

Korte berichten

NHG-Standaard Dementie: actualisering

De NHG-Standaard Dementiesyndroom werd in 1991 gepubliceerd.¹ Sindsdien zijn er geen onderzoeken verschenen die tot belangrijke wijzigingen van de richtlijnen zouden moeten leiden. De standaard is vooral in redactionele zin bijgesteld. De vorm en de structuur van de standaard is aangepast aan de thans gebruikelijke stijl en lay-out. Tevens is de wetenschappelijke onderbouwing geactualiseerd. Voorts is de bijstelling afgestemd op de herziene CBO-consensus Diagnostiek bij het dementiesyndroom, die in mei 1997 is verschenen. Enkele werkgroepleden van de CBO-consensus hebben als referent opgetreden voor de bijstelling van de standaard.

De belangrijkste punten van bijstelling betreffen:

- De titel is gewijzigd. Het onderscheid tussen dementiesyndroom (een toestandsbeeld) en dementie (een diagnose) is voornamelijk een semantische kwestie. In de praktijk kan dit verwarring geven. Ook in de DSM-IV is het begrip dementiesyndroom verlaten. De in de DSM-IV gehanteerde criteria voor dementie zijn overgenomen.
- In de vorige versie stonden twee tabellen met aandachtspunten voor anamnese en hetero-anamnese. Deze informatie is opgenomen in de anamnese en het lichamelijk onderzoek en zoveel mogelijk geoperationaliseerd. Ook zijn enkele vragen/testen van de Minimal Mental State Examination opgenomen in de anamnese.
- In de evaluatieparagraaf worden diverse vormen van dementie onderscheiden, waarvoor criteria worden gegeven. Ook hier vormt de DSM-IV de belangrijkste onderbouwing. De term 'goedaardige ouderdomsvergeetachtig-

tigheid' is geschrapt, omdat deze inmiddels obsoleet is.

- In de paragraaf medicamenteuze therapie worden de meest recente onderzoeken naar het effect van cholinesteraseremmers bij de ziekte van Alzheimer besproken. Deze geneesmiddelen zijn nog niet in Nederland verkrijgbaar, maar verwacht wordt dat dit niet lang meer zal duren. Gezien de magere effecten worden zij echter niet aanbevolen voor toepassing in de huisartspraktijk. Het beleid bij Alzheimerpatiënten bestaat voorts nog uit 'care' en niet uit 'cure'.

De geactualiseerde standaard wordt als geheel opgenomen in de tweede druk van het boek *NHG-Standaarden voor de huisarts, deel I*, dat in 1999 zal verschijnen. Belangstellenden kunnen de tekst nu al aanvragen bij het NHG-bureau. De aangepaste samenvattingskaart vindt u als bijlage in dit nummer van *Huisarts en Wetenschap*.

J.S. Burgers

1 De Bruyne GA, Meyboom-de Jong B, Muskens JB, et al. NHG-Standaard Dementiesyndroom. *Huisarts Wet* 1991;34:598-607.

NHG-Standaard Dermatomycosen: griseofulvine uit de handel

De NHG-Standaard Dermatomycosen beveelt griseofulvine aan als middel van eerste keuze bij de behandeling van diepe dermatomycosen.¹ Dit middel (zowel de 125 als 500 mgr tabletten) is echter eind 1997 uit de handel genomen in verband met de te lage omzet. In geval van tinea capitis bij een kind – en daarom gaat het meestal bij een diepe dermatomycose in de huisartspraktijk – levert dit een probleem op, doordat er momenteel geen bevredigend alternatief is: itraconazol is niet

geregistreerd voor de behandeling van kinderen, en terbinafine lijkt onvoldoende werkzaam tegen *Microsporum canis* (frequent de veroorzaker van tinea capitis).^{2,3} Overleg tussen de leveranciers, apothekers en huisartsen heeft inmiddels tot resultaat gehad dat griseofulvine-tabletten van 125 mg weer verkrijgbaar zijn, overigens alleen op artsverklaring. Uiteraard kunnen deze tabletten ook worden gebruikt bij een dosering voor volwassenen (1 dd 500 mg).

dr. B.G.M. Kolnaar
R.M.M. Geijer

1 De Kock CA, Duyvendak RJP, Jaspar AHJ, et al. NHG-Standaard Dermatomycosen. *Huisarts Wet* 1997;40:541-52.

2 Strobos MA, Oranje AP. Falen van de behandeling met terbinafine bij 2 kinderen met tinea capitis. *Ned Tijdschr Geneesk* 1996;140:1611-2.

3 Nejjam F, Zagula M, Cabioc MD, et al. Pilot study of terbinafine in children suffering from tinea capitis: evaluation of efficacy, safety and pharmacokinetics. *Br J Dermatol* 1995;132:98-105.

NHG-Standaard Maagklachten: correctie

Noot 28 in de NHG-Standaard Maagklachten¹ betreffende de protonpompremmers bevat een inmiddels achterhaalde waarschuwing. De noot vervalt en wordt vervangen door:

Noot 28

Protonpompremmers zijn tot nu de sterkst werkzame remmers van de maagzuursecretie. Een eenmalige dosering geeft 24 uur maagzuursecretieremming, zelfs bij stimulatie. De werking vindt plaats door beïnvloeding van het enzym H⁺/K⁺-ATPase van de parietale cel.

Farmacotherapeutisch Kompas. Ziekenfondsraad, Centraal Medisch Pharmaceutische Commissie. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1998.

J.R. van der Laan

Richtlijnen

Stoop *et al.* onderzochten welke omstandigheden leiden tot het afwijken van de richtlijnen in de NHG-Standaard Diabetes Mellitus.¹ Geconcludeerd wordt dat de resultaten discussie oproepen over een aantal kenmerken van standaarden en het Standaardenbeleid van het NHG. De wijze waarop dit wordt gedaan, vraagt om een reactie.

In de inleiding wordt gesteld dat het terugdringen van de variatie in het medisch handelen een van de belangrijkste doelstellingen van het Standaardenbeleid is. Dit is juist, zij het met de toevoeging dat het doel is het terugdringen van *onaanvaardbare* verschillen in huisartsgeneeskundig handelen.² In de beschouwing wordt naar voren gebracht dat het terugdringen van variatie in het medisch handelen niet per definitie gewenst is en dat niet alleen medische gegevens en criteria een rol spelen, maar ook contextuele. Bij het toepassen van richtlijnen in de dagelijkse praktijk is dit aspect van groot belang, en het heeft daarom altijd grote nadruk gekregen bij het Standaardenbeleid. In het boek *NHG-Standaarden voor de huisarts, deel 1* wordt gesteld dat de reikwijdte van de professionele standaard beperkt is: 'De huisarts moet zich bewust zijn van het spanningsveld tussen de algemene norm en het concrete handelen. Er blijven altijd onzekerheden en ook voor de patiënt zijn er keuzemogelijkheden. Dit kan er zelfs toe leiden dat een arts de plicht heeft in een specifieke situatie van de standaard af te wijken.'³ Deze relativisering van professionele consensus komt telkens opnieuw tot uitdrukking in de kaders 'Inbreng van de patiënt' en 'Afwegingen door de huisarts' die als vast onderdeel bij iedere standaard worden gepubliceerd.

Wij delen de conclusie dat een geoorloofde of noodzakelijke variatie in het handelen van huisartsen het meten van de kwaliteit van het huisartseneeskundig handelen bemoeilijkt. Het 'eenvoudig' meten van de mate waarin huisartsen zich houden aan de richtlijnen, is hiervoor niet geschikt. De motieven waarom huisartsen afwijken van de richtlijn (en in sommige gevallen juist *niet* afwijken) dienen hierbij in kaart te worden gebracht. Bij toetsing mag een standaard niet worden geabstraheerd van de individuele situatie.⁴ Een instrument dat meet in hoeverre de huisarts zich aan de richtlijnen houdt, meet niet *zonder meer* de kwaliteit van het zorgproces en al helemaal niet het effect van de zorg voor de patiënt. Meten met harde uitkomstmaten is dus maar beperkt mogelijk, en ook procesparameters kennen beperkingen.⁵

Het Standaardenbeleid heeft tot doel de kwaliteit van het medisch handelen te verbeteren. Kwalitatief goede, breed door de beroepsgroep onderschreven richtlijnen vormen hierbij een belangrijk instrument en hebben tot doel de praktiserende huisarts te ondersteunen om heldere keuzen te maken in een krachtenveld van andere artsen, patiënten, overheid en verzekeraars. Dat die keuzen ook leiden tot een *verantwoorde* variatie in het handelen, is gewenst.

Nederlands Huisartsen Genootschap
A.E. Timmermans en R.M.M. Geijer,
beiden huisarts

- 1 Stoop AP, Berg M, Dinant GJ. Tussen afwijken en afwijken van richtlijnen. De NHG-Standaard Diabetes Mellitus type II. Huisarts Wet 1998;41(1):5-9.
- 2 Rutten GEHM, Thomas S, redactie. NHG-Standaarden voor de huisarts. Utrecht: Bunge, 1993.
- 3 De Maeseneer J, Meyboom-de Jong. Niets is standaard in de huisartspraktijk (en zelfs dat niet). Huisarts Wet 1991; 34:2-3.
- 4 Thomas S. Meten van kwaliteit. Huisarts Wet 1997;40: 465-7.
- 5 Thomas S, Geijer RMM, Van der Laan JR, Wiersma TJ, redactie. NHG-Standaarden voor de huisarts II. Utrecht: Bunge, 1996.

Naschrift

Timmermans & Geijer onderschrijven de conclusies van ons artikel. Zo bevestigen zij dat het terugdringen van variatie in medisch handelen niet per definitie gewenst is en dat ook andere dan medische gegevens een essentiële rol spelen in de dagelijkse praktijk van (huisarts)geneeskundig handelen.

De toevoeging van de auteurs dat het Standaardenbeleid is gericht op het terugdringen van *onaanvaardbare* verschillen in huisartseneeskundig handelen is treffend, omdat juist de discussie tussen wat aanvaardbaar of onaanvaardbaar is, mede gevoerd dient te worden aan de hand van gedetailleerde gegevens over de dagelijkse praktijk. En juist op dit laatste punt blijkt de meerwaarde van kwalitatief onderzoek naar variatie in medisch handelen. Waar kwantitatief onderzoek naar de toepassing van standaarden is gericht op de vraag of richtlijnen wel of niet worden toegepast, biedt kwalitatief onderzoek de mogelijkheid te onderzoeken *hoe* en *waarom* wordt afgeweken van een richtlijn. Juist deze informatie maakt het mogelijk een oordeel te vellen over de vraag welke verschillen in medisch handelen aanvaardbaar dan wel onaanvaardbaar zijn. Zo bleken de casus uit ons artikel vanuit strikt medisch oogpunt gelijk te zijn, maar vanuit een meer sociologische kijk op medisch handelen duidelijk verschillend. Met deze conclusie als uitgangspunt wordt de

vraag wanneer variatie 'onaanvaardbaar' is, dus nog complexer dan zij al was.

Zoals wij ook in ons artikel betogen, is het zaak het begrip variatie genuanceerd te hanteren. Van de betekenis die er veelal aan wordt toegekend – 'een verschil in medisch handelen in identieke situaties' – zal zelden sprake zijn.

Arjen Stoop
Marc Berg
Geert-Jan Dinant

Voorlichting

In het artikel 'Voorlichting aan carapatiënten'¹ wordt voorlichting geruisloos gereduceerd tot 'onderwerpen waarover de huisarts de patiënt informeert'.¹ Voorlichting wordt nog verder gereduceerd tot het bespreken of ter sprake gebracht hebben van onderwerpen. Voorlichting wordt daarmee losgekoppeld van een doel dat de patiënt ermee zou kunnen bereiken. Ook wordt geen verbinding gemaakt met het effect dat de huisarts met de voorlichting beoogt. En dan heb ik het nog niet over het verschil tussen de doelen van de huisarts en de behoeften en (vaak onuitgesproken) doelen van de patiënt. Ik verbaas mij over de reductie van voorlichting tot een onderwerpenlijst, zonder expliciete motivering van deze inperking. De gepubliceerde richtlijnen geven de suggestie dat voorlichting louter informatieverstreken is en dat voorlichting klaar is wanneer de huisarts de onderwerpen heeft afgeestreept.

Ik vind het een gemiste kans dat geen woord opgenomen is over de methodiek van voorlichting. Hoe pak ik als huisarts de voorlichting zo aan, dat mijn informatie aansluit bij de patiënt, dat de patiënt de informatie oppakt, begrijpt en onthoudt? En bovenal: hoe bereik ik dat de patiënt er iets mee doet? Voorlichting is immers geen doel op zichzelf. En: 'Begrijpen is nog geen doen'. Wanneer de huisarts door informatie geven tracht te bereiken dat de patiënt 'iets doet', dan is de huisarts bezig met een proces van gedragsverandering. Het is van belang dat de huisarts weet hoe zo'n proces verloopt en weet hoe hij dat proces gericht kan beïnvloeden. Daar zijn inmiddels handzame methodieken voor.²⁻⁴

Ik zie met spanning uit naar inpassing van de methodiek van voorlichting in richtlijnen voor de huisartspraktijk.

Marieke van der Burgt,
arts, trainer patiëntenvoorlichting

1 Jansen CCM, Grol R, Jacobs A. Voorlichting aan carapatiënten. Ontwikkeling en evaluatie van richtlijnen voor de huisarts. Huisarts Wet 1997;40:522-7.

- 2 Hoenen JAJH, Tielen LM, Willink AE. Patiëntenvoorlichting stap voor stap: suggesties voor de huisarts voor de aanpak van patiëntenvoorlichting in het consult. Utrecht: Uitgeverij voor de gezondheidsbevordering, Stichting O&O, 1988.
- 3 Van der Burgt MCA, Verhulst FJCM. Doen en blijven doen. Patiëntenvoorlichting in de paramedische praktijk. Utrecht: Bohn, Stafleu Van Loghum, 1996.
- 4 Gerards F. Health counseling. Het adviesgesprek in de (para)medische en verpleegkundige zorg. Baarn: Nelissen, 1997.

Naschrift

In ons artikel doen wij verslag van een onderzoek naar de ontwikkeling van richtlijnen voor de huisarts. Het is jammer dat dit artikel de indruk wekt, dat wij de voorlichting beperken tot die richtlijnen. Zoals *Van der Burgt* opmerkt, dient de kwaliteit van de door de huisarts gegeven patiëntenvoorlichting uiteraard op diverse aspecten te worden beoordeeld. Zowel de inhoudelijke kant van de voorlichting als de communicatieve vaardigheden (taalgebruik, de wijze van overdracht van informatie van huisarts naar patiënt en nagaan of de boodschap is overgekomen) zijn van essentieel belang voor goede voorlichting. In ons onderzoek ging het ons er echter om een eerste stap te zetten in een meer omvattende kwaliteitstoets voor de voorlichting. Op een systematische wijze werd door een panel van deskundigen een inventarisatie gemaakt van de klinisch relevante onderwerpen, ontleend aan de NHG-standaard, die met carapatiënten besproken zouden moeten worden. Goede communicatieve vaardigheden alleen zijn geen garantie voor goede voorlichting. Als je als huisarts belangrijke onderwerpen vergeet te bespreken of qua inhoud ongestructureerd te werk gaat, loop het doel van de behandeling (samen opstellen van behandelplan, compliantie, coping) ook gevaar. Een volgende stap in het ontwikkelingsproces is overigens het ontwikkelen van een checklist voor de voorlichtingsbehoefte bij carapatiënten en procedures voor de stimulering van het interactieve gebruik van die checklist. Op termijn ligt een integratie met counselingsvaardigheden voor de hand.

C.C.M. Jansen

Rectificatie

Op pagina 147 (nummer 3) van deze jaargang is door de auteur een onjuist e-mail-adres vermeld. Het juiste adres luidt:
Harry.Crebolder@hag.unimaas.NL

Ambulante bloeddrukmeting

Beltman FW. Ambulatory blood pressure monitoring [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1997; 157 pagina's. ISBN 90-3670690-4.

Promotie: 12 maart 1997.

Promotores: prof.dr. B. Meyboom-de Jong, prof.dr. K.I. Lie.

Copromotores: dr. A.J. Smit, dr. J.F. May.

Bespreking: P. De Cort, huisarts te Tienen-Kumtich (België).

De introductie van de ambulante niet-invasieve bloeddrukmonitoring in de klinische praktijk dateert van het eind van de jaren tachtig. Sindsdien kan ook de huisarts in beginsel beschikken over dit diagnostisch instrument. Maar voordat deze methode kan worden ingevoerd in de dagelijkse praktijk, is nog veel nader onderzoek nodig. Dit proefschrift is hiervan een voorbeeld: verschillende aspecten van de ambulante bloeddrukmonitoring komen aan de orde: de tijdweging bij de analyse van het profiel, de prevalentie van 'witte jas'-hypertensie, de correlatie met hartspierdikte, de voorspellende waarde bij het stoppen van de antihypertensieve behandeling, de aanvaardbaarheid voor de patiënt, de berekeningsmethoden tussen dagen en nachtbloeddruk, de referentiewaarden, de invloed van de meetuitslagen op het denken van de arts, de gevolgen van het gebruik voor de behandeling en tenslotte de mogelijkheid tot verbetering van de gezondheidstoestand van de patiënt.

De algemene indruk is bijzonder positief: een goed uitgevoerd en helder beschreven onderzoek op basis van relevante vraagstellingen. Ik beperk mij tot een aantal kanttekeningen.

In hoofdstuk 4 wordt geconcludeerd dat de uitkomsten van de 24-uur monitoring alleen moeten worden gewogen bij een verschillende meetfrequentie overdag en 's nachts. Deze conclusie is echter alleen gebaseerd op een interval tussen de metingen van 30 minuten overdag en 60 minuten 's nachts. Generalisering van deze uitkomst naar andere – bijvoorbeeld kortere – meetfrequenties is waarschijnlijk niet geoorloofd, ook niet bij gelijke frequenties overdag en 's nachts. Het zou best kunnen dat een weegprocedure noodzakelijker wordt, naarmate het interval tussen twee metingen kleiner wordt.

In hoofdstuk 5 wordt borderline hypertensie

gedefinieerd als drie maal een diastolische bloeddruk ≥ 95 mmHg en een vierde maal < 95 mmHg. Dat is niet in overeenstemming met de richtlijnen van de WHO, en op deze wijze wordt borderline hypertensie misschien te ruim geïnterpreteerd. Mogelijk is hierdoor ook de prevalentie van 'witte jas'-hypertensie in dit onderzoek zo hoog (67-75 procent) in vergelijking met de literatuur (21-40 procent). Of heeft de auteur hiervoor een andere verklaring?

Afgezien daarvan werden in dit onderzoek onder 286 personen met multipole logistische regressie-analyse geen determinanten voor 'witte jas'-hypertensie gevonden. Zou dit ook het geval zijn als een (stapwijze) multipel regressiemodel wordt gebruikt? Door het 'witte jas'-effect (verschil tussen ambulante en conventionele bloeddruk, met behoud van het teken) te beschouwen als een continue variabele (hetgeen logisch is), komen alle subjecten in aanmerking voor de analyse en is de kans groter dat er significante determinerende factoren worden gevonden.

In hoofdstuk 6 blijkt dat bloeddrukdaling, vermindering van linkerventrikelhypertrofie (LVH) en verbetering van diastolische functie overeenstemmen na behandeling met een calciumantagonist of een ACE-inhibitor. Vervelend is de ongelijke verdeling van de geslachten in beide behandelingsgroepen: de lisinopril-groep bestond slechts voor 28 procent uit vrouwen. Hoewel dit waarschijnlijk weinig effect heeft op de resultaten, en de onderzoeksgroepen te klein zijn voor subgroepanalyses of correctie voor geslacht, zou dit beter kunnen worden toegelicht in de discussie.

In het hoofdstuk over de relatie van 'cushion derived circadian alteration magnitude' met linkerkamer massa wordt geconcludeerd dat vooral de perioden van zes opeenvolgende uren 'piek-bloeddruk' en zes opeenvolgende uren 'dal-bloeddruk' valide en reproduceerbare parameters zijn, die een goede relatie vertonen met linkerventrikelmassa. Hierbij dient men zich te realiseren dat dit 24-uurs-, dag- en nachtgemiddelden zijn. Zelfs de eenmalige, conventioneel gemeten doktersbloeddruk is gelijkwaardig, als de metingen tenminste - onder gestandaardiseerde omstandigheden plaatsvinden.¹

De normaalwaarden voor de ambulante bloeddrukmetingen worden berekend vanuit de regressievergelijking van het verschil tussen ECG-voltages voor en tijdens de antihypertensieve behandeling, ten opzichte van de ambulante beginbloeddruk. De aldus verkregen waarden zijn goed vergelijkbaar met de waarden die bekend zijn uit de literatuur (bevolkingsonderzoeken met conventioneel gemeten

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.

normotensieven en morbiditeitsstudies). Maar anderzijds viel ook wel te verwachten dat de twee methoden die in deze studie zijn toegepast (enerzijds gebaseerd op ECG-voltages en anderzijds op berekening van linkerventrikel-massa door middel van de formule van De Vries) dezelfde resultaten zouden opleveren, omdat de berekening van de linkerventrikel-massa vooral is afgeleid van de ECG-voltages.

Het interessante onderzoek in hoofdstuk 11 vertoont qua opzet gelijkenis met de APTH-studie,² waarin het effect van ambulante monitoring op de evaluatie van de hypertensiebehandeling eveneens werd onderzocht. In beide onderzoeken blijkt minder medicatie nodig te zijn om de patiënt adequaat te behandelen, wanneer de bloeddruk wordt gevolgd door middel van de ambulante registratie. In de APTH-studie werd echter geen verschil gevonden van dit effect op LVH. In het onderzoek van Beltman was er wél een vermindering van LVH bij degenen die meer medicatie innemen en die conventioneel werden gevolgd, terwijl beduidend meer ambulant gemeten deelnemers normotensief waren (61 procent van de patiënten in deze groep, tegen 17 procent in de andere). Is dit het resultaat van een methodologisch probleem (bijvoorbeeld het niet expliciet definiëren van de streefbloeddrukken voor behandeling)? Of illustreert dit onderzoek dat antihypertensieve medicatie een autonome werking heeft op de vermindering van de linkerventrikelhypertrofie?

Paul De Cort

1 Fagard R, Staessen J, Thijs L, Amery A. Multiple standardized clinic blood pressures may predict left ventricular mass as well as ambulatory monitoring. A meta-analysis of comparative studies. *Am J Hypertension* 1995;8:533-40.

2 Staessen JA, Byttebier G, Buntinx F, et al. for the APTH Investigators. Double-blind comparison of antihypertensive treatment guided by conventional or ambulatory blood pressure measurement [Abstract]. Eighth European Meeting on Hypertension. Milan, 1997.

Reactie

In hoofdstuk 4 wordt niet geconcludeerd dat tijdweging alleen, maar dat tijdweging in ieder geval kan worden toegepast bij ongelijke meetfrequentie overdag en 's nachts om systematische fouten in de beoordeling van ambulante metingen te voorkomen. Of tijdweging in het door De Cort genoemde voorbeeld een klinisch relevant verschil oplevert, is niet onderzocht en is mijns inziens uitsluitend van academisch belang. Het feit dat bewezen is dat klinisch relevante systematische fouten in interpretatie kunnen optreden bij bepaalde instellingen van de meetfrequentie, rechtvaardigt de suggestie

om gestandaardiseerde technieken voor tijdweging die hiervoor corrigeren, toe te passen.

In vele onderzoeken wijkt het vaststellen van hypertensie af van de exacte WHO-definitie, zo ook in het onderzoek dat in hoofdstuk 5 wordt beschreven. Daarom ook is het van belang de gevolgde methode te vermelden en te lezen om een artikel te kunnen interpreteren. Vergeleken met de WHO-definitie is in hoofdstuk 5 eerder sprake van een te strakke dan een te ruime interpretatie, en dit kan dus geen verklaring zijn voor het verschil in prevalentie (21-40 procent versus 67-75 procent). Het hoge percentage van 75 procent was gevonden in een kleine groep van patiënten met geïsoleerde systolische hypertensie en deze groep is nooit eerder onderzocht.

In de discussie wordt verder besproken dat het interpreteren van het verschil in de gevonden prevalenties moeilijk is. Er worden elf factoren genoemd die van invloed zijn op deze vergelijking. Het feit dat het onderzoek in de eerste lijn is verricht, is hiervan wellicht de belangrijkste. In de literatuur wordt het percentage 'witte jas'-hypertensieven globaal op 20-40 procent geschat. In Nederlandse onderzoeken in de eerste lijn werden echter percentages van ongeveer 50 procent gevonden.^{1,2}

In hoofdstuk 6 is in de methode vermeld dat in de variantie-analyse gecorrigeerd is voor geslacht. Bij de keuze voor correctie is het van belang de betekenis van het gevonden verschil in geslacht op grond van bestaande kennis te schatten. Correctie is toegepast, omdat geslacht een belangrijke determinant is van de hoogte van de linkerventrikelmassa en omdat het verschil in prevalentie van mannen en vrouwen tussen de groepen groot werd geacht.

Het is inderdaad logisch dat de twee methoden die in hoofdstuk 10 zijn toegepast, dezelfde resultaten opleveren. Hiermee is bewezen dat de door ons ontwikkelde formule ook gevoelig is om veranderingen in linkerventrikelmassa na behandelingen vast te stellen.

Het belangrijkste verschil tussen het onderzoek in hoofdstuk 11 en de APTH-studie is dat het ene een *efficacy*- en het andere een *efficiency*-onderzoek is. In gecontroleerde omstandigheden (APTH) heeft het gebruik van ambulante meters geen invloed op bloeddrukcontrole en eindorgaanschade ten opzichte van het gebruik van kwikmanometers. In de praktijk echter is er geen sprake van gecontroleerde omstandigheden: behandelingsopties zijn dikwijls afhankelijk van de aanwezigheid van andere risicofactoren, en de bloeddrukverandering na behandeling zal in de praktijk lang niet altijd met ambulante meters gecontroleerd worden als de diagnose hypertensie op grond hiervan is

gesteld. Daarom wordt het vergelijken van *efficacy*- en *efficiency*-onderzoeken steeds belangrijker geacht. Het verschil in effect op de linkerventrikelmassa tussen de bovengenoemde studies zou bijvoorbeeld verklaard kunnen worden doordat huisartsen bij verhoogde ambulante bloeddrukken niet intensiever zijn gaan behandelen. Het gedrag of de attitude van huisartsen lijkt daarmee een belangrijke determinant te zijn van de effecten van invoering van ambulante metingen op (het instellen van behandeling en daarmee) de verandering in eindorgaanschade. Een autonome werking van antihypertensiva lijkt onwaarschijnlijk bij gelijke verdeling van soorten antihypertensiva in de verschillende groepen.

F.W. Beltman

1 Brueren MM, Dinant GJ, Schouten BJ, Van Ree JW. Hypertensiediagnostiek door de huisarts: metingen volgens de NHG-standaard vergeleken met ambulante bloeddrukmeting. *Ned Tijdschr Geneesk* 1995;139:278-82.

2 Beltman FW. Na het vaststellen van verhoogde bloeddruk in de spreekkamer blijkt de bloeddruk bij thuismeting normaal. Moet dan toch worden behandeld? *Vademecum*, 5 maart 1996.

Diabetische neuropathie

Valk GD. The diagnosing of diabetic polyneuropathy in daily clinical practice [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1997; 99 bladzijden. ISBN 90-5669023-X.

Promotie: 12 september 1997.

Promotores: prof.dr. J.Th.M. van Eijk,

prof.dr. L.M. Bouter;

copromotor: dr. F.W. Bertelsman.

Bespreking: dr. S. Verhoeven, huisarts te Heerde.

Polyneuropathie is een frequent voorkomende, late complicatie van diabetes mellitus. Deze aandoening speelt een essentiële rol bij een van de ernstigste aandoeningen ten gevolge van diabetes: de diabetische voet. Een probleem bij het onderzoek van de patiënt met polyneuropathie is echter dat er wel diverse methoden van opsporing zijn, maar geen gouden standaard. Zo zijn er het klinisch neurologisch onderzoek (onder meer reflexen, sensibiliteit met watje, of stemvorkproeven), de meting van de geleidingssnelheden, de bepaling van de 'vibratieperceptiedrempel' en nog enkele andere methoden. Met name de neurofysiologische meetmethoden zijn in de dagelijkse routine belastend en tijdrovend, terwijl de waarde van anamnese en basaal klinisch neurologisch onderzoek in het geheel niet vaststaat. Dit wordt duidelijk in het eerste deel van het proefschrift, waarin de werkzaamheid van een medicament

– ORG 2766 – bij polyneuropathie wordt getest.

Deze eerste vraagstelling is niet direct interessant voor de huisartspraktijk en zal in deze bespreking dan ook buiten beschouwing worden gelaten. De andere twee vraagstellingen zijn wel van buitengewoon belang voor de praktijk en luiden als volgt:

- Wat is de waarde van standaard klinisch neurologisch onderzoek, zoals dat door iedere arts kan worden verricht?
- Wat is de waarde van anamnestiche symptomen die verband houden met neuropathie?

Waarde 'eenvoudig' neurologisch onderzoek

In het eerste deelonderzoek wordt uitgegaan van een populatie van 78 diabetespatiënten – van zowel type 1 als type 2 –, die waren verwezen wegens neuropathie.

Bij het neurologisch onderzoek werden de sensibiliteit van de benen (kop-puntdiscriminatie, aanrakingszin (watje), vibratiezin van de enkel (128 Hz stemvork) en positiezin van de grote teen), de achillespeesreflex en de spierkracht van de voet apart onderzocht en gescoord. De scores van de afzonderlijke delen van het onderzoek werden bij elkaar opgeteld. Deze score werd vergeleken met de score van een aantal neurofysiologische onderzoeksmethoden (geleidingssnelheden zowel motorisch als sensibel, actiepotentialen, en de 'Hoffmann-reflex' van de musculus soleus).

Er bleek een goede overeenkomst tussen de scores van het klinisch en neurofysiologisch onderzoek: Pearson correlatiecoëfficiënt 0,7; $p < 0,0005$ en Cohen's kappa 0,50.

In een nadere analyse bleek dat er aanwijzingen waren dat de stoornis eerder kon worden aangetoond door het testen van de kop-puntdiscriminatie en de aanrakingszin (watje) dan door het testen van de vibratie- en positiezin. Deze aanwijzingen werden bevestigd door neurofysiologisch onderzoek van de nervus suralis: bij een normale zenuwgeleiding was er wel een afwijking in de kop-puntdiscriminatie en de aanrakingszin, getest door een watje. In dezelfde zin leek de achillespeesreflex ook iets gevoeliger en in een eerder stadium afwijkend dan de neurofysiologische Hoffmann-reflex.

De validiteit en reproduceerbaarheid van het 'eenvoudige' neurologisch onderzoek wordt in het volgende hoofdstuk aan de orde gesteld, evenals de hier en daar gangbare methode van sensibiliteitsonderzoek met behulp van de Semmes-Weinstein-monofilamenten (SWME). Als referentie wordt voor beide de meting van de vibratieperceptiedrempel (VPT) gebruikt. Wat betreft de intra- en interobserverver-

reproduceerbaarheid werd in beide gevallen een correlatiecoëfficiënt van 0,79 gevonden voor het eenvoudig neurologisch onderzoek. Voor de SWME waren deze cijfers van respectievelijk 0,80 en 0,77. De sensitiviteit en specificiteit bedroegen voor het klinisch neurologisch onderzoek respectievelijk 91 en 63 procent, en voor de SWME respectievelijk 88 en 61 procent. Reproduceerbaarheid en sensitiviteit waren dus zeer goed voor de dagelijkse praktijk. Het discriminerend vermogen van het eenvoudig neurologisch onderzoek, berekend met behulp van de methode van de 'Receiver Operating Characteristics'-curves (ROC-curves) bleek iets beter te zijn dan dezelfde karakteristiek van de SWME.

De waarde van de anamnese

In hoofdstuk 5 wordt het onderzoek naar de betekenis van anamnestic vastgestelde klachten in relatie met het klinisch en neurofysiologisch onderzoek beschreven. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een recent gepubliceerde, gevalideerde vragenlijst naar neuropathieklachten bij diabetes mellitus type 2, de diabetes checklist-type 2 (DSC-type 2). Deze telt tien vragen, naar onder meer doofheid en prikkelingen in handen of voeten, en flitsende pijn in benen.

Op grond van factoranalyse van deze DSC-type-2-vragenlijst blijken er twee dimensies van klachten te bestaan. Alleen de klachten (de eerste dimensie) die gevoelsveranderingen en tintelingen aangeven, houden verband met de ernst van de polyneuropathie zoals die neurofysiologisch wordt gemeten. De klachten als flitsende pijn in de voeten (de tweede dimensie) hebben echter geen enkele relatie met klinisch of neurofysiologisch onderzoek. De conclusie is dan ook dat in de anamnese alleen klachten als tintelingen en gevoelsvermindering van belang zijn voor het stellen van de diagnose en het bepalen van de ernst van de polyneuropathie, en niet de diverse uitingen van pijn.

In hoofdstuk 6 tenslotte worden de in het vorige hoofdstuk beschreven klachtendimensies nader onderzocht. Vanuit de literatuur zijn er aanwijzingen dat de ernst van pijnklachten geassocieerd is met het functioneren van dunne zenuwvezels, en dat de ernst van gevoelsverandering en tintelingen geassocieerd is met het functioneren van dikke zenuwvezels. Uit de literatuur is ook bekend dat het onderzoek van geleidingssnelheden en het meten van de VPT valide tests zijn van de dikke zenuwvezelfunctie, en dat het onderzoek van de temperatuursdiscriminatie drempel (TDT) het best de dunne zenuwvezels meet.

De reproduceerbaarheid van de twee dimensies in de anamnese en de TDT, VPT en de geleidingssnelheden wordt onderzocht aan de hand van de correlatie tussen de uitkomsten bij onderzoek met een interval van 17 weken. De twee dimensies in de DSC blijken goed reproduceerbaar. Ook de VPT en zenuwgeleidingssnelheden, die correleren met gevoelsveranderingen en tintelingen (de dikke zenuwvezelfuncties), zijn goed reproduceerbaar. Dit geldt echter veel minder voor de TDT, correlerend met neuropathische pijnklachten (de dunne zenuwvezelfuncties).

Conclusies

De belangrijkste conclusies van het proefschrift zijn:

- Diabetische polyneuropathie is goed te objectiveren met 'eenvoudig' klinisch neurologisch onderzoek. Mogelijk zijn hierin de aanrakingszin (watje), de kop-puntdiscriminatie en de achillespeesreflex het meest sensitief. Ook de Semmes-Weinstein-monofilamenten zijn zeer zinvol, maar mogelijk iets minder discriminerend.
- Het anamnestic aangegeven klachtenpatroon kent twee dimensies: pijn in diverse uitingen, gevoelsveranderingen en tintelingen. Laatstgenoemde twee klachten correleren het beste met objectiveerbare metingen als VPT en geleidingssnelheden. Voor de dagelijkse praktijk lijken dan ook de ernst van de klachten van gevoelsveranderingen en tintelingen bruikbaar te zijn bij het vaststellen van de ernst van de polyneuropathie en niet het patroon van flitsende of snijdende pijn.

Commentaar

Dit proefschrift is helder geschreven, en betreft een belangwekkend onderwerp.

Tijdens de lopende revisie van de NHG-Standaard Diabetes Mellitus type 2 werd pijnlijkelijk duidelijk hoe gegevens over neuropathie vrijwel volledig ontbraken. Gelukkig voorziet deze studie in ieder geval in een deeloplossing van de legpuzzel. Met name het vaststellen dat 'ambachtelijk' klinisch neurologisch onderzoek zin heeft, en dat er twee dimensies zijn in het klachtenpatroon, is zeer waardevol voor het werk van de huisarts. Zeker dat laatste, de laagdrempeligheid in de anamnese, is een zeer oorspronkelijke invalshoek, die fraai is uitgewerkt. Te waarderen valt dat ook een oordeel over de in Nederland nog niet zo gangbare Semmes-Weinstein-monofilamenten wordt gegeven.

Zoals altijd kunnen er ook kritische kanttekeningen worden gemaakt. Op een deel daarvan anticipeert de auteur reeds, zoals de selec-

tie van de populatie. Deze verschilt immers duidelijk van die in de huisartspraktijk. In dit onderzoek betreft het voor een groot deel ook type-1-patiënten, en ligt de gemiddelde leeftijd rond de 50 jaar. In de huisartspraktijk met vooral type-2-diabetes ligt de gemiddelde leeftijd echter rond de 70 jaar. En daarbij moet aangetekend worden dat onderzoeksmethoden als de TDT en het onderzoek van reflexen ook al afwijkende waarden vertonen bij een oudere populatie zonder diabetes.^{1,2}

Ten tweede is de uitspraak dat de kop-punt-discriminatie, de aanrakingszin met een watje en de afwijkende achillespeesreflex sensitiever zijn dan het neurofysiologisch onderzoek, wel erg sterk. Zeker de aanrakingszin en mogelijk ook de achillespeesreflex worden sterk beïnvloed door subjectieve elementen. Het hangt er immers van af hoe hard of zacht de huid wordt aangeraakt, terwijl de achillespeesreflex ook bij patiënten zonder polyneuropathie negatief kan zijn en de overeenstemming tussen verschillende onderzoekers niet hoog is.³

Voor de praktijk zou het overigens interessant zijn te weten of ook een zeer beperkte combinatie van onderzoeksmethoden binnen het 'eenvoudige' klinisch neurologisch onderzoek een voldoende voorspellend vermogen heeft. Het 'eenvoudig' onderzoek in deze studie telt immers altijd nog een vrij uitgebreid aantal te scoren afzonderlijke onderzoeken. En dat zie ik nog niet iedere huisarts op zijn (diabetes) spreekuur doen. Het zou interessant zijn of een combinatie van bijvoorbeeld de achillespeesreflex, vibratiezin en de kop-puntdiscriminatie een voldoende screenend vermogen heeft om polyneuropathie op te sporen. Het gaat er bij de diabetespatiënt immers vooral om het risico op ernstige diabetische voetafwijkingen op te sporen en niet een in academische zin belangrijke graad van neuropathie. Misschien is daartoe zelfs alleen al het scoren van het aspect van de voet (kleur, eeltvorming, deformatie) voldoende.⁴ Maar dat vereist een ander onderzoek.

Een kleine opmerking tenslotte betreft het merkwaardige verschil tussen het totaal te scoren neuropathiegetal van 33, weergegeven in het hoofdstuk over de vergelijking klinisch versus neurofysiologisch onderzoek, en het scoringsgetal 37 in het volgende hoofdstuk over reproduceerbaarheid. Dit wekt verwarring.

Bovenal blijft overeind, dat door dit onderzoek iets meer duidelijkheid is geschapen over de betekenis van specifieke kenmerken in de anamnese en het klinisch neurologisch onderzoek bij diabetische neuropathie. En dat is een

grote verdienste voor de diagnostiek in de huisartspraktijk. De makers van de nieuwe standaard zullen er hun voordeel mee doen.

Simon Verhoeven

- 1 Mayne N. Neuropathy in the diabetic and non diabetic population. *Lancet* 1965;iii;1313-6.
- 2 Verhoeven S. Behandeling, controle en metabole instelling van patiënten met diabetes mellitus type II en de prevalentie van late complicaties bij deze patiënten [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1989.
- 3 Maser RE, Nielsen VK, Bass EB, et al. Measuring diabetic neuropathy. Assessment and comparison of clinical examination and quantitative sensory testing. *Diabetes Care* 1989;12:270-5.
- 4 Michels RPI. Consensus diabetische voet. *Ned Tijdschr Geneesk* 1987;131:112-5.

Reactie

Het doel van mijn proefschrift was het aantonen van de bruikbaarheid van het vragen naar klachten en het uitvoeren van klinisch neurologisch onderzoek voor het vaststellen van diabetische polyneuropathie in de dagelijkse praktijk. Alleen als het nut van klinisch neurologisch onderzoek wordt ingezien, zal het ook worden uitgevoerd in de dagelijkse praktijk. Ik hoop dat huisartsen en internisten ook overtuigd zullen raken van het belang van het stellen van de diagnose diabetische polyneuropathie voor de preventie van voetproblemen.

Het is juist dat het vinden van een afwijkende achillespeesreflex bij mensen >70 jaar een fysiologisch verschijnsel kan zijn. Ook heeft Verhoeven gelijk als hij stelt dat de bevindingen bij het testen van de afzonderlijke onderdelen van het klinisch neurologisch onderzoek beïnvloed kunnen worden door subjectieve elementen. Deze argumenten, in combinatie met het feit dat het klinisch neurologisch onderzoek geen gekwantificeerde resultaten geeft, waren altijd de reden om de bruikbaarheid ervan voor de dagelijkse praktijk te betwijfelen. Voor mij waren deze argumenten nu juist de reden om de bruikbaarheid van het klinisch neurologisch onderzoek te onderzoeken.

Om de invloed van subjectieve elementen zo klein mogelijk te maken, hebben wij de uitkomsten van het testen van de sensibiliteit van de voet, de achillespeesreflex en de kracht van teen en voet gestandaardiseerd door deze uitkomsten te vergelijken met de uitkomsten van vergelijkbare tests, maar dan proximaal uitgevoerd (sensibiliteit van het bovenbeen, kniepeesreflex en kracht van vinger en hand). Op deze manier kwamen wij tot de oordelen normaal, verminderd ten opzichte van proximaal of afwezig. Bekend is dat bij polyneuropathie de langste zenuwen het eerst zijn aangedaan,

zodat de bovenbenen het langst gespaard blijven. Bij de oudere patiënt met diabetes mellitus worden op deze manier ook afwijkende bevindingen van bijvoorbeeld de achillespeesreflex vergeleken met de overige reflexen. Hierdoor kan men een indruk krijgen of het ontbreken van een achillespeesreflex fysiologisch is, of samenhangt met diabetische polyneuropathie.

In mijn proefschrift is de bruikbaarheid van de gehele set van tests binnen het neurologisch onderzoek naar polyneuropathie onderzocht, omdat hiermee een compleet beeld wordt gegeven van sensibiliteit, reflexen en motoriek. Dat is van belang voor de differentiële diagnose bij een patiënt met diabetes mellitus met gevoelsvermindering van de voeten. Alle patiënten met diabetische polyneuropathie hebben wel een gevoelsvermindering, maar niet alle diabetespatiënten met een gevoelsvermindering van de voeten hebben polyneuropathie. Tevens geeft het uitvoeren van dit onderzoek aan zowel de patiënt als de dokter direct inzicht in wat polyneuropathie precies inhoudt. Het aantonen van het verminderd vermogen om te voelen en de mogelijke krachtsvermindering van de voeten, in vergelijking met proximaal, maken direct duidelijk wat de gevaren zijn. Bovenal is het probleem van de diabetische voet zo groot en ingrijpend voor de patiënt met diabetes mellitus, dat de huisarts er een jaarlijks extra onderzoek van vijf minuten per patiënt voor over zou kunnen (en moeten) hebben teneinde het probleem van de diabetische voet te voorkomen.

De verklaring van het verschil tussen de te scoren neuropathiegetallen 33 en 37, is dat de score aangepast is aan de manier waarop deze in de dagelijkse praktijk wordt toegepast. Aanvankelijk werd alleen de vibratiezin van de enkel getest; later werd hieraan de vibratiezin van de grote teen toegevoegd.

Gerlof Valk

Chronische moeheid

Vercoulen JHMM. Chronic fatigue syndrome. Assessment and psychological process as perpetuating factors [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1997.

Promotie: 16 juni 1997 te Nijmegen.
Promotor: prof.dr. J.W.M. van der Meer;
copromotores: dr. G. Bleijenberg,
dr. J.M.D. Galama.
Bespreeking: dr. M.L. Bartelink.

Het zogenaamde chronische-vermoeidheidsyndroom (CVS; ernstige invaliderende vermoeidheid die langer duurt dan 6 maanden en

waarvoor geen lichamelijke verklaring gevonden wordt) is een nogal omstreden probleem in de geneeskunde. Het komt vaak voor – een conservatieve schatting komt op minstens 17.000 patiënten in Nederland –, een oorzaak is onbekend en een therapie is niet voorhanden. Zij die beweren dat er sprake is van een zuiver somatische aandoening, bevinden zich aan de ene kant; aan de andere kant staan degenen die menen dat er een zuiver psychologische oorzaak is. Psychologische factoren spelen waarschijnlijk wel een aantoonbare rol bij het beloop van de aandoening; dit zou mogelijkheden voor therapeutische interventie kunnen bieden.

In dit proefschrift wordt onderzocht in hoeverre psychologische factoren een rol spelen, niet zozeer bij het ontstaan van de aandoening, maar vooral bij het in stand houden van de klachten. Ik zal de meest belangrijke en voor de huisarts relevante onderzoeksgegevens bespreken.

Methoden

Er waren geen objectieve meetmethoden voorhanden. Daarom werd eerst een uitgebreide vragenlijst ontwikkeld en uitgetest bij CVS-patiënten om de moeheid en de daaraan gerelateerde processen te kunnen vastleggen. Of een subgroep van deze CVS-patiënten en een controlegroep ook daadwerkelijk onderscheiden konden worden, werd onderzocht met behulp van deze vragenlijsten (mate van moeheid, depressie en beperkingen in het dagelijkse leven) en een uitgebreide serie laboratoriumtests. Bij deze groep patiënten werd ook het beloop van de aandoening na 18 maanden vastgelegd.

De waarde van antidepressiva (20 mg fluoxetine) werd onderzocht in een gerandomiseerde, dubbelblinde, placebogecontroleerde studie. Verder werd een vergelijking gemaakt tussen CVS- en MS-patiënten; in deze groepen werd gekeken naar psychologische factoren en de mate van activiteit.

Resultaten

Met een uitgebreide vragenlijst waarop negen onafhankelijke dimensies te onderscheiden waren (cognitieve, gedrags-, emotionele en sociale aspecten) lukte het om de patiënten met CVS te beschrijven. Laboratoriumtests (bloedbeeld en serologische tests gericht op verschillende infectieuze agentia) konden geen onderscheid maken tussen patiënten en controles van gelijk geslacht, leeftijd en regio. De psychologische tests waren daarentegen gerelateerd aan de ernst van de klachten; de mate van moeheid, aanwezigheid van depressie en de beperkingen in het dagelijkse leven konden de patiënten en de controles onderscheiden.

Een korte klachtenduur, minder ernstige vermoeidheid, relatieve afwezigheid van het toeschrijven van de klachten aan lichamelijke oorzaken en de mate van controle over de klachten bleken prognostisch gunstig te zijn. Ongeveer 20 procent van de patiënten liet een duidelijke verbetering zien na 18 maanden.

Fluoxetine, toegediend aan depressieve en niet-depressieve CVS-patiënten, had geen enkel effect op de symptomen van CVS (gemeten met vragenlijsten en door meting van de dagelijkse activiteiten).

Vergelijking met MS-patiënten liet zien dat CVS-patiënten anders met de moeheidsklachten omgingen. CVS-patiënten met sterke somatische attributies (eigen verklaringen voor de klachten) verminderden hun activiteiten. Cognitieve factoren speelden een belangrijke rol bij het in stand houden van dit lage activiteitsniveau en was gerelateerd aan de vermoeidheid.

Conclusies

Ondanks het feit dat de oorspronkelijke aanleiding van de klachten onbekend is, kunnen psychologische factoren (met betrekking tot gedrag en cognities) een belangrijke bijdrage leveren aan het in stand houden van de klachten. Behandeling moet zich op deze factoren richten.

Commentaar

De auteur, een psycholoog, heeft veel informatie verzameld en beschreven. Een indrukwekkende prestatie. Verschillende studies met verschillend design lieten telkens weer zien hoe belangrijk psychologische factoren bij deze patiënten met CVS zijn bij het in stand houden van de klachten. Dit proefschrift is van belang voor iedereen die meer wil weten over dit ziektebeeld.

Het is ook zeer belangrijk voor de huisarts, aangezien deze degene is die deze patiënten vaak begeleidt. De huisarts is de eerst aangewezene om de somatische verklaringen van de patiënt (resultierend in een chronische aandoening met veel medische consumptie) te beïnvloeden en een patiënt te bewegen tot cognitieve en gedragstherapie. Hoe deze therapie er moet uitzien en of de huisarts niet op een simpele manier zelf de klachten zou kunnen beïnvloeden, blijft vooralsnog de vraag. De huisarts zou gebaat zijn bij duidelijke aanbevelingen hoe al in een vroeg stadium de progressie en het in stand houden van dit ziektebeeld te voorkomen. Aan dit belangrijke punt wordt in het proefschrift weinig aandacht besteed.

Een andere opmerking. De CVS-patiënten die meededen met het onderzoek, werden gere-

cruteerd uit een groep patiënten die zichzelf aanmeldde. Enerzijds zijn deze patiënten natuurlijk te verkiezen boven patiënten die verwezen zijn naar de polikliniek, anderzijds is ook dit wellicht een geselecteerde groep. Ik was zelf destijds werkzaam op de afdeling Interne Geneeskunde in Nijmegen, en ik herinner me dat de respons op de oproep en de hele publiciteit rond 'vermoede patiënten' niet alleen onze afdeling, maar het gehele Radboud Ziekenhuis geruime tijd telefonisch onbereikbaar maakten. De vraag is dus, in hoeverre de deelnemers aan het onderzoek representatief zijn voor de gehele groep CVS-patiënten.

Er werd geprobeerd daar antwoord op te geven; vergeleken met een groep verwezen patiënten had de onderzoeksgroep meer en langer bestaande klachten. De mediane ziekteduur in de wat langer vervolgde groep (88 patiënten) bedroeg maar liefst zeven jaar. Gelden de resultaten van deze studie ook voor die patiënten die met een relatief korte ziekteduur bij de huisarts aankloppen?

Het is belangrijk dat verder onderzoek naar deze aandoening verricht wordt. Dit om te trachten vele onzekerheden bij deze patiëntengroep weg te nemen en openingen te vinden voor therapeutisch interventie. Deze studie is daarin geslaagd.

M.L. Bartelink

Huisarts-patiëntgesprekken

Joosten AR. Psychosociale verklaringen voor klachten in huisarts-patiëntgesprekken. Een gespreksanalytische studie [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1997.

Promotie: 13 maart 1997.

Promotores: prof.dr. C.J.M. van der Geest, prof.dr. B. Meyboom-de Jong.

Bespreking: dr. I.M. Okkes, taalkundige te Amsterdam.

Hoe worden tijdens huisartsconsulten lichamelijke klachten in verband gebracht worden met psychosociale aspecten? Bij acht huisartsen werden 279 consulten op video opgenomen, en werden de betreffende patiënten geïnterviewd. Daarna werden 24 consulten geselecteerd: de eerste drie per arts waarin volgens de onderzoeker door huisarts of patiënt aan een lichamelijke klacht psychosociale aspecten gekoppeld werden. Van deze consulten werd de videoband getranscribeerd en geanalyseerd: hoe verliep het initiatief tot de bespreking van psychosociale aspecten en wat waren de gevolgen? Opmerkelijk genoeg bleek in 7 van de 24 'cases' waarin psychosociale aspecten bespro-

ken zouden zijn, dat de patiënt van mening was dat daarover niet was gesproken; in al die gevallen zou volgens Joosten de huisarts het initiatief genomen hebben.

Hoe nemen patiënten het initiatief tot de bespreking van psychosociale aspecten? In het algemeen geven ze eerst een 'globale rapportage', waarna een meer 'specificerende rapportage' volgt, die soms (expliciete of impliciete) psychosociale verklaringen bevat. *Expliciete* psychosociale verklaringen biedt de patiënt overwegend met tentatieve elementen aan (ik denk...). Volgens Joosten beschouwen ze dit als een 'delicate handeling' die de indruk zouden kunnen wekken dat ze zich op het terrein van de dokter begeven. Patiënten stellen zich dus op als leek vs. professional; de huisarts reageert conform, als professional die hierover een oordeel moet vellen. Soms noemen patiënten een psychosociale verklaring om die vervolgens weer te verwerpen; daarop volgt altijd een somatische karakterisering van de klacht door de huisarts. *Impliciete* psychosociale verklaringen vormen 'potentieel verklaringsmateriaal' dat de huisarts tot een psychosociale verklaring kan transformeren; ook met dit type verklaringen wordt door beide partijen steeds 'delicaat' omgegaan.

Bij het initiatief van de huisarts onderscheidt Joosten 'oorzaakzoekende vragen' ('heb je een idee hoe dat komt?') en 'oorzaakverifiërende vragen' ('denkt u dat het ook met ... te maken heeft?'). Oorzaakverifiërende vragen blijken effectiever bij het gezamenlijk komen tot een psychosociale verklaring. Op oorzaakzoekende vragen blijven patiënten het antwoord ofwel schuldig, of ze formuleren een antwoord in de vorm van een lekenopinie: 'ik dacht zelf eigenlijk...'. Zeggen ze het niet te weten, dan schakelt de huisarts vervolgens vaak over op een 'domeincheckliststrategie' (een reeks vragen als 'is er iets op het werk?', ... 'met je partner?'); dat laatste lijkt minder effectief, en ook tot geringere tevredenheid te leiden.

Waar toe leidt de bespreking van psychosociale aspecten? Als de patiënt zelf expliciet een psychosociale relatie legt, neemt de huisarts deze in principe over. Volgens Joosten komt het maar sporadisch voor dat de huisarts de 'verklaringspotentie' van de impliciete psychosociale achtergronden uit de rapportages van patiënten onderkent en gebruikt. Wanneer de huisarts zelf van aan een psychosociale oorzaak denkt, maar de patiënt niet, dan 'geeft de huisarts toe aan de somatische interpretatie van de klacht'.

Bespreking

Dit onderzoek behandelt een interessante en actuele kwestie¹ en is ingenieus opgezet. Bij

eerste lezing sprak deze dissertatie me dan ook zeer aan; helaas echter kan ik er na precieze lezing niet anders dan tamelijk kritisch over oordelen. Dat komt vooral door een tekort aan huisartsgeneeskundige achtergrond, en een ronduit slordige behandeling van de literatuur. De eerste drie hoofdstukken geven een goed beeld van Joostens worsteling met de literatuur, die in feite uitsluitend verwarring toevoegt aan eerdere overzichten,^{2,3} en die ook relatief weinig literatuur uit de laatste jaren bevat. Exemplarisch hiervoor is de paragraaf 'Psychosociale problematiek: naar een definitie' (3.2.2), die begint met de vaststelling dat er allerlei definities bestaan, en dat ook gesproken wordt van 'somatisering', 'functionele klachten', 'probleemgedrag', 'psychosomatiek' en 'vage klachten'. Joosten kondigt dan aan enige helderheid in de verwarring te gaan scheppen – wat helaas niet lukt in de summierende bespreking van tien bronnen. Hij lijkt niet op het idee te komen eens een classificatie of een leerboek te raadplegen.

Uiteindelijk definieert hij psychosociale aspecten als 'alle aspecten met betrekking tot een klacht die niet lichamelijk zijn, in die zin dat de aspecten betrekking hebben op de leefwereld of biografie van de patiënt'. Een weinig gelukkige definitie: alsof lichamelijke klachten niet tot iemands biografie en leefwereld zouden behoren. In één moeite door besluit hij dat er eigenlijk geen psychosociale klachten bestaan, maar slechts psychosociale aspecten aan klachten. Dat is een misverstand: natuurlijk bestaan er 'psychosociale problemen' – en de auteur weet het zelf ook wel, want *passim* staat in het boek dat 'ongeveer een vijfde van het klachtenaanbod in de huisartspraktijk uit psychosociale problemen bestaat'. Dat cijfer is aanvechtbaar, maar in elk geval zou raadpleging van een willekeurige huisartsgeneeskundige registratie hem geleerd hebben dat er écht mensen zijn die naar het spreekuur komen voor de bespreking van psychosociale problemen als opvoedingsperikelen of problemen met een zieke partner; evenmin is staande te houden dat zulke problemen altijd als lichamelijk lijden worden gepresenteerd.

Een ander voorbeeld van een weinig huisartsgeneeskundig perspectief vormt Joostens idee dat het voorschrijven van tabletten bewijst dat de huisarts vindt dat het lijden lichamelijk is (p. 114).

Steeds opnieuw stuitte ik bij lezing op omissies, en op net-niet-juiste of foute literatuurverwijzingen. In Nederland zou geen compliantie-onderzoek hebben plaatsgevonden (p. 11; niet waar⁴); ik zou in mijn dissertatie tot de conclu-

sie zijn gekomen (p. 11) 'hoe langer een consult, hoe ontevredener de patiënt' (niet waar: dat was de onderzoeksbevinding, maar juist geen conclusie). Hij citeert *Lamberts* over contactredenen, en stelt op basis van de verdeling naar ICPC-componenten vast dat de meeste patiënten komen met een lichamelijk ongemak. Afgezien van de beschikbaarheid van recentere gegevens: deze gegevens staan die conclusie niet toe. Op p. 23 vergelijkt hij de visies uit twee proefschriften op 'eerste consulten', en citeert een passage waaruit glashelder blijkt dat het daar niet over eerste consulten in een episode, maar over eerste consulten met nieuwe patiënten gaat. Op p. 25 gaat hij 'in discussie' met een passage uit een dissertatie ('ik ben echter van mening...'), waarbij het discussiepunt onduidelijk, en in elk geval zonder consequenties blijft. Een passage uit een andere dissertatie wordt een aantal malen 'geciteerd', waarbij de inhoud van het 'citaat' steeds net iets anders luidt (pp. 15, 193, en wellicht ook 229). Na bespreking van door Rehbein onderscheiden 'typen klachtpresentaties' zegt Joosten binnen één alinea (p. 65) eerst dat die indeling niet 'echt zinvol' lijkt, en kondigt dan aan '...fragmenten te gaan bekijken aan de hand van de door Rehbein onderscheiden handelingstypen' – en de lezer blijft verbluft achter: hoezo, als dat niet zinvol lijkt?

Hoewel Joosten niet de klassieke conversatieanalyse bedrijft, volgt de presentatie wel de regels van die discipline. Dat leidt er in de eerste plaats toe dat het toch al stroef geschreven boek vol staat met het – voor buitenstaanders bijna absurdistische – jargon van de gespreksanalyse. Verder presenteert hij geselecteerde gespreksfragmenten, waardoor het moeilijk is een beeld te krijgen van wat er in het consult-als-geheel gebeurt. Steeds wil je weten wat er daar vlak voor en vlak na is gezegd: je moet maar geloven dat daar niet iets heel anders gezegd wordt dan op dit 'lokale niveau' het geval is (waarmee ik niet wil impliceren dat Joosten 'expres' dingen wegselecteert – het is alleen lastig beoordelen). Meer in het algemeen ga je als lezer snakken naar tabellen in alle gevallen waarin gezegd wordt dat patiënten 'nogal eens'..., en dat dokters 'vaak'... Hoe vaak gebeurde dat dan en hoe vaak gebeurde er juist iets heel anders; hoeveel mensen waren het eens met hun huisarts over de aard van het probleem, en hoe verhield dat zich tot hun tevredenheid? Zulke gegevens zijn – voor zover ze al te vinden zijn, verstopt in de tekst of (erger nog) in voetnoten, of worden alleen gepresenteerd voor de 24 personen van wie het hele consult is geanalyseerd.

In de *Conclusies* komt aan de orde dat huisartsen, ook als beide gespreksdeelnemers een psychosociale verklaring accepteren, toch ook aandacht voor de somatische klachten lijken te hebben, terwijl ze bovendien nooit *alleen* adviezen 'in de sfeer van de leefwereld van de patiënt' geven. Joosten lijkt daarover enigszins kritisch, of minstens verbaasd te zijn. Ook hier was hij gediend geweest met wat meer kennis omtrent de huisartsgeneeskunde: huisartsen zullen het namelijk in meerderheid wel eens zijn met die aanpak, en wat meer is: patiënten zullen het ook op prijs stellen. Pijn in je nek is pijn in je nek, en dat is vervelend – ongeacht de oorzaak. Ook al 'weten' patiënt en huisarts dat het een typische 'spanningsnek' is – waarvoor wellicht een verandering in het leefpatroon weldadig zou zijn – dan nog kan een pijnstillerg prettig zijn.

Huisartsen en patiënten bevestigen volgens Joosten nooit expliciet en volmondig een genoemde psychosociale oorzaak: elke psychosociale verklaring behoudt 'een tentatieve status'. In de toelichting hierop blijkt Joosten van mening dat dit veroorzaakt wordt doordat de gespreksdeelnemers '... de delicateit van dit gespreksonderwerp bevestigen'. Hij voegt daaraan toe: 'Het is daarom nog maar de vraag in hoeverre veranderingen in het taalgedrag met betrekking tot dit onderwerp op enigerlei wijze de delicateit rondom psychosociale oorzaken kan veranderen' (p. 228). Mij lijkt de verklaring voor de tentatieve status gewoon dat niemand bij de huidige stand van de wetenschap ooit 'echt zeker' kan zijn van psychosociale verklaringen.

De sectie 'Aanbevelingen voor nader onderzoek' bevat een indrukwekkende reeks vragen; de beantwoording ervan zou alles bij elkaar een hele klus vormen. Eén vraag schittert door afwezigheid: hoe te verklaren valt dat een kleine 30 procent van de patiënten van wie het consult was geselecteerd omdat (door de huisarts) de bespreking van psychosociale aspecten zou zijn geëntameerd, dat niet leek te hebben opgemerkt. Hoe kan dat? Wie had gelijk? Nadere analyse van zo'n onverwachte bevinding had erg voor de hand gelegen.

Ondanks alle kritiek was het lezen van dit boek een interessante exercitie; het is een origineel opgezet onderzoek over een fascinerend onderwerp, duidelijk met enthousiasme uitgevoerd. De onderzoeker – een taalkundige, destijds as-

sistent in opleiding – zou verdiend hebben dat hij voor een aantal van de hierboven geschetste problemen was behoeft.

I.M. Okkes

- 1 Grundmeijer HGLM. 'Huisarts en patiënt': back to the seventies? Huisarts Wet 1997;40:369-71.
- 2 Bensing JM. Doctor-patient communication and the quality of care. An observational study into affective and instrumental behavior in general practice [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1991.
- 3 Hofmans-Okkes IM. Op het spreekuur. Oordelen van patiënten over huisartsconsulten [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1991.
- 4 Verbeek-Heida P. De eigen wijsheid van de patiënt. Alledaagse overwegingen bij geneesmiddelengebruik [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1992.

Reactie

Mijn promotie-onderzoek speelde zich af binnen de taalwetenschap op het gebied van de gespreksanalyse, waarbij het object bestond uit huisarts-patiëntengesprekken. De centrale vraagstelling van mijn onderzoek was: op welke manier stellen huisartsen en patiënten psychosociale aspecten voor een lichamelijke klacht aan de orde? Okkes vindt mijn definitie van psychosociaal 'weinig gelukkig'.

In het onderzoek was ik op zoek naar een definitie van dit begrip die ik kon gebruiken om het onderzoeksobject af te bakenen. Natuurlijk komen er patiënten bij de huisarts met een duidelijk psychosociaal probleem waarbij zij dit ook zo presenteren. Dergelijke consulten behoorden echter niet tot het object van onderzoek. Ik was juist geïnteresseerd in consulten waarin lichamelijke klachten werden gepresenteerd waaraan psychosociale aspecten als mogelijke oorzaak werden gekoppeld. Vanwege de vaak ingewikkelde verhouding tussen somatische en psychosociale aspecten in dergelijke consulten heb ik bewust gekozen voor de term psychosociale *aspecten* in plaats van problemen of klachten.

Een bevinding uit het onderzoek was dat wanneer de patiënt een expliciete psychosociale verklaring presenteerde, deze werd bevestigd door de huisarts. Uiteindelijk werd er met deze verklaring echter weinig gedaan in termen van advies of behandeling. De huisartsen waren sterk georiënteerd op de somatische aspecten van de klacht en kwamen ook met een advies in die richting (pijnstillers). Deze bevinding verbaasde mij enigszins. Okkes stelt dat deze verbazing van mij wordt ingegeven door

een gebrek aan huisartsgeneeskundige kennis. Zij stelt 'ook al "weten" patiënt en huisarts dat het een typische "spanningsnek" is – waarvoor wellicht een verandering in het leefpatroon weldadig zou zijn – dan nog kan een pijnstillerg prettig zijn'. Natuurlijk is dit prettig, iedere patiënt wil toch zo snel mogelijk van zijn klachten af. Maar op basis van 'common sense'-kennis lijkt het mij toch zinnig wanneer klachten of problemen zoveel mogelijk bij de bron (oorzaak) worden aangepakt. In het onderzoek was symptoombestrijding, hoe effectief ook voor het wegnemen van de klacht, de gevolgde methode. Het is de vraag of een dergelijke behandeling niet één van de aspecten is die leidt tot het terugkomgedrag van patiënten.

Eén uitspraak van Okkes uit de bespreking wil ik corrigeren. Patiënten reageerden niet op oorzaakzoekende vragen ('heb je een idee hoe dat komt') met een eigen lekenopinie, zoals Okkes stelt, maar bleven altijd het antwoord schuldig. Het voorkomen van alleen deze reactievorm is interessant. Gaven patiënten daarmee aan echt niet te weten wat een mogelijke oorzaak is, of ontkenden of verdrongen zij een mogelijke (psychosociale) oorzaak? Helaas kunnen we slechts gissen naar de betekenis van deze reactie.

Ik vind het jammer dat Okkes in haar bespreking een beetje voorbij gaat aan het empirische gedeelte van het onderzoek en dat de bespreking vrijwel beperkt is tot – voor mij nog steeds onbekende – hiaten in de literatuurbespreking. Tot op heden is er nog niet onderzocht hoe er over psychosociale oorzaken van lichamelijke klachten wordt gesproken en daarin schuilt juist het belang van mijn onderzoek.

Interessant blijft de vraag die Okkes opwerpt naar aanleiding van de bevinding uit het onderzoek dat 7 van de 24 patiënten aangaven niet te hebben gesproken over psychosociale aspecten. Dit is des te opmerkelijker wanneer daarbij wordt meegenomen dat er in deze 7 consulten zelfs uitgebreide passages waren waarin de huisarts door middel van een oorzaakzoekende vraag en een domeincheckliststrategie op zoek ging naar psychosociale oorzaken. De psychosociale aspecten kwamen met andere woorden wel degelijk uitgebreid aan de orde. Wat de mogelijke verklaring voor dit resultaat is, valt echter buiten het onderzoeksgebied van een taalwetenschappelijke gespreksanalyticus.

A.R. Joosten

Vroegtijdige opsporing van kanker

European General Practice Research Workshop

De najaarsbijeenkomst van de European General Practice Research Workshop (EGPRW) werd gehouden van 16 t/m 19 oktober 1997 in Barcelona. Er waren 80 bezoekers uit 20 landen. Van de 33 presentaties hadden er 17 betrekking op het thema 'Vroegtijdige opsporing van kanker in de eerste lijn'.

Eerstelijnsgezondheidszorg in Spanje

Sinds 1978 wordt in Spanje de huisartsgeneeskunde als specialisme erkend; in dat jaar is ook de huisartsopleiding gestart. Twee van de drie opleidingsjaren brengt men door in het ziekenhuis. Aan veertien Spaanse universiteiten is de huisartsgeneeskunde vertegenwoordigd met een vakgroep. De Spaanse huisarts ziet patiënten van 14 jaar en ouder; kinderen worden door de kinderarts gezien; voor gynecologische klachten bezoekt men de gynecoloog.

De politieke verdeling van Spanje, met autonome gebieden als Catalonië (Barcelona) en Galicië (Santiago de Compostela), heeft repercussies voor de organisatie van de gezondheidszorg. De autonome gebieden beschikken, in tegenstelling tot de rest van het land, zelf over het budget en de organisatie van de gezondheidszorg. De rol van de huisarts is in deze gebieden meer ontwikkeld dan in de rest van Spanje. De huisarts is er in principe poortwachter. Elk autonoom gebied heeft zijn eigen associatie van huisartsen, een kruising tussen vakbond en kwaliteitsbewaker. Bovendien bestaat er een overkoepelende huisartsenorganisatie waar onder meer standaardontwikkeling plaatsvindt en drie huisartsgeneeskundige tijdschriften worden geredigeerd.

In de steden werken huisartsen in gezondheidscentra. Het centrum dat wij bezochten in Sant Cugat, een forensenstad buiten Barcelona, heeft de zorg voor 50.000 patiënten. In dit centrum worden per dag gemiddeld 800 patiënten geholpen door medewerkers van verschillende disciplines. Er werken veertien huisartsen, zes kinderartsen, vier huisartsen-in-opleiding en twintig paramedici en administratieve krachten (allen in loondienst). Ook een aantal specialisten houdt spreekuur in het gezondheidscentrum.

Themagebonden voordrachten

Het streven in Catalonië is om tegen het jaar 2000 een reductie van 15 procent ten opzichte van 1989 in de incidentie van kanker te bewerkstelligen. Daarbij richt men zich in het bijzonder op voorlichting over roken, uitbreiding

van de screening op borstkanker (50-64 jaar, tweejaarlijks) en het stimuleren van huisartsen om cervixuitstrijkjes te maken. Door de relatief lage incidentie van cervixcarinomen is een landelijk screeningsprogramma niet rendabel. Uit onderzoek is echter gebleken dat juist bij de groep die een hoog risico loopt – vrouwen >50 jaar met een lagere sociaal-economische status – de minste uitstrijkjes worden gemaakt. Huisartsen zullen derhalve gestimuleerd worden om aan deze groep bijzondere aandacht te besteden.

Knut Holtedahl, uit Noorwegen, benadrukte in zijn voordracht het belang van het verrichten van meer onderzoek naar (vroegtijdige opsporing van) kanker in de eerste lijn. De aandacht zou daarbij moeten uitgaan naar een verbeterde kankerregistratie en onderzoek naar de voorspellende waarde van symptomen in de eerste lijn. Holtedahl benadrukte dat de huisarts het eigen kunnen niet moet onderschatten; een grondige anamnese en een goed lichamelijk onderzoek, waarbij onderdelen als het rectaal toucher niet worden overgeslagen, zijn belangrijke hulpmiddelen bij het herkennen van kanker in een vroeg stadium. Ook moet een gelijktijdig optredende ziekte niet zonder meer worden geaccepteerd als verklaring voor de klachten, en moet een mededeling van de patiënt dat een knobbel door een letsel is veroorzaakt, met gepaste argwaan worden benaderd.

Tor Anvik illustreerde de aanbevelingen van Holtedahl aan de hand van een casus uit de dagelijkse praktijk. Een 78-jarige man die vóór zijn 50e jaar zowel een basaalcelcarcinoom als blaaskanker had gehad, bezocht Anvik met onduidelijke visusklachten. Na uitgebreide en herhaalde anamnese en onderzoek bleek patiënt een melanoom van de retina te hebben. De casus diende tevens als illustratie voor bevindingen uit de literatuur dat patiënten die vóór hun 50e jaar al kanker hebben gehad, bij onduidelijke klachten extra aandacht behoeven, omdat hun kans om een andere vorm van kanker te krijgen hoger is dan voor de algemene populatie geldt.

Leo Pas (België) presenteerde de resultaten van een onderzoek in Frankrijk, België, Spanje, Portugal en Italië naar het taakprofiel van huisartsen ten aanzien van screening op cervix- en borstkanker en preventieprogramma's over roken en alcohol. Opvallend was de bevinding dat de interdoktervariatie binnen één land groter was dan de variatie tussen dokters uit verschillende landen. Voorts blijken de huisartsen die in hun praktijk veel extra taken op zich nemen, niet minder aan preventie te doen dan hun collega's die minder taken hebben. 'Geen tijd' lijkt ook hier 'geen prioriteit' te betekenen.

Vrije voordrachten

Een rijke bron aan gegevens wordt geleverd door het Sentinel Practice Network van het Britse huisartsengenootschap. In dit registratiesysteem, dat een populatie van 680.000 mensen dekt, worden alle episoden geregistreerd. *Douglas Fleming* presenteerde de cijfers over astma-exacerbaties in de afgelopen jaren. Tot 1993 was er een stijging, waarna er voor alle leeftijdsgroepen een significante daling inzette. Om te controleren voor een verschuiving in de registratie ten gunste van acute bronchitis (registratiebias) werden de gegevens hiermee vergeleken. Acute bronchitis bleek geen compensatoire stijging te vertonen; in een aantal leeftijdsgroepen trad zelfs een daling op.

Op zoek naar verklaringen postuleerde Fleming dat de toegenomen aandacht voor astma de daling in de incidentie van astma-exacerbaties waarschijnlijk geen rol speelt. Er werd in Engeland namelijk in eerste instantie de nadruk gelegd op de zorg voor astma bij kinderen, pas later gevolgd door extra zorg voor volwassenen; de feitelijke daling zette echter tegelijkertijd in voor beide leeftijdsgroepen. Ook veranderingen in luchtvervuiling lijken geen rol te spelen; dit zou seizoensverschillen tweebrengen, die niet werden aangetroffen in de gegevens. Het onderzoek illustreert fraai hoe nauwkeurige registratie van ziekte-episoden niet alleen kan bijdragen tot het vroegtijdig ontdekken van veranderingen in morbiditeitspatronen maar ook nuttig is bij het zoeken naar mogelijke verklaringen hiervoor.

Verder nieuws

Binnenkort zal prof. Paul Wallace (Groot-Brittannië) vertrekken als voorzitter. Door de nationale vertegenwoordigers is dr. Jan-Joost Rethans, huisarts en senior-onderzoeker aan de Maastrichtse vakgroep Huisartsgeneeskunde, aangewezen als zijn opvolger.

De najaarsbijeenkomst van de EGPRW heeft als thema 'Research on infectious diseases in general practice'. De bijeenkomst zal worden gehouden van 22 tot 25 oktober 1998, op Kreta.

Voor nadere informatie over de EGPRW en/of een 'call for abstracts' voor de volgende bijeenkomst kan men zich wenden tot: Hanny Prick (secretariaat EGPRW, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Universiteit Maastricht; tel. 043 3882319) of ondergetekende (tel. 030 2516313).

Saskia Mol
EGPRW-vertegenwoordiger voor Nederland

Jaarverslag redactiecommissie 1997

In 1997 hebben enkele onderdelen van het redactiebeleid bijzondere aandacht gekregen.

Werving manuscripten

De inhoud van *Huisarts en Wetenschap* wordt grotendeels bepaald door het spontane aanbod van manuscripten. Zoals uit de tabel blijkt, loopt het aantal gepubliceerde verslagen van oorspronkelijk onderzoek al jaren gestaag terug. Verslagen van Nederlands huisartsgeneeskundig onderzoek worden sinds het midden van de jaren tachtig in toenemende mate gepubliceerd in Engelstalige tijdschriften. Voor *Huisarts en Wetenschap* als wetenschappelijk tijdschrift is dit een verontrustende ontwikkeling.

De redactiecommissie en het bestuur van het NHG – daarin gesteund door de resultaten van een lezersonderzoek uit 1990 – onderschrijven echter het standpunt dat *Huisarts en Wetenschap* zich primair moet blijven richten op rapportages van en over wetenschappelijk onderzoek. De redactiecommissie is daarom al een aantal jaren actief bezig met het werven van dubbelpublicaties en artikelen op basis van dis-

sertaties die relevant zijn voor huisartsen. Op beide wijzen kunnen lezers alsnog direct kennisnemen van Nederlandse onderzoeksresultaten. De rubrieken Forum en Referaten vervullen in deze overigens ook een functie.

Het selecteren, werven en bewerken van dubbelpublicaties en artikelen op basis van dissertaties blijkt geen sinecure. Nogal wat auteurs deinzen -direct of later - terug voor de extra taak die van hen wordt gevraagd, ondanks de bescheiden auteurshonoraria of onkostenvergoedingen die in het vooruitzicht worden gesteld. Met begrip voor de mogelijkheden van de betrokken auteurs heeft de redactiecommissie hen in 1997 met gepaste hardnekkigheid gewezen op hun verantwoordelijkheid ten opzichte van Nederlandse huisartsen. Het rendement van deze inspanningen is betrekkelijk laag, maar niet ongunstig.

Een ander onderdeel van het wervingsbeleid krijgt vorm in de voorbereiding van themanummers en feuilletons. De werving van artikelen aangaande drie aandachtsgebieden – psychosociale problemen bij kinderen, spoedeisende problemen en adviezen bij alledaagse klachten – is tot dusver ten aanzien van ongeveer de helft van de beoogde manuscripten succesvol verlopen. Een themanummer over so-

ciale verschillen en huisartsgeneeskundige zorg is inmiddels verschenen (april 1998).

Status van het tijdschrift

De waardering die *Huisarts en Wetenschap*, gezien de oplage en het leesbereik, geniet bij de lezers laat onverlet dat onderzoekers zich veelal gedwongen zien voorrang te verlenen aan het publiceren in Engelstalige tijdschriften. Dit heeft - onder meer - te maken met de geringe waardering die aan Nederlandstalige publicaties wordt toegekend in de medische faculteiten en de organen waarin over subsidies en carrières wordt beslist. Deze kwestie heeft de voortdurende aandacht van de redactiecommissie. In 1997 zijn ter zake drie punten naar voren gekomen:

- De derde poging om *Huisarts en Wetenschap* geïndexeerd te krijgen in Index Medicus en Medline bleek door nieuwe regels doorgeschoven te moeten worden naar 1998.
- Samenspraak met de hoofdredacteurs van het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* en het *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* heeft geleid tot de Tijdschriftenconferentie 'Het belang van publiceren in Nederlandse wetenschappelijke tijdschriften die een extern beoordelingssysteem kennen'. Tijdens de conferentie is door de meeste aanwezigen onderschreven dat aan Nederlandstalige artikelen een aparte waardering moet worden toegekend, additioneel aan de beoordeling van auteurs op basis van hun publicaties in tijdschriften met een zogenaamde impactfactor.
- Nederlandstalige auteurs kunnen - indien zij dat wensen - oorspronkelijke onderzoeksverslagen in *Huisarts en Wetenschap* in het Engels publiceren. Deze uitzondering geldt niet voor dubbelpublicaties en beschouwingen.

Beoordelingsprocedure

Ingezonden manuscripten worden door de gehele redactiecommissie beoordeeld, veelal mede aan de hand van het commentaar van een externe adviseur. Deze consensusprocedure kon tijdens het derde internationale congres over 'peer review' (opnieuw) worden vergeleken met de voors en tegens van andere redactionele beoordelingssystemen. Gezien de positie en functie van *Huisarts en Wetenschap* blijft de redactiecommissie voorstander van haar eigen procedure.

In tegenstelling tot ontwikkelingen bij enkele (grote) medische tijdschriften wil de redac-

Huisarts en Wetenschap in cijfers

Manuscripten	1987*	1993	1994	1995	1996	1997
Beoordeeld	108	148	125†	120	133	120
(waarvan dubbelpublicatie)					(6)	(6)
Direct geaccepteerd voor redactionele bewerking	10	6	3	–	1	4
Wijziging/aanpassing door de auteurs gevraagd	57	77	74	84	77	80
Afgewezen voor publicatie	41	65	48	36	55	36
Percentage afgewezen manuscripten	38	44	38	30	41	30

De gepubliceerde artikelen naar rubriek

Soort artikel	1987*	1993	1994	1995	1996	1997
Onderzoek	41	46	43	35	31	26
Methodologie	6	–	1	4	–	–
Literatuur	7	6	14	7	7	9
Casuïstiek	4	3	0†	2	4	8
Beschouwing	34	26	17	25	23	28
Bespreking	14	12	17	24	16	24
Commentaar (inclusief redactioneel)	8	9	16	10	4	13
Ingezonden	20	37	39	23	25	23
Boekbesprekingen (geïndexeerde)	18	30	36	25	35	30
Totaal	151	169	183	155	145	161
(waarvan dubbelpublicatie)					(2)	(1)

* Eerste registratiejaar. † Exclusief 14 korte gevalbeschrijvingen.

tiecommissie de externe beoordelaars anoniem houden voor de auteurs. Een belangrijk argument hiervoor is de beperkte omvang van de academische gemeenschap binnen de Nederlandse huisartsgeneeskunde. Als nieuw element zal in voorkomende gevallen tevens de beoordeling van een statistisch deskundige worden gevraagd.

De terugkoppeling die de redactiecommissie van auteurs en lezers ontvangt, is (helaas) vrij beperkt. Als nieuw onderdeel van zelftoetsing besteedt de redactiecommissie meer gestructureerde aandacht aan haar kernactiviteit: de beslissing over de (uiteindelijke) publicatie van manuscripten. Bij de maandelijkse evaluatie van gepubliceerde artikelen zijn in 1997 ten aanzien van de publicatie van twee artikelen achteraf twijfels gerezen en is één artikel achteraf als nodeloos lang beoordeeld.

Presentatie

De leesbaarheid van *Huisarts en Wetenschap* heeft voortdurend de aandacht van de redactiecommissie. In de loop der jaren zijn steeds kleinere of grotere aanpassingen doorgevoerd. In 1997 is een start gemaakt met de nieuwe rubriek 'Journaal'. De rubriek richt zich via een journalistieke aanpak op wetenschappelijke of vak-inhoudelijke berichtgeving en opinie op het terrein van de huisartsgeneeskunde.

Met betrekking tot de presentatie van *Huisarts en Wetenschap* zijn de volgende besluiten van belang:

- de redactiecommissie is akkoord gegaan met een nieuw omslagontwerp;
- met name bij onderzoeksverslagen zullen 'gestructureerde' samenvattingen en abstracts worden geplaatst;
- de redactiecommissie ziet af van het vermelden van 'kernboodschappen' en/of 'leeswijzers' bij artikelen; de verwachting is dat de gestructureerde samenvattingen deze functies in voldoende mate zullen vervullen.
- er zal worden gestreefd naar een minder dominant gebruik van de mannelijke vorm, zonder te vervallen in oplossingen als hij/zij en zijn/haar;
- in overleg met de afdeling Standaardenontwikkeling van het NHG zal worden gestreefd naar een kortere presentatie van de noten bij de standaarden, die overigens nog steeds als waardevol en integraal onderdeel daarvan worden beschouwd;
- er zal een limiet worden gesteld aan het aantal pagina's bestemd voor de publicatie van NHG-standaarden, en in beginsel zal niet meer dan één standaard per nummer worden gepubliceerd.

Samenstelling redactiecommissie

Dr. J.W.M. Muris is eind 1997 op reglementaire gronden uit de commissie getreden.

In december 1997 zijn mevrouw M.Y. Berger en de heer P.L.B.J. Lucassen benoemd tot lid van de commissie, terwijl dr. F.J. Meijman is herbenoemd tot voorzitter.

dr. Frans J. Meijman,
voorzitter redactiecommissie

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. Voor dit register is een personal computer vereist, in combinatie met het *indexprogramma* van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 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.

Mededelingen voor de Agenda in de nummers 9 (augustus) moeten op uiterlijk 16 juli in het bezit zijn van het redactiesecretariaat.

Communication in health care 10-12 juni.

Inlichtingen: dr. P.F.M. Verhaak, Nivel, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht; tel. (030) 272.9700, fax (030) 272.9729; e-mail p.verhaak@nivel.nl.

Philosophy of and philosophy in health care education

Marburg, Duitsland, 20-22 augustus.

12e Jaarlijkse conferentie van de European Society for Philosophy of Medicine and Health Care.

Inlichtingen: prof.dr. H. ten Have, Vakgroep Ethiek, Filosofie en Geschiedenis van de Geneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen; fax (024) 354.0254.

16e Referatendag van de Vlaamse Huisartsenresearch

Gent, 19 september.

Inlichtingen: Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen, tel. 0032-3 2811616, fax 0032 3 2185184.

50th Annual American Academy of Family Physicians Scientific Assembly

San Francisco, 16-20 september

Inlichtingen: Karen M. DiVita, tel. 001.800.2742237, tst. 5207; e-mail kdivita@aafp.org.

Anticonceptie in Nederland anno 1998

Ede, 24 september.

Symposium Stichting Anticonceptie Nederland, tel. 0543-530927; fax 0543-532186; e-mail stanned@knmg.nl.

Systematic reviews: evidence for action Baltimore, MD, USA, 22-26 oktober.

6th International Cochrane Colloquium. Inlichtingen: Courtesy Associates, Washington DC, VS; tel. 001-202.973.8685; fax 001-202.331.0111; e-mail kgillesp@CourtesyAssoc.com; website <http://www.cochrane.org>.

Research on infectious diseases in general practice

Kreta, 22-25 oktober.

Voorjaarsbijeenkomst EGPRW.

Inlichtingen: Hanny Prick, tel. 043 3882319, of Saskia Mol, tel. 030 2516313.

Psychosociale factoren en ziekteprogressie bij kanker en aids

Rotterdam, 23 oktober

Symposium Helen Dowling Instituut voor Biopsychosociale Geneeskunde. Inlichtingen bij het secretariaat; tel. 010 2411010, fax 010 2411000; e-mail hdi@hdi.nl.

Kiezen en delen?! Differentiatie en specialisatie in de huisartsgeneespraktijk

Maastricht, MECC, 27 november.

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

■ betekent: eerste vermelding.