

Griep prik

Het artikel van *Habets & Lock* over intracutane versus intramusculaire vaccinatie tegen influenza toont nog eens aan dat de griep prik over het algemeen goed wordt verdragen.¹ De conclusie uit hun explorand onderzoek is dat beide toedieningswegen even effectief zijn en dat het aantal bijwerkingen geringer was in de intracutane groep. Deze conclusies zijn echter op basis van hun onderzoek niet te trekken.

Het is begrijpelijk dat de onderzoekers hebben afgezien van serologische controle. Jammer is het wel. Nu ontbreekt een deel van het bewijs voor hun conclusie, namelijk dat intracutane vaccinatie vergelijkbare titers antistoffen oplevert als de intramusculaire. Hun conclusie dat er geen verschil in effectiviteit is opgetreden, is nu alleen gebaseerd op de klinische verschijnselen. Door de lage incidentie van griepachtige aandoeningen is een veel grotere groep nodig om met zekerheid te kunnen zeggen of er een verschil in effectiviteit is geweest.

De aard van de bijwerkingen verschilde natuurlijk per toedieningsweg, maar het totale aantal bijwerkingen verschilde niet. De onderzoekers hebben niet nagegaan hoe vervelend de prik zelf werd gevonden. Intracutaan injecteren is over het algemeen pijnlijk. Door een aantal weken later naar achteraf ontstane bijwerkingen te informeren, wordt deze directe bijwerking niet opgespoord. Toch zou de pijn van de prik zelf kunnen bijdragen tot een lagere deelnemingsgraad in volgende jaren.

Verder voeren de auteurs aan dat intramusculair vaccineren veel tijd kost doordat de arm geheel ontbloot moet worden. Volgens de bijsluiter kan de vaccinatie echter zowel intramusculair als subcutaan gegeven worden, en diep prikken is met de vrij korte naald vaak onmogelijk. Ons is geen literatuur bekend waaruit zou blijken dat de klinische effectiviteit in het voorkomen van complicaties van influenza geringer zou zijn bij subcutane toediening.

Programmatistische preventie van influenza vereist een strakke organisatie en een uitvoering van de procedure door de praktijkassistenten, zodat de circa 400 geïndiceerde personen per praktijk snel kunnen worden gevaccineerd. De tijd die het kost om de niet commercieel leverbare intracutane spuiten te vullen (mag dat eigenlijk wel buiten de apotheek?), de kans dat de intracutaan bedoelde injectie oppervlakkig subcutaan terechtkomt, en de tragere procedure zijn drie redenen om intracutaan vaccineren te ontraden, behalve voor noodgevallen, zoals bij een tekort aan vaccin.

G.A. van Essen
J.R. van der Laan

1 Habets PCM, Lock AJ. De methode van griepvaccinatie: intramusculair of intracutaan? Huisarts Wet 1997;40:649-51.

Naschrift

Dat onze conclusie (intracutane vaccinatie biedt een vergelijkbare bescherming als intramusculaire vaccinatie) niet zou worden gedragen door de onderzoeksmethode, is ons inziens niet juist. De statistische bewerking, deels aangepast voor kleine aantallen, is doorzichtig en juist. Er zijn geen redenen te veronderstellen dat de resultaten van dit onderzoek niet reproduceerbaar zouden zijn.

Serologische controle is om diverse redenen niet verricht: arbeidsintensief, kostbaar en desondanks niet bewijzend voor effectiviteit, mede doordat de titerrespons juist bij oudere patiënten laag is.^{1,2} Bij ouderen treedt in 35-50 procent van de gevallen zelfs geen seroconversie op.³ Belangrijker was echter dat dit geen huisartsgeneeskundige benaderingswijze is: griep is voor de eerste lijn een puur klinische diagnose. Dat de betrouwbaarheid van wetenschappelijk (veld)onderzoek toeneemt wanneer de onderzoeksgroep groter is, ontgaat ons niet, doch is onvoldoende reden om dit veldonderzoek met zoveel argwaan te benaderen.

Algemene bijwerkingen waren in de intramusculaire groep duidelijk aanwezig en afwezig in de in de intracutane groep. Dit is een belangrijk gegeven: in de volksmond lijkt immers het gezegde dat je ziek wordt van de griep prik onuitroefbaar. Bij de intracutane methode is dit aangetoond onjuist.

De subjectieve beleving van de prik is niet door ons onderzocht. Ons onderzoek richtte zich uitsluitend op objectieve factoren. We proeven bij *Van Essen & Van der Laan* een (voor)oordeel over de vermeende pijnlijkheid van de intracutane prik, dat wij niet herkennen. De deelnemingsgraad is in beide onderzoeksgroepen identiek (en hoog).

Van Essen & Van der Laan stellen dat de influenzavaccinatie ook subcutaan kan worden gegeven en verwijzen hiervoor naar de bijsluiter tekst. Uit de literatuur blijkt echter dat de subcutane enting een beduidend slechtere respons oplevert dan de intramusculaire methode, ook als tevens wordt gekeken naar de titerrespons. De subcutane enting veroorzaakt als bijwerking geregeld een ontsteking van het subcutane weefsel, die erg hinderlijk is.

Er is inderdaad geen onderzoek naar de klinische effectiviteit in het voorkomen van influenzacomplicaties bij subcutane toediening. Dit geldt überhaupt voor de griepvaccinatie: ons onderzoek is uniek in die zin dat het een veld-

onderzoek is waarin systematisch en methodologisch verantwoord twee methoden van griepvaccinatie zijn vergeleken met als ijkpunt 'het voorkomen van influenza'. Het is opvallend dat dergelijk onderzoek onder risicogroepen, juist nu jaarlijks in ons land zo'n NLG 70 miljoen wordt gespendeerd aan de verstrekking van de vaccins, niet is verricht.

De praktische uitvoerbaarheid van de intracutane enting is volgens ons probleemloos: in onze duopraktijk verrichten met ingang van 1997 de assistentes bijna 100 procent van de entingen, zowel intracutaan als intramusculair. Het feit dat bij de intracutane methode slechts 20 procent van het vaccin nodig is voor een even goede bescherming, heeft economisch aantrekkelijke kanten. Om met de intracutane enting te wachten tot er een tekort aan vaccin is, lijkt onverstandig, onnodig en kostbaar. Tot 1986 waren flacons van 5 cc influenzavaccin leverbaar. Deze zijn helaas uit de handel genomen. Er lijken goede redenen ze weer te introduceren.

P.C.M. Habets
A.J. Lock

1 Remarque EJ, Cools HJM, Boere TJ, et al. Functional disability and antibody response to influenza vaccine in elderly patients in a Dutch nursing home. *BMJ* 1996;312:1015.

2 Beyer WEP, Palache AM, Baljet M, Masurel N. Antibody induction by influenza vaccines in the elderly: a review of the literature. *Vaccine* 1989;7:303-8.

3 Levine M, Lynn Beattie B, Mclean DM. Comparison of one- and two-dose regimens of influenza vaccine for elderly men. *Can Med Assoc J* 1987;137:722-6.

Een jaartje ELWP-en

De artikelen van *Runia & De Heer*, waarin verslag wordt gedaan van de ervaringen van een van de eerste groepen haio's tijdens de ELWP,^{1,2} nodigen uit tot commentaar. Als specialist-opleider in een ander dan de drie betrokken ziekenhuizen begrijp ik weliswaar de boosheid bij velen over de ELWP, maar wat ik niet goed begrijp, zijn de verwijten richting ziekenhuizen. Onderwijzen, en dan vooral onderwijzen aan collegae die de accenten anders leggen, is geen aangeboren vaardigheid. Om te kunnen onderwijzen, dient de onderwijzer eerst te worden onderwezen door de deskundigen. Daaraan heeft het vanuit de Rotterdamse vakgroep volledig ontbroken. De boosheid jegens de kliniek zouden de haio's derhalve beter kunnen richten op hun vakgroep, die de specialist-opleiders van te voren niet instrueerde.

Desondanks wisten deze opleiders en hun kliniek, bewust of onbewust, heel wat kennis

over te dragen. Dat dit ten koste ging van de huisartsgeneeskundige denkwijze die in het eerste jaar ontwikkeld was, zegt waarschijnlijk minder over het matige onderwijs door de specialist-opleiders, dan over de kracht van het terugkomdagonderwijs dat mede het fundament van deze denkwijze dient te leggen. De voorin- genomenheid die verhindert te erkennen dat er iets geleerd is en de sfeer van controverse die de artikelen uitstralen, stellen teleur. Het onderwijs aan haio's is vast niet gebaat bij het cultiveren van een dergelijke attitude en het cultiveren van controversen uit het verleden. Dat zijn in ieder geval controversen die wij in de periferie tegenwoordig nauwelijks meer erva- ren.

De teleurstellingen van de groep van *Runia & De Heer* delen wij niet. De ELWP biedt uitstekende kansen tot transmurale integratie en het kan wel degelijk een leerzame en nuttige periode zijn, mits van beide kanten rekening wordt gehouden met elkaars accentverschillen en elkaars verwachtingen. Wat meer 'contact maken' en vraagverheldering vooraf van de zijde van het huisartsinstituut had daartoe kun- nen bijdragen.

R.M.P.H. Crolla,
chirurg te Breda

1 Runia E, De Heer E. Een jaartje ELWP'en: het terugkom- dagonderwijs. Med Contact 1997;52:1104-7.

2 Runia E, De Heer E. Een jaartje ELWP-en: de stage. Huis- arts Wet 1997;40:652-5.

Naschrift

Ons artikel is wat het is: een beschrijving van hoe de ELWP in onze groep verliep. Wij bewee- ren in ons artikel niet dat de haio's niets geleerd zouden hebben. Wij stelden vast dat 'de haio's die het geluk hadden een passende acht- maandsstage te kunnen lopen hun lacunes in kennis en vaardigheden goed hadden kunnen wegwerken.' En, even verderop: 'Dat de haio's uitstekend gebruik wisten te maken van de mo- gelijkheden die de ziekenhuizen hen boden, blijkt ook uit het feit dat de opleiders uitermate positief waren over de kwaliteit van het door de haio's geleverde werk.'

Met de strekking van Crolla's betoog zijn wij het overigens geheel eens. In feite was onze belangrijkste conclusie: 'Er zal door de huis- artsinstellingen fors moeten worden geïnvesteerd in de onderwijs- en huisarts-*mindfulness* van de specialist-opleiders.'

Eelco Runia
Elly de Heer

Beweging en borstkanker

Thune I, Brenn T, Lund E, Gaard M. Physical activity and the risk of breast cancer. N Engl J Med 1997;336:1269-75.

Welke invloed heeft lichaamsbeweging op het ontstaan van mammacarcinoom? Voor de be- antwoording van deze vraagstelling maakten de onderzoekers gebruik van gegevens uit een onderzoek onder 25.000 vrouwen van 35-49 jaar naar de samenhang tussen hart-vaatziekten en lichaamsbeweging. Er werden drie vormen van lichaamsbeweging in de vrije tijd onder- scheiden: zitten, minstens vier uur per week wandelen of fietsen, en minstens vier uur per week trainen of lichamelijke oefeningen ver- richten. Eenzelfde indeling werd voor het werk gemaakt: zittend werk, veel lopen tijdens het werk, en lichamelijke inspanning tijdens het werk. Gegevens over lichamelijke inspanning in vrije tijd en tijdens het werk werden niet ge- combineerd.

In de loop van tien jaar ontwikkelde zich bij 351 vrouwen een mammacarcinoom; 100 ge- vallen traden op vóór de menopauze. Het risico op mammacarcinoom bij actieve vrouwen be- droeg 0,63 in vergelijking met de lichamelijke passieve vrouwen. Het risico van vrouwen met zwaar lichamelijke werk bedroeg 0,48 van het risico van vrouwen met zittend werk. Het ver- schil was het duidelijkst bij vrouwen vóór of rondom de menopauze. Vooral magere vrou- wen hadden een lager risico.

H.G. Frenkel-Tietz

Cataract door inhalatiecorticosteroiden

Cumming RG, Mitchell P, Leeder SR. Use of inhaled corticosteroids and the risk of cataracts. N Engl J Med 1997;337:8-14.

Is het gebruik van inhalatiecorticosteroiden een risicofactor voor het ontwikkelen van cata- ract, zoals het geval is bij systemisch toege- diende corticosteroiden? In dit onderzoek wer- den circa 4.500 mensen >50 jaar uitgenodigd voor een oogheelkundig onderzoek. Aan de hand van foto's werd vastgesteld of zij een cata- ract hadden, en of dit een nucleair, corticaal of posterior subcapsulair cataract was. Met be- hulp van vragenlijsten werd geïnformeerd naar voormalig en actueel medicijngebruik.

Van de ruim 3.600 respondenten had 6 pro- cent een posterior subcapsulair cataract, 24 procent een corticaal cataract en 19 procent een nucleair cataract. Corticosteroiden waren door 111 mensen systemisch én via inhalatie ge- bruikt, 241 hadden alleen inhalatiecorticoste- roïden gebruikt en 177 hadden alleen syste-

misch corticosteroiden gebruikt. Het gebruik van inhalatiecorticosteroiden ging gepaard met een relatief risico op nucleair cataract van 1,5 (95%-betrouwbaarheidsinterval 1,2-1,9) en op posterior subcapsulair cataract van 1,9 (BI 1,3-2,8). Voor het ontstaan van corticaal cataract was er geen verhoogd relatief risico. Hoe hoger de cumulatieve dosis beclomethason was die iemand in zijn leven had geïnhaleerd, des te ho- ger het risico op met name posterior subcapsu- lair cataract. Het hoogste relatieve risico be- droeg 5,5 (BI 2,3-13,0) voor degenen die meer dan 2000 mg hadden geïnhaleerd.

Germa Joppe

Verwachtingen en percepties

Cockburn J, Pit s. Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations. A questionnaire study. BMJ 1997;;315:520-3.

Beslissingen in de huisartsgeneeskunde wor- den genomen op basis van medische en sociale factoren. Tot deze laatste behoren de verwach- tingen die de patiënt heeft en de indruk die de arts van deze verwachtingen heeft. Een Austr- alische groep onderzocht met behulp van een vragenlijst 22 huisartsen en 336 van hun pa- tiënten, allen met nieuw gediagnosticeerde aandoening. Patiënten die tevoren verwachtten medicatie te zullen krijgen, hadden een drie keer zo grote kans met een recept de spreekka- mer te verlaten dan degenen die dat niet ver- wachtten. De inschatting van de artsen ten aan- zien van de verwachtingen van de patiënt met betrekking tot het voorschrijven van medicatie correleerde sterk met de in de vragenlijst ge- vonden verwachting ($p=0,001$). Wanneer de arts inschatte dat de patiënt een medicatievoor- schrift verwachtte, werd 10 maal vaker een re- cept uitgeschreven dan wanneer men inschatte dat dit niet verwacht werd. Met name bij vrou- wen en ouderen bleken artsen sneller aan te ne- men dat er een achterliggende vraag naar medi- catie bestond. Het totaal aan uitgeschreven re- cepten bleek groter dan het door de patiënten verwachte aantal.

Sjoerd Hobma

De rol van de dokter

Ogden J, Andrade J, Eisner M, et al. To treat? To befriend? To prevent? Patients' and GPs' views of the doctor's role. Scand J Prim Health Care 1997;15:114-7.

Welke visie hebben patiënten en huisartsen op de rol van de dokter, en welke redenen hebben patiënten om naar de dokter te gaan? Aan dit onderzoek namen circa 500 volwassen patiën- ten deel en 68 huisartsen.

Zowel huisartsen als patiënten vonden dat de behandeling van ziekten de belangrijkste rol van de dokter is. Beide groepen zagen dit ook als de belangrijkste reden voor doktersbezoek. Een groter deel van de patiënten dan van de huisartsen vond dat artsen een belangrijke rol hebben met betrekking tot preventieve zorg in de zin van gezondheidschecks. Huisartsen daarentegen benadrukten een meer psychosociale rol als belangrijk. In het verlengde hiervan ligt meer patiënten dan huisartsen vonden dat preventie van ziekten een belangrijke reden is om de arts te consulteren en dat een groter percentage huisartsen dan patiënten dacht dat patiënten de hulp van een arts inroepen voor hun persoonlijke problemen.

Er bestaat dus een discrepantie tussen de visies van patiënten en huisartsen op de rol van de arts. Dit kan ook gevolgen hebben voor de satisfactie waarmee de huisarts zijn werk doet.

Annemieke Bakker

Vasectomie

McDonald SW. Is vasectomy harmful to health? *Br J Gen Pract* 1997;47:381-6.

Door middel van literatuuronderzoek werd nagegaan wat de stand van zaken is met betrekking tot de eventuele nadelige gevolgen van vasectomie.

Vasectomie vergroot niet het risico op het krijgen van hart-vaatziekten. Ook worden testiculaire maligniteiten en prostaatacarcinoom niet vaker aangetroffen. Wel kan extravasatie van spermatozoa na vasectomie een chronische ontsteking veroorzaken: het spermagranuloom. Antisperma-antilichamen worden gevormd en verlagen het slagingspercentage van refertilisatie-ingrepen. Congestieve epididymitis komt bij 6 procent voor en kan met name tijdens seksuele opwindingspijn pijnlijk zijn. Deze pijn is goed te behandelen met NSAID's en scrotale ondersteuning. Zeldzaam, maar vervelend is het 'postvasectomiesyndroom': een chronische toestand waarbij excisie van de epididymis en de geobstrueerde ductus deferens verlichting moet brengen. Erectiele disfunctie is mogelijk op basis van psychische problemen met de vasectomie.

André Verheij

Kleine kinderen

Bruijnzeels MA. *Illness in children and parental response* [dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1997; 199 pagina's. ISBN 90-74494-08-0.

Promotie 18 juni 1996.

Promotores: prof.dr. A. Prins, prof.dr. W.J.A. van den Heuvel.

Bespreking: mw.dr. M.M. Kuyvenhoven, sociologe, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Universiteit Utrecht.

Het percentage kinderen (0-19 jaar) dat minimaal een keer per jaar de huisarts bezoekt, is tussen 1981 en 1995 gestegen van 59 tot 69 procent.¹ Weinig is bekend over de achtergronden hiervan en over de mogelijkheden om deze groei te beperken zonder afbreuk te doen aan de laagdrempeligheid van de huisdokter. Omdat veel van de gepresenteerde klachten alledaagse, self-limiting klachten zijn met een grote beslissingsvrijheid, spelen bij ouders vaak niet-medische overwegingen en factoren een rol bij de beslissing om al of niet naar de dokter te gaan. Daarbij kan gedacht worden aan allerlei sociaal-culturele factoren.

Deze overwegingen vormen de achtergrond van dit proefschrift. Binnen dit complex van sociaal-culturele factoren onderkent Bruijnzeels met name twee demografische trends: de stijging van het aantal kinderen in etnische minderheidsgroepen en een toename van het aantal moeders dat na de geboorte van het eerste kind blijft werken. Beide factoren zijn in de literatuur beschreven als determinanten van medische consumptie.

Een tweede invalshoek was het feit dat er weinig inzicht bestaat in het vóórkomen van gewone, alledaagse klachten bij jonge kinderen en het feit dat de validiteit van dagboekjes als methode om klachten en het daaruitvolgende gedrag te registreren, uiterst summier in de literatuur is beschreven.

De vraagstelling van het proefschrift luidt als volgt:

- Hoe valide zijn de schattingen van gezondheidsproblemen gemeten via de dagboekmethode bij kinderen en de reacties van ouders (in de zin van een consult bij de huisarts)? (hoofdstukken 2 en 3).
- Welke gezondheidsproblemen rapporteren ouders voor hun kinderen en hoe reageren ouders op gezondheidsproblemen bij hun kinderen? (hoofdstukken 4-6).
- Welke sociaal-demografische factoren hangen samen met aan de huisarts gepresenteerde morbiditeit van kinderen? (hoofdstukken 7-10).

Voor de beantwoording van deze vragen heeft Bruijnzeels gebruik gemaakt van de gegevens die door het Nivel zijn verzameld in het kader van de Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: gezondheidsdagboeken ingevuld door de ouders, interviews met ouders en de contactregistratie ingevuld door de huisarts. Een aantal van zijn analyses van de Nationale Studie is reeds gepubliceerd in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* en in Engelstalige tijdschriften.

Klachten, consultfrequentie en sociaal-demografische factoren

Om de eerste vraag te beantwoorden zijn de gezondheidsklachten uit de dagboekjes betreffende 2561 kinderen vergeleken met de gegevens uit een retrospectief door de ouders ingevulde vragenlijst met 42 gecodeerde symptomen en met de registratie van de huisartsen. Over het geheel blijken de dagboeksschattingen beter overeen te komen met de registratie van de aan de huisarts gepresenteerde morbiditeit en de geregistreerde consulten dan de schattingen van de gecodeerde vragenlijsten. Voor sommige bevolkingsgroepen is de validiteit echter geringer, zoals bij kinderen van gezinnen uit etnische minderheidsgroepen en kinderen met een relatief laag opgeleide moeder.

Ongeveer 60 procent van alle kinderen van 0-14 jaar maakte minimaal één ziekte-episode door in de drie weken waarop het dagboek betrekking had (vooral verkoudheid/griep en andere respiratoire klachten, diarree, klachten van het bewegingsapparaat en hoofdpijn). Elf procent van alle kinderen consulteerde de huisarts en ongeveer één op de acht episoden werd aan de huisarts gepresenteerd: het meest frequent bij oor- en huidklachten (ongeveer een derde van de episoden) en het minst frequent bij hoofdpijn en moeheid. 'Zelfzorg' en 'niets doen' waren de meest genoemde handelingsstrategieën bij klachten. Het raadplegen van vrienden of familie (het lekenetwerk) ging vaak samen met het raadplegen van de huisarts later in de ziekte-episode.

Kinderen uit gezinnen met een lagere sociaal-economische status uit grotere steden en verzekerd bij een ziekenfonds, consulteerden anderhalf maal zo vaak de huisarts als kinderen uit gezinnen met een lagere sociaal-economische status in minder verstedelijkte gebieden en particulier verzekerd. De meest voorkomende klachten waren bovenste-luchtweginfecties, acute otitis media en andere respiratoire aandoeningen – waarvan de frequentie na het vijfde jaar sterk daalt –, maar ook klachten van het bewegingsapparaat, maagdarmklachten vanwege parasieten en wratten, waarvan de

frequentie juist na het vijfde jaar toeneemt. Onder de indicatoren voor sociaal-economische status waren het vooral het opleidingsniveau van de vader en van de moeder (in tegenstelling tot indicatoren voor het beroep) die samenhangen met verschillen in frequentie van huisartsenbezoek. Het al dan niet werken van de moeder vertoonde geen samenhang met de consultatiefrequentie.

Bruijnzeels vond geen verschillen in contactfrequentie tussen de kinderen uit etnische minderheidsgroepen (Turkse, Marokkaanse en Surinaamse gezinnen) onder constant houden van sociaal-economische status en evenmin in de frequentie van consultatie tijdens de waarneming. Wel kwamen Turkse kinderen vaker met de klacht verkoudheid en keelpijn dan een Nederlandse controlegroep, en minder vaak met oorpijn; Surinaamse kinderen kwamen minder vaak met klachten over het bewegingsapparaat. Waar mag worden aangenomen dat etnische achtergrond vooral een sociaal-culturele betekenis heeft, is een van de opvallendste bevindingen dat de contacten met Turkse en Surinaamse kinderen vaker korter duurden dan die met Nederlandse kinderen.

Commentaar

Bruijnzeels geeft een goed en helder overzicht van een aantal belangrijke parameters van de presentatie van klachten door kinderen aan de huisarts. Hier ligt ook het belang van een dergelijke grootschalige morbiditeitsregistratie. Vanuit een analyse van dergelijke parameters komen nieuwe vragen naar voren, die gedetailleerder aandacht vergen. Bovendien is de beschrijving van de validiteit van de dagboekjes zeer informatief. Het onderzoek heeft echter ook een aantal tekortkomingen die gedeeltelijk samenhangen met de aard van de dataverzameling en gedeeltelijk te vermijden waren geweest.

Allereerst is een kanttekening te maken bij de uitwerking van de eerste onderzoeksvraag. Uit de literatuur is bekend dat bij gesloten, geprecodeerde vragenlijsten meer klachten worden gerapporteerd dan bij open vragen, terwijl in zijn algemeenheid een prospectieve methode betrouwbaarder is dan een meetinstrument waarbij *recall bias* een rol kan spelen. Bij de vergelijking van de vragenlijst en het dagboekje zijn nu tegelijkertijd twee vergelijkingen gemaakt. Dat de antwoorden in de dagboekjes op de open vragen sterker samenhangen met de gepresenteerde morbiditeit en het feitelijke doktersbezoek dan de antwoorden op de gesloten vragenlijst, is niet verwonderlijk. Er is minder *recall bias* en juist klachten die spontaan worden geuit, zullen sterker overeenkomen met

feitelijk gepresenteerde klachten. Daartegenover staat de waardevolle precisering van de validiteit bij etnische minderheidsgroepen en in gezinnen met een relatief laag opgeleide moeder.

Ten behoeve van de analyses is een forse data-manipulatie nodig geweest en de achtergrond van Bruijnzeels – ‘research associate for data analysis’ bij de Rotterdamse vakgroep Huisartsgeneeskunde – zal hem hierbij goed van pas zijn gekomen. Niet altijd is het proces (en het effect) van de dataverwerking echter duidelijk omschreven. Zo zijn alle klachten en symptomen uit het dagboekje ondergebracht in dertien categorieën. Daarbij zijn de klachten geordend naar de mate van geprononceerdheid, met oorsprokelingen als de meest geprononceerde en nervositeit als de minst geprononceerde klachten. Bij verschillende klachten is alleen de meest geprononceerde meegenomen. Nergens wordt duidelijk waarop deze strategie is gebaseerd. Deze werkwijze leidt vanzelfsprekend tot een onderschatting van minder geprononceerde klachten.

Eveneens is bij de methodensectie vaak niet aangegeven hoe deze databewerking heeft plaatsgevonden en welke strategieën zijn gehanteerd om de betrouwbaarheid zo hoog mogelijk te maken; ook zijn niet altijd checks op de betrouwbaarheid uitgevoerd. Zo wordt in hoofdstuk 6 nergens beschreven welke checks zijn uitgevoerd op de episodeconstructie (‘we combined symptoms that were related to the same health problem and occurred within a time span of seven days into illness episodes’). Nergens wordt duidelijk hoe met slecht leesbare of interpreteerbare zaken is omgegaan en of er controles door een tweede beoordelaar hebben plaatsgevonden. In de beschouwing wordt dan opgemerkt dat in 2 procent van de dagboekjes een probleem ontstond waarbij een expertteam tot een oplossing is gekomen. Verder blijken de populaties in de hoofdstukken 7 (geeft geen n), 8 en 9 te verschillen, terwijl niet duidelijk wordt in hoeverre de wel en niet in de analyse opgenomen kinderen verschillen. Voor de externe validiteit van de bevindingen is dat allemaal niet onbelangrijk.

De keuze van de analysemodellen is soms schraal ten opzichte van de theorie of de theoretische oriëntatie waaruit het model is afgeleid, en ten opzichte van de mogelijkheden die de Nationale Studie mijns inziens biedt.² Zo wordt in hoofdstuk 5 het consulteren van het leken-netwerk meegenomen, zonder indicatoren voor sociaal-economische status. En het is me evenmin duidelijk waarom consultatie van het

netwerk niet is meegenomen in een model waarin zowel etniciteit, gezinskarakteristieken en leken-netwerk als SES-indicatoren en het leven in een één- of twee-oudergezin zijn opgenomen ter verklaring van verschillen in consultatiefrequentie, naast klinische kenmerken om prospectief het beloop en de beslissing de huisarts te consulteren te beschrijven. In het oorspronkelijke model van Freidson³ gaat het juist om de combinatie van deze beide variabelen (cultuur als indicator voor de mate waarin opvattingen rond ziekte en gezondheid overeenkomen met die van de medische professie, en de hechtheid van het sociale netwerk als indicator voor de mate waarin gedrag wordt gereguleerd en gesteund; juist voor een multiculturele samenleving als de Nederlandse ligt hier een schat aan materiaal). Zo hadden de modellen in de hoofdstuk 7-10 complexer kunnen zijn.

Tot slot wil ik wijzen op twee belangrijke bevindingen die beide een vervolg behoeven.

Allereerst blijken Nederlandse werkende moeders, in tegenstelling tot die in Amerika, niet meer gebruik te maken van de huisarts dan niet-werkende moeders. Meer zicht op zaken als zelfmedicatie, invloed van richtlijnen voor afwezigheid op crèches en scholen, lijkt hier belangrijk. Wanneer blijft een moeder thuis van haar werk voor een ziek kind en wat onderneemt ze om dat te voorkomen? Helaas gaf de analyse geen informatie over de frequentie van het voorschrijven van geneesmiddelen en met name antibiotica bij luchtweginfecties.

Ten tweede blijken de consulten met autochtone kinderen meestal langer te duren dan die met kinderen uit etnische minderheidsgroepen. Dit is schokkend, als we ons realiseren dat bijvoorbeeld het voorschrijven van antibiotica gereduceerd zou kunnen worden, als er een goede uitleg van klacht en behandeling wordt gegeven.

Het eindoordeel over deze dissertatie is positief. Het is een zinvolle informatiebron voor huisartsen, onderzoekers en beleidsmakers die op enigerlei wijze geïnformeerd willen worden over het voorkomen van klachten en medische consultatie van kinderen. Het lijkt zinvol in een volgende nationale studie dagboekjes te gebruiken voor meer specifieke onderzoeksvragen, bijvoorbeeld: waarom raadplegen de ouders in een klachtenepisode (bij een beperkt aantal klachten) de huisarts en wat verwachten ze, welke beleid wordt ingezet en wat is de tevredenheid? Daarbij zou ik zeker willen pleiten voor een theoretisch rijkere en meer informatieve uitwerking van het oorspronkelijke mo-

del van Freidson. Door het prospectieve karakter is een longitudinale analyse mogelijk en juist door de grote aantallen zijn multivariate analyses mogelijk die in andere studies niet zijn te realiseren.

Marijke Kuyvenhoven

- 1 Van Baal M. Trend figures Netherlands health interview survey; medical consumption, 1981-1995. Maandbericht Gezondheid (CBS) 1996;5:4-26.
- 2 Foets M, Van der Velden J. Meetinstrumenten en procedures. Basisrapport Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1990.
- 3 Freidson E. Patients' view of medical practice. New York: Dodd Mead & Company, 1961.

Reactie

Inderdaad heeft eigenlijk een dubbele vergelijking plaatsgevonden (open vragen in een prospectieve methode versus gesloten vragen in een retrospectieve methode). De achterliggende verwachting was dat de dagboekmethode een betere overeenkomst zou hebben met de huisartsregistratie dan het interview. Dit bleek echter niet het geval. Ook het grote verschil tussen het aantal in het interview gerapporteerde consulten en het bij de huisarts geregistreerde aantal rechtvaardigt toch zeer veel aandacht voor dataverzamelmethode, ondanks de 'dubbele' vergelijking. De conclusie is niet dat het dagboek of het interview beter is, maar dat beide methoden hun beperkingen hebben en dat deze beperkingen verschillende consequenties voor de betrouwbaarheid van de gegevens in verschillende subpopulaties hebben.

De forse datamanipulatie die nodig was om de berg aan dagboekgegevens te kunnen analyseren, is grotendeels beschreven in de appendix. Voor de episodeconstructie zijn twee criteria toegepast: periode zonder klachten tussen twee dagen met klachten, en de aard van twee klachten die binnen een periode van zeven dagen werden gerapporteerd. Het expertteam is ingeschakeld in de 31 gevallen waarin deze criteria geen oplossing boden. Dat er in de verschillende hoofdstukken geen uitgebreide verantwoording van deze datamanipulatie wordt gegeven, komt doordat al deze hoofdstukken geschreven zijn als tijdschriftartikelen. De leesbaarheid zou sterk worden verminderd indien een alinea over deze datamanipulatie zou worden opgenomen.

Met de opmerking met betrekking tot de externe validiteit ben ik het niet eens, aangezien ik niet van mening ben dat de externe validiteit belangrijk is bij het toetsen van een model dat ziektegedrag tracht te verklaren. Het gaat in eerste instantie om een theoretische verklaring op basis van een intern valide onderzoeksoop-

zet, en in tweede instantie om de generaliseerbaarheid (externe validiteit) van deze verklaring.

Ten aanzien van de indeling van de klachten naar mate van geprononceerdheid, heeft Kuyvenhoven volkomen gelijk met de constatering dat deze indeling gebaseerd is op arbitraire keuzen. Ook de vaststelling dat minder geprononceerde klachten door deze kunstgreep minder vaak zullen worden gerapporteerd, is terecht. Het doel van deze analyses was echter niet een beschrijving van de prevalentie van deze klachten in de populatie, maar een vergelijking tussen twee dataverzamelmethode. Ik ben nog steeds van mening dat in het interview vaker minder-geprononceerde klachten sec werden gerapporteerd dan in het dagboek. Dit gegeven kan wel consequenties hebben voor veel prevalentie-onderzoek.

De keuze van de analysemodellen is in de ogen van Kuyvenhoven soms schraal ten opzichte van de theorie. De keuze van de analysemodellen is gebaseerd op het theoretische model dat wordt gepresenteerd in hoofdstuk 1 én op de resultaten uit de hoofdstukken 2 en 3. De reden waarom sociaal-economische status (SES) niet is meegenomen in hoofdstuk 5, is dat de betrouwbaarheid van de gegevens afhankelijk is van de SES van de respondent. Indien men vervolgens de bijdrage van SES aan het ziektegedrag van de ouders wil bepalen, moet SES als een soort effectmodifier in het model worden opgenomen. Dan nog is de vraag of de gevonden resultaten niet verstoord zijn door de betrouwbaarheid van de antwoorden. Zo bleek uit een niet-gepubliceerde analyse op het dagboekmateriaal dat ouders uit hogere sociaal-economische groepen vaker de huisarts zouden bezoeken dan ouders uit lagere sociaal-economische groepen. Dit resultaat is zo in tegenspraak met ander empirisch onderzoeksmateriaal dat wij deze kenmerken niet wensten op te nemen in onze modellen en weinig aandacht hebben geschonken aan de externe validiteit.

De reden waarom de modellen in de hoofdstukken 7-10 niet zijn uitgewerkt tot complexere modellen, is dat het aantal verzamelde gegevens in de consult- en met name de patiëntenregistratie van de Nationale Studie beperkt is gebleven. De door Kuyvenhoven genoemde factoren zijn zeker vanuit theoretisch oogpunt de moeite waard om in onze multiculturele samenleving te onderzoeken, maar dan niet in een grootschalige studie waar een natuurlijke spanning bestaat tussen de wens van de theorie en de mogelijkheden in de praktijk, met consequenties voor de dataverzamelmethode. Mijn aanbeveling is dan ook om deze

vraagstellingen naar verschillen in ziektegedrag tussen ouders van diverse culturen te onderzoeken in studies met meer gerichte onderzoeksvragen en dataverzamelmethode.

Tot slot onderschrijf ik het slotpleidooi van Kuyvenhoven om in een volgende nationale studie de dagboekjes te gebruiken voor meer specifieke onderzoeksvragen die vooraf reeds zijn uitgewerkt.

Marc Bruijnzeels

Sociaal-economische gezondheidsverschillen

Stronks K. Socio-economic inequalities in health: individual choice or social circumstances? [dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1997. ISBN 90-9010413-5. Bekroond met de Volksgezondheidsprijs 1997.

Promotie: 16 april 1997.

Promotor: prof.dr. J.P. Mackenbach.

Bespreking door: dr. S.A. Reijneveld, sociaal-geneeskundige.

Onderzoek in en buiten Nederland laat grote verschillen in gezondheid zien in samenhang met de sociaal-economische positie van mensen. Veelal leiden deze verschillen in gezondheid ook tot verschillen in zorggebruik. Wat betreft huisartsenzorg was dit mede aanleiding voor een toeslag op het abonnementsstarief wat betreft ziekenfondspatiënten uit stedelijke achterstandsgebieden.¹

Oorzaken

Het proefschrift van Karien Stronks gaat over de achtergrond van deze sociaal-economische gezondheidsverschillen:

- Via welke mechanismen leidt een ongunstige sociaal-economische positie tot een slechtere gezondheid?
- En in hoeverre zijn deze verschillen als onrechtvaardig te beschouwen, uitgaande van het normatieve standpunt dat verschillen in gezondheid die het gevolg zijn van een vrije keuze van individuen niet onrechtvaardig zijn, en dus ook geen reden zijn voor collectief (overheids)ingrijpen?

Dit proefschrift biedt een waardevol, zij het onvermijdelijk niet volledig antwoord op deze complexe vragen.

Bij haar beantwoording maakt de onderzoekster onderscheid tussen drie groepen oorzaken voor de samenhang tussen gezondheid en sociaal-economische positie: gedrag, materiële omstandigheden en psychosociale omstandigheden. Gedrag betreft zaken als roken, voeding

en lichamelijke activiteit. Materiële omstandigheden betreffen bijvoorbeeld financiële positie, woon- en werkomstandigheden en wijze van verzekering. Bij psychosociale omstandigheden gaat het om zaken als life-events, maar ook om zaken die het omgaan met problemen beïnvloeden, zoals sociale steun. Stronks gaat na in hoeverre sociaal-economische gezondheidsverschillen verdwijnen als voor elk van deze groepen van oorzaken c.q. mechanismen wordt gecorrigeerd. Ze beoogt zo een schatting te geven van hun relatieve belang bij het ontstaan van sociaal-economische gezondheidsverschillen en daarmee van de mate waarin deze verschillen aanleiding zouden moeten zijn voor overheidsingrijpen.

Het empirische deel van het proefschrift is gebaseerd op de basismeting van de Nederlandse Longitudinale Studie naar sociaal-economische gezondheidsverschillen in de regio Eindhoven. Deze meting vond plaats in 1991 en bestond uit een postenquête waaraan 19.000 personen van 15-74 jaar meededen, een respons van 70 procent. Bijna 3000 van hen werden daarna ook mondeling, thuis, geïnterviewd. In beide delen werd gevraagd naar ziekte en gezondheid (chronische aandoeningen, klachten en ervaren gezondheid), sociaal-economische positie en de in de vorige alinea genoemde oorzaken van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Het gaat dus steeds om zelfrapportages.

De empirische resultaten van het proefschrift zijn gegroepeerd in een tweetal grote hoofdstukken – één over materiële en psychosociale omstandigheden en één over gedrag –, die elk bestaan uit een aantal deelstudies. Ik zal echter beginnen met de algemene conclusie: 30-40 procent van de gevonden sociaal-economische gezondheidsverschillen is terug te voeren op materiële factoren, en een even groot deel op gedragsfactoren. Het belang van psychosociale factoren is veel kleiner, 10-15 procent. Er is bij deze cijfers rekening gehouden met de klaaggenigheid van respondenten. Een aanzienlijk deel van de bijdrage van gedragsfactoren hangt vervolgens weer samen met materiële factoren: personen in een ongunstige sociaal-economische positie roken bijvoorbeeld meer en rapporteren, deels daardoor, een slechtere gezondheid. Vooral de relatief grote bijdrage van materiële omstandigheden aan de omvang van sociaal-economische gezondheidsverschillen beschouwt Stronks als een reden voor overheidsbeleid, op grond van het door haar ingenomen normatieve standpunt. Deze omstandigheden zijn immers meestal geen eigen keu-

ze van het individu, in tegenstelling tot – veelal – gedrag.

Het hoofdstuk over materiële en psychosociale omstandigheden bevat onder andere een deelstudie over de bijdrage van psychosociale omstandigheden. Opvallend daarbij is vooral een negatieve bevinding: het feit dat personen met een lage sociaal-economische positie mogelijk anders omgaan met problemen, draagt nauwelijks bij aan de omvang van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Hetzelfde geldt voor (acute) life-events. Daarentegen verklaart met name de aanwezigheid van meer langdurige levensmoeilijkheden onder personen met een lage sociaal-economische positie de genoemde bijdrage van psychosociale omstandigheden aan de omvang van sociaal-economische gezondheidsverschillen, van 10-15 procent.

Verder wordt in dit hoofdstuk vooral het belang van inkomen belicht, mede omdat uit ander onderzoek blijkt dat de gezondheidsverschillen naar inkomen relatief groter zijn dan de verschillen naar opleiding en beroep. Uit deze analyses blijkt dat dit deels komt doordat in de laagste inkomensgroepen relatief veel arbeidsongeschikten zitten. In dit geval is ongezondheid echter meer de oorzaak van een laag inkomen dan andersom: arbeidsongeschiktheid leidt tot sterke daling in inkomen, meer dan een laag inkomen tot arbeidsongeschiktheid.

In een deelstudie in het hoofdstuk over gedrag wordt specifiek ingegaan op de invloed van roken. Opvallend is dat hier een psychosociale factor wel een rol speelt. De gemiddeld meer externe beheersingsoriëntatie van mensen met een lage SES, in dit geval een lage opleiding, verklaart deels de hogere prevalentie van roken onder deze groep. Anders gesteld: personen met een lage SES hebben relatief weinig vertrouwen in hun eigen kunnen en zijn relatief weinig op de toekomst gericht. Stoppen met roken is daardoor voor hen veel moeilijker. Terecht geeft de onderzoeker aan dat dit consequenties zou moeten hebben voor gezondheidsvoorlichting in deze groepen.

Beperkingen

De Achilleshiel van het in dit proefschrift gepresenteerde onderzoek is de aanname dat een lage sociaal-economische positie een slechte gezondheid veroorzaakt ('causatie') en niet andersom, dat een slechte gezondheid leidt tot een lage sociaal-economische positie ('selectie'). In het laatste geval is een slechte gezondheid ook de oorzaak van slechte materiële omstandigheden. Het heeft dan geen enkele zin

om, met als doel verkleining van sociaal-economische gezondheidsverschillen, na te gaan hoeveel van de sociaal-economische gezondheidsverschillen verklaard worden door die materiële omstandigheden. Je kunt immers niet verwachten dat verandering van dit gevolg zal leiden tot een verandering van de oorzaak, slechte gezondheid.

Stronks gaat er op grond van eerder onderzoek van uit dat causatie waarschijnlijker is dan selectie. Ze geeft echter ook zelf aan dat sommige van haar resultaten beter passen binnen de selectiehypothese, bijvoorbeeld de eerder genoemde uitkomst dat de sterke samenhang tussen inkomen en gezondheid deels het gevolg is van de inkomensdaling die met arbeidsongeschiktheid gepaard gaat. Longitudinale gegevens over de groep waarvan Stronks de basismeting gebruikte, kunnen in de toekomst een betere onderbouwing bieden van de dominante invloed van causatie bij het ontstaan van sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland.

Een beperking van het proefschrift is verder dat alle gegevens gebaseerd zijn op de rapportage van individuen. Dat geldt voor hun gezondheid, maar ook voor alle kenmerken die de samenhang tussen hun sociaal-economische positie en gezondheid zouden moeten verklaren. Enerzijds leidt dit ertoe dat personen met een hoge neiging tot klagen zowel hun gezondheid als de oorzaken voor sociaal-economische gezondheidsverschillen te negatief kunnen rapporteren. Stronks laat zien dat dit inderdaad het geval is, maar slaagt er ook in hiervoor minstens ten dele te corrigeren. Anderzijds geeft een volledig gebruik van individugebonden gegevens echter ook een beperking aan het soort informatie dat beschikbaar is. Dit geldt bijvoorbeeld voor buurtkenmerken. Personen wordt daarbij gevraagd naar problemen die ze hebben met de buurt waarin ze wonen. Dit betekent een maar beperkte meting van de invloed die de buurt en gemeenschap waarin iemand leeft kunnen hebben op diens gezondheid. Kwaliteit van bebouwde omgeving, aanwezigheid van groen, kwaliteit van lokale zorg en voorzieningen, en sociale structuur van een buurt kunnen daarbij bijvoorbeeld een rol spelen.² Gebruik van de genoemde individuele metingen voor dergelijke collectieve kenmerken versluiert een belangrijk deel van de invloed van deze context op sociaal-economische gezondheidsverschillen, een context die bijvoorbeeld ook essentieel is voor de zorg van huisartsen.¹ Wat betreft buurtkenmerken leidt het er in dit proefschrift ook toe dat ze soms vallen onder materiële en soms onder psycho-

sociale omstandigheden, wat bij eerste lezing verwarrend werkt.

Ondanks deze kritiekpunten vormt dit proefschrift een wezenlijke bijdrage aan de kennis over sociaal-economische gezondheidsverschillen en de beïnvloeding daarvan, met name wat betreft het relatief grote belang van materiële factoren. Een essentieel en zeer lezenswaardig onderdeel is dat over de mate waarin overheden het als hun morele plicht kunnen zien om deze verschillen tegen te gaan. Verder doet het proefschrift uitzien naar de resultaten van dit onderzoek wat betreft follow-up en zorggebruik.

S.A. Reijneveld

1 Van der Velden J, Rasch PC, Reijneveld SA. Identificatie van achterstandsgebieden: een systematiek voor de verdeling van extra middelen aan huisartsen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997;141:693-7.

2 Macintyre S, MacIver S, Sooman A. Area, class and health: should we be focusing on places or people? *J Social Policy* 1993;22:213-34.

Reactie

Reijneveld wijst terecht op een aantal methodologische problemen die aan mijn onderzoek kleven. Deze hangen onder meer samen met de onzekerheid over de causale richting van enkele verbanden, en het zelf-gerapporteerde karakter van de gegevens. De vraag hoeveel belang aan die problemen gehecht moet worden, blijft echter onbeantwoord: in hoeverre vormen ze een bedreiging voor de validiteit van de bevindingen, en zijn de resultaten niettemin bruikbaar voor beleid? Ter beantwoording van die vragen zal ik de bevindingen in het kader plaatsen van de normatieve analyse waarmee ik mijn proefschrift begin.

Kort gezegd beargumenteer ik in die analyse dat verschillen in gezondheid als *onrechtvaardig* beschouwd moeten worden als ze voortkomen uit ongelijke omstandigheden, voor zover die ongelijkheid althans vermeden had kunnen worden. De noodzaak in te grijpen in gezondheidsverschillen die het gevolg zijn van individuele keuzen, is veel minder groot. Een centrale vraag is derhalve in hoeverre gezondheidsverschillen 'individuele keuzen' dan wel 'sociale omstandigheden' reflecteren.

In het licht van deze centrale onderzoeksvraag is een drietal bevindingen van speciaal belang. De eerste is dat de *omstandigheden* waarin mensen in lagere SES-groepen leven op zijn minst zo belangrijk lijken te zijn voor de verklaring van hun relatief slechte gezondheid als leefstijlfactoren. Het is inderdaad, zoals Reijneveld opmerkt, onzeker of de samenhang

tussen omstandigheden en gezondheid in mijn onderzoek als een causaal verband geïnterpreteerd mag worden, waardoor bij de precieze schatting van het belang van deze verklaring vraagtekens zijn te plaatsen. Niettemin maken de resultaten aannemelijk dat zelfs in het welvarende Nederland de inkomens-, woon- en werksituatie er iets toe doet. Alle reden dus om gezondheidsbeleid ook op deze determinanten te richten.

Gegeven de centrale onderzoeksvraag is een tweede belangrijke bevinding dat veel van het relatief ongezonde gedrag van personen in lagere posities samen bleek te hangen met ongunstiger levensomstandigheden. Reijneveld heeft al gewezen op de samenhang tussen het hoge percentage rokers in lagere SES-groepen en de gemiddeld meer externe beheersingsoriëntatie. Ook de ongunstiger inkomens- en arbeidsmarktpositie bleek in dit opzicht van belang. Dit wijst erop dat het minder rooskleurige toekomstperspectief van personen in lagere posities het hen bemoeilijkt een ongezonde gewoonte als roken te staken. Ook hier geldt dat de causale richting van het verband en de precieze werking van het achterliggende mechanisme niet helemaal duidelijk is. Maar dit resultaat levert voldoende bewijs voor de stelling dat, in tegenstelling tot wat Reijneveld lijkt te suggereren, ongezond gedrag in met name lagere SES-groepen vaak *geen vrije keuze* is. Dit betekent bijvoorbeeld dat, om gezond gedrag te bevorderen, ook een verbetering van de levensomstandigheden van bepaalde groepen nodig is.

Een belangrijke implicatie van de resultaten is tenslotte dat we niet al te optimistisch kunnen zijn over de *mogelijkheden* om gezondheidsverschillen uit te bannen. Enerzijds omdat, vooral gezien het belang van levensomstandigheden, veel inspanningen van andere beleidsterreinen dan de gezondheidszorg moeten komen. Anderzijds omdat die verschillen deels verankerd zijn in kenmerken die moeilijk door beleid veranderbaar zijn, zoals psychosociale factoren.

De beleidsaanbevelingen in mijn proefschrift zijn noodzakelijkerwijs globaal. Desondanks hoop ik met zowel de empirische studies als de beleidsvisie een bijdrage te leveren aan het debat over gezondheidsverschillen. Het onrechtvaardige karakter van die verschillen dwingt ons te streven naar een reductie ervan, en niet al te lang te blijven steken in een methodologisch debat over de beperkingen van onderzoeksgegevens.

Karien Stronks

Leerboek psychiatrie

Van Ree JW, De Vries MW. Psychiatrie [serie Praktische huisartsgeneeskunde]. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Lochem, 1997; 385 bladzijden, prijs NLG 98,-. ISBN 90-313-2043-9.

In een woord vooraf stellen de kernredactieleden Van Ree en De Vries dat, naast de feitelijke werkbelasting van de huisarts ten aanzien van psychische problemen op het spreekuur, met name de emotionele betekenis veel zorg vergt. Niet vermeld wordt dat dit ook voor de huisarts zelf zijn weerslag heeft. De meeste vragen lost de huisarts als eerste aanspreekpunt zelf op, zo gaat de inleiding verder. Dit is nogal een boude uitspraak in mijn ogen en waarschijnlijk ook voor de inleiders, want, schrijven zij enkele regels verder: vele problemen zijn niet oplosbaar en bij veel vragen is complexe zorg nodig.

Deze in mijn ogen wat zwakke inleiding wordt gevolgd door 370 bladzijden met zeer leerzame informatie over de psychiatrie, zoals die zich in de eerste lijn kan manifesteren. Een grote groep psychiaters, maar ook psychologen, sociologen, een epidemioloog, de meesten van naam en faam, hebben, te samen met huisartsen die op dit terrein hun sporen reeds verdienden, een aantal specifieke psychische stoornissen beschreven. Met name worden recente inzichten vermeld die de weerslag vormen van een terrein waar de wetenschappelijk onderzoek, begrijpelijk vanwege de complexiteit van het te bestuderen object, lange tijd in de kinderschoenen stond.

De huisartselijke relevantie komt sterk naar voren in epidemiologische en preventieparagrafen, maar nog meer in onderdelen als 'vroegge herkenning door de huisarts', rol en taakstelling van de huisarts bij een bepaalde stoornis.

Epidemiologische gegevens zijn met name relevant, als de huisarts ziektebeelden 'niet dagelijks' ziet; om een voorbeeld te noemen: dat eetstoornissen pas na gemiddeld vier jaar ontdekt worden; dat eerdere ontdekking de kans op genezing groter lijkt te maken; dat pas na 12 jaar 50 procent genezen is, 30 procent duidelijk verbeterd en 20 procent chronisch is geworden, en dat 1 procent van de patiënten suïcide pleegt per jaar. Dit soort achtergrondgegevens zullen richting behoren te geven aan ons diagnostisch en begeleidingsbeleid. Kortom, helemaal geen jongmeidengril, maar dat wisten u en ik al, maar een probleemgroep die wat meer mijn aandacht, in de zin van continuïteit in zorg, verdient, was mijn reactie toen ik dat las. Zo zijn er meer epidemiologische gegevens die voor iedere huisarts verschillend, meer of minder relevant of opzienbarend zijn.

Diegenen voor wie casuïstiek (herkenbaar

voor eerstelijnswerkers) een inspirerend leer-middel is, komen in elke hoofdstuk aan hun trekken. Op het gebied van seksuologie, somatisatie en surmenage komen de op dit terrein bekende Nederlandse huisartsen uitgebreid aan het woord.

Naast de beschrijving van deze specifieke stoornissen, die het hart van het boek vormt, zijn er in deel 1 enige hoofdstukken met onder andere als veelbelovende titel nieuwe ontwikkelingen in de farmacotherapie en aanpassing van het interview aan de persoonlijkheid van de patiënt. Voor mij werden die beloften ook waargemaakt.

Deel 3 heeft een aantal beschouwingen over de transculturele psychiatrie, crisisspsychiatrie en hulp bij zelfdoding. Gelukkig wordt een belangrijk aandachtspunt voor de huisarts 'het gezin als eenheid van interactie' niet vergeten.

De redactie (van een vijftal huisartsen) is er in hoge mate in geslaagd om het boek zo te structureren dat het als een (complexe) eenheid naar buiten komt. En dat moet, gezien het grote aantal auteurs, als een niet geringe prestatie worden geroemd.

Heb ik wat gemist? Nee, tenzij in die zin dat het natuurlijk altijd nog beter kan en ik geef dan ook een enkele suggestie voor de volgende druk die ik zeker verwacht: bijwerkingen van psychiatrische medicatie en interacties (vooral ernstige psychiatrische patiënten slikken een fors aantal medicijnen in soort en nog meer in aantal). Iets van de DSM-4 misstaat niet in zo'n boek: aan basale kennis over het assenstelsel en wat met een GAF-score bedoeld wordt, en welke informatie het geeft, levert de huisarts wel enige informatie, al was het maar hoe de psychiater tegen je patiënt aankijkt. Als laatste zou ik de suggestie naar voren willen brengen de grenzen van samenwerking en gescheiden trajecten bij diagnostiek en begeleiding, bijvoorbeeld bij een depressieve patiënt, meer in kaart te brengen dan in dit boek gebeurt.

Het boek is in zijn actualiteit, huisartselijke oriëntatie en zijn gedegen en evenwichtige structuur een grote aanwinst en dat op een terrein waarin monografieën wel bekend waren, maar een overzicht van wat de huisarts op dit gebied kan ontmoeten bij zijn patiënten nog niet.

Een aanrader dus, deze eerste in de reeks van 'Praktische huisartsgeneeskunde'. Nieuwsgierigheid gaat uit naar de volgende delen. Nieuwsgierig ben ik ook naar de argumenten waarom de staven van onze beroepsopleiding dit niet op hun verplichtte literatuurlijst zetten voor de haio's. Ingeval dat.

Joop Stam

Ziekte in de belletristie

Meulenberg F. Een fistel van tijd. Overveen: Belvédère, 1997; 169 bladzijden, prijs NLG 27,50. ISBN 90-73459-16-8.

Deze bundel bevat een selectie van stukken verschenen in *Medisch Contact* onder de titel 'Ziekte tussen verbeelding en werkelijkheid'. Ziekte in de literatuur is de invalshoek, maar het gaat over meer dan ziekte alleen. De auteur schrijft over het menselijk verlangen en het gemis, zoals verwoord in de literatuur, en ziekte vormt de ultieme aanleiding tot deze thematiek.

Over het menselijk tekort, de onbereikbare ander, over hoop, verwachtingen en illusies, over het verlangen naar zingeving, kortom over liefde en dood gaat het boek. En over de onvolmaaktheid van het woord. Onvolmaaktheid die zich uit als misverstand en onbegrip en als onmogelijkheid de waarheid te kennen. Tegelijkertijd is er het besef dat mensen nu eenmaal verhalenvertellers zijn, ieder van het eigen verhaal in de eigen context. Schrijvers zijn bijzondere verhalenvertellers: de schrijver als archeoloog (Kousbroek), de schrijver als narcist, de schrijver als exegeet van het eigen leven (Benjamin) en de schrijver als circusjongen (Reve). De interesse en betrokkenheid van Meulenberg gaan duidelijk ook uit naar de drijfveren van de auteur en het proces van schrijven.

In een heldere stijl en met een mooi gebruik van de taal kiest Meulenberg soms het thema een boek als invalshoek en dan weer een auteur. Vervolgens worden thema en auteur(s) tot een geheel vervlochten met een poging tot een overstijgende synthese. Dit proces komt in de langere stukjes veel beter tot zijn recht dan in de kortere.

Uit het palet van geciteerde schrijvers noem ik er een paar die mij na lezing van deze bundel nog dierbaarder zijn geworden: Luigi Pirandello, Rudy Kousbroek, J. Bernlef, Ted van Lieshout en Toon Tellegen. De laatste twee zijn ook dichter en kinderboekenschrijver. Meulenberg portretteert hun werk origineel en liefdevol. Van de meeste welsprekende citaten zijn echter auteur of gelezen passage mij onbekend. Het moet gezegd worden, de toon is zo aanstekelijk dat het uitnodigt tot kopen en lezen.

Soms komt de auteur tot verrassende interpretaties en één daarvan wil ik u niet onthouden. In de bespreking van het boek van Willem Jan Otten 'Ons mankeert niets' wijst Meulenberg erop dat de huisarts en hoofdpersoon Justus empathie en belangstelling voor de medemens onbeert; hij fungeert als een liefdeloze

verteller. Daarom krijgen alle andere personen ook zo weinig diepgang. Het maakt voor mij een beetje inzichtelijk waarom dit boek mij nauwelijks beroerde, in tegenstelling tot Bert Keizer's 'Het refrein is Hein', dat ik in dezelfde tijd las.

Wie mocht denken dat deze bundel somber en zwaar is, heeft het mis. Het is ondanks de thematiek capricieus en soms bezweerderig opbeurend. Meulenberg vertelt als een romanticus. Luister maar naar de slotregels van het boek: '... En zo blijft de maat van alle dingen het gemis. In de tussentijd lijkt nog zoveel mogelijk, gutsen verwachtingen, buitelen gedachten over elkaar heen, schiet een waakvlam omhoog, worden brieven geschreven, ondermijnt het verleden het heden (had ik niet...) en het heden het verleden (als je niet...). En in die tijd worden gedichten gecomponeerd en bloedt de wond van het mogelijke. Een fistel van tijd sluit niet.'

Aanbevolen.

Toine Lagro-Janssen

Grijs

Scripties 1997 disciplinegroep huisartsgeneeskunde RUG. Te bestellen door overmaking van het bedrag op postbankrekening 3958870 van Stichting Bevordering Huisartsgeneeskunde, Antonius Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen, met vermelding naam auteur(s).

Computertomografie bij TIA patiënten

[Literatuurstudie].

TIA-service Groningen [Onderzoeksverslag]. Houweling ST; 38 pagina's, prijs NLG 10,-.

Preventie van CVA door opsporing, diagnostiek en therapie van atriumfibrilleren [Onderzoeksverslag]. Kienhuis BAW; 48 pagina's, prijs NLG 10,-.

Diabetes mellitus op Urk; een cross-sectioneel onderzoek naar de kwaliteit van leven van type 2 diabetes patiënten [Onderzoeksverslag]. Oosterveen AR; 45 pagina's, prijs NLG 10,-.

Urinary incontinence (UI) in vrouwen [Onderzoeksverslag]. Visser E; 29 pagina's, prijs NLG 7,50.

Het gebruik van de telefoon in de huisartsgroepspraktijk [Onderzoeksverslag]. Uijterwaal N; 34 pagina's, prijs NLG 7,50.

Tijdsanalyse van medisch-technische taken verricht door de praktijkassistenten [Onderzoeksverslag]. Leeuwerik D; 27 pagina's, prijs NLG 7,50.

Placebogedrag van de huisarts [Onderzoeksverslag]. Roordink M; 73 pagina's, prijs NLG 12,50.

Wat zien en doen studenten tijdens het Co-assistentenschap huisartsgeneeskunde? [Onderzoeksverslag]. De Jong M; 72 pagina's, prijs NLG 12,50.