicaties kent. Er bestaat, voorzover ons bekend, geen onderzoek in Nederland vanuit de huisartsenpraktijk over het effect van pre-test counseling, noch over de wijze waarop dergelijke counseling effectief en ethisch verantwoord kan worden aangepakt. De psychologische gevolgen en de effecten op reproductieve beslissingen zijn, voor zover wij weten, evenmin onderzocht in deze context.³

Voordat we genetisch onderzoek gaan doen, moeten we veel meer weten over de effecten van het aanbieden van deze tests en over de gevolgen van een positief of negatief screeningsresultaat voor de geteste persoon.

1 Giordano PC, Harteveld CL. Hemoglobinoopathiën in Nederland. De rol van de huisarts bij dragerschapdiagnostiek en preventie. Huisarts Wet 1998;41(6):290-5.

2 Evers-Kiebooms G, Denayer L, Welkenhuysen M, et al. A stigmatizing effect of the carrier status for cystic fibrosis? Clin Genet 1994;46:336-43.

3 De Smit D. Information about congenital disorders. Amsterdam: Thesis, 1997.

Huisartopleiding VU Amsterdam
M. de Haan
J.G. Rey

Naschrift

Zonder preventie zou in Nederland in de komende generatie een groep van meer dan 1000 patiënten met ernstige vormen van Hb-pathie kunnen ontstaan.¹ Het aanbieden vanuit de huisartspraktijk van preconceptionele dragerschapdiagnostiek aan (etnische) paren, zou een goede preventiestrategie kunnen zijn. In verschillende landen blijkt een dergelijke aanpak goed te worden geaccepteerd, wanneer voldoende informatie wordt gegeven.² Bij een positieve uitslag dient uiteraard correcte en geruststellende informatie te worden gegeven, en moet uitvoerig aandacht worden besteed aan het verschil tussen een gezonde drager en een ernstig aangedane homozygoot, en aan het belang van partnerdiagnostiek.

In Nederland is de technologie voor de diagnostiek en preventie van Hb-pathiën van hoge kwaliteit, maar er wordt onvoldoende aandacht geschonken aan het aanbieden daarvan aan de risicopopulatie.³ In Engeland – waar reeds twintig jaar ervaring bestaat op het gebied van systematische preventie – is een daling bereikt van 50 procent van het aantal te verwachten geboorten met ernstige vormen van Hb-pathie.⁴ In Sardinië, waar sprake is van een mono-etnische bevolking, is het preventieresultaat bijna 100 procent. Wij blijven van mening dat ook in Nederland iedereen het recht zou moeten hebben om inlichtingen te krijgen omtrent gegevens die van belang zijn voor het genetische risico van zijn/haar nakomelingenschap en omtrent de mogelijkheden tot preventie van ernstige erfelijke aandoeningen.

Hemoglobinoopathiën Laboratorium
Leids Universitair Medisch Centrum

P.C. Giordano
C.L. Harteveld

1 Giordano PC. Hemoglobinoopathiën in Nederland. Diagnostiek, epidemiologie en preventie [Dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1998.

2 Cao A, Galanello R, Rosatelli MC, et al. Clinical experience of management of Thalassemia: The Sardinian experience. Seminars in Hematology 1996;33:66-75.

3 Leschot NJ, Kloosterman MD. Prenatal diagnosis in The Netherlands. Eur J Hum Genet 1997;5:51-6.

4 Model B, Petrou M, Layton M, et al. Audit of prenatal diagnosis for haemoglobin disorders in the United Kingdom: the first 20 years. BMJ 1997;315:779-83.

Antibiotica bij oorontsteking?

Del Mar C, Glasziou P, Hayem M. Are antibiotics indicated as initial treatment for children with acute otitis media? A meta-analysis. *BMJ* 1997;314:1526-9.

Ten behoeve van deze meta-analyse werd een groot aantal RCTs over de behandeling van kinderen met oorontsteking geselecteerd op methodologische deugdelijkheid. Zes onderzoeken werden nader geanalyseerd. De leeftijd van de kinderen lag tussen 7 maanden en 15 jaar. De rol van antibiotica bleek beperkt. De meerderheid van de kinderen (60 procent) was vrij van pijn binnen 24 uur, onafhankelijk van de behandeling. Bij een subgroep van 14 procent bleken na 2 tot 7 dagen nog altijd pijnklachten te bestaan; deze kinderen profiteerden van een snelle toediening van antibiotica. Nadeel was een verdubbeling van klachten als braken, diarree en huiduitslag. Er bestond geen relatie tussen gehoorsvermindering en antibioticagebruik. De auteurs berekenden dat 17 kinderen met oorontsteking behandeld moeten worden met antibiotica om slechts één kind korter ziek te laten zijn.

Sjoerd Hobma

Erectiepil

Goldstein I, Lue TF, Padma-Nathan H, et al. Oral sildenafil in the treatment of erectile dysfunction. *N Engl J Med* 1998;338:1397-404.

Unger RD. A pill for impotence [Editorial]. *N Engl J Med* 1998;338:1458-9.

Erectie ontstaat door een vaatverwijding in het corpus cavernosum, die wordt veroorzaakt door cyclisch guanosinemonofosfaat (CGM). Dit wordt gemaakt in de endotheelcellen van het corpus cavernosum als reactie op seksuele prikkels. CGM wordt afgebroken door een specifieke fosfordiësterase. De erectiepil remt deze diësterase en daardoor een te snelle afbraak van CGM.

Om na te gaan of sildenafil (Viagra) de erectie bevordert, werden twee onderzoeken verricht. In het eerste onderzoek werden 532 gezonde mannen ingedeeld in vier vergelijkbare groepen. De leeftijd van de proefpersonen was tussen 20 en 87 jaar (gemiddeld 57). Alle proefpersonen hadden nog enige erectie die in 10 procent van de coïtuspogingen tot een volledige erectie leidde. Zij namen voor elke coïtus-poging placebo of respectievelijk 25, 50 of 100 mg sildenafil. Elke coïtus-poging werd genoteerd, met name of er penetratie plaatsvond en of de penis na de penetratie tot de ejaculatie in erectie bleef. Deze gegevens werden gedurende de 24 weken van het onderzoek zeven maal gecontroleerd.

In het tweede onderzoek, bedoeld om de optimale dosis vast te stellen, kregen 329 andere mannen (gemiddelde leeftijd 59 jaar) dubbelblind twee tabletten placebo of sildenafil 25 mg. In de twaalf weken dat het onderzoek duurde, werd deze dosis vier maal verdubbeld of gehalveerd. Ook deze proefpersonen noteerden het aantal en de kwaliteit van hun erecties. Aan het eind van het onderzoek had 74 procent van de mannen de dosis verhoogd tot 100 mg.

Uit beide onderzoeken bleek dat 100 mg sildenafil tweemaal zo vaak een volledige erectie veroorzaakte als de placebopil. Wel noopten bijwerkingen (hoofdpijn, wazig zien en opvliegers) 2 procent van de Viagra-gebruikers tot stoppen van deze medicatie.

In het *editorial* merkt de schrijver op dat een pil voor een onbevredigende erectie beter aanvaardbaar is dan een penisprothese of een injectie in het corpus cavernosum. Hij wijst er echter op dat Viagra alleen werkt door de werking van het reeds gevormde CGM te verlengen. Maar de vorming van CGM is afhankelijk van seksuele prikkels en een intact zenuwstelsel. Ook blijkt dat prestaties van mannen met erectiele disfunctie die met Viagra behandeld waren, nog minstens 20 procent minder waren dan die van mannen die zonder kunstgrepen een bevredigende erectie hadden.

H.G.Frenkel-Tietz

Gewaarschuwd man...

Feenstra J, Van Drie-Pierik RJHM, Laclé CF, et al. Acute myocardial infarction associated with sildenafil. *Lancet* 1998;352:957-8.

De Nederlandse Inspectie voor de Volksgezondheid bericht hoe een door een arts gezond bevonden Nederlander, nog voordat er sprake was van enige seksuele opwinding, een acuut hartinfarct kreeg na het innemen van één tablet van sildenafil 50 mg (Viagra). Een uur voor de spoedopname kreeg de 65-jarige man last van een hevige pijn in de linker thoraxhelft, duizeligheid en braken. Een half uur daarvoor had hij voor het eerst een tablet sildenafil ingenomen. Bij de opname werd een acuut voorwandinfarct vastgesteld en als zodanig behandeld. De man herstelde verder zonder complicaties. Hij bleek het tablet in Amerika op recept te hebben gekregen. Hij had een blanco anamnese wat betreft pijn op de borst en er waren geen risicofactoren voor cardiovasculaire aandoeningen. De man nuttigde gemiddeld vijf eenheden alcohol per week en gebruikte geen amylnitraat ('poppers'). Tevens was de familie-anamnese onbelast.

Sildenafil veroorzaakt waarschijnlijk een andere verdeling van de arteriële bloedsomloop, waardoor de coronaire vaten te weinig doorstroomd worden, wat kan leiden tot een hartinfarct. Bij deze man werd geen coronairangiografie verricht. Het blijft dus onzeker of er een preëxistent coronairlijden was, dat mogelijk het ontstaan van dit infarct bevordert heeft. Een relatie tussen het gebruik van sildenafil en dit myocardiinfarct lijkt echter aannemelijk.

M. Sanders

Wandelen

Hakim AA, Petrovitch H, Burchfield CM, et al. Effects of walking on mortality among nonsmoking retired men. *N Engl J Med* 1998;338:94-9.

Voor dit onderzoek werden 707 gezonde, niet-rokende, gepensioneerd mannen tussen 61 en 81 jaar gedurende twaalf jaar gevolgd. In het begin werd vastgelegd hoeveel zij gemiddeld per dag liepen. Op grond daarvan werden zij ingedeeld in drie groepen:

- 1 <1,6 km/dag (ongeveer een kwart);
- 2 1,6-3,2 km/dag (ongeveer de helft);
- 3 ≥3,2 km/dag.

Na twaalf jaar bedroeg de mortaliteit in groep 1 44 procent, en in de groepen 2 en 3 respectievelijk 27 en 24 procent. Alleen voor groep 3 was dit verschil significant. Dit gold alleen voor de subgroep die was overleden aan een carcinoom. Er was wel een duidelijk lagere mortaliteit ten gevolge van hart- en vaatziekten, maar dit verschil was niet significant. Een lagere mortaliteit ten gevolge van kanker deed zich ook voor in groep 2, maar ook daar was het verschil niet significant.

H.G. Frenkel-Tietz

Fissura ani

Madoff EM. Pharmacological therapy for anal fissure [Editorial]. *N Engl J Med* 1998;338:257-9.

Maria G, Cassata E, Gui D, et al. A comparison of botulinum toxin and saline for the treatment of chronic anal fissure. *N Engl J Med* 1998;338:217-20.

Een fissura ani ontstaat waarschijnlijk door een wondje in het anale gebied (harde feces), gevolgd door kramp van de sluitspier, waardoor de circulatie zodanig wordt belemmerd dat het wondje niet geneest. De diagnose is eenvoudig à vue te stellen: een huidflapje bij de anus in de mediaanlijn, waardoor bij persen met gespreide billen een ulcus in de achterste mediaanlijn van de anus zichtbaar wordt. De laesie is pijnlijk en gebruik van een proctoscoop is daarom niet aan te raden.

Als symptomatische therapie – zorgen voor

zachte ontlasting, warme zitbaden, anesthesiezalf – te weinig verlichting brengt, wordt de fissuur meestal geëxcideerd en wordt de sluitspier gekliefd. Deze therapie heeft echter soms incontinentia alvi tot gevolg.

Twee nieuwe therapieën zijn thans voorgesteld om de kramp van de sluitspier te bestrijden: nitroglycerinezalf, waardoor de spier verslapt en de doorbloeding verbetert (Gronings onderzoek), en een lokale injectie met botulinetoxine, waardoor de prikkeloverdracht naar de spier wordt geblokkeerd. Deze laatste methode werd onderzocht in een dubbelblind, placebogecontroleerd onderzoek onder 30 patiënten met fissura ani zonder comorbiditeit.

De helft van de patiënten kreeg een injectie in de anaalspier met botulinetoxine 20E in een fysiologische zoutoplossing; de anderen kregen alleen een fysiologische zoutoplossing. Na twee maanden was de fissuur genezen bij elf van de actief behandelenden en was de druk in de anaalspier genormaliseerd; dat was bij slechts twee patiënten in de controlegroep het geval. Na vier maanden ondergingen de vier nog niet genezen actief behandelde patiënten een tweede behandeling, nu met 25E botulinetoxine. Ook zes patiënten uit de oorspronkelijke controlegroep kregen deze behandeling. Alle aldus behandelde patiënten genazen en waren na gemiddeld 16 maanden follow-up nog steeds vrij van klachten.

H.G. Frenkel-Tietz

Jeugdkanker

Sankila R, Olsen JH, Andersen H, et al. Risk of cancer among offspring of childhood-cancer survivors. *N Engl J Med* 1998;338:1339-44.

Steeds meer kinderen met kanker blijven in leven en krijgen zelf kinderen. Wat is de incidentie van kanker bij hun kinderen?

Het onderzoek had betrekking op 15.000 personen in Denemarken, Finland, IJsland, Noorwegen en Zweden die 33 tot 48 jaar geleden als kind kanker hadden gehad en minstens 15 jaar oud waren geworden. In 1995 werd na-

gegaan of deze voormalige patiënten zelf kinderen hadden gekregen, en zo ja of die kinderen ook kanker hadden gekregen.

Er bleken 5847 kinderen te zijn geboren, die gemiddeld 14 jaar oud (0-43 jaar) waren. Van hen hadden er 44 ooit de diagnose kanker gekregen, wat een overall relatief risico van 2,6 (95%-betrouwbaarheidsinterval 1,9-3,5) betekende. Er waren 17 kinderen met een retinoblastoom; bij 16 van hen had de ouder ook een retinoblastoom gehad. Omgekeerd waren er 202 kinderen geboren uit een ouder met een retinoblastoom, die zelf geen retinoblastoom hadden gekregen. Bij de ouders die een andere vorm van jeugdkanker hadden gehad, bleken de kinderen nauwelijks vaker kanker te hebben gekregen (relatief risico 1,3; 95%-betrouwbaarheidsinterval 0,8-2,0). Wel was de kans op een kind met kanker iets groter in de groep die zelf beneden de leeftijd van 10 jaar kanker had gehad, dan in de groep die ouder was toen de diagnose werd gesteld.

De kans op een kind met kanker bij ouders die zelf jeugdkanker hebben overleefd, is dus erg klein, behalve bij degenen die een erfelijk retinoblastoom hebben gehad.

Germa Joppe

Trombose en kanker

Sørensen HT, Mellemkjær L, Steffensen FH, et al. The risk of a diagnosis of cancer after primary deep venous thrombosis or pulmonary embolism. *N Engl J Med* 1998;338:1169-73.

Büller H, Ten Cate JW. Primary venous thromboembolism and cancer screening [Editorial]. *N Engl J Med* 1998;338:1221-2.

Kanker en trombose komen vaak in combinatie voor. Hoe groot is nu het risico op kanker, nadat de diagnose primaire diepe veneuze trombose of longembolie is gesteld?

In Denemarken bestaan centrale registraties van ontslagdiagnosen, kankerdiagnosen en doodsoorzaken. Met behulp hiervan kon worden nagegaan of mensen die in de jaren 1977-1992 uit het ziekenhuis waren ontslagen met de

diagnose primaire diepe veneuze trombose of longembolie, daarna (tot eind 1993) kanker hadden gekregen.

Het ging om ruim 15.000 mensen met diepe veneuze trombose en ruim 11.000 mensen met longembolie. Van hen kregen er ruim 2400 kanker, 500 meer dan viel te verwachten op grond van de nationale incidentie. Gedurende de eerste zes maanden na het trombo-embolische proces was het risico zelfs drie maal zo hoog als verwacht (95%-betrouwbaarheidsinterval 2,5-3,5). Met name maligniteiten van pancreas, ovarium, lever en hersenen kwamen vaker voor. Het relatieve risico daalde in het tweede halfjaar naar een constant niveau van net boven de 1 (95%-betrouwbaarheidsinterval 0,9-1,5). Mensen met recidiverende diepe veneuze trombose of longembolie hadden een iets grotere kans op de diagnose kanker dan degenen die hiermee voor het eerst werden geconfronteerd. De kans op de diagnose kanker na een trombo-embolie bleek af te nemen met de leeftijd.

Gezien het grote relatieve risico in het eerste half jaar, zijn de trombo-embolische aandoeningen bij patiënten die later de diagnose kanker krijgen, eerder het gevolg dan de oorzaak van de kanker. Uitgebreide screening wordt niet aangeraden, aangezien de prognose van lever- en pancreascarcinomen niet verbetert door vroege ontdekking, terwijl in 40 procent van de gevallen al metastasering is opgetreden. Eenvoudige screening, en dan met name bij mensen die symptomen van kanker hebben, wordt wel aanbevolen.

Ook de (Nederlandse) auteurs van het *editorial* bevelen geen zeer uitgebreide screening bij alle patiënten aan. Wat wordt aangeraden is een uitgebreide anamnese, lichamelijk onderzoek, routinelaboratoriumtests en een X-thorax. Ook een mammogram en een gynaecologische echo bij vrouwen en een PSA-bepaling bij mannen achten ze in een beperkt aantal gevallen gerechtvaardigd.

Germa Joppe

Ziektebegrip bij kinderen

Hosli EJ. Ziektebegrip bij kinderen. De ontwikkeling van het denken over ziekte [Dissertatie Universiteit Utrecht]. Amsterdam: Thesis, 1998; 264 bladzijden, prijs NLG 42,50. ISBN 90-5170-442-9.

Promotie: 16 januari 1998.

Promotoren: prof.dr. P.G. Heymans en

prof.dr. E.P.J.M. Elbers.

Bespreking: mw.dr. F.W. van der Waals.

Wat weten kinderen over ziekte, wat (kunnen) ze begrijpen? Ouders en hulpverleners kunnen moeilijk inschatten welke informatie kinderen wel en niet begrijpen. Uit de literatuur blijkt dat kinderen informatie over hun ziekte vaak anders interpreteren dan bedoeld was. Adequate kennis zou kinderen echter kunnen helpen in de omgang met hun ziekte.

Er zijn verscheidene redenen waarom het van belang is inzicht te hebben in wat kinderen kunnen weten en begrijpen over ziekte. Ouders en hulpverleners kunnen op die manier beter inschatten, welke informatie aan kinderen kan worden overgedragen, en hoe dat het beste kan gebeuren. Informatie die wordt overgedragen op het begripsniveau van het kind, zal minder vaak verkeerd worden geïnterpreteerd. Verkeerd geïnterpreteerde informatie kan onnodige angst veroorzaken. Daarnaast is het voor kinderen prettig adequate kennis over hun ziekte te hebben, omdat deze kennis hen kan helpen bij het omgaan met hun ziekte. Een beter begrip zal leiden tot het beter volgen van behandelvoorschriften en therapietrouw. Bij kinderen met astma bijvoorbeeld is kennis over hun aandoening en de werking van de medicijnen die zij krijgen, nodig om te kunnen snappen waarom ze ook medicijnen moeten gebruiken als ze geen last hebben van hun aandoening.

De algemene, theoretische inzichten uit de ontwikkelingspsychologie zijn niet zonder meer te vertalen naar het gebied van het denken van kinderen over ziekte. Dit proefschrift probeert de daartoe vereiste vertaalslag te maken.

Binnen het onderzoek naar de ontwikkeling van het denken over ziekte worden verschillende theoretische kaders gebruikt. Het eerste deel van het proefschrift behandelt deze theorieën; de cognitieve ontwikkelingstheorie van Piaget, de functionalistische theorie van Carey, de scripttheorie van Nelson en de socialisatietheorie. Geen van deze theoretische kaders bleek

bruikbaar in de verschillende deelonderzoeken van Hosli. Zij concludeert dat binnen het onderzoek naar de ontwikkeling van het denken over ziekte een theoretische vernieuwing noodzakelijk is. Zo past de verandering in het denken over ziekte van kinderen in geen van de bestaande kaders.

Hosli past niet de gebruikelijke cross-sectionele en globale methoden van onderzoek toe, maar onderzoekt de kinderen veeleer individueel. Het kind vormt een eenheid van analyse, en het verzamelde materiaal (interviewgegevens) wordt kwalitatief geanalyseerd. Niet alleen de feitenkennis wordt in kaart gebracht, maar ook de gehele kennisstructuur van het kind. De samenhang in het denken staat voorop. Aangezien de analyse zeer arbeidsintensief is, is maar een beperkte hoeveelheid onderzoekseenheden gebruikt; zo zijn de kinderen maar van een bepaalde leeftijdsgroep.

Wat weten en begrijpen kinderen?

In het proefschrift worden drie deelonderzoeken beschreven:

Geeft het structuralistische model, gebaseerd op cross-sectionele gegevens, een adequate beschrijving van het denken over de oorzaken van ziekte van individuele kinderen? Levert het gebruik van taakmateriaal in interviews meer op?

Vooraf bij jonge kinderen blijkt taakmateriaal nuttig; ze kunnen zich beter en langer concentreren en hebben meer plezier in het interview, en daardoor leveren de interviews meer informatie op dan wanneer alleen open vragen worden gesteld. Ook specifieke onderzoeksvragen bleken daardoor beter beantwoord te worden. Naast het taakmateriaal dienen ook open vragen gesteld te worden, want als men zich tot taakmateriaal beperkt, kan dat een vertekend beeld opleveren.

Niet alle kinderen pasten in het structuralistisch kader. De meeste kinderen pasten niet binnen model van het ontwikkelingsstadium, ook niet als ze werden ingedeeld in een eerder of later stadium dan overeenkwam met hun leeftijd. Jonge kinderen denken bij oorzaken van ziekte niet aan oorzaken in het algemeen, maar aan specifieke aandoeningen (verkoudheid door kou). Ook heeft de ervaring met ziekten een grote invloed op het denken over oorzaken van ziekten (kinderen met astma begrijpen de ziekte op fysiologisch niveau, maar weten over besmettelijkheid van andere aandoeningen niet meer dan voorheen).

Op welke wijze is kennisoverdracht van invloed op de ontwikkeling van kennis over ziekte.

Verskillende televisieprogramma's met in-

formatie over ziekte, gezondheid en het lichaam in het algemeen (Sesamstraat, schooltelevisie) werden beoordeeld. Jonge kinderen krijgen weinig informatie; deze beperkt zich tot het *wat* van dagelijkse verschijnselen en gebeurtenissen. Oudere kinderen krijgen meer *hoe-* en *waarom-*informatie aangeboden. De informatie is voornamelijk op jonge kinderen afgestemd; doordat zij veelal minder kennis hebben en minder kunnen begrijpen dan oudere kinderen, is de kennisoverdracht gering. Daarnaast hebben veel volwassenen – ouders en programmamakers – abstracte ideeën over wat kinderen wel en niet aankunnen ('er moet ruimte zijn voor de kinderen om zich emotioneel te kunnen uiten', 'jonge kinderen zijn egocentrisch en daarom moet hun eigen leefwereld benadrukt worden', 'daar is mijn kind gewoon nog niet aan toe').

Is de aard van de ziekte waar het kind ervaring mee heeft, van invloed op de kennis en het begrip van het kind over ziekte?

Er werden zowel gezonde kinderen als kinderen met diabetes en juveniele chronische artritis (jeugdreuma) onderzocht. De 10-jarigen met diabetes en jeugdreuma wisten meer dan de 7-jarigen met deze aandoeningen; de 7-jarigen met jeugdreuma wisten niet veel meer over hun aandoening dan over verkoudheid. Dit was waarschijnlijk eerder te wijten aan de onderzoeksmethode, die slechts met kleine onderzoeksgroepen kan werken: in deze groep bleken een paar kinderen juist heel veel te weten over verkoudheid, met als gevolg een vertekende uitkomst.

Leeftijd en kennis

Vast staat dat, behalve de aandoening, ook de leeftijd een belangrijke rol speelt in onderliggende kennis over ziekte. Ervaring blijkt belangrijk in het vergaren van kennis over ziekte; wat een kind met die kennis doet, is voornamelijk afhankelijk van al aanwezige kennis en het belang van de informatie voor het kind. Uit het onderzoek bleek ook dat kinderen hun kennis over een bepaalde aandoening gebruiken bij het nadenken over andere ziekten.

Tot slot wordt worden enkele praktische aanbevelingen gedaan. In de kennisoverdracht dient één vraag centraal te staan: wat moet een kind weten om adequaat met de ziekte om te gaan? De aanwezige kennis van het kind dient het uitgangspunt voor verdere kennisoverdracht te zijn. Altijd weer moet bedacht worden dat kinderen, zelfs van dezelfde leeftijd, een verschillende begrip van (hun) ziekte kunnen hebben. Bestaande, onderliggende kennis is cruciaal voor het begrip van de fysiologie van een ziekte, maar de aanwezigheid van ken-

In de rubriek *Forum* worden vooral proefschriften besproken. De auteurs van deze werken worden uitgenodigd een korte reactie te geven, maar zijn hiertoe uiteraard niet verplicht.

nis betekent natuurlijk niet dat deze ook adequaat wordt gebruikt.

Het onderzoek van Hosli is niet in de eerste plaats bedoeld voor huisartsen, maar ook huisartsen krijgen te maken met zieke kinderen, en met gezonde kinderen met een ernstig zieke in de omgeving. Dit proefschrift geeft een beeld van hun denken en hun begrip van ziekte.

Fransje W. van der Waals

Inspanning tijdens zwangerschap

Spinnewijn WEM. Exercise in human pregnancy. Cycling and swimming in the last trimester [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1997; 91 bladzijden. ISBN 90-9011136-0.

Promotie: 10 december 1997.

Promotor: prof.dr. H.C.S. Wallenburg;

copromotor: dr F.K. Lotgering.

Bespreking: mw. M. Prins, verloskundige.

Zwangere vrouwen kunnen driemaal per week gedurende 40 minuten sporten met een hartslag van 145/minuut, zonder dat dit negatieve effecten heeft. De maximale zuurstofopname tijdens fietsen en hardlopen wordt niet beïnvloed door de zwangerschap, en zwangeren zijn net zo goed als niet-zwangeren in staat om duurinspanning te leveren. Deze bevindingen uit de literatuur waren aanleiding voor een onderzoek naar de fysiologische respons op inspanning van vrouwen het derde trimester van de zwangerschap in vergelijking met niet-zwangeren.

In het proefschrift worden de volgende deelonderzoeken beschreven:

Bij 26 gezonde à terme zwangeren die voor een electieve inleiding hadden gekozen, werd vóór, tijdens en ná 20 minuten fietsen de foetale hartactie, het foetale gedragspatroon en de uterusactiviteit gemeten. Daarna werden de vrouwen bijgestimuleerd met oxytocine. Om betrouwbare waarden te verkrijgen, werden na het artificieel breken van de vliezen een drukcatheter en schedelelektrode ingebracht.

Bij 33 vrouwen werden snel oplopende maximaaltests op de fiets uitgevoerd, achtereenvolgens bij 16, 25 en 35 weken zwangerschap en 8 weken post partum. De hartfrequentie, het ademminuutvolume, de O_2 -opname en de CO_2 -afgifte werden gemeten om de anaërobe drempel en het punt van respiratoire compensatie te berekenen; deze waarden werden ingevoerd in een mathematisch model.

Bij 16 vrouwen werd rond de 32e week van de zwangerschap en de 10e week post partum

het effect van fietsen gedurende 35-40 minuten bij een 70-75%-piekzuurstofopname gemeten. Hartslag, zuurstofopname en koolzuurafgifte werden continu gemeten. De metabole respons werd gemeten door de concentratie van de vrije vetzuren, het glucose, het lactaat en de catecholamines in het plasma te bepalen. Een cardiocogram werd gemaakt om eventuele veranderingen in de foetale hartfrequentie aan te tonen.

Voor zover bekend is het veilig om tijdens de zwangerschap oefeningen in het water te doen. De fysiologische respons van het zwangere lichaam, die natuurlijk in grote mate afhankelijk is van de temperatuur van het water, is echter nog nooit goed onderzocht. Het is bekend dat de meeste zwangeren zwemmen prettig vinden, omdat zij zich in het water soepel en gemakkelijk kunnen bewegen. Uit een retrospectief onderzoek onder 109 duiksters en 69 niet-duikende vrouwen bleek dat er geen verschil aantoonbaar was in spontane abortus, bloedverlies, 'to small for gestational age'-kinderen en perinatale sterfte. Wel was het percentage neonaten met skelet- en hartafwijkingen significant hoger bij de vrouwen die ook doken tijdens de zwangerschap (5,5%). Vier van de betrokken moeders doken tot een diepte van 30 meter in het eerste trimester van de zwangerschap, en twee doken nog dieper.

De fysiologische respons werd gemeten bij 11 vrouwen bij 30-34 weken zwangerschap en bij 8-12 weken post partum. De watertemperatuur tijdens het onderzoek was 33°C (= thermoneutraal). Bij de vrouwen werden voor, tijdens en na zwemmen en fietsen de hartfrequentie, de zuurstofopname en koolzuurafgifte, het ademvolume en de lactaatconcentratie in het plasma gemeten.

Resultaten

Bij à terme vrouwen neemt de uterusactiviteit tijdens inspanning significant toe. In hoeverre de inspanning van invloed is op het verloop van de ontsluiting, is niet onderzocht. Inspanning van de zwangere is onschadelijk voor de foetus. De basale hartfrequentie van de foetus stijgt met gemiddeld 10 slagen/minuut tijdens de inspanning om na tien minuten weer hersteld te zijn. Bij het onderzoek met de à terme zwangeren werd eenmaal een cardiocogram beoordeeld als zijnde 'verdacht' voor hypoxie. Drie uur later werd het kind in goede conditie geboren.

De meeste zwangeren gaven aan hun kind tijdens het fietsen minder te voelen bewegen. Dit blijkt een subjectieve waarneming te zijn; het foetale gedragspatroon veranderde niet aantoonbaar. Verder bleek de fysiologische respiratoire respons op inspanning niet door de

zwangerschap te worden beïnvloed, met uitzondering van het ademminuutvolume, dat tijdens de zwangerschap hoger is. De anaërobe drempel wordt niet beïnvloed door de zwangerschap. Boven de anaërobe drempel is de relatie maximale CO_2 -afgifte niet meer evenredig met de maximale O_2 -opname; de maximale CO_2 -afgifte is lager in de zwangerschap.

De vrije vetzuren en het glucose- en lactaatgehalte waren respectievelijk 9, 24 en 24 procent lager in de zwangerschap. De verklaring hiervoor lijkt niet te liggen in de fysieke conditie van de zwangere. Mogelijk is het toegenomen verbruik ervan in de lever tijdens inspanning in de zwangerschap en het gebruik ervan door de foetoplacentaire eenheid. De catecholamines stegen in beide groepen zonder aantoonbaar verschil tussen de zwangere en niet-zwangere vrouwen. De hartfrequentie steeg natuurlijk tijdens fietsen en zwemmen, maar werd niet beïnvloed door de zwangerschap. Tijdens zwemmen zijn de piekzuurstofopname, de piekkoolzuurafgifte en de piek van het ademvolume lager dan tijdens fietsen.

Commentaar

Op een aantal punten mis ik in het onderzoek een verantwoording voor de werkwijze. Ik mis de informatie die de zwangeren kregen voordat zij gingen meedoen aan het onderzoek. Wisten de (gezonde) zwangeren die zelf kozen voor het inleiden van de baring, dat zij een hoger risico hadden op medische interventies dan wanneer zij een spontane baring zouden afwachten? Waren er met betrekking tot de foetale conditie vooraf criteria gesteld op grond waarvan het onderzoek zou worden gestaakt, en waren de zwangeren hiervan op de hoogte? Verder vraag ik mij af in hoeverre de onderzoeksresultaten worden beïnvloed door het feit dat de niet-zwangere vrouwen in het onderzoek eigenlijk nog aan het 'ontzwangeren' waren. De niet-zwangere vrouwen werden tussen de 8 en 12 weken post partum getest. Een groot aantal van hen gaf toen nog borstvoeding.

Een aantal vrouwen stopte voortijdig met de (soms pittige) inspanningstest. De praktijk leert dat veel zwangeren stoppen met sporten en intensieve lichamelijke activiteiten, enerzijds omdat bewegen bij het vorderen van de zwangerschap steeds moeizamer gaat, anderzijds uit angst. Vrouwen worden ongerust als zij tijdens en na hun activiteiten de baby minder voelen bewegen of contracties krijgen. Een hoofdstuk over de beleving van de zwangeren die de inspanningstests uitvoerden, zou een mooie aanvulling zijn geweest. Terecht wordt opgemerkt dat de toegenomen contractiliteit bij inspanning niet mag worden geëxtrapoleerd

naar de preterm periode. De vraag welke invloed (langdurig en frequent) sporten tijdens de zwangerschap heeft op de uterusactiviteit in de preterm periode, blijft nog onbeantwoord.

De resultaten uit dit proefschrift ondersteunen het meest gebruikelijke advies ten aanzien van sporten in de zwangerschap: 'doorgaan als dat plezierig voelt'.

Marianne Prins

Reactie

De stelling dat zwangeren net zo goed in staat zijn tot het leveren van een forse duurspanning als niet-zwangeren, is geen gegeven uit de literatuur, maar werd door ons geponeerd en onderzocht in het kader van dit proefschrift. Aanleiding voor deze hypothese waren de conclusies uit het proefschrift van Van Doorn naar zwangerschap en sport.¹

Bij de bespreking van de resultaten vraagt Prins zich af in hoeverre de inspanning van invloed is geweest op het verloop van de ontsluiting. Zoals beschreven, was er één deelneemster die startte met meer dan 4 cm ontsluiting. Zij ontwikkelde tijdens het fietsen dusdanig krachtige weeën, dat zij na 14 minuten moest stoppen; een half uur later werd een gezond kind geboren. Alle deelneemsters werden gematcht naar pariteit en leeftijd met vrouwen die ook voor electieve inleiding kozen maar niet aan het onderzoek deelnamen; er bleek geen verschil te bestaan in ontsluitingsduur of wijze van bevallen. De vrouwen bevielen gemiddeld 3 tot 6 uur na het breken van de vliezen. Vrouwen die kozen voor inleiding van de baring, werden daarover voorgelicht door de gynaecoloog op de polikliniek. Over het onderzoek werden zij zowel mondeling als schriftelijk ingelicht; bij akkoord werd een informed consent getekend. Bij het duurspanningsonderzoek en het zwemonderzoek werden eerst proeftests gedaan. Bovendien was het de deelneemsters bekend dat zij te allen tijde konden ophouden met het onderzoek, hetgeen door de onderzoeker wel eens als frusterend werd ervaren. Om het welzijn van de foetus te waarborgen werden bij alle onderzoeken voor en na de tests gedurende 20 minuten cardiotocogrammen gemaakt. Gelukkig gaven de uitkomsten in geen enkel geval reden tot niet-starten of stoppen.

De op zichzelf interessante vraag hoe de zwangeren de inspanningstests beleefden, viel buiten het kader van dit proefschrift. Veel vrouwen vonden vooral de duurtests erg zwaar, maar waren niettemin zeer gemotiveerd om een prestatie te leveren.

Niet in dit proefschrift beschreven maar wel onderzocht was een kleine groep vrouwen die

weinig aan lichaamsbeweging deden en die van de 16e tot en met de 32e week van de zwangerschap een trainingsprogramma uitvoerden bij een sportschool. Om de maand werd de conditie gemeten en vulden de vrouwen een vragenlijst naar beleving en welbevinden in. Tot circa 26 weken werd het sporten als heel positief ervaren; daarna was men vooral lichamelijk te moe.

Inderdaad is men 8 tot 12 weken na de bevalling nog niet ontzwangerd. Het onderzoek van Van Doorn liet echter zien dat er geen verschil is in prestatie tussen 8 tot 12 weken en 6 maanden post partum.¹ Omwille van de tijdsdruk en de daarmee samenhangende grotere kans op uitvallers hebben wij daarom gekozen voor deze relatief korte periode na de bevalling, aangezien deze voor de meeste vrouwen nog binnen hun zwangerschapsverlof viel.

Wilma Spinnewijn

1 Van Doorn MB. Dynamic exercise in human pregnancy [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1991.

NOTA BENE

Een natriumbepoort dieet voorschrijven aan zwangeren met vroege symptomen van zwangerschapshypertensie is niet effectief.

Stelling bij: Knuist M. Zwangerschapshypertensie in de eerste lijn [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1998.

Terwijl huisartsen goed met elkaar overeenstemmen in de beoordeling van anderen zijn zij niet goed in staat tot een nauwkeurige beoordeling van eigen medisch-technische vaardigheden.

Stelling bij: Janssen K. Toetsing van technische vaardigheden van huisartsen [Dissertatie]. Maastricht: Universiteit Maastricht, 1998.

De NHG standaard slechthorendheid dient wat betreft de opsporing van ouderen herschreven te worden: de gehoorvragenlijst dient een centrale rol te krijgen en de huisarts moet slechthorendheid actiever opsporen.

Stelling bij: Van Schaik VHM. Hearing loss in the elderly: hearing questionnaires in general practice [Dissertatie]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1998.

Moe

Zaat JOM, De Haan M, Claessen FAP. Huisarts en moeheid. Maarsen: Elsevier/Bunge, 1998; 75 bladzijden, prijs NLG 35,-. ISBN 90-6348-340-6.

De bekende groene serie van Bunge 'Practicum huisartsgeneeskunde' is met de overname van de uitgeverij door Elsevier veranderd in een rode serie. De binnenzijde is echter niet gewijzigd. Dat is ook niet nodig, want de serie heeft de afgelopen twintig jaar haar bestaansrecht ruimschoots bewezen. In 1980 verscheen onder de titel 'Moeheid' in deze serie al een aflevering van De Haan en Bleys. Deze nieuwe uitgave is echter geheel herschreven, met nieuwe casus en achtergrondinformatie die volledig bijgewerkt is.

Moeheid is voor de meeste huisartsen geen aantrekkelijke klacht, zij worden er letterlijk vaak moe van. Daar zijn verschillende redenen voor aan te geven. Zo is de klacht moeheid moeilijk objectief vast te stellen. Er zijn wel vragenlijsten voor patiënten in omloop, zoals de verkorte vermoeidheidsvragenlijst, die ook in dit boek wordt besproken, maar in de praktijk worden deze weinig gebruikt. Bij de frequent voorkomende vermoeidheidsklachten worden meestal geen duidelijke afwijkingen gevonden en de wens van de patiënt om een verklaring voor zijn klachten te krijgen, kan dan niet worden gehonoreerd.

Causale behandeling is moeilijk. De vraag van de patiënt om een goed therapeutisch advies teneinde de prognose te verbeteren is dan ook niet bevredigend te beantwoorden. Dit mag niet leiden tot therapeutisch nihilisme. De begeleiding van patiënten met moeheidsklachten kan voor de huisarts een dankbare taak zijn, zoals in dit boek duidelijk wordt toegelicht. Voorwaarde is dat de patiënt en zijn klachten altijd serieus worden genomen. Dit geldt zeker ook voor de (kleine) groep patiënten met het chronische-vermoeidheidssyndroom (CVS) waarvan slechts een klein percentage na een jaar is genezen, terwijl bij de meerderheid geen verbetering is opgetreden.

Het gevoel van onmacht dat bij veel huisartsen optreedt, maakt moeheid al een moeilijke klacht. Voeg daarbij nog de angst een aandoeニング over het hoofd te zien, en het dilemma tussen geruststellen en verder onderzoek verrichten is compleet. Verwijzen naar een specialist levert echter meestal niets op en bevordert de kans op somatisering; moeheid is een typisch huisartsgeneeskundig probleem.

De opzet van dit boek is, zoals in deze serie gebruikelijk: een aantal goed herkenbare casus, die stapsgewijs worden gepresenteerd met tussendoor commentaar op de overwegingen

of achtergrondinformatie en statistische gegevens met betrekking tot de diagnostische beslissingen. Alle aspecten van moeheid komen hierbij aan de orde; zowel de somatische als de psychische en sociale factoren worden uitgebreid besproken.

Het commentaar bij de casus is meestal adequaat en verhelderend met suggesties voor de praktijk, zoals het afnemen van een daganamense om zicht te krijgen op de consequenties van de moeheid.

Vergeleken met de uitgave uit 1980 valt op dat de toelichtingen veel besliskunde bevatten, op basis van recent huisartsgeneeskundig onderzoek, om de wetenschappelijke basis van het beschreven handelen duidelijk te maken. Dit is meestal zeer informatief en functioneel. Een enkele keer heeft de behoefte verantwoording af te leggen over de genomen beslissingen, tot gevolg dat te veel verschillende onderzoeken worden aangehaald. Bij het chronische-vermoeidheidssyndroom worden diverse onderzoeken gepresenteerd waaruit blijkt dat bij 5 tot 70 procent van de patiënten psychiatrische stoornissen worden gevonden. Wat moet je daar als huisarts mee? Het was waarschijnlijk zinvoller geweest alleen de conclusie te geven dat een causaal verband tussen chronische moeheid en psychiatrische afwijkingen niet is aangetoond. Nu is het verwarrend: is er wel of geen verband tussen moeheid en bijvoorbeeld depressie? Antidepressiva hebben bij patiënten met een chronische-vermoeidheidssyndroom in ieder geval geen therapeutisch effect.

Van de beschreven casus zijn er relatief veel waarbij mensen een organische aandoening hebben. Dit is mogelijk nodig voor de noodzakelijke variatie in het boek, maar onbedoeld kan op deze manier de indruk worden gewekt dat dit een afspiegeling is van de incidentie bij de huisarts, hetgeen niet juist is.

Dat de contextuele informatie voor de huisarts een belangrijke rol speelt bij het beoordelen van de klacht moeheid, zou nog wat meer nadruk mogen krijgen. Met name het gegeven dat het risico op een organisch afwijking als oorzaak van de klacht sterk toeneemt met het stijgen van de leeftijd, heeft consequenties voor het diagnostisch beleid.

In de inleiding leggen de auteurs uit dat zij besloten hebben geen beslissbomen op te nemen, omdat dit boek niet bedoeld is als richtlijn, maar als achtergrondinformatie om huisartsen te stimuleren over het probleem moeheid na te denken. Toch denk ik dat de huisarts die onzeker zijn weg zoekt bij patiënten met moeheid, baat kan hebben met nog wat meer houvast in de vorm van diagnostische beslissbomen. Maar mogelijk ligt aan deze wens de ei-

gen onzekerheid van de recensent ten grondslag.

Dat de laatste casus een dokter is als vermoeide patiënt, bevordert zeker de herkenbaarheid van de klacht moeheid.

Dit boek bevat, ondanks de beperkte omvang, een knappe mengeling van herkenbare casus, beschouwingen en huisartsgeneeskundig relevante achtergrondinformatie. Ook al schrijven de auteurs in de inleiding dat het boek niet bedoeld is als leidraad voor de diagnostiek van moeheid, toch zullen vele huisartsen er steun aan ontleen in de omgang met patiënten met deze moeilijke klacht.

T.O.H. de Jongh

Alcoholproblemen

Otten J. Kort en goed. Hulp bij alcoholproblemen. Arnhem: Ampersand, 1997; 96 bladzijden, prijs NLG 29,90. ISBN 90-73137-02-0. Ook te bestellen bij de uitgever, fax 026-4450684.

Dit boek biedt een handleiding voor de behandeling van probleemdrinkers met behulp van een 'brief intervention'. Dit is een kortdurende, goed gestructureerde, gedragsgerichte behandelingsmethode. Onderzoeksresultaten tonen aan dat kortdurende hulpverlening even effectief is als een langer durende en meer intensieve begeleiding. De methode is met name bedoeld voor mensen met minder ernstige alcoholproblematiek. Het boekje is primair geschreven voor hulpverleners in de verslavingszorg, maar ook voor huisartsen heeft het zeker iets te bieden.

Het eerste hoofdstuk geeft een theoretische verantwoording en een korte beschrijving van de methode. Deze methode, waarbij een beperkt aantal korte gesprekken met de patiënt wordt gevoerd, is goed toepasbaar in de huisartspraktijk en sluit aan bij de standaard Probleematisch Alcoholgebruik.

Hoofdstuk 2 behandelt de spil van de methode, de motiverende gespreksvoering. Doel hiervan is de patiënt aan te zetten tot nadenken over zijn alcoholgebruik en over alternatieven (minderen of stoppen), en om samen een plan op te stellen om de verandering in de praktijk te brengen. Hierbij moet de hulpverlener steeds aansluiting zoeken bij de actuele motivatie van de patiënt. Doorlopend wordt de balans opge maakt van de voor- en nadelen van drinken, op grond waarvan de patiënt uiteindelijk zelf zal moeten beslissen te minder of te stoppen met drinken. Patiënt en hulpverleners kunnen vervolgens samen een plan maken hoe verder te gaan.

In hoofdstuk 3 worden methoden besproken om de patiënt te helpen niet terug te vallen in het oude gedrag. Een van de hulpmiddelen hierbij is een alcoholdagboekje. Als zelfcontroletechnieken en het ontwikkelen van een andere leefstijl falen, is er nog medicamenteuze ondersteuning. Deze mogelijkheid wordt kort besproken.

Het laatste hoofdstuk is gewijd aan de rol van de partner. Deze kan bij de hulpverlening worden betrokken. De betrokkenheid kan variëren van het aanreiken van medicatie tot het deelnemen aan relatietherapie. Deze methode wordt slechts kort aangestipt.

Ik kan dit boekje van harte aanbevelen. Het biedt de huisarts praktisch bruikbare handreikingen voor de begeleiding van probleemdrinkers (m/v).

Michiel Cornel

Patiëntenrecht

De Vries J. Hoe behandel ik mijn dokter? Patiëntenrecht in de praktijk. Utrecht/Antwerpen: Kosmos - Z&K Uitgevers, 1998; 176 bladzijden, prijs NLG 29,90. ISBN 90-215-9441-2.

Dit boekje is tot stand gekomen in samenwerking met de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NP/CF). Het voorwoord opent met: 'De verhoudingen tussen artsen en patiënten zijn de laatste jaren drastisch aan het veranderen. Patiënten realiseren zich steeds beter dat zij uiteindelijk zelf verantwoordelijk zijn voor wat er met hen gebeurt, dat zij zelf keuzes kunnen maken.'

In 1996 heeft de NP/CF een brochure gepubliceerd onder de titel 'Algemene kwaliteitscriteria, de kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief'. Deze kwaliteitscriteria worden gezien als aanvulling op datgene wat door professionals centraal wordt gesteld. De eisen die een patiënt stelt aan onder andere *vakkbekwaamheid* van de arts, aan *informatie en bejegening* en aan *organisatie* worden hierin helder omschreven. Aan de hand van dezelfde criteria worden in 'Hoe behandel ik mijn dokter' ervaringen van patiënten verteld, waarin duidelijk wordt op welke wijze de patiënt zelf problemen kan voorkomen en oplossen, actief en sturend optreden in het contact met een arts wordt hierbij centraal gesteld.

Het onderwerp klagen en procederen wordt uitgebreid besproken. Gezien de komst van een serie nieuwe wetten, waarin de juridische positie van de patiënt duidelijk is omschreven, is dit boekje voor iedere Nederlander, leek en professional, van groot belang. Niemand ontkomt aan de invloeden van de geneeskunde.

Wat geldt voor het publiek maken van wachtlijsten in de Nederlandse ziekenhuizen via Internet, geldt ook voor dit boekje: het is een uiting van de dynamiek en de kracht van patiëntenbelangenorganisaties binnen het zo starre systeem van de geneeskunde. Maar waarom is de medische beroepsgroep de klant niet een stapje voor, waarom wordt openhartigheid over onvolkomen medisch handelen niet met open armen ontvangen als een nieuwe technologie, waarmee bovendien geld valt te verdienen?

Patiënten die ik recent vroeg naar hun ervaringen met onvolkomen medisch handelen, wilden in mijn verslaglegging anoniem blijven. Sommigen trokken zich zelfs terug uit mijn onderzoek, uit angst voor repercussies en represailles. Veroorzaakt leed en verdriet houdt men nog steeds achter de zo spreekwoordelijke Nederlandse gordijnen. Waarom? Omdat de geneeskunde geen gebaar maakt, terwijl een adequate manier van reageren op de klacht van een patiënt niet alleen menselijk is, maar ook de goedkoopste vorm van risicobeheersing in de gezondheidszorg. Ook kostenbesparing is blijkbaar geen argument om openheid te bestrachten.

Nu snap ik de titel ook beter.

Herma Coumou

Aankondigingen

Kleur geven aan een grijs bestaan

Een gids voor depressieve ouderen

Cuijpers P; Baarn: Intro, 1998; 80 bladzijden, NLG 19,95. ISBN 90-5574-172-8.

Preventie van depressie bij jongeren

Theoretische en praktische stand van zaken

Van Sambeek D, Senders A. Utrecht: Trimbos Instituut, 1998; prijs NLG 19,50 inclusief verzendkosten. Te bestellen bij de uitgever, tel. 030 2971100.

Depressief? Ik peins er niet over!

Verhulst J. Lissen: Swets & Zeitlinger, 1998; 168 bladzijden, prijs NLG 29,75. ISBN 90-265-1517-0.

Poorten en katheters voor langdurige IV-therapie

De Wever I, Stas M, Mulier S, redactie. Leuven: Universitaire Pers Leuven, 1998; 258 bladzijden, prijs BEF 1100. ISBN 90-6186-873-4.

Even slikken

Vrouwen over kalmerende & slaappmiddelen

Haafkens J, Smit M. Amsterdam: Het Spinhuis, 1998; 154 bladzijden, prijs NLG 30,-. ISBN 90-5589-081-2.

Patiëntenvoorlichting en mondgezondheid

Eijkman MAJ, Duyx MPMA, Visser APH. Tweede druk. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1998; 298 bladzijden, prijs NLG 77,50. ISBN 90-313-1997-X.

Inleiding in de bedrijfsgezondheidszorg

Verbeek JHAM. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1998; 208 bladzijden, prijs NLG 52,50. ISBN 90-313-2506-6.

Osteoporose, osteomalacie en de ziekte van Paget

Duursma SA, redactie. Maarssen: Elsevier/Bunge, 1998; 132 bladzijden, prijs NLG 35,-. ISBN 90-6348-220-5.

NHG-Ledencongres

Het Nederlands Huisartsen Genootschap nodigt zijn leden uit voor het bijwonen van het NHG-Ledencongres op donderdag 10 december 1997 van 19.00-21.00 uur. Het NHG-Ledencongres zal plaatsvinden in de Domus Medica (6e etage) te Utrecht.

Leden die het NHG-Ledencongres willen bijwonen wordt vriendelijk verzocht zich – bij voorkeur schriftelijk – aan te melden bij mw. O. Wieman, NHG-bureau. De agenda en vergaderstukken worden dan tijdig toegezonden.

Agenda

- 1 Opening door de voorzitter en vaststelling agenda.
- 2 Vaststelling verslag NHG-Ledencongres d.d. 11 december 1997.
- 3 Mededelingen.
- 4 Jaarverslag 1997 plus voortgang beleid (NHG-werkplan 1999).
- 5 Benoeming c.q. herbenoeming van bestuurs- en commissieleiden.
- 6 Bekrachtiging NHG-Standaarden.
- 7 Financieel jaarverslag 1997 van de penningmeester.
- 8 Advies van de Kascommissie over het beheer van de geldmiddelen.
- 9 Decharge Dagelijks Bestuur.
- 10 NHG-Begroting 1999.
- 11 Benoeming Kascommissie 1998.
- 12 Ontheffing artikel 20 lid c. van de NHG-Statuten.
- 13 Rondvraag en sluiting.

Toelichting op de agenda voor het NHG-Ledencongres

Ad 6. Bekrachtiging NHG-Standaarden

Jaarlijks bekrachtigt het Ledencongres – achteraf – de in de voorafgaande twaalf maanden geautoriseerde en gepubliceerde NHG-Standaarden. 'Bekrachtigen' betekent instemming betuigen met het feit dat het NHG-bestuur heeft besloten de betreffende NHG-Standaard na autorisatie te publiceren.

Ad 12. Ontheffing artikel 20 lid c. Van de NHG-Statuten

In de NHG-statuten is in artikel 20 lid c. de wettelijke bepaling opgenomen, dat het bestuur zes maanden na afloop van het boekjaar op een Ledencongres zijn jaarverslag moet uitbrengen en rekening moet afleggen over het in dat boekjaar gevoerde bestuur. Aangezien het NHG-Ledencongres naar gewoonte aan het eind van een volgend boekjaar plaatsvindt, is een verlenging van deze termijn met zes maanden noodzakelijk.

Mededelingen voor de Agenda in nummer 1 (januari 1999) moeten op uiterlijk 3 december in het bezit zijn van het redactiesecretariaat.

Kiezen & delen?! Differentiatie en specialisatie in de huisartspraktijk

Maastricht, MECC, 27 november.

NHG-congres. Inlichtingen: NHG-bureau, tel. 030-2881700.

Tussen kans en risico. Dokter of adviseur? Amsterdam, 28 januari 1999.

Congres Vereniging Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisaties (VSOP). Inlichtingen: drs. M.J. Baan, Boerhaave Commissie, tel. 071 5275297, fax 071 5275262; e-mail M.J.Baan@BHC.Med.Fac.LeidenUniv-NL.

Ontwikkelen van een systematische review

Amsterdam, 11 maart en 9 juni 1999.

Workshop Dutch Cochrane Centre. Inlichtingen en aanmelding: Ingrid van Wijngaarden-Parsan, Dutch Cochrane Centre, J-2-221, Academisch Medisch Centrum, Postbus 22660, 1100 DD Amsterdam; tel. 020 5665602; fax 020 6912683; e-mail: Cochrane@AMC.UVA.NL.

WONCA Europe Regional Conference 2000

Wenen, 2-6 juli 2000.

Inlichtingen: Gerda Maierhofer, Wiener Medizinische Akademie, Alser Strasse 4, A-1090 Wien; tel. +43 1 405138310; fax +43 1 405138323.

■ betekent: eerste vermelding.

NOTA BENE

De kans op moedersterfte is hoger na een keizersnede dan na vaginale baring.

Stelling bij: Schuitemaker NWE. Safe motherhood. Confidential enquiries into maternal deaths in the Netherlands, 1983-1992 [Dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1998.

In wetenschappelijk onderzoek dient de term 'kwaliteit van leven' niet meer gebruikt te worden.

Stelling bij: Loor HI. Leven na een beroerte. Een drie jaar durend observatie-onderzoek vanuit de huisartspraktijk, naar de gevolgen van een cerebrovasculair accident [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1998.