

niet onbelangrijk aspect is tenslotte dat er aandacht is voor zaken als emotionele beleving en achterliggende normen en waarden.

Dankbetuiging

Het project 'consulent palliatieve zorg voor de huisarts' werd financieel ondersteund door de DHV-Limburg en de ziektekostenverzekeraars VGZ/CZ/OZ voor de duur van 1 jaar, op basis van een Collectieve Zorgovereenkomst (CZO).

De Groep Klinische Patiëntbesprekingen (KLIP) bestaat uit de volgende huisartsen: J. Boesten, prof.dr. H. Crebolder, dr. G. Dinant, mw.dr. G. Fijten, H. Jochems, H. Koppes, R. Leclercq, C. de Kock, dr. J. Metsemakers, dr. J. Muris, J. van Proosdij, R. Schonck, mw. F. van Stijn, F. Smeets, P. Zwietering.

Mw.dr. Y. van Leeuwen leverde commentaar op een eerste versie van dit artikel.

Literatuur

- 1 Gezondheidsraad. Thuiszorg voor patiënten met kanker. 's Gravenhage: Gezondheidsraad, 1991.
- 2 De Kock CA, Crebolder HFJM, Beusmans GMH, Gielen-van Steenberghe Horrocks S. Patiëntbesprekingen in academische praktijken. Opzet en een eerste inventarisatie. Med Contact 1997;35:1061-3.
- 3 Doyle D, Hanks G, MacDonald N. Oxford textbook of palliative medicine. Second edition. Oxford: Oxford University Press, 1998.
- 4 Zylicz Z. De laatste 24 uur. Tijdschr Huisartsgeeneskd 1997;14:388-95.
- 5 Zylicz Z, Van den Borne HW, Bolenius JFGA. Consultatieve ondersteuning van terminale zorg thuis vanuit hospice Rozenheuvel. Med Contact 1997;52:162-4.
- 6 Twycross R. Symptom management in advanced cancer. Oxford: Radcliff, 1995.
- 7 Waller A, Caroline NL. Handbook of palliative care in cancer. Boston: Butterworth-Heinemann, 1996.

NOTA BENE

Ter preventie van coronaire hartziekte moet er meer aandacht komen voor factoren die speciaal bij vrouwen het roken in stand houden, zoals stress en angst voor gewichtstoename. Stelling bij: Psychosocial aspects of coronary heart disease in women [Dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1998.

CVA-patiënten

*Loor & Schuling*¹ beschrijven op treffende wijze herkenbare problematiek. Op enkele aspecten wil ik reageren.

Ten eerste wil ik aansluiten bij het commentaar uit hetzelfde nummer: de huisarts moet inderdaad wel erg veel als je het zo leest,² en de meeste huisartsen vervolgen hun chronische CVA-patiënten niet zo intensief als *Loor & Schuling* wenselijk lijken te vinden.² De vraag is of dat zo erg is: het onwelbevinden van de beschreven patiënten is veel complexer bepaald dan alleen door het aantal contacten met de huisarts. Zo stellen de auteurs bij patiënt A vast dat die te weinig is bezocht, zonder dat duidelijk wordt waarom. De patiënt toont zich tevreden en de neuropsychologische stoornissen worden wel genoemd, maar we lezen niet dat ze systematisch zijn bekeken op aanpassingsmogelijkheden door de ergotherapeut. De patiënten B en D vertonen zodanig complexe problematiek en zoveel tegenslag, dat thuis revalideren bijna gedoemd is te mislukken, alle inspanningen en bezoeken van de huisarts ten spijt. Dat is geen falen maar vechten tegen de bierkaai.

'Zorg van anderen is geen substituut voor de zorg van de huisarts', stellen *Loor & Schuling*. Dit moge waar zijn, het betekent nog niet dat je alles zelf moet opknappen. Dat is een taakopvatting die tegenover chronische zorgvraagstukken wel moet resulteren in gevoelens van tekortschieten.

De samenwerking van huisarts en verpleeghuisarts heeft in deze gevallen veel te bieden. Er kan vaker worden overwogen de verpleeghuisarts in consult te roepen, bijvoorbeeld om (samen met een ergotherapeut) thuis te gaan kijken. Dit kan ook zinvol zijn bij een patiënt voor wie dagbehandeling of opname niet aan de orde is. De kennis van deze disciplines over beloop van het CVA, de invloed van neuropsychologische stoornissen en de mogelijkheden van revalidatie is nu eenmaal veel groter dan die van de huisarts. Hoe willen *Loor & Schuling* ooit ervaring opbouwen met neuropsychologisch onderzoek? Wél kan de huisarts op zijn beurt beter beoordelen wat de betekenis van de in kaart gebrachte stoornissen voor de patiënt en zijn systeem is. Zo kun je zorg op maat heel goed samen leveren. Onze beroepsgroepen kunnen elkaar op dit gebied nog veel leren, ten bate van de patiënt.

Huisartsen en verpleeghuisartsen moeten daarom vaker ervaringen uitwisselen, zeker bij bezoekers die in aanmerking komen voor dagbehandeling. Hierbij behoeven we niet te wachten op transmurale projecten, hoe nuttig

ook; we kunnen de beoogde korte lijnen ook realiseren door gewoon zelf de telefoon te pakken.

B. Kooistra,
verpleeghuisarts te Lelystad

1 Loor HI, Schuling J. CVA-patiënten in de chronische fase: mogelijkheden en valkuilen voor de huisarts. Huisarts Wet 1998;41:576-81.

2 Van Duijn NP, Mentink S. We moeten langzamerhand wel erg veel... Over het actief controleren van chronisch zieken. Huisarts Wet 1998;41:558-60.

Naschrift

Kooistra's roep om samenwerking is ons uit het hart gegrepen. De strekking van ons artikel is dat de huisarts meestal de enige arts is die met eigen ogen ziet hoe de patiënt zich na het CVA thuis redt en daarmee de aangewezen persoon is om knelpunten in de hulpverlening te signaleren. Sommigen medische problemen kunnen niet opgelost worden.

Zoals Kooistra terecht stelt, was bij de patiënten B en D de problematiek zo complex, dat van 'revalidatie' – functioneel herstel – geen sprake kan zijn. Wij zouden dan ook niet willen spreken van een 'mislukte revalidatie'. Het gaat er om dat deze patiënten op een voor hen acceptabele manier thuis met hun handicaps kunnen leven.

Andere medische problemen kunnen echter door betere of andere zorg wel degelijk verzacht of verholpen worden. In onze optiek heeft de huisarts – uiteraard – niet alles zelf op te knappen. Niemand zal van hem een volledig neuropsychologisch onderzoek of uitgebreide ergotherapeutische expertise verwachten. De huisarts heeft een belangrijke signaalfunctie, maar andere disciplines blijven onontbeerlijk.

Wij onderschrijven dan ook het belang van 'korte lijnen'. Wellicht is dit een belangrijk neveneffect van transmurale projecten: hulpverleners uit verschillende disciplines leren elkaar kennen en weten elkaar ook buiten de projecten om gemakkelijker te vinden.

H.I. Loor
J. Schuling

Antibiotica en de pil

In de nieuwe samenvatting van de NHG-Standaard Hormonale Anticonceptie – bijlage bij Huisarts Wet 1998;41(13) – is bij de anamnese een vraag naar het gebruik van antibiotica toegevoegd. In de NHG-Standaard zelf wordt gesteld: 'De interactie tussen antibiotica (breedspectrumpenicilinen en tetracyclinen) en de pil is niet vastgesteld bij prospectieve studies maar berust op enkele casuïstische mededelingen in

de literatuur.¹ Toch worden vrouwen die de pil slikken bij aflevering van een antibioticarecept in de apotheek frequent gewaarschuwd voor deze vermeende interactie. De apotheker adviseert om tijdens antibioticagebruik en de zeven dagen erna de pildosering te verdubbelen of aanvullende anticonceptiemaatregelen te treffen. Dit advies heeft voornamelijk als doel elke aansprakelijkheid te vermijden. Derhalve zou eerder van een 'medisch-juridische' dan van een farmacologische interactie kunnen worden gesproken.

In mijn praktijk heb ik enkele vrouwen naar een abortuskliniek verwezen die het advies van de apotheker niet helemaal hadden begrepen. Zij snapten wel dat er een interactie was, maar om die reden hadden zij de pil tijdens het antibioticagebruik juist niet geslikt. Zou het niet beter zijn de vraag naar antibioticagebruik in de volgende samenvatting van de NHG-Standaard Hormonale Anticonceptie weer weg te laten en de KNMP te vragen de interactie uit de programmatuur te schrappen?

Philip C. Brühl

1 Sips AJBI, Beijderwellen L, Kardolus GJ, Burgers JS. NHG-Standaard Hormonale Anticonceptie (eerste herziening). Huisarts Wet 1998;41:385-94.

Naschrift

Bij de interactie tussen orale anticonceptiva en antibiotica zijn vooral twee mechanismen van belang:¹

- Bij langdurig gebruik van medicamenten kan enzyminductie in de lever ontstaan. Dit is bekend van anticonvulsiva zoals fenobarbital, fenytoïne, primidon en carbamazepine, en ook van sommige antibiotica zoals rifampicine en griseofulvine. De biologische beschikbaarheid van de bestanddelen van de pil kan daardoor worden beïnvloed. Het verminderde effect kan blijken uit doorbraakbloedingen en uit ovulaties die tot zwangerschap kunnen leiden.

Het navragen van mogelijk langdurig gebruik van deze antibiotica, voor zover je dat als huisarts nog niet weet, is daarom van belang. Het moet dan ook in de anamnese van de pil worden gehandhaafd. Hierover is ook jurisdictie.²

- Een ander vorm van interactie van antibiotica op het effect van orale anticonceptiva is de beïnvloeding van de enterohepatische kringloop. Na resorptie van de bestanddelen van de pil worden de oestrogenen in de lever geconjugeerd en in de vorm van glucuroniden en sulfaatconjugaten weer uitgescheiden. In de darm worden deze conjugaten gehydrolyseerd. Hierbij spelen anaërobe micro-organismen een rol.

Indien deze in de darm door antibioticagebruik worden geëlimineerd, kan een verminderde terugresorptie en dus een verminderde biologische beschikbaarheid van oestrogenen het gevolg zijn. Deze interactie kan zich al na korte kuren manifesteren. Dit kan aanleiding geven tot verminderde cycluscontrole. De gestagenen worden door dit mechanisme niet beïnvloed. Gestagenen alleen zijn voldoende om het anticonceptieve effect van de pil te garanderen, zoals blijkt bij de minipil. Tweefasenpilpreparaten volgens de sequentiemethode (geen gestagenen in de eerste pillen) en driefasenpreparaten (laag, hoger en hoog gehalte aan gestagenen) zullen gevoeliger zijn voor dit mechanisme.

Op deze mogelijke interactie is al in de jaren tachtig de aandacht gevestigd.³ Toch is in prospectieve studies nooit aangetoond dat het hier om een meetbaar risico gaat. Het gaat om casuïstische mededelingen, waarbij niet duidelijk wordt of het om causaliteit of coincidentie gaat. Interpretatie van deze casus wordt nog gecompliceerd doordat de reden waarvoor het antibioticum is voorgeschreven, daarbij ook een rol kan spelen.

Ook uit andere registratiesystemen – zoals navraag naar de ontstaansoorzaak van ongewenste zwangerschap bij het verzoek om abortus bij abortusklinieken – komt de combinatie pilgebruik en korte kuur met antibiotica niet naar voren als een reëel te nemen oorzaak van zwangerschap. Toch wordt vanuit dit theoretische concept pilgebruiksters die een kuur met antibiotica krijgen voorgeschreven, nog steeds verteld dat de pil nu niet meer veilig is. De gevolgen daarvan zijn iedere huisarts bekend, zoals ook de vraagsteller zelf illustreert.

Aparte vermelding verdient de behandeling van acne in combinatie met pilgebruik, waarbij voor een aantal maanden tetracyclines worden voorgeschreven. Afhankelijk van de individuele gevoeligheid en het gebruikte pilpreparaat kunnen er doorbraakbloedingen ontstaan als uiting van daling van de oestrogeenbeschikbaarheid. Het risico van een ontsnapingsovulatie en zwangerschap is dan ook groter. Zoals de NHG-Standaard Acne vermeldt, kan als eerste stap in de behandeling van acne bij pilgebruiksters worden overgestapt naar een preparaat dat als gestagene component cyproterona-cetaat bevat, c.q. Diane 35. Bij de combinatie van tetracycline met pilgebruik kan een hoger gedoseerd preparaat worden geadviseerd, bijvoorbeeld een 50-pil, zeker indien er voorheen ook al doorbraakbloedingen zijn geweest.⁴

Bij het herzien van de NHG-Standaard Hormonale Anticonceptie diende een afweging te worden gemaakt tussen twee keuzen. Enerzijds

de keuze om dagelijks een verontrustend advies te geven aan honderden pilgebruiksters die een kuurtje antibiotica krijgen voorgeschreven, terwijl er geen epidemiologisch onderbouwing is om hen als 'population at risk' te classificeren. Strikt theoretisch bezien bestaat in dat geval een kans dat daardoor een of enige zwangerschappen per jaar kunnen worden voorkomen. Anderzijds de conclusie trekken dat het theoretische concept na al die tijd geen concrete onderbouwing met gegevens vanuit de praktijk heeft gekregen en dus niet meer als relevant moet worden beschouwd.

Wij hebben hierover gecorrespondeerd met vertegenwoordigers van de KNMP. Hun standpunt is dat er voor hen geen redenen zijn om het geformuleerde advies te herzien, dat wil zeggen: pilgebruiksters te blijven informeren over de vermeende risico's van antibioticagebruik. Gegevens over een bewezen samenhang hebben zij ons echter niet kunnen geven.

Mede op huisartsgeneeskundige gronden – je hebt het recht niet mensen ongegrond te verontrusten – heeft de werkgroep ervoor gekozen het gewraakte advies als niet meer relevant te laten vervallen. Helaas is daardoor de ongewenste situatie ontstaan dat huisarts en apotheker niet met elkaar op één lijn zitten in de voorlichting aan pilgebruiksters.⁵

A.J.B.I. Sips

1 Van de Kuy A, Merkus JMWM. De wisselwerking tussen 'de pil' en geneesmiddelen. Geneesmiddelenbulletin 1987;21:23-30

2 Uitspraak Medisch Tuchtcollege 's-Gravenhage. Tegretol en Marvelon kunnen niet samengaan. Med Contact 1990;45:489-90.

3 Interactions between antibiotics and oral contraceptives. Drug Ther Bull 1987;25:5-7.

4 Van den Brekel AJ, De Witte MJM, Haspels AA, Van Vloten WA. Betrouwbaarheid van orale anticonceptie tijdens langdurig gebruik van tetracycline ter behandeling van acne. Ned Tijdschr Geneesk 1991;135:749-51.

5 Sips AJBI, Beijderwellen L, Kardolus GJ, Burgers JS. NHG-Standaard Hormonale Anticonceptie. Huisarts Wet 1998;41:385-94

MAP 5x5 I

Burgers et al. berichten in het decembernummer van H&W dat de tabletten ethinylestradiol 1 mg (Lynoral) uit de handel zijn genomen, en dat daardoor de 5x5-morning-aftermethode niet meer is toe te passen (Huisarts Wet 1998; 41:582). In het volgende nummer lezen we in Journaal over een apotheker die zonder overleg de 2x2-methode aflevert, terwijl 5x5 werd voorgeschreven (Huisarts Wet 1999;42 (1):1).

Dat dit zonder overleg gebeurde, is niet alleen een verwijtbare handeling, maar was ook niet nodig geweest. De grondstof ethinylestra-

diol is verkrijgbaar en wordt op de markt gebracht door de firma Genfarma (onderdeel van Magnafarma). Hiervan kunnen op niet al te ingewikkelde wijze capsules gemaakt worden van bijvoorbeeld 5 mg, waardoor de 5x5-methode in de praktijk gerealiseerd kan worden met eenmaal daags 1 capsule ethinylestradiol 5 mg gedurende 5 dagen. Wel moeten bij de bereiding van de capsules voorzorgsmaatregelen getroffen worden ter bescherming van de bereider. Het controlelaboratorium van apotheekhoudende huisartsen (Clanag) en het laboratorium van Nederlandse apothekers (LNA) geven hiervoor geen richtlijnen, maar Genfarma hanteert de volgende veiligheidsvoorschriften: gebruik van afzuigapparatuur, filterende halfmaskers en handschoenen. Deze apparatuur behoort aanwezig te zijn in een apotheek die aan eigen bereidingen dan wel magistrale receptuur doet.

Het advies van Burgers et al. kan dus worden ingetrokken en apothekers behoren, met behoud van eigen verantwoordelijkheid, af te leveren wat wordt voorgeschreven.

Gerlof van der Veer,
apotheekhoudend huisarts

MAP 5x5 II

Als alternatief voor de 5x5-methode wordt 2x0,75 mg levonorgestrel genoemd: effectiever dan de 2x2-methode, maar helaas nog niet beschikbaar in Nederland. Wat let ons om dit te vertalen in 2x3 Neogynon of Stederil D (50 µg EE en 250 µg levonorgestrel)? Zijn daar onderzoeken van bekend?

E.W.P. Zuidgeest,
huisarts Rotterdam

Naschrift

Het werkingsmechanisme van de verschillende vormen van de morning-afterpil is niet voldoende opgehelderd. Een stootkuur met oestrogenen alleen (5x5-methode) heeft andere effecten dan een hogere dosis dan gebruikelijk van de combinatiepil (2x2-methode). Het effect is dan een combinatie van oestrogene en gestagene effecten. Het uiteindelijke werkingsmechanisme is het beste samen te vatten als de desynchronisatie van in de tijd op elkaar afgestemde processen. Daartoe behoren onder andere uitrijpen van het endometrium, door-gankelijkheid van de cervix, ovulatie en het transport door tuba en endometrium, enerzijds van de spermatozoa anderzijds van ovum of blastocyste.

Bij de introductie van de morning-afterpil 5x5-methode in 1970 vermeldt *Haspels* de werking te hebben afgekeken van dierexperimenteel onderzoek; de humane dosis 'werd afgeleid van de hoeveelheid door dierenartsen aan honden postcoïtum toegediend'.¹

Gestagenen alleen beïnvloeden vooral de 'cervical hostility' en de verdere doortocht-mogelijkheden van de spermatozoa door endometrium en tubae. Dit is ook het effect van de voorgestelde 2x0,75 mg levonorgestrel. In de jaren zeventig werd de minipil Exluton bestaande uit 0,500 mg lynestrenol, ook een gestageen, gepropageerd als vorm van instant-anticonceptie voor ongeplande en incidentele coïtus. Het advies was drie tabletten voor of direct na de coïtus. Dit wordt ook wel het hormonaal condoom genoemd. Na toepassing ervan is de verdere vruchtbaarheid in die cyclus niet meer voorspelbaar. Inzake de betrouwbaarheid van deze methode waren geen wetenschappelijke publicaties beschikbaar en ze is al spoedig

overvleugeld door de introductie van de 2x2-methode van *Yupze*.² Recent zijn daar nieuwe resultaten over verschenen die hoopgevend zijn.³ Ander wetenschappelijk onderzoek dan hetgeen reeds is vermeld, ook onder noot 31 van de NHG-standaard, is ons niet bekend. Het design van een prospectieve studie die de effectiviteit van de verschillende methoden vergelijkt, is ook ingewikkeld omdat de priorkans op zwangerschap niet bekend is en een placebogecontroleerde studie ethisch niet toelaatbaar is.

Zuidgeest stelt voor om, zolang levonorgestrel in een dosering van 0,75 mg nog niet beschikbaar is, 2x3 Neogynon of Stederil D te geven. Dat is echter niet hetzelfde. Neogynon en Stederil D zijn combinatiepillen met de sommatie van oestrogenen en gestageneneffecten. Deze methode is dus meer een variant op de 2x2-methode.

Het voorstel van Van der Veer om de 5x5-methode te handhaven door de beschikbare grondstof te (laten) verwerken in de gewenste dosering, is een aantrekkelijke optie. Of dit in de praktijk voor iedere huisarts een praktisch toepasbare mogelijkheid is, moet nog blijken. De beschikbaarheid van de 5x5-methode biedt de echte risicogroep (niet-pilgebruiksters met een mid-cyclisch onbeschermd coïtus) in ieder geval wel een maximale bescherming.

A.J.B.I. Sips

1 Haspels AA. Geboorteregeling post-coïtum/Morning-after pill. Huisarts Wet 1970;13:91-2.

2 Yupze AA, Lancee WJ. Ethinylestradiol and dl-norgestrel as a postcoital contraceptive. Fertil Steril 1977;28:932-6.

3 Task force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation: World Health Organisation. Lancet 1998;352:428-33.

Werkzame alternatieve geneesmiddelen

DiPaola RS, Zhang H, Lambert GH, et al. Clinical and biological activity of an estrogenic herbal combination (PG-SPES) in prostate cancer. *N Engl J Med* 1998;339:785-91.

Slifman NR, Obermeyer WR, Aloï BK, et al. Contamination of botanical dietary supplements by digitalis lanata [Brief report]. *N Engl J Med* 1998;339:806-10.

Ko RJ. Aldulterants in Asian patent medicines [Correspondence]. *N Engl J Med* 1998;339:847.

Angell M, Kassier JP. Alternative medicine – the risk of untested and unregulated remedies [Editorial]. *N Engl J Med* 1998;339:839-41.

Een nummer van de *New England Journal of Medicine* met vier bijdragen over alternatieve geneesmiddelen.

- Het eerste artikel behandelt de uit acht kruiden samengesteld PC-SPES-tablet, die volgens de bijsluiter zonder oestrogenen de groei van prostaatacarcinoom zou remmen. Acht mannen die wegens bewezen prostaatacarcinoom uitsluitend met dit middel behandeld werden, kregen reeds na een maand gynaecomastie en werden impotent. Bij onderzoek van het alcoholisch extract van deze tablet bleek – zowel bij dierproeven als bij de groei van oestrogeengevoelige schimmels – de oestrogene werking van een tablet overeen te komen met de hoeveelheid oestradiol die in de officiële geneeskunde gebruikt wordt om de groei van prostaatacarcinoom te remmen. Alle acht patiënten vertoonden een – niet significante – daling van het specifieke prostaatantigeen. Bij de zes hierop onderzochte patiënten was de daling van het serumtestosteron echter significant. Bij spectroscopisch onderzoek van het extract bleken verscheidene pieken in het gebied van de oestrogenen te bestaan, maar geen van de pieken kwam overeen met de pieken van het synthetisch bereide oestrogeen. Men kan dus stellen dat het alternatieve preparaat natuurlijke oestrogenen bevat, waarvan de farmacologische werking overeenkomt met de werking van synthetische oestrogenen.

- In het tweede artikel worden twee vrouwen beschreven, die wegens onbehandelbaar braken in het ziekenhuis waren opgenomen. De ene, 23 jaar oud, bleek bij opname een totaal hartblok te hebben, terwijl de andere (46 jaar) over geelzien (xanthopsie) klaagde. Op grond van deze bevindingen werd het digoxinegehalte van het bloed bepaald. Dit bleek ver boven de therapeutische waarde te zijn, terwijl de vrouwen geen digitalis hadden gebruikt. Beiden hadden echter een slakkenzuiverende gezondheidsthee gebruikt, kort voordat het braken was begonnen. Deze kruidenthee – uit Duitsland afkomstig – bleek grote hoeveelheden

digitalis te bevatten. Bij onderzoek van zes partijen van deze firma bleek alleen de partij die ook door de beschreven patiënten gebruikt was, digitalis te bevatten.

- De Californische gezondheidsdienst onderzocht 260 geneesmiddelen en roborantia uit kruidenwinkels. Naast allopathische geneesmiddelen die wél op het etiket vermeld waren, bleek 7 procent van de middelen allopathische middelen (bijvoorbeeld phenacetine) te bevatten die niet waren vermeld. Eveneens onvermeld bevatte 17 procent van de middelen lood, kwik en arsenicum in doses die vaak de toegestane maximale dosis overschreden.

In het *editorial* wordt opgemerkt dat veel geneesmiddelen uit natuurlijke bronnen afkomstig zijn. In deze eeuw echter werden de werkzame stoffen hieruit geïsoleerd en gesynthetiseerd, zodat ze precies gedoseerd kunnen worden. Gebruik van een allopathisch geneesmiddel is alleen toegestaan nadat de toxische dosis is vastgesteld en nadat door randomized clinical trials de werking, bijwerkingen en optimale dosis zijn vastgesteld. Deze verplichting is niet van toepassing voor alternatieve geneesmiddelen. De voorstanders van deze middelen achten dergelijke tests overbodig 'omdat natuurlijke middelen onschadelijk zijn'. De kans op verontreinigingen en toevoegingen is niet denkbeeldig. Hun zuiverheid is afhankelijk van het verantwoordelijkheidsgevoel van de fabrikant. Indien de geneesmiddelen echter wél een werking hebben en samen met een officieel geneesmiddel gebruikt worden, kunnen ze de werking van dit middel echter ongewenst verhogen of tenietdoen. Ter bescherming van het publiek zouden alternatieve geneesmiddelen – net als middelen van de farmaceutische industrie – getest moeten worden.

H.G. Frenkel-Tietz

Risico schatten op melanoom

Jackson A, Wilkinson C et al. Can primary prevention or selective screening for melanoma be more precisely targeted through general practice? A prospective study to validate a self administered risk score. *BMJ* 1998;316:34-9.

Sinclair R. Start with the KISS principle [Commentary]. *BMJ* 1998;316:38-9.

Is primaire of secundaire preventie van het melanoom mogelijk door toepassing van een eenvoudige vragenlijst in de eerste lijn? De geëvalueerde vragenlijst is gebaseerd op bekende risicofactoren en is ook voor de leek eenvoudig te beantwoorden:

- Hebt u (aanleg voor) sproeten?
- Hebt u moedervlekken? (nee, <20, >20).

- Hebt u grote moedervlekken met een onregelmatige kleur of een onscherpe rand?
- Hoe vaak bent u in uw leven ernstig verbrand door de zon? (nooit, 1-2 keer, >3 keer).

Zestien groepspraktijken deden mee aan het onderzoek en 3105 patiënten vulden de vragenlijst in; 388 van hen werden lichamelijk onderzocht om de validiteit van de vragenlijst te kunnen beoordelen.

Vastgesteld werd dat 8,7 procent van de onderzochte (en representatieve) populatie een hoog risico op het ontwikkelen van een melanoom had. De validiteit van de afzonderlijke vragen was redelijk tot goed. De vraag naar de atypische naevi was matig betrouwbaar (kappa 0,43).

De auteurs concluderen dat screening op melanoom met behulp van deze vragenlijst mogelijk is in de eerste lijn. Of deze conclusie gerechtvaardigd is, kan echter worden betwist. De groep waarmee de validiteit van de vragenlijst is onderzocht, bestond uit geselecteerde, waarschijnlijk gemotiveerde patiënten.

In het commentaar wordt aangevoerd dat enerzijds veel patiënten niet zullen worden bereikt, terwijl anderzijds een zeer groot aantal patiënten zou moeten worden onderzocht. Het is de vraag of de gezondheidswinst niet zou worden overtroffen door de kosten en de onrust die invoering van een dergelijke grootschalige screening met zich mee zouden brengen. Voor de medicus practicus kan de vragenlijst echter nuttig zijn.

Sjoerd Hobma

Statines en CVA

Bucher HC, Griffith LE, Guyatt GH. Effect of HMGCoA reductase inhibitors on stroke. A meta-analysis of randomized controlled trials. *Ann Intern Med* 1998;128:89-95.

Redfern C. [Commentary]. *Evidence-Based Med* 1998;3:115.

Zijn statines effectiever dan andere cholesterolverlagende interventies bij het voorkomen van fatale en niet-fatale CVA's? Uitgangspunt waren de uitkomsten van acht gerandomiseerde gecontroleerde trials naar het effect statines met gegevens over het optreden van CVA's. Zeven hiervan gaven geen significant effect op het optreden van CVA's te zien. Uit een combinatie van de trials bleek dat het risico op een fatale en niet-fatale CVA wel significant afnam. De risicoreductie in de behandelde groep was 24 procent (95%-betrouwbaarheidsinterval 8-38). De acht onderzoeken verschilden nogal in opzet (verschillende patiëntengroepen, met verschillende uitgangsrisk's, gemiddelde

leeftijden en cholesterolspiegels), zodat de resultaten met enige voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd. Uitgaande van de CARE-studie – waarin het effect van een statine werd nagegaan bij een hoogrisicogroep (status na myocardinfarct) met een gemiddeld cholesterol van 5,4 mmol/l – valt te berekenen dat behandeling van 1000 patiënten gedurende één jaar twee CVA's voorkomt, terwijl zes CVA's toch nog optreden.

Redfern stelt dat het onwaarschijnlijk is dat er een grote randomized controlled trial met CVA als eindpunt uitgevoerd zal worden, omdat het effect van statines op coronaire aandoeningen al zo overtuigend is aangetoond. Voor het aantonen van een effect van statines op CVA's moet men daarom terugvallen op meta-analyses. De resultaten van deze meta-analyse zijn van belang bij de behandeling van patiënten zonder coronaire hartziekten, maar met cerebrovasculaire atherosclerose en verhoogde LDL-cholesterolspiegels.

Jaap van der Laan

Vrije morning-afterpil?

Glasier A, Baird D. The effects of self-administering emergency contraception. *N Engl J Med* 1998;339:1-4.
Stubblefield P. Self-administered emergency contraception – a second chance [Editorial]. *N Engl J Med* 1998;339: 41-2.

Ook al weten veel vrouwen van het bestaan van de morning-afterpil, toch wordt hij nog te weinig gebruikt, omdat een recept van de dokter nodig is en hij binnen 72 uur moet worden ingenomen. Een vrij verkrijgbare morning-afterpil zou echter volgens sommigen promiscuïteit en onveilige seks bevorderen en het gebruik van betrouwbare anticonceptie doen verminderen. In dit onderzoek is nagegaan wat vrouwen doen als ze gemakkelijker de morning-afterpil tot hun beschikking hebben, en of dit effect heeft op het aantal ongewenste zwangerschappen.

Een groep van ruim 1000 vrouwen die op de polikliniek werden gezien voor controle na het gebruik van de morning-afterpil of het ondergaan van een abortus, werden verdeeld over twee groepen. Alle vrouwen kregen informatie over de vorm van anticonceptie die zij wilden gaan gebruiken. De interventiegroep kreeg verder een pakje met de morning-afterpil mee (2x2-methode), samen met uitleg en instructies voor controle bij eventueel gebruik. De vrouwen in de controlegroep werd alleen verteld waar ze zo nodig de morning-afterpil konden verkrijgen. Na één jaar vond de evaluatie plaats.

De vrouwen in de interventiegroep gebruik-

ten significant vaker eenmalig de morning-afterpil (36% tegen 14% in de controlegroep). Gebruik meer dan één keer kwam niet vaker voor. De instructies over het gebruik werden goed nageleefd; bijwerkingen door het gebruik werden niet gemeld. Van de vrouwen in de interventiegroep zei 8 procent het in huis hebben van de morning-afterpil een geruststellende gedachte te vinden, terwijl 2 procent zei daardoor meer risico te hebben genomen; 89 procent veranderde hun gedrag niet door het in het huis hebben van de morning-afterpil. In de interventiegroep werden 28 vrouwen zwanger (5%), in de controlegroep 33 (6%); met name ongewenste zwangerschappen kwamen in de controlegroep iets vaker voor. Vooral de vrouwen uit de interventiegroep vonden dat de morning-afterpil zonder recept verkrijgbaar zou moeten zijn. Dit gold speciaal voor degenen die eerder een abortus hadden ondergaan.

Stubblefield benadrukt dat ongewenste zwangerschappen veel sociale problemen kan veroorzaken. Hij meent ook dat het vrij beschikbaar stellen van de morning-afterpil zal leiden tot een frequenter gebruik en het aantal ongewenste zwangerschappen zal kunnen beperken. Nu dit nog niet zo is, kunnen artsen wel al hun patiënten op voorhand een recept (en uitleg) meegeven, zodat ze er direct over kunnen beschikken.

Germa Joppe

Alternatieve morning-aftermethode

Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998;352:428-33.

Guillebaud J. Time for emergency contraception with levonorgestrel alone [Commentary]. *Lancet* 1998;352: 416-7.

In een internationaal gerandomiseerd dubbelblind onderzoek onder de verantwoordelijkheid van de WHO werd de 2x2-morning-aftermethode (levonorgestrel 500 µg plus ethinyl-oestradiol 100 mcg gevolgd door een herhaling na 12 uur) vergeleken met 2x1 tablet levonorgestrel 750 µg. De behandeling begon in beide groepen bij bijna de helft van de vrouwen binnen 24 uur na de onbeschermd coïtus, en bij meer dan 80 procent van alle deelnemers binnen 48 uur. In de 2x2-methodegroep werden 31 van de 979 vrouwen zwanger (3,3%), in de 2x1-levonorgestrelgroep 11 van de 976 (1,1%). Het relatieve zwangerschapsrisico bij gebruik van levonorgestrel ten opzichte van de 2x2-methode was 0,36. Voor beide groepen

gold dat het resultaat beter was naarmate men eerder was begonnen, dus liefst binnen 24 uur. Bijwerkingen als misselijkheid, braken, duizeligheid en vermoeidheid kwamen in de levonorgestrelgroep significant minder voor.

Levonorgestrel wordt dus beter verdragen en is duidelijk effectiever dan de in ons land nu nog alleen maar verkrijgbare orale 2x2-methode (Huisarts Wet 1998;41:582; zie ook de rubriek Ingezonden in dit nummer). In diverse andere landen is levonorgestrel 750 µg echter wel in de handel in een speciale verpakking van twee tabletten voor incidenteel gebruik na een onbeschermd coïtus.

M. Sanders

Snelle Down-diagnose?

Verma L, MacDonald F, Leedham P, et al. Rapid and simple prenatal diagnosis of Down's syndrome. *Lancet* 1998;352:9-12.

Sinds de jaren zeventig bestaat de mogelijkheid van prenatale diagnostiek voor het Down-syndroom. Het duurt echter ongeveer twee weken voordat het resultaat bekend is. Bij de hier onderzochte testmethode, die berust op een polymerasekettingreactie (PCR), is het resultaat binnen een dag bekend.

De nieuwe test werd beproefd bij ruim 2000 vrouwen die in aanmerking kwamen voor prenatale diagnostiek. In 30 gevallen kon de diagnose trisomie 21 worden gesteld met behulp van de nieuwe methode. Deze uitkomsten waren in overeenstemming met de resultaten van de gebruikelijke test, amnioscentese bij 16-18 weken zwangerschap. Bij 56 monsters waren additionele PCR-tests noodzakelijk. Bij 45 PCR-tests was de diagnose in overeenstemming met de uitkomst van de klassieke test. Bij negen monsters leidde de nieuwe test niet tot een diagnose, terwijl het testresultaat met de klassieke amnioscentese in al deze gevallen normaal was. Bij monsters met macroscopische bloedbimenging (n=28) was met de nieuwe test geen definitief resultaat te geven. Er waren geen fout-positieve of fout-negatieve resultaten met de nieuwe test.

De nieuwe PCR-test lijkt dus een veelbelovende, snelle en bruikbare methode voor de diagnostiek van trisomie 21.

Joost den Otter

Gehoorverlies bij ouderen

Van Schaik VHM. Hearing loss in the elderly: hearing questionnaires in general practice [Dissertatie]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1998; 132 bladzijden. ISBN 90-393-1827-1.

Promotie: 8 september 1998.

Promovendus: V.H.M. van Schaik, huisarts te Amersfoort.

Promotor: prof.dr. R.A. de Melker; copromotor: dr. M.E.L. Bartelink.

Bespreking: J.A.H. Eekhof en J.S. Burgers, beiden huisarts.

Slechthorendheid is bij ouderen een veel voorkomende aandoening met grote invloed op het dagelijks leven. Tot nu toe is er weinig bekend over de rol die de huisarts kan spelen om de last te verminderen die ouderen van slechthorendheid ondervinden. Dit proefschrift levert een bijdrage aan de kennis over slechthorendheid en het gebruik van vragenlijsten bij slechthorendheid in de huisartspraktijk.

Slechthorendheid bij ouderen wordt steeds meer beschouwd als een belangrijk volksgezondheidsprobleem. De prevalentie van slechthorendheid bij ouderen is hoog (23-60%) en de gevolgen van gehoorverlies op het dagelijks leven zijn aanzienlijk; slechts 30 procent van de slechthorende ouderen wordt echter gediagnosticeerd door de huisarts.

Gehoorvragenlijsten zouden niet alleen inzicht kunnen verschaffen in de meetbare stoornis, maar ook in de consequenties van de slechthorendheid op het dagelijks leven. Uit eerder onderzoek is bekend dat patiënten die besluiten zich een hoortoestel te laten aanmeten, niet zozeer worden gekenmerkt door de mate van audiologisch meetbaar gehoorverlies, alswel door de mate van ervaren gehoorbeperking en gehoorhandicap.

Vraagstelling

- Wat is de waarde van een korte patiëntenvragenlijst als screeningsinstrument op gehoorverlies bij ouderen?
- Wat is de waarde van een gehoorvragenlijst, speciaal ontwikkeld voor ouderen, in vergelijking met screeningsaudiometrie?
- Wat is de waarde van gehoorvragenlijst bij screening op gehoorverlies in de huisartspraktijk, in het bijzonder voor mensen met gehoorproblemen in situaties met omgevingslawaai?
- Wat is de impact van gehoorverlies (gemeten met een gehoorvragenlijst en screeningsaudiometrie) op de functionele ge-

zondheidstoestand van ouderen in de huisartspraktijk?

- Wat is de succes-ratio van een verwijzingsstelsel gebaseerd op de uitkomsten van 'pure tone'-audiometrie.

Samenvatting

In hoofdstuk 2 wordt een vergelijkende studie van een vragenlijst bestaande uit vier vragen met screeningsaudiometrie besproken. Het onderzoek werd uitgevoerd bij 61 mensen van 60 jaar en ouder die deelnamen aan een project zelfstandig wonen voor ouderen. De twee vragen 'kunt u, als u een gesprek voert met een andere persoon, de persoon verstaan?' en 'kunt u een gesprek verstaan in een groep van drie of meer personen?' hadden in combinatie een sensitiviteit van 75 procent en een specificiteit van 100 procent. Geconcludeerd wordt dat deze twee vragen gehoorstoornissen goed kunnen opsporen.

In hoofdstuk 3 wordt de screeningsversie van een gevalideerde gehoorvragenlijst voor ouderen vergeleken met screeningsaudiometrie. Het onderzoek werd uitgevoerd in een huisartspraktijk bij 161 mensen van 65 jaar en ouder. De onderzochte Hearing Handicap Inventory for the Elderly (screening versie HHIEs – tien vragen) had een sensitiviteit van 53 procent en een specificiteit van 89 procent. De conclusie is dat met de HHIEs eenvoudig gehoorverlies kan worden vastgesteld. Tevens wordt geconcludeerd dat de vragenlijst inzicht verschaft in gehoorbeperking en handicap.

In de hoofdstukken 4-6 worden verschillende analyses van één onderzoek beschreven. Het onderzoek werd uitgevoerd bij mensen van 60 jaar en ouder in negen huisartspraktijken. Van 482 ouderen werden de gegevens geanalyseerd.

In hoofdstuk 4 worden de HHIEs en een andere gevalideerde vragenlijst (de Hearing Handicap and Disability Inventory short version, HHDI, ook tien vragen) vergeleken met screeningsaudiometrie. Uit de HHDI's werd een lawaai- en stilteschaal geconstrueerd als maat voor gehoorverlies in een omgeving met achtergrondlawaai. De conclusie is dat de HHIEs en HHDI's gehoorstoornissen goed kunnen identificeren en ook goed mensen kunnen opsporen met gehoorproblemen in een lawaaiige omgeving, die met screeningsaudiometrie zouden worden gemist.

In hoofdstuk 5 worden de uitkomsten van screeningsaudiometrie, HHIEs en HHDI's vergeleken met de functionele gezondheidstoestand zoals gemeten met de Sickness Impact Profile (SIP). Geconcludeerd wordt dat gehoorverlies een bedreiging vormt voor de func-

tionele gezondheidstoestand van ouderen. Gehoorvragenlijsten zouden wel inzicht geven in de consequenties van gehoorverlies op het dagelijks leven van ouderen, terwijl screeningsaudiometrie dat niet doet.

In hoofdstuk 6 wordt beschreven wat er gebeurt met de mensen die op basis van een screeningsaudiogram werden verwezen naar de KNO-arts. De 98 mensen met een gehoorverlies bij audiometrie kregen het advies van de onderzoeker naar de huisarts te gaan en een verwijzing naar de KNO-arts te bespreken. Twintig van de 98 mensen gingen na consultatie van hun huisarts naar de KNO-arts; bij dertien van hen werd na het bezoek aan de KNO-arts een hoortoestel aangemeten. Geconcludeerd wordt dat screening op gehoorverlies met behulp van screeningsaudiometrie een geringe opbrengst heeft. Hoge scores op de HHIEs en HHDI's lijken betere voorspellers voor het nakomen van een verwijzing naar een KNO-arts en het laten aanmeten van een hoortoestel. Van Schaik verkondigt dat de score op vragenlijsten toonaangevend zou moeten zijn voor het beleid bij slechthorendheid bij ouderen.

Commentaar

Slechthorendheid is bij ouderen een veel voorkomende aandoening met grote invloed op het dagelijks leven. Tot nu toe is er weinig bekend over de rol die de huisarts kan spelen om de last te verminderen die ouderen van slechthorendheid ondervinden. Van Schaik heeft met dit proefschrift een bijdrage geleverd aan de kennis over slechthorendheid in de huisartspraktijk. Hij geeft een overzicht over het gebruik van vragenlijsten bij slechthorendheid in de huisartspraktijk. Het onderzoek werd in de korte periode van 2,5 jaar voltooid. We maken een aantal opmerkingen.

- We beginnen met het belangrijkste inhoudelijke commentaar. Het vergelijken van gehoorvragenlijsten met screeningsaudiometrie is als het vergelijken van appels met peren. Zoals Van Schaik ook zelf in zijn inleiding schrijft, wordt met audiometrie een gehoorstoornis opgespoord, en zijn vragenlijsten geschikt om beperkingen en handicaps op te sporen. Audiometrie is voornamelijk de gouden standaard bij gehoorverlies, zowel in de huisartspraktijk als bij de KNO-arts. Tot heden zijn bij de communicatie tussen de verschillende disciplines de afwijkingen op het audiogram bepalend als er over gehoorverlies wordt gesproken. Van Schaik vergelijkt de vragenlijsten met screeningsaudiometrie als gouden standaard. Zijn conclusie is daarom opmerkelijk: de vragenlijsten voldoen niet alleen goed, zij zijn in deze

vergelijking zelfs beter dan de gouden standaard.

- In hoofdstuk 6 krijgen 98 mensen met gehoorverlies (20 procent van de 482) het advies naar de KNO-arts te gaan. Van de twintig mensen die de KNO-arts ook bezochten, kregen er dertien een hoortoestel. Waarom de overige 70 de KNO-arts niet bezochten, wordt niet vermeld. De conclusie dat de vragenlijst van meer invloed lijkt dan screeningsaudiometrie, zowel op de verwijzing naar de KNO-arts als op het aanmeten van een hoortoestel, is gebaseerd op de gegevens van de dertien mensen die een hoortoestel kregen. Voorzichtigheid is geboden bij het trekken van conclusies op basis van zulke kleine aantallen. Om vast te stellen dat het zinvol is om ouderen te screenen op gehoorverlies, zal meer onderzoek moeten worden gedaan.

Daarbij zijn wij vooral geïnteresseerd in gegevens die *niet* in het artikel zijn opgenomen. Een eerste vraag is: wat is er gebeurd met de zeventig mensen die niet naar de KNO-arts gingen? Als deze mensen niet gemotiveerd waren voor revalidatie, speelt dat een rol bij het advies om alle ouderen op gehoorverlies te screenen. Er moet niet alleen gekeken worden naar de enkelen die baat hebben van screeningsprogramma, maar ook naar de personen die ongevraagd te horen krijgen dat ze slechthorend zijn en daar zelf verder geen actie op willen ondernemen. De tweede vraag is: wat zijn de uitkomsten als de groep van 136 mensen (uit hoofdstuk 5 die op basis van de HHDIs slechthorend zijn) verwezen worden, en wat is bij deze groep de succesratio? Deze gegevens ontbreken helaas en voor de conclusie die Van Schaik trekt is deze informatie noodzakelijk.

- Van Schaik propageert het gebruik van vragenlijsten door de huisarts in de spreekkamer. In de spreekkamer is dit echter niet gebruikelijk. Voor veel aandoeningen, bijvoorbeeld depressie, bestaan screeningsvragenlijsten die ongetwijfeld belangrijke informatie zouden kunnen opleveren. Het gebruik van vragenlijsten in de spreekkamer kan leiden tot automatisch handelen en komt het directe contact met de patiënt niet ten goede. In het algemeen heeft een diagnostisch gesprek afgestemd op de individuele patiënt de voorkeur. Het onderzoek van Van Schaik kan wel belangrijke informatie opleveren over de validiteit en de wetenschappelijke onderbouwing van de vragen die de huisarts in de anamnese kan stellen.

- Tot slot: Van Schaik heeft in grote oplage de vragenlijsten onder huisartsen laten verspreiden. Het betreft een solistische actie die niet aansluit bij de gebruikelijke nascholingskanalen, en wekt daarmee verwarring in de hand. De

werkelijke waarde van deze vragenlijsten in de dagelijkse praktijk zal nog in grote onderzoeken moeten blijken. In afwachting hiervan hebben de verspreide pakketten vragenlijsten helaas alleen waarde voor hobbyisten.

Just Eekhof
Jako Burgers

Reactie

Met hun belangrijkste inhoudelijke commentaar raken beide recensenten de crux van mijn proefschrift: welk deel van de slechthorendheid bij ouderen zou de aandacht van de huisarts moeten krijgen?

De WHO maakt bij het inzichtelijk maken van een chronische ziekte onderscheid tussen de stoornis (de meetbare disfunctie in een laboratorium of klinische setting), de beperking (de ervaren problemen als gevolg van de stoornis) en de handicap (de gevolgen van stoornis en beperking op het dagelijks leven). Toonaudiometrie (maar ook de fluisterspraak) zegt alleen iets over de stoornis, gehoorvragenlijsten kunnen ons ook inzicht verschaffen in beperking en handicap. In de bestaande literatuur (en dit vinden we ook terug in de recente NHG-Standaard Slechthorendheid) is ruimschoots aangetoond dat het niet de gehoorstoornis is die bepalend is voor hulpzoekgedrag én voor zowel motivatie voor verwijzing als acceptatie van een aanpassing, maar de ervaren beperkingen en handicap. Daarom is voor dit onderzoek in de huisartspraktijk gekozen voor een vergelijking tussen screeningsaudiometrie en vragenlijsten, maar ook gekeken welke onafhankelijke plaats deze vragenlijsten zouden kunnen hebben. De gekozen gehoorvragenlijsten hebben aangetoond betrouwbare en valide meetinstrumenten te zijn, met een goede interne consistentie en een goede test-hertestbetrouwbaarheid. In de huisartspraktijk waren ze echter nog niet getoetst.

Over de echte gouden standaard bestaat ook onder audiologen en KNO-artsen veel onenigheid. Toonaudiometrie alleen is zeker ontoereikend (over het juiste afkappunt en het gebruik van welke frequenties is men het zelfs niet eens); waarschijnlijk zal het een combinatie zijn van toonaudiometrie, spraaudiometrie en de signaal-ruisverhouding, als een maat voor de kwaliteit van horen bij achtergrondlawaai.

Een van de belangrijkste conclusies weerspiegelt zich in de enige figuur die het proefschrift rijk is: er is een grote groep van ouderen die al aangeeft slechthorend te zijn, terwijl de uitslag op de screeningsaudiometrie nog normaal is. Deze mensen blijken vooral klachten

aan te geven bij situaties met achtergrondlawaai, en worden wel opgespoord met de gehoorvragenlijst. De screeningsaudiometer geeft vooral inzicht in het gehoorverlies in stilte, en dat aspect behoeft, zoals ook blijkt uit het zeer uitvoerige onderzoek dat aan de VU is uitgevoerd (waar wel de signaal-ruisverhouding is meegenomen), nog lang niet gestoord te zijn. Uit de figuur blijkt ook dat er een aanzienlijke groep ouderen is die weliswaar volgens de toonaudiometrie als slechthorend wordt betiteld, maar hier totaal geen beperking of handicap van ondervindt.

Het grootste deel van het commentaar wordt gewijd aan het kleinste deel van het onderzoek: wat gebeurt er nu met die mensen die huisartsen met de screeningsaudiometer als slechthorend bestempelen en adviseren naar de KNO-arts te gaan. Als de toonaudiometer screenend wordt gebruikt, zoals in ons onderzoek, is het percentage dat verwezen wil worden, dan wel een gehoorapparaat accepteert op basis van het audiometrie-afkappunt, erg laag. Dit wordt bevestigd in ander onderzoek, zelfs als de toonaudiometer als verwijismaat wordt gebruikt als de patiënt wel met een gehoorklacht komt. De groep met een afwijkend audiometrie-resultaat in ons onderzoek die wel verwezen wilde worden en wel een gehoorapparaat wilde proberen, bleek opvallend hoog te scoren op beperkingen en handicaplijst. De groep was te klein voor harde conclusies, hoewel een uitvoerige review van de literatuur hierover (en dat staat ook beschreven) deze visie wel degelijk ondersteunt. Natuurlijk is het interessant om te zien wat er zou gebeuren als de gehoorvragenlijst de norm voor verwijzing zou worden, een ideaal onderwerp voor toekomstig onderzoek.

Een gehoorvragenlijst is een snelle, gemakkelijke en, zoals nu ook in de huisartspraktijk is gebleken, betrouwbare manier om gehoorverlies bij ouderen op te sporen. Deze lijst krijgt de patiënt mee naar huis, volgt nauwgezet en reëel de klachten van de patiënt en maakt het voor de huisarts mogelijk inzicht te krijgen in de gevolgen van deze klachten. De gehoorvragenlijst kan worden gebruikt als startpunt in de beslissboom bij de presentatie van de klacht gehoorverlies, alsmede bij case-finding bij die klachten die vaak met slechthorendheid blijken samen te hangen, zoals onverklaarde moeheid, stemmingsstoornissen of geheugenproblemen.

Deze actieve opsporing blijkt van belang. Ons onderzoek illustreert overduidelijk welke invloed gehoorverlies bij ouderen heeft op de functionele gezondheidstoestand. Algehele screening wordt (nog) niet gepropageerd; daarvoor is inderdaad meer onderzoek nodig. Met behulp van de vragenlijst kan de huisarts ge-

richt verwijzen en een rol spelen bij het organiseren van adequate aanpassingen. Opsporen van slechthorendheid bij ouderen is geen doel op zichzelf, het moet ertoe leiden dat de gehoor kwaliteit van ouderen wordt verbeterd, en daarmee de kwaliteit van leven.

Vincent van Schaik

Verstandelijk gehandicapten

Van Schroyen Lantman-de Valk H. Health problems in people with intellectual disability. Aspects of morbidity in residential settings and in primary care [Dissertatie]. Maastricht: Universiteit Maastricht, 1998; 127 bladzijden. ISBN 90-5681-029-4

Promotie: 13 maart 1998.

Promovendus: H.M.J. van Schroyen Lantman-de Valk.

Promotoren: prof.dr. H.F.J.M. Crebolder, prof.dr. M.J. Haveman.

Bespreking: P. Bindels.

Dit is een descriptief onderzoek, dat is begonnen in instellingen en gezinsvervangende tehuizen, en vervolgens is uitgebreid naar de huisartsenpopulatie. Door de verschillende onderzoeksmethoden is vergelijking tussen het onderzoek in de instellingen en de huisartspraktijk lastig. Dat neemt niet weg dat het proefschrift belangrijke morbiditeitsgegevens heeft opgeleverd.

De laatste jaren is de opvatting ontstaan dat mensen met een verstandelijke handicap zoveel mogelijk een normaal leven moeten kunnen leiden, rekening houdend met de beperkingen die zijn opgelegd door hun handicap. Zij hebben recht op ondersteuning bij een optimale integratie in de maatschappij. Het overheidsbeleid sluit hierbij aan: grote instellingen worden gesloten en het geïntegreerd wonen van kleine groepen in aangepaste huizen in de nabijheid van woonwijken wordt gestimuleerd. Naar schatting wonen in Nederland ongeveer 45.000 mensen met een verstandelijke handicap in instellingen of gezinsvervangende tehuizen, en ongeveer 75.000 wonen zelfstandig of bij familie. Deze groep is voor een belangrijk deel aangewezen op de huisarts, en hun aantal zal alleen maar toenemen.

Instellingen

In het eerste deel worden de resultaten besproken van een prospectieve studie, uitgevoerd onder een voor leeftijd gestratificeerde steekproef van mensen met een verstandelijke handicap (n=1602) die in een instelling of gezins-

vervangend tehuis woonden in de provincies Limburg en Noord-Brabant. Deze personen werden gedurende vier jaar gevolgd, waarbij jaarlijks twee vragenlijsten werden ingevuld.

Opvallende resultaten waren de hoge prevalentie en driejaarsincidentie van visusstoornissen (respectievelijk 19 en 9,5 procent) en gehoorstoornissen (respectievelijk 12,3 en 7,9 procent). Andere frequent voorkomende aandoeningen waren gastro-intestinale problemen, dementie (met name bij het syndroom van Down een driejaarsincidentie oplopend van 25 procent in de leeftijdscategorie 40-49 jaar tot 80 procent boven de 60 jaar), cerebrale palsy, affectieve stoornissen en chronische aandoeningen van luchtwegen en hart-vaten.

Van de personen met een Down-syndroom van 50-59 jaar had 46 procent een visuele handicap en boven de 60 jaar 85 procent; bij de overige verstandelijk gehandicapten waren die cijfers respectievelijk 13 en 20 procent. De visusstoornissen bestonden voornamelijk uit cataract. De gehoorstoornissen (aanwezig bij 45 procent van de Down-patiënten boven de 60 en bij 16 procent van de overige groep) werd veelal veroorzaakt door infecties; ook presbycusis kwam frequent voor.

Cataract en oorinfecties zijn relatief goed behandelbaar. Een actief screeningsbeleid lijkt dan ook zeker op zijn plaats. Het ontwikkelen van groepspecifieke meetprocedures blijkt nog hard nodig, aangezien audiometrie, fluïdertest en de Snellen-kaart maar beperkt toepasbaar zijn (bij een milde geestelijke handicap).

Meer dan de helft van de personen in instellingen of gezinsvervangende huizen gebruikte minimaal één medicament; hoe ernstiger de verstandelijke handicap, des te groter het aantal medicamenten. In dit verband presenteert de auteur een tabel waarin voor diverse variabelen associaties met een bepaalde medicatiegroep worden gegeven, waar ik echter weinig zinvol uit kon halen. Het belangrijkste leerpunt kwam eigenlijk niet voort uit de gepresenteerde gegevens, maar staat in de discussie. Het feit dat mensen met een verstandelijke handicap minder snel bijwerkingen (kunnen) melden, maakt dat de behandelend arts hier extra attent op dient te zijn.

In het tweede deel worden de resultaten beschreven van een systematische analyse van de literatuur (Medline 1982-1994) naar het voorkomen van comorbiditeit (multimorbiditeit) bij mensen met het syndroom van Down. Alleen voor congenitale hartgebreken, hypothyreoïdie, gehoorstoornissen en hepatitis B kan met redelijke zekerheid worden gesteld dat deze aandoeningen vaker voorkomen dan verwacht (clustering).

Huisartspraktijk

In het laatste deel wordt aandacht besteed aan de verstandelijk gehandicapte in de huisartspraktijk. Hierbij is gebruik gemaakt van het Registratienetwerk Huisartspraktijken (RNH) van de Universiteit van Maastricht (11 praktijken; 48.777). Op basis van ICPC-codes P85 (mentale retardatie), P24 (specifieke leerproblemen) en N85 (congenitale afwijkingen centraal zenuwstelsel) werden patiënten geselecteerd met een mogelijke verstandelijke handicap. Door middel van een vragenlijst, ingevuld door de huisarts, werd nagegaan hoeveel van deze patiënten inderdaad een verstandelijke handicap hadden. Op deze wijze werden 616 patiënten geselecteerd, van wie uiteindelijk 318 (48%) een verstandelijke handicap hadden (dus 52 procent fout-positief via deze methode). Met name de code P85 leverde de hoogste trefkans op (80 procent terecht gelabeld). De prevalentie van mensen met een verstandelijke handicap in de huisartspraktijk wordt in dit onderzoek geschat op 0,65 procent, hetgeen neerkomt op ongeveer vijftien patiënten per normpraktijk.

In het laatste hoofdstuk is onderzocht wat de prevalentie van gezondheidsproblemen was bij mensen met een verstandelijke handicap, vergeleken met de algemene huisartsenpopulatie. Mensen met een lichte verstandelijke handicap bleken 2,2 maal zoveel gezondheidsproblemen te hebben als de overige huisartsenpopulatie en mensen met een ernstige handicap 2,7 maal zoveel. Aangezien hier is uitgegaan van geregistreerde (= bekende) problemen, is dit waarschijnlijk een onderschatting. Zo bleek uit het artikel van *Mul et al.* dat 80 procent van de gehoorstoornissen bij mensen met een verstandelijke handicap niet bekend was bij de zorgverlener. Naast problemen die voortvloeien uit hun handicap, zoals motorische problemen, zintuigstoornissen (visus en gehoor) en epilepsie, betrof het vaak aandoeningen die voortkomen uit hun leefomstandigheden (bijvoorbeeld overgewicht en obstipatie als gevolg van beperkte beweging en slechte voedingspatronen). Betere preventie en voorlichting is gewenst.

Commentaar

Dit is een descriptief onderzoek, dat is begonnen in instellingen en gezinsvervangende tehuizen, en vervolgens is uitgebreid naar de huisartsenpopulatie teneinde de representativiteit te vergroten. Door de verschillende onderzoeksmethoden (prospectief en cross-sectioneel) is vergelijking tussen het onderzoek in de instellingen en de huisartspraktijk lastig. Dat neemt niet weg dat het proefschrift belangrijke

morbiditeitsgegevens heeft opgeleverd. Toch wil ik enkele kanttekeningen plaatsen.

Het wordt in de eerste hoofdstukken niet duidelijk waarom personen met een Down-syndroom worden vergeleken met personen met andere oorzaken van de geestelijke handicap. Over de oorzaken van de handicap bij de tweede groep wordt niets vermeld. Zeer waarschijnlijk gaat het om een zeer heterogene groep. Indien mensen met een Down-syndroom zulke specifieke chronische problemen kunnen hebben, is dit voor andere subgroepen evengoed denkbaar, en loopt men het risico twee totaal verschillende groepen met elkaar te vergelijken.

De gepresenteerde regressiemodellen blonken in mijn ogen niet altijd uit door duidelijkheid (bijvoorbeeld waarom p-waarden en niet de meer informatieve 95%-betrouwbaarheidsintervallen?). Aangezien alleen de eindresultaten van een 'stepwise backward model' getoond werden, was niet altijd duidelijk hoe het model was opgebouwd. Het aantonen van sterke associaties tussen het hebben van epilepsie en het gebruiken van anticonvulsiva of van 'affective disorders' en het gebruik van antipsychotica en antidepressiva lijkt echter geen enkel verklarende waarde te hebben (hoofdstuk 4, tabel 5). Dat komt overeen met een mededeling dat bloeddrukverlagende middelen vooral voorgeschreven worden bij mensen met hoge bloeddruk.

In het laatste hoofdstuk komt de auteur met diverse voorstellen en aanbevelingen. Een aanbeveling sprak mij zeker aan, en dat is de consultatieve functie die artsen voor mensen met een verstandelijke handicap ('AVG-ers') zouden kunnen gaan vervullen voor de huisarts. Indien er inderdaad meer kleinschalige projecten komen met een grotere functie voor de huisarts in de medische zorg, lijkt een nadere uitwerking zinvol.

Conclusie

Het proefschrift is een eerste aanzet om de gezondheidsproblemen van mensen met een verstandelijke handicap in kaart te brengen en draagt zeker bij aan de uitwerking/ontwikkeling van de (huisarts)geneeskundige zorg voor deze mensen. En: huisarts ken (c.q. codeer) uw patiënten met een verstandelijke handicap; ze hebben twee tot drie maal meer kans op gezondheidsproblemen met een evenzo grote kans dat deze problemen niet herkend of gemeld worden. Luister en kijk goed, en realiseer u dat juist dát vaak hun probleem is.

Patrick Bindels

Reactie

Met de conclusies van deze bespreking kan ik het alleen maar eens zijn. De noodzaak van het coderen door de huisarts van alle patiënten met een verstandelijke handicap en van aandacht voor zintuigstoornissen zijn punten waarop ik binnenkort hoop terug te komen. Hetzelfde geldt voor het overzicht over het medicijngebruik en het omgaan met overgewicht. Op enkele kritische opmerkingen wil ik kort ingaan.

Dat het logistische regressiemodel in het hoofdstuk over geneesmiddelengebruik onduidelijk is, kan ik me achteraf wel voorstellen. Het ging er mij voornamelijk om, aan te tonen dat het niet zo was dat mensen die in instellingen wonen alleen vanwege deze woonsituatie meer medicatie gebruikten.

Natuurlijk vormen mensen met een verstandelijke handicap een heterogene groep, en er zijn vele bekende oorzaken. Geen daarvan komt echter zo vaak voor als het syndroom van Down (20 tot 30 procent) en bovendien is bij 30 procent van de mensen, ook na uitvoerig etiologisch onderzoek, geen etiologische diagnose te stellen. Vergelijken van de mensen met het syndroom van Down met andere mensen met een verstandelijke handicap door een bekende oorzaak, stuit daardoor steeds op het probleem van de kleine groepen.

Het vergelijken van de mensen met een verstandelijke handicap die in instellingen wonen en de mensen die thuis wonen, was in dit onderzoek per definitie onmogelijk, doordat beide onderzoeken na elkaar uitgevoerd werden in verschillende populaties en met verschillende designs. Het was (ook internationaal) wel de eerste keer dat de gezondheidsproblemen van mensen met en zonder verstandelijke handicap met elkaar werden vergeleken.

In Nederland was het een eerste verkenning van de gezondheidsproblemen van thuis wonende mensen met een verstandelijke handicap. Mogelijk is er sprake van onderdiagnostiek, doordat mensen met een verstandelijke handicap hun klachten zelden goed kunnen verwoorden. In een vervolgonderzoek zal aandacht worden besteed aan de contacten tussen mensen met een verstandelijke handicap en hun huisartsen, de verrichtingen en de effecten van een protocol voor proactieve zorg voor deze kwetsbare groep. Daarin zal ook aandacht worden besteed aan de samenwerking tussen huisartsen en de huidige AVG's/instellingsartsen.

H.M.J. van Schrojenstein Lantman-de Valk

Toetsing

Moore R. The first hundred fellowships by assessment. London, UK: Royal College of General Practitioners, 1998. ISBN 0-85084-242-5.

Dit boek beschrijft de ontstaansgeschiedenis van de toetsingsprocedure 'Fellowship by Assessment (FAB)' van de Royal College of General Practitioners in Engeland en de ervaringen van de eerste honderd huisartsen die aan deze 'integrale toetsing' hebben deelgenomen.

De toetsing dekt drie domeinen, bestaande uit zestien secties:

- klinisch handelen, zowel vakinhoudelijk als communicatief;
- praktijkmanagement;
- eerstelijnsamenwerking (teamwork).

Er worden verschillende meetmethoden gebruikt: zelfregistratie, observatie (zowel visitatie als observatie van op video opgenomen consulten), verslagen van audits en prescriptie- en verwijscijfers. Omschreven normen moeten worden gehaald om het predicaat FBA te verkrijgen. In dat opzicht is de toetsing selectief. Er is echter tevens sprake van een uitgebreide voorbereidingsprocedure en op basis van de toetsresultaten worden kwaliteitsverbeteringsplannen opgesteld. Daardoor heeft de toetsing ook een forse educatieve waarde.

De eerste 100 fellows evalueerden alle secties op haalbaarheid en educatieve effectiviteit, zowel op arts- als op praktijkniveau. De totaalscore was zeer positief.

Dit boek is van belang voor iedereen die geïnteresseerd is in toetsing en kwaliteitsverbetering. De chaotische lay-out en de onoverzichtelijke indeling van de domeinen en secties vergen wel de nodige inspanning van de lezer. Het is moeilijk te achterhalen hoeveel van de 107 kandidaten uiteindelijk zijn 'geslaagd'. Het lijkt erop dat de evaluatieformulieren alleen aan deze gelukkigen zijn voorgelegd.

Paul Ram

Gezondheidszorg

Goudswaard NB. Gezondheidszorg als kunde en kunst. Rotterdam: Erasmus Publishing, 1998; 334 bladzijden, prijs NLG 47,50. ISBN 90-5235-127-9.

Dit boek laat zich het best karakteriseren als een indrukwekkende constructie. Indrukwekkend, omdat het blijkens de ondertitel een zeer breed terrein bestrijkt: 'Genezen, verplegen en geestelijk verzorgen van de zieke als totale 'mens' op weg naar samenhang en samenwerking'. Centraal staat hierbij de vraag, hoe deze drie disciplines elkaar hebben beïnvloed. De constructie van het boek verradt de bouwkun-

dige achtergrond van de schrijver. In de inleiding gaat hij uit van een aantal gedefinieerde begrippen. Hierop bouwt hij in grote trekken de ontwikkeling van de genoemde disciplines, die in de laatste decennia naar elkaar toekomen als de top van een spitsboog. Steeds komt het centrale thema weer terug bij de vermelding van de grote verschillen in opleiding, status en betrokkenheid bij de zieke mens, vooral tussen geneeskunde en verpleegkunde. Vooral door de verheffing van de verpleegkundige opleiding van 'lager' naar 'middelbaar' en 'hoger' groeien zij naar elkaar toe. Dat hierbij ook de ontwikkeling van de geestelijke verzorging wordt betrokken, doet iets geforceerd aan.

Indrukwekkend is ook het feit, dat de schrijver dit boek op hoge leeftijd – hij is geboren in 1912! – tot stand heeft gebracht. Hij blijkt van vele markten thuis: bouwkunde, organisatie, technisch onderwijs, sociale wetenschappen, verpleegkunde en geschiedenis. Ondanks uitweidingen en zijpaden, weet hij de lijn van zijn betoog goed vast te houden. Het boek is overzichtelijk ingedeeld en geeft goede informatie over de achtergronden van bepaalde ontwikkelingen. Zo wordt onder meer de 'evolutie van algemene praktijk tot huisartsgeneeskunde' uitstekend beschreven. De literatuurlijst is ruim 16 bladzijden lang. Toch zijn hierin nog opmerkelijk veel vermelde auteurs niet terug te vinden. Van boeken met verscheidene auteurs wordt alleen de naam van de eerste auteur vermeld, hetgeen het zoeken bemoeilijkt.

Voor wie belang stelt in de ontwikkeling van geneeskunde, verpleegkunde en geestelijke verzorging in onderling verband, is dit boek zeer aan te bevelen.

B.J.M. Aulbers

Mondaandoeningen

Boeke AJP, Van der Waal I. Mondaandoeningen in de huisartspraktijk. Maarsse: Elsevier/Bunge 1998; 63 pagina's, NLG 36,90. ISBN-90-3522-057-9.

Huisartsen publiceren zelden klinische lessen in wetenschappelijke tijdschriften. Dat is jammer, want de herkenbaarheid van de problematiek is door een voorbeeld uit de dagelijkse praktijk gegarandeerd. De serie *Practicum huisartsgeneeskunde* bestaat uit boekjes vol met klinische lessen en dankt er zijn langdurige bestaan aan. De aflevering 'Mondaandoeningen in de huisartspraktijk' van Boeke en Van der Waal laat weer zien hoe leuk lezen over het vak kan zijn. Spruw, herpes stomatitis, cariës, aften, lichen planus, rare tongen, slechte adem, kanker in de mond: de lezer ziet de patiënten als het ware zijn spreekkamer binnenkomen.

Mondheelkunde is voor de huisarts een klein vak; het hoorde tijdens de coschappen niet eens tot de 'kleine vakken'. Of het boekje om die reden zo dun moet zijn (63 pagina's met zes blanco), kan men zich afvragen. Een aantal onderwerpen had meer ruimte kunnen krijgen. De diagnose bij de patiënt met slechte adem (slechte mondhygiëne) bleek wel erg eenvoudig; meestal vergt dat heel wat meer consulten. De opsomming van bobbel in de mond is wel overzichtelijk, maar over de onderdelen was wel meer te vertellen geweest. Speekselstenen, beugels, prothese problemen, gehemelte spleten: het komt niet aan de orde.

Het boekje leest dus plezierig en snel, maar kan de lezer nog iets nieuws opsteken? Wellicht de suggestie om bij herpes stomatitis met aciclovir-tabletten te behandelen, maar het is jammer dat de schrijvers niet melden dat die behandeling binnen 48 uur na het verschijnen van de blaasjes dient te beginnen. Het onderzoek van de mond wordt nog eens goed beschreven. Over de diagnose 'torus palatinus', een soms knikkergrote exostose in de mediaanlijn van het palatum, is te leren dat die bij 10 procent van de bevolking zou voorkomen. In een schema wordt het nummer dat elke tand of kies heeft overzichtelijk weergegeven; dat maakt verwijzing naar de tandarts eenvoudiger. De huisarts in het boekje verwijst regelmatig naar 'bevriende' of op een speciaal gebied deskundige tandartsen of zelfs direct naar de kaakchirurg en merkwaardig weinig naar de eigen tandarts. Zouden tandartsen ook zo met huisartsen omgaan?

Kortom, een leuk boekje met genoeg stof om de lezer tot nadenken te brengen.

G.A. van Essen

Aankondigingen

Reproductieve gezondheid & cultuur

Medische Antropologie. Tijdschrift over gezondheid en cultuur 1998;10(1). Themanummer, 234 bladzijden.

Te bestellen door overmaking van NLG 25,- op Postbank 4443339 van Tijdschrift Medische Antropologie.

Kwaliteit van vaardigheidsonderwijs gemeten

Scherpbier AJJA. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht, 1998; 114 bladzijden, NLG 37,50. ISBN 90-5278-228-8.

De verbeelding van het lijk

Essays over de dood in de geneeskunde
Oderwald A, Groenewegen H, redactie. Nijmegen: SUN, 1998; 94 bladzijden, NLG 29,50. ISBN 90-6168-632-6.

Whiskey met een rietje

Dagboek van een ziekenhuisarts
Bemmel J. Meppel: Boom, 1998; 180 bladzijden, NLG 35,-. ISBN 90-5352-413-4.

Zwanger via een omweg

Braat D, Kleijne G. Utrecht: Kosmos-Z&K, 1998; 144 bladzijden, NLG 34,90. ISBN 90-215-3227-1.

Ontvangen proefschriften

Aankondigingen van ontvangen proefschriften, los van een eventuele latere bespreking in *Forum of Boeken*

Cot death

Risk factors and prevention in the Netherlands in 1995-1996

201 bladzijden. ISBN 90-393-1775-5.

Promotie: 7 april 1998, Universiteit Utrecht.

Promovendus: M.P. L'Hoir (1959), klinisch pedagoog.

Promotoren: prof.dr. W.H.G. Wolters, prof. J. Huber,

prof.dr. G.J. Mellenbergh;

copromotor: dr. A.C. Engelberts.

Met een goed gevoel

Het rouwproces bij doodgeboorte, reductie in meerlingzwangerschap en zwangerschapsafbreking na prenatale diagnostiek in relatie tot de rol van professionele begeleiders in het bijzonder de maatschappelijk werker

281 bladzijden. ISBN 90-9011542-0.

Promotie: 20 mei 1998, Rijksuniversiteit Leiden.

Promovendus: C.R. Geerincx-Vercammen,

maatschappelijk werker.

Promotoren: prof.dr. J. Bennebroek Gravenhorst,

prof.dr. H. Kanhai.

Toetsing van technische vaardigheden van huisartsen

Studies naar toepassingsmogelijkheden van vaardigheidstoetsing in deskundigheidsbevordering

122 bladzijden. ISBN 90-5681-036-7.

Promotie: 4 juni 1998, Universiteit Maastricht.

Promovendus: K. Jansen.

Promotoren: prof.dr. R.P.T.M. Grol,

prof.dr. C.P.M. van der Vleuten;

copromotor: dr. L.H.C. Tan.

Blue boy - why not?

Studies of benzodiazepine use in a Dutch community

201 bladzijden. ISBN 90-652-6048.

Promotie: 1 september 1998, Universiteit Utrecht.

Promovendus: R.P. van Hulten, apotheker.

Promotoren: prof.dr. A. Bakker, prof.dr. H.G.M. Leufkens.

Organizing cardiovascular preventive care in general practice

ISBN 90-76316-05-X.

Promotie: 3 september 1998, Katholieke Universiteit Nijmegen.

Promovendus: B.B. van Drenth (1955), huisarts.

Promotoren: prof.dr. R.P.T.M. Grol, prof.dr. C. van Weel;

copromotor: dr. H.G.A. Mekkink.

Thirteen chronic diseases, in particular stroke

192 bladzijden. ISBN 90-5170-374-0.

Promotie: 7 oktober 1998, Rijksuniversiteit Groningen.

Promovendus: J. Buis (1946), huisarts.

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

copromotor: dr. J. Schuling.

An epidemiological approach to the pathogenesis of diabetes mellitus

ISBN 90-9011962-0.

Promotie: 4 november 1998, Vrije Universiteit.

Promovendus: J.B. Ruijs.

Promotoren: prof.dr. R.J. Heine, prof.dr. L.M. Bouter;

copromotor: dr.ir. J.M. Dekker.

Jaarverslag redactiecommissie 1998

Trends

Het spontane aanbod van manuscripten en de werving van diverse soorten bijdragen door de redactiecommissie bepalen de inhoud van *Huisarts en Wetenschap*. In 1998 zijn de geworven manuscripten voor het eerst apart geregistreerd. Zij maakten 15 procent van het aantal beoordeelde manuscripten uit (*tabel*). Dit percentage wordt bevredigend geacht. De werving betreft overigens aanzienlijk meer bijdragen: de conceptie van vrijwel elke afzonderlijke tekst in de meeste rubrieken is begeleid door telefoongesprekken en correspondentie.

In het bijzonder bij de spontaan aangeboden manuscripten speelt selectie door de redactiecommissie een cruciale rol: 30 à 40 procent van alle manuscripten wordt door de jaren heen niet voor publicatie aanvaard. Dit betrekkelijk lage afwijzingspercentage weerspiegelt het redactionele beleid zoveel mogelijk relevante en verantwoorde manuscripten te publiceren, meestal na een of meer ronden van aanpassing of wijziging.

Een aparte categorie vormen de dubbelpublicaties, die dankzij een uitdrukkelijk uitnodigend beleid een substantieel deel van de beoordeelde bijdragen lijken te worden. Uiteindelijk zijn in 1998 overigens slechts vier van de twaalf elders gepubliceerde artikelen voldoende waardevol geacht om ze na vertaling – en meestal enige inhoudelijke bewerking – een bredere bekendheid te bieden in Nederland. De selectiedrempel voor integrale dubbelpublicatie kan mede betrekkelijk hoog worden gehouden, doordat de rubriek Referaten en Forum mogelijkheden bieden voor samenvattingen van elders gepubliceerde bevindingen.

Dankzij de publicatie van dubbelpublicaties is in 1998 de neerwaartse trend in het aantal gepubliceerde verslagen van oorspronkelijk onderzoek gelukkig omgebogen. Het streven blijft dat rapportages van en over wetenschappelijk onderzoek de kern vormen van dit tijdschrift. Behalve onderzoeksverslagen vervullen daarbij methodologische bijdragen en literatuuroverzichten een essentiële rol. Het verslagjaar 1998 mag ook in dat opzicht bevredigend genoemd worden.

Initiatieven

Het 'vrije' spel van wetenschappelijke en publicitaire krachten in huisartsgeneeskundig Nederland garandeert geen evenwichtige inhoud van H&W. De redactiecommissie is daarom steeds op zoek naar thema's, onderwerpen en genres artikelen die onvoldoende aan bod komen. Daarbij houdt zij zich de gewenste wis-

selwerking tussen wetenschap en beroepsuitoefening voor ogen. Zij meent dat de gevalsbeschrijving en klinische les juist in dat opzicht aantrekkelijke genres zijn, te meer daar een bespiegeling op basis van adequaat literatuuronderzoek daarin succesvol geïntegreerd kan worden. Het spontane aanbod van casuïstische bijdragen laat echter te wensen over. In 1998 is daarom de NHG-prijs casuïstiek ingesteld (*Huisarts Wet* 1998;41:321).

In 1998 is de redactiecommissie de werving van manuscripten gestart voor de volgende thema's:

- methodologische bijdragen: (ervaren) problemen bij wetenschappelijk onderzoek;
- interventies van huisartsen bij psychosociale problematiek;
- onderwijs;
- problemen tijdens de zwangerschap en het eerste jaar postpartum;
- huisarts-patiënt relatie en communicatie: revisie van de pijlers van de huisartsgeneeskunde in de 21e eeuw?

Vele andere thema's of concrete onderwerpen zijn voorts de revue gepasseerd, maar zijn uit-

eindelijk van het wensenlijstje afgevoerd. Voorbeelden zijn: chronische functionele syndromen, consequenties van kostenontwikkeling in de gezondheidszorg en vergeten gebieden in de huisartsgeneeskunde.

De export van huisartsgeneeskundige publicaties vanuit Nederland naar Engelstalige media bleek in de loop van de negentiger jaren een bedreiging voor de inhoud en positie van H&W als wetenschappelijk tijdschrift. Mede dankzij inspanningen van de redactiecommissie lijkt in 1998 een consolidatie bereikt op een acceptabel niveau. Desondanks acht de redactiecommissie de tijd rijp bij de lezers na te gaan wat de verwachtingen en wensen zijn, bijvoorbeeld in het licht van de prominenter rol van elektronische informatie, communicatie en documentatie. Met bestuur en directie van het NHG en de uitgever wordt gezocht naar een zinvolle uitvoering van een lezersonderzoek.

Niet gerealiseerd

Het positieve beeld over 1998 laat onverlet dat de redactiecommissie moet vaststellen dat en-

Huisarts en Wetenschap in cijfers

Manuscripten	1987*	1994	1995	1996	1997	1998
Beoordeeld	108	125†	120	133	120	127
(waarvan dubbelpublicatie)				(6)	(6)	(12)
(geworven manuscripten)						(19)
Direct geaccepteerd voor redactionele bewerking	10	3	–	1	4	–
Wijziging/aanpassing door de auteurs gevraagd	57	74	84	77	80	77
Afgewezen voor publicatie	41	48	36	55	36	50
Percentage afgewezen manuscripten (dubbelpublicatie)	38	38	30	41	30	39
(geworven manuscripten)						(67)
						(11)

De gepubliceerde artikelen naar rubriek

Soort artikel	1987*	1994	1995	1996	1997	1998
Onderzoek	41	43	35	31	26	30
Methodologie	6	1	4	–	–	5
Literatuur	7	14	7	7	9	13
Casuïstiek	4	0†	2	4	8	4
Beschouwing	34	17	25	23	28	23
Bespreking	14	17	24	16	24	31
Commentaar (inclusief redactioneel)	8	16	10	4	13	8
Ingezonden	20	39	23	25	23	18
Boekbesprekingen (geïndexeerde)	18	36	25	35	30	36
Totaal	151	183	155	145	161	168
(waarvan dubbelpublicatie)				(2)	(1)	(5)

* Eerste registratiejaar. † Exclusief 14 korte gevalsbeschrijvingen.

Research on infectious diseases

kele projecten en voornemens helaas niet zijn gerealiseerd.

- 1 De derde poging om H&W geïndexeerd te krijgen in Index Medicus en Medline is opnieuw niet succesvol gebleken. Aangezien (sommige) artikelen uit H&W wel in enkele internationale bibliografische bestanden worden opgenomen blijven de Engelstalige samenvattingen gehandhaafd.
- 2 De wens de literatuurreferenties bij de noten bij de NHG-standaarden tot één alfabetisch overzicht te beperken is slechts bij één standaard gerealiseerd (Huisarts Wet 1998; 41:344-50)
- 3 Het initiatief in een nieuwe rubriek 'Haio en wetenschap' via (gestructureerde) samenvattingen bekendheid te geven aan wetenschappelijke inspanningen van huisartsen in opleiding is weliswaar positief ontvangen door de beroepsopleidingen, maar heeft niet geresulteerd in daadwerkelijke inzending van bijdragen.
- 4 Voor veel thema's en onderwerpen kon uiteindelijk geen auteur worden gevonden of een manuscript worden gerealiseerd. Zo moest helaas (voorlopig?) afscheid genomen worden van onderwerpen als: discussie- en leerpunten met betrekking tot cardiovasculaire urgenties, beleid bij (het vermoeden van) 'acute buik' en zin en onzin van adviezen bij of ter voorkoming van urineweginfecties.

Samenstelling redactiecommissie

Mevrouw M. Hugenholtz is eind 1998 op regionale gronden uit de commissie getreden.

dr. Frans J. Meijman
voorzitter redactiecommissie

NOTA BENE

Het meest wordt gezegd in de machteloze stilte van een terminaal ziekbed.

Stelling bij: Vissers FHJA. Gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen in het dagelijks leven. Determinanten, gevolgen en de rol van de huisarts [Dissertatie]. Maastricht: Universiteit Maastricht, 1998.

Rust is niet langer de remedie, beweging is een betere therapie.

Lex Goudswaard, huisarts te Houten, in een interview in Arts in Beweging, januari 1999.

Van 23 tot en met 25 oktober 1998 waren 117 huisartsen uit 21 Europese landen bijeen in het kader van de European General Practice Research Workshop (EGPRW); het was de 47e bijeenkomst, ditmaal in de najaarszon van Kreta. Het thema van deze workshop was 'Research on infectious diseases, including vaccination, in general practice'; daarnaast was er ruimte voor vrije voordrachten en 'one slide five minutes'.

Vaccinatie

Takis Panagiotopoulos (Griekenland) onderzocht de dekkinggraad van kindervaccinaties (DKTP, BMR, BCG, Hepatitis-B) in zijn land. In een zorgvuldig geselecteerde steekproef onderzocht hij met behulp van 'booklets of health' (voor 98 procent van de kinderen bijgehouden) de vaccinatiegraad bij 6- en 14-jarigen. De kinderen van 6 jaar bleken voor 65 procent volledig en op tijd gevaccineerd te zijn; de 14-jarigen voor slechts 45 procent. Op 14-jarige leeftijd was het schema van de 6-jarigen in meer dan 90 procent van de gevallen gehaald. De lage percentages werden dus vooral verklaard doordat veel kinderen later dan gepland werden gevaccineerd.

Sophia Eilat-Tsani (Israël) presenteerde een interventiestudie gericht op het verhogen van de influenzavaccinatiegraad in de doelgroep van 70-plussers en chronisch zieken in een gezondheidscentrum in Noord-Israël. In een telefonische enquête bleek de vaccinatiegraad in de winter van 1996-97 maar 34 procent te zijn. De interventie in najaar 1997 bestond uit het sturen van een uitnodiging aan de doelgroep, posterreclame in het gezondheidscentrum en het reserveren van een aparte kamer waar een verpleegkundige de vaccinaties toediende. De vaccinatiegraad bleek na de interventie gestegen tot 54 procent.

SOA

Paul van Royen (België) onderzocht via een telefonische enquête in een steekproef van huisartsen, gynaecologen, urologen en huidartsen, hoe vaak SOA worden gezien en op welke wijze de diagnose wordt gesteld. Genitale wratten, herpes en chlamydia werden het meest gezien. Slechts 6 procent van de huisartsen had de afgelopen zes maanden een HIV-positieve patiënt gezien, en 26 procent had ooit een aidspatiënt in zorg. Het traceren van sexpartners bij SOA werd slechts in 10 tot 25 procent van de gevallen (respectievelijk chlamydia en gonorrhoe) door de huisarts zelf geïnitieerd; meestal

werd het initiatief hiertoe aan de patiënt gelaten. De helft van de huisartsen koppelde een gesprek aan een verzoek om een HIV-test; gynaecologen deden dit slechts in 20 procent van de gevallen.

Kristin Hendrickx (België) voerde aan de hand van een fraai kwalitatief design een studie uit naar houding en gedrag ten aanzien van seksualiteit en contraceptie bij tweede-generatie Marokkaanse immigranten. Via jeugdcentra wierf ze jongeren die in focusgroepen, jongens en meisjes apart, de onderwerpen seks en anticonceptie bespraken. De verbatim uitgetypte tekst werd met behulp van een computerprogramma gecodeerd en geanalyseerd. Belangrijke uitkomsten waren het belang van nog maagd zijn voor het huwelijk bij meisjes, terwijl bij jongens vaak juist de ervaring met gemeenschap van belang bleek. Over SOA en anticonceptie bleek maar beperkte kennis aanwezig.

Antibiotica

Carl Llor (Spanje) stelde in twee presentaties de juistheid van de antibioticakeuze bij sinusitis ter discussie. Hij vond dat vaak onnodig antibiotica werden voorgeschreven, en dan ook nog vaak niet het juiste middel. In de discussie werd vanuit Nederlandse en Engelse hoek de vraag gesteld of er überhaupt wel een plaats is voor antibiotica bij sinusitis. Noord- en Zuid-Europese landen verschillen duidelijk in de plaats die antibiotica bij bovenste-luchtweginfecties innemen. In het zuiden zijn antibiotica vaak "over de counter" te krijgen en worden door huisartsen ook vaak recentere antibiotica voorgeschreven. Het ontstaan van resistentie is er dan ook een groot probleem.

Frank Buntinx (België) presenteerde prevalentiegegevens van methicillineresistente staphylococcus aureus (MRSA) in 19 verpleeghuizen in België. De prevalentie lag tussen 0 en 14 procent; verzekeringsvorm, hospitalisatie en antibioticagebruik in de voorgeschiedenis, stoelgebondenheid en bedlegerigheid hingen samen met een hogere prevalentie. Genetische analyse liet zien dat van de 115 gevonden subtypen MRSA's er maar acht correspondeerden met subtypen die ziekenhuisepidemieën hebben veroorzaakt. De verpleeghuizen lijken in die zin niet een reservoir waarvan uit ziekenhuisepidemieën ontstaan.

Hepatitis

In Spanje (*Ferran Gali*) en Griekenland (*Christos Liones*) was onderzoek gedaan naar respectievelijk de prevalentie van hepatitis-C,

die erg hoog is in Zuid-Europese landen, en de taak van de huisarts bij hepatitis-C-drager-schap. In Spanje bleek de prevalentie 2 à 3 procent te bedragen in een ongeselecteerde huisartspopulatie. Bij ongeveer de helft van de patiënten werd een mogelijke oorzaak van de besmetting gevonden: bloedtransfusie, operatie, abortus in de voorgeschiedenis en intraveneus druggebruik; bij een grote groep dragers is de route van de besmetting dus nog onbekend. Voorlopig is de prijs-effectiviteitsverhouding van interferon om de gevolgen van de besmetting (cirrose, hepatocarcinoma) uit te stellen, nog laag. Het gaat met name om een systematische follow-up van de patiënten met behulp van laboratoriumonderzoek en echografie. Een leverfunctie heeft een lage sensitiviteit en is als routineonderzoek bij dragerschap niet aange-wezen.

Voor het eerst was er een nationaal vertegenwoordiger uit Turkije (*Mehmet Ugan*), die ook een studie presenteerde naar de prevalentie van hepatitis-A-seroconversie in een stadspraktijk in Ankara. Met 73 procent is de prevalentie van antistoffen lager dan in eerder studies die rond de 90 procent lieten zien. Hij vroeg zich af of vaccinatie tegen hepatitis A in Turkije noodzakelijk wordt. De vergelijkbaarheid tussen de studies, met stad/platteland als belangrijke confounder, was punt van discussie.

Niet-themagebonden presentaties

Paul Wallace (Engeland) besprak een project waarbij huisarts en patiënt via televisieschermen *on line* een specialist konden raadplegen. Voordelen van deze methode waren: een voor Engelse begrippen korte wachttijd voor de patiënt, een efficiënte tijdsbesteding zonder reistijd en de directe betrokkenheid van de huisarts bij het gezamenlijke beleid. De drie betrokkenen waren erg tevreden over deze gezamenlijke consultaties per beeldscherm. De methode zou vele voordelen kunnen hebben: toename van kennis bij huisartsen, meer gerichte verwijzingen naar specialisten, tevreden patiënten, goedkopere en snellere zorg, etc. In een RCT-design (randomisatie op patiënt niveau) wil *Wallace* de methode onderzoeken bij consultaties van vier verschillende specialismen.

Jean Karl Soler (Malta) demonstreerde met veel enthousiasme de nieuwe EGPRW-website (<http://www.synapse.net.mt/egprw>). De site bevat veel informatie, onder andere alle EGPRW-abstracts vanaf april 1993. Het ligt in de bedoeling ook e-mailadressen van alle leden op te nemen en publicaties die zijn voortgekomen uit de gepresenteerde lezingen.

Irena Vatavec Progar (Slovenië) beschreef de huisartsgeneeskunde in de overgang van een genationaliseerde Oost-Europese gezondheidszorg naar een vrije markt, waarin nu een deel van de huisartsen een privépraktijk heeft. Ze onderzocht de motivatie van huisartsen en tandartsen om een privépraktijk te beginnen. Opvallend was dat financiële redenen niet hoog scoorden; geprivatiseerden verdienden ongeveer net zoveel en werkten over het algemeen harder. Een grotere onafhankelijkheid werd genoemd en daarnaast als belangrijkste reden voor tandartsen de mogelijkheid met andere vulmaterialen te werken.

Barbera Michiels (België) onderzocht of bovenste-luchtweginfecties met koorts een lagere incidentie bij huisartsen heeft dan bij patiënten. De incidentie bij 177 huisartsen werd retrospectief over een winter vergeleken met naar geslacht en leeftijd gematchte eigen patiënten. Voor huisartsen was de kans op een dergelijke infectie 21 procent, voor patiënten 38 procent. Oudere huisartsen, huisartsen met oudere kinderen en huisartsen die relatief veel patiënten zagen, hadden minder vaak luchtweginfecties. De verklaring hiervoor lijkt dat een grotere en langduriger expositie leidt tot een betere bescherming. Factoren als astma, COPD, allergie, roken, antibiotica en griepvaccinatie bleken niet van invloed op de resultaten. Een leuke studie, waarin een systematisch verschil in het herinneren van luchtweginfecties tussen patiënten en huisartsen (recall bias) van invloed kan zijn geweest.

Mallorca

De volgende bijeenkomst zal plaatsvinden in Palma de Mallorca, van 19 tot en met 22 mei 1999; dat is dan de eerste gezamenlijke conferentie van de EGPRW met de European Academy of Teachers in General Practice (Euract) en het European Network on Quality Assurance in Family Medicine (Equip). Het thema is 'Quality, education and research working together for general practice'. De EGPRW zal tijdens deze gezamenlijke bijeenkomst haar structuur van 15 minuten presentatie gevolgd door 15 minuten discussie handhaven. In het najaar 1999 (14-17 oktober) zal de EGPRW in Hannover worden gehouden met als thema 'Research on General Practice Care of the Elderly'.

Bert Schilte
Vakgroep Huisartsgeneeskunde
Universiteit Maastricht

Mededelingen voor de Agenda in nummer 6 (eind mei) moeten op uiterlijk 22 april in het bezit zijn van het redactiesecretariaat.

Quality, education and research working together for general practice

Palma de Mallorca, 19-22 mei.

Gezamenlijke conferentie European General Practice Research Workshop (EGPRW), European Academy of Teachers in General Practice (Euract) en European Network on Quality Assurance in Family Medicine (Equip).

Inlichtingen: Spanish Society of Family Medicine (semFYC), Portaferrija 8, 08002 Barcelona; tel. 0034-93-3177129; fax 0034-93-3186902; e-mail congreso@semfyc.es.

Ontwikkelen van een systematic review

Amsterdam, 9 juni.

Workshop Dutch Cochrane Centre.

Inlichtingen en aanmelding: Ingrid van Wijngaarden-Parsan, Dutch Cochrane Centre, J-2-221, Academisch Medisch Centrum, Postbus 22660, 1100 DD Amsterdam; tel. 020 5665602; fax 020 6912683; e-mail: cochrane@amc.uva.nl.

■ De multiculturele huisartspraktijk

Utrecht, 10 juni, 15.00-20.30 uur.

Congres Nivel en Forum, Instituut voor Multiculturele Ontwikkeling.

Informatie: mw. E. Zoer, tel. 030 2729751.

■ The 28th Annual Scientific Meeting of the Association of University Departments of General Practice

London, 14-16 juli.

Inlichtingen: AUDGP 99, tel. +44-1865-331040; fax +44-1865-331125; e-mail audgp99@kcl.ac.uk; website pcsc.umds.ac.uk/audgp99.htm.

■ Referatendag voor Vlaamse Huisarts Research

Antwerpen, 25 september.

Inlichtingen: Anne-Marie Ryckaert, tel. +32-3-2811616; fax +32-3-2185148; e-mail secret.wvvh@medmail.medconf.be.

Closing the loop

Toronto, 1-3 oktober

Third international conference on the scientific basis of health sciences.

The best evidence for health care: the role of the Cochrane Collaboration

Rome, 6-9 oktober.

VII Cochrane Colloquium.

Inlichtingen: Eurosymposia Srl, Via di Tor Fiorenza, 31, 00199 Roma; tel. 0039-6-86328042; fax 0039-6-86386644; e-mail eurosy.congres@flashnet.it.

Research on general practice care of the elderly

Hannover, 14-17 oktober.

Najaarsbijeenkomst European General Practice Research Workshop (EGPRW).

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.