

Wiegendood

L'Hoir noemt onder meer het fixeren van de trappelzak als maatregel ter preventie van wiegendood: 'Het fixeren van de trappelzak (door middel van een riem die door een tunneltje aan de achterzijde van de trappelzak wordt gehaald en daarna onder de lattenbodem wordt bevestigd) wordt wel geadviseerd aan zeer angstige ouders, bijvoorbeeld na een eerder geval van wiegendood.'¹

Afgelopen voorjaar heb ik in mijn praktijk een dramatisch geval van verstikking meegeemaakt. Een 20 maanden oud jongetje werd 's ochtends dood in zijn bedje aangetroffen met de bovenbeschreven riem strak om zijn nekje gesnoerd. Het jongetje was op dat moment al uren dood. Hij had zich 's nachts onder de riem door weten te draaien, vermoedelijk zonder een klap te geven. De riem was weliswaar onder de matras door gehaald, maar niet onder de lattenbodem bevestigd. Blijkbaar wisten deze, overigens zeer consciëntieuze ouders niet goed hoe deze riem bevestigd moest worden of waren ze niet goed voorgelicht.

Mij lijkt het een 'fout' die gemakkelijk gemaakt kan worden. Bij een verkeerde bevestiging wordt deze riem dus een levensgevaarlijk ding. Moeten we hem dan wel als preventieve mogelijkheid bij wiegendood propageren? Ikzelf heb in ieder geval de neiging om dergelijke riemen meteen te verwijderen of op zijn minst de bevestiging te controleren.

Lidy Janssen

¹ L'Hoir MP. Wiegendood: risicofactoren en preventie. Huisarts Wet 1999;42(10):451-4.

Naschrift

Tijdens het opstellen de 'Consensus Preventie van Wiegendood' van het Centraal Begeleidingsorgaan Intercollegiale Toetsing (CBO) is uitvoerig gesproken over het verkeerde gebruik van de 'Prénatal Babyslaapzak-riem'. De geciteerde zin is afgeleid uit de volgende tekst van de consensus: 'Ten slotte is het tegengaan van het omdraaien door mechanische fixatie van de rugligging te overwegen. Dit is te realiseren door het kind in een babyslaapzak te laten slapen die op de onderlaag is gefixeerd, waarbij de riem (door een tunneltje aan de achterzijde van de slaapzak) onder de harde onderlaag van het bedje is doorgevoerd, zeer strak is aangehouden en met kliksluiting is gesloten. Het is beter dit advies te bewaren voor uitzonderlijke gevallen, bijvoorbeeld als de ouders na de wiegendood van een eerder kind erg ongerust zijn over de mogelijkheid van omdraaien.'¹

De actuele opvatting dat fixeren geen algemeen advies moet zijn, is hierop gebaseerd. Alleen in bijzondere gevallen en voor een beperkte periode kan fixatie worden aangeraden:

- bij zuigelingen <6 maanden die zich op de buik kunnen draaien;
- bij angstige ouders;
- bij ouders die een kindje aan wiegendood hebben verloren.

Fixeren gebeurt altijd in overleg met de ouders en gaat vergezeld van duidelijke instructies en uitleg over de nadelen: er zijn risico's van beknelling en verstikking, met name indien de juiste instructie niet goed wordt uitgevoerd. Naarmate de zuigeling ouder wordt (na 6 maanden) wordt dit risico groter.

Het commentaar van Janssen roept de vraag op of de riem op indicatie te verkrijgen zou moeten zijn, bijvoorbeeld via de consultatiebureauwinkel. Verder moge duidelijk zijn dat een goede bijsluiters en een waarschuwing niet mogen ontbreken bij dit product. Op de verpakking van de riem wordt thans een leeftijd van 0-12 maanden genoemd. Ook zou duidelijk moeten worden vermeld dat de riem alleen gebruikt dient te worden bij de slaapzak met tunneltje aan de achterzijde en dat de riem onder de lattenbodem moet worden doorgehaald. In deze heeft het bedrijf dat de slaapzakriem verkoopt (Prénatal) een grote verantwoordelijkheid. Het personeel dient voldoende te zijn getraind om hierover adequate informatie te kunnen geven.

Ten slotte verdient het aanbeveling alle problemen die zich hebben voorgedaan rondom het gebruik van een riem ter fixatie te verzamelen, zodat duidelijk wordt of de aangepaste slaapzak voldoet.

M.P. L'Hoir

¹ Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO). Consensus Preventie Wiegendood, Utrecht, 1996.

NNT

Lucassen spreekt zijn twijfel uit over de juistheid van schattingen van *numbers needed to treat* (NNT) op basis van gerandomiseerde trials (Huisarts Wet 1999;42(8):337). Die twijfel is gerechtvaardigd maar niet om de redenen die Lucassen noemt. Hij stelt dat het 'placebo'-effect dat in een trial van het 'overall'-effect wordt afgetrokken tot een overschatting leidt van het 'werkelijke' effect. Het tegendeel is waar, wanneer onder het werkelijke effect ook de specifieke effecten van therapie worden verstaan. Indien dat niet het geval is, levert de

risicoreductieschatting op basis van het verschil tussen placebo- en verum-behandeling in principe een goede waarde op.

Een belangrijker probleem is dat gewoonlijk schattingen van risicoreducties plaatsvinden op basis van cumulatieve incidenties, die dan worden teruggerekend naar tijdseenheden (bijvoorbeeld jaren). Het maakt nogal wat uit of die geschat worden in een onderzoek van zes maanden of van vijf jaar. In een langer onderzoek zullen geleidelijk steeds meer personen uitvallen en dus niet meer behandeld worden. Ook zullen personen in de placebogroep alsnog een behandelingsindicatie krijgen buiten het bereik van het onderzoek en daarom van placebo- op verum-medicatie worden gezet. Vanzelfsprekend zullen die personen vanaf dat moment niet meer beschouwd moeten worden als een *number needed to treat*.

NNT's berekend voor acute effecten zijn geen probleem, maar NNT's zoals die gewoonlijk berekend worden voor behandeling van chronische ziekten leveren om die redenen een onderschatting op. Aangezien NNT's zich in een groeiende belangstelling kunnen verheugen, waarschijnlijk omdat ze voor behandelaren zo intuïtief lijken te zijn, is het belangrijk dat er meer aandacht wordt besteed aan de kwaliteit van de berekeningen.

prof.dr. D.E. Grobbee

Naschrift

Er is sprake van een misverstand. Ik heb gesteld dat het 'werkelijke effect' groter is dan het specifieke - in de trial vastgestelde - effect door de invloed van natuurlijk beloop en vrouw placebo. Het grotere werkelijke effect genereert een kleiner NNT; het kleinere specifieke effect genereert een groter NNT. Dit laatste is door mij overschatting genoemd.

Overigens verdient de opmerking over het berekenen van NNT's op basis van cumulatieve incidenties inderdaad ruimere aandacht.

Peter Lucassen

NOTA BENE

Doubts do not reflect incompetence but are rather the essence of clinical practice.

Stelling bij: Luteijn B. Primary health care in Dominica, studies in the Marigot health district [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1999.

Rugpijn: therapie of een boekje?

Cherkin DC, Deyo RA, Battié M, et al. A comparison of physical therapy, chiropractic manipulation, and provision of an educational booklet for the treatment of patients with low back pain. *N Engl J Med* 1998;339:1021-9.

Ruim 300 patiënten met lage-rugpijn die langer dan zeven dagen aanhield, kregen at random óf fysiotherapie volgens McKenzie (n=133), óf chiropractische manipulatie (n=122), óf een boekje met uitleg en adviezen (n=66). De interventie duurde één maand, waarin negen behandelingen konden worden gegeven. Gekeken werd naar verschillen in symptomen, lichamelijke functioneren, recidieven, inroepen van medische hulp en kosten op korte en lange termijn (1, 4 en 12 weken, en 1 tot 2 jaar).

De genen die fysiotherapie of chiropraxie kregen, waren ongeveer 2,5 uur bezig met de therapie. De chiropractor vroeg in meer dan de helft van de gevallen röntgenfoto's aan. De genen die fysiotherapie kregen, moesten ook thuis oefenen en een rugkussen gebruiken. Vergelijken met de twee therapiegroepen gingen iets meer patiënten uit de boekjesgroep voor hun rugklachten naar een hulpverlener en ook bleven zij iets meer medicijnen voor de pijn gebruiken. De therapiegroepen scoorden niet significant beter ten aanzien van de ernst van de symptomen en het lichamenlijk functioneren met de rugpijn. In de drie groepen kwamen evenveel recidieven voor en werd ook even vaak opnieuw hulp voor de rugpijn gevraagd. De totale kosten waren in beide therapiegroepen even hoog, en in de boekjesgroep beduidend lager (een derde). Driekwart van de patiënten in de therapiegroepen was na 1 en 4 weken zeer tevreden over de ontvangen hulp, tegen slechts 30 procent in de boekjesgroep.

Het beleid van de NHG-standaard om mensen met rugklachten die korter dan zes weken bestaan niet te verwijzen, wordt door dit onderzoek bevestigd.

Germa Joppe

Ipratropium erbij

Qureshi F, Pestian J, Davis P and Zaritsky A. Effect of nebulized ipratropium on the hospitalization rates of children with asthma. *N Engl J Med* 1998; 339:1030-5.

Ruim 400 kinderen met astma van 2-18 jaar die met een acute astma-exacerbatie op de SEH verschenen, werden ingedeeld in twee groepen. Beide groepen kregen standaardtherapie (drie maal verneveld albuterol om de 20 minuten, en bij de tweede dosis tevens oraal prednison). De interventiegroep kreeg bij de tweede

en derde dosis via de vernevelaar ook ipratropium 500 mcg toegediend, de controlegroep kreeg placebo. De ernst van de astma-aanval werd uitgedrukt als een percentage van de voorspelde piekstroomwaarde of in de vorm van een speciale astmascore als een kind niet goed kon blazen. De astma-aanval werd matig genoemd bij een piekstroom tussen de 50 en 70 procent van de verwachte waarde of bij een astmascore tussen de 8 en 11; de aanval werd ernstig genoemd bij een piekstroom die <50 procent van de voorspelde waarde of bij een astmascore tussen de 12 en 15. Na de drie doses albuterol kon de arts zelf bepalen of er nog meer albuterol nodig was, tot het moment dat beslist werd om het kind wel of niet op te nemen.

In totaal werden 59 van de 215 kinderen uit de ipratropiumgroep opgenomen, tegen 80 van de 219 kinderen uit de placebogroep. Het bleek dat kinderen met een matige astma-aanval niet vaker werden opgenomen als ze placebo kregen. Voor kinderen die een ernstige aanval hadden, bleek ipratropium wel significant het aantal opnamen te verminderen: 38 tegen 53 procent in de placebogroep. Om één opname te voorkomen, moesten 7 kinderen met ipratropium behandeld worden. Het gebruik van ipratropium als extra medicatie zorgt dus voor een belangrijke kostenverlaging.

In de NHG-standaard Astma bij Kinderen wordt wel gemeld dat ipratropium mogelijk extra bronchusverwijding geeft bij acute ernstige dyspnoe, maar vanwege de bewerkelijkheid van het afwisselend geven van beide bronchusverwijders bij gebruik van een inhalatiekamer, wordt het middel niet als voorkeursbehandeling genoemd.

Gema Joppe

Met minder kan het ook

Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Comparison of three single doses of mifepristone as emergency contraception: a randomised trial. *Lancet* 1999;353:697-702.

In dit WHO-onderzoek werden de betrouwbaarheid en de bijwerkingen vergeleken van de eenmalige toediening van 600, 50 en 10 mg mifepristone (antiprogesteron) binnen 120 uur na een onbeschermd coïtus. Gebruikelijk is 600 mg binnen 72 uur. Ruim 1500 vrouwen kregen at random een van deze doseringen.

De dosering bleek geen merkbare invloed te hebben op het aantal ongewenste zwangerschappen (circa 1,2%). Naarmate de dosering hoger was, duurde het langer voordat er een bloeding optrad. Wat de bijwerkingen betreft was er geen significant verschil tussen de drie

doseringen. Gemiddeld 17 procent van de vrouwen had last van misselijkheid, 13 procent van hoofdpijn, 13 procent van duizeligheid en 2 procent van braken. Moeheid en slaptie nam toe met de dosering van 19 tot 27 procent van de vrouwen.

De dosering van mifepristone kan dus verlaagd worden zonder dat de betrouwbaarheid afneemt.

M. Sanders

Interferon β -1b bij MS

European Study Group on interferon-1b in secondary progressive multiple sclerosis. Placebo controlled multicentre randomised trial of interferon β -1b in treatment of secondary progressive multiple sclerosis. *Lancet* 1998;352:1491-7.

Goodkin DE. Interferon β -1b therapy for multiple sclerosis [Editorial]. *Lancet* 1998;352:1486-7.

Welk effect heeft interferon op het beloop van progressief verlopende multiple sclerose met incomplete remissies?

Ruim 700 MS-patiënten werden verdeeld over een interventie- en een placebogroep. Bij alle patiënten werd zowel de mate als de ernst van de beperkingen in kaart gebracht met een vragenlijst. Uitkomstparameters waren de snelheid van de ziekteprogressie en MRI-variabelen.

In de interferongroep was er een significante vertraging van de ziekteprogressie, die na negen maanden zichtbaar werd. Over de totale onderzoeksperiode van drie jaar was er een meetbare progressie van de aandoening bij de helft van de placebogroep tegen 40 procent van de interferongroep. De kans om rolstoelafhankelijk te worden werd door behandeling vertraagd. Bij de behandelde groep was op de MRI een significante afname van nieuwe actieve laesies zichtbaar. De auteurs concluderen dat de behandeling met interferon een belangrijke vertraging van de progressie geeft. Interferon β -1b is de eerste behandeling die een therapeutisch effect heeft bij deze groep MS-patiënten.

Joost J. den Otter

Ontbijt, goed voor...?

Brugman E, Meulmeester JF, Spee-van der Wekke A, Verloove-Vanhorick SP. Breakfast-skipping in children and young adolescents in The Netherlands. *Eur J Public Health* 1998;8:321-8.

Janson S. Who cares about breakfast-skipping? [Editorial]. *Eur J Public Health* 1998;8:279.

Overslaan van het ontbijt leidt onder meer tot onvoldoende inname van vitamines en minera-

len. Wél ontbijten heeft in ieder geval een gunstig effect op het plasmacholesterol, de voedingsstatus, afname van de hoeveelheid tussendoortjes en mogelijk ook op schoolprestaties. In dit onderzoek werden de voedingsgewoonten van ruim 400 kinderen op de leeftijd van 5, 8, 11 en 14 jaar geïnventariseerd door het invullen van vragenlijsten bij een bezoek aan de schoolarts.

Van de basisschoolkinderen had 5 procent de voorafgaande dag het ontbijt overgeslagen, van de middelbare-schoolkinderen 13 procent. Overslaan van het ontbijt kwam vaker voor bij meisjes dan bij jongens, bij kinderen uit eenoudergezinnen en bij leerlingen van grotestadscholen, en minder vaak bij een vader met minimaal een HBO-opleiding. De combinatie overslaan van ontbijt, inactiviteit en roken kwam voor bij 55 procent van de meisjes van 16 jaar die beroepsvoorbereidend onderwijs volgden, tegen slechts 8 procent van de jongens die het gymnasium bezochten.

Joost J. den Otter

Diabetes en hypertensie

UK Prospective Diabetes Study Group.

- Tight blood pressure control and risk of macrovascular complications in type-2 diabetes. *BMJ* 1998;317:703-12.
- Efficiency of atenolol and captopril in reducing risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes. *BMJ* 1998;317:713-9.
- Cost effectiveness analysis of improved blood pressure control in hypertensive patients with type 2 diabetes. *BMJ* 1998;317:720-6.

Mogensen EA. Combined high blood pressure and glucose in type 2 diabetes: double jeopardy [Editorial]. *BMJ* 1998;317:693-4.

Ruim 1100 patiënten met diabetes mellitus type 2 in combinatie met hoge bloeddruk (gemiddeld 160/94 mmHg) werden ingedeeld in twee vergelijkbare groepen. Bij de ene groep werd gestreefd naar een bloeddruk <150/85 mmHg, bij de andere groep werd een maximale bloeddruk van 180/105 mmHg acceptabel geacht.

Na een observatieperiode van gemiddeld negen jaar bleek dat alle vasculaire afwijkingen bij de groep met de streng gecontroleerde bloeddruk verminderd waren en dat vooral het optreden van microvasculaire afwijkingen kon worden voorkomen. Om de nagestreefde bloeddrukverlaging te bereiken moesten vaak drie middelen worden gebruikt.

Een van de daarbij gebruikte antihypertensiva was een ACE-remmer: in ruim de helft van

de gevallen captopril en voor de rest atenolol. Beide middelen leverden een vergelijkbare bloeddrukverlaging op. Ook was er geen verschil tussen beide groepen in het optreden van macro- en microvasculaire complicaties. Wel staakten op de lange duur meer atenololgebruikers deze medicatie, vooral wegens bronchospasmen, claudicatio intermittens en impotentie.

De patiënten in de streng gecontroleerde groep gebruikten veel meer geneesmiddelen en consulteerden de diabetesverpleegkundige vaker dan de 'vrijere' groep. Deze extra kosten waren echter lager dan de kosten van ziekenhuisopnamen en de behandeling van nierfalen en retinopathie in de 'vrijere' groep, en hierbij is het grotere aantal sterfgevallen en de verminderde kwaliteit van het leven nog buiten beschouwing gelaten.

De conclusie is dat verlaging van de bloeddruk de grootste rol speelt bij het voorkomen van vasculaire complicaties bij diabetes. Streng instellen van de diabetes voorkomt vooral microvasculaire complicaties.

H.G. Frenkel-Tietz

Campylobacter jejuni

Smith KE, Besser JM, Hedberg CW, et al. Quinolone-resistant campylobacter jejuni infections in Minnesota, 1992-1998. *N Engl J Med* 1999;340:1525-32.

Wegener HC. The consequences for food safety of the use of fluoroquinolones in food animals [Editorial]. *N Engl J Med* 1999;340:1581-2.

In de loop van zes jaar is de incidentie van Campylobacter-enteritis in Minnesota verdrievoudigd. Hierbij steeg het aantal chinolonresistente gevallen van 2 tot 10 procent. De meeste infecties waren te herleiden tot buitenlandse besmettingen, maar in de laatste jaren werden ook besmettingen van binnenlandse origine vastgesteld. Dit wordt in verband gebracht met chinolonen, die sinds 1995 toegestaan zijn in de kippenfokkerij. Uit kweken van 14 van in totaal 95 kippenproducten werd een chinolonresistente Campylobacter geïsoleerd.

In het editorial wordt uitgelegd dat het gewicht van de kippen stijgt door toediening van chinolonederivaten. Campylobacter-enteritis is een 'self-limiting disease'. Men bedenke echter dat deze aandoening voor ouderen en immuungecompromitteerde patiënten fataal kan zijn, indien er geen adequate antibioticabehandeling mogelijk is.

H.G. Frenkel-Tietz

Promotieonderzoek door huisartsen

Literatuur (vervolg van pag. 608)

- 1 Bremer GJ. Studies uit de huisartspraktijk. Proefschriften van huisartsen 1900-1979. *Huisarts Wet* 1981;24:336-40.
- 2 Bremer GJ. Promoveren door huisartsen II. *Huisarts Wet* 1988;31:92-4.
- 3 Touw-Otten F. Wetenschapsbeoefening en huisartsgeneeskunde. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1981.
- 4 Boersma JJ, et al. ICPC. International Classification of Primary Care. Derde druk. Utrecht: NHG, 1994.
- 5 Meijman FJ. Publications in Dutch on general practice research. In: Royal Netherlands Academy of Arts and Sciences. Medical Committee. General practice research in Dutch Academia. Amsterdam, 1994: 47-53.
- 6 Kooij LR, Bremer GJ. Gepromoveerde huisartsen. *Huisarts Wet* 1998;41:333-5.
- 7 De Bouvé WJ. De motoriek als persoonlijkheidskenmerk van het kind [Dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1940.
- 8 Van der Reep AFM. Tuberculose in een plattelandspraktijk [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1959.
- 9 Meijman FJ. Prioriteiten bij huisartsgeneeskundig wetenschappelijk onderzoek: terug naar de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1997;40:261-3.
- 10 Zaat JOM. Tussen volkorenbrood en cake. De spagaat van het huisartsgeneeskundig onderzoek. *Huisarts Wet* 1998;41:369-71. ■

Het classificeren van deelcontacten met de ICPC

Vervolg literatuur van pag. 612

- 12 Van der Lei J, Bohnen AM, Van Bommel JH. Computerondersteunde besluitvorming: een nog niet vervulde belofte. *Huisarts Wet* 1994;37:427-30.
- 13 Middelkoop BJC. Twee jaar Rohapro. Rapport Afdeling Epidemiologie en Beleid. Rotterdam: GGD Rotterdam en Omstreken, 1993.
- 14 Höppener P, Knottnerus JA, Metsemakers JFM, et al. Het Registratienet Huisartsenpraktijken van de Rijksuniversiteit Limburg: een geautomatiseerd steekproefbestand voor huisartsgeneeskundig onderzoek. *Huisarts Wet* 1990;33:66-9.
- 15 Brouwer HJ. Probleem of episode? In: *Bijblijven* 13/4, 'Huisarts en automatisering', 1997: 26-30. ■

Psychische problemen

Tiemens BG. Management of mental health problems in primary care. The doctor, the patient, and the medical model [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1999; 240 bladzijden. ISBN 90-367-1017-0.

Promotie: 17 februari 1999.

Promovendus: B.G. Tiemens (1963).

Promotoren: prof.dr. J. Ormel,

prof.dr. W. van den Brink.

Bespreking: dr. P.F.M. Verhaak.

In dit proefschrift zijn zes artikelen met betrekking tot herkenning, diagnose en behandeling van psychische problemen in de huisartspraktijk gebundeld. Ze bevatten de resultaten van een aantal empirische studies die de afgelopen tien jaar in Nederland zijn uitgevoerd. Ze worden omsloten door een tweetal beschouwingen die de resultaten in het perspectief van de huisartsgeneeskunde plaatsen.

De spanning tussen de denkwereld van de huisarts en die van de specialist (in dit geval de psychiater) vormt het centrale thema van het proefschrift. De denkwereld van de huisarts wordt door Tiemens benoemd als 'het biopsychosociale model', een holistische benadering waarvan de aandacht voor de persoon van de patiënt, de nadruk op ziektegedrag ('waarom komt deze patiënt op dit moment') en een patiëntgerichte benadering belangrijke kenmerken zijn. Deze denkwereld botst met de steeds luider wordende roep om evidence based medicine. Dit heeft in de psychiatrie de afgelopen decennia geleid tot een 'detection-diagnosis-treatment'-model (DDT). Het betreft in feite een herwaardering van het aloude 'medisch model', waarbij sprake is van ziekte als een objectief vaststelbare, buiten de patiënt om bestaande entiteit. De psychiatrie heeft ten behoeve van de gestandaardiseerde detectie en diagnose de opeenvolgende versies van het psychiatrisch classificatie systeem DSM (Diagnostic Statistical Manual) ontwikkeld en ten behoeve van de behandeling de Clinical Guidelines.

Onderzoeksvragen en resultaten

De meeste studies van Tiemens en haar mede-onderzoekers nemen het handelen van de huisarts de maat met behulp van de psychiatrische standaarden. Daarbij wordt niet volgens een confectiemethode te werk gegaan; er is sprake

van echt 'maatwerk'. De grote discrepanties die in veel andere studies gevonden worden wanneer herkenning door de huisarts naast de uitkomsten van psychiatrische screeners wordt gelegd, verdwijnen in deze onderzoeken voor een groot deel, doordat geen absolute vergelijkingen worden gemaakt, maar rekening wordt gehouden met graduele verschillen. Het blijkt dan dat huisartsen-oordelen niet diametraal op die van psychiaters staan, maar daar veeleer in nuances van verschillen.

Ook is het belang van herkenning van psychische problematiek door de huisarts voor het verdere beloop van psychische problemen nader onderzocht. In de redeneertrant van het DDT-model is de gesuggereerde slechte herkenning door huisartsen van psychische stoornissen immers funest voor het beloop van goed behandelbare stoornissen (mits herkend), met name depressie. In het door Tiemens uitgevoerde onderzoek bleek, in tegenstelling tot eerdere bevindingen uit dezelfde groep, geen beter beloop bij patiënten bij wie de huisarts psychopathologie herkende dan bij patiënten waarbij een aanwezige stoornis niet werd herkend. Vergelijking met andere studies met een positiever resultaat doet de gedachte rijzen dat herkenning van nieuwe problemen gekoppeld aan een onmiddellijke en adequate behandeling wel resultaat zou hebben.

In een derde onderzoek is getracht dit te bewerkstelligen door een uitgebreide training voor huisartsen, gericht op herkenning en behandeling van depressie. Zeker op korte termijn blijken patiënten van getrainde huisartsen te profiteren van de moeite die de huisarts zich heeft getroost. Patiënten met een recent ontstane depressie van getrainde huisartsen hebben na drie maanden minder ernstige psychopathologie en functioneren beter dan patiënten van niet getrainde huisartsen. Na een jaar echter zijn beide groepen op hetzelfde niveau beland.

Conclusies

De resultaten van deze reeks van onderzoeken, die overigens elk een apart proefschrift zouden rechtvaardigen, brengen Tiemens ertoe om het DDT-model ter discussie te stellen. Ze constateert dat er grote verschillen tussen patiënten bestaan. 'De' depressieve patiënt bestaat niet. Ten tweede is het model zeer toegespitst op de acute zorg: ziekte wordt aan de hand van symptomen vastgesteld en volgens protocol behandeld en verdwijnt weer. Het is geënt op de diagnose en behandeling van appendicitis, terwijl depressie beter met astma kan worden vergeleken. In de derde plaats merkt ze op dat de richtlijnen weliswaar uitvoerig ingaan op wat er gedaan moet worden,

maar niet op de wijze waarop dat moet gebeuren. Het gaat meer over de inhoud dan over het proces.

Dit brengt Tiemens ertoe een aanpassing van het DDT-model voor te stellen. Het dient zodanig aangepast te worden dat het chronische karakter van psychische stoornissen beter tot zijn recht komt. Dat heeft gevolgen voor de inhoud van de zorg, de rol van de patiënt en de hulpverlener en voor de organisatie van de (geestelijke) gezondheidszorg. Acute en chronische zorg zullen vloeiender in elkaar over moeten gaan.

Tiemens spreekt in dit verband van een 'individualized stepped-care model'. Het niveau van de interventie moet geleid worden door de uitkomst van de stoornis: eerst op een weinig intensieve manier proberen een oplossing te vinden, maar in het geval dit niet aanslaat snel een intensievere (specialistischer) oplossing achter de hand hebben. Tiemens draagt voorbeelden aan op het gebied van hypertensie, cholesterolreductie, pijnbeheersing, stoppen met roken en drinken, en bulimia nervosa. Ik denk dat in Nederland de afspraken tussen huisartsen en internisten over de zorg voor diabetici een goed voorbeeld van stepped care zijn.

Stepped care zou gecombineerd moeten worden met matched care: een behandelaanpak waarbij alternatieve behandelopties worden gekozen, afhankelijk van patiënt-karakteristieken. De rol van de patiënt is verder in het geding omdat hij, zoals bij chronische ziekten in het algemeen het geval is, een actievende rol in het 'beheer' van zijn eigen ziekte krijgt toebedeeld. De patiënt moet duidelijk worden gemaakt dat een beter functioneren afhankelijk is van eigen inzet, therapietrouw en gedragsverandering. En dat heeft consequenties voor het optreden van de hulpverlener: niet domweg voorschrijven, maar de patiënt coachen en begeleiden in een veranderingsproces.

Ten slotte heeft de voorgestelde aanpassing consequenties voor de organisatie van de zorg. Net als bij chronisch zieken kunnen verschillende hulpverleners betrokken zijn bij stepped care. Regelmatig overleg tussen diverse hulpverleners is een vereiste. Tiemens ziet een mogelijke taak voor de praktijkverpleegkundige. Goede informatiesystemen die vanuit diverse kanten worden ingezien zijn nodig. Waar nodig moeten snel experts geraadpleegd kunnen worden, hetzij het elektronisch, hetzij in vivo.

Commentaar

In mijn ogen heeft Tiemens een voortreffelijk proefschrift geschreven, waarin waardevolle gegevens aan het licht worden gebracht. Waar

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.

haar onderzoeken erop gericht zijn de kloof tussen een huisartsgeneeskundige benadering van psychische problemen en het DDT-model kleiner te maken, wil ze dit laatste paradigma wel aanpassen maar niet verwerpen. De depressieve patiënt die nog niet erkent depressief te zijn, moet beter benaderd worden dan tot nu toe het geval is geweest: door middel van een stapsgewijze benadering, door matching van de behandeling aan zijn karakteristieken, en door 'motivational interviewing', om hem tot dit inzicht te brengen.

Of depressie in alle gradaties als 'ziekte' objectiveerbaar is, blijft buiten beschouwing, in weerwil van het feit dat haar resultaten (bijvoorbeeld dat de harde kern van niet 'herkende' depressies patiënten betreft die weinig frequent en alleen met somatische symptomen de huisarts bezoekt, dat een goede herkenning niet of marginaal gerelateerd is aan behandelingsuitkomsten, dat een training in op DDT gebaseerde aanpak op lange termijn geen betere behandelingsresultaten biedt) evengoed tot verwerping van dit model voor psychische ziekten in de huisartspraktijk zou kunnen leiden.

Deze kritiek laat onverlet dat de grote groep patiënten die zichzelf 'depressief' vinden, baat zal hebben bij een 'individualized stepped care'-benadering. En, minstens zo belangrijk in deze tijden van wachtlijsten in de GGZ en huisartsen die zich geen raad weten met de hun aangemeten poortwachtersfunctie in de GGZ: deze benadering zou een katalyserende werking kunnen hebben voor de samenwerking tussen huisarts en GGZ.

P.F.M. Verhaak

Naschrift

Verhaak concludeert dat ik heb geprobeerd de kloof tussen de huisartsgeneeskundige benadering van psychische problemen en het psychiatrische detectie-diagnose-behandeling-model – een uitgesproken medisch model – te dichten. Dat heb ik inderdaad geprobeerd. Als ik hem goed begrijp zou dat alleen mogelijk zijn door het medisch model te verwerpen. Daarmee gooit Verhaak in mijn ogen het kind met het badwater weg. De vooruitgang die de laatste jaren is geboekt in de behandeling van depressieve en angststoornissen in de huisartspraktijk, is niet in de laatste plaats te danken aan het hantieren van inzichten en therapieën die voortkomen uit een striktere evidence based medische benadering.

Tegelijkertijd is het manco van dit medisch model dat geen of weinig aandacht wordt ge-

schonken aan de relationele en motiverende aspecten die bij elke behandeling belangrijk zijn, en met name wanneer een patiënt de diagnose niet accepteert of niet gemotiveerd is voor behandeling. Hier is bijstelling en aanvulling dus noodzakelijk. Daarmee verandert de aard van de aandoening van deze patiënten echter niet. Vanuit dat perspectief lijkt het me dan ook niet wenselijk, om zoals Verhaak suggereert, deze patiënten een effectieve behandeling te onthouden, omdat ze niet direct gemotiveerd zijn.

Wat wel met de aard van de aandoening te maken heeft, en Verhaak wijst daar terecht op, is dat met name bij huisartspatiënten depressie in vele gradaties kan voorkomen. Dit maakt de diagnostiek in de huisartspraktijk ook zo ingewikkeld. Het door mij voorgestelde 'individualized stepped-care model' sluit hierbij aan, doordat hierin niet alleen de behandeling, maar ook de diagnose wordt bepaald door het beloop van de klachten. Bij patiënten met enkele symptomen of subklinische varianten van depressie kan bijvoorbeeld het door huisartsen zo veel gebruikte 'watchful waiting' een zinvolle 'interventie' zijn, omdat dan snel kan worden ingegrepen indien zich toch een depressie ontwikkelt.

Misschien zijn de bestaande behandelingen niet altijd perfect of direct toepasbaar en kan motivering soms lastig zijn, maar het verlaten van het medisch model getuigt van onderschatting van de vaardigheden van de huisarts en belangrijker nog, doet patiënten te kort.

Bea Tiemens

Samenwerking tussen huisartsen en apothekers

De Vries CS. Collaboration in healthcare – the tango to drug safety [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1998; 172 bladzijden.

Promotie: 16 oktober 1998.

Promovendus: C.S. de Vries.

Promotor: prof.dr. L.T.W. de Jong-van den Berg;

copromotor: prof.dr. Th.F.J. Tromp.

Bespreking: dr. F.W. Dijkers, huisarts te Maasdam.

Dit proefschrift gaat over een onderzoek naar de samenwerking tussen huisartsen en apothekers met als doel te komen tot een rationeler geneesmiddelgebruik. Daarmee bedoelt de auteur: 'veiliger geneesmiddelgebruik: elk geneesmiddel is goed zolang het op de juiste manier wordt gebruikt'. Daarnaast onderzocht en beschreef de auteur de instrumenten die de

apotheker ter beschikking staan om deze samenwerking te bevorderen. Op verschillende plaatsen is het proefschrift verlevendigd met delen van een danscursus. De auteur ziet de samenwerking tussen beide disciplines als een tango. Alleen door het leren van ingewikkelde passen kan een goed resultaat worden bereikt en wordt voorkomen dat beide elkaar onnodig op de tenen staan.

Het proefschrift begint met een historisch overzicht van de ontwikkeling van de samenwerking tussen beide professies tot het huidige farmacotherapie-overleg (FTO). Daarbij beperkt de auteur zich niet alleen tot de Nederlandse literatuur. Het blijkt dat een goede samenwerking tussen huisartsen en apothekers niet altijd even gemakkelijk is geweest, maar uiteindelijk wel kan leiden tot betere zorg. Verschillende instrumenten zijn daarbij gebruikt: voorlichtingsmateriaal voor de patiënt, feedback van geautomatiseerde voorschrijfgegevens, individuele voorlichting en groepsopdrachten. Verder blijkt het voorschrijven niet alleen afhankelijk van artsen en apothekers; ook de invloed van de patiënt op het voorschrijven is groot.

In een volgend hoofdstuk beschrijft De Vries een aantal instrumenten die zijn ontwikkeld om receptgegevens nader te analyseren. Allereerst beschrijft zij het AFTO-programma (analyse voor farmacotherapie-overleg), een in Groningen ontwikkeld computerprogramma waarmee apothekers het voorschrijfgedrag van de huisartsen van wie zij recepten ontvangen, inzichtelijk kunnen maken. Verder wordt het programma beschreven dat in het bestand van de apotheek risicopatiënten kan opsporen die in aanmerking zouden kunnen komen voor een griepvaccinatie. Ten slotte beschrijft zij hoe de gevolgen van de advisering aan huisartsen over de derde generatie orale anticonceptiva konden worden gemeten vanuit apotheekgegevens.

Het derde deel van het proefschrift bestaat uit onderzoek naar het functioneren van FTO-groepen. Hiervoor gebruikte de auteur een gevalideerde vragenlijst, waarmee zij zowel de structuur als de inhoud van de FTO-bijeenkomsten kon meten. Dit onderzoek bestond uit twee fasen. Allereerst zijn bij een (niet-aselecte) steekproef van 45 FTO-groepen gestructureerde interviews afgenomen over het functioneren van het overleg in de groepen. Van elke groep werd een huisarts en een apotheker geïnterviewd. Hiermee werd een beeld verkregen van wat er tijdens en rond het farmacotherapie-overleg gebeurde. Vervolgens werd ter verificatie van de bevindingen bij de interviews een schriftelijke enquête over dit overleg en over enkele specifieke aspecten van farmaco-

therapie gehouden onder een aselechte steekproef van 880 huisartsen, verdeeld over het gehele land. De ingevulde formulieren van 595 huisartsen (68%) bleken bruikbaar voor verdere analyse. Van deze huisartsen nam ruim 92 procent deel aan FTO. Zij waren over het algemeen tevreden over de bijeenkomsten, maar het FTO bleek landelijk wel heel verschillend ingevuld.

Deze enquête gaf ook een beeld van het 'beveerde' voorschrijfgedrag. Dit bleek maar voor een derde van de huisartsen conform de landelijke richtlijnen, vastgelegd in NHG-standaarden en/of aanbevolen in het Farmaceutisch Kompas en het Geneesmiddelenbulletin. De oorzaak van dit relatief lage percentage lijkt voor een groot deel terug te voeren op farmacotherapie die door een medisch specialist is ingesteld. In een aanvullend onderzoek maakt De Vries dit in elk geval aannemelijk voor cardiovasculaire medicatie. Ten slotte laat De Vries ons zien dat FTO-besprekingen wel degelijk effect kunnen hebben op feitelijk voorschrijven. Dit effect is sterker bij relatief eenvoudige therapieën, bij herhaalde besprekingen over eenzelfde therapie en wanneer er consensus in de groep is.

Bespreking

Dit promotie-onderzoek brengt de huidige stand van zaken in het FTO goed in beeld. Het toont wat met de bewerking van voorschrijfgedrag gedaan kan worden. Het laat ook zien wat de huisartsen van het FTO verwachten. Bij hen bestaat vooral de wens naar onderlinge afstemming van de farmacotherapie en naar continue nascholing op het gebied van farmacotherapie. De Vries bepleit een verdere uitbouw van het FTO. De effectiviteit kan worden verbeterd wanneer regelmatig voorschrijfgedrag uit de apotheek naar de huisartsen worden teruggekoppeld. Dat vereist naast de wil om samen te werken ook inzicht van artsen en apothekers in elkaars werk. Wellicht komt dat in de opleiding onvoldoende aan bod.

Het werd mij niet duidelijk wat nu de gewenste rol van de apotheker bij het FTO zou moeten zijn. Is die apotheker de deskundige of vooral de voorbereider en/of de gespreksleider? Ook kon ik niet terugvinden of verwacht mocht worden dat een 'goed' FTO ook gevolgen heeft voor de individuele samenwerking tussen huisarts en apotheker. Denk daarbij aan het 'optimaliseren' van de farmacotherapie in geval van polyfarmacie en aan een goede bewaking van de herhalingsreceptuur. Op dat gebied lijkt nog veel winst te behalen.

F.W. Dijkers

Tranquillizers

Vissers H.J.A. Gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen in het dagelijks leven. Determinanten, gevolgen en de rol van de huisarts [Dissertatie]. Maastricht: Universiteit Maastricht, 1998. ISBN 90-5681-047-2.

Promotie: 17 december 1998.

Promovendus: F.H.J.A. Vissers (1946), huisarts te Maastricht.

Promotor: prof.dr. J.A. Knottnerus; copromotoren: dr. R.F. van der Grinten, dr. F.G.E.M. van der Horst.

Bespreking: W.J.M.J. Gorgels, huisarts-onderzoeker Katholieke Universiteit Nijmegen.

De kern van dit proefschrift betreft een inventarisatie van aspecten die samenhangen met het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen in de huisartspraktijk. Het is relevant voor de huisarts omdat het meer inzicht geeft in de gebruiker en diens interactie met de huisarts. De belangrijkste gedeelten zijn de afgelopen jaren gepubliceerd in Huisarts en Wetenschap.

De belangrijkste vraagstellingen van het proefschrift zijn:

- Welke karakteristieken hangen samen met incidenteel, episodisch, respectievelijk continu gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen?
- In hoeverre wordt het (langdurig) gebruik van deze middelen als een probleem ervaren?
- In welke mate zijn er verschillen tussen gebruikers en niet-gebruikers van deze middelen voor wat betreft het ervaren van gebeurtenissen in het dagelijks leven en/of gezondheid?

Het onderzoek werd uitgevoerd in 1993/1994 in elf huisarts praktijken (33 huisartsen, 56.900 patiënten), allen aangesloten bij het RegistratieNet Huisartspraktijken (RNH) van de Universiteit Maastricht. Informatie werd verzameld via post-enquêtes bij patiënten en huisartsen. De meetinstrumenten betroffen onder meer aspecten van lichamenlijk en psychisch welbevinden, coping, kwaliteit van leven, satisfactie en verslavingskenmerken. De 705 gebruikers (gebruiker van slaap- en/of kalmeringsmiddel in het voorafgaande jaar) werden ingedeeld in kortdurend gebruikers (maximaal 3 maanden) met een eenmalig gebruik of episodisch gebruik en de langdurig gebruikers (>3 maanden), onderverdeeld in episodisch of continu gebruikers. Een gematchte controlegroep werd samengesteld van 883 niet-gebruikers.

Ongeveer 20 procent van de gebruikers be-

stond uit kortdurend gebruikers. Langdurig gebruik betekende vrijwel altijd langer dan 6 maanden; 12 procent van de langdurig gebruikers gebruikte langer dan 20 jaar. De gebruikte middelen waren vrijwel uitsluitend benzodiazepinen. In alle groepen gebruikers kwamen meer vrouwen dan mannen voor. Het eerste recept was in meerderheid afgegeven door een huisarts en ongeveer de helft van de recepten voor langdurig gebruikers werd herhaald zonder arts-patiëntcontact (baliereceptuur). Gebruikers verschilden van niet-gebruikers in een aantal psychosociale aspecten en bleken meer actieve problemen en psychische stoornissen op de probleemlijst te hebben.

Langdurig gebruikers verschilden van kortdurend gebruikers door onder meer een hogere leeftijd, een andere ('depressievere') coping, meer gezondheidsproblemen (zowel geestelijk als lichamenlijk) en meer actieve probleemregels in het huisartsinformatiesysteem (met name bewegingsapparaat, hart-vaatstelsel en tractus digestivus). De continu gebruikers onderscheiden zich daarbij van de episodisch gebruikers door een hogere mate van verslaving (met name 'drug-seeking behaviour'), een hogere leeftijd, een minder actieve aanpak van problemen en snellere depressieve reactie op problemen. De klachten waarvoor de patiënt aan het middel te (blijvend) gebruiken, bleken vooral psychisch van aard (angst, spanning, nervositeit en slaapproblemen). Als oorzaak van de klacht gaf echter het merendeel somatische problemen aan, vooral van het bewegingsapparaat en hart-vaatstelsel.

Methodologische kanttekeningen

Voor de generalisatie van de onderzoeksresultaten naar de algemene praktijk is het van belang zich te realiseren dat de onderzochte populatie verschilt van de algehele huisartspopulatie. Gezien de lage prevalentie (5%) van gebruikers is er waarschijnlijk sprake van een geselecteerde groep huisartsen. Daarnaast is er een aanzienlijke non-respons (50%) op de post-enquêtes. Non-respondenten bleken te verschillen van de respondenten in factoren geassocieerd aan langdurig gebruik (onder meer een hogere leeftijd). Een aanduiding van de verdeling van soort gebruikers onder de non-respondenten zou in dit verband van waarde kunnen zijn.

Wat ontbreekt, is een aanduiding over de gebruikshoeveelheden. Dat zou meer inzicht geven in de ernst van het gebruik van de verschillende typen gebruikers in de huisartspraktijk.

De betrouwbaarheid van vragenlijsten per post is beperkt door recall-bias, sociaal wenselijk invullen en ongestandaardiseerde omstan-

digheden bij invulling. Bij vergelijking van de gegevens uit de eerste post-enquête met de prescriptiegegevens van de apothekers bleek dat 35 procent van de respondenten het gebruik van het slaap- en of kalmeringsmiddel niet had aangegeven. Ondanks de uitgevoerde correctie ten aanzien van slaap- en kalmeringsmiddelengebruik roept dit bedenkingen op over de mate van betrouwbaarheid van de invulling van de vragenlijsten. Men kan zich afvragen of er grote verschillen zijn wanneer wordt uitgegaan van geregistreerd gebruik (recorded consumption) of gerapporteerd gebruik (reported consumption).

Op basis van de onderlinge vergelijking van gebruikerstypen werd een 'predictiemodel' gemaakt ter ondersteuning van de indeling in type gebruiker. Dit lijkt voor de praktijk echter van weinig waarde. Het model is gemaakt op basis van cross-sectionele waarnemingen binnen de groep van gebruikers. Het kan dus als zodanig niet dienen om bijvoorbeeld het risico in te schatten dat een kortdurend gebruiker een langdurig gebruiker wordt. Voor de karakterisering van het type gebruiker in de spreekkamer is het naslaan van prescriptiegegevens voor de huisarts eenvoudiger.

Er bestaat een aanzienlijke (en onvermijdelijke) co-variantie van de data. Zo hangen veel variabelen samen met leeftijd en contactfrequentie, welke laatste niet afzonderlijk wordt gerapporteerd.

Bespreking

Het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen in Nederland is aanzienlijk en staat ter discussie. Dit proefschrift benadrukt nogmaals hoe het gebruik van deze middelen is verankerd in de dagelijkse praktijk. Zowel de patiënt als de huisarts en de praktijkorganisatie spelen hierbij een belangrijke rol.

Ten aanzien van de preventie van langdurig gebruik werden weinig nieuwe gezichtspunten gevonden. De belangrijkste kenmerken van de langdurig gebruikers zullen de meeste huisartsen wel herkennen. Bovendien mogen kenmerken van langdurig gebruikers niet zonder meer als risicofactoren voor langdurig gebruik worden geïnterpreteerd. Voor wat betreft de kansen dat langdurig gebruikers hun gebruik gaan minderen of beëindigen, zijn de resultaten uit dit onderzoek interessant. Zo gaven de huisartsen aan bij langdurig continu gebruikers over het algemeen tevreden te zijn over het behandelresultaat. Ook de gebruikers zelf ervoeren weinig bijwerkingen en de meerderheid was tevreden over de werking van het middel. Tevredenheid van chronisch gebruikers was echter niet verrassend gezien hun (selectie naar) chronisch

gebruik. Uiting van tevredenheid kan daarom net een teken zijn van afhankelijkheid en betekent niet automatisch dat het aangewezen is het gebruik te continueren.

Volgens het onderzoek blijken huisartsen weinig vertrouwen te hebben in de goede afloop van een stoppoging. De tien huisartsen die hierover in een deelonderzoek werden ondervraagd, achtten het ter sprake brengen van een reductiepoging binnen een jaar slechts bij een gering deel van hun chronische gebruikers (5-10%) geïndiceerd én haalbaar. Deze pessimistische verwachting is opmerkelijk, aangezien gebleken is dat ten gevolge van een simpele interventie als een 'brief met stopadvies' een halvering van het gebruik na 6 maanden haalbaar is bij twee van de drie langdurig gebruikers; 18 procent van de gebruikers bleek in dit onderzoek zelfs na 6 maanden geheel gestopt te zijn.¹ Deze 'patstelling' in de posities van huisarts en patiënt, waarbij beiden weinig gemotiveerd zijn voor een verandering, belemmert waarschijnlijk een succesvolle aanpak bij een substantieel deel van de chronisch gebruikers in de huisartspraktijk.

W.J.M.J. Gorgels

1 Cormack MA, Sweeney KG, Hughes-Jones H, Foot GA. Evaluation of a cost-effective strategy for cutting benzodiazepine use in general practice. *Br J Gen Pract* 1994;44:5-8.

Naschrift

Gorgels stelt dat, gezien de lage prevalentie van gebruikers, er waarschijnlijk sprake is van een geselecteerde groep huisartsen. Het onderzoek is gedaan met behulp van steekproeven uit de diverse praktijken, zodat het berekenen van prevalentiecijfers op basis van deze gegevens niet helemaal juist is. Waarschijnlijk ligt de prevalentie dan ook hoger dan de door Gorgels genoemde 5 procent.

De non-respons op de eerste enquête is hoog (49%), maar de niet-gebruikers hebben nagenoeg eenzelfde non-respons (45%), zodat de vertekening voor beide groepen hetzelfde zal zijn. De respons op de tweede enquête die vragen bevatte omtrent het gebruikte slaap- en/of kalmeringsmiddel, was 70 procent.

Bij langdurig gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen wordt de mate van gebruik heel sterk bepaald door de patiënt zelf, gezien het circuit van de herhaalreceptuur. Het verslavend effect van deze middelen wordt met name ook bepaald door het dagelijks gebruik en niet alleen door de dosis. In onze vragen aan de patiënt omtrent zijn gebruik was dit een belangrijk uitgangspunt. Dat de betrouwbaarheid van

gegevens zeker groter zal zijn als gebruik gemaakt zou worden van geregistreerd gebruik in een prospectief onderzoek, lijkt plausibel, maar in zo'n opzet is een lastig probleem dat voorschrijf- en gebruiksgedrag waarschijnlijk beïnvloed worden door de wetenschap dat men wordt onderzocht.

Terecht wordt opgemerkt dat het gepresenteerde predictiemodel is gebaseerd op cross-sectionele en niet op follow-up-waarnemingen. Het model is echter niet bedoeld voor causale interpretaties, maar kan herkenning van langdurig gebruikers ten opzichte van kortdurend gebruikers ondersteunen. Het verslagingsgedrag vormt hier een onderdeel van en kan als zodanig ook afgeleid worden uit de prescriptiegegevens van de huisarts.

Uiteraard zijn er nog andere in ons onderzoek niet onderzochte variabelen die van invloed zijn op het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen. Zeker gezien de door de gebruikers genoemde gezondheidsproblemen als oorzaak voor gebruik, is in dat kader de contactfrequentie een heel interessante variabele.

F. Vissers

Cromoglycaat bij kleuters met astma

Tasche MJA. Prophylactic inhalation therapy in preschool children with asthma [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1999; 113 bladzijden. ISBN 90-74494-09-9.

Promotie: 24 februari 1999.
Promovendus: M.J.A. Tasche (1959), huisarts-onderzoeker.
Promotoren: prof.dr. J.C. de Jongste, prof.dr. S. Thomas;
copromotor: dr. J.C. van der Wouden.
Bespreking: dr. W. van Hensbergen.

Cromoglycaat

Voor de in dit proefschrift beschreven trial met cromoglycaat werden 218 kinderen van 1 tot 4 jaar met matig ernstig astma, afkomstig uit 151 huisartspraktijken ingesloten. Gesproken werd van matig ernstig astma bij één of meer van de volgende omstandigheden:

- >12 episoden met hoesten, piepen of benauwdheid in het afgelopen jaar;
- gebruik van astmamedicatie;
- minstens twee van de volgende verschijnselen: hoesten, piepen of benauwdheid minstens één keer per week, beïnvloeding van de dagelijkse activiteiten door de klachten, en beïnvloeding van de nachtrust door de klachten.

De medicatie werd gedurende een periode van vijf maanden drie keer daags via de Aerochamber (voorzetkamer met gezichtsmasker) toegediend. De primaire uitkomstmaat was het aantal klachtvrije dagen van de tweede tot en met de vijfde maand van de interventieperiode. Andere uitkomstmaten waren: aantal klachten (maximaal vier per dag), gebruikte medicatie 'zo nodig', uitval van deelnemers gedurende de studie, noodzaak aanvullende medicatie te gebruiken, huisbezoeken huisarts, verwijzingen naar de tweede lijn, idee ouders over welke studiemedicatie hun kind had gekregen.

Ten aanzien van geen enkele uitkomstmaat deed de cromoglycaatgroep het beter dan de placebo-groep.

Haalbaarheid inhalatietherapie

De ouders en hun kinderen werden aan het begin van de studie thuis bezocht door de onderzoeksarts, die uitleg gaf over het onderzoek, 'informed consent' vroeg en de anamnese en actuele toestand van het kind in kaart bracht. Tijdens de interventieperiode bracht een verpleegkundige maandelijks een huisbezoek om de inhalatietechniek te controleren, de toestand van het kind te beoordelen en naar bijwerkingen te vragen. Parameters voor de haalbaarheid waren: bereidheid tot deelname, uitval en therapietrouw (afgemeten aan het gewicht van de ingeleverde canisters en notities van de ouders).

Van de 449 uitgenodigde ouders weigerden er 72, omdat zij op voorhand problemen met inhaleren verwachtten. In totaal begonnen 232 kinderen aan de trial; 167 van hen bleven de onderzoeksmedicatie gedurende de gehele periode gebruiken; 78 procent gebruikte meer dan 80 procent van de voorgeschreven dosis. Dertig van de 51 kinderen die voortijdig met de onderzoeksmedicatie stopten, deden dit vanwege haalbaarheidsproblemen. De uitval was hoger bij de jongste kinderen en een laag opleidingsniveau van de moeder. Kinderen met eczeem hadden een betere therapietrouw. Ouders bleken in hun rapportage de therapietrouw te onderschatten ten opzichte van de teruggegeven canisters.

Geconcludeerd wordt dat inhalatietherapie haalbaar lijkt te zijn bij een gemotiveerde en intensief begeleide groep jonge kinderen en hun ouders, al zal een grote groep blijven opzien tegen alle moeite en problemen.

Overige bevindingen

Slechts 21 procent van de ingesloten kinderen gebruikte acht maanden na het eind van de trial nog profylactische medicatie. 'Wel-gebruikers' hadden vergeleken met 'niet-gebruikers'

vaker inspanning als uitlokkend moment, broers/zussen of moeder met astma, minder naar dagopvang, vaker/langer episoden met en meer huisartsbezoeken voor luchtwegklachten. Dit zijn uit de literatuur bekende risicofactoren voor aanhoudend astma.

De mate waarin de huisarts bekend was met het astma nam af naarmate het om een minder ernstige vorm ging; alle kinderen met ernstig astma waren bekend. Gewezen wordt op het effect van het verstrijken van de tijd (de diagnose astma wordt vaak pas na verloop van tijd gesteld) en op het 'depropine-probleem': depropine is in Nederland een populair medicament dat men in het buitenland niet kent, hetgeen vergelijkingen bemoeilijkt.

Commentaar

Dit is een degelijk en grondig onderzoek naar de effectiviteit van een geneesmiddel dat reeds op zijn retour was, uitgevoerd bij een moeilijke groep patiëntjes. Het proefschrift is goed verzorgd en de vaak zo storende overlappingsen van 'artikelen-proefschriften' blijven beperkt. Ook was ik aangenaam verrast door het feit dat er meer in stond dan alleen de trial. Jammer is, dat niet is gekozen voor een studie met drie armen, zodat ook een vergelijking met inhalatiecorticosteroiden had kunnen worden gemaakt. Er valt veel behartigenswaardigs te lezen over therapietrouw aan onderhoudstherapie bij astma. De conclusie dat onderzoek in de huisartspraktijk alleen goed gaat als je huisartsen niet met oneigenlijke taken belast, zou bij de staf van diverse onderzoeksafdelingen huisartsgeneeskunde wat mij betreft in grote letters op de muur geschreven mogen worden. Na dit grondige onderzoek kunnen we gemotiveerd afscheid nemen van cromoglycaat bij astma (bij kinderen). Ik hoop dan ook dat de resultaten van dit proefschrift de internationale literatuur bereiken.

Het proefschrift bevestigt mijn beeld over astma bij jonge kinderen. De diagnose wordt gesteld op basis van klachten, het effect van de behandeling wordt beoordeeld aan de hand van het verbeteren van deze klachten. Ouders hebben een sterke voorkeur voor pufjes luchtwegverwijders 'zo nodig' of voor drankjes boven het volhouden van onderhoudsmedicatie. Onderhoudsmedicatie lukt beter bij astma dat blijft; daar is het ook het meest zinnig. Bij de heel jonge kinderen is er een grote overlap tussen astma en 'happy wheezers'; happy wheezers hebben (nog) geen astma en mogen best depropine, als de huisarts dit maar niet meer als een astma-middel ziet. De tijd zal leren of het astma wordt en hoe erg.

Zo bezien doen ouders en huisartsen het anno 1999 nog niet zo slecht. Om huisartsen en ouders massaler aan de steroïd-pufjes te krijgen, zijn resultaten van andersoortig onderzoek nodig. Als – naast goed saneren van de woning – snel 'blussen' van de eerste klachten met steroïden bij kinderen met een hoog risico de ontwikkeling van astma voorkomt of afremt, wordt het een andere zaak. Dit soort onderzoek wordt door de club van Van Schayck inmiddels voorbereid. Ook hier geldt dus: komt tijd, komt raad.

W. van Hensbergen

NOTA BENE

De cervixscreening is ingevoerd zonder een voldoende kritische afweging van de kosten en de baten.

Stelling bij: Van den Berg PJ. Preventive care in the elderly. Studies on cardiovascular disease and hearing loss [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1999.

Met de huidige duur van de opleiding tot huisarts neemt de kans op een midlifecrisis gedurende de opleiding toe.

Stelling bij: Van den Berg PJ. Preventive care in the elderly. Studies on cardiovascular disease and hearing loss [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1999.

Omdat het verlies van oogcontact tijdens het consult de kwaliteit van het consult nadelig beïnvloedt, is het gewenst het gepast gebruik van beeldscherm en toetsenbord in opleiding en nascholing te onderwijzen als onderdeel van de consultvoering.

Nu het klachtrecht van patiënten over dokters redelijk gestalte heeft gekregen, dient met hoge prioriteit het tot stand komen van klachtrecht van dokters over patiënten te worden bevorderd.

Stelling bij: Kamps GB. Formulieren en het voorschrijven door huisartsen [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1999.

Standaardboek

Geijer RMM, Burger JS, Van der Laan JR, Wiersma TJ, Rosmalen CFH, Thomas S. NHG-Standaarden voor de huisarts. Deel 1. Tweede, volledig herziene druk. Maarssen: Elsevier/Bunge, 1999.

Tien jaar na publicatie van de eerste NHG-standaard en zes jaar na de verschijning van 'NHG-Standaarden voor de huisarts, deel 1' verschijnt de tweede, herziene druk. Deze druk bevat geactualiseerde versies van de standaarden die oorspronkelijk in de periode 1989-1993 gepubliceerd zijn in *Huisarts en Wetenschap*. 'Actualiseren' is de algemene term die gebruikt wordt om na te gaan of een standaard op welk niveau dan ook moet worden gewijzigd. Het gaat daarbij om twee categorieën, 'herzien' en 'bijstellen'.

Herziening

Herzien is de term die gebruikt wordt bij wijziging van een standaard op richtlijn-niveau. De belangrijkste consequentie van een herziening zijn dat (enkele van) de oorspronkelijke auteurs betrokken worden bij de actualisering (eventueel aangevuld met 'nieuwe' werkgroepleden) en dat de herziene tekst opnieuw ter autorisatie wordt voorgelegd aan de Autorisatiecommissie.

In totaal zijn 21 standaarden herzien. Vijftien daarvan zijn de afgelopen drie jaar gepubliceerd in *Huisarts en Wetenschap*. De overige zes zullen in de komende maanden worden gepubliceerd: Enkeldistorsie, Otitis Media met Effusie bij Kinderen, Ulcus Cruris Venosum, Virushepatitis en Andere Leveraandoeningen, Vaginaal Bloedverlies, en Spiraaltje. De nieuwe samenvattingskaartjes van deze standaarden zullen – zoals gebruikelijk – in het desbetreffende nummer van *Huisarts en Wetenschap* worden ingesloten.

De NHG-Standaard Hypertensie is inmiddels opnieuw op enkele punten herzien, op geleide van de actualisering van de NHG-Standaarden Diabetes Mellitus Type 2 en Cholesterol in 1999. Besloten is om deze aangepaste versie niet in *Huisarts en Wetenschap* te publiceren. De boek-versie van deze standaard (1999) vervangt de H&W-versie van 1997.

Bijstelling

Bijstellen is de term die gebruikt wordt voor het 'bij de tijd' schrijven, waarbij de nadruk ligt op het actualiseren van wetenschappelijke verantwoording en aanpassing van de structuur van de standaard aan de heersende stijl; de bijgestelde standaard wordt niet opnieuw aan de Autorisatiecommissie voorgelegd, omdat de richtlijnen niet gewijzigd zijn.

Zeven standaarden zijn bijgesteld. Gezien de beperkte ruimte in *Huisarts en Wetenschap* is besloten deze standaarden niet te herpubliceren. De nieuwe samenvattingskaartjes worden in december 1999 verzonden.

Niet afgerond

Bij het ter perse gaan van het boek was de (discussie over de) herziening van de NHG-Standaarden Mammografie en Oogheelkundige diagnostiek nog niet afgerond; deze standaarden ontbreken dus in het boek; zij zullen uiteraard wél in *Huisarts en Wetenschap* worden gepubliceerd.

Inhoudelijke wijzigingen

Voor een overzicht van de belangrijkste inhoudelijke wijzigingen verwijzen wij naar het schema in het herziene boek. Een overzicht van de stand van zaken rond herpublicatie van de geactualiseerde standaarden en heruitgave van de samenvattingskaartjes is afgedrukt in het NHG-katern van dit nummer.

R.M.M. Geijer
F. Meulenberg

Koemelkallergie

Sprikkelman AB. Cow's milk protein allergy or intolerance. A prospective follow-up study [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1999; 188 bladzijden. ISBN 90-367-1045-6.

Verlaagt behandeling van koemelkovergevoeligheid op babyleeftijd de kans op andere atopische aandoeningen op latere leeftijd? Deze vraag staat centraal in het fraai vormgegeven proefschrift van Sprikkelman.

Voor het beantwoorden van deze vraag is een prospectief cohortonderzoek gedaan bij 143 zuigelingen, die op grond van symptomen werden geselecteerd via het consultatiebureau. Het cohort bestond uit 93 zuigelingen met koemelkovergevoeligheid (diagnose gesteld voor de derde maand met de eliminatie/provocatietest) en 50 zuigelingen die verdacht werden van koemelkovergevoeligheid, maar bij wie de diagnose verworpen werd op grond van de eliminatie/provocatietest.

De zuigelingen met koemelkovergevoeligheid werden behandeld met een weihydrolysaat. Gedurende bijna zeven jaar werd elk kind periodiek onderzocht op manifestaties van het atopisch syndroom. De prevalentie van een positieve gezinsanamnese voor atopie was in beide groepen erg hoog (>80%). In overeenstemming hiermee waren de hoge prevalenties van atopische aandoeningen op de leeftijd van 7 jaar: 31 procent ontwikkelde astma, 37 procent constitutioneel eczeem, 17 procent allergi-

sche rhinitis, 19 procent allergische conjunctivitis, en 31 procent (andere) voedselovergevoeligheden. Aan het einde van het onderzoek waren er geen verschillen tussen de zuigelingen met koemelkovergevoeligheid en de zuigelingen zonder koemelkovergevoeligheid in prevalenties van atopische aandoeningen en in serumconcentraties van totale en specifieke IgE-antilichamen.

Mag nu op grond van dit – goed uitgevoerde – cohortonderzoek een uitspraak gedaan worden over de effectiviteit van een weihydrolysaat als preventief middel tegen andere atopische manifestaties later in het leven? De auteurs formuleren het voorzichtig: 'This suggests that early dietary intervention might have influenced the allergic outcome in children with and without CMPA/CMPI in infancy.' Mijns inziens zijn zelfs de voorzichtig geformuleerde bewoordingen niet gerechtvaardigd. Anderzijds is het nog maar de vraag of een gerandomiseerd experiment, waarbij de zuigelingen met koemelkovergevoeligheid at random worden behandeld met een hypo-allergene voeding of een normale zuigelingenvoeding, de medisch ethische commissie nog passeert.

Peter Lucassen

Ontvangen proefschriften

Incidence and survival of prostate cancer since 1970
157 bladzijden.

Promotie: 31 maart 1999, Erasmus Universiteit.
Promovendus: P.N. Post (1965), epidemioloog.
Promotoren: prof.dr. A. Hofman, prof.dr. F.H. Schröder.
Copromotor: dr. J.W.W. Coebergh.

Economic evaluation of cognitive behavioral rehabilitation for chronic musculoskeletal pain
156 bladzijden. ISBN 90-9012767-4.

Promotie: 17 juni 1999, Universiteit Maastricht.
Promovendus: Mariëtte E.J.B. Goossens (1969), gezondheidswetenschapper.
Promotor: prof.dr. J.M.J.P. van der Linden;
copromotoren: dr. J.W.S. Vlayen,
dr. M.P.M.H. Rutten-van Mölken.

Weer aan het werk

Verzekeringsgeneeskundige verzuimbegeleiding als onderhandeling over verantwoordelijkheden
163 bladzijden.

Promotie: 2 juli 1999, Universiteit Maastricht.
Promovendus: A. Meershoek (1967), gezondheidswetenschapper.
Promotoren: prof.dr.ir. W.E. Bijker, prof.dr. F.J.N. Nijhuis.

Preventive care in the elderly

Studies on cardiovascular disease and hearing loss
127 bladzijden. ISBN 90-901295-6.

Promotie: 1 september 1999, Erasmus Universiteit Rotterdam.
Promovendus: P.J. van den Berg (1966), klinisch epidemioloog en huisarts in opleiding.
Promotoren: prof.dr. A. Prins, prof.dr. A.W. Hoes.

Markers of airway inflammation in chronic obstructive pulmonary disease

159 bladzijden. ISBN 90-9012913-8.
 Promotie: 1 september 1999, Rijksuniversiteit Groningen.
 Promovendus: Steven Reinier Rutgers (1965).
 Promotoren: prof.dr. G.H. Koëter, prof.dr. D.S. Postma, prof.dr. W. Timens.

Visual fields in strabismic suppression and amblyopia

139 bladzijden. ISBN 90-9012949-9.
 Promotie: 15 september 1999, Erasmus Universiteit Rotterdam.
 Promovendus: M.V. Joesse (1962), oogarts.
 Promotor: prof.dr. P.T.V.M. de Jong;
 copromotor: dr. H.J. Simonsz.

Screening for congenital heart malformations in child health centres

167 bladzijden. ISBN 90-9012989-8.
 Promotie: 15 september 1999, Erasmus Universiteit Rotterdam.
 Promovendus: Rikard Juttman (1950), jeugdarts.
 Promotoren: prof.dr. P.J. van der Maas, prof.dr. J. Hess.

Physical activity, physical fitness and disability in older persons

125 bladzijden. ISBN 90-72156-69-2.
 Promotie: 15 september 1999, Rijksuniversiteit Groningen.
 Promovendus: Marieke J.G. van Heuvelen (1962), bewegingswetenschapper.
 Promotor: prof.dr. P. Rispens;
 copromotoren: dr. W.H. Brouwer, dr. G.I.J.M. Kempen.

Cardiovascular consequences of diabetes mellitus

225 bladzijden. ISBN 90-9012737-2.
 Promotie: 22 september 1999, Erasmus Universiteit Rotterdam.
 Promovendus: Caroline Baan (1969), epidemioloog.
 Promotoren: prof.dr. P.J. van der Maas, prof.dr.ir. D. Kromhout;
 copromotoren: dr. J.J. Barendregt, dr.ir. E.J.M. Feskens.

Quality assessment of randomised clinical trials

128 bladzijden. ISBN 90-527825-20.
 Promotie: 1 oktober 1999, Universiteit Maastricht.
 Promovendus: Arianne P. Verhagen (1959), fysiotherapeut en epidemioloog.
 Promotor: prof.dr.ir. P.A. van den Brandt;
 copromotor: dr.ir. H.C.W. de Vet.

Diagnostic and therapeutic strategies for dyspepsia in primary care

127 bladzijden. ISBN 90-393-2204-X.
 Promotie: 1 oktober 1999, Universiteit Utrecht.
 Promovendus: Nicoline Th. Lewin-van den Broek (1969).
 Promotoren: prof.dr. Th.J.M. Verheij, prof.dr. A.J.P.M. Smout;
 copromotoren: dr. M.E. Numans, dr. E. Buskens.

Asthma from childhood to adulthood

162 bladzijden. ISBN 90-367-1124-X.
 Promotie: 4 oktober 1999, Rijksuniversiteit Groningen.
 Promovendus: Marion Grol (1965).
 Promotoren: prof.dr. D.S. Postma, prof.dr. G.H. Koëter;
 copromotor: dr. J. Gerritsen.

Long-term effects of preventive activities of youth health care for schoolchildren in The Netherlands

121 bladzijden. ISBN 90-373-04990-7.
 Promotie: 5 oktober 1999, Katholieke Universiteit Nijmegen.
 Promovendus: P.A. Wiegiersma (1950), epidemioloog.
 Promotoren: prof.dr.ir. G.A. Zielhuis, prof.dr. A. Hofman.

Formularia en het voorschrijven door huisartsen

115 bladzijden. ISBN 90-5070-033-0.
 Promotie: 6 oktober 1999, Rijksuniversiteit Groningen.
 Promovendus: G.B. Kamps (1930), huisarts in ruste.
 Promotor: prof.dr. B. Meyboom-de Jong;
 copromotor: dr. J. Schuling.

Severe asthma: a distinct disease entity?

196 bladzijden. ISBN 90-9012952-9.
 Promotie: 7 oktober 1999, Universiteit Leiden.
 Promovendus: J.C.C.M. in 't Veen (1961), longarts.
 Promotor: prof.dr. P.J. Sterk;
 copromotor: dr. E.H.D. Bel.

Implementation and effectiveness of quality systems in Dutch health care organizations

199 bladzijden. ISBN 90-6905-431-0.
 Promotie: 27 oktober 1999, Vrije Universiteit.
 Promovendus: Cordula Wagner (1965), fysiotherapeut en socioloog.
 Promotoren: prof.dr. G. van der Wal, prof.dr. P.P. Groenewegen;
 copromotor: dr. D.H. Bakker.

Acute knee injuries

Diagnostic and treatment management proposals
 Promotie: 28 oktober 1999, Universiteit Maastricht.
 104 bladzijden. ISBN 90-5487-225-X.
 Promovendus: P.P. Casteleyn (1946), orthopedist en traumatoloog.
 Promotoren: prof.dr. R.G.T. Geesink, prof.dr. A.J. van der Velden.

Asthma and chronic obstructive pulmonary disease (COPD)-aspects of treatment with inhaled corticosteroids of patients with mild signs or a clinical diagnosis

160 bladzijden. ISBN 90-901986-3.
 Promotie: 2 november 1999, Katholieke Universiteit Nijmegen.
 Promovendus: P. van Grunsven (1962), huisarts.
 Promotoren: prof.dr. C. van Weel, prof.dr. C.P. van Schayck, prof.dr. C.L.A. van Herwaarden.

General practice at work

Its contribution to epidemiology and health policy
 325 bladzijden. ISBN 90-6905-436-1.
 Promotie: 3 november 1999, Erasmus Universiteit Rotterdam.
 Promovendus: Koos van der Velden (1952), arts-epidemioloog.
 Promotoren: prof.dr. P.J. van der Maas, prof.dr. J. van der Zee.

Systematic screening of the elderly in general practice for common disabilities

Hearing and visual disorders, urinary incontinence and mobility disorders
 98 bladzijden. ISBN 90-9012993-6.
 Promotie: 4 november 1999, Universiteit Leiden.
 Promovendus: Justus Eekhof (1958), huisarts.
 Promotor: prof.dr. M.P. Springer;
 copromotoren: dr. K. Schaapveld, dr. G.H. de Bock.

Quality of care in general practice

The patients perspective
 200 bladzijden. ISBN 90-76316-08-2.
 Promotie: 4 november 1999, Katholieke Universiteit Nijmegen.
 Promovendus: Hans Peter Jung (1963), huisarts.
 Promotoren: prof.dr. R.P.T.M. Grol, prof.dr. F. Olesen;
 copromotor: dr. M. Wensing.

Problemen bij pilgebruik in de praktijk

Rotterdam, 17 januari.
 Duocursus voor huisarts en assistente(n).
 Inlichtingen: Rutgers Consult, tel. 030 2313431.

Evidence-based medicine in de klinische praktijk

Amsterdam, 17-19 januari.
 Workshop Dutch Cochrane Centre, tel. 020 5665602, fax 020 6912683;
 e-mail cochrane@amc.uva.nl.

Problemen bij pilgebruik in de praktijk

Driebergen, 26 januari.
 Duocursus voor huisarts en assistente(n).
 Inlichtingen: Rutgers Consult, tel. 030 2313431.

Ontwikkelen van een systematic review

Amsterdam, 24 februari.
 Workshop Dutch Cochrane Centre, tel. 020 5665602, fax 020 6912683;
 e-mail cochrane@amc.uva.nl.

Vernieuwingen in CVA-zorg, 'stappen in stroke service'

Zwolle, 23 maart.
 Congres Nederlandse Hartstichting ZorgOnderzoek Nederland en Synchron.
 Inlichtingen: mw. J. Engels, tel. 045 5237684, fax 045 5231550, e-mail Synchron@irv.nl.

Ethics and palliative care

Nijmegen, 6-8 april.
 Internationale cursus. Inlichtingen: dr. B. Gordijn, tel. 024 3615320, fax 024 3540254;
 e-mail b.gordijn@efg.kun.nl.

A breath of fresh air

Crieff, Scotland, 14-16 april.
 Spring symposium Royal College of General Practitioners. Inlichtingen: tel. 0044 1224 840761, fax 0044 1224 840762;
 e-mail jm36@dial.pipex.com.

Ontwikkelen van een systematic review

Amsterdam, 25 mei.
 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.
 Inlichtingen: Gerda Maierhofer, Wiener Medizinische Akademie, Alser Strasse 4, A-1090 Wien; tel. +43 1 405138310; fax . +43 1 405138323.

■ betekent: eerste vermelding.

NOTA BENE

Voortzetting van de huidige trend om op steeds hogere leeftijd het eerste kind te krijgen zal er in de loop van de tijd toe leiden dat mensen tot op steeds hogere leeftijd gezond blijven.

Stelling bij: Swaters R. Dark matter in late-type dwarf galaxies [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1999.