

Huisarts en Wetenschap

Redactiecommissie

Dr. F.J. Meijman, voorzitter
M.Y. Berger, arts
Dr. N.P. van Duijn
Prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen
Dr. P.L.B.J. Lucassen
Dr. B. Terluin

Eindredactie

Drs. E.A. Hofmans/MediTekst
Postbus 10482, 1001 EL Amsterdam
Telefoon (020) 4232131
Fax (020) 4230464

Redactiesecretariaat

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

Nederlands Huisartsen
Genootschap

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

Uitgeverij/advertentie-exploitatie

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

Abonnementen

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

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

Adreswijzigingen

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

Druk

Verweij bv, Mijdrecht

Nederlands
uitgeversverbond
Groep vaktijdschriften

ISSN 0018-7070

Bijwerking van een keurig dossier

'Alles wat u zegt, kan tegen u worden gebruikt; u hebt recht op een advocaat'. De hijgerige tonen van een oprukkende regelcultuur dringen de spreekkamer van de huisarts steeds duidelijker binnen. Het medisch dossier als boobytrap en de huisarts als grimeur?

Met – selectieve – risicoreductie (neuzelen over cholesterol, negeren van bewegingsarmoede) als grondtoon in de hedendaagse nationale mantra kan kennis uit het medisch dossier zich onverwacht keren tegen de belangen van de individuele burger. In al je onschuld word je door een ijverige medisch adviseur van een verzekeringsbedrijf ontmaskerd als cryptopatiënt. Had je die röntgenfoto van je rug maar niet vermeld in de gezondheidsverklaring. Nu moet je huisarts desgevraagd wel een fotokopie van de uitslag opsturen en de radioloog sprak indertijd van 'enige sclerose bij het sacroiliacaal gewricht'. Voor de medisch adviseur is de sprong naar morbus Bechterew snel gemaakt. Premieverhoging of uitsluitingen dus, en de huisarts vervolgens opgescheept met een taak als advocaat in buitengewone dienst. Een indertijd vermoede, maar nooit aangevoelde Lyme disease – door patiënte gekoesterd als banier voor haar malaise – wekt argwaan. Had ze er maar over gezwegen, of de belaste term niet genoemd. De papieren collega kon deze folkloristische rareiteit in de huisarts-patiëntcommunicatie niet begrijpen: was hier niet sprake van een verhoogd risico? Wellicht wel, maar niet wegens een 'chronische infectie'!

Het verstrekken van medische inlichtingen over patiënten aan verzekeringsbedrijven en -in-

stanties lijkt een uitdijende neventaak van huisartsen te worden. De consequenties van de informatie lijken ook zwaarder te gaan wegen. De huisarts kan zich niet 'even vlug tussendoor' van deze taak afmaken: de belangen van de patiënt zijn in het geding, soms met verstrekkende gevolgen. Strikte hantering van de regels is natuurlijk een eerste vereiste: alleen op *gerichte* vragen kan met *gerichte* toestemming van de patiënt een *feitelijk* antwoord worden gegeven, voorzover de beschikbare gegevens dat mogelijk maken. Maar ook dan kan men voor een dilemma of loyaliteitsconflict worden geplaatst. Een testuitslag is nog geen ziekte, en een diagnose – met al zijn graden van onzekerheid – zegt nog niets over de prognose, zeker niet in een individueel geval en al helemaal niet in de perceptie van de betrokken 'patiënt'. Dit manoeuvreren tussen eerlijkheid en loyaliteit jegens de patiënt is zelden eenvoudig, en lijkt zeker geen 'klusje' om te bewaren voor het eind een vermoeiende werkdag. Wellicht kan op termijn een alerte, anticiperende benadering enige uitkomst bieden. Er is veel voor te zeggen de patiënt in voorkomende gevallen al bij de – nogal eens arbitraire – aanvraag van diagnostiek of een verwijzing te attenderen op de wellicht nadelige gevolgen in de toekomst van dossiervorming. (FJM)

Cursus abscesdrainage tegen burn-out

Sommige huisartsen in opleiding hebben een deel van hun opleiding in het Verenigd Koninkrijk gevolgd. Uit deze kringen klinken de volgende geluiden op. Ze waren blij het drie jaar durende ritueel van wekelijkse zelfreflectie een tijdje te kunnen ontvluchten. Drie jaar lang ervaringen uitwisselen; drie jaar lang de NHG-Geschriften bestuderen; drie jaar lang tobben met het eigen functioneren: het werd hen te veel.

In het Verenigd Koninkrijk bleiden deze daadkrachtige en hongerige collega's op met het grote aanbod aan cursorisch onderwijs. Veel vaardigheidstraining, veel goede cursussen over talloze onderwerpen. Dat een deel van die vaardigheden uitsluitend nuttig was voor tropenartsen, huisartsen op de Shetland eilanden en de Wadden, mocht de pret niet drukken. Ze genoten. Evenmin hadden ze ideologische bezwaren tegen onderwijs door medisch specialisten, integendeel. Wie weet nu meer af van zwaailappen en absces-

De berichten, commentaren en reacties in de rubriek Journaal richten zich op de wetenschappelijke en inhoudelijke kanten van de huisartsgeneeskunde. Bijdragen van lezers zijn welkom. De bijdragen in deze aflevering zijn van Nico van Duijn, Peter Lucassen en Frans J. Meijman (red).

drainage dan een chirurg?

Zijn er empirische gegevens over behoeften en waardering van huisartsen die hun opleiding volledig hier, dan wel deels elders hebben gevolgd? Misschien vinden velen het wel een persoonlijke en professionele verrijking ergens in uit te blinken, ter preventie het BBS (Basistakenpakket Burn-out Syndroom). Bovendien, de klanten van de beroepsopleidingen moeten minstens de indruk hebben koning te zijn. (NvD)

Hoofdpijn

In november is de Nationale Hoofdpijnlijn geopend. Dit is een activiteit van het Voorlichtingsbureau Hoofdpijn, dat is opgezet door de Migraine Patiëntenvereniging, twee neurologen en een huisarts. Men kan het ook zien als een uitbreiding van de activiteiten van de Migraine Patiëntenvereniging, een naam overigens die te beperkt is, want er is meer hoofdpijn dan migraine. Het doel van de Nationale Hoofdpijnlijn is het bevorderen van de voorlichting aan patiënten, vooral aan patiënten die de weg naar de dokter nog niet betreden dan wel niet afgelopen hebben. Of huisartsen dit leuk vinden is de vraag.

De ijsberg aan niet-gerepresenteerde hoofdpijnklachten is groot, waarschijnlijk groter dan bij andere klachten. De prevalentie van spanningshoofdpijn is ongeveer 70%, van migraine 6% (mannen) tot 16% (vrouwen) en van medicatie-afhankelijke hoofdpijn wellicht 1%. Hieraan komt 1% (spanningshoofdpijn), 1% (migraine) en 0% (medicatie-afhankelijke hoofdpijn) onder de aandacht van de huisarts.

De Nationale Hoofdpijnlijn inventariseert de vragen, stuurt gericht voorlichtingsmateriaal op en verwijst naar de huisarts of naar de Migraine Patiëntenvereniging voor lotgenotencontact. Verder wordt de publiciteit gezocht om het onderwerp hoofdpijn nadrukkelijker op de publieke agenda te zetten. Medio dit jaar komt het voorlichtingsbureau met gegevens over voorkomen, ernst en belemmeringen in het dagelijks leven van kinderen met hoofdpijn. De drie farmaceutische

bedrijven die actief zijn op dit gebied fungeren als donateurs, maar u begrijpt dat het bestuur onafhankelijk het beleid bepaalt. Huisartsen en neurologen als doelgroep staan nog niet op de agenda, maar wat niet is kan komen.

De Nationale Hoofdpijnlijn:
0800 0230611 (0 cent per minuut).
(NvD)

Riboflavine tegen migraine?

Riboflavine, een B-vitamine dat onder meer voorkomt in melk, kan in hoge dosering mogelijk een bijdrage leveren aan het voorkomen van migraine-aanvallen. Dat blijkt uit recent in België uitgevoerd onderzoek.¹ In het onderzoek kregen 54 vrouwen met regelmatige migraine-aanvallen (2 tot 8 per maand) eerst een maand lang dagelijks een capsule met een placebo. Vervolgens werden de vrouwen willekeurig in twee groepen verdeeld. De ene groep kreeg dagelijks gedurende drie maanden een capsule met een hoge dosering riboflavine (400 mg), de andere groep kreeg in deze periode een capsule met placebo. Vanaf de derde maand kregen de vrouwen in de riboflavinegroep per maand gemiddeld twee migraine-aanvallen minder dan in de maand voorafgaande aan de inname van de capsules met riboflavine. Ook het aantal dagen dat de vrouwen last hadden van migrainehoofdpijn, nam in deze periode met gemiddeld drie dagen af. Bij vrouwen die alleen capsules met placebo kregen, werden deze effecten niet waargenomen.

De effectiviteit van riboflavine is volgens de onderzoekers vergelijkbaar met die van een aantal medicijnen ter preventie van migraine. De 400 mg riboflavine die door de vrouwen in het onderzoek werd geconsumeerd, is beduidend hoger dan de hoeveelheid (1,5 mg per dag) die gemiddeld door de voeding wordt geleverd. Twee personen kregen lichte klachten (diarree en vaker plassen) in de periode dat riboflavine werd gebruikt. (FJM)

1 Schoenen J, et al. Effectiveness of high-dose riboflavin in migraine prophylaxis. A randomized controlled trial. *Neurology* 1998;50:466-70.

Sint Janskruid

Willem van den Burg schetst vrolijk de naderende doorbraak van het Sint Janskruid, in Duitsland een populair antidepressivum.¹ Hij memoreert de – in meestal Duits onderzoek – be-
wezen effectiviteit en stelt sceptici

de resultaten van een omvangrijk onderzoek in de USA in het vooruitzicht. Meer dan de klinische werkzaamheid intrigeren Van den Burg echter de effecten van het wonderkruid op 'de markt van welzijn en geluk'.

'Tot nu toe staan praktisch alle als zodanig erkende psychofarmaca de patiënt alleen ter beschikking op voorschrift van een arts ("prescription only"). De kopers waarmee de verkopers (de farmaceutische industrie) vooral te maken hebben zijn niet de patiënten, maar de artsen en apothekers. Het is de industrie in feite verboden zich met reclamemateriaal rechtstreeks tot de patiënten te richten. Het Sint Janskruid daarentegen is een over de counter-middel (OTC), men kan het gewoon bij de drogist kopen. Misschien kunnen we nog aardige STER-blokjes tegemoet zien: "Begin uw dag met Hypericum Plus. Geef uw leven weer zin met Verrijkt Sint-Janskruid." Om de concurrentie het hoofd te bieden zal Lilly proberen, tegen gereduceerd tarief, Prozac als OTC-middel op de markt te zetten. Andere fabrikanten zullen de effectiviteit relativeren en wijzen op lelijke bijwerkingen, of proberen een prijzig extract als "prescription-only" middel te positioneren. Psychologen-psychotherapeuten gaan een eigen huismerk voeren en hun campagne om ook psychofarmaca voor te mogen schrijven verwatert geheel. Eindelijk krijgen niet-medische hulpverleners ook eens snoepreceptjes aangeboden in de vorm van congresbezoek. We gaan interessante tijden tegemoet.' (FJM)

1 Van den Burg W. Hypericum perforatum (Sint Janskruid). *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 1999;54:342-3.

Coeliakie in de eerste lijn

De *Volkskrant* van 6 maart 1999: 'Peuters hebben vaker last van glutenallergie. Ze lijden er vaker aan dan door artsen wordt vastgesteld.' Dit roept bij de plichtbewuste huisarts een vaag schuldgevoel op: hoeveel van die peuters passeren ongediagnosticeerd en hoevelen krijgen onterecht het etiket "obstipatie" of "functionele klacht"?

De feiten. In een als *research letter* in de *Lancet* (1999;353:813-4) gepubliceerd artikel wordt een onderzoek beschreven naar het voorkomen van niet-herkende coeliakie bij peuters op consultatiebureaus in Zuid-Holland. Aan alle 12.672 ouders van kinderen van 2-4 jaar oud werd gevraagd deel te nemen aan

het onderzoek. Uiteindelijk deden 6.127 kinderen mee (49%). Bij deze kinderen werd een screening op coeliakie uitgevoerd door middel van een IgA-anti-endomysium-antilichaambepaling (IgA-AEA), een test met een sensitiviteit van 90-100% en een specificiteit van 98-100%.

De IgA-AEA bepaling was bij 75 kinderen positief. Bij 57 van hen werd een dunnedarmbiopsie gedaan, en deze liet bij 31 kinderen een vlokatrofie zien. Aannemend dat dit bewijzend is voor de diagnose coeliakie, levert dit een prevalentie op van niet-herkende coeliakie van 1:200. De prevalentie van herkende coeliakie in Nederland in 1997 was 1:2700. Slechts 16 van de 31 kinderen met coeliakie had symptomen die typisch zijn voor deze aandoening: moeheid, buikpijn, opgezette buik, obstipatie, chronische diarree en anemie; 15 kinderen hadden geen enkel symptoom. Alle 31 kinderen vertoonden normale lengtegroei en gewichtstoename. Ongeveer gelijktijdig verscheen in het NTvG (1999;142:451-5) een artikel van de Sectie Kindergastroenterologie van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde met richtlijnen voor de diagnostiek van coeliakie bij kinderen. Ook in dit artikel worden het ijsbergfenomeen en de (ten opzichte van vroeger) veranderde symptomatologie beschreven: chronische diarree en opgezette buik komen minder vaak voor, buikpijn, gewichtsverlies en anemie vaker. Volgens de richtlijnen is dunnedarmbiopsie waarbij vlokatrofie wordt aangetoond, essentieel voor de diagnose. Bij minder specifieke symptomatologie (die waarschijnlijk vaak voorkomt) kan een IgA-AEA-bepaling dienen als selectiemiddel voor de biopsie.

Voor huisartsen en consultatiebureau-artsen wordt het er niet eenvoudiger op. Bij zeldzame aandoeningen is het meestal het hoge aantal fout-positieve uitslagen dat de doelmatigheid van het testen ondermijnt. Zo is bij een aandoening met een prevalentie van 1 per 200 tot 300 het aantal fout-positieven 4-7 maal zo groot als het aantal terecht-positieven. Voor elk terecht verwezen kind worden dus 4-7 kinderen ten onrechte verwezen; in het geval van coeliakie is de consequentie dat deze kinderen een dunnedarmbiopsie moeten ondergaan.

Moet nu bij elke peuter met buikpijn of obstipatie een IgA-AEA-bepaling worden gedaan? Het antwoord op deze vraag zal mede afhangen van het aantal complicaties

van biopsieën en eventuele andere diagnostische ingrepen. (PL)

Buitenproportioneel

Scholieren die geneeskunde willen studeren kunnen zich binnenkort zonder loting inschrijven als ze hoge cijfers op het VWO hebben gehaald.

Of hoge cijfers of zelfs een hoog IQ een goed criterium zijn, wordt door velen betwijfeld, maar er is voorlopig geen betere maat. Misschien moet er meer gekeken worden naar aanlegfactoren en minder naar cognitieve prestaties. Het valt bijvoorbeeld op dat buitenproportioneel veel geneeskundestudenten uit doktersgezinnen komen. Blijkbaar is dat een risicofactor, die overigens een gunstig effect heeft, want de gemiddelde kwaliteit van de Nederlandse basisarts is hoog. Dokter worden zou dus genetisch bepaald kunnen zijn. Slim zijn is in ieder geval niet neuro-anatomisch bepaald. Intelligentie houdt immers geen verband met de hoedenmaat, noch met de oppervlakte van de cortex. Zelfs de oppervlakte van de midsagittale doorsnede van het corpus callosum blijkt bij MRI-onderzoek geen relatie te vertonen met het IQ.¹ Schedelmeting en MRI vallen dus af als testen voor toelating tot de Medische Faculteit. Borstvoeding heeft wel een positief effect op de intelligentie, evenals een vroege myopie.^{2,3} Het lijkt daarom het beste om het volgende korte vragenlijstje in te voeren:

- Is uw vader en/of moeder dokter?
- Heeft u lang borstvoeding gehad?
- Droeg u al jong een bril wegens bijziendheid?

Hoge eindexamencijfers zijn dan niet meer nodig. (NvD)

- 1 Tramo MJ, et al. Brain size, head size, and intelligence quotient in monozygotic twins. *Neurology* 1998;50:1246-52.
- 2 Lucas A, et al. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. *Lancet* 1992;339:261-4.
- 3 Teasdale TW, et al. Degree of myopia in relation to intelligence and educational level. *Lancet* 1988;II:1351-3.

En verder in dit nummer...

Ingezonden	232
Forum	233
Boeken	237
SWAUDGP	238
Agenda	238
Richtlijnen voor auteurs	239
NHG-katern	241