

Huisarts en Wetenschap

Redactiecommissie

M.Y. Berger, arts
Dr. P.L.B.J. Lucassen
voorzitters *ad interim*
Dr. N.P. van Duijn
Prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen
Dr. B. Terluin

Eindredactie

Drs. E.A. Hofmans/MediTekst
Postbus 10482, 1001 EL Amsterdam
Telefoon (020) 4232131
Fax (020) 4230464
E-mail meditekst@wx.nl

Redactiesecretariaat

Mw. C.M.J. Hielkema
Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht
Postbus 3176, 3502 GD Utrecht
Telefoon (030) 2881700
Fax (030) 2870668

Nederlands Huisartsen
Genootschap

Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
Telefoon (030) 2881700
Fax (030) 2870668

Uitgeverij/advertentie-exploitatie

Bohn Stafleu Van Loghum bv
Postbus 246, 3990 GA Houten
Telefoon (030) 6395763
Advertenties behoeven de goedkeuring van de redactiecommissie. Inzenden aan de uitgeverij.

Abonnementen

Klantenservice Bohn Stafleu
Van Loghum
Postbus 246, 3990 GA Houten
Telefoon (030) 6385700
Fax (030) 6385839
E-mail: klantenservice@bsl.nl
Nederland, Ned. Antillen, België en
Suriname NLG 182,50 p/j.
Overig buitenland NLG 284,08 p/j.
Studenten NLG 99,50 p/j.
Losse nummers NLG 21,50.

Huisarts en Wetenschap verschijnt
13x per jaar. Opzeggingen dienen ten
minste twee maanden voor de aan-
vang van een kalenderjaar te worden
gericht aan Klantenservice Bohn
Stafleu Van Loghum.

Adreswijzigingen

NHG-leden aan het NHG-bureau.
Overige abonnees aan
Klantenservice Bohn Stafleu
Van Loghum.

Druk

Verweij bv, Mijdrecht

Nederlands
uitgeversverbond

Groep vaktijdschriften

ISSN 0018-7070

Een woord tot de Redactie

Elk groeiproces veroorzaakt bij de direct-betrokkene in zijn gevoels tegenover deze groei een zekere ambivalentie. Enerzijds angst voor de uiteindelijke manifestie der volwassenheid, anderzijds vertrouwen in de potentie tot ontwikkeling en in de rijping tot zelfstandigheid. Nadat 'Mededelingen en Publicaties' en 'huisarts en wetenschap' eerst verscheen namens en geredigeerd door het N.H.G.-bestuur, heeft dit nummer thans voor het eerst een eigen redactie die verantwoordelijk is voor de inhoud van dit maandblad. Al zal er zowel formeel als ideëel een nauwe samenwerking blijven bestaan tussen N.H.G.-bestuur en -redactie, toch heeft dit huisartsenblad een andere positie verkregen. Dit tijdschrift verder te ontwikkelen is nu uw taak geworden. Gij hebt de taak in Nederland een tijdschrift voor huisartsen te creëren, dat moet voldoen aan de vage, en toch ook weer zeer concreet levende verlangens welke de huisartsen omtrent een dergelijk tijdschrift koesteren. Een taak die eigenlijk te groot, te zwaar en te moeilijk is om zelfs maar in denken te beginnen, maar de ervaring leert dat juist deze taken worden gerealiseerd en tot een begin worden gebracht. Dit tijdschrift biedt u als redactie de mogelijkheid de geneeskunst van de huisarts te beschrijven, en mede te helpen vormen en inhoud geven. Artikelen van u en van hen, die gij hiertoe competent acht zullen bepaalde vigerende medische, sociale, culturele en algemeen menselijke problemen, voor zover deze de geneeskunst van de huisarts be-

treffen belichten en van een waardeoordeel voorzien. Uw inzicht en initiatief, het wetenschappelijk denken en onderzoek der N.H.G.-leden en de bijdragen uit kringen buiten het N.H.G., welke gevraagd of uit eigen aandrang gegeven worden, zullen de kwaliteit van dit tijdschrift bepalen en de mogelijkheid scheppen tot bespreking, fundering en verbreiding van datgene, wat wij als huisartsen onze opdracht achten: op verantwoorde wijze onze geneeskunst uit te oefenen tegenover, en in de situatie waarvoor de patiënt ons stelt. Hoewel een ieder zal begrijpen dat deze kwaliteit zeer moeilijk te bereiken zal zijn, zal men toch deze kwaliteit, indien bereikt, als vanzelfsprekend accepteren en daarna blijvend eisen. Gij zult als redactie, dit tijdschrift als uw tijdschrift beschouwen. Het zal echter pas een echt huisartsen-tijdschrift worden, indien de N.H.G.-leden, en naar ik hoop in de toekomst de Nederlandse huisartsen, dit tijdschrift als hun tijdschrift gaan waarderen, met alle rechten en plichten die daar uit voortvloeien. Zo is uw taak belangrijk en de grote hoeveelheid energie welke deze eist, waard. Wij zijn, als leden van het N.H.G., dankbaar voor uw bereidheid deze redactie te willen aanvaarden en zeggen u onze daadwerkelijke en blijvende steun toe om dit, uw en ons aller tijdschrift voor huisartsen, te verwezenlijken.

Dr. H.H.W. Hogerzeil,
voorzitter N.H.G.

Bron Huisarts Wet 1957-58;1(1):2.

Infuusbehandeling thuis

Patrick Smeets promoveerde 2 juli in Maastricht op een onderzoek naar de mogelijkheden van infuusbehandeling thuis.¹ In dit gedetailleerd beschreven experiment in Zuid-Limburg kregen 122 patiënten thuis een infuus: 61 terminale patiënten kregen een subcutaan morfine-infuus, bij 28 werd wegens reflex-dystrofie mannitol intraveneus geïnfundeerd, 14 patiënten kregen thuis intermitterend antibiotica (onder andere vanwege Lyme disease, cystische fibrose, en urosepsis) en 9 patiënten kregen dopamine/furose-

mide wegens zeer ernstig hartfalen. In lang niet alle gevallen lukte het terminale patiënten pijnvrij te krijgen (73% pijnvrije dagen). Opvallend is dat de huisarts zich bij 60% van de patiënten niet aan het protocol hield (verkeerde omrekening van orale naar subcutane toediening, bijspuiten subcutaan, doorgeven orale morfines, ongeprotocolleerd ophogen of verlagen van dosis). De maatschappelijke kosten (transmuraal verpleegkundige, huisarts, productieverlies mantelzorg, etc.) bedroegen NLG 306-393 per dag

De berichten, commentaren en reacties in de rubriek Journaal richten zich op de wetenschappelijke en inhoudelijke kanten van de huisarts-geneeskunde. Bijdragen van lezers zijn welkom. De bijdragen in deze aflevering zijn van Nico van Duijn, H.H.W. Hogerzeil, Frans Meulenberg, Henk Schers, Lode Wigersma en Joost Zaat.

(prijspeil 1995). Inmiddels zijn er fentanylpleisters. De vraag is of de behoefte aan subcutane morfinetoc-diening daardoor niet veel lager wordt en de gemiddelde prijs hoger. Of de patiënten met de mannitol-infusies er iets mee opschoten, wordt niet duidelijk, wél dat zij en hun huisgenoten tevreden waren over de thuisbehandeling. Patiënten met antibiotica-infusen knapten meestal op en ook de schaarse patiënten met ernstig hartfalen voelden zich met de behandeling beter. Het boek is wel heel erg dik (300 pagina's en 100 pagina's bijlage) en alleen al daardoor niet gemakkelijk toegankelijk. Voor geïnteresseerden in de details van thuiszorgtechnologie – variërend van pompen tot aantal en soorten complicaties – biedt het proefschrift veel materiaal. Voor alle anderen zijn er wel praktischer boeken. (JOMZ)

1 Smeets PMJH. Complexe medisch-technische zorg. Ontwikkeling, implementatie en evaluatie van infuusbehandeling thuis [Dissertatie]. Maastricht: Universiteit Maastricht, 1999. ISBN 90-5681-062-6.

Huisartsen en bedrijfs-
artsen leren samenwerken

Al jarenlang is de samenwerking tussen enerzijds bedrijfs- en verzekeringsartsen en anderzijds behandelend artsen een zorgenkind. Dit ten nadele van werknemers met ziekten en klachten. Inmiddels staat het onderwerp hoog op de agenda bij overheid, werknemers, werkgevers en beroepsverenigingen van bedrijfsartsen en huisartsen. Er is veel geld voor beschikbaar gesteld, onder andere aan 'Zorg Onderzoek Nederland' (ZON), dat een programma voor de verbetering van sociaal-medische begeleiding heeft opgestart. Binnen dat programma heeft begin dit jaar het driejarige project 'Leren samenwerken bij sociaal medische begeleiding' een aanvang genomen. Het project wordt gedragen door bedrijfsarts- en huisartsopleidingen, TNO Arbeid en het NHG. Cofinanciering is verkregen van het Nederlands Astmafonds. Het doel van het

project is deskundigheidsbevordering van huisartsen en bedrijfsartsen (in opleiding) op het gebied van kennis, inzicht, begrip en ervaring met betrekking tot elkaars werkwijze en de mogelijkheden voor samenwerking. Na inventarisatie van bestaand onderwijs(materiaal), behoeften en knelpunten worden onderwijsmodules en deskundigheidsbevorderingspakketten ontwikkeld en getest voor gezamenlijke opleiding en scholing: een basismodule voor haio's en baio's, en specifieke modules over aandoeningen van bewegingsapparaat en luchtwegen, preventie van langdurig verzuim, en (re)integratie van chronisch zieken. Een landelijk implementatieplan, artikelen voor vakbladen en een evaluatie besluiten het project. (LW)

Afarmacobetisme

Nu dokters en vooral apothekers toenemend generische namen gebruiken voor geneesmiddelen, is een nieuw soort analfabetisme ontstaan: de meeste patiënten kunnen de naam van hun geneesmiddel niet meer lezen noch uitspreken. Brufen, Lasix en Dyta-urese gingen nog wel, hoewel Paracetamol weleens Panaretamol werd, maar dat kent dan ook vijf lettergrepen. Ook de doosjes, de tabletten zelf en de doordrukstrips zagen er herkenbaar uit. Brufen is roze, Lasix zit in een groene strip en Dyta-urese is een geel-rode capsule. Nu heet het ibuprofen, furosemide en hydroxy-chloorthiazide/triamteren (twaalf lettergrepen). Ze zien er nu uit als 'die witte tabletjes'. Het uiterlijk van de doosjes, de opdruk en de etiketten wisselen vrijwel elk halfjaar. Griekse en Spaanse opdruk van doosjes zijn geen uitzondering. Dit alles is een gevolg van overheidsbeleid, doordat de apotheker steeds moet wisselen van importeur wegens landelijke prijsafspraken. Doet de apotheker dit niet, dan krijgt hij een boete. Dit alles is weer noodzakelijk beleid, doordat de apotheek 10 jaar geleden zijn kosten-dekkende abonnement verloor en commercieel moest gaan werken. Terzijde zij opgemerkt dat de Nederlandse apothekers wel erg laat hun eigen stal hebben aangeveegd. Ouderen (>40 jaar) met niet zulke goede ogen doen tegenwoordig gewoon hun ogen dicht en slikken maar wat. Ook de opdracht te stoppen met medicijn 1, medicijn 2 in dosering te verhogen en te beginnen met medicijn 3, leidt soms tot vreemde effecten. De opdruk is namelijk niet meer te lezen door het

kleine lettertype en de uniforme uitvoering zonder enige verstandige layout.

Kennelijk beschouwen apothekers elke Nederlander als een kerngezond, cognitief hoogbegaafd, rationeel denkend persoon die op vele plaatsen in huis een goed verlichte loop heeft staan. Deze burger dient bij wet volledig geïnformeerd te worden over zaken als 'staande innemen met glas water & beïnvloedt de rijvaardigheid & niet combineren met alcohol.' Alsof iemand in de auto staande een glas water kan drinken, afgewisseld met een stevige teug jonge klare.

Dit komt nooit meer goed. (NvD)

DHV-en burnt out?

Decentralisatie binnen de beroepsvereniging leidt niet per definitie tot efficiëntie, maar wel tot verminderde eenduidigheid in het beleid, zo blijkt uit het volgende relaas.

In het kader van een wetenschappelijk onderzoek naar 'Continuïteit in de zorg' door een universitaire onderzoeksafdeling huisartsgeneeskunde wordt een Delphi-studie opgestart, waarvoor een landelijk verspreid panel van deskundige huisartsen nodig is. Alle 23 DHV-directeuren in Nederland worden hiertoe schriftelijk benaderd met het verzoek om drie namen van potentieel geschikte kandidaten door te geven, die vervolgens door de onderzoekers benaderd kunnen worden voor deelname. Na twee weken hebben drie DHV-en (respons 13%) gereageerd. De 20 resterende DHV-en worden vervolgens, meestal meerdere malen, telefonisch benaderd. Vier wensen voor 'dergelijke zaken' niet lastig te worden geven, twee hebben 'geen interesse', twee willen het onderzoek eerst laten screenen door een wetenschappelijke commissie (kosten ongeveer NLG 1000). Bij drie DHV-en lukt het uiteindelijk na vele telefoontjes niet om de verantwoordelijke aan de lijn te krijgen, één wil advies van de LHV in verband met overbelasting van huisartsen (na nieuwe schriftelijke uitleg aan beide partijen niets meer gehoord), één DHV concludeert zelf dat hun huisartsen overbelast worden, twee laten na herhaalde beloften niets meer van zich horen en uiteindelijk acht DHV-en geven één of meer namen door. Kortom, behalve welwillende medewerking veel willekeur en tegenwerking. Wellicht kan enige sturing en regulatie vanuit centraal niveau hier helend werken. Een nieuwe LHV-uitdaging? (HS)

Het risico van het middagdutje

Pantoffelheden waren wij, mijn broers en ik. Althans in onze kindertijd.

'Sssttt, vader slaapt.'

Dagelijks fluisterde onze moeder deze waarschuwing op slissend beliste toon.

Tussen één en twee uur 's middags slopen wij dan op kousenvoeten door het huis, vrijwel geluidloos cirkelend rond het epicentrum: de bank in de woonkamer. Daar lag hij steeds, schoenen naast de bank, voor zijn middagdutje.

Sinds mijn kindertijd verstrekten tientallen jaren.

'Doe je nog steeds een tukje 's middags?', vroeg ik laatst.

'Zeker. Drie kwartier. Per dag. Niet langer.'

'Hoe lang doe je dat eigenlijk al?'

'Nou, vanaf mijn twintigste. Denk ik.'

Ik begon te rekenen. Drie kwartier dutten per dag, zestig jaar lang, betekent 15.760 uren extra slaap, oftewel 715 dagen – bijna twee jaar. 'Je hebt bijna twee jaar van je leven vermorst!', riep ik.

Dat is nog niet alles. Het kan zelfs erger. Uit een observationele studie van Bursztyn, et al.¹ blijkt dat mensen die een middagdutje doen, een kortere levensverwachting hebben. Het middagdutje is daarmee een risicofactor voor mortaliteit. Worden de middagdutters op die wijze dubbel gepakt: verknoeien ze niet alleen tijd met hun slaapjes maar leveren ze bovendien levensjaren in?

Het elegante van de studie is de hypothese. De onderzoekers wisten dat de meeste cardiovasculaire incidenten in de ochtenduren gebeuren, rond de tijd dat men ontwaakt. Dat heeft te maken met een daling van de bloeddruk en diverse hemodynamische processen. Als dat zo is, redeneerden de onderzoekers, dan moeten mensen die twee keer per dag wakker worden, een veel grotere kans op sterfte hebben.

Hiermee werd de loop van het onderzoek gericht op het middagdutje. Men onderzocht prospectief een groep van 455 mensen van 70 jaar oud in Jeruzalem. De prevalentie van het middagdutje was 60,7%. Mannen gaven zich hier meer aan over (68%) dan vrouwen (51%, $p < 0,001$). Na zes-en-een-half jaar bleek van de siëstahouders 20% te zijn overleden, tegen slechts 11% van de niet-slapende groep. Na correctie van variabelen in morbiditeit en leefstijl bleef het verschil significant ($p = 0,03$; risk odds ratio 2,1;

95%-betrouwbaarheidsinterval 1,1-3,9). De correlatie werd dus gelegd, een causaal verband uiteraard niet.

Moet iedereen nu 's middags wakker blijven? Dat is de vraag. Ondanks alle zorgvuldigheid kleven er bezwaren aan het onderzoek. De onderzoeksgroep is klein en bestaat bovendien uit oude mensen.

Ondanks correctie op morbiditeit valt niet uit te sluiten dat er mensen zijn die zich niet lekker voelen en die daarom een hazenslaapje houden. De onderzoekers erkennen de bias ten gevolge van het zelfgerapporteerd dutjesgedrag. Daarenboven bleven frequentie en duur van de slaap buiten het bestek van het onderzoek. Niets zeggen de onderzoekers over het slapen zelf: er zijn veel soorten slaap, in verschillende gradaties. Meting lijkt de enig mogelijke objectieve maat, maar dat is in dit onderzoeksdesign nauwelijks haalbaar.

Toch heeft het onderzoek charme. Het druist immers in tegen de intuïtie dat een middagdutje op zijn minst geen kwaad kan en waarschijnlijk zelfs gezond is. Ik houd van onderzoek dat algemeen gangbare ideeën op de tocht zet. Bovendien leeft het middagdutje (zie ook www.napping.com). Verslaafden en geheelonthouders discussieerden in *NRC Handelsblad* gedurende de zomermaanden volop over het fenomeen. Voor alles lijkt genot besloten te liggen in het middagdutje: 'Trotse dutters worden nooit meer "betraapt" op een dutje. 'Proud nappers don't go down for a nap, they prepare for a nap.'² Het genot lijkt dus zelfs al in de voorbereiding te liggen. (FM)

- 1 Bursztyn M, Ginsberg G, Hammerman-Rozenberg R, Stessman J. The siesta in the elderly. Risk factor for mortality? Arch Intern Med 1999; 158:2-6.
- 2 Kohnstamm D. De turbodut. NRC Handelsblad, 29-7-1999.

En verder in dit nummer...

Ingezonden	519
Referaten	522
Forum	523
Boeken	528
Agenda	528
NHG-katern	529