

Een epidemioloog schrijft voor?

Hooggeleerde Grobbee,

In uw voordracht op het NHG-congres over preventie van hart- en vaatziekten bij ouderen liet u ons aan de hand van een aantal fraaie dia's zien hoe wij als huisartsen zouden moeten handelen. Hypertensie opsporen en behandelen, liefst met dieet. Een te hoog cholesterol attaqueren. En aspirine voorschrijven. De onderzoeksresultaten presenteerde u zodanig, dat er geen twijfel mogelijk leek. Ook in de discussie werden de zekerheden met betrekking tot het nut van behandelen op geen enkele manier gerespecteerd.

Zelf waren wij echter helemaal niet overtuigd van uw boodschap en wij vroegen ons af waar onze weerstand tegen uw betoog vandaan kwam. Daarom hebben wij uw woorden nog eens de revue laten passeren en hebben wij een aantal vragen geformuleerd.

- Een van de deelnemers aan de discussie bracht naar voren dat het verlagen van de systolische bloeddruk naar zijn weten niet resulteert in een significante daling van het aantal hartinfarcten. Klopt het dat uw antwoord daarop luidde dat significanties van minder belang zijn, wanneer de effecten zo duidelijk blijken uit de in uw presentatie getoonde grafieken? Natuurlijk, er zijn ook andere criteria voor klinische relevantie, maar dat betekent niet dat de significantie geheel buiten beschouwing kan worden gelaten in discussies over de omvang van effecten van ons handelen. Dus stellen wij de vraag nogmaals: zijn de door u getoonde resultaten significant?

- U zei ook iets over de preventieparadox: al die opsporing en behandeling is voor de bevolking als geheel van belang, maar het individuele nut is gering. Dan is onze tweede vraag: hoe moeten wij onze patiënten, die wellicht geen behandeling willen, motiveren om iets te doen wat voor henzelf weinig voordeel oplevert? Wij weten niet goed in welke mate deze individuele weigeraars – die misschien wel de meeste gezondheidsrisico's lopen – de gezondheidswinst van de bevolking als geheel beïnvloeden. Bij het bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom bijvoorbeeld speelt de non-repons een cruciale rol bij de te verwachten gezondheidsopbrengst.

- Een derde vraag: u toonde zich een voorstander van aspirinegebruik voor alle ouderen, en wel op basis van een onderzoek onder Amerikaanse, mannelijke artsen. In de wereld van het geneesmiddelenonderzoek is op dit moment een discussie gaande of resultaten van veel trials niet een sterk vertekend beeld geven, doordat de onderzoekspopulaties afwijken van de

populaties waarin het onderzochte middel gebruikt zal gaan worden. Denkt u dat resultaten van onderzoek onder – waarschijnlijk gezonde – Amerikaanse, mannelijke artsen zonder meer te generaliseren zijn naar een Nederlandse populatie van ouderen die voor het grootste deel uit vrouwen zal bestaan?

- Dit brengt ons tot een laatste opmerking. U liet zien dat gezondheidswinst valt te verwachten van het opsporen van hypertensie en te hoog cholesterolgehalte, en van het voorschrijven van aspirine. Dat is ongetwijfeld onder bepaalde omstandigheden het geval. Maar op de mogelijke kosten van opsporingsprogramma's bent u niet ingegaan. De inspanning die nodig is om mensen, zeker mensen zonder klachten, te motiveren tot langdurige behandeling kwam in uw overweging niet voor. Het effect die uw voorstelling van zaken kan hebben op verwachtingen van geneeskundige behandeling, heeft u niet genoemd.

Wij verbazen ons steeds weer hoe veranderlijk en onberekenbaar de werkelijkheid is: elke vijf jaar blijken alle richtlijnen weer bijgesteld te moeten worden. Vandaar het volgens ons nog steeds niet verouderde adagium *in dubio abstine*. Dat geldt in geval van ernstige ziekte, maar nog veel meer bij preventief ingrijpen. De discussie in ons vak, dat een praktisch vak is, gaat steeds weer over de reikwijdte en de grenzen van onze uitspraken. U deed alsof uw resultaten onbeperkte geldigheid hebben.

Toen we zover gevorderd waren met ons gesprek, hebben wij ons afgevraagd: wat is nu de 'echte' vraag achter onze vragen? Die luidt als volgt. Bent u niet met ons van mening dat een man van wetenschap zijn onderzoeksresultaten met bescheidenheid en met oog voor hun betrekkelijkheid moet presenteren? En dat hij mensen uit de praktijk de ruimte moet laten om die resultaten te beoordelen op hun merites in de dagelijkse praktijk?

Toine Lagro-Janssen,
Ger van der Werf,
beiden huisarts

Naschrift

Ergens tijdens mijn voordracht op het NHG-congres is het fout gegaan. De opdracht die ik had gekregen om de perspectieven voor cardiovasculaire preventie bij ouderen te schetsen was omvangrijk, maar ik heb haar met graagte aanvaard. Er heerst te veel defaitisme over de mogelijkheden om de gevolgen van atherosclerotisch hart- en vaatlijden op hogere leeftijd te voorkomen. Preventie is moeilijk, vraagt kennis, organisatie en inzet. De taak van de huis-

arts is uitdagend maar ook gecompliceerd. Die taak dient onderkend te worden en de huisarts dient daarbij gesteund te worden.

Het is belangrijk de verschillende fasen in de ontwikkeling van atherosclerose en de diverse uitingsvormen haar te onderscheiden.¹ Het begint met de vaatwandafwijkingen zelf. Dat bloeddrukverlaging deze tegengaat, is naar mijn mening inderdaad duidelijk. Dit leidt niet alleen tot een reductie van CVA's, maar ook van coronaire hartziekte.

Ik reageerde in de discussie op een veel gehoorde opmerking dat dit effect op coronaire hartziekte niet significant zou zijn. Die opmerking stoelt op oude gegevens. Overigens vind ik 'significantie' inderdaad een overgewaardeerd begrip, dat maar beperkt bruikbaar is om de kennis verder te helpen. Een recente, nog niet gepubliceerde analyse van de hypertensietrials laat een gemiddelde reductie in coronaire hartziekte zien van 16 procent (95%-betrouwbaarheidsinterval 9-22 procent; $p < 0,01$).

Een dergelijk effect betekent overigens niet dat dan ook iedere oudere patiënt met hypertensie behandeld moet worden. Ik wees in mijn voordracht op het belang van risicoprofilering, op de noodzaak om patiënten met een hoog absoluut risico met voorrang te behandelen.² Dit is meer (kosten)effectief, maar geeft ook meer motivatie voor dokter en patiënt.

Dat motivatie van de patiënt en therapietrouw belangrijk zijn, zal ik niet ontkennen. In dat verband liet ik de resultaten zien van een trial onder ouderen met een kaliumverrijkt zout, dat bloeddrukverlagend werkt en goed gewaardeerd wordt.³ Een zoutbeperking zonder dieetaanpassingen.

Over cholesterolverlaging bij ouderen heb ik mij niet uitgelaten. Wel een belangrijk element in mijn voordracht was de constatering dat bij atherosclerose, zoals aanwezig bij de meeste ouderen, het doel vooral moet zijn het voorkómen van verdere verergering en symptomen. Het is plausibel dat dit kan worden bereikt door beïnvloeding van de stolling. Resultaten van een onderzoek onder Amerikaanse dokters van middelbare leeftijd gaven steun aan die veronderstelling. Mijn doel was vooral te wijzen op 'nieuwe' risicofactoren, waar wat aan te doen is.

Na het congres verscheen in de *Lancet* een artikel van Engelse huisartsen waaruit bleek dat aspirine en warfarine het optreden van myocardininfarcten aanzienlijk reduceren bij mannen met een hoog risico van 45-70 jaar – beide middelen apart, en sterker in combinatie.⁴ Ik denk niet dat aspirine nu in het drinkwater kan, maar de bevindingen wijzen op preventieve mogelijkheden bij atherosclerose in

een laat stadium, op een wijze die goedkoop is en gemiddeld wordt goed verdragen.

Het is niet mijn bedoeling om overmatig optimisme uit te dragen over het potentieel van cardiovasculaire risicopreventie. Maar ook voor scepsis dienen argumenten te zijn. Wanneer oudere personen met hypertensie bloeddrukverlaging wordt onthouden, lopen zij het risico op bijvoorbeeld een CVA met ernstige gevolgen voor de kwaliteit van leven in de laatste levensfase.⁵ Het behandelen van ongeveer 100 60-plussers met een bloeddrukverlager gedurende een jaar voorkomt één geval van hart- en vaatziekten. In een vak dat zo praktisch is als het uwe lijkt me dit een concreet winstperspectief. Dat die behandeling moeite en zorg kost, staat niet ter discussie. Dat praktisch handelen dient te wortelen in wetenschappelijke observatie evenmin. Twijfel is goed, maar soms levert handelen de patiënt meer op.

Waar de grens ligt, daar zullen we het over moeten hebben. Daar moet alle ruimte voor zijn. Zoals op het NHG-congres. Ergens ging het fout in de communicatie, want ik heb u toen niet gehoord. Daarom maar in deze kolommen, want ook deze discussie kan beter laat dan nooit worden gevoerd. Hoewel, in cardiovasculaire preventie geldt voor de patiënt vooral 'beter nooit te laat'.

D.E. Grobbee
hoogleraar klinische epidemiologie

- Grobbee DE. Future perspectives in atherosclerosis research: An epidemiological view. In: Koenig W, Hombach V, Bond MG, Kramsch DM, editors. Progression and regression of atherosclerosis. Vienna: Blackwell Scientific Publications, 1995. p. 478-82.
- Hoes AW, Grobbee DE, Lubsen J. Does drug treatment improve survival? Reconciling the trials in mild-to-moderate hypertension. *J Hypertens* 1995;13:805-11.
- Geleijnse JM, Witteman JCM, Bak AAA, et al. Reduction in blood pressure with a low sodium, high potassium, high magnesium salt in older subjects with mild to moderate hypertension. *BMJ* 1994;309:436-40.
- The Medical Research Council General Practice Research Framework. Thrombosis prevention trial: Randomised trial of low-intensity oral anticoagulation with warfarin and low-dose aspirin in the primary prevention of ischaemic heart disease in men at increased risk. *Lancet* 1998;351:233-41.
- Grobbee DE, Bots ML. Longevity and quality of life. *J Drug Res* 1989;14:221-4.

NOTA BENE

De tijd dat een huisarts als solist opereerde is wat mij betreft voorbij.

Huisarts Siem Buijs in *Innovator* 1997;5(4):10.

Gewenste bijwerking diabetestherapie

Van der Pijl JW, Van der Woude FJ, Swart W, et al. Effect of danaparoid sodium on hard exudates in diabetic retinopathy. *Lancet* 1997;350:1743-45.

Tijdens een cross-over placebogecontroleerde studie behandelde men type-I-diabeten met natrium-danaparoid, een heparinoid, om het effect op albuminurie te bestuderen. Alle patiënten hadden een aangetoonde macro-albuminurie. De hypothese was dat zowel bij nefropathie als bij retinopathie sprake is van een toename van de vasculaire permeabiliteit. De aangetoonde reductie van zowel micro- als macro-albuminurie deed de onderzoekers besluiten ook de fundusfoto's die voorafgaand en aan het eind van de studie waren gemaakt, te laten beoordelen door een onafhankelijke beoordelaar.

In totaal deden negen patiënten mee aan de studie. Op geen van de 18 foto's van de ogen van de patiënten werd tijdens de studie een toename van het aantal harde exsudaten gevonden. Op acht foto's was er geen verschil, terwijl er op tien foto's een afname van het aantal harde exsudaten werd gevonden. Er was geen verschil tussen patiënten die in het verleden wel of niet met fotocoagulatie waren behandeld.

De auteurs stellen dat deze ongecontroleerde observatie niet in overeenstemming is met de literatuur dat harde exsudaten stabiel blijven of verergeren en in een enkel geval spontaan verbeteren. Zij pleiten ervoor om in een prospectieve studie de waarde van deze therapie, die voor albuminurie effectief is, nader te analyseren.

Joost den Otter

Niet-sederend, wel gevaarlijk?

Lindquist M, Edwards IR. Risks of non-sedating antihistamines [Letter]. *Lancet* 1997;349:1322.

Clark S. Dangers of non-sedating antihistamines. *Lancet* 1997;349:1268.

In Frankrijk is terfenadine recent van de markt gehaald in verband met een verhoogd risico op cardiale problemen, terwijl in de Verenigde Staten dezelfde stap wordt overwogen. Dit was aanleiding om de groep niet-sederende antihistaminica (acrivastine, astemizol, cetirizine, loratidine en terfenadine) onder de loep te nemen. De spontaan gemelde bijwerkingen van deze middelen werden onderzocht, waarbij gebruik werd gemaakt van de bijwerkingendatabank van de WHO en IMS-verkoopgegevens uitgedrukt in verkochte kilogrammen.

Uit 17 landen werden 9976 formulieren over bijwerkingen ontvangen. De cijfers werden weergegeven als aantal bijwerkingen per mil-

joen defined daily doses (DDD). De DDD voor astemizol, cetirizine, loratidine is 10 mg, voor acrivastine 24 mg en voor terfenadine 120 mg. Er werden twee perioden onderscheiden: de tijd vóór en de tijd na de eerste publicaties over mogelijke cardiale ritmestoornissen ten gevolge van terfenadine (1986-1991 en 1992-1996).

Het totaal aantal gemelde bijwerkingen was voor alle vijf medicamenten laag (<0,25 per miljoen DDDs). Voor terfenadine werden 185 frequentie- en ritmestoornissen gemeld over de eerste periode en 679 over de tweede. Het aantal plotselinge doden, inclusief door cardiale oorzaak, bedroeg respectievelijk 29 en 69. Voor loratidine en astemizol werden over de gehele onderzoeksperiode rond de 250 frequentie- en ritmestoornissen gemeld; voor acrivastine en cetirizine waren dat er circa 10. Het aantal plotselinge doden bedroeg voor acrivastine 0, voor astemizol 8, voor cetirizine 2 en voor loratidine 13.

Op basis van de gepresenteerde gegevens kan geen definitief antwoord worden gegeven. Wel is duidelijk dat sommige alternatieven mogelijk dezelfde problemen geven.

In het commentaar wordt het advies om terfenadine weer uitsluitend op recept te verstrekken, onderschreven, te meer omdat ondanks gerichte waarschuwingen het aantal serieuze en fatale cardiale aritmieën in het Verenigd Koninkrijk niet afnam. Artsen in het Verenigd Koninkrijk wordt geadviseerd terfenadine niet voor te schrijven aan patiënten met een bekende lever- of hartaandoeningen. Verder dient men zich aan de aanbevolen dosering van 120 mg te houden en mag het middel niet met grapefruitsap worden ingenomen. Als alternatieven voor terfenadine worden astemizol, cetirizine en loratidine genoemd.

Joost den Otter

Pre-operatieve radiotherapie

Improved survival with preoperative radiotherapy in resectable rectum cancer. Swedish rectal cancer trial. *N Engl J Med* 1997;336:980-7.

Om na te gaan of het zinvol is patiënten met een reseceerbaar rectumcarcinoom pre-operatief te bestralen, werd de helft van 1000 patiënten met een dergelijke tumor pre-operatief bestraald. Er traden bij de bestraalden niet meer operationele complicaties op dan bij de onbestraalde groep. Het aantal recidieven echter was bij de onbestraalde groep (27 procent) significant groter dan bij de bestraalde groep (11 procent). De vijfjaarsoverleving was bij de bestraalde groep 58 procent vergeleken met 48 procent in de onbestraalde groep. Aangezien uitstel van operatie voor een maligne aandoe-

ning voor een patiënt moeilijk te aanvaarden is, is het belangrijk dat de begeleidende arts uitlegt dat uitstel ter wille van een pre-operatieve bestraling de uiteindelijke uitkomst van de operatie significant verbetert.

H.G. Frenkel-Tietz

Eetgewoonten jonge vrouwen met diabetes

Rydall AC, Rodin GM, Olmsted MP, et al. Disordered eating behavior and microvascular complications in young women with insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1997;336:549-54.

Jonge vrouwen met insuline-afhankelijke diabetes mellitus hebben vaak abnormale eetgewoonten. Naast vlagen van vraatzucht en anorexia-nervosa-achtig gedrag (laxeren en zelf opwekken van braakreflexen) trachten zij ook af te vallen door de insuline weg te laten of de dosering drastisch te verminderen. Om na te gaan wat de gevolgen van dit gedrag zijn, werden 91 vrouwen tussen de 12 en 18 jaar gedurende vier jaar gevolgd. Het bleek dat ongeveer een derde van deze groep er een abnormaal eetpatroon op nahield en vooral vaak niet de voorgeschreven dosis insuline spoot. Behalve dat bij hen de diabetes ernstig onregelmatig was (aangegeven door een sterk verhoogd HbA_{1c}) bleek dat 85 procent van de adolescenten met een persisterend abnormaal eetgedrag tekenen van diabetische retinopathie vertoonde, hetgeen een teken is van microvasculaire angiopathie, terwijl maar 14 procent van de adolescenten die hun insuline niet verminderde om te vermageren, microvasculaire beschadigingen in de retina vertoonde.

H.G. Frenkel-Tietz

Rugschool

Daltroy LH, Iversen MD, Larson MG, et al. A controlled trial of an educational program to prevent low back injuries. *N Engl J Med* 1997;337:322-8.

Dit 5,5 jaar durend onderzoek vond plaats onder 4000 medewerkers uit 34 afdelingen van het Amerikaanse postbedrijf. De medewerkers van 17 afdelingen kreeg les van fysiotherapeuten in het kader van een rugschool; zij kregen informatie over zaken als anatomie, fysiologie, pijnmechanismen, omgaan met pijn, goede houding en goede tiltechnieken. Bovendien werd hun werkplek bekeken en werden er suggesties ter verbetering gedaan. Na een halfjaar en daarna jaarlijks werd een herhalingscursus gegeven. De medewerkers van de andere 17 afdelingen vormden de controlegroep. Als iemand een periode met rugpijn doormaakte, werd hij bij terugkomst op het werk at random

ingedeeld in een groep die nog rugschoolbijeenkomsten kreeg of niet.

Er deden zich 360 episoden van rugpijn voor. Hiervan werd 85 procent veroorzaakt door tillen en sjouwen; 58 procent van de mensen verzuimde hiervoor minstens één dag. Er was geen verschil in risico op rugklachten tussen de interventiegroep en de controlegroep. In de interventiegroep kwamen ook niet minder andere klachten van het bewegingsapparaat voor, was het aantal verzuimdagen niet lager en waren de kosten gerelateerd aan de rugpijn ook niet lager. Of de werknemer na een eerste episode van rugpijn nog een tweede episode doormaakte, was ook niet afhankelijk van het alsnog deelnemen aan de rugschool na de eerste episode of van het al deelgenomen hebben aan de rugschool in de periode voor de eerste klachten.

Er kon dus geen effect van de rugschool op het voorkomen van rugklachten worden aangetoond.

Germa Joppe

Slaaptekort bij truckers

Mitler MM, Miller JC, Lipsitz JJ, et al. The sleep of long-haul truck drivers. *N Engl J Med* 1997;337:755-61.

Via EEG-monitoring en video-opnamen werden 80 truckers bestudeerd om hun slaapgedrag en de invloed hiervan op hun rijgedrag na te gaan. De chauffeurs werden in vier vergelijkbare groepen van 20 man ingedeeld. De ene groep reed in de VS volgens een vast schema overdag 10 uur achter elkaar, 5 dagen lang. De tweede groep in de VS reed ook 10 uur achter elkaar, 5 dagen lang, de eerste ochtend om half 12 vertrekend, daarna iedere ochtend 2 à 3 uur vroeger. Groep 3 reed in Canada 13 uur achter elkaar, iedere avond om 11 uur startend, 4 dagen lang. De vierde groep reed ook in Canada 13 uur achter elkaar, de eerste keer startend om half 12 in de ochtend en daarna dagelijks een uur later. Ze hadden tijdens deze ritten allen meestal de mogelijkheid tot 8 uur rust.

De chauffeurs, die aangegeven hadden gemiddeld 7,1 uur slaap per nacht nodig te hebben, bleken tijdens de werkdagen gemiddeld 5,2 uur in bed te liggen en hiervan 4,8 uur te slapen. Tussen de verschillende rijschema's bleek een significant verschil te bestaan. De chauffeurs die alleen overdag reden, sliepen het langst (5,4 uur), zij die een vast nachtschema hadden het kortst (3,8 uur). Twee chauffeurs bleken slaapapneu's te hebben. Twee anderen bleken tijdens het rijden regelmatig slaapstadium 1 (de lichtste non-REM-slaap) te vertonen. Op de video-opnamen zag men in 7 procent van de gevallen een dommelende, slaperi-

ge chauffeur. Meer dan 80 procent van deze momenten deden zich voor tussen 7 uur 's avonds en 7 uur 's ochtends. Er deden zich tijdens de opnamen geen ongelukken voor.

Artsen behoren mensen te waarschuwen voor slaapdeprivatie bij werken op onregelmatige tijden en het synergistische effect ervan op de waakzaamheid van alcohol, andere sedativa en medische condities, zoals slaapapneu die een verhoogde kans om in slaap te vallen geven. *Referent* wil hierbij opmerken dat ook artsen zich bewust moeten zijn van de invloed die onregelmatige werktijden en korte nachten op hun handelen kunnen hebben.

Germa Joppe

Kanker na cryptorchisme

Swerdlow AJ, Higgins CD, Pike MC. Risk of testicular cancer in cohort of boys with cryptorchidism. *BMJ* 1997;314:1507-11.

Een cohort van 1075 jongens die tussen 1951 en 1964 (hormonaal of chirurgisch) behandeld waren in verband met cryptorchisme, werd tot halverwege de jaren negentig vervolgd. De veronderstelde relatie tussen cryptorchisme en een verhoogde kans op een testiscarcinoom werd door dit onderzoek bevestigd. Het relatieve risico bleek 7,5 ten opzichte normaal. De kans op het ontwikkelen van een maligniteit bleek met name toegenomen in de eerste 15 jaar na de operatie. Er bleek – in tegenstelling tot wat altijd gedacht werd – geen relatie te bestaan tussen de leeftijd waarop geopereerd werd, en maligne ontaarding. Wel bleek dat bij testes waaruit gebiopteerd was een veel grotere kans bestond op het ontwikkelen van een testiscarcinoom (relatief risico 66,7). Omdat er geen factoren konden worden gevonden die zowel een biopsie-indicatie vormden als ook gerelateerd waren aan latere maligne ontaarding, is de biopsie waarschijnlijk een zelfstandige risicofactor.

Sjoerd Hobma

NOTA BENE

Huisbezoek

... more elderly Americans underwent computed tomography (18.0 per 1000) or cardiac catheterization (15.1 per 1000) than enjoyed the low-technology luxury of having a physician come to see them at home [8.8 per 1000].
E.W. Campion in *N Engl J Med* 1997; 337:1840-1.

Behandeling diabetes mellitus

Goddijn PPM. Improving metabolic control in NIDDM patients referred for insulin therapy. Effect on quality of life and cardiovascular risk factors [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1997; 216 bladzijden. ISBN 90-7499116-5.

Promotie: 3 september 1997.

Promotor: prof.dr. B. Meyboom-de Jong.

Bespreking: dr. G. Nijpels.

Type-2-diabetes is een veel voorkomende aandoening met een hoge morbiditeit en mortaliteit ten gevolge van aan diabetes gerelateerde aandoeningen. Patricia Goddijn onderzocht een groep type-2-diabeten die voor instelling op insuline door huisartsen verwezen werden naar het diabetesteam van ziekenhuis de Weezenlanden in Zwolle. Het proefschrift beschrijft de kenmerken van de verwezen patiënten, de metabole veranderingen door de interventie van het diabetesteam en de gevolgen van deze verandering op de kwaliteit van leven. Tenslotte werd gekeken hoe het de verwezen patiënten verging, nadat zij waren terugverwezen naar de huisarts. Het diabetesteam neemt een belangrijke plaats in bij de behandeling van de diabetes. Er zijn nog maar weinig studies naar de effecten van een dergelijke aanpak. Dit proefschrift laat de resultaten zien na één jaar interventie.

Verwijzing

De inleiding is een heldere en degelijk gedocumenteerde beschrijving van de epidemiologie van type-II-diabetes en de aan diabetes gerelateerde aandoeningen. Tevens wordt beschreven welke methoden bestaan voor het meten van de kwaliteit van leven.

Het daarna beschreven retrospectieve onderzoek heeft betrekking op 495 type-II-diabetes patiënten die door huisartsen waren verwezen voor instelling op insuline. Beschreven worden de verschillen tussen mannen en vrouwen, de uiteindelijke insuline- en niet-insulinegebruikers en de patiënten die vóór en na het uitbrengen van de NHG-standaard in 1989 waren verwezen. Dit laatste is relevant, omdat het enig inzicht geeft in de effecten van de standaard met betrekking tot medicamenteuze behandeling en glykemische instelling. Nadat de standaard was gepubliceerd, werden meer orale antidiabetica voorgeschreven en werd een lager

HbA_{1c} gevonden. Het totale cholesterolgehalte bleek daarentegen hoger. Met betrekking tot de metabole metingen merkt de schrijfster op dat er nogal wat gegevens ontbraken, zodat de resultaten voorzichtig moeten worden geïnterpreteerd. Niettemin lijkt de indruk gewettigd dat de standaard heeft geleid tot een verbetering van de behandeling door de huisarts.

Instelling op insuline

Het volgende hoofdstuk bevat een prospectief onderzoek naar de patiëntkenmerken van 99 type-II-diabeten die door huisartsen waren verwezen voor instelling op insuline. Ten gevolge van veranderingen in het regiem van orale antidiabetica, het aanleren van zelfcontrole en educatie werd 40 procent van de patiënten niet overgezet op insuline. Een ander belangwekkende conclusie was, dat slechts 14 procent van de verwezen patiënten maximale orale therapie gebruikte. In de beschouwing merkt de auteur op dat de verwezen patiënten een selectie vormden, bestaande uit slecht ingestelde patiënten.

De hoofdstukken 5 en 6 hebben de kwaliteit van leven als belangrijkste onderwerp. Allereerst wordt de 'Diabetes Health Profile'-questionnaire (DHP) – een diabetesspecifieke vragenlijst die is ontwikkeld om het psychosociaal disfunctioneren van insulinegebruikende diabeten te meten – onderzocht op interne consistentie en gevalideerd met behulp van de RAND-36 (een algemene vragenlijst voor het meten van het psychosociaal disfunctioneren). De analyse is voor een niet in factoranalyse ingewijde lezer moeilijk te volgen en de beschrijving is summier. De interne consistentie van de DHP was goed. De vergelijking van een tweetal dimensies van de DHP met overeenkomstige schalen van de RAND-36 gaven significante correlaties.

Na de beschrijving van de validiteit van de vragenlijst, wordt de relatie bekeken tussen de verbetering van de glucoseregulatie en de kwaliteit van leven na één jaar interventie. Een groot deel van de verbetering van de kwaliteit van leven leek samen te hangen met het verminderen van hyperglykemische klachten en niet met het bereiken van een goede controle of een verandering in het HbA_{1c}-gehalte. Het is jammer dat er geen relatie werd geanalyseerd tussen kwaliteit van leven en de aanwezigheid van diabetesgerelateerde complicaties, noch naar verandering daarvan. Met betrekking tot de cross-sectionele relatie kan dat relevante informatie opleveren. Voor een prospectief onderzoek zou een langere follow-up periode nodig zijn.

Terug naar de huisarts

Hoofdstuk 8 gaat met name in op de vraag of de metabole controle die in het ziekenhuis was bereikt, kon worden gehandhaafd na terugverwijzing naar de huisarts. Een bijkomende vraagstelling was of patiënten en huisartsen deze vorm van diabeteszorg waardeerden. Binnen 6 maanden werd 63 procent van de patiënten naar de huisarts terugverwezen. Deze patiënten waren jonger en moesten minder vaak op insuline worden overgezet dan de andere patiënten. Een half jaar na terugverwijzing waren er geen veranderingen in de biochemische variabelen, met uitzondering van een hoger cholesterolgehalte en een toename van de microalbuminurie. Een half jaar is echter een te korte periode om veranderingen te beoordelen, zodat de vraagstelling hiermee niet echt kan worden beantwoord. De resultaten met betrekking tot de satisfactie van deze vorm van diabeteszorg zijn heel bemoedigend. Zowel huisartsen als patiënten waardeerden deze vorm van diabeteszorg zeer positief.

Een bijzonder intrigerende uitkomst is dat het aantal retinopathieën na één jaar behoorlijk was toegenomen. Deze uitkomst onderstreept het grote belang van een goede oogheelkundige controle en behandeling, met name bij patiënten die op insuline worden overgezet.

Beschouwing

Twee andere onderzoeken geven vergelijkbare resultaten met betrekking tot verbetering van de metabole instelling en verbetering van de kwaliteit van leven.^{1,2} Al deze studies tonen het belang aan van gestructureerde diabeteszorg, waarbij de diabetesverpleegkundige een belangrijke plaats inneemt.

Voor iedereen die met diabeteszorg te maken heeft, wordt dit proefschrift warm aanbevolen.

Giel Nijpels

1 De Sonnaville JJJ, Bouma M, Colly LP, et al. Sustained good glycaemic control in NIDDM patients by implementation of structured care in general practice: 2-year follow-up study. *Diabetologia* 1997;40:1334-40.

2 Van der Does FEE. Influence of glycaemic control on well-being and cardiovascular risk indicators in type 2 diabetes [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1997.

Reactie

Nijpels heeft gelijk met zijn opmerking dat de relatie tussen kwaliteit van leven en diabetesgerelateerde complicaties van groot belang is. In de discussie van hoofdstuk 5 (blz. 101) wordt de cross-sectionele relatie besproken tussen 'kwaliteit van leven'-vragenlijsten en chronische diabetescomplicaties. De vertaalde

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.

diabetspecifieke vragenlijst (diabetesgezondheidsprofiel) geeft geen relatie aan tussen kwaliteit van leven en bovengenoemde complicaties. De generieke vragenlijst (RAND-36 of SF-36) geeft wel een relatie aan tussen het aantal chronische complicaties en kwaliteit van leven: patiënten met meer chronische complicaties geven een lagere kwaliteit van leven aan op de dimensies fysiek functioneren en pijn. Onderstreept moet worden dat een cross-sectionele analyse *geen* causaal verband kan aangeven. Follow-up-onderzoek van een jaar is te kort om grote veranderingen te verwachten in een dergelijk kleine groep.

Verder is het zo dat chronische complicaties als autonome neuropathie en een verhoogd eiwitverlies via de urine via onderzoek bepaald kunnen worden, maar vaak niet door de patiënt als zodanig gevoeld worden. Dit betekent dat ze geen invloed hebben op de kwaliteit van leven. Pas wanneer de aandoening erger wordt, wanneer er bijvoorbeeld dialyse nodig is wegens nefropathie, zal dit direct invloed hebben op de kwaliteit van leven. De ernst van de chronische complicatie speelt dus een belangrijke rol.

Als laatste wil ik noemen dat, wanneer men verschillen denkt te vinden tussen mensen met weinig en veel chronische complicaties, het belangrijk is om een vragenlijst te nemen die voldoende sensitief is om te discrimineren tussen deze twee groepen (discriminantvaliditeit).

Patricia Goddijn

Benzodiazepinegebruik door vrouwen

Haafkens J. Rituals of silence. Long-term tranquilizer use by women in the Netherlands. A social case study [Dissertatie Universiteit van Amsterdam]. Amsterdam: Het Spinhuis, 1997; 177 pagina's, prijs NLG 42,50. ISBN 90-5589-062-6.

Promotie: 21 maart 1997.

Promotores: prof.dr. B.P.R. Gersons, prof.dr. C. Brinkgreve; copromotor: dr. H.S. Becker.

Bespreking: Hilde Habraken, onderzoeks-medewerkster Projekt Farmaka, Gent, België.

Haafkens heeft met haar onderzoek getracht de problematiek van het langdurig gebruik van benzodiazepinen bij vrouwen op een andere manier te benaderen dan in de meeste andere onderzoeken het geval is. Die beperkten zich meestal tot een beschrijving van de sociodemografische kenmerken van gebruikers, of van

hun lichamelijke en psychische gezondheids-toestand. Hoewel reeds enig onderzoek gebeurde naar de betekenis die gebruikers van benzodiazepinen geven aan hun medicatie, werd tot nog toe niet nagegaan in welke sociale patronen deze betekenisgeving gegroeid was. Zoals Haafkens zelf stelt: 'Yet, for a better understanding of the mechanisms underlying long-term benzodiazepine use among women, it is important to know how they view their drugs and their drug use and how they have arrived at these views (p. 7).' Bij de analyse van haar gegevens is Haafkens tot de conclusie gekomen dat de interacties van vrouwen met hun voorschrijvende arts en personen uit hun sociaal netwerk vaak geleid worden door de volgende impliciete regel: zwijg over de problemen die gerelateerd zouden kunnen zijn aan het gebruik van benzodiazepinen. De rituele eigenschappen van deze interactiepatronen liggen volgens Haafkens enerzijds in het feit dat ze vaak herhaald worden, en anderzijds doordat ze een symbolische bevestiging geven van het voortgezet gebruik, alsof de medicatie nog steeds effectief en veilig is. Deze vaststelling heeft geleid tot de titel van het boek.

Vraagstelling en methode

Haafkens is bij haar vraagstelling vertrokken vanuit de sociologische theorie van het symbolisch interactionisme. Die stelt dat het menselijk gedrag begrepen kan worden als een proces waarin personen hun handelingen vormgeven en controleren door mede rekening te houden met de verwachtingen van andere personen uit hun omgeving. De centrale onderzoeksvraag was na te gaan hoe vrouwen bij hun betekenisgeving met betrekking tot het gebruik van benzodiazepinen geleid worden door informatie afkomstig van artsen, van mensen in hun eigen sociale netwerk, en vanuit andere bronnen.

De opzet van Haafkens' onderzoek is exploratief van aard. Als onderzoeksmethode werd gekozen voor 'open ended life history interviews', in combinatie met enkele specifieke vragen, onder meer omtrent de vroegere en huidige gezondheidstoestand en het gebruik van andere geneesmiddelen.

Twee verschillende recruteringsstrategieën werden toegepast: enerzijds verwijzing door collega's, vrienden en kennissen, anderzijds plaatsing van advertenties in de zaterdageditie van drie nationale kranten. Vrouwen met een majeure psychiatrische stoornis of een geschiedenis van herhaaldelijke psychiatrische opname werden uitgesloten, evenals vrouwen die niet-legale drugs gebruikten of een voorgeschiedenis van alcoholverslaving hadden. Het onderzoek werd beperkt tot vrouwen die gedu-

rende ten minste één jaar dagelijks benzodiazepinen gebruikten of hadden gebruikt, en niet waren opgenomen in een ziekenhuis of inrichting.

Tussen juli 1987 en mei 1993 werden vijftig vrouwen geïnterviewd, 15 gerecruteerd via verwijzing en 35 via advertenties. De interviews werden, op twee na, afgenomen door Haafkens zelf, waarbij getracht werd zoveel mogelijk dezelfde procedure te volgen.

Resultaten

In hoofdstuk 3 beschrijft Haafkens vier verschillende socialisatiepatronen die voorafgegaan waren aan het eerste voorschrift voor benzodiazepinen. Afhankelijk van het socialisatiepatroon hadden vrouwen anders gereageerd op dit voorschrift.

- Ten eerste waren er vrouwen die nooit eerder slaapmiddelen of tranquillizers hadden genomen en een eerste voorschrift kregen op initiatief van hun huisarts. De vrouwen hadden hierop met een zekere ongerustheid gereageerd. Ze vonden allen dat de arts te gemakkelijk had voorgeschreven, zonder aandacht te geven aan hun probleem, dat vaak te maken had met de thuissituatie. Het voorschrift werd echter aanvaard bij gebrek aan alternatieven.

- Een tweede groep vrouwen, eveneens zonder voorgeschiedenis van gebruik, kreeg het eerste voorschrift op eigen initiatief. Deze vrouwen hadden benzodiazepinen leren kennen in hun omgeving als nuttige medicatie en stapten erop over nadat zij andere oplossingen hadden proberen vinden voor hun probleem. Hun reactie op het voorschrift was er één van opluchting.

- De derde groep had voordien reeds tranquillizers gebruikt, en kreeg een eerste voorschrift voor benzodiazepinen van de arts ter vervanging van oudere tranquillizers of in combinatie met antidepressiva. Deze vrouwen zagen medicatie als een nuttig middel om met hun problemen om te gaan, en werden met het nieuwe voorschrift bevestigd in hun opvatting.

- Ten vierde waren er vrouwen die reeds tranquillizers namen en een eerste voorschrift kregen voor benzodiazepinen op eigen initiatief. In deze groep stelde Haafkens vier sociale patronen vast die zelfbehandeling met tranquillizers konden initiëren:

- advertenties en populaire medische literatuur;
- kennissen, familie en vrienden;
- zelf werken in de gezondheidszorg of mensen kennen die in deze sector werken;
- zelfmedicatie met alcohol en drugs.

Een opmerkelijke vaststelling was dat slechts een paar vrouwen bij het eerste voorschrift in-

formatie hadden gekregen over mogelijke bijwerkingen op korte en lange termijn; de informatie van de arts was in hoofdzaak beperkt gebleven tot frequentie en dosering.

Vrouwen die niet verwacht hadden een geneesmiddel te krijgen, ondervonden de eerste zes maanden ook geen belangrijke verandering in hun toestand. Vrouwen die wel een voorschrift hadden verwacht, ervoeren daarentegen bijna onmiddellijk een gunstig effect. Zelfstandig aanpassen van de dosering kwam vaker voor bij vrouwen die op eigen verzoek een eerste voorschrift hadden gekregen.

Het gebruik tijdens de tweede periode van zes maanden werd gekenmerkt door 'rituelen van stilte' – de afwezigheid van communicatie over benzodiazepinen. Stilzwijgen was zowel in de contacten met de voorschrijvende arts als met mensen uit de directe sociale omgeving de impliciete regel. Indien toch een reactie kwam vanuit de omgeving, erkenden de vrouwen uitsluitend opvattingen die in overeenstemming waren met hun eigen opvattingen over de medicatie. Voor de arts waren er drie uitzonderingen op de regel om het gebruik niet ter sprake te brengen: een overdosis, een crisissituatie en een nieuwe patiënt.

In hoofdstuk 6 worden de ervaringen beschreven van negen vrouwen die zich hadden gehouden aan de voorgeschreven dosering, en waren gestopt. Bij geen van hen had de voorschrijvende arts hiertoe het initiatief genomen. Dergelijke initiatieven kwamen of van een nieuwe arts of uit niet-professionele bronnen. Succesvolle stoppogingen met steun van een nieuwe huisarts hadden de volgende gemeenschappelijke aspecten:

- de arts veranderde het zelfbeeld van de vrouw door haar gerust te stellen dat ze sterk genoeg was om te stoppen en om te gaan met problemen zonder medicatie;
- de arts stelde een afbouwschema op, gaf informatie over ontwenningsverschijnselen en had regelmatig contact met de vrouw;
- wanneer de vrouw wilde opgeven, zocht de arts telkens naar nieuwe oplossingen;
- de arts toonde belangstelling voor de onderliggende problemen van de vrouw en gaf informatie die een herdefiniëring van haar situatie toeliet.

Hoofdstuk 7 is gewijd aan vijf gestopte vrouwen die een hogere dosis dan voorgeschreven hadden gebruikt. Deze vrouwen hadden allen hun beslissing om te stoppen genomen met steun van de voorschrijvende arts. De aanzet was een door de arts vastgestelde overdosering of een daaruit voortvloeiende crisissituatie. De verdere bijdrage van de arts bleef echter be-

perkt tot verwijzing naar gespecialiseerde instanties. Geen enkele vrouw was er meteen in geslaagd om te stoppen. Een latere stoppoging met de steun van leken was wél succesvol. De personen die hulp boden, hadden de volgende kenmerken gemeen:

- ze waren nieuw in het sociale netwerk van de vrouwen;
- ze hadden enige ervaring met de problematiek van verslaving;
- ze gaven de vrouwen inzicht in de problemen die aanleiding gaven tot het gebruik;
- ze waren eerder toevallig met hen in contact gekomen.

Uit alle interviews met de gestopte vrouwen bleek dat 'andere personen' een meer centrale rol gespeeld hadden in het stopproces dan de voorschrijvende arts. Het betrof met name een nieuwe huisarts, gespecialiseerde ontwenningscentra voor alcohol en drugs, zelfhulpgroepen, familie, partners, of vrienden. Opvallend was dat geen van allen behoorden tot het sociale netwerk van de vrouwen waarin de zogenaamde rituelen van stilte zich hadden ontwikkeld.

Commentaar

Het uitgangspunt van Haafkens biedt een boeiende benadering van het langdurig gebruik van benzodiazepinen. Ze stapt af van het gangbare vertrekpunt, met name het standpunt van de voorschrijver, en laat in haar studie het standpunt van de gebruiker uitgebreid aan bod komen. Hierdoor levert het boek belangrijke nieuwe informatie op, onder meer omtrent de verschillende socialisatiepatronen die voorafgaan aan het eerste voorschrift voor benzodiazepinen, en omtrent de belangrijke rol van nieuwe personen in het sociale netwerk bij stoppogingen. Het boek brengt naar mijn gevoel echter geen duidelijk antwoord op de uitgangsvraag. Bij het weergeven van de resultaten is het accent verschoven van een explorerende naar een beschrijvende benadering van het probleem. Dit komt vooral tot uiting in het herhaaldelijk weergeven van aantallen of percentages, onder meer in overzichtstabellen. Een dergelijke wijze van rapporteren ligt voor de hand bij descriptief onderzoek, maar is niet aangewezen bij een exploratieve benadering.¹

Enkele bedenkingen moeten ook worden gemaakt bij de gebruikte recruiteringsmethoden. Haafkens merkt zelf reeds op dat voornamelijk jongere vrouwen met een hoger opleidingsniveau in haar onderzoek zijn opgenomen, en stelt dat dit waarschijnlijk verband houdt met de voornaamste wijze van recruitering, via advertenties in de krant. Uit haar vergelijking met cijfers uit een populatiestudie naar het gebruik

van benzodiazepinen in Amsterdam,² waar 38 procent van alle gebruikers ouder dan 70 waren, blijkt dat deze leeftijdscategorie in haar eigen studie sterk ondervertegenwoordigd was (10 procent van de totale steekproef). Een andere belangrijke bedenking is dat de leeftijd van de oudste geïnterviewde gebruikster 73 jaar bedroeg. Dit betekent dat de ervaringen van oudere vrouwen geheel ontbreken. Nochtans is uit prevalentie-onderzoek gebleken dat deze leeftijdscategorie een aanzienlijk deel uitmaakt van de totale groep benzodiazepinegebruikers. Zo is uit een Belgisch onderzoek in de provincie Oost-Vlaanderen gebleken dat één op drie vrouwen die op het tijdstip van de enquête chronisch en dagelijks benzodiazepinen gebruikten, 75 jaar of ouder was.³ Het lijkt onwaarschijnlijk dat de situatie in Nederland erg verschillend zal zijn. Deze leeftijdsbeperking wordt door Haafkens te weinig benadrukt.

Opvallend is ook het groot aandeel van alleenstaande en gescheiden vrouwen bij de ondervraagden (56 procent van de actuele gebruikers en 45 procent van de vroegere gebruikers). Ter vergelijking: in het Vlaamse onderzoek verkeerde slechts 5 procent van de vrouwen die langdurig en dagelijks benzodiazepinen namen, in deze positie.

Meer in het algemeen kan worden opgemerkt dat bij de recruiteringsstrategie een groter accent had kunnen worden gelegd op het streven naar verscheidenheid onder de proefpersonen. In kwalitatief onderzoek is het immers wenselijk de bestudeerde problematiek van zoveel mogelijk invalshoeken te bekijken. Vanuit dit oogpunt zou het zelfs interessant zijn geweest ook vrouwen via huisartsen te recrutereren, een strategie die Haafkens bewust heeft uitgesloten.

De vaststelling dat het langdurig gebruik bij vrouwen gedomineerd wordt door een gebrek aan communicatie over benzodiazepinen en de daarmee samenhangende problemen, is in overeenstemming met eerder Vlaams onderzoek omtrent de opvattingen van gebruikers en voorschrijvers van benzodiazepinen.⁴ Bovendien stelden wij vast dat nogal wat discrepanties bestonden tussen de opvattingen en verwachtingen van artsen-voorschrijvers en patiënten-gebruikers omtrent het gebruik van benzodiazepinen, en dat ze elkaar over en weer een en ander in de schoenen probeerden te schuiven. Deze vaststelling onderstreept het belang van Haafkens' opmerking dat de verhalen van de door haar geïnterviewde vrouwen niet meer zijn dan een eigen interpretatie van de manier waarop andere personen in de omgeving hun gebruik van benzodiazepinen hebben

beïnvloed. Zoals Haafkens zelf stelt (p. 27), vormen dergelijke interpretaties een belangrijk deel van de wijze waarop iemand omgaat met benzodiazepinen, zodat ze kunnen worden beschouwd als geldig onderzoeksmateriaal. Toch komt de toon van het boek vaak nogal beschuldigend over jegens de huisarts, die echter nergens aan het woord komt en dus niet de kans heeft gekregen om zich te verdedigen.

Wat naar mijn gevoel ook ontbreekt, is een antwoord op de vraag *waarom* bij langdurig gebruik niet gepraat wordt over benzodiazepinen of de daarmee samenhangende problemen. Misschien heeft dit wel te maken met een gemeenschappelijk besef van de vrouwen en hun huisarts dat er weinig verandering mogelijk is in de problemen waarvoor de medicatie genomen wordt, problemen die vaak samenhangen met de zwakke maatschappelijke positie waarin de vrouwen zich bevinden.

Hiermee zijn we beland bij het sekseverschil met betrekking tot het gebruik van benzodiazepinen. Is het wel relevant om vast te houden aan dit geslachtsverschil bij het zoeken naar verklaringen van het langdurig gebruik? Zo is uit het onderzoek van *Blondeel* gebleken dat de hogere innameprevalentie bij vrouwen zich alleen voordeed bij personen die niet tot de actieve beroepsbevolking behoorden.³ Haafkens' rituelen van stilte kunnen dan ook evenzeer van toepassing zijn bij mannelijke gebruikers. Uit Vlaams onderzoek is zelfs gebleken dat meer mannelijke dan vrouwelijke gebruikers beweren hun problemen niet meer ter sprake te hebben gebracht in het laatste arts-patientcontact waarin een voorschrift werd gegeven.⁵ Haafkens heeft in ieder geval geen antwoord gekregen op de vraag waarom zoveel *vrouwen* langdurig benzodiazepinen gebruiken. Zij schetst vermoedelijk een proces dat kenmerkend is voor het chronisch gebruik van benzodiazepinen in het algemeen. In dit opzicht is de titel van haar boek misschien misleidend.

Huisartsen kunnen in het boek enige bevestiging vinden voor het argument dat zij zich niet in de juiste positie bevinden om iets te veranderen aan het langdurig gebruik van benzodiazepinen. Haafkens leidt immers uit haar bevindingen af dat stoppen met hulp van de voorschrijvende arts moeilijk is. Ze stelt zelfs voor om onderzoek te verrichten naar het mogelijk nut van andere relaties dan de huisarts bij het stopzetten van langdurig gebruik. Zelf denk ik dat het niet wenselijk is om het probleem buiten de verantwoordelijkheid van de huisarts te leggen, maar dat beter gezocht kan worden naar strategieën die het hem mogelijk maken het proces van langdurig gebruik wél te doorbre-

ken. De gemeenschappelijke kenmerken die Haafkens heeft vastgesteld in succesvolle stoppelingen van nieuwe huisartsen, leveren zeker bruikbaar materiaal op voor het uitwerken van interventies. Een belangrijke factor bij het stopzetten van benzodiazepinen is bijvoorbeeld het probleem van de ontwenningssverschijnselen. Het niet als zodanig erkennen van deze symptomen kunnen een belangrijke struikelblok zijn bij het welslagen van een stoppeling.

Hilde Habraken

- 1 Secker J, Wimbush E, Watson J, Milburn K. Qualitative methods in health promotion research: some criteria for quality. *Health Educ J* 1995;54:74-87.
- 2 Haafkens JA, Moerman CJ. Gender differences in the use of benzodiazepines in Amsterdam. *Contemporary Drug Problems* 1992;19:505-32.
- 3 Blondeel L. Dokter-patiënt interactie bij het voorschrijven van benzodiazepines in de huisartspraktijk: beschrijvend en experimenteel onderzoek bij het chronisch gebruik van benzodiazepines. Deel 1. Gent: Projekt Farmaka, 1989.
- 4 Habraken H, Blondeel L, Soenen K. Is langdurig gebruik van benzodiazepinen zinvol? Opvattingen van gebruikers en voorschrijvers. *Huisarts Wet* 1994;37:285-8.
- 5 Habraken H, Soenen K. Sex differences among recipients of benzodiazepines. *BMJ* 1993;307:1068.

Cardiaal functie-onderzoek voor de huisarts

Remkes PAJ. Niet-invasief cardiaal functie-onderzoek op verzoek van de huisarts [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1997; 190 bladzijden. ISBN 90-7499113-0.

Promotie: 3 september 1997.

Promotor: prof.dr. A.F. Casparie;

copromotor: dr. H.G.T. Nijs.

Bespreking: dr. R.A.G. Winkens, huisarts.

Dit helder geschreven en gemakkelijk leesbare proefschrift gaat over een onderzoek naar de effecten van het aanbieden van cardiaal functie-onderzoek (inspannings-ECG, 24-uurs ECG-registratie en echocardiografie) voor de huisarts. Aanleiding tot het onderzoek was een initiatief in 1992 om huisartsen toegang te verlenen tot cardiaal functie-onderzoek. De doelstelling was na te gaan in hoeverre het ter beschikking stellen van cardiaal functie-onderzoek aan de huisarts kon leiden tot een ander verwijsbeleid, met behoud van kwaliteit van zorg. De vraagstellingen zijn breed en richten zich met name op een reductie van het aantal verwezen patiënten, het vaker opsporen van cardiale pathologie, het gerichter toepassen van diagnostiek en therapie, het reduceren van gemiste diagnoses, kostenreductie, leereffecten en tevredenheid onder artsen en patiënten.

Het onderzoek

Het onderzoek is een gecontroleerde vergelijking van twee groepen huisartsen. De interventiegroep (n=37) kon functie-onderzoek aanvragen als alternatief voor een reguliere verwijzing, de controlegroep (n=21) niet. Naar aanleiding van de aanvragen werden patiëntenbesprekingen met de cardioloog gehouden, gemiddeld 12 per huisartsgroep (3 per jaar). Huisartsen werden niet gerandomiseerd maar gericht uitgenodigd. Gegevens van de interventiegroep werden verzameld over de periode 1992 tot mei 1995, waarin het functie-onderzoek werd aangeboden. De controlegroep hield gegevens bij over de periode 1994 tot mei 1995. De huisartsen uit de interventiegroep en de controlegroep verstrekten klinische patiëntgegevens (bij inclusie en over 8 weken follow-up) en vulden vragenlijsten in. Het regionale ziekenfonds hield cijfers van eerste verwijzingen bij. Patiënten vulden een vragenlijst (SF-36) in over hun gezondheidstoestand.

Tijdens de pre-experimentele periode (functie-onderzoek wel beschikbaar voor de interventiegroep maar geen vergelijking met een controlegroep) en de experimentele periode werden 1732 patiënten ingesloten. In de interventiegroep werd bij 81 procent een diagnose gesteld, in de controlegroep bij 37 procent ($p<0,001$). In de experimentele periode sloot de interventiegroep vaker dan voorheen patiënten met lichte klachten in. In deze periode lag het aantal verwijzingen in de interventiegroep 20 procent lager dan in de controlegroep. Per patiënt werd een besparing van NLG 87,- bereikt. Verschillen in welbevinden werden niet gevonden.

Conclusies: het aanbieden van cardiaal functie-onderzoek leidde tot minder verwijzingen, het diagnostisch proces verliep doelmatiger en er trad kostenreductie op zonder verlies van kwaliteit van zorg.

Commentaar

In het onderzoek komt een groot aantal aspecten rond het aanbieden van inspannings-ECG's en dergelijke aan de orde. Daarbij wordt nauwelijks ingegaan op de relevantie en wenselijkheid c.q. noodzaak voor de eerste lijn. In hoofdstuk 1 wordt de indruk gewekt dat de nieuwe testfaciliteiten vooral zijn ontwikkeld in verband met capaciteitsproblemen in de tweede lijn.

In de achtergrondinformatie wordt voorbijgegaan aan de matige validiteit van het inspannings-ECG. Een sensitiviteit van 55-70 procent wordt genoemd. Hoe betrouwbaar is dan een negatieve uitslag? Onderzoek van Pryor liet zien dat de combinatie van gegevens uit

anamnese en lichamelijk onderzoek meer diagnostische zekerheid oplevert dan het inspannings-ECG.¹ Een bespreking van dit aspect was op zijn plaats geweest.

Weinig wordt gezegd over de rol en invloed van de patiëntbesprekingen. Wat zou de invloed van het aanbieden van de testfaciliteiten zijn geweest zonder deze vorm van overleg? De invloed van dergelijke terugkoppeling op het handelen van de huisarts kan aanzienlijk zijn.² Wellicht was dat ook bij dit onderzoek het geval.

Ook vanuit methodologisch oogpunt zijn enkele kanttekeningen te plaatsen. In hoofdstuk 5 wordt aangegeven dat randomisatie niet mogelijk was, om praktische en ethische redenen. Een argumentatie of toelichting ontbreekt. Ik had graag wat meer inzicht gekregen in de redenen om van randomisatie af te zien. Op voorhand ben ik geneigd de stellingname van de auteur niet te delen. Randomisatie is vaker mogelijk dan we geneigd zijn te denken. Het onderzoek van Vierhout is een goed voorbeeld.³

Er zijn aanwijzingen dat de groepen huisartsen en patiënten ongelijk zijn samengesteld. De kans is nu reëel aanwezig dat (een deel van) de resultaten is toe te schrijven aan selectiebias. Remkes wijt de verschillen onder patiënten aan verschillen in praktijkvoering. Zijn daar aanwijzingen voor?

In het onderzoek is getracht veranderingen in het handelen van huisartsen te registreren. Het meten van gedragsveranderingen vereist in het algemeen een vergelijking van een voormeting met een nameting. Een voormeting ontbreekt echter. Zo blijft onduidelijk wat het gedrag van de huisartsen was voordat zij gebruik konden maken van de nieuwe voorziening. In de experimentfase werd een verschil van 20 procent in het aantal verwijzingen gevonden tussen interventie- en controlegroep. Was dit verschil er vóór 1992 niet?

De vraag is of een nameting van de toestand van de patiënt na 8 weken afdoende inzicht geeft in de gevolgen op lange termijn. Wat te denken van een patiënt die 3 maanden na een normaal inspannings-ECG (met een lage sensitiviteit en dus veel fout-negatieve uitslagen) een infarct krijgt? Wellicht was een langere follow-up beter geweest.

Dit proefschrift laat slechts voorzichtige conclusies toe. Remkes stelt dat het zin heeft ook elders cardiaal functie-onderzoek ter beschikking te stellen aan huisartsen. De voordelen ten opzichte van verwijzing op basis van een gedegen anamnese en zorgvuldig lichamelijk onderzoek zijn mij na het lezen van dit boek nog onvoldoende duidelijk.

Ron Winkens

- 1 Pryor DB, Shaw L, McCants CB, et al. Value of the history and physical in identifying patients at increased risk for coronary artery disease. *Ann Intern Med* 1993;118:81-90.
- 2 Buntinx F, Winkens RAG, Grol RPTM, Knottnerus JA. Influencing diagnostic and preventive performance in ambulatory care by feedback and reminders. A review. *Fam Pract* 1993;10:219-28.
- 3 Vierhout WPM, Knottnerus JA, Van Ooij A, et al. Effectiveness of joint consultation sessions of general practitioners and orthopaedic surgeons for locomotor-system disorders. *Lancet* 1995;346:990-4.

Reactie

De doelstelling van dit praktijkexperiment was een (verantwoorde) reductie van de patiëntenstroom naar de cardioloog door versterking van de huisartsgeneeskunde. De doelgroep vormden patiënten uit het 'grijze' gebied waar een gedegen anamnese en zorgvuldig lichamelijk onderzoek de twijfel omtrent verwijzen niet geheel konden wegnemen. Randomisatie op huisarts- of patiëntniveau was niet mogelijk, doordat de huisartsen uit de interventiegroep als waarnemgroep feedback kregen als integraal onderdeel van het project. Het aantal waarnemgroepen was te klein voor randomisatie. Derhalve werd een vergelijkend en niet een gerandomiseerd praktijkonderzoek opgezet.

Enige selectiebias in de onderzochte groepen kan niet geheel worden uitgesloten. Daar staat tegenover dat alle huisartsen afkomstig waren uit één 'pool', die uitsluitend was georiënteerd op de Zwolse cardiologenpraktijk waarin ook alle onderzoek en therapie plaatsvonden. In de vergeleken onderzoeksgroepen, verzekerd bij de regionale zorgverzekeraar, was het aantal majeure ingrepen (als harde eindpunten) gelijk, ofschoon in de experimentpopulatie 20 procent minder werd verwezen. De invloed van selectiebias in deze omvangrijke patiëntengroepen kan dus niet groot zijn geweest.

Het protocol was gericht op separate inbreng door huisarts (anamnese, lichamelijk onderzoek, geschatte kans op pathologie) en cardioloog (functietest en (be)handeladvies). Dat feedback als een instrument ter controle van de kwaliteitsborging gunstige invloed had op de gehele verwijfsstrategie, was een bijdrage aan de doelstelling maar op zichzelf geen onderwerp van studie. De omvang van deze bijdrage was niet geïsoleerd meetbaar en bleef derhalve buiten beschouwing.

Beperkte sensitiviteit van inspanningsselectrocardiografie is een gegeven waarmee in de dagelijkse cardiologenpraktijk veelvuldig wordt gewerkt. Door de beperkingen van deze test dient interpretatie, waarbij basaal klinisch onderzoek nooit mag ontbreken, uitsluitend

voorbehouden te worden aan specialisten. Het bleek mogelijk, in combinatie met de specialistische expertise en de testuitkomst, bij 1300 van de 1301 patiënten een verantwoord advies uit te brengen.

Daar er weinig bekend is over de duur van de periode tussen de eerste symptomen van een ziekte en het optreden van belangrijke manifestaties zoals een infarct bij coronariaalijden, werd de follow-up-periode arbitrair bepaald op acht weken.

Doordat gegevens van de zorgverzekeraar ontbraken, is afgezien van een voormeting van eventuele gedragsveranderingen van huisartsen. Uit de vergelijking van de pre-experimentele met de experimentele periode bleek dat er geen belangrijke gedragsveranderingen optraden.

Winkens legt vooral de nadruk op de problemen die aan een dergelijk praktijkexperiment zijn verbonden. Zijn conclusie is te voorzichtig en niet in overeenstemming met de vastgestelde verwijsreductie, de voordelen voor de dagelijkse praktijk en de kostenreductie.

P.A.J. Remkes

Aankondigingen

The development of a central pattern of body fat from adolescent into adulthood

The Amsterdam growth and health longitudinal study [Dissertatie].

Van Lenthe FJ. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1998; 158 pagina's. ISBN 90-802727-3-6.

Reanimatie

Meursing BTJ, Van Kesteren RG. Maarsen: Elsevier/Bunge, 1998; 296 bladzijden, prijs NLG 95,-. ISBN 90-6348-468-2.

Synoniemen van geneesmiddelen

Maarsen: Elsevier/Bunge, 1998; 210 bladzijden, prijs NLG 25,-. ISBN 90-6348-200-0.

VKMagazine, tijdschrift over kindermishandeling

Versijnt vier maal per jaar. Abonnementen NLG 35,-. NIZW Uitgeverij, Postbus 19152, 3501 DD Utrecht; tel. 030 2306607, fax 030 2306491, e-mail bestel@nizw.nl.

Oogheelkundige screening bij kinderen

Uitvoering en achtergronden.

Donkers EMM, Wittebol-Post D. Assen: Van Gorcum, 1998; xvi + 88 bladzijden, prijs NLG 35,-. ISBN 90-232-3353-0.

Hoesten, piepen, benauwd?!

Van den Brink WTJ, Wieberdink EAM, hoofdredactie. Rotterdam: Ketting Partners, 1997; 64 bladzijden, prijs NLG 8,-. ISBN 90-801251-6-4.

De cirkel van leven en sterven

Prana, tijdschrift voor spiritualiteit en de randgebieden der wetenschappen, nummer 105. Deventer: Ankh-Hermes, Postbus 125, 7400 AC Deventer; tel. 0570 678900. Abonnement (6x per jaar) NLG 62,50; losse nummers NLG 12,95.

Ledenvergadering

Verslag van de Ledenvergadering van het Nederlands Huisartsen Genootschap, gehouden op 11 december 1997 in de Domus Medica te Utrecht

Aanwezig

W. Stalman (voorzitter), M. Klomp (secretaris), A. Rutgers (penningmeester), G. Bausch, F. Dijkers, T. van Essen, I. Lindeboom, F. Meijman, A. Schuurman, H. Stolk, J. Zandvliet (verslag).
Bericht van verhindering
 A. van Aarnhem, G. Beusmans, M. de Haan, H. van der Voort.

1 Opening en vaststelling agenda

De voorzitter opent de vergadering en heet de aanwezigen van harte welkom op de jaarlijkse NHG-Ledenvergadering. De agenda wordt ongewijzigd vastgesteld.

2 Notulen NHG-Ledenvergadering d.d. 12 december 1996 (LVG 97-1)

Tekstueel zijn er geen opmerkingen. Het verslag wordt vastgesteld.

Naar aanleiding van pagina 1 stelt Meijman als voorzitter van de jury voor de Bremer-prijs de vraag of het mogelijk is deze tweejaarlijkse prijs voor het eerst tijdens het NHG-congres 1998 uit te reiken. De voorzitter antwoordt dat het bestuur dit in beraad heeft. Omdat de Bremerprijs uitgereikt wordt voor de beste dissertatie behoort uitreiking op de jaarlijkse NHG-Referatendag ook tot de mogelijkheden.

3 Jaarverslag 1996 (LVG 97-2) en voortgang beleid (Werkplan 1998, LVG 97-3)

De voorzitter stelt het Jaarverslag 1996 aan de orde. Meijman heeft een discrepantie bemerkt tussen de passage in het Jaarverslag (pag. 2) over het onderzoeksvoorstel 'Lacunes in het wetenschappelijk onderzoek', waarvoor het NHG geen financiering heeft weten te vinden, en het verslag van de Ledenvergadering 1996 (pag. 1) waar melding wordt gemaakt van het bestuursbesluit tot het instellen van een NHG-fonds Alledaagse ziekten en het starten van een afgeslankt project 'Lacunes in het wetenschappelijk onderzoek'. De voorzitter geeft aan dat het bestuur de verschillende activiteiten ten aanzien van onderzoek naar alledaagse ziekten in een breder plan van aanpak heeft opgenomen. De Ledenvergadering stelt het Jaarverslag 1996 vast.

Vervolgens komt het Werkplan 1998 aan de orde. Meijman uit naar aanleiding van pagina 5

zijn verbazing over de passage over de NHG-UHI-Referatendag 'dan zal ook een besluit vallen of deze referatendag gecombineerd wordt met de vierde Huygenlezing of een inhoudelijke NHG-Ledenvergadering.' Meijman bemerkt 'metaalmoetheit' onder huisartsen ten aanzien van het publicitaire geweld van het Genootschap. Hij stelt voor in het najaar van 1998 een strategieconferentie te organiseren voor zoveel mogelijk leden, bijvoorbeeld via de Hagro-vertegenwoordigers, over een vijftal onderwerpen: 1. de evaluatie van het standaardbeleid, 2. hoe verder met transmurale afspraken, 3. bezinning ten aanzien van het preventiebeleid, 4. het wetenschapsbeleid en 5. de prioriteiten ten aanzien van de praktijkvoering. Meijman acht het gewenst dat de leden zich hierover uitspreken om er zorg voor te dragen dat er voor de NHG-activiteiten een draagvlak blijft bestaan binnen de beroepsgroep in verband met de omvang van de NHG-activiteiten en de normen die hieruit voortvloeien.

De voorzitter antwoordt dat het behoud van het verenigingskarakter en de vraag waar het met de huisartsgeneeskunde naar toe moet een terugkerend onderwerp zijn op de bestuursagenda. Hij geeft aan dat het bestuur zeer recent heeft besloten tot een studiedag over de inhoudelijke definiëring en positionering van de huisartsgeneeskunde. De voorbereiding hiervan zal spoedig ter hand genomen worden. Meijman uit zijn genoegen hierover, maar vindt het niet alleen belangrijk deze onderwerpen te bestuderen, maar ook in een conferentie met een brede vertegenwoordiging van leden door te spreken. Dit zou niet gekoppeld moeten worden aan de referatendag, maar een aparte bijeenkomst moeten zijn, tijdens welke overigens wel de vierde Huygenlezing georganiseerd zou kunnen worden.

Rutgers merkt naar aanleiding van pagina 5 van het werkplan op dat de Bremerprijs voor het eerst in 1998 en daarna tweejaarlijks zal worden uitgereikt.

Het NHG-werkplan 1998 wordt vastgesteld.

4 Benoeming c.q. herbenoeming bestuurs- en commissieleden

De voorzitter stelt de benoeming aan de orde van de dames G. Bausch, K. Dirken-Heu-kensfeldt Jansen en I. Lindeboom-Erkelen en de heren J. Stolk en dr. G.A. van Essen als lid van het Algemeen Bestuur. Mw. A.M.S. van Aarnhem en prof. dr. M. de Haan worden voorgedragen voor herbenoeming tot lid van het Algemeen Bestuur.

Voor benoeming tot lid van de Redactiecommissie voor H&W worden voorgedragen mw. M.Y. Berger en dhr. P.L.B.J. Lucassen. Voor

herbenoeming tot voorzitter van de Redactiecommissie voor H&W wordt voorgedragen dr. F.J. Meijman. Alle voordrachten betreffen een periode van vijf jaar.

Alle (her)benoemingen geschieden bij acclamatie.

5 Bijstelling Huishoudelijk Reglement (LVG 97-4)

De voorzitter geeft aan dat de voorgestelde bijstelling van het Huishoudelijk Reglement verband houdt met de definiëring van de categorie 'overige buitengewone leden' en de instelling van een NHG-donateurschap. De categorie 'overige buitengewone leden', zijnde personen met affiniteit tot het Genootschap, is als volgt gedefinieerd: 'personen die direct werkzaam zijn binnen of voor de beroepsgroep huisartsen. Een en ander te beoordelen door het Bestuur'. Personen die vanuit hun beroep of functie op de hoogte willen blijven van de activiteiten en producten van het NHG, maar geen reële binding hebben met het Genootschap, komen niet in aanmerking voor het buitengewone lidmaatschap, maar kunnen donateur van de vereniging worden en ontvangen Huisarts en Wetenschap. Dit betreft aanverwante disciplines, zoals specialisten, apothekers, algemeen artsen, verpleeghuisartsen, fysiotherapeuten en (medewerkers van) zorgverzekeraars, overheid, adviesorganen.

Dijkers vraagt naar het verschil tussen een NHG-donateurschap en het abonnement op Huisarts en Wetenschap. De voorzitter geeft aan dat indien de donateurs ook de andere NHG-producten ontvangen dit zal leiden tot een bijstelling van het reglement op de volgende Ledenvergadering.

De Ledenvergadering stemt in met de voorgestelde toevoeging van artikel 1.08 aan het Huishoudelijk Reglement.

6 Bekrachtiging NHG-standaarden

De voorzitter stelt dat het een jaarlijks gebruik is dat de Ledenvergadering zich uitspreekt over de publicatie van de in het voorafgaande jaar gepubliceerde NHG-standaarden. Dit betreft niet de inhoud ervan, doch een beoordeling van de juistheid van de beslissing tot publicatie over te gaan. Voor de periode december 1996 tot en met november 1997 zijn dit de volgende NHG-Standaarden: Epicondylitis, Slechtho-rendheid, Bemoeilijkt mictie bij oudere mannen (herziening), Angststoornissen, COPD en astma bij volwassenen: diagnostiek (herziening), COPD: behandeling (herziening), Astma bij volwassenen: behandeling (herziening), Niersteenlijden, Dermatomycosen en Hypertensie (herziening).

De Ledenvergadering bekrachtigt de in de genoemde periode gepubliceerde NHG-standaarden.

7 Financieel jaarverslag 1996 van de penningmeester (LVG 97-5 plus bijlagen)

De voorzitter stelt het verslag van de penningmeester aan de orde. De penningmeester licht toe dat er een zuinig beleid is gevoerd met goede resultaten.

Over het Jaarverslag 1996 van de penningmeester zijn geen vragen of opmerkingen. De Ledenvergadering stelt dit verslag vast.

8 Advies van de Kascommissie over het beheer van de geldmiddelen (LVG 97-6)

De Kascommissie is van oordeel dat het financiële jaarverslag 1996 dusdanig overzichtelijk is opgesteld dat het geen vragen oproept. De Kascommissie geeft het bestuur enkele aandachtspunten mee. Penningmeester Rutgers deelt mee dat er degelijk en uitgebreid overleg heeft plaats gevonden met de Kascommissie, ook over de besteding van de reserve. De Kascommissie vraagt met name de besteding hiervan aan te wenden voor activiteiten die ten gunste komen aan de leden. Toegezegd is met servicegerichte beleidsvoorstellen te komen. Het bestuur zal de ledenvergadering in 1998 hierover berichten.

9 Decharge Dagelijks Bestuur

De voorzitter stelt voor het Dagelijks Bestuur op grond van de verklaring van de Kascommissie te dechargeren. De Ledenvergadering stemt hiermee in.

10 NHG-begroting 1998 en contributievoorstel (LVG 97-7 en LVG 97-8)

Over de begroting 1998 heeft de Ledenvergadering geen vragen of opmerkingen. De penningmeester geeft aan dat het contributievoorstel een uitwerking is van een eerder besluit van de Ledenvergadering om de contributie jaarlijks trendmatig te verhogen. Hij deelt verder mee dat er ook dit jaar een brief zal uitgaan naar de leden om zich in de juiste contributiecategorie in te delen.

De Ledenvergadering stelt de NHG-begroting 1998 vast en stemt in met het contributievoorstel.

11 Benoeming Kascommissie

De directeur deelt mee dat de heer Marres, lid van de Kascommissie terugtreedt. De heer Swart is bereid aan te blijven.

De Ledenvergadering stemt in met de voordracht voor benoeming van de heer Swart in de NHG-Kascommissie. Het bestuur neemt de verantwoordelijkheid op zich de bestaande vacature in de Kascommissie op te vullen.

12 Ontheffing artikel 20 c. van de NHG-statuten

De voorzitter stelt dat in artikel 20 c. van de nieuwe NHG-statuten de wettelijke bepaling is opgenomen, dat het bestuur zes maanden na afloop van het boekjaar op een Ledenvergadering zijn jaarverslag moet uitbrengen en rekening moet afleggen over het in dat boekjaar gevoerde bestuur. Aangezien de Ledenvergadering naar gewoonte aan het eind van een volgend boekjaar plaatsvindt, is verlenging van deze termijn met zes maanden noodzakelijk. De voorzitter verzoekt de Ledenvergadering het NHG-bestuur de benodigde ontheffing te verlenen.

De Ledenvergadering gaat hiertoe over.

13 Rondvraag

De voorzitter dankt de aanwezigen voor hun inbreng en sluit de Ledenvergadering.

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. 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. 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 nummer 9 (augustus) moeten op uiterlijk 16 juli in het bezit zijn van het redactiesecretariaat.

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 & delen?! Differentiatie en specialisatie in de huisartspraktijk

Maastricht, MECC, 27 november.

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

■ betekent: eerste vermelding.