

Invloed dieet op antistolling

Van Haften TW, De Vries J, Sixma JJ. Concordance of phenprocoumon dosage in married couples. *BMJ* 1997;314:1386.

Om bij verschillende patiënten hetzelfde niveau van antistolling te bereiken, kunnen sterk verschillende doseringen coumarinederivaten nodig zijn. De oorzaak hiervan is onduidelijk; mogelijk spelen voedingsgewoonten een rol. Dit onderzoek had betrekking op 33 echtparen, waarvan beide partners antistolling gebruikten. Voor alle betrokkenen werd een 'partner' gezocht, gematcht op leeftijd, geslacht en het beoogde antistollingsniveau. Bij de echtparen bleek een significante lineaire relatie te bestaan in het gebruik van coumarinederivaten; een dergelijke relatie ontbrak bij de gematchte paren. Er was geen relatie tussen dosis en leeftijd.

Dit onderzoek maakt het waarschijnlijk dat voedingsgewoonten (met name het gebruik van vitamine-K-rijke voeding, zoals broccoli, spinazie, Brussels lof en sla) meer invloed heeft op het stollingsniveau dan tot dusver is aangenomen.

Sjoerd Hobma

Gezondheidswinst van alcohol?

McEliduff P, Dobson AJ. How much alcohol and how often? Population based case-control study of alcohol consumption and risk of a major coronary event. *BMJ* 1997;314:1159-64.

Colhoun H, Ben-Shlomo Y, Dong W, et al. Ecological analysis of collectivity of alcohol consumption in England: importance of the average drinker. *BMJ* 1997;314:1164-8.

Dent OF, Sulway MR, Broe GA, et al. Alcohol consumption and cognitive performance in a random sample of Australian soldiers who served in the second world war. *BMJ* 1997;314:1655-7.

Zelden zijn de resultaten van wetenschappelijk onderzoek zo snel algemeen verspreid als de bevinding dat matig alcoholgebruik het risico op atherosclerotische hartziekten vermindert. Het lijkt wel of het uit gezondheidsoogpunt beter is de sportschool in te ruilen voor de borreltafel, tot opluchting van velen. In een aantal recente publicaties wordt dit beeld genuanceerd.

- De groep 'matige drinkers' in de diverse studies blijkt zeer heterogeen te zijn en bevat mensen die dagelijks weinig drinken en mensen die één of enkele keren per week heel veel drinken. In het hier beschreven onderzoek werd onderzocht of deze frequentie invloed heeft op het voorkomen van een acuut myocardinfarct.

Bij 11.511 patiënten van 35-69 jaar met een doorgemaakt myocardinfarct of acute hartdood werden gegevens over hypertensie, roken, serumcholesterol, diabetes mellitus en alcoholgebruik geregistreerd, en werd gevraagd

naar zaken als alcoholconsumptie. Deze gegevens werden vergeleken met die van een controlegroep.

Na correctie voor andere risicofactoren bleek dat het risico op een myocardinfarct aanzienlijk afnam bij één of twee eenheden alcohol tijdens 5 à 6 dagen in de week (mannen RR 0,31, 95%-BI 0,22-0,45; vrouwen RR 0,33, 95%-BI 0,18-0,59). Er was echter geen lineair verband tussen de hoeveelheid alcohol en het beschermende effect: mannen die één of meer dagen in de week meer dan negen eenheden dronken, hadden zelfs een hoger risico dan niet-drinkers. Opvallend was ook de bevinding dat bij regelmatige drinkers een beschermend effect bleek te bestaan in de 24 uur na de alcoholinname; dit effect was voor vrouwen significant.

Ondanks deze resultaten waarschuwen de auteurs voor de negatieve neveneffecten van alcohol en zien zij nog geen reden tot het propageren van alcoholgebruik uit gezondheidsoogpunt.

- Eén van de redenen om alcohol niet te propageren uit gezondheidsoverwegingen is het vermoeden dat dit zou kunnen leiden tot een toename van het aantal excessieve drinkers. Om dit te onderzoeken werden in 1993 en 1994 representatieve steekproeven genomen uit de Engelse bevolking. In totaal werden 32.333 geïnterviewd. De excessieve drinkers werden geïdentificeerd en vervolgens niet meegeteld voor het gemiddelde alcoholgebruik om vertekening te voorkomen. Het bleek dat er een duidelijke relatie bestond tussen het gemiddelde alcoholgebruik per regio en het aantal excessieve drinkers. Er werd geen verband gevonden tussen het aantal geheelonthouders en het voorkomen van excessief drankgebruik.

Deze gegevens geven aanleiding tot grote terughoudendheid bij het propageren van alcohol als preventieve maatregel, omdat de beoogde toename van het aantal matige drinkers gepaard zou kunnen gaan met een toename van gezondheidsproblemen ten gevolge van drankmisbruik.

- Naast de bekende hepatogene, vasculaire en sociale effecten heeft alcohol mogelijk ook gevolgen voor het cognitief functioneren. Dit werd onderzocht bij een groep Australische veteranen uit de tweede wereldoorlog. Bij 209 mannen werd in 1982 het alcoholgebruik geïnventariseerd. Dit werd in 1991 herhaald en bovendien werden toen diverse neuropsychologische tests afgenomen en werd een CT-scan van het cerebrum gemaakt. Het bleek dat de drinkgewoonten individueel nauwelijks waren gewijzigd, al was het gemiddelde alcoholgebruik wel afgenomen. Er bestond geen correla-

tie tussen alcoholgebruik en (afname van) cognitieve functies. Ook werden er geen radiologische afwijkingen gevonden die verband hielden met drinkgewoonten.

Sjoerd Hobma

Carcinogene werking DDE en PCB's

Hunter DJ, Hankinson SE, Laden F, et al. Plasma organochlorine and the risk of breastcancer. *N Engl J Med* 1997;337:1253-8.

Safe SH. Xenoestrogens and breastcancer [Editorial]. *N Engl J Med* 1997;337:1303-4.

De verhoogde incidentie van mammacarcinoom in geïndustrialiseerde landen wordt door sommige onderzoekers in verband gebracht met het gebruik van insecticiden en biphenylpolychloraten (PCB's) als dioxine. Het insecticide DDT – inmiddels in westerse landen verboden – wordt in het lichaam afgebroken tot DDE en blijft in deze vorm levenslang opgeslagen in de lipiden; dat laatste geldt ook voor PCB's. DDE en PCB's hebben een geringe oestrogene werking.

Aan bijna 33.000 deelnemers van de Nurses Health Study werd in 1989/90 gevraagd om bloed op te sturen; dit bloed werd onderzocht op DDE en PCB. Geen van de deelnemers had op dat tijdstip een carcinoom. Twee jaar later werd nagegaan bij welke deelnemers zich een mammacarcinoom had ontwikkeld. Dit was bij 230 vrouwen het geval. Voor deze vrouwen werd in de resterende onderzoekspopulatie een zo identiek mogelijke controle gezocht, waarna de aanwezigheid van DDE en PCB's in beide groepen werd nagegaan.

Bij vergelijking van het hoogste en het laagste quiniel bleek het risico op mammacarcinoom 0,72 voor DDE en 0,66 voor de PCB's. Deze verschillen waren niet significant; dat betekent dat de blootstelling aan deze milieuvervuilers de kans op mammacarcinoom niet (noemenswaardig) verhoogt.

Safe schrijft in het *editorial* dat de bezorgdheid over organochloriden als mogelijke oorzaak van mammacarcinoom berust op een artikel uit 1993. Destijds waren bij een onderzoek bij 58 vrouwen met mammacarcinoom hogere DDE- en PCB-waarden gevonden dan bij gezonde vrouwen. Het idee was toen dat de zwak oestrogene werking van de DDE en PCB's het mammaweefsel tot groei en maligniteit zou stimuleren. Sindsdien is de kankerverwekkende werking van organochloriden in de media een belangrijk thema. In talrijke latere onderzoeken werd een dergelijk verband echter niet bevestigd. Zelfs in landen waar DDT nog ruim werd toegepast, zoals Mexico, kon geen ver-

band tussen het optreden van deze zwakke oestrogenen en borstkanker worden aangetoond. Afgezien daarvan is de incidentie van borstkanker in de westerse wereld in het laatste decennium toegenomen, terwijl het gebruik van organochloriden juist is verminderd.

H.G. Frenkel-Tietz

Budesonide + formoterol

Pauwels RA, Claës-Göran L, Postma D, et al. Effect of inhaled formoterol and budesonide on exacerbation of asthma. *N Engl J Med* 1997;337:1405-11.

Heeft het zin het inhalatiecorticosteroïd budesonide te combineren met de langwerkende β_2 -agonist formoterol? Voor een onderzoek met deze vraagstelling werden 852 patiënten met een matig ernstige astma (longfunctie $\geq 50\%$ van normaal) ingedeeld in vier vergelijkbare groepen. Deze groepen gebruikten tweemaal daags respectievelijk:

- 100 μg budesonide plus placebo;
- 100 μg budesonide plus 12 μg formoterol;
- 400 μg budesonide plus placebo;
- 400 μg budesonide plus 12 μg formoterol.

Zo nodig mochten de patiënten een kortwerkende β_2 -agonist gebruiken.

Het aantal exacerbaties waarbij orale glucocorticoïden en ziekenhuisopname noodzakelijk waren, werd genoteerd. Na 12 maanden observatie bleek dat de toevoeging van formoterol het aantal exacerbaties significant deed verminderen; vermindering was echter geringer dan de vermindering van het aantal exacerbaties door alleen een hogere dosis budesonide. De grootste vermindering (60 procent) werd bereikt door het toedienen van 400 μg budesonide in combinatie met formoterol.

Toevoeging van een β_2 -agonist vermindert dus het aantal exacerbaties van astma, zonder dat de astma moeilijker te behandelen is. De longfunctie verbeterde zelfs in de 12 maanden formoterolbehandeling.

H.G. Frenkel-Tietz

Besmette stethoscopen/otoscopen

Cohen HA, Amir J, Matalon A, et al. Stethoscopes and otoscopes – a potential vector of infection? *Fam Pract* 1997;14:446-9.

Zitten er bacteriën op stethoscopen en otoscopen en kunnen deze apparaten op een simpele manier worden gereinigd?

In 12 kinderopklinieken in Israël werden 55 stethoscopen en 42 otoscopen onderzocht op de aanwezigheid van bacteriën. Het materiaal werd afgenomen met een wattenstaafje; de stethoscopen werden bovendien direct op

een agarplaat werden gedrukt. Acht stethoscopen werden na het afnemen van het materiaal schoongemaakt met 70%-alcohol; vervolgens werd na 10 minuten drogen opnieuw materiaal afgenomen.

Alle stethoscopen en 90 procent van de otoscopen waren verontreinigd met bacteriën. *Stafylokokken* werden op 85 procent van de stethoscopen en op 83 procent van de otoscopen gevonden: *Staphylococcus aureus* op respectievelijk 55 en 45 procent. Op vier stethoscopen én op de vier otoscopen van dezelfde artsen werd een methicillineresistente *Staphylococcus aureus* gevonden (MRSA). Na schoonmaken met 70%-alcohol werd er geen enkele *Staphylococcus aureus* meer aangetroffen op de stethoscopen; bij de andere bacteriën bedroeg de reductie 95 procent.

Gezonde mensen zullen weinig merken als ze in contact zijn geweest met een verontreinigde stethoscoop of otoscoop, maar patiënten met een verminderde weerstand zouden door dit instrumentarium besmet kunnen raken. Stethoscopen en otoscopen dienen dus regelmatig te worden gereinigd.

Germa Joppe

Cholesterol bij ouderen

Weverling-Rijnsburger AWE, Blauw GJ, Lagaay AM, et al. Total cholesterol and risk of mortality in the oldest old. *Lancet* 1997;350:1119-23.

In deze studie onder 85-plussers is de relatie tussen de totaalcholesterolconcentratie en de mortaliteit vastgesteld. Van alle deelnemers aan deze Leidse studie was van 724 deelnemers (70 procent) het totaalcholesterol bekend. De 200 mannen en 524 vrouwen hadden een gemiddelde leeftijd van 89 jaar (range 85-103). Van hen had de helft een totaalcholesterol tussen 5,0 en 6,4 mmol/l, een kwart had een lager totaalcholesterol en een kwart had een hoger totaalcholesterol. Vierenveertig procent had minimaal een van de volgende risicofactoren: hypertensie, diabetes mellitus, roken, eerder een hartinfarct en eerder CVA.

Gedurende tien jaar vervolgonderzoek overleden 642 deelnemers. Elke mmol/l-toename in totaalcholesterol kwam overeen met een significante verlaging van de kans om te overlijden met 15 procent. De belangrijkste doodsoorzaak was een cardiovasculaire aandoening en deze kwam in alle cholesterolcategorieën even vaak voor. In de groep met het hoogste cholesterolgehalte was de sterfte aan kanker en infectieziekten lager.

In deze studie wordt aangetoond dat een hoog totaalcholesterol voor 85-plussers geen risicofactor is voor het krijgen van een cardiovas-

culaire aandoening. Een hoog totaalcholesterol, ook met een of meer risicofactoren, bij 85-plussers kan dus op basis van deze studie beter *niet* behandeld worden volgens de standaard.

Joost den Otter

Cholesterolzorgen op leeftijd?

Reddy E, Kreher N, Hickner JM. How concerned are elderly patients without coronary heart disease about hypercholesterolemia and heart disease? An UPRNet study. *J Fam Pract* 1998;46:227-32.

Deze studie beschrijft welke ideeën 65-plussers hebben over hun cholesterolgehalte in relatie tot hartziekten, hoe bezorgd ze erover zijn en welke gedragsveranderingen zij plegen om hun cholesterolgehalte te beïnvloeden.

Alle 65-plussers die voor willekeurige klacht hun huisarts bezochten in 1995, kregen een vragenlijst voorgelegd. Hierin werd onder andere naar medicatiegebruik van cholesterolverlagers, de laatste cholesterolcontrole en de mate van bezorgdheid over hun cholesterolniveau gevraagd. Op basis van cholesterolniveau en het hebben van risicofactoren voor hart- en vaat ziekten (onder andere diabetes, cardiaal risico) werden patiënten ingedeeld.

Van de 1000 vragenlijsten was tweederde bruikbaar voor analyse. De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 73 jaar, 36 procent was man; 15 procent had hypertensie en 15 procent diabetes mellitus. Zesennegentig procent van de respondenten geloofde dat een hoog cholesterolgehalte van enig belang is voor hartziekten. Tweederde vond het zelfs zeer belangrijk. Zestig procent van de respondenten was tenminste enigszins bezorgd over het eigen cholesterolgehalte. Van driekwart van de respondenten was het cholesterol de afgelopen twee jaar gecontroleerd. Tweederde van hen besprak de resultaten met de huisarts. Tweederde van de respondenten trachtte door middel van dieet, oefeningen en medicatie het cholesterolgehalte te verlagen.

Ouderen in deze studie bleken op de hoogte van hypercholesterolemie als risicofactor voor coronaire hartziekten. Velen gebruikten dieetmaatregelen, oefeningen en medicatie. Dit gold ook voor ouderen met een normaal cholesterol.

Met een goede voorlichting en discussie over de voor- en nadelen van therapeutische en preventieve mogelijkheden kunnen huisartsen onnodige zorgen wegnemen.

Joost den Otter

Behandeling diabetes type 2

Van der Does FEE. Influence of glycaemic control on well-being and cardiovascular risk indicators in type 2 diabetes. A randomised trial in general practice [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1997; 152 pagina's. ISBN 90-5669-017-5.

Promotie: 21 februari 1997.

Promotores: prof.dr. R.J. Heine,

prof.dr. L.M. Bouter;

copromotor: J.N. de Neeling.

Bespreking: dr. T. van der Weijden, arts-onderzoeker, Werkgroep Onderzoek Kwaliteitsbevordering in de huisartsgeneeskunde (WOK).

Er bestaat geen zekerheid over de beste benadering bij de behandeling van type-2-diabetes. Het belang van de bestrijding van hypo- en hyperglykemie en de direct daarmee samenhangende verschijnselen is duidelijk, maar er bestaat discussie over de intensiteit waarmee normoglykemie moet worden nagestreefd. Strikte glykemische controle voorkomt microvasculaire complicaties. Of strikte glykemische controle ook macrovasculaire complicaties voorkomt – voor type-2-diabetes belangrijker in termen van frequentie en mortaliteit – is nog niet duidelijk. De discussie over de intensiteit van antihyperglykemische therapie wordt nog verhevigd, doordat normoglykemie enerzijds het subjectief welbevinden kan bevorderen, terwijl anderzijds een intensieve en toenemende farmacologische inbreng als belastend kan worden ervaren.

Vraagstelling

De vraagstellingen in dit proefschrift luiden:

- Dient de farmacologische behandeling van hyperglykemie bij patiënten met type-2-diabetes te worden geïntensifieerd met normoglykemie als streefniveau, of kan een matig verhoogd glucosegehalte worden geaccepteerd?
- In hoeverre zijn persoonlijkheidskenmerken determinanten voor glykemische controle, met ziekte karakteristieken als mogelijke confounders of effect-modifiers?

Methoden

Setting. Huisartspraktijken in Hoorn; deelname van 27 van de 31 huisartsen, 202 type-2-diabeten van 40 tot 75 jaar.

Design. Gerandomiseerde gecontroleerde trial, waarin de patiënt gealloceerd werd tot de groep waarin gestreefd werd naar een nuchter serumglucose <6,5 mmol/l of de groep met een streefwaarde <8,5 mmol/l.

Interventie. Driemaandelijke controle van glykemische status (nuchter capillair-bloedglucose, HbA1c, gewicht, en BMI) door de onderzoeker. Na twee weken volgde een bezoek aan de huisarts die over de gegevens beschikte. De huisartsen hadden zich akkoord verklaard met een standaard step-up-therapie, maar er werd niet geïnterfereerd met hun beleid. De richtlijnen van de NHG-standaard werden gevolgd met drie toevoegingen:

- externe driemaandelijke glykemische controle;
- een stapsgewijs protocol voor initiatie van insulinetherapie;
- de directe beschikbaarheid van educatieve faciliteiten, onder andere voor 'home blood glucose monitoring' en insulinetherapie, door instructieve praktijkbezoeken door de onderzoeker, ondersteuning door een diabetesexpert, en laagdrempelige toegang tot een *oncall* diabetoloog.

Meting. Vergelijking van strikt en minder strikt therapeutisch schema op de uitkomstmaten subjectief welbevinden en cardiovasculaire risico-indicatoren:

- HbA1c, bloeddruk, BMI, nuchter glucose, lipiden en albumine-kreatinineratio (driemaandelijks);
- kreatinine, proteïnurie, (pro)insuline en fibrinogeen (halfjaarlijks);
- de von Willebrand Factor (jaarlijks).

De gemiddelde duur van de follow-up bedroeg 22 maanden.

Resultaten

Er was een hoge participatiegraad van zowel de huisartsen (87 procent) als de patiënten (71 procent). De lijvige vragenlijsten werden goed ingevuld, ook tijdens de follow-up-metingen (respons 90-92 procent).

Hoofdstuk 1 biedt de cross-sectionele resultaten van de nulmeting door middel van elegante en goed gepresenteerde analyses van de relatie tussen glykemische controle en symptomen en welbevinden. Glykemische controle bleek positief gecorreleerd met stemming en welzijn, en negatief met lichamelijke symptomen.

In hoofdstuk 2 worden de resultaten op de bloedglucosewaarden beschreven. Na één jaar follow-up was er geen verschil, na twee jaar was er een significant verschil in nuchter serumglucose (gemiddeld verschil 0,9 (BI 0,3-1,6) mmol/l), maar niet in HbA1c.

Hoofdstuk 3 rapporteert als een prospectief cohortonderzoek de persoonlijkheidskenmerken die mogelijk de mate van succes bij het bereiken van de streefwaarde bepalen. Cross-sectioneel bleken een aantal persoonlijkheidskenmerken negatief geassocieerd met de glykemische controle: neuroticisme, dominantie, angst en verminderde of juist verhoogde zelfwaardering. De persoonlijkheidskenmerken hadden echter geen voorspellende waarde ten aanzien van de verandering in HbA1c.

Hoofdstuk 4 (RCT en prospectieve cohortanalyse) rapporteert over het effect van de interventie op welzijn na een follow-up van een jaar. De patiënten in de strikte behandelgroep hadden de behandeling als belastender ervaren en rapporteerden een minder positieve stemming. Diegenen die succes hadden – meer dan 1 procent afname in HbA1c – rapporteerden een verbetering van de stemming en het algemeen welbevinden.

Hoofdstuk 5 beschrijft de effecten van de interventie op cardiovasculaire risicofactoren na een follow-up van 22 maanden. Een verbetering van HbA1c ging gepaard met verbetering van lipiden, bloeddruk en albumine-kreatinineratio, maar niet van (pro)insuline, fibrinogeen, en von Willebrand Factor. Fibrinogeen steeg zelfs meer dan verwacht en wel het meest bij de patiënten die waren gestart met insuline.

Conclusies

Intensieve therapie is zeer waarschijnlijk nuttig voor de preventie van microvasculaire complicaties, terwijl verbetering van glykemie samenhangt met een beter welbevinden en gunstige veranderingen in verschillende – zij het niet alle – cardiovasculaire risicofactoren. Anderzijds zijn er echter aanwijzingen dat strikte streefwaarden als belastender worden ervaren, en dat een verhoogd fibrinogeen gehalte in het bloed een ongewenste bijwerking van intensieve farmacologische therapie zou kunnen zijn. Verder onderzoek is noodzakelijk naar ongewenste effecten van insuline op het fibrinogeen gehalte, waardoor de mogelijk atherotrombotische werking van (pro)insuline verklaard zou kunnen worden. De minder positieve stemming en ervaren belasting door het strikte therapeutische regime kunnen de voordelen op korte termijn van verbeterde glykemische controle teniet doen. Het lijkt derhalve raadzaam om bij intensivering van de therapie individuele, stapsgewijze doelstellingen te hanteren om frustratie te voorkomen.

Commentaar

Dit proefschrift met een intrigerende kft blijkt een doorwrocht wetenschappelijk werk met re-

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.

levante resultaten en aanbevelingen. Ik maak een aantal opmerkingen.

1 De responscijfers zijn prachtig. Selectieve uitval van de 29 procent non-respondenten onder de patiënten is echter denkbaar, maar een non-responsanalyse ontbreekt. Wat is er te zeggen over de externe validiteit?

2 De huisartscompliance was matig: slechts bij 15-57 procent van de consulten (gemiddeld 35 procent) namen de huisartsen de noodzakelijke stappen. Er werd ten onrechte van uitgegaan dat de huisarts als factor in de compliance werd uitgeschakeld door de gecontroleerde opzet van het onderzoek (pag. 16). Het onderzoek poogt vragen te beantwoorden op *efficacy*-niveau, terwijl de uitvoering veeleer een *effectiveness*-opzet heeft; in plaats van een motivatiecriterium werd een geografisch selectiecriterium voor de huisartsen gehanteerd. Een *effectiveness*-trial is in de huisartsgeneeskunde zeer relevant (verschil in nuchter serumglucose werd toch maar bereikt), maar dan moet wel bewust aandacht aan de huisarts-factor worden geschonken. In het regressiemodel had de behandelend huisarts als covariabele meegewogen kunnen worden. Een alternatief design zou zijn: in de vraagstelling geïnteresseerde en gemotiveerde huisartsen werven, en randomiseren op praktijkniveau. Nu was verwarring (en crossover) met betrekking tot het therapeutisch regime mogelijk bij zowel de huisarts als de patiënten. Vervolgens analyseren op huisartsniveau met multilevel-analyse, en op patiëntniveau.

3 In de beschouwing en in de stellingen 3 en 4 worden de implementatie-aspecten van de strikte glykemische controle alsnog onderkend. Er zijn twee partijen in die controle; de huisarts dient compliant te zijn aan het controleschema (dit werd geobjectiveerd), en de patiënt dient compliant te zijn aan dieet en farmacologische therapie. Zijn over de patiëntcompliance geen gegevens bekend?

4 Validiteit en betrouwbaarheidsaspecten van de gebruikte vragenlijsten worden uitvoerig beschreven op basis van gedocumenteerde studies. Het valt op dat de metingen van de biologische parameters (hoofdstuk 5) momentopnamen lijken, en dus minder betrouwbaar. Werden hypercholesterolaemie en hypertensie middels slechts één meting gediagnosticeerd?

5 Werkelijk beantwoorden van de vraagstelling vereist meting van cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit na een jaar of vier follow-up. Terecht werden enkele minder conventionele risico-indicatoren meegenomen als uitkomstmaat. De bloedmonsters zijn bewaard; het is interessant om deze na een aantal jaren te kunnen onderzoeken op 'nieuwe' indicatoren.

Werd homocysteïnebepaling voor dit onderzoek overwogen? Is het door de moeilijke uitvoering afgefallen? En C-reactief proteïne?

Trudy van der Weijden

Reactie

1 Non-responsgegevens zijn mijns inziens het meest van belang waar het vraagstellingen betreft van particularistische aard (bijvoorbeeld prevalenties en compliancecijfers), veel minder bij wetenschappelijke vraagstellingen, waarbij met name *interne* validiteit van belang is. Uiteraard kon ik het destijds niet laten mij daar toch een globale indruk van te verschaffen. Ik meen mij wat dat betreft te herinneren dat zich onder de non-respondenten relatief meer mensen bevonden die door een internist werden gecontroleerd en meer mensen met al of niet diabetesgerelateerde comorbiditeit. Momenteel heb ik echter niet de mogelijkheid de getallen precies na te gaan.

2 Randomiseren op praktijkniveau is een mogelijkheid die wij hebben overwogen. De belangrijkste reden om hiervan af te zien, was toen dat het aantal te randomiseren eenheden daarmee af zou nemen tot 27 huisartsen of nog minder 'praktijkadressen' (in plaats van 200 patiënten), hetgeen de betrouwbaarheid van de analyses in diverse opzichten in gevaar zou hebben gebracht. Een argument vóór randomisatie op praktijkniveau is inderdaad een hogere te verwachten compliance, mits, zoals recensente stelt, de bepalende factor voor ondercompliance de hoeveelheid 'verwarring' en (of) 'crossover' zou zijn. Wij schatten toen in dat een eventuele lage compliance eerder een probleem van (eventueel door ons te beïnvloeden) motivatie bij huisartsen en patiënten zou worden dan verwarring en crossover rond de streefwaarden; het therapeutische regime was immers exact hetzelfde, alleen de streefwaarden waren anders. Dat leek ons voor alle partijen helder en werkbaar. In dat geval blijft compliance een probleem in elke *gerandomiseerde* opzet.

Alleen in eerste instantie gemotiveerde huisartsen mee laten doen zou tot nog minder eenheden hebben geleid (slechts een derde wilde meedoen, hetgeen onder huisartsen inderdaad de gebruikelijke participatiegraad schijnt te zijn bij interventie-onderzoek). Er waren echter verscheidene zeer gemotiveerde huisartsen onder diegenen die pas na aandringen deelnamen, en omgekeerd. Multilevel-analyse is een goede, moderne techniek, die onafhankelijk van de gerandomiseerde eenheid uitvoerbaar is. Ten tijde van het opstellen van het analyseplan namen wij echter aan dat de huisarts als

factor in voldoende mate kon worden uitgeschakeld, hetgeen achteraf niet terecht bleek. Het is ons om verschillende redenen toch niet gelukt de gemeten compliantiegraad überhaupt op een verantwoorde wijze '*post hoc*' in de verdere analyses te betrekken. De 'eenvoud' van de maat voor compliance die wij gehanteerd hebben, zorgt alleen voor een globaal (en reproduceerbaar) *effectiveness*-cijfer. De hoogst behaalde compliance van 57 procent – inderdaad bij één van de meest enthousiaste huisartsen – is in deze zin zeer interessant en geeft te denken over de haalbaarheid van *efficacy*-onderzoek in de eerstelijnspraktijksituatie, zelfs met alleen buitengewoon gemotiveerde huisartsen.

3 Of de patiënten het voorgeschreven beleid werkelijk volgden, is niet bekend. Omdat deze patiënten aan wetenschappelijk onderzoek wilden deelnemen, mag worden aangenomen dat zij in beginsel gemotiveerd waren. Over de patiënt-compliance met betrekking tot het studieprotocol vermeld ik het volgende. Er waren 282 contacten met het onderzoekscentrum die niet leidden tot de nieuwe therapiestap die volgens het protocol geïndiceerd was. In 100 gevallen werd het contact niet gevolgd door een bezoek van de patiënt aan de huisarts; in 61 gevallen wilde de patiënt geen nieuwe stap nemen, in 21 gevallen de huisarts, en in 100 gevallen was niet te achterhalen wie verantwoordelijk was voor het uitblijven van de stap.

4 De diagnosen hypercholesterolemie en hypertensie komen niet als zodanig in de analyses aan de orde, waarmee de noodzaak van een definitie werd vermeden. Omdat het hier wetenschappelijke (en niet particularistische) vraagstellingen betrof, is alleen het *beloop* (over alle 9 metingen) van de serumcholesterolwaarden en de bloeddruk per patiënt in de analyses betrokken. Daarbij werd wel gecontroleerd of de gevonden veranderingen niet toegeschreven moesten worden aan het eventueel starten of staken van bloeddruk- of lipidenverlagende middelen of roken.

5 Bepaling van homocysteïne in spijts serum is te overwegen. Langzamerhand begint er meer bekend te worden over deze risico-indicator voor hart- en vaatziekten. Mogelijk is het bij diabetes een sterkere risico-indicator dan bij niet-diabetes. In ander, cross-sectioneel onderzoek werd bij mijn weten geen relatie gevonden met glykemische controle. Wel zijn er aanwijzingen voor een relatie met metforminegebruik. In ons onderzoek zijn echter te weinig deelnemers met metformine gestart om bepaling in dat kader de moeite waard te laten zijn. Uit ons onderzoek zouden gegevens over het natuurlijk beloop bij diabetes kunnen worden

verkregen. De homocysteïnebepaling is echter enigermate gevoelig voor de tijdsduur tussen bloedafname en centrifugeren (die bij ons varieerde tussen nul en enkele uren), waardoor de eerst te beantwoorden vraag zou zijn of onze bloedmonsters zich voor dergelijk onderzoek lenen.

Bepaling van C-reactief proteïne, als specifieke maat voor inflammatie, zou zeker interessant zijn, omdat fibrinogeen weliswaar een acute fase-eiwit kan zijn, maar ook andere prikkels tot stijging kent. Zou C-reactief proteïne zich niet gelijkaardig gedragen aan fibrinogeen, dan zou met meer zekerheid een inflammatoir proces als verklaring voor de onverwachte fibrinogeenstijging van de hand gewezen kunnen worden.

Ferdinand E.E. van der Does

Diarree

Mank T.G. *Intestinal protozoa and diarrhoea in general practice* [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1997. ISBN 90-5669-025-6.

Promotie: 22 oktober 1997.

Promotoren: prof.dr. J.Th.M. van Eijk, prof.dr. A.M. Deelder; copromotoren: dr. J.O.M. Zaat, dr. A.M. Polderman.

Bespreking: P.G.H. Peerebooms en G.J.J. van Doornum, beiden microbioloog en werkzaam op het laboratorium Volksgezondheid van de GG&GD Amsterdam.

Samenvatting

Dit proefschrift gaat over de betekenis van parasitaire verwekkers bij patiënten met diarree in de huisartspraktijk.

In hoofdstuk 2 worden de resultaten van een pilotstudie beschreven waarin gebruik gemaakt werd van standaard-onderzoeksmethoden: in 1703 faecesmonsters bedroeg de prevalentie van pathogene parasieten 11 procent, waarvan 9,2 procent *Giardia lamblia*. De aanwezigheid van parasieten was duidelijk gecorreleerd met langdurige klachten (>1 week), terwijl pathogene darmbacteriën vooral aangetroffen werden bij acute gastro-enteritis. Opvallend is dat 34 procent van de parasitaire infecties gemist zou zijn, indien alleen parasitologisch onderzoek was verricht op aanvraag van de huisarts.

In de hoofdstuk 3 wordt aandacht besteed aan optimalisering van de laboratoriumdiagnostiek van parasitaire infecties. Door naast verse faeces ook faeces in een conserveringsvloeistof (SAF) bij het onderzoek te gebruiken

en naast het standaard microscopisch onderzoek in natte preparaten ook gebruik te maken van gekleurde preparaten wordt een duidelijke meeropbrengst verkregen; dit is vooral het gevolg van de detectie van *Dientamoeba fragilis*, een parasiet die geen cysten vormt en daardoor in het onderzoek van verse faeces vrijwel altijd gemist wordt. De prevalentie van *Giardia lamblia* in deze studie bedroeg 13,5 procent.

In hoofdstuk 4 wordt de waarde van ELISA's voor het aantonen van *Giardia* in faeces beschreven, alsook de meeropbrengst van onderzoek in een aantal monsters per patiënt. Bekend is dat met een eenmalig parasitologisch onderzoek niet alle gevallen van giardiasis worden gedetecteerd. In deze studie werden met een eenmalig (microscopisch) onderzoek 44 monsters positief bevonden (prevalentie 12,0 procent); door 2 monsters per patiënt te onderzoeken, werden nog 9 extra patiënten positief bevonden (prevalentie 14,4 procent). Daarentegen werden met behulp van een ELISA in een eenmalig onderzoek 51 van de 55 positieve patiënten opgespoord.

In hoofdstuk 5 wordt het voorkomen beschreven van pathogene micro-organismen bij 892 patiënten met persisterende diarree, 56 patiënten met acute diarree en 205 asymptomatische controlepatiënten. Opnieuw werden bij acute diarree vooral pathogene bacteriën aangetroffen (32,1 procent), naast virussen (7,1 procent; uitsluitend onderzocht bij kinderen <6 jaar) en pathogene parasieten (17,9 procent). Bij persisterende diarree waren het vooral pathogene parasieten (25,3 procent), gevolgd door pathogene bacteriën (7,7 procent) en virale verwekkers (5,8 procent, uitsluitend onderzocht bij kinderen <6 jaar)).

Het voorkomen van pathogene bacteriën en virussen bij de controlepersonen is niet onderzocht; pathogene parasieten werden bij 6,3 procent van de controlegroep gevonden en betroffen voornamelijk *Dientamoeba fragilis*. Apathogene protozoa, waarvan *Blastocystis hominis* de meest voorkomende is, werden in vergelijkbare percentages (32-44 procent) aangetroffen in alle groepen. Verder bleek zowel voor parasitaire als bacteriële infecties sprake te zijn van een duidelijke seizoensinvloed met de hoogste prevalentiecijfers in de zomer en de herfst.

In hoofdstuk 6 wordt nagegaan in hoeverre symptomen en anamnestiche gegevens een handvat kunnen bieden voor een gerichte aanvraag voor laboratoriumdiagnostiek. Geen van de onderzochte variabelen bleek voldoende voorspellende waarde te bezitten om gericht onderzoek te kunnen aanvragen.

In hoofdstuk 7 tenslotte wordt een overzicht

gegeven van alle beschikbare literatuurstudies met betrekking tot de behandeling van giardiasis. Behandeling met nitro-imidazolen is effectief voor de behandeling van giardiasis in vergelijking met placebo, en lijkt de voorkeur te verdienen boven andere middelen als albendazol en furazolidon. Van de nitro-imidazolen is tinidazol effectiever dan metronidazol, en een eenmalige dosering is even effectief als een langere behandeling.

Commentaar

De betekenis van parasieten als verwekker van (persisterende) gastro-enteritis wordt duidelijk aangetoond in dit proefschrift. De huisarts doet er goed aan hiermee rekening te houden bij het aanvragen van laboratoriumdiagnostiek bij patiënten met diarree.

Het pleidooi om, naast verse faeces, ook faeces in een conserveringsvloeistof (SAF) te laten inleveren, is mogelijk minder gemakkelijk te realiseren. De huisarts dient de patiënt en/of verzorgers duidelijk te instrueren over het gebruik van de container met SAF om verkeerd gebruik te voorkomen. Desondanks leverde dit in een soortgelijke studie in Amsterdam in 1987 regelmatig problemen op met lekkende containers en patiënten die het fixatief weggooiden.¹ Daarnaast vereist parasitologisch onderzoek door middel van gekleurde preparaten een grondige omscholing van de analisten in de meeste laboratoria. De Nederlandse Vereniging voor Parasitologie beraadt zich momenteel op dit onderwerp.

Verder is nader onderzoek gewenst naar de betekenis van *Dientamoeba fragilis* en de noodzaak om patiënten met deze parasiet te behandelen. In een studie in huisartsenpeilstations in 1996 werd *Dientamoeba fragilis* gevonden bij 10 procent van de mensen met klachten en bij 17 procent van de controlepersonen.²

Gebruik van een *Giardia*-ELISA zou mogelijk een waardevolle aanvulling van het standaard parasitologisch onderzoek betekenen. Daarmee zou tevens het advies om bij parasitologisch onderzoek drie monsters in te sturen, kunnen vervallen. Uit eigen ervaring weten wij dat slechts bij 17 procent van de aanvragen voor parasitologisch onderzoek meer dan 1 faecesmonster wordt ingezonden. De extra opbrengst door gebruik van een *Giardia*-ELISA dient te worden afgewogen tegen de meerkosten die met dit onderzoek gemoeid zijn.

Een laatste punt dat aandacht verdient, is het beperkte onderzoek naar virale verwekkers, dat tevens beperkt is gebleven tot kinderen <6 jaar. Door tevens onderzoek te doen naar andere (niet kweekbare) virussen als adenovirussen

en humane enterale calicivirussen, zou de rol van virussen als verwekkers van (acute) diarree van groter belang kunnen blijken dan valt op te maken uit de cijfers uit het proefschrift.

P.G.H. Peerebooms,
G.J.J. van Doornum,

- 1 Hoogenboom-Verdegaal AMM, During M, Leentvaar-Kuypers A, et al. Epidemiologisch en microbiologisch onderzoek met betrekking tot gastro-enteritis bij de mens in de regio's Amsterdam en Helmond [rapport 14862001]. Zeist: RIVM, 1989.
- 2 De Wit MAS, Kortbeek LM, Van Leeuwen WJ, et al. Interim-rapportage van onderzoek naar gastro-enteritis in huisartsenpeilstation (NIVEL) 1996-1997 RIVM rapport 216852001]. Zeist: RIVM, 1997.

Reactie

Natuurlijk is en blijft het zo, dat voor het aantonen van een parasitaire darminfectie het meest ideale onderzoeksmateriaal bestaat uit vers geïsoleerde, onbehandelde, nog warme faeces. De diagnostiek berust dan op het microscopisch aantonen van de cysten en de levende, zich (karakteristiek) bewegende vegetatieve stadia van de darmprotozoa in de faeces. Tijdens ons onderzoek is gebleken dat het mediane tijdsinterval tussen het verzamelen van het faecesmonster door de patiënt en inleveren bij het laboratorium 6 uren bedroeg (25-75%-kwartiel interval 4-17 uur). Wanneer wij ons bedenken dat de vegetatieve stadia van de darmprotozoa bij blootstelling aan de buitenlucht hun mobiliteit verliezen, desintegreren en microscopisch onherkenbaar worden (bij *D. fragilis* binnen één uur na lozing, *E. histolytica* en *G. lamblia* lijken wat meer resistent tegen lysis), is het niet verwonderlijk dat de opbrengst van onderzoek uitgaande van met SAF gefixeerde faeces (waarbinnen de vegetatieve stadia naast de eventueel aanwezige cysten aantoonbaar blijven) duidelijk groter is dan onderzoek uitgaande van 'vers' materiaal.

Gedurende het promotie-onderzoek en nu ook binnen de routinepraktijk van het Artsenlaboratorium in Haarlem werd en wordt gebruik gemaakt van een speciaal voor dit doel ontworpen diarreepakket om faecaal materiaal te verzamelen en te fixeren. Het pakket omvat, naast de materialen om dit op een aanvaardbare manier te doen (handschoenen, lepeltje, etc.), een duidelijke instructie voor het verzamelen en fixeren van de ontlasting. Problemen met lekende faecescontainers en onjuist gebruik van het SAF-fixatief door patiënten werd binnen onze groep patiënten (ruim 5000 faecesmonsters) slechts een enkele maal gezien.

De noodzaak van nader onderzoek naar het

pathogene karakter van *D. fragilis* ondersteunt ik ten zeerste. De observatie dat de ingesloten symptomatische patiënten na behandeling met Flagyl spoedig van hun klachten alsook van de *D. fragilis*-infectie verlost waren, vormde de aanleiding tot het uitvoeren van een dubbelblind gerandomiseerde, placebogecontroleerde clinical trial met Tinidazol in de huisartspraktijk, waarover binnenkort zal worden gerapporteerd.

Voor de bevindingen van de studie naar gastro-enteritis in huisartsenpeilstations in 1996 heb ik geen verklaring. Het feit dat, naast *D. fragilis*, ook *Giardia lamblia* (over de pathogeniciteit waarvan geen discussie bestaat) in de controlegroep vaker voorkomt dan in de onderzoeksgroep, verdient nader onderzoek; met name naar de methodologie van de studie.

Verder onderzoek naar infectieuze diarree in de huisartspraktijk is zeker zinvol, doch dient naar mijn mening bij voorkeur gericht te zijn op die micro-organismen waarbij de bevindingen van (eventueel) diagnostisch laboratoriumonderzoek therapeutische consequenties voor de betrokken patiënt(e) zou kunnen hebben. Mede vanuit deze achtergrond bezien, werd gedurende mijn studie slechts in beperkte mate onderzoek verricht naar virale verwekkers bij persisterende diarreeklachten in de huisartspraktijk.

Theo G. Mank

(Dreigende) miskraam

Fleuren MAH. Managing (imminent) miscarriage in primary health care. An evaluation of the (imminent) miscarriage guideline of the Dutch College of General Practitioners by general practitioners, midwives, obstetricians and patients [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1997. ISBN 90-73074-03-7.

Promotie: 21 november 1997.
Promotoren: prof.dr. M. de Haan,
prof.dr. R.P.T.M. Grol;
copromoter: dr. D. Wijkkel.
Bespreeking: L. Meijer, huisarts te
Amersfoort.

Het is een lange weg voordat een gepubliceerde richtlijn een veranderd beleid bij een individuele huisarts teweegbrengt. In dit veranderingsproces kunnen verschillende fasen worden onderscheiden. Allereerst adoptie met de tussen stappen oriëntatie, inzicht en acceptatie. Daarna de implementatie van de standaard. Tenslotte volgen nog institutionalisatie en evaluatie. In dit proces kunnen vele obstakels het uiteindelijk handelen volgens de standaard in de weg staan.

In dit onderzoek staan de volgende onderzoeksvragen centraal:

- In welke mate is de NHG-Standaard (Dreigende) Miskraam bij huisartsen en verloskundigen bekend? In hoeverre wordt hij geaccepteerd en wordt er volgens de standaard gehandeld?
- Wat is het beleid van de gynaecologen bij een (dreigende) miskraam en in hoeverre sluit dit aan bij de richtlijnen in de standaard?
- In welke mate ondervinden huisartsen en verloskundigen obstakels bij het ten uitvoer brengen van de standaard (dreigende) miskraam?
- Hoe waardeert de patiënt de zorg die geleverd wordt door een huisarts of verloskundige die werkt volgens de standaard?

Het onderzoek bestaat uit een vijftal deelstudies. Er wordt gebruikt gemaakt van vragenlijsten aan de vier onderzochte groepen. Door registratie-onderzoeken wordt gemeten hoe er uiteindelijk gehandeld wordt door huisartsen en verloskundigen.

Huisartsen

De meeste huisartsen zijn bekend met de standaard. Ook blijkt de acceptatie van de standaard algemeen. Bezwaren tegen de richtlijnen zijn:

- de periode tussen de eerste en de vervolgspraak is te lang;
- het duurt te lang voordat de vervolgspraak gemaakt wordt nadat de miskraam achter de rug is;
- pas na drie miskramen wordt verwezen naar een gynaecoloog (in plaats van na twee miskramen);
- er is te veel terughoudendheid met de echo (het kan een vrouw toch zekerheid verschaffen).

De werkwijze van de huisartsen bleek op een aantal punten af te wijken van de richtlijn. Er werd regelmatig geen vaginaal en speculumonderzoek gedaan, maar wel een echo. Vrouwelijke huisartsen deden significant vaker vaginaal en speculumonderzoek dan hun mannelijke collega's. De huisartsen die al tijdens het eerste contact een echo lieten doen, hadden hun praktijk dicht bij een ziekenhuis. Een vervolgspraak werd na vijf dagen gemaakt (tien in de standaard). Er werd geen afspraak gemaakt voor nazorg nadat de miskraam achter de rug was. Ook werd er veelal na twee miskramen verwezen naar een gynaecoloog.

De onderdelen van de standaard die niet ten uitvoer worden gebracht, blijken min of meer dezelfde als de onderdelen die niet geaccepteerd zijn.

Er blijken voor het werken volgens de standaard enige obstakels te zijn: het niet geaccepteerd zijn van de standaard op onderdelen; de patiënt die een ander beleid wenste of de gynaecoloog die zonder overleg de begeleiding overneemt.

Verloskundigen en gynaecologen

De meeste *verloskundigen* zijn niet op de hoogte van de standaard, mogelijk doordat alleen een samenvatting van de standaard in het *Nederlands Tijdschrift voor Verloskundigen* heeft gestaan. De acceptatie onder verloskundigen was minder dan onder huisartsen, met name wat betreft vaginaal en speculumonderzoek, de terughoudendheid met echo's en het niet verwijzen naar een gynaecoloog.

Verloskundigen gebruiken vaker de doptone en huisartsen vaker vaginaal en speculumonderzoek. Met name speculumonderzoek wordt minder vaak door verloskundigen gedaan; zij hebben hiermee minder ervaring.

Huisartsen zien patiënten vaker tijdens spreekuur, terwijl verloskundigen zowel tijdens spreekuur als tijdens visites patiënten met een (dreigende) miskraam zien. Verloskundigen maken vaker een afspraak nadat de miskraam geheel achter de rug is, vaak eerder dan 6 weken. De verloskundigen zien mogelijk een andere populatie dan de huisartsen (na 12 weken). Vrouwen met een vroege miskraam komen vaker bij de huisarts (<12 weken).

Slechts een kleine meerderheid van de *gynaecologen* is bekend met de inhoud van de standaard. Slechts weinigen zijn het totaal met de standaard eens. De meeste kritiek is er op het afwachende beleid en het terughoudende gebruik van de echo.

De gynaecologen werd gevraagd naar protocollen binnen de maatschap ten aanzien van het beleid bij (dreigende) miskraam. Het blijkt dat er veel verschillen zijn, variërend van rustig afwachten tot de patiënt in eigen zorg houden, van een curettage doen tot terugverwijzen naar huisarts of verloskundige. Al met al is er weinig neiging tot terugverwijzen. Schokkend is dat bijna een kwart van de maatschappen gynaecologen afspraken hebben dat een huisarts of verloskundige geen echo kan laten maken in eigen beheer.

De eerste en de tweede lijn blijken duidelijk over een andere populatie te spreken, twee werelden: de ongecompliceerde miskraam in de eerste lijn, terwijl de gynaecologen vaker patiënten met complicaties zien.

Patiënten

Huisartsen en verloskundigen die de standaard accepteerden en bereid waren volgens de stan-

daard te werken, wierven de *patiënten* voor het onderzoek. De *verwachtingen* die de patiënt heeft voor het consult zijn: de helft van de patiënten verwacht een echo te krijgen en een vierde verwacht naar de gynaecoloog doorverwezen te worden. De meesten verwachten geen lichamelijk onderzoek. Meer dan de helft van de patiënten ziet de (dreigende) miskraam als een spoedgeval.

Bij de *evaluatie* van de zorg bleken de meeste patiënten tevreden met de ontvangen zorg en het medeleven. Het betrokken worden bij de beslissingen werd ook positief ervaren. De zorg zou kunnen verbeteren, aldus de patiënten door: meer informatie over het proces en de oorzaak van de miskraam geven, (be)verloop en behandeling van de miskraam, meer empathie, een echo maken, verwijzen naar gynaecologen, meer zorg en begeleiding als de miskraam achter de rug is.

De significante voorspellers van het uiteindelijk oordeel van de patiënt over de geboden hulp zijn: het empathisch zijn, het betrekken van de patiënt bij beslissingen, en de totale duur van de contacten. Deze drie punten hadden een positieve invloed op de evaluatie. Het van huis gaan met het idee te willen worden doorverwezen, zorgt voor een minder positieve beoordeling van het contact. Opvallend was dat de verwachting een echo of een verwijzing te krijgen, uiteindelijk de evaluatie *niet* significant beïnvloedde. Goede begeleiding blijkt essentieel. Hoewel veel patiënten een echo verwachten, wordt hun uiteindelijk oordeel bepaald door empathie, begeleiding en de tijd nemen.

Bij het registratie-onderzoek in het ziekenhuis bleek een derde van de patiënten op eigen initiatief naar het ziekenhuis te gaan, zonder tussenkomst van huisarts of verloskundige.

Commentaar

De huisartsen en verloskundigen hebben kennis van de standaard genomen via de plastic kaart of de samenvatting of de hele standaard. Een deskundigheidsbevorderingspakket is er tot op heden niet. Of huisartsen een specifieke nascholing op dit gebied gevolgd hebben, werd niet gevraagd. Mogelijk zouden er dan wat mogelijkheden zijn om dieper in te gaan op het proces hoe men zich een richtlijn eigen maakt. Alleen lezen is niet genoeg.

Zelfs alleen nascholen over een onderwerp maakt nog niet dat de richtlijn in de dagelijkse praktijk toegepast kan worden. De vraag is of er voldoende training bij de huisartsen en verloskundigen geweest is om zich de standaard eigen te kunnen maken. Accepteren van een standaard is nog wel wat anders dan hem kun-

nen toepassen. De voorwaarden voor een succesvolle implementatie van de standaard zouden met twee aparte groepen onderzocht moeten worden, waarbij de ene groep wel training en scholing in de standaard krijgt, en de andere groep niet.

Wat is de oorzaak van het niet uitvoeren van vaginaal en speculumonderzoek? Waarom doen vrouwelijke huisartsen deze onderzoeken vaker? Sommigen zouden zeggen dat het geen informatie zou opleveren, dat wat je vindt niet te interpreteren is. Anderen zeggen dat de patiënt het niet wil. Bij het onderzoek onder de patiënten blijkt dat, als er maar duidelijk uitgelegd wordt wat er waarom gedaan wordt, dit geen problemen oplevert voor wat betreft de acceptatie door de patiënt. Welke belemmeringen er spelen bij de huisartsen zelf, zoals onzekerheid over hun eigen onderzoek, komt niet naar voren.

Schrikbarend vind ik het feit dat er bij een kwart van de maatschappen gynaecologie geen echo's in eigen beheer gedaan kunnen worden. Dit geeft de noodzaak des te sterker aan om tot regionale afspraken te komen. Ook het feit dat in een deelonderzoek een derde van de patiënten op eigen initiatief naar de tweede lijn gaat, is een zorgelijke ontwikkeling, die om regionale afspraken vraagt.

Door alle betrokken partijen op te nemen in het onderzoek wordt duidelijk welke krachten er meespelen in het managen en ondergaan van de zorg rond de (dreigende) miskraam. Daarbij is het belang van een goed onderbouwde standaard groot. Maar met de standaard begint het eigenlijke werk pas. De standaard moet bekend raken, geaccepteerd en geïmplementeerd worden door de huisartsen. Maar er moet ook informatie over de richtlijnen en hun achtergrond gegeven worden aan de verloskundigen, en de gynaecologen.

Wat de echografie aangaat: het blijkt dat er binnen de beroepsgroepen een duidelijke wens is om hiermee meer zekerheid binnen te krijgen. Opvallend is dan dat het uiteindelijke oordeel van de patiënt over de het consult niet significant beïnvloed wordt door het al dan niet laten verrichten van een echo. De empathie, het betrekken in de besluitvorming en de geïnvesteerde tijd blijken van groter belang. En dat is een mooi onderzoeksresultaat vind ik.

Loes Meijer

Reactie

Bij het onderzoek was er sprake van een soort tweetrapsraket: eerst globaal onder grote (representatieve) groepen huisartsen en verlos-

kundigen de acceptatie, werkwijze en knelpunten nagaan, vervolgens nauwkeurig bij selectieve groepen huisartsen en verloskundigen (geselecteerd op het accepteren van de standaard) de werkwijze en knelpunten in de dagelijkse praktijk nagaan. Het hart van de studie waren de registratie-onderzoeken onder 86 huisartsen en 56 verloskundigen die de standaard accepteerden en 12 maanden hun handelen registreerden. Deze studies leverden de meest nauwkeurige gegevens op wanneer het gaat om de vraag op welke punten de standaard in praktijk (niet) werkbaar is en waarom.

Na afloop van de 12 maanden werd iedere patiënt met de huisarts besproken en werd per richtlijn nagegaan wat de redenen waren om van de standaard af te wijken. Dit leverde gedetailleerde informatie over belemmeringen bij het navolgen van de standaard, inclusief belemmeringen die bij de huisarts zelf spelen. Onzekerheid over het eigen onderzoek en de interpretatie van de bevindingen speelt inderdaad soms een rol, maar ook bijvoorbeeld het vervelend vinden om bepaald onderzoek bij de patiënt te doen. Om het aantal gegevens te reduceren is ervoor gekozen deze belemmeringen niet zo gedetailleerd weer te geven. In de hoofdstukken 4 en 5 van het proefschrift zijn de belemmeringen ingedeeld in negen hoofdcategorieën en worden ze per richtlijn besproken.

De vraag of de huisartsen en verloskundigen wel voldoende training hebben gehad om zich de standaard eigen te kunnen maken, is niet eenvoudig te beantwoorden. In het onderzoek is nagegaan welke knelpunten huisartsen (en verloskundigen) ondervinden die de adoptiefase uit het veranderingsproces goed doorlopen hebben, dat wil zeggen de standaard accepteren en goed op de hoogte zijn van de inhoud. De huisartsen en verloskundigen werden eerst geselecteerd op het accepteren van de standaard en ontvingen vervolgens nascholing die met name inging op de inhoud van de standaard, de mogelijke knelpunten, en hoe deze op te lossen. Tijdens de nascholing werd echter geen (vaardigheids)training gegeven.

Uit de registratie-onderzoeken kwam naar voren dat veel huisartsen en verloskundigen kritiek hadden op het geadviseerde lichamelijke onderzoek uit de standaard. Men vond het interpreteren van de resultaten van dit onderzoek vaak een lastige klus, met name bij jonge zwangerschappen. Als men deze bevindingen uitlegt in termen van een gebrek aan vaardigheden bij de betreffende huisartsen en verloskundigen, dan was een vaardigheidstraining mogelijk wel op z'n plaats geweest.

Margot Fleuren

Voeding

Van Binsbergen JJ, 't Hart-Eerdmans M, Henderickx HK, Kok FJ, Mathus-Vliegen EMH, redactie. Voedingskroniek 1998. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1997; 164 pagina's, prijs NLG 80,- (NLG 64,- voor abonnees). ISBN 90-313-2145-1.

Voedingskroniek 1998 is een eerste editie van een serie jaarkronieken over voeding. Het boek behandelt in tien hoofdstukken deels historische, deels actuele onderwerpen over voedingsmiddelen in relatie tot gezondheid.

Historisch gezien heeft de Hollandse keuken weinig eigen karakter. Door de centrale rol die ons land speelt in de voedseldistributie, zijn er veel invloeden van buitenaf. De Nederlander kiest uit het grote assortiment het beste en maakt zich daarbij nog geen zorgen over de aanslagen op de slanke lijn. De tekorten in het voedingspatroon (deficiënties) hebben inmiddels plaats gemaakt voor een teveel (aan energie-inneming).

Denken en doen over voeding blijken vaak ver uiteen te liggen. Veel Nederlanders denken dat ze gezond eten, terwijl de realiteit anders is. Bij zelfbeoordeling vergelijkt men zich graag met personen met een nog slechter eetpatroon. De auteurs bepleiten meer effectieve en creatieve voorlichtingsprogramma's, gericht op specifieke leeftijdsgroepen. Nieuwe technologie zal ons in de toekomst in staat stellen de (erfelijk bepaalde) gevoeligheid voor bepaalde voeding in relatie tot ziekten te identificeren. Hierdoor zal een meer risicogerichte dieetinterventie mogelijk worden.

Met het toenemen van de vergrijzing zal ook het aantal voedingsgerelateerde ziekten (hart- en vaatziekten, carcinomen) toenemen. Optimalisering van de voeding, waarbij al dan niet gebruik wordt gemaakt van de nieuwe ontwikkelingen in de voedseltechnologie, biotechnologie en moleculaire biologie, zal hierop het antwoord moeten zijn. De verwachting is echter dat voor de consument, naast gezondheid, ook milieu-argumenten in toenemende mate een rol zullen gaan spelen bij de keuze van voedingsmiddelen. De toekomst zal het leren.

Dit boek vormt met zijn keur aan onderwerpen een appetijtelijk en goed leesbaar geheel. De inhoud is deels inleidend, deels een weergave van de 'state of the art' van de voedingsleer. Van Binsbergen verbaast zich in zijn inleiding over het feit dat geneeskundigen (lees huisartsen) zich doorgaans weinig met voeding bezighouden, terwijl zij het vaakst met de gevolgen van een onevenwichtig voedingspatroon worden geconfronteerd. Deze voedingskroniek lijkt me in staat de interesse voor dit onderwerp te stimuleren. Wellicht kan in volgende edities

nog meer de nadruk komen te liggen op actuele ontwikkelingen in de voedingsleer, zodat de belangstelling, eenmaal gewekt, ook warm gehouden kan worden.

Henk Koopman

Euthanasie

Blad JR, redactie. Mijn leven! Mijn dood? Beschouwingen over verantwoorde zelfbeschikking. Amsterdam: Thesis, 1998; 156 bladzijden, prijs NLG 24,90. ISBN 90-5170-433-X.

De Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE) houdt zich al 25 jaar bezig met de ontwikkeling van stervenshulp waarin plaats kan zijn voor actieve, vrijwillige euthanasie. Zij streeft ernaar de *lege artis* uitvoering hiervan uit de strafrechtelijke sfeer te halen. Mede door haar beleidsontwikkeling en publieksvoorlichting is er in deze periode bij het Nederlandse publiek grote openheid over dit zwaarbeladen onderwerp ontstaan, en wordt de discussie ook vanuit het buitenland met belangstelling gevolgd.

De NVVE heeft ter gelegenheid van haar 25-jarig bestaan een boekje gemaakt met daarin beschouwingen van verschillende auteurs over het onderwerp vrijwillige euthanasie. Enkele van deze auteurs zijn door de aard van hun werk rechtstreeks betrokken bij stervenshulp en berichten over de moeilijkheden die zij ondervonden hebben in gevallen waarin euthanasie de enige keuze voor arts en patiënt is. Hieruit volgt het advies om de wet op de lijkbezorging aan te passen, opdat de arts niet meer aan zijn eventuele eigen veroordeling behoefte mee te werken als hij euthanasie meldt. Geadviseerd wordt om de arts alleen te laten verklaren dat de dood is vastgesteld. Ik vraag mij af of de arts, die van de omstandigheden rond het overlijden van de patiënt op de hoogte dient te zijn, echt niet geschikt is om een niet-natuurlijke dood te vermoeden, zoals gesteld wordt.

Ook in de bijdrage van een politicus komt de wens tot decriminalisering van de euthanasiepraktijk naar voren, hoewel de auteur vanuit zijn achtergrond ook begrip heeft voor de verantwoordelijkheid van de overheid. Deze tegenwoordigt ook burgers voor wie het leven een zaak is waarover alleen door God beschikt mag worden, en door de overheid beschermd moet worden. De politicus zou graag de bewijslast van Justitie omgekeerd zien: euthanasie wordt dan niet strafbaar, tenzij niet zorgvuldig uitgevoerd.

De hoogleraar strafrecht pleit voor nuancering van de strafbaarheid van euthanasie, maar niet voor schrappen uit het Wetboek van Strafrecht. Hij doet een voorstel tot wijziging van de

Research on mental problems in general practice

artikelen 293 en 294 WvS, zodat de geneeskundige strafrechtelijk kan worden getoetst, indien hij niet aan zorgvuldigheidsnormen voldoet, of indien een uitdrukkelijk verzoek ontbreekt.

Andere bijdragen behandelen hulp bij zelfdoding in de psychiatrie en zich versterven als zelfbeschikkingsmiddel, een actueel thema in de media, maar ook in mijn eigen praktijk. Het verschil met voedselonthouding door behandelers, het versterven, wordt uiteengezet; er kan dan op goede gronden sprake zijn van euthanasie (bijvoorbeeld bij demente bejaarden), maar niet van vrijwillige euthanasie.

Tot slot geeft de voorzitter van de NVVE een overzicht van de voorwaarden waaraan een euthanasiebeleid zou moeten voldoen, als dat beleid streeft naar optimalisering van het zelfbeschikkingsrecht van de mens met betrekking tot de beëindiging van het eigen leven.

Het boek geeft een goed overzicht van alle aspecten van het euthanasiebeleid waarop de NVVE de aandacht richt. Gezien de zwaarte van het onderwerp kan en mag zo'n overzicht niet vlot weggelezen. En dat is dan ook niet het geval. Rabiëte tegenstanders van de zich in Nederland ontwikkelende euthanasiepraktijk komt men tussen de auteurs uiteraard niet tegen. Toch komt na het lezen van dit boek bij mij de gedachte op om de behandelde problematiek nog eens door te spreken met behandelers en beleidsontwikkelaars met bijvoorbeeld een RK of moslim-achtergrond. Er komt in het boek geen patiënt of familielid rechtstreeks aan het woord.

Uit het boek komt de wens tot decriminalisering van de euthanasiepraktijk steeds weer naar voren. Dit zou de patiënt direct ten goede komen door vermindering van de stress bij de behandelend arts, waardoor de verdere ontwikkeling van de medisch-technische en verzorgende aspecten meer aandacht kunnen krijgen. De auteurs zijn uiteraard teleurgesteld dat de overheid in 25 jaar geen perfect euthanasiebeleid heeft kunnen ontwikkelen. Een succesrecept met daarbij een perfecte communicatiestrategie naar de tegenstanders hebben de auteurs van het boek echter ook niet. De toekomst van de euthanasiepraktijk voorspellen kan niemand, ook de NVVE niet. Vernieuwingen in de wetgeving zullen tot stand moeten komen met instemming van alle maatschappelijke groeperingen, niet alleen uit die met een humanistische achtergrond.

Ik hoop dat de NVVE bij haar 50-jarig jubileum met evenveel gepaste trots over haar bijdrage aan een verandwoord euthanasiebeleid kan terugkijken als bij het huidige jubileum.

Frank Nieuwesteeg

De 46e bijeenkomst van de European General Practice Research Workshop (EGPRW) werd van 7 t/m 10 mei 1997 gehouden in Bergen – qua inwonertal de tweede stad van Noorwegen, qua sfeer een gezellige vissersplaats. Er waren 83 deelnemers uit 20 landen. Het centrale thema was 'Research on mental problems in general practice'.

Nederlandse voorzitter

Er was een vol programma met vier inleidende lezingen, 15 themapresentaties, 7 vrije voordrachten en 10 'one slide five minutes'-voordrachten, dat recht deed aan het belang van onderzoek in deze richting. Het was duidelijk dat de organisatie voor de moeilijke taak had gestaan het grote aantal aanmeldingen onder te brengen in een programma van niet meer dan drie dagen. Sommige 'one slides' hadden beslist meer ruimte verdiend. Daarnaast waren er de vergaderingen van het dagelijks bestuur en de 'general council' (met vertegenwoordigers uit elk land), een bezoek aan een Noors gezondheidscentrum en een sessie gewijd aan de EGPRW Home Visit Study.

Terwijl in Nederland de eerste tropische dagen beleefd werden, hielden we in Bergen het hoofd koel bij 12 graden en elke dag regen. Als de zon dan al eens doorbrak, was dat extra mooi, zeker omdat het om half elf 's avonds nog licht was.

Paul Wallace (UK, London) trad terug als voorzitter; drie jaar zat hij de bijeenkomsten voor als een echte gentleman met veel sociale vaardigheid en flair. Zijn opvolger werd Jan-Joost Rethans uit Maastricht, een EGPRW-ganger van het eerste uur. De secretariële organisatie van de EGPRW is sinds vijf jaar in de handen van Hannie Prick (CARE, Maastricht).

Er werd een speciale bijeenkomst gewijd aan de European Home Visit Study, waarin de visitecultuur van verschillende Europese landen vergeleken werd. In deze verslagen werd hier al eerder aandacht aan besteed. De gebruikte vragenlijsten werden veel te lang en omslachtig bevonden en onder leiding van Van Royen (België) werd een nieuwe, meer toegespitste vraagstelling voorgesteld, die door de congresgangers werd goedgekeurd. In de Home Visit Study zullen de visitecultuur en de achtergrond van de gezondheidszorg in de verschillende landen worden beschreven en zal de kosteneffectiviteit geëvalueerd worden.

Inleidende lezing

Een van de inleidende lezingen werd door Bodil Pederson (Noorwegen) verzorgd. Zij is, als

patiënt, ervaringsdeskundige op het gebied van psychosociale zorg. Met een jeugd vol moeilijkheden en een acute psychose op haar 18e kwam ze met psychosociale hulpverlening in aanraking. In haar lezing 'A user's perspective on mental health care: what changes are needed in primary health care' verhaalde ze haar gang door de gezondheidszorg en legde ze accenten bij kenmerken van de eerstelijnszorg en de attitude van de hulpverleners daarin. Niet alleen wat, maar ook hoe ze het zei maakte veel indruk op het gehoor. Enkele pakkende uitspraken: "Een vertrouwensband bestaat niet alleen uit een patiënt die gelooft wat de dokter zegt, maar ook uit artsen die naar hun patiënten luisteren, ze waarderen en respecteren. Welke attitude hebben huisartsen en psychiaters zelf ten aanzien van het hebben van een psychisch probleem, als ze nog eerder suïcide plegen, verslaafd of overwerkt raken, dan zelf om hulp te vragen voor eigen problemen?" Haar boodschap was dat de communicatievaardigheden van de huisarts van cruciaal belang zijn. Patiënten willen zich begrepen voelen en willen begrijpen wat de dokter zegt, ze weten zelf het beste hoe ze zich voelen en het is essentieel dat patiënten zich daarin serieus genomen voelen. Met name patiënten met psychosociale problemen voelen zich kwetsbaar en afhankelijk en de hulpverlener moet zich van deze machtsongelijkheid bewust zijn. Ook kost het meer tijd volgens Pederson om patiënten met psychosociale problemen te behandelen dan patiënten met somatische problemen.

Psychosociaal label

Na deze prikkelende start begonnen we aan het wetenschappelijke programma, waarbij velen het gebruikersperspectief van Pederson in hun achterhoofd hielden.

Verhaak (NL) vergeleek video-opnamen van huisartssprekurenconsulten uit zes West-Europese landen en kwam tot de conclusie dat de verschillen in psychosociale diagnoses tussen huisartsen erg groot zijn, waarbij de variabiliteit tussen landen groter was dan de variabiliteit binnen dezelfde landen. In België en Duitsland benoemden huisartsen weinig psychosociale problemen, ook al werden deze door patiënten ter sprake gebracht in het consult. In Engeland, Spanje en Nederland, landen waar de huisarts een poortwachtersfunctie heeft, benoemden huisartsen meer psychosociale problemen. Opvallend was dat in België en Duitsland patiënten zich juist wel beter begrepen voelden. Zou dit iets te maken kunnen hebben met de vrijere artsenkeuze of met meer tijd per consult in deze landen, werd er in de discussie gevraagd.

Wiefferink (NL) onderzocht of huisartsen gevoelsmatig een verschil maakten tussen somatiserende en niet-somatiserende patiënten. De huisartsen vulden een vragenlijst in om moeilijke patiënten te kunnen identificeren. Somatiserende patiënten werden gemiddeld gezien moeilijker gevonden dan de gemiddelde spreekuurbezoekers. In de discussie kwam sterk naar voren, dat het etiket moeilijke patiënt (of zelfs nog extremer: 'frustrating, hateful patiënt') nogal wat weerstand opriep bij de toehoorders. Duidelijk werd dat dit nooit een aan de patiënt gekoppeld predikaat mag worden, hooguit een beschrijving van het gevoel (van onmacht) van de behandelend arts. Dergelijke studies zouden dan ook naar de achtergrond variabelen van de betreffende huisartsen kunnen onderzoeken.

Wie pakt het aan?

Na de identificatie van psychosociale problemen bij patiënten door de huisarts ontstaat het probleem wie de geëigende persoon is om de psychologische problemen aan te pakken: de huisarts of een ander? Het op tafel krijgen van het probleem is al een belangrijke eerste stap in de behandeling en dit is zonder meer een centrale taak van de huisarts. Dat dit niet altijd lukt, mede doordat veel problemen verborgen blijven en hooguit in de vorm van een lichamelijke klacht aan de huisarts worden gepresenteerd, is algemeen bekend. De consultvaardigheden en interesses van huisartsen spelen ook een belangrijke rol. De voorwaarden voor een goede communicatie tussen arts en patiënt die Pederzon schetste, kwamen hier bij menigeneer weer in herinnering.

Hearnshaw (UK) presenteerde een elegante studie naar het implementeren van richtlijnen voor het identificeren en behandelen van depressie door de huisarts. In een gerandomiseerde trial namen de interventiehuisartsen contacten met patiënten op band op en werden deze geanalyseerd en kregen de huisartsen individueel feedback over hun omgang met depressieve patiënten. De groep controlehuisartsen nam geen gesprekken op en kreeg geen feedback. De voorlopige uitkomsten laten zien dat huisartsen die de richtlijnen al volgden, het beter doen dan huisartsen die niet de richtlijnen volgden, gemeten aan de snelheid waarmee de depressie verbeterde bij patiënten. Verbeterde behandeling van patiënten betekende in dit geval dus een op persoonsniveau toegesneden leerproces van de huisarts. Over het algemeen werd er te laag en te kort gedoseerd met antidepressiva. Persoonlijke barrières in het uitvoeren van de richtlijnen voor depressie, zoals gebrek aan vertrouwen in de richtlijnen, eigen

psychologische problemen en moeite om belanden vragen te stellen, waren frequent aanwezig bij huisartsen, konden geïdentificeerd worden en er waren strategieën om deze barrières aan te pakken.

Maoz (Israel) beschreef de situatie in Israel, waar de regering de samenwerking tussen eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg stimuleert. Hij vergeleek twee modellen, één waarbij de psychiater/psycholoog in de eerste lijn patiënten behandelde, met als tweede het consultatie model waarbij de psychiater zelf geen patiënten uit de eerste lijn overnam, maar supervisie gaf aan huisartsen. De studie verkeerde in de beginfase, en Maoz beschreef de methodologische moeilijkheden met vergelijkbaarheid van deelnemende huisartsen en patiënten, en het ontwikkelen van zinvolle effectmaten. De EGPRW liet zich tijdens deze presentatie kennen als een open forum, waarin graag meegeacht wordt in de opbouwfase van een onderzoek.

Churchill (UK) voerde op een zeer nette manier een gerandomiseerde trial uit naar de waarde van de behandeling van depressie met enerzijds antidepressiva door de huisarts en anderzijds counseling door een maatschappelijk werker. Uit de voorlopige resultaten van 8 weken follow-up bleek dat er in beide groepen een ongeveer even groot effect was. In de discussie vroegen andere deelnemers terecht waarom hij geen derde arm met counseling plus antidepressiva in de trial had opgenomen. Een ander punt van discussie betrof de generaliseerbaarheid van de resultaten: de deelnemende huisartsen recruteerden zelf de patiënten voor het onderzoek en een groot aantal depressies werd door de deelnemende huisartsen beslist niet onderkend.

Huisarts, psychiater, psycholoog of maatschappelijk werker, in een samenwerkingsmodel of een consultatiemodel, er bestaan veel modellen waarbij de psychosociale zorg meer of minder in de eerste lijn geïntegreerd is. In ieder geval was men het erover eens dat de huisarts altijd een centrale taak heeft in het opsporen en coördineren van psychosociale behandelingen. Een puur somatisch gerichte huisarts, met weinig of geen opleiding of interesse in psychosociale problematiek, werd onvoldoende bevonden voor de eerste lijn.

Welke therapie?

Een andere centrale vraag was welke benadering of therapie toe te passen bij psychische problemen.

Illing (UK) volgde in een soort antropologische studie 29 alleenstaande moeders uit de laagste sociale klasse in een grote Engelse stad.

Ze werd geïnspireerd door de studie van Brown en Harris uit begin jaren zeventig naar de sociale origine van depressie. In gesprek raken en een vertrouwensband handhaven bleek in veel situaties de maximaal haalbare behandeling. In de follow-up van 18 maanden onderging 45 procent(!) van de vrouwen een depressieve episode. De belangrijkste levensgebeurtenissen en langdurige moeilijke perioden werden veroorzaakt door de mannelijke partner (geweld) of de afwezigheid van een partner (eenzaamheid). Samen met de financiële problemen, problemen met geweld en drugs, en de zorg om de kinderen gaf dit aan hoe kwetsbaar deze groep patiënten kan zijn. De belangrijkste vraag in de discussie ging om de invloed van de jeugd bij deze vrouwen. Dit was door Illing verder niet onderzocht, maar ze had wel de indruk dat dit belangrijk was.

Shlyakhter (Rusland) onderzocht de waarde van 'biography work' bij 73 patiënten. In drie tot vijf gesprekken van ongeveer een half uur nam ze de levensgeschiedenis van patiënten met somatische problemen (hypertensie, ulcus duodeni) door, met aandacht voor de relatie tussen het ontstaan van de ziekte en levensgebeurtenissen. De psychologische en klinische verbetering werd vergeleken met de ontwikkelingen in een controlegroep. De studie had een aantal methodologische beperkingen, maar dat nam het belang van het experiment niet weg in een land waar tot voor kort psychiatrische behandeling gebruikt werd als repressiemiddel van het regime. Door patiënten werd de belangstelling van de huisarts voor hun levensverhaal als heel positief gewaardeerd.

Wilhelmsen (Noorwegen) hield als inleidende lezing een betoog voor de kracht en toepasbaarheid van cognitieve therapie in de huisartsgeneeskunde. Als psychiater en internist runt hij een kliniek voor patiënten met hypochondrie en als zodanig is hij een bekendheid in Noorwegen.

Uit deze en andere voordrachten ontstond een rijk beeld van verschillende therapeutische strategieën in de eerste lijn, waarbij geen van de methoden een unieke werkzaamheid kan claimen. De huisarts is door de blijvende band met de patiënt en diens omgeving van oudsher gericht op het levensverhaal en op de invloed van het systeem. Recente ontwikkelingen in de psychosociale wetenschappen brengen gedragstherapeutische inzichten naar de voorgrond, met als meest recente ontwikkeling de cognitieve therapie. Indien de huisarts psychosociale problemen wil aanpakken, is er ruimte voor een eigen voorkeur en een methode die het goede van meerdere methoden combineert lijkt het meest aantrekkelijk.

Kwalitatief of kwantitatief onderzoek

Dan blijft de vraag over welke onderzoeksmethoden de voorkeur verdienen bij psychosociale vraagstellingen in de eerste lijn.

Kjosavik (Noorwegen) hanteerde een zuiver getalsmatige benadering in een omvangrijke studie in Zuidwest-Noorwegen naar het gebruik en voorschrijfgedrag van geneesmiddelen die verslavend kunnen werken (benzodiazepinen, morfine, etc.). Via alle apotheken achterhaalde hij gegevens omtrent deze middelen, en op deze wijze was hij in staat het gebruik en voorschrijfgedrag van artsen en patiënten in kaart te brengen. Dat juist Nederland ooit een verbod op Rohypnol overwogen heeft, sterkte hem in het streven het gebruik van dit middel aan te pakken.

Griffiths (UK) bekend om haar eerdere kwalitatieve studies, presenteerde een onderzoek waarbij vrouwelijke patiënten met vaginale problemen gevraagd werden hun problemen en ideeën ten aanzien van de klacht op papier te zetten. Ook de huisarts werd gevraagd in gesprek met dezelfde patiënten de ideeën, angsten en verwachtingen van de patiënt omtrent de klacht te noteren. De beschrijvingen van huisarts en patiënt werden door middel van een kwalitatieve methode met elkaar vergeleken, waarbij opvallend was dat de patiënten meer een gevoel van controle over hun klachten hadden dan uit de huisartsregistratie viel op te maken. Er werd feedback gevraagd op het belang van dit soort kwalitatief onderzoek en suggesties voor verbetering van de methode.

In de discussie kwam naar voren dat kwalitatieve en kwantitatieve methoden elkaar aanvullen: de meeste kwantitatieve studies hebben ook kwalitatieve onderdelen en een goed gericht kwalitatief onderzoek maakt gebruik van een kwantitatieve plaatsbepaling.

Kreta

De volgende bijeenkomst van de EGPRW zal worden gehouden van 23 tot en met 25 oktober 1998 in Kreta, met als centraal thema: 'Research on infectious diseases and immunization in general practice'.

Bert Schilte,
Vakgroep Huisartsgeneeskunde,
Universiteit Maastricht

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.

FUS

Betaald studeren?

Stichting FUS (Farmacotherapeutische Uittreksel Service) zoekt redacteuren (in het bijzonder huisartsen).

Eisen: taalgevoel en farmacotherapeutische interesse.

Functie-omschrijving: 1 uitgave van een onafhankelijk tijdschrift per maand samenvatten (volgens FUS-richtlijnen) en aanleveren in WP 5.1.

Vergoeding: NLG 1.200,-/jaar (1 avond per maand werk).

Inlichtingen: E.G. Lipperts, hoofdredacteur, Alexander Numankade 2 bis, 3572 KZ Utrecht; tel. 06 54764480; fax 030 2714543.

Mededelingen voor de Agenda in nummer 11 (oktober) moeten op uiterlijk 27 augustus in het bezit zijn van het redactiesecretariaat.

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>.

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.

Research on infectious diseases and immunization in general practice

Kreta, 23-25 oktober

Najaarsbijeenkomst European General Practice Research Workshop (EGPRW). Inlichtingen: Hanny Prick, tel. 043 3882319.

Kiezen & delen?! Differentiatie en specialisatie in de huisartspraktijk

Maastricht, MECC, 27 november.

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

WONCA Europe Regional Conference 2000

Wenen, 2-6 juli 2000.

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

■ betekent: eerste vermelding.