

Verzuim door werkconflicten

Van Boven & Okkes laten in hun artikel over de huisartsgeneeskundige begeleiding van een patiënt met een arbeidsconflict¹ geen bedrijfsarts aan het woord. Vandaar dit commentaar.

Het begrip 'arbeidsconflict' is niet strak gedefinieerd. Er zijn allerlei soorten conflicten op het werk mogelijk. In een vroeg stadium van zo'n conflict is er vaak geen sprake van 'medische' arbeidsongeschiktheid, maar de werknemer kan zich wel ziek melden om aan slechte werkomstandigheden te ontsnappen. Naarmate het conflict langer duurt, krijgt de werknemer vaak wel zodanige klachten dat een ziekmelding niet te vermijden is. Ook in de casus van *Van Boven & Okkes* kan de lezer niet anders dan besluiten dat de patiënte niet kan functioneren op haar werk. De visie van de bedrijfsarts hierover wordt niet vermeld.

Wat zou een bedrijfsarts in dergelijke gevallen doen? In de eerste plaats willen bedrijfsartsen graag vroege signalering. Naarmate een conflict langer duurt, wordt het moeilijker op te lossen. Veel mensen weten niet dat werknemers zonder verzuim ook een beroep kunnen doen op de bedrijfsarts: hiervoor is het spreekuur ook bedoeld; men hoeft dus niet te wachten tot er verzuim is. In overleg met de bedrijfsarts kan dan besloten worden zich al of niet ziek te melden en kan er een traject worden uitgezet om het probleem nader te analyseren en tot oplossingen te komen. De bedrijfsarts kan nagaan of er meer mensen klachten hebben, en kan met de leidinggevenden overleggen. Eventueel kan een arbeids- en organisatiedeskundige (A&O-deskundige) of een bedrijfsmaatschappelijk werker worden ingeschakeld. Bedrijfsartsen hebben vaak te maken met werkconflicten en zullen zeker een aantal mogelijke strategieën hebben. Het gaat om de persoon en de werksituatie in interactie. In dit geval gaat de patiënte aan het werk, terwijl er op het werk niets veranderd is!

In de beschreven casus blijkt de bedrijfsarts een andere visie te hebben, maar niet precies wordt vermeld welke. Wel is de patiënte ontevreden over de benadering. Zij zou in zo'n geval de klachtenprocedure van de arbodienst kunnen volgen. Het is voor een dienst belangrijk om te weten waarover patiënten niet tevreden zijn. Het is mogelijk om een second opinion te vragen, wanneer men het niet eens is met de beslissing. Ook kan men in sommige gevallen aan een andere bedrijfsarts worden toegevoegd.

Een werknemer kan ook bij de ondernemingsraad terecht. Indien haar collega's de

zelfde problemen hebben, staat zij sterker. In een uiterst geval kan de Arbeidsinspectie worden ingeschakeld; deze opereert zonder kenbaar te maken wie de melder is.

Juist in dit soort gevallen zou vroegtijdig overleg tussen huisarts en bedrijfsarts zinvol zijn: de bedrijfsarts wil graag vroeg geïnformeerd worden, de huisarts kan aan- of afwezigheid van somatische en psychiatrische voorgeschiedenis melden. Het gevaar van medicalisering wordt alleen maar groter als er geen overleg is. Het is voor de patiënt beter als huisarts en bedrijfsarts samen een traject uitzetten, in plaats van langs elkaar heen te werken. De huisarts had in deze casus kunnen melden dat hij het niet eens was met het advies van de bedrijfsarts met betrekking tot het coping-gedrag van de patiënte. De patiënte zou zich hierdoor ook gesteund hebben gevoeld.

Vermeld wordt (terecht) dat de huisarts zou moeten wijzen op de onafhankelijke positie van de bedrijfsarts. Dat de huisarts in de casus geen initiatief nam om zelf met de bedrijfsarts contact op te nemen, berust mogelijk op wantrouwen. Helaas blijkt uit het verhaal van de patiënte dat de uitlatingen van haar bedrijfsarts hier ook wel aanleiding toe gaven. Een reden te meer om wel contact op te nemen. Het is goed mogelijk dat er dan toch helderheid komt.

Er komen steeds meer initiatieven voor gezamenlijke nascholing van huisartsen en bedrijfsartsen. Kennelijk wint de opvatting veld dat uitwisseling van elkaars visies voor beide groepen zinvol is en het wantrouwen vermindert.²

mw A.P. Nauta,
bedrijfsarts en A&O-psycholoog

1 Van Boven C, Okkes IM. Heeft de huisarts een taak bij verzuim door werkconflicten? *Huisarts Wet* 1999;42(5): 216-9.

2 Nauta AP, Starman RJ, Faddegon HC. Samenwerking huisarts en bedrijfsarts. Ervaring met gezamenlijke cursusdag stemt hoopvol. *Med Contact* 1999;54:884-6.

Naschrift

Wij zijn verheugd te lezen dat de bedrijfsarts zoveel mogelijkheden heeft om arbeidsconflicten op te lossen. Dat neemt niet weg dat het de huisarts is die een taak heeft wanneer de patiënt ziek wordt ten gevolge van een arbeidsconflict. Tijdens het eerste contact met de patiënt zal het conflict ongetwijfeld ter sprake komen, waarbij de huisarts zal aangeven dat het conflict op het werk opgelost zal moeten worden. De huisartsgeneeskundige begeleiding en ondersteuning zullen niet anders zijn dan bij andere psychosociale problemen die tot ziekte leiden of daaraan bijdragen.

Overleg door de huisarts met de bedrijfsarts is niet nodig als zowel de huisarts als de bedrijfsarts zijn werk goed doet (uitzonderingen daargelaten). In de besproken casus was het voor patiënte evenwel niet mogelijk geweest om met behulp van de bedrijfsarts het probleem aan te pakken. Zij zag de bedrijfsarts als verlengstuk van de werkgever; deze gedachte is zeker niet naïef, gezien het hoge percentage (26%) bedrijfsartsen dat meent dat de onafhankelijke positie van de arts in gedrang is gekomen door de privatisering van de Ziektewet.¹

Overleggen tussen huis- en bedrijfsarts kan nuttig zijn. Daarbij moet men het dan eerst wel eens worden over welke gegevens bij welke problematiek uitgewisseld kunnen worden, zonder dat de belangen van de patiënt worden geschaad. 'Hoe de belangen van de individuele patiënt op een heldere wijze gewaarborgd moeten worden ten opzichte van collectieve belangen en werkgeversbelangen is nog een onbeantwoorde vraag.'² De patiënt moet goed begrijpen dat het zonder meer toestemming geven voor overleg tussen huis- en bedrijfsarts ook nadelig zal kunnen uitpakken.

Wij zijn en blijven het dan ook met Nauta oneens dat de patiënt altijd veel baat zal hebben bij overleg.

C. van Boven
I.M. Okkes

1 Plomp HN, Van der Wal G, Weel ANH. Privatisering van de Ziektewet: uiteenlopende effecten bij zowel bedrijven als Arbo-diensten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1999;143: 1369-73.

2 Plomp HN, Van der Wal G, Weel ANH. Marktwerking in de sociale zekerheid en Arbo-dienstverlening. *Ned Tijdschr Geneesk* 1999;143:1374-8.

Vasectomie

Het artikel van *Goudswaard* over vasectomie door de huisarts (*Huisarts Wet* 1999;42(8): 350-3) heb ik met belangstelling gelezen. Zelf verricht ik nu zo'n kleine tien jaar vasectomieën. Mijn scholing heb ik gekregen van een uroloog in een naburig ziekenhuis. Onder zijn leiding heb ik destijds op één middag zes vasectomieën verricht, waarna hij mij deskundig genoeg achtte. De eerste patiënt bij wie ik daarna, nogal nerveus, een vasectomie verrichtte, had meteen de meeste complicaties – fors hematoom beiderzijds en wijkende wondranden – die gelukkig fraai zijn genezen. Alle patiënten na hem zijn vlot geholpen. Ik heb er nu zo'n 65 gedaan, en heb verder weinig complicaties gezien. In één geval was er een verdenking op epididymitis zes weken na de ingreep, waarop ik antibiotica heb voorgeschreven.

Ter verdoving gebruik ik xylocaïne met adrenaline, in de veronderstelling dat het bloedverlies hierdoor wat minder zal zijn en de kans op hematomen wordt beperkt. Als hechtmateriaal gebruik ik Vicryl 3/0 voor de zaadleiders. Drie maanden na de ingreep controleer ik eenmalig zelf het zaadvocht; tot nu toe zijn daarbij nooit zaadcellen aangetroffen. Ik stuur geen spermamonters naar het huisartsenlaboratorium, en ook het verwijderde vas stuur ik niet op. Dit lijkt me alleen zinvol bij twijfel. Tot nu toe is nog geen partner van mijn vasectomiepatiënten zwanger geworden.

Bij particulieren reken ik een dubbel consult. Bij verplicht verzekerden gebeurt de ingreep gratis, omdat de zorgverzekeraar niet wil betalen. Alleen het hechtmateriaal wordt vergoed, zoals bij elke chirurgische ingreep in de huisartspraktijk.

Ik zou graag de mening van Goudswaard willen horen over de volgende vragen:

- 1 Heeft xylocaïne mét adrenaline een meerwaarde ten opzichte van alleen xylocaïne?
- 2 Is bekend wat het beste hechtmateriaal voor de zaadleiders is?
- 3 Is het insturen naar PA van de verwijderde zaadleiders medisch gezien zinvol?
- 4 Is het zinvol om de betrokken patiënt een *informed consent* te laten tekenen?
- 5 Krijgt hij de ingreep bij verplicht verzekerden vergoed?

A.M. Serrarens,
huisarts te Lent

Naschrift

Serrarens onderschrijft met zijn reactie mijn conclusie dat de uitvoering van vasectomieën door huisartsen goed mogelijk is. Geen zwangerschappen en 'weinig complicaties' zijn bovendien mooie resultaten. De kans op de aanwezigheid van zaadcellen in een tweede spermamonster is weliswaar klein, maar volgens een aantal auteurs nog voldoende groot om een tweede controle te rechtvaardigen. Als ook deze controle in de eigen praktijk plaatsvindt, zal de belasting voor patiënt en huisarts gering zijn. Derhalve een kleine moeite voor meer zekerheid. Op de vragen zal ik kort ingaan:

1 De literatuur vermeldt voor locale verdoving zowel xylocaïne zonder als met adrenaline. Mij is geen onderzoek bekend naar het effect van de combinatie op de hoeveelheid bloedverlies tijdens de ingreep (sowieso te verwaarlozen) of op het ontstaan van post-operatieve hematomen.

2 De literatuur is over het juiste materiaal voor het onderbinden van de zaadleiders niet eenduidig. Keeman adviseert nylon (niet-resor-

beerbaar) of vicryl (resorbeerbaar). Vicryl heeft een treksterkte van een maand – kennelijk voldoende lang om definitieve ondoorgankelijkheid te bewerkstelligen – en is na drie maanden verdwenen. Ik gebruik in navolging van mijn opleider nylon.

3 Op advies van mijn opleider heb ik bij de eerste twintig patiënten de verwijderde stukjes zaadleider opgestuurd voor PA. Het nut hiervan kan inderdaad worden betwist. De zaadleider is in feite een niet te missen structuur (voelt als een hard ventielslangetje). Bovendien is het zaadonderzoek en niet de PA-uitslag het juiste criterium voor het ontstaan van steriliteit.

4 De rechten en plichten in het contact tussen arts en patiënt zijn geregeld in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (1 april 1995). De patiënt heeft *recht* op informatie over de behandeling en de arts is *verplicht* de patiënt informatie te verschaffen (indien gewenst en/of noodzakelijk tevens schriftelijk). Bij ingrijpende behandelingen (zoals een vasectomie) is uitdrukkelijk toestemming van de patiënt vereist. Een handtekening hierbij is verplicht noch noodzakelijk. Wel verdient het aanbeveling een en ander in het dossier te noteren, waarbij bijvoorbeeld verwezen kan worden naar een in de praktijk aanwezig protocol.

5 De honorering is een interessant punt. Voor Serrarens is het wel heel erg liefdewerk-oudpapier. Bij particulier verzekerden reken ik zes maal het consulttarief (inclusief materiaal en nacontroles). Vrijwel zonder uitzondering wordt dit door de verzekeraars vergoed. Het ziekenfonds is een ander verhaal. Sinds 1 januari 1999 bestaat de 'vergoedingsregeling bijzondere activiteiten of verrichtingen huisartsen'. In het kader van deze regeling kan vier maal het passantentarief (dus NLG 125 inclusief materiaal) worden gedeclareerd. Een rituele besnijdenis levert de huisarts 190 gulden op, maar dat ter zijde. Niet alle ziekenfondsen blijven echter mee te doen aan deze vergoedingsregeling. Informeer bij de DHV naar de mogelijkheden of probeer door onderhandeling een reëel tarief te bedingen.

Lex Goudswaard

NHG-standaard Otitis Media Acuta

Bij een nieuwe *update* van een standaard is het altijd aardig om te kijken of de knelpunten uit de vorige versie zijn opgelost en vooral ook om te kijken of de laatste literatuur nu wel verwerkt is. De recent verschenen NHG-Standaard Otitis Media Acuta¹ stelt me vooral op dat laatste

punt teleur. Al eerder uitte ik enige kritiek op de onduidelijke manier waarop er in standaarden met de aanwezige literatuur werd omgesprongen.² Ook de herziene OMA-standaard lijdt aan het euvel dat er veel meer literatuur is dan de auteurs ons willen doen geloven. Op zichzelf zou dat niet zo erg zijn, als alle bewijzen naar één kant zouden wijzen. Maar dat is natuurlijk niet zo. Wereldwijd is er immers nogal wat kritiek op onze terughoudendheid bij het voorschrijven van antibiotica.

Het merendeel van de referenties in de standaard dateert van vóór 1990. In de herziene standaard tel ik na 1990 vijf verwijzingen naar handboeken, één naar het beloop, één naar verwekkers, twee naar therapie, vijf meta-analyses/reviews, één dissertatie en drie referenties naar het Farmacotherapeutisch Kompas of Geneesmiddelenbulletin. Omdat ik me niet kon voorstellen dat dit alles was, deed ik enkele 'quick and dirty searches', die geenszins pretenderen volledig te zijn, maar wel een indicatie kunnen geven voor de volledigheid van de literatuur in de standaard.

Medical Smartsearch (<http://smartsearch.uthscsa.edu/cgi-bin/smartsearch.exe>) is een uitstekende zoekmachine die tegelijkertijd in Medline (via Pubmed), de Dare databank (systematische reviews) en het National Guideline Clearinghouse zoekt. Op 18 augustus 1999 vond ik binnen 3 minuten met het trefwoord 'otitis media' (subheading therapy) twee traditionele reviews (waarvan de mogelijk waardevolle overigens in de standaard wordt vermeld), twee uitgebreide richtlijnen uit de Clearinghouse, één richtlijn van de Amerikaanse kinderartsen en één van de Amerikaanse *family physicians*, benevens 208 oorspronkelijke artikelen uit de afgelopen tien jaar. Natuurlijk is daarvan niet alles bruikbaar, maar toch...

Een tweede search deed ik met de twee cd's van de Cochrane Library met alle Cochrane-reviews, een overzicht van de *systematic reviews* van de DARE-databank, en het Cochrane *controlled trials register*. In de Cochrane Library (issue 3 1999) vond ik in luttele tellen een update van een meta-analyse uit 1998;³ in de Dare-databank (overigens ook op <http://www.york.ac.uk/inst/crd/>) vond ik de reviews van Rosenberg et al. en Delmar et al. (in de standaard), maar ook een zeer recente review van Nederlandse bodem over antibiotica bij kinderen <2 jaar⁴ en de review van Kozyrskij et al. over het effect van korte kuren met bijvoorbeeld azithromycine ten opzichte van standaard-amoxicillineuren⁵ (beide niet in de standaard). Korte kuren blijken in deze meta-analyse net zo effectief als lange. Gezien het

gebruiksgemak van drie dagen een lepeltje, had ik de keus voor amoxicilline (zeven dagen, drie lepeltjes) toch graag beter onderbouwd gezien. Mogelijk zijn de kosten doorslaggevend geweest (NLG 18,14 voor amoxicilline één week 250 mg/ml en NLG 26,22 voor drie dagen azithromycine), maar daar wordt met geen woord over gerept.

Het Nederlandse beleid om niet met antibiotica te behandelen bevalt me prima, maar het wetenschappelijk bewijs daarvoor is niet spijkerhard en hangt vooral af van de visie op 'lijden en ongemak'. En hoewel een standaard uiteraard geen systematische review is, behoort de onderbouwing wel *evidence based* te zijn, en daar hoort nu eenmaal een verantwoord literatuuronderzoek bij. Het zou te wensen zijn dat het NHG zich zou voegen naar wat elders door richtlijnmakers inmiddels als standaard wordt gezien.⁶ Of stuiten we hier op de wet van de remmende voorsprong en enige blinde vlekken?

Joost Zaat

- 1 Appelman CML, Van Balen FAM, Van de Lisdonk EH, et al. NHG-Standaard Otitis Media Acuta. Huisarts Wet 1999;42(8):362-6.
- 2 Zaat JOM. Worstelend met de literatuur. Zoeken in Medline via Internet – een vergelijking van vijf zoekmachines. Huisarts Wet 1999;42(1):11-7.
- 3 Glasziou PP, Hayem M, Del Mar CB. Antibiotics versus placebo for acute otitis media in children [Cochrane Review]. In: The Cochrane Library, Issue 3, 1999. Oxford: Update Software.
- 4 Damoiseaux RA, Van Balen FA, Hoes AW, De Melker RA. Antibiotic treatment of acute otitis media in children under two years of age: evidence based? Br J Gen Pract 1998;48:1861-4.
- 5 Kozyrskyj AL, Hildes-Ripstein GE, Longstaffe SE, et al. Treatment of acute otitis media with a shortened course of antibiotics: a meta-analysis. JAMA 1998;279:1736-42.
- 6 Cluzeau F, Littlejohns P, Grimshaw J, et al. Development and application of a generic methodology to assess the quality of clinical guidelines. Int J Qual Health Care 1999;11(1):21-8.

Naschrift

Zaat laat een 'quick and dirty search' (zijn woorden) volgen door een klassiek voorbeeld van 'jumping to conclusions'. Dit vraagt om een weerwoord.

Procedure

Eerste de procedurele kanten. Verreweg de meeste literatuur over otitis media acuta bestaat uit beschouwingen, *editorials*, casuïstiek en onderzoek dat niet-extrapolerbaar is naar de populatie waarop de desbetreffende NHG-standaard betrekking heeft. Het opnemen van

alle literatuur in het notenapparaat zou de lezer het zicht op de *relevante* literatuur ontnemen en zou verwarrend werken. Bij elke actualisering van een standaard blijkt bovendien dat de meeste literatuur geen nieuw licht op de bestaande richtlijnen werpt. Afgezien daarvan noopt ruimtegebrek natuurlijk tot inperking.

Vervolgens is het zowel *onmogelijk* als *ongewenst* de meest *recente* literatuur op te nemen. Recente literatuur verschaft slechts bij hoge uitzondering nieuwe inzichten. In de afgelopen tien jaar standaardontwikkeling was het aantal keren dat nieuw onderzoek werkelijk noopte tot directe aanpassing van een bestaande richtlijn, op de vingers van één hand te tellen (ACE-remmers bij hartfalen, statines bij hypercholesterolemie). Bovendien dienen standdaarden gebaseerd te zijn (en te blijven) op een bezonken oordeel vanuit de literatuur en bij voorkeur langdurige ervaring opgedaan met farmacotherapie. Meevaren op de stroom van de mode en de waan van de dag is gevaarlijk.

Het voorstel om de zoekacties meer systematischer en meer inzichtelijk voor de lezer te beschrijven, lijkt op het eerste gezicht aantrekkelijk, maar bij nadere beschouwing zijn er nogal wat kanttekeningen bij te plaatsen. Het is niet verwonderlijk dat er nauwelijks internationale 'richtlijneninstanties' zijn die (kunnen) voldoen aan de stringente eisen van Zaat. Bovendien is het vraag of de huisarts daarop zit te wachten. Een standaard is geen literatuuroverzicht, maar een praktisch instrument met duidelijke, leesbare en bruikbare richtlijnen met een notenapparaat waarin de belangrijkste beslissingen en keuzen worden onderbouwd. Dat gebeurt in beknopte vorm, opdat de huisarts de afwegingen van de standaard kan 'afmeten' aan de eigen inzichten.

Daarnaast stimuleert de Afdeling Standaardontwikkeling werkgroepleden/auteurs van standdaarden om literatuuroverzichten over deelvragen te schrijven; in dat kader verschenen in Huisarts en Wetenschap reviews over 'Zwangerschap en kraambed' en 'Psoriasis'.

Inhoud

Over de inhoudelijke kanttekeningen van Zaat het volgende. De herziening van de NHG-Standaard Otitis Media Acuta kwam in de loop van 1998 gereed. Ook de search die bij deze herziening werd gebruikt dateert van 1998. Deze zoekactie omvatte een search in Medline en een search in het databestand van de Cochrane Collaboration Group. De relevante literatuur hieruit is voor deze standaard gebruikt.

Het probleem juist bij deze standaard is dat veel literatuur afkomstig is uit landen waar oti-

tis media acuta in alle gevallen primair met antibiotica wordt behandeld. Veel literatuur over beleidsconsequenties kan derhalve niet klakkeloos worden 'verwerkt'. De controverse tussen primair met antibiotica behandelen (zoals bijna overal op de wereld geschiedt) en 'ons' Nederlandse behoudende beleid blijft bestaan.

Zaat vond een review over korte kuren bij de behandeling van otitis media acuta en hij vraagt zich af op welke gronden de keus voor amoxicilline wordt gemaakt, en waarom geen korte kuren worden voorgesteld. De keuze voor een zevendaagse kuur amoxicilline als eerste keus ligt geheel in de lijn van de geneesmiddelkeuze in NHG-standaarden: wanneer werkzaamheid en bijwerkingen gelijk zijn, wordt de voorkeur gegeven aan middelen waarmee de meeste ervaring is opgedaan, omdat van dergelijke geneesmiddelen het bijwerkingsprofiel veel vollediger bekend is. Gebruiksgemak is een factor die minder zwaar weegt dan veiligheid. Het kostenaspect gaat meewegen als twee middelen gelijkwaardig ten aanzien van bovengenoemde criteria zijn.

Qua opgedane ervaring bestaat er een sterke voorkeur voor amoxicilline. De meta-analyse van Kozyrskyj *et al.* is bewust niet opgenomen. Hierin worden korte (<7 dagen) en lange kuren (≥7 dagen) met elkaar vergeleken bij personen van 4 weken tot 18 jaar die primair(!) worden behandeld met antibiotica. De uitkomsten van deze meta-analyse zijn dan ook niet te extrapoleren naar de Nederlandse situatie, waar antibiotica voornamelijk worden gegeven bij een irregulier beloop (dat wil zeggen potentieel ernstiger zieke kinderen) en niet primair symptomatisch.

Het ontwerpen van richtlijnen geschiedt op het breukvlak tussen wetenschap en praktijk. Daarin ligt ook de uitdaging besloten. Het getuigt van weinig realiteitszin om een streng methodologische lat te leggen naast de procedure die wordt toegepast bij de standaardontwikkeling. Wie zich verschuilt achter de smalle schutting van gedegen literatuursearches en uitgeschreven methodiek, verhuult daarmee niet dat de medische wetenschap relatief mager is onderbouwd. Het *blijven* zoeken naar literatuur is in wezen een paradoxale bezigheid, omdat consequenties voor richtlijnen veelal uitblijven. Om met Rutger Kopland te spreken: 'Wie wat vindt, heeft slecht gezocht'.

W.H. Eizenga
R.M.M. Geijer
F. Meulenberg
C.F.H. Rosmalen

Hulpverlening bij rampen

Larkin M. Disaster-medicine teams must tackle mental health. *Lancet* 1998;352:1606.

Volgens een team psychologen dat sinds 1992 in de Verenigde Staten bij natuurrampen assisteert, maken slachtoffers van rampen vier stadia door. In fase I, de 'heroïsche' fase van het eigenlijke reddingswerk, heerst er verbijstering, boosheid en verdoving bij de slachtoffers. In fase II, de 'honeymoon'-fase, werken hulpverleners en getroffen samen bij het opruimingswerk en het eerste herstel. De emotionele reacties zijn er nog wel, maar de lichamelijke klachten als slapeloosheid, hoofdpijn en problemen met de tractus digestivus nemen toe. De derde fase valt in de maanden na de eigenlijke ramp en wordt wel 'de tweede ramp' genoemd: de fase van de desillusie, de ontgoocheling. De hulpverleners trekken zich terug en de slachtoffers moeten zichzelf weer zien te redden. Nu komen ze met somatische klachten in het medische circuit met een indirecte hulpvraag naar een mogelijkheid om over de emoties te kunnen praten. Tenslotte is er de 'wederopbouw'-fase, waarin de slachtoffers trachten zich aan te passen aan een nieuw normaal leven. Nu begint het lange wachten op hulp van de overheid en de financiële afwikkeling. Dit kan aanleiding geven tot post-traumatische stressverschijnselen als het optreden van herinneringsbeelden, paniecreacties en fobieën.

Ook bij kleinere ongelukken kan men deze relatie van oorzaak en gevolg constateren. Ook daar kan men niet volstaan met alleen een somatische behandeling in de verwachting dat de emotionele problemen wel vanzelf verdwijnen. Tevens moeten de huisartsen erop verdacht zijn dat mogelijk ook de gezinsleden wegens spanningen binnen het gezin hulp nodig hebben. In deze situaties is toename van het gebruik van alcoholica en kalmeringsmiddelen niet ongewoon.

M. Sanders

Hepatitis C: screenen?

Making sense of hepatitis C [Commentary]. *Lancet* 1998;352:1485.

In dit *editorial* wordt de aandacht gericht op hepatitis C. In de Verenigde Staten is 1,8 procent van de bevolking geïnfecteerd, veroorzaakt de ziekte jaarlijks 10.000 doden en bedragen de kosten aan rekeningen en ziekteverzuim meer dan 600 miljoen dollar.

Hepatitis C is lastig op te sporen. De symptomen variëren van geen tot specifiek bij 80 procent van de nieuw geïnfecteerden, terwijl er

geen goede *markers* voor het aantonen van de acute infectie zijn. De anti-HVC-antilichamen zijn pas maanden na de infectie aan te tonen en de ALAT varieert van licht verhoogd tot normaal gedurende het gehele beloop.

De nieuwe Amerikaanse richtlijnen zijn onduidelijk over het meest gewenste testbeleid: alleen bij intraveneuze-drugsgebruikers of bij iedereen die besmet bloed heeft ontvangen? Of moet er, net als bij andere soa's, gescreend gaan worden bij risicopatiënten? De commentator breekt een lans voor een gezamenlijke aanpak van dit probleem door gezondheidsdiensten en private sector. Daarnaast zijn eenduidige richtlijnen dringend gewenst.

Ter informatie: in Nederland zou 0,1-0,4 procent van de bevolking geïnfecteerd zijn. De hoogste incidentie- en prevalentiecijfers worden gevonden in de groep intraveneuze-drugsgebruikers.

Joost J. den Otter

Antidepressiva en valneiging

Thapa PB, Gideon P, Cost TW et al. Antidepressants and the risk of falls among nursing home residents. *N Engl J Med* 1998; 339:875-82.

Depressies bij ouderen geven een hogere mortaliteit en morbiditeit. Behandeling met tricyclische antidepressiva geeft echter een verhoogde kans op vallen. Zijn de nieuwere antidepressiva, de selectieve serotonineheropnameremmers, veiliger? In een retrospectief onderzoek bij bijna 2500 verpleeghuisbewoners die voor het eerst een antidepressivum kregen, werd nagegaan hoe vaak zij vielen: 665 gebruikten een tricyclisch antidepressivum, 612 een selectieve serotonineheropnameremmer, en 304 trazodone (een atypisch antidepressivum, gebruikt vanwege zijn sedatieve eigenschappen); 847 bewoners vormden de controlegroep.

Gedurende in totaal 1460 jaren follow-up (gesommerde gebruiksjaren) waren er ruim 3500 valpartijen – 241 per 100 persoonsjaren – waarvan er 213 medische behandeling vereisten. De gebruikers van antidepressiva vielen vaker dan de bewoners die geen antidepressivum gebruikten. Het gecorrigerde relatieve risico (aangepast aan de verschillen die er aan het begin tussen de groepen waren) was voor de gebruikers van tricyclische antidepressiva 2,0 (BI 1,8-2,2), hetgeen significant hoger was dan het relatieve risico voor gebruikers van selectieve serotonineheropnameremmers (1,8 bij een BI 1,6-2,0) en voor degenen die trazodone gebruikten (1,2 bij een BI 1,0-1,4).

Hoe hoger de dosering, des te groter was de kans om te vallen (behalve bij het gebruik van

trazodone). Het valrisico bleef gelijk, ook na meer dan 6 maanden therapie. Het gelijktijdig gebruik van cardiovasculaire middelen had invloed op het valrisico bij degenen die tricyclische antidepressiva gebruikten. Bij gebruik van drie of meer cardiovasculaire middelen was het valrisico 3,3, vergeleken met 1,8 bij degenen die deze middelen niet gebruikten. Deze trend was er niet voor de gebruikers van de selectieve serotonineheropnameremmers. Het lagere risico bij gebruik van trazodone komt waarschijnlijk door verschil in indicatiestelling aan het begin van de therapie.

Germa Joppe

Diabetes mellitus en coronairlijden

Turner RC, Millns H, Neil HAW, et al. Risk factors for coronary artery disease in non insulin dependent diabetes mellitus. United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS 23). *BMJ* 1998;316:823-8.

Type-2-diabeten hebben een verhoogd risico op een coronaire aandoening. Om na te gaan door welke factoren dit risico wordt veroorzaakt, werd een prospectief onderzoek verricht onder 5102 patiënten (25-60 jaar) bij wie tussen 1977 en 1991 diabetes mellitus type 2 was ontdekt. Deze patiënten werden gedurende drie maanden alleen met dieet behandeld. Tevens werden hun leeftijd, Quetelet-index, nuchter bloedsuiker, hemoglobine Alc, cholesterol met de bijbehorende subfracties, mate van lichaamsbeweging, insulinebloedspiegel en rookgewoonten genoteerd. Bijna 400 patiënten werden niet in het vervolgonderzoek opgenomen, omdat zij reeds bij de eerste registratie tekenen van arteriosclerose vertoonden. De andere patiënten werden elke drie maanden onderzocht. Bij coronaire aandoeningen (al dan niet letaal myocardinfarct of angineuze klachten met electrocardiografische afwijkingen in het inspannings-ECG) werd de patiënt niet verder gevolgd.

Uiteindelijk waren van 2693 patiënten de volledige gegevens beschikbaar voor de Cox 'proportional hazard'-analyse. Na correctie voor leeftijd bleken de volgende risicofactoren van betekenis te zijn: hoge systolische bloeddruk, een hoog LDL, een laag HDL, een hoog hemoglobine Alc en roken. Vetzucht, te weinig lichaamsbeweging en verhoogde insulineconcentraties in het bloed hadden bij statistische bewerking geen betekenis voor het ontstaan van coronairsclerose. Uit verder onderzoek zal moeten blijken of een vermindering van deze risicofactoren leidt tot het minder optreden van coronairsclerose.

H.G. Frenkel-Tietz

Wiegendood: risicofactoren

L'Hoir MP. Cot death. Risk factors and prevention in the Netherlands in 1995-1996 [Dissertatie]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1998; 201 bladzijden.

Promotie: 7 april 1998.

Promovendus: M.P. L'Hoir, psychotherapeut.

Promotoren: prof.dr. W.H.G. Wolters, prof. J. Huber, prof.dr. G.J. Mellenbergh; copromotor: dr. A.C. Engelberts.

Bespreking: C.L. Wensing-Souren, arts.

Dit proefschrift bestaat uit het verslag van het Nederlandse deel van de European Concerted Action on SIDS, een Europees onderzoek waaraan zestien landen deelnemen. Uiteindelijk doel was het formuleren van aanbevelingen ter verdere reductie van het risico op wiegendood. Belangrijke elementen zijn de aandacht voor het fenomeen 'onervaren buikslaper', het advies baby's onder toezicht te laten oefenen met buikligging, en de aanbeveling om gebruik te maken van een slaapzak met de rits van voren.

Wiegendood (dat wil zeggen het plotseling en onverwacht overlijden van een zuigeling, meestal gedurende de slaap zonder dat op dat moment een verklaring voor het overlijden kan worden gegeven) is een aangrijpende gebeurtenis die al geruime tijd onderwerp is van onderzoek. We spreken van *sudden infant death syndrome* (SIDS) als ook bij postmortaal onderzoek geen oorzaak wordt gevonden (diagnose per exclusionem). Wereldwijd blijken er grote verschillen in incidentie te bestaan, mede veroorzaakt door verschillen in registratie in het verleden.

De laatste tien jaar is er een toenemend aantal epidemiologische studies ter analyse van de mogelijke risicofactoren van SIDS en van de effecten van aanbevelingen ter preventie van SIDS. Zo daalde in Nederland de incidentie van 0,91 per 1000 levend geboren in 1987, na het advies de kinderen op de rug te laten slapen, tot 0,26/1000 in 1998; dat zijn 49 gevallen, 17 procent van de postnatale sterfte.

Dit proefschrift bestaat uit het verslag van het Nederlandse deel van de European Concerted Action on SIDS, een Europees onderzoek waaraan zestien landen deelnemen. Doel van het Nederlandse deel was:

- nagaan van het huidige aandeel van de reeds bekende, te beïnvloeden risicofactoren voor wiegendood (zoals ligging, beddengoed en slaappleaats) na de uitgebreide voorlichtingscampagnes;
- nagaan van het huidige aandeel van reeds bekende eerder gesignaleerde risicofactoren (zoals sociaal-economische status, roken, flesvoeding en dergelijke).

In de periode maart 1995 tot september 1996 kon 91 procent van de onverwachte sterfgevallen tussen één week en twee jaar worden ingesloten in een case-controlstudie (73 gevallen). Helaas werd in slechts 72 procent van deze gevallen postmortaal onderzoek verricht. Toch werden ook die kinderen ingesloten, gezien de geringe kans op het vinden van een grove afwijking die de dood direct had kunnen verklaren. Overigens bleek uit het onderzoek dat sommige bekende risicofactoren, waaronder dekbedgebruik en buikslapen, ook van belang zijn bij kinderen bij wie wel een afwijking werd gevonden bij postmortaal onderzoek (sudden unexpected death).

Ondanks deze beperkingen en de (gelukkig) kleine groep leverde het onderzoek nieuwe gegevens op, zodat nadere preventieve adviezen konden worden geformuleerd.

Resultaten

Onder de te beïnvloeden risicofactoren voor wiegendood blijkt, naast het gebruik van een dekbed, buikligging nog steeds een belangrijke risicofactor, ondanks het feit dat 93 procent van de ouders het advies heeft gevolgd hun kind op de rug te slapen te leggen. Een nieuw aspect is de secundaire buikligging bij 'onervaren buikslapers'. Veelal ging deze ligging, in geval van wiegendood, gepaard met een positie van het hoofd recht naar beneden, terwijl veelal geen beddengoed over het hoofd werd aangehouden. Een dekbed blijkt een risicofactor als het kind met lichaam en hoofd door het dekbed is bedekt.

Als mogelijkheid tot preventie komt vooral het gebruik van een slaapzak naar voren. Een slaapzak verhindert allereerst dat het kind zich op de buik draait. Als de rits aan de voorkant zit, zal het kind bovendien automatisch op de rug te slapen worden gelegd. Ook zal bij een slaapzak minder beddengoed worden gebruikt. Daarnaast kan een speen goede diensten bewijzen: met een speen vallen veel kinderen rustig in slaap in de aangegeven slaaphouding.

Bij de niet of moeilijk te beïnvloeden factoren kwamen de volgende bekende risicofactoren naar voren (ligging en beddengoed als covariabelen): mannelijk geslacht, jonge leeftijd van de moeder, lage SES, roken, alcoholge-

bruik, flesvoeding en verandering van de dagelijkse routine.

Bespreking

Het meest opvallende is het gevonden vergrote risico op wiegendood bij onervaren secundaire buikligging. Dit kan leiden tot twee adviezen:

- Kind altijd op de rug te slapen leggen en voorkomen dat het op de buik draait (tot een bepaalde leeftijd).
- Kind van begin af aan onder toezicht op de buik laten oefenen, zodat er géén sprake kan zijn van onervaren secundaire buikligging.

De aanbeveling ook een huilbaby onverwijld op de rug te laten slapen, verdient naar mijn mening verdere discussie. Onder deze kinderen zijn mijns inziens 'geboren buikslapers'. Bij de 'hantering' van deze kinderen blijkt ligging op de buik een goede troosthouding (er wordt een 'ontspannen rust gevoeld'). Ouders gaan er dan ook, ondanks het advies het kind op de rug te slapen te leggen, vaak toch toe over het kind op de buik te laten slapen. Zij voelen zich dan schuldig en weinig gesteund door de hulpverleners. Juist bij deze kinderen is te overwegen veel buikligging aan te bieden met vermindering van de andere risicofactoren (onder andere veilige slaappleaats). Het alternatief is veelal een vergrote kans op een slechte ontwikkeling van de ouder-kindrelatie, hetgeen een risicofactor is voor kindermishandeling.

Het advies van speengebruik zal, in het geval dat borstvoeding wordt gegeven, nader uitgewerkt moeten worden, aangezien speengebruik mogelijk negatieve effecten heeft op het welslagen van de borstvoeding, terwijl borstvoeding op zichzelf al een beschermende factor voor wiegendood is.

C.L. Wensing-Souren

Reactie*

Ik deel de mening van *Wensing-Souren* dat er 'geboren buikslapers' zijn en dat bij deze groep een afweging moet worden gemaakt. Te dogmatisch vasthouden aan 'rugligging' lijkt mij inderdaad geen adequate interventie. Onderzoek naar alternatieven ter voorkoming van veelvuldig huilen is dan ook nodig; ik denk hierbij aan het te slapen leggen in zijligging (mogelijk met behulp van de safe-T-sleep, of 'wig') en aan het inbakeren van de baby.

Ten aanzien van het gebruik van een fopspeen zou ik willen toevoegen dat nog niet duidelijk is waaruit het beschermende mechanisme precies bestaat. *Wensing-Souren* noemt het rustig in slaap vallen in de aangegeven slaaphouding. Het kan ook om een mechanisch effect gaan: de baby gaat met een speen niet snel

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.

* Zie ook Huisarts Wet 1999;42(10):451-4.

met mond en neus recht naar beneden liggen. Andere mogelijkheden zijn een rustgevend effect (de baby schuift minder snel onder het beddengoed) en een effect op de spierspanning (de tong komt lager te liggen, waardoor de ademweg vrij blijft). Hiernaar is verder onderzoek nodig. Dat geldt ook ten aanzien van het eventuele negatieve effect van speengebruik op het welslagen en de duur van de borstvoeding. Goed onderzoek naar 'tepelverwarring' is er overigens niet. Niettemin, het belangrijkste motto blijft: breast is best.

M.P. L'Hoir

Diabeteszorg

Bouma M. Improving diabetes care in general practice [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1999; 129 bladzijden. ISBN 90-5669-035-3.

Promotie: 24 maart 1999.

Promovendus: Margriet Bouma, huisarts.

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

prof.dr. R.J. Heine;

copromotor: dr. J.H. Dekker.

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

Betere nascholing, registratie en feedback bij huisartsen verbetert de glykemische regeling, maar heeft geen effect op cardiovasculaire risicofactoren. Het was plezierig geweest als er ook antwoord was gegeven op de vraag welke strategie nu het meest effectief is.

Wat is het effect van goede registratie, nascholing en periodieke feedback in de huisartspraktijk op de glucoseregulatie en de cardiovasculaire risicofactoren?

Voor de beantwoording van deze vraagstelling werd onderzoek uitgevoerd in 15 praktijken (22 huisartsen) die deel uitmaken van de extramurale kliniek (EMK) van de Vrije Universiteit. Begonnen werd met een inventarisatie van de diabeteszorgparameters, als bloeddruk en nuchter bloedglucose bij 637 patiënten; 405 van hen werden betrokken bij een uitgebreidere analyse. De gemiddelde leeftijd van deze 405 patiënten was 68 jaar; zij hadden gemiddeld 4,3 jaar diabetes. De glykemische controle was bij een aanzienlijk deel niet optimaal: 57 procent van de 405 patiënten had een HbA1c >7%, 59 procent had hypertensie, terwijl het totaal-cholesterol slecht was bij 31 procent (>6.5% mmol/l) en het HDL-cholesterol evenmin goed was bij 32% (<0,9 mmol/l). Microvasculaire complicaties kwamen wat minder voor, vergeleken met soortgelijk onderzoek: 12

procent had retinopathie, terwijl een afwijkende albumine/creatinine-ratio bij 27 procent van de populatie werd gevonden. Opgemerkt moet worden dat een groot deel van de populatie (nog) dieet (31,6%) of orale middelen (66%) kreeg voorgeschreven; insuliner therapie werd slechts bij 2,5 procent van de patiënten toegepast.

Dit matige behandelingsresultaat vormde het uitgangspunt voor het tweede deel van het onderzoek: de introductie van een kwaliteitsstelsysteem in de huisartspraktijk om de glykemische controle en het management van cardiovasculaire risicofactoren te verbeteren. De interventie bestond uit een protocol voor registratie, nascholing van de huisarts en het geven van feedback op verleende zorg. De interventiegroep – overigens op niet-gerandomiseerde wijze samengesteld – bestond uit 319 patiënten. De referentiegroep bestond uit 68 patiënten die de tot dan toe gebruikelijke diabeteszorg kregen.

Een gunstig HbA1c (<7%) werd na anderhalf jaar bereikt bij 59 procent van de interventiegroep; dit was voordien 46 procent. In de referentiegroep daalde het aantal patiënten met een gunstig HbA1c van 56 naar 49 procent. Het gunstig effect trad vooral op in de praktijken buiten de stad; in de stedelijke praktijken verslechterde de glucoseregulatie zelfs enigszins. Een groot deel van de verbeterde instelling liep overigens parallel met het toenemend gebruik van orale middelen. De interventie had geen effect op de cardiovasculaire risicofactoren. Opvallend is voorts dat in de interventiegroep een fors aantal patiënten uiteindelijk een maximum aan orale middelen gebruikte; overschakeling naar insuline vond nauwelijks plaats.

Conclusie van dit onderzoek: betere nascholing, registratie en feedback bij huisartsen verbetert de glykemische regeling, maar heeft geen effect op cardiovasculaire risicofactoren.

Nevenonderzoeken

In een nevenonderzoek werd het verband tussen ziektespecifieke symptomen, zoals vastgelegd in een vragenlijst – de Diabetes Symptom Checklist (DSC-type 2) – geanalyseerd. In een cross-sectioneel onderzoek bleek er enige mate van associatie te bestaan tussen glucoseregeling en symptomen als moeheid, dorst en cardiale problemen (odd's ratio 1,03-1,21 voor ieder procent verschil in het HbA1c; dit was significant). Bij een longitudinale analyse was dit verband echter niet meer waarneembaar: de genoemde symptomen correleerden niet met de HbA1c-verandering in de loop van anderhalf jaar. Nu was deze HbA1c-verandering erg klein (van 7,4% naar 7,2%). Ook bleek de

DSC-type-2-vragenlijst een nogal grote variabiliteit bij één persoon te vertonen: de validiteit als meetinstrument was dus zeker niet optimaal.

Een tweede 'nevenonderzoek' behelsde de vraagstelling: hoe valide is het nuchtere plasmaglucose als parameter voor de gemiddelde glucoseregeling bij met dieet of orale middelen behandelde patiënten. De gouden standaard voor de gemiddelde glucoseregeling was daarbij het HbA1c. Deze analyse werd gedaan bij 1020 patiënten afkomstig uit het ATAL-onderzoek (zie Huisarts Wet 1998;41:624-5) en de zogenaamde Hoorn-studie.

Er werd weliswaar cross-sectioneel een redelijke correlatiecoëfficiënt gevonden tussen nuchtere glucose en HbA1c (Pearson's $r = 0,77$), maar ROC-curves lieten zien dat de voorspelling van HbA1c uit nuchter plasmaglucose verre van ideaal was. Juist in het gebied van de plasmaglucosewaarden tussen 5,0 en 12,0 mmol/l werd de glucoseregeling aan de hand van de nuchtere glucose nogal eens als goed beoordeeld, terwijl het HbA1c in de categorie matig (>7%) uitkwam.

Ditzelfde gold voor de voorspellende waarde ten aanzien van het HbA1c van een verandering in de nuchtere plasmaglucose in de loop van de tijd. Als verklaring van deze discrepantie wordt aangevoerd, dat bij behandeling met orale middelen nog geen stabiele situatie is bereikt; de nuchtere plasmaglucose is immers min of meer een 'acute parameter'.

Commentaar

Dit proefschrift vormt weer eens, zij het achteraf, een nuttige bouwsteen voor de herziening van de NHG-Standaard Diabetes Mellitus Type 2. Het feit dat scholing, feedback en registratie de zorg verbeteren (zeker wat betreft de glucoseregeling) is een steun in de rug van huisartsen die hierin hun energie steken. Plezierig vond ik verder dat de kritiek die opborrelde tijdens het lezen (mogelijke selectie van patiënten en participerende huisartspraktijken) uitvoerig besproken wordt in het slothoofdstuk.

Een van de belangrijkste resultaten van dit proefschrift staat in een min of meer toegevoegd hoofdstuk: de discrepantie tussen de nuchtere plasmaglucose en het HbA1c bij patiënten die dieet en orale middelen gebruiken. Dit verschijnsel valt behandelende artsen al lange tijd op en eindelijk is er nu een goed antwoord gekomen op dit fenomeen in een correct opgezette studie.

Daarnaast moeten mij enkele kritische opmerkingen van het hart. De auteur suggereert 'dat de resultaten van de onderzoeken nog eens

benadrukken dat diverse implementatiestrategieën, afhankelijk van de lokale omstandigheden nodig zijn om diabeteszorg te verbeteren.' Het was plezierig geweest als er nu eens antwoord was gegeven op de vraag welke strategie het meest effectief is. We krijgen steeds meer behoefte aan harde cijfers waarbij de kosten van de diabeteszorg worden afgezet tegen het effect.

Helaas zijn ook de in de tweede lijn verkerende patiënten – ongeveer 30 procent van de onderzoekspopulatie, met een langere diabetesduur, meer insulinegebruik en vaak moeilijker instelling – niet opgenomen. Als dat wel was gebeurd, waren veranderingen in het HbA1c waarschijnlijk veel duidelijker geweest, en mogelijk was er dan ook een sterker effect van een implementatiestrategie waarneembaar geweest, naast een krachtiger correlatie tussen HbA1c-verandering en diabetes-specifieke symptomen. Het ontbreken van deze groep klemt des te meer, omdat dit type patiënten steeds meer in de eerste lijn wordt gehouden of daarnaar wordt terugverwezen.

Jammer vind ik dat niets vermeld wordt over de oudste groep patiënten afzonderlijk (of was er een eindleeftijd?). Juist deze groep, met vaak grote comorbiditeit en veel medicatie vormt een interessante subpopulatie. Hier is in het algemeen het nastreven van een optimaal HbA1c niet de prioriteit. Wat er dan wel is gebeurd met deze patiënten, wordt niet duidelijk: is er naar welbevinden gestreefd, is er toch naar optimalisatie gestreefd, of zijn ze uitgesloten?

Een laatste opmerking betreft het volledig ontbreken van de voetinspectie in de geregistreerde gegevens. Bekend is dat late en ernstige complicaties alleen kunnen worden voorkomen door grondige inspectie van de voeten.

Simon Verhoeven

NOTA BENE

Bij idiopathisch boezemfibrilleren zijn alcoholabusus en chronische longembolieën miskende onderliggende oorzaken.

Stelling bij: Jessurun G.A.J. Neuromodulation. From Electrical current towards myocardial metabolism [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1999.

Van klacht naar diagnose

Okkes IM, Oskam SK, Lamberts H. Van klacht naar diagnose. Episodegegevens uit de praktijk. Bussum: Coutinho, 1998; 184 bladzijden, NLG 75,-. ISBN 90-6283-126-5.

Het gaat hier om een combinatie van een boek en een cd-rom. Multimedia kortom. Een lovenswaardig streven van de auteurs om de schat aan recente longitudinale gegevens uit het welbekende Transitieproject voor geïnteresseerde lezers op moderne wijze toegankelijk te maken. Het pakket bericht over de onderzoeksresultaten die zijn verzameld in de periode van 1 februari 1985 tot 1 januari 1995. Over de 'representativiteit' van de gegevens ben ik negatief. Handig is wel dat alle cijfers te standaardiseren zijn naar de samenstelling van de eigen praktijk. Methodologisch onjuist is het systematisch vermelden van betrouwbaarheidsintervallen in combinatie met het ontbreken van gedetailleerde cijfers over de interdoktervariatie.

De auteurs merken op dat boek en cd-rom niet goed los van elkaar gebruikt kunnen worden. Dat bleek in de praktijk: tijdens het schrijven van deze recensie moest ik de cd-rom uit de drive halen, omdat het programma steeds opstartte. De cd-speler maakte met de cd een storend gierend geluid. Ook het installeren van Trans II op de harde schijf van de pc verliep niet zonder problemen. De cd is niet naar de C-schijf te kopiëren; daar is hij tegen beveiligd. Kopiëren naar een andere schijf kan wel, en dat is prettig, aangezien alles daarmee sneller en geruislozer gaat.

In het boek zijn, naast een algemene inleiding, ook een verklarende woordenlijst en een literatuurlijst opgenomen. Tien voorbeelden illustreren hoe boek en cd-rom samen gebruikt kunnen worden. De cd-rom bevat ook het elektronisch formulier 'Prescriptor', ontwikkeld door Digitalis BV te Amsterdam. Dit voorschrijfprogramma wordt (onder meer) gebruikt door de huisartsen die op dit moment met de elektronische patiëntenkaart Transhis registreren op grond van het Nijmeegs Formulier. Het pakket is bedoeld voor huisartsen die gebruik maken van een huisarts-informatiesysteem en voor diegenen die wetenschappelijk onderzoek verrichten op het terrein van de huisartsgeneeskunde.

Voor de laatste groep is op de cd-rom een aantal van de ICPC afgeleide bestanden opgenomen: de conversiestructuur met de ICD-10, de ICPC-drugcodes, de vertalingen van de titels van de ICPC-codes in een aantal talen, en een algoritme voor het vervaardigen van probleemlijsten. Toegevoegd is een alfabetisch zoekstelsel voor de huisarts en een beschrij-

ving van iedere ICPC-klasse met de beschikbare synoniemen en diagnostische termen (de 'thesaurus'), en de in- en exclusiecriteria.

De eerste vraag die zich opdringt, is: wat voegt deze publicatie toe aan de tweede druk van 'In het huis van de huisarts', inclusief de bijbehorende Trans-diskette? Na wat spelen met de cijfers op de cd-rom en het lezen van het boek is mijn conclusie vooral dat dit pakket wat meer en vooral gedetailleerder cijfers biedt, ten koste van een belangwekkende visie op het vak in een gewoon leesboek.

Wie hebben er verder wat aan dit boek? Naast de praktische bestanden die vooral voor de zorg interessant kunnen zijn, is er voor studenten geneeskunde en huisartsen al dan niet in opleiding in opzet allerlei wetenswaardigs te vinden over bijvoorbeeld het beloop van allerlei klachten en aandoeningen. Bij het geven en maken van onderwijsprogramma's voor de beroepsopleiding kan het interessant materiaal zijn. Ik ben er niet helemaal uit of ik dit boek aanbeveel als onderlegger voor haio's bij bijvoorbeeld het eerstejaars onderwijsprogramma 'Het gebruik van huisartsgeneeskundige registraties'; een boek leest gemakkelijker. De groep die hier iets aan heeft, is mogelijk niet groter dan enkele tientallen personen. Vooral voor het basisonderwijs heb ik twijfels over de bruikbaarheid.

Met boek en cd-rom is voor onderzoekers wel snel een indruk van de omvang van een bepaald probleem te krijgen. Bij het schrijven van aanvragen voor onderzoeksprojecten kan dat handig zijn. Het programma op de cd-rom lijkt sterk op Trans II. Het episodegegevens registreren heeft de toekomst, zo lijkt het, en dit boek kan daarbij behulpzaam zijn.

Het probleem van dit soort registraties is dat niet helder is wat de reikwijdte is van de descriptieve gegevens: constanten en variabelen worden in een complexe mix aangeboden. Dat levert gemengde gevoelens op: fantastisch zoals dat allemaal toegankelijk is gemaakt, en wat jammer dat je nooit weet wat het eigenlijk betekent. In een andere Nederlandse huisartspraktijk kan heel goed dezelfde frequentie van ziekten gevonden worden, maar het kan ook best anders zijn. Het gaat in dit project om gegevens van ongeveer 50.000 patiënten met 93.297 patiëntjaren, 267.897 contacten, 236.027 zorgepisoden, 389.709 contactredenen, 617.805 interventies en 54 huisartsen. Dat lijkt wel enige zekerheid te bieden dat de bevindingen representatief zijn voor de werkelijkheid van de Nederlandse huisarts. Over de 'representativiteit' van de gegevens ben ik negatief.¹ Handig is wel dat alle cijfers te stan-

daardiseren zijn naar de samenstelling van de eigen praktijk. Methodologisch onjuist is tenslotte het systematisch vermelden van betrouwbaarheidsintervallen in combinatie met het ontbreken van gedetailleerde cijfers over de interdoktervariatie. Ik denk dat tot slot vooral managers van huisartsennetwerken iets aan dit boek kunnen hebben. Ondanks de koppeling aan een prescriptieprogramma is het mij niet gelukt om er farmacotherapeutische gegevens per ICPC-code uit te halen.

Ik vond dit een lastig pakket om te bespreken: aan de ene kant alle lof voor de actieve groep auteurs en huisartsen die met dit project een belangrijke verdere bijdrage aan de professionalisering van de huisartsenzorg levert, aan de andere kant oogt de cd-rom wat verouderd. Voor een multimedia presentatie zien de MS-DOS-achtige tabellen en het beperkte gebruik van bijvoorbeeld kleuren er in vergelijking met de gemiddelde website gedateerd uit. Wat betreft de financiën zal dat wel niet haalbaar zijn, maar tijdens het lezen en werken met dit pakket had ik telkens het gevoel dat dit materiaal zich mooi voor een eigen website leent. Een idee voor de toekomst? In Nijmegen schijnen ze daar overigens al mee bezig zijn.

Harm van Marwijk

1 Van Marwijk HWJ. Registratie [Boekbespreking]. Huisarts Wet 1999;42:137-8.

Naschrift

Wij zijn blij met de overwegend positieve bespreking van ons boek met cd-rom door Van Marwijk, en we maken graag gebruik van de gelegenheid op een aantal punten nader in te gaan.

Eerst de techniek. De beschreven technische problemen kunnen zover onze informatie strekt niet anders worden verklaard dan door de gebruikte hardware. Van Marwijk betreurt het dat we niet voor een Windows-versie hebben gekozen; ook wij vinden de DOS-afbeeldingen weinig meeslepend en onze keuze is uiteindelijk alleen maar gebaseerd op het feit dat dit DOS-programma zeer veel sneller is. Uiteraard overwegen wij publicatie op het Internet, zeker als we over voldoende episodegebonden Prescripator-gegevens beschikken (die zijn er nu inderdaad nog niet).

Wat voegt dit leerboek toe aan het vorige? In 'Het huis van de huisarts' was om twee redenen achterhaald. In de eerste plaats was het vooral gericht op de introductie van het episodebegrip – iets dat nu niet meer nodig lijkt. Daarnaast

sluit 'Van klacht naar diagnose' aan op de probleemlijst uit de nieuwe eindtermen voor de basisartsopleiding. Deze cd-rom geeft nu per contactreden leeftijds- en geslachtsspecifieke priorkansen op diagnoses, en verdelingen in vervolcontacten als een proxy voor posterior-kansen, zodat de relatie tussen contactreden, diagnose en interventies meer perspectief krijgt.

Gezien Van Marwijks publicatie hieromtrent is het geen verrassing dat hij kanttekeningen plaatst bij het gebruik van de betrouwbaarheidsinterval. Wij wezen er zelf al op dat het gebruik ervan in feite niet nodig is, omdat het om een compleet bestand gaat. Toch vragen naar onze ervaring sommige tijdschriftredacties om deze spreidingsmaat. Ook in de bekende JAMA-reeks 'Users' guides to the medical literature' blijkt dat men bij disease probabilities vrijwel altijd betrouwbaarheidsintervallen wil zien.¹

Onze gegevens zijn inderdaad niet representatief: de huisartsen zijn geselecteerd. Dat is het onvermijdelijk gevolg van de werkwijze in complete morbiditeitsregistraties; ook bijvoorbeeld de grote Engelse *morbidity surveys* worden niet gepresenteerd als representatief voor 'de Engelse huisarts'. Van Marwijk wijst in dit verband terecht op interdoktervariatie. Vanuit het Transitieproject is daarover nogal wat gepubliceerd, zoals de cd-rom laat zien. Daaruit is gebleken dat de meeste interdoktervariatie niet random verdeeld is, maar dat huisartsen bepaalde eigen patronen hebben, en dat huisartsen met hetzelfde patroon – post aut propter – vaak binnen één gezondheidscentrum of samenwerkingsverband werken.

Toch is dat niet écht een groot probleem. Veel zorgepisoden worden geconstitueerd in het contact tussen huisarts en patiënt: die episoden 'bestonden' vóór het contact niet in die vorm, en 'zijn' er pas bij de gratie van dat contact. Als men alle in ons land bestaande opvattingen die hierbij een rol spelen in een evenwichtige 'mix' representatief wil documenteren, bestaat daartoe geen andere weg dan registreren van wat tot nu toe goeddeels onbenaderbaar was. Gegevens uit de huisartsregistraties leveren door hun aard een generieke bijdrage aan de totstandkoming van inzicht in de werkwijze van geselecteerde huisartsen.

Van Marwijk wijst er terecht op dat de cd-rom nuttig kan zijn voor huisartsen met een elektronisch systeem. Nu het NHG samen met onze groep werkt aan de ICPC-2/ICD-10-structuur met de conversie en een thesaurus voor gemakkelijk elektronisch zoeken in nieuwe huisartsinformatiesystemen, zal de ICPC als ordeningsbeginsel nog nadrukkelijker in-

vloed uitoeven op de inhoud van de huisarts-geneeskunde. En dat is een gewenst artefact.

I.M. Okkes
S.K. Oskam
H. Lamberts

1 Richardson WS, Wilson MC, Guyatt GH, et al (for the Evidence-Based Medicine Working Group). Users' guides to the medical literature XV. How to use an article about disease probability for differential diagnosis. JAMA 1999;281:1214-9.

Hoofdpijn bij jongeren

Osterhaus SOL. Recurrent headache in youngsters [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1998; 231 bladzijden. ISBN 90-9011-576-5.

Promotie: 6 mei 1998.

Promovendus: S.O.L. Osterhaus (1962), psychologe.

Promotoren: prof.dr. A.Lange, prof.dr. J.Passchier.

Bespreking: prof.dr. W.J.H.M. van den Bosch, huisarts.

De auteur heeft gezorgd voor meer inzicht in patronen van recidiverende en chronische hoofdpijn bij jongeren. Zij heeft ook laten zien dat een gedragstherapeutische benadering in een groot aantal gevallen effect kan hebben op deze patronen. Het hoofdpijndagboek dat in de huisartspraktijk in toenemende mate ingang vindt, blijkt een inzichtelijk instrument te zijn. De vaststelling dat drie weken een goede tijdsduur is voor een betrouwbare inschatting, geeft een praktische leidraad.

Hoofdpijnpatronen

In een eerste studie met 53 jonge hoofdpijnpatiënten (9-21 jaar), gerecrueteerd op basis van een advertentie in de krant, wordt gekeken naar verschillen in pijnkarakteristieken tussen patiënten met respectievelijk migraine, spanningshoofdpijn en een mengvorm. Migrainepatiënten blijken minder frequente aanvallen te hebben met een hogere pijnintensiteit dan patiënten met spanningshoofdpijn. De auteur concludeert dat het individuele hoofdpijnpatroon belangrijker is dan de diagnose zelf, dat migrainepatiënten geen ernstiger patiënten zijn dan die met spanningshoofdpijn, en zij richt haar verdere onderzoek op de totale groep met hoofdpijn.

In een tweede studie wordt door middel van een vragenlijst gescreend op frequente hoofdpijn in een groep schoolkinderen van 12-15 jaar. Er werden 41 kinderen gevonden die voldeden aan de inclusiecriteria van migraine

(n=18) of van spanningshoofdpijn (n=23). Dezen werd gevraagd een hoofdpijndagboek bij te houden, waarin met name gezocht is naar *triggerpoints* voor aanvallen van hoofdpijn. Niet-migrainepatiënten bleken significant vaker triggers voor hoofdpijn vast te leggen dan migrainepatiënten. Deze triggers bleken vooral fysiek van aard.

In een derde studie werden via de klasdocenten van 42 scholen voor vervolgonderwijs opnieuw 41 kinderen (nu van 12-19 jaar) gerecruiteerd die voldeden aan de criteria voor migraine. Ook ditmaal werd gevraagd een hoofdpijndagboek bij te houden waaruit bleek dat een tijdsduur van drie weken voldoende was om inzicht te krijgen in het patroon van hoofdpijn bij kinderen die ten minste twee maal per maand een migraine-aanval hadden.

Gedragstherapie

Een belangrijk deel van het proefschrift handelt over de effecten van gedragstherapie bij jonge hoofdpijnpatiënten. Hierbij werden twee vergelijkbare onderzoeken verricht in twee verschillende populaties.

In het eerste onderzoek werden 32 kinderen opgenomen in de experimentele groep, en 9 in de controlegroep. De eerste groep kreeg acht wekelijkse sessies, de helft ervan in groepjes van vier en de helft individueel met een gecombineerde therapie met informatie over hoofdpijn, ontspanningsoefeningen zelfhypnose, rationeel emotieve therapie (RET) en biofeedback op basis van een gemeten en gepresenteerde vingertemperatuur. Bijna de helft van de kinderen in de experimentele groep had meer dan 50% verbetering, met name van frequentie van hoofdpijnaanvallen, naast slechts één van de negen kinderen in de controlegroep.

In een tweede studie met de kinderen gerecruiteerd via de krant bleven 39 kinderen (12-22 jaar) over die bereid waren deel te nemen aan de interventie met een met het vorige onderzoek vergelijkbare, gecombineerde gedrags-therapie. In tegenstelling met het eerste interventie-onderzoek verliep de verdeling in experimentele (n=24) en controlegroep (n=15) bij dit onderzoek gerandomiseerd. De kinderen in de controlegroep kregen na afloop van de eerste interventie dezelfde behandeling aangeboden. De resultaten van dit onderzoek waren vergelijkbaar met die van het vorige onderzoek: 52% verbetering na behandeling, 0% in de controlegroep.

Psychosociale invloeden

De auteur heeft ook de invloed bestudeerd die stress- en gezinsfactoren op de hoofdpijn van kinderen kunnen hebben. Als uitgangspunt

wordt gekozen voor een model dat uitgaat van een aanwezige gevoeligheid van het kind voor pijnklachten. Er wordt van uitgegaan dat een verhoogde autonome *arousal* de belangrijkste veroorzaker is van gezondheidsproblemen van deze kinderen. Stress zal leiden tot meer pijnklachten, en onderdrukken van emoties zal leiden tot een verhoogde *arousal* en dus ook tot meer pijnklachten. Verder kunnen de aandacht van de ouder voor de pijnklachten en de wijze van presentatie van eigen pijnklachten door de ouder op dit geheel van invloed zijn.

Om dit model in de praktijk te toetsen, beschrijft de auteur eerst haar studie waarin de gevoels- en gedragsexpressie van hoofdpijnpatiënten versus controlepatiënten beschreven wordt. Door middel van een vragenlijst werd gevonden dat hoofdpijnpatiënten vaker gevoelens van verdriet en zorgen bleken te onderdrukken. Daarbij onderdrukten jongens meer dan meisjes en kinderen uit eenoudergezinnen meer dan andere kinderen.

Er bleek gedeeltelijke steun voor het model te bestaan. Zo was er een significante relatie tussen de *arousal* van het kind en de kwaliteit van de moeder-kindrelatie. In tegenstelling tot wat verwacht werd, bleek een hogere beloning voor het ziektegedrag door de ouders samen te hangen met een lagere hoofdpijnrapportage.

Als laatste heeft de auteur gekeken of zij voorspellers kon vinden voor het behandelingsresultaat. Meisjes leken beter op de behandeling te reageren dan jongens. De belangrijkste voorspeller was echter de duur van de ziektegeschiedenis, zodat de auteur concludeert dat patiënten in een vroeger stadium behandeld zouden moeten worden.

Commentaar

Voor mij als huisarts was dit proefschrift moeilijk te lezen. Dat had niet met de inhoud te maken, maar meer met het feit dat er van verschillende populaties gebruik werd gemaakt die met verschillende methoden gerecruiteerd waren, van verschillende leeftijdsklassen waren, soms alle hoofdpijnpatiënten en soms alleen migrainepatiënten bevatten en waarbij interventies soms wel en soms niet gerandomiseerd verliepen. In de verschillende artikelen waarop dit proefschrift gebaseerd is, liepen deze populaties in een voor mij soms onlogische volgorde door elkaar.

Verder blijf ik met een paar vragen zitten. Waarom gekozen voor een zo kleine controlegroep in de niet-gerandomiseerde studie? Waarom in een gerandomiseerde studie zo grote verschillen in aantallen tussen de experimentele en controlegroep? Waarom de verschillen

in leeftijdsverdelingen als dezelfde populaties bedoeld worden? Waarom de ene keer hoofdpijnpatiënten en de andere keer alleen migrainepatiënten?

Toch heeft de auteur belangrijk werk gedaan op een moeilijk terrein. Zij heeft gezorgd voor meer inzicht in patronen van recidiverende en chronische hoofdpijn bij jongeren. Zij heeft ook laten zien dat een gedragstherapeutische benadering hierop in een groot aantal gevallen effect kan hebben. Het hoofdpijndagboek dat in de huisartspraktijk in toenemende mate ingang vindt, blijkt een inzichtelijk instrument te zijn. De vaststelling dat drie weken een goede tijdsduur is voor een betrouwbare inschatting, geeft een praktische leidraad.

Ik vind het jammer dat de auteur geen informatie geeft over de interventies die voor het besproken onderzoek al bij deze kinderen zijn verricht. Evengoed als omgevingsfactoren in het gezin of op school kunnen de aandacht en het beleid van de huisarts of van andere hulpverleners gerelateerd zijn aan het ontstaan van chronisch-recidiverende hoofdpijn bij kinderen. Interessant zou zijn geweest om te onderzoeken of er in de initiële fase van hoofdpijn voorspellers zijn te vinden voor een chronisch beloop. Met deze informatie zouden huisartsen beter patiënten kunnen opsporen die in aanmerking zouden komen voor een vorm van gedragstherapeutische behandeling, temeer omdat de auteur heeft aangetoond dat de duur van het ziektebeloop een belangrijke voorspeller is voor het behandelingsucces. Voor huisartsen is het verder goed om te beseffen in welke mate gezinsfactoren, zoals de kansen voor het kind om emoties te uiten, en de strategieën van ouders hoe om te gaan met de klachten van het kind van invloed kunnen zijn op het bestaan van chronisch recidiverende hoofdpijnklachten van kinderen.

De auteur eindigt haar proefschrift met vier case-studies van kinderen uit haar onderzoek. Het is opvallend hoe weinig prominent ook hier de rol van de huisarts was. Zou dit Amsterdamse onderzoek toch een selectie voor de grote-stadsproblematiek zijn geweest?

Wil van den Bosch

NOTA BENE

Infuusbehandeling thuis heeft een breed draagvlak, is haalbaar en doelmatig.

Stelling bij: Smeets PMJH. Complexe medisch-technische zorg. Ontwikkeling, implementatie en evaluatie van infuusbehandeling thuis [Dissertatie]. Maastricht: Universiteit Maastricht, 1999.

Hardnekkige hoesters

Thiadens HA. Diagnosing asthma or COPD in patients with persistent cough: variations on a theme [Dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1999; 170 bladzijden. ISBN 90-9012346-6.

Het proefschrift van Henk Thiadens gaat over patiënten die naar de huisarts gaan met een hardnekkige hoest (langer dan 14 dagen): hoeveel astma of COPD komt in deze groep voor, wat is de waarde van anamnese, lichamelijk onderzoek en het gebruik van de piekstroommeter bij het stellen van deze diagnoses en hoe herkent de huisarts de astmatici onder de patiënten die voldoen aan de criteria voor acute bronchitis? Anders gezegd, toetst dit onderzoek de diagnostische richtlijnen uit de oude NHG-Standaarden Cara uit 1992 waarin de huisarts werd aanbevolen een uitputtende anamnese af te nemen en de piekstroommeter te gaan gebruiken?

Bij ingesloten patiënten werd een standaard-anamnese voor luchtwegklachten afgenomen, werd meting van de piekstroom uitgevoerd conform de NHG-standaarden (PEF-reversibiliteit, dag-nacht-variabiliteit) en werd uitgebreid longfunctieonderzoek gedaan (spirometrie, 'FEV1-reversibiliteit' en hyperreactiviteit). Of er sprake was van astma of COPD, werd bepaald aan de hand van de standaard-anamnese en het uitgebreid longfunctieonderzoek. De waarde van de diverse in de NHG-standaard aanbevolen diagnostische parameters werd bepaald met regressiemodellen.

De belangrijkste resultaten: onder hardnekkige hoesters komt veel meer astma en COPD voor dan de huisarts denkt, deze patiënten zijn met anamnese en lichamelijk onderzoek op te sporen en te onderscheiden van patiënten met acute bronchitis, gebruik van de piekstroommeter voegt hieraan weinig toe. Sleutelvragen voor astma/COPD betreffen: piepen de laatste 14 dagen, benauwdheid de laatste 14 dagen, benauwd bij contact met allergenen (huisdieren, huisstof, pollen, etc.), verlengd expirium bij lichamelijk onderzoek, rookgedrag en vrouwelijk geslacht (voor astma). Sleutelvragen voor het onderscheid astma/COPD betreffen: vrouwelijk geslacht, piepen gedurende de laatste 14 dagen, aanvallen van dyspneu het laatste jaar en piepen, hoesten of dyspneu na contact met allergenen. Conclusie: de huisarts kan het bij hardnekkige hoesters af met anamnese en lichamelijk onderzoek en kan de piekstroommeter beter in de kast laten.

Thiadens heeft een van de voor de huisarts belangrijkste problemen (hardnekkige hoest) onderzocht en leidt ons met zijn vaste hand als

praktiserend huisarts en onderzoeker tot opmerkelijke conclusies. Voordat huisartsen de piekstroommeter definitief opbergen en de NHG-standaarden gaan herschrijven, wil ik nog wel een paar zaken precies uitgezocht hebben. Ten eerste: blijven de bevindingen over-eind als dezelfde patiëntengroep later nog eens op dezelfde parameters wordt onderzocht, of verschuift het beeld? Ten tweede: wordt het gevonden beeld bevestigd in patiënten met ingangsklachten als piepen of dyspneu? Ten derde: wat zijn nu voor astma en wat voor COPD specifieke symptomen uit anamnese en lichamelijk onderzoek? Ik pleit dus voor een longitudinaal onderzoek bij meer patiënten met ook piepen en dyspneu als ingangsklachten. Thiadens heeft hiervoor een prima aanzet gegeven.

Astma en COPD blijven mij als ziektebeelden verbazen. Je denkt er iets van af te weten en dan stuurt een onderzoek als dit dat weer in de war. Misschien zijn een aantal concepten uit de internationale richtlijnen als reversibiliteit, hyperreactiviteit en type ontsteking voor de praktiserend arts minder bruikbaar dan wij denken, of meten wij het op de verkeerde manier (wie zegt mij bijvoorbeeld of reversibiliteit bepaald met de FEV1 een zuiverder beeld geeft dan de nu gewraakte piekstroom? – in Thiadens' onderzoek was het noodgedwongen de gouden standaard). Ik hoop dat hij ons over deze meer fundamentele vragen ooit nog zijn gedachten onthult, nu het boek klaar is.

W. van Hensbergen

Aankondigingen

Tijdelijk feest

Postkoloniale doktersroman
Keizer B. Nijmegen: SUN, 1998; 288 bladzijden, prijs NLG 39,50. ISBN 90-6168-657-1.

Gezinsbegeleiding bij psychotische patiënten
Dingemans PM, De Pater-Zijlstra MA. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1998; 182 bladzijden, prijs NLG 39,95. ISBN 90-313-2166-4.

Casuïstische heekkunde in beeld

De symptomatologie van chirurgische ziekten uit de dagelijkse praktijk

Keeman JN. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1998; 160 bladzijden, prijs NLG 49,50. ISBN 90-313-2188-5.

Diabetes Mellitus Type II

Astma/COPD

Urinecontinentie bij vrouwen

Intensieve thuiszorg, terminale thuiszorg

Gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen

Hart- en vaatziekten

Delen in de reeks 'Werkafspraken'. In de reeks gaat het om problematiek waarbij diverse disciplines zijn betrokken. Utrecht: Landelijke Vereniging Gezondheidscentra, 1998/1999; prijs NLG 7,50 per deel inclusief verzendkosten. Te bestellen bij de LVG, tel. 030 2522804, fax 030 2518479.

Mededelingen voor de Agenda in nummer 13 (december) moeten op uiterlijk 9 november in het bezit zijn van het redactiesecretariaat.

Ontwikkelen van een systematic review

Amsterdam, 25 november.

Workshop Dutch Cochrane Centre, tel. 020 5665602, fax 020 6912683; e-mail cochrane@amc.uva.nl.

■ Research on quality of care. Study designs and applications

30 november – 2 december, 25 januari 2000.

Cursus voor onderzoekers en kwaliteitsfunctionarissen, georganiseerd door Nihes en Care. Inlichtingen: dr. M. Wensing, tel. 024-3614227; e-mail m.wensing@hsv.kun.nl.

9de Gezond Onderwijs Congres

Veldhoven, 2-3 december

Inlichtingen: mw. José Coolen, Kongresservice Brabant, tel. 040 2545215; fax 040 2546566; e-mail GOC@koningshof.nl.

Evidence-based medicine in de klinische praktijk

Amsterdam, 17-19 januari 2000.

Workshop Dutch Cochrane Centre, tel. 020 5665602, fax 020 6912683; e-mail cochrane@amc.uva.nl.

Ontwikkelen van een systematic review

Amsterdam, 24 februari 2000.

Workshop Dutch Cochrane Centre, tel. 020 5665602, fax 020 6912683; e-mail cochrane@amc.uva.nl.

Ontwikkelen van een systematic review

Amsterdam, 25 mei 2000.

Workshop Dutch Cochrane Centre, tel. 020 5665602, fax 020 6912683; e-mail cochrane@amc.uva.nl.

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.

H&W

Literatuurinformatie

Publicaties in *Huisarts en Wetenschap* zijn op vier wijzen achterhaalbaar:

- Via de *jaarregisters*.
- Via de *cumulatieve registers* 1957-1971, 1972-1991 en 1992-1996. Te bestellen bij het bureau van het NHG.
- Via het *elektronisch register* 1957-1998. 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. Aan te vragen bij het redactiesecretariaat.