

Positieve faecesbenzidine, wat dan?

Rockey DC, Koch J, Cello JP, et al. Relative frequency of upper gastrointestinal and colonic lesions in patients with positive fecal occult-blood tests. *N Engl J Med* 1998;339:153-9.

Dit onderzoek vond plaats bij 248 patiënten die faecaal occult bloed verloren, aangetoond via de standaardmethode (eerst dieet, daarna drie tests – n=154) of door een eenmalig onderzoek van faeces verkregen via rectaal onderzoek (n=119). Zij ondergingen een coloscopie, direct gevolgd door een gastroscopie. Bij 119 patiënten werden afwijkingen gevonden die het bloedverlies konden verklaren. Bij 54 patiënten werd een afwijking in het colon gevonden (met name adenomen en carcinomen); bij 71 patiënten werden via gastroscopie afwijkingen gevonden, met name oesofagitis, ulcera ventriculi en duodeni en gastritis. De aanwezigheid van symptomen vanuit de bovenste tractus digestivus was enigszins voorspellend voor het vinden van een afwijking via gastroscopie (odds ratio 2,6, bij een 95%-BI van 1,4-4,7). Ook symptomen vanuit de onderste tractus digestivus waren enigszins voorspellend: odds ratio 3,3, 95%-BI 1,2-9,3. De sensitiviteit van de aanwezigheid van symptomen was voor beide locaties laag. Onderzoek bij patiënten bij wie de faeces was verkregen via rectaal onderzoek, leverde niet minder afwijkingen op, maar juist iets meer.

Bij een positieve test op occult bloed is er dus vaker een laesie in de bovenste tractus digestivus dan in het colon. [Anderzijds komen in de onderste tractus vaker maligniteiten voor – ref.]. Symptomen kunnen een aanwijzing zijn voor de plaats waar de laesie zit. Vaak zal het nodig zijn op een andere plaats dan waar klachten over zijn, te zoeken naar de oorzaak van occult bloedverlies.

Germa Joppe

Osteoporose bij corticosteroïdgebruik

Saag KG, Emkey R, Schnitzer TJ, et al. Alendronate for the prevention and treatment of glucocorticoid-induced osteoporosis. *N Engl J Med* 1998;339:292-9.

Op den duur krijgt 50 procent van de patiënten die langdurig corticosteroïden gebruiken, een fractuur ten gevolge van osteoporose. De auteurs gingen na of preventie en therapie van osteoporose bij corticosteroïdgebruik mogelijk is door toepassing van alendronaat. Daartoe werden de gegevens van twee studies (één met 232 patiënten in de VS, en één met 245 patiënten in een aantal andere landen) gecombineerd. Pa-

tiënten van 17-83 jaar die gedurende minimaal een jaar een behandeling met corticosteroïden met een minimale dosering van 7,5 mg prednison (of een equivalent) nodig hadden, kregen gedurende 48 weken tevens 5 of 10 mg alendronaat of placebo. Alle deelnemers kregen bovendien calcium en vitamine D toegediend. Primair eindpunt was het verschil tussen de groepen ten aanzien van het percentage verandering van de botdichtheid van de lumbale wervelkolom.

Bij het begin van de studie was 34 procent van de patiënten minder dan vier maanden bezig met de corticosteroïdbehandeling, 21 procent vier tot twaalf maanden en 45 procent al langer dan twaalf maanden. Gemiddeld gebruikten ze aan het begin van het onderzoek 10 mg, aan het einde iets minder dan 9 mg prednison per dag. Na 48 weken bleek de gemiddelde botdichtheid in de interventiegroepen significant toegenomen bij het gebruik van 5 of 10 mg alendronaat. In de placebogroep was er een kleine afname van de botdichtheid op de meeste plaatsen. De duur van het prednisongebruik vóór het onderzoek had geen invloed op het effect van alendronaat. Het aantal patiënten was te klein om het effect op het aantal fracturen te kunnen meten. Bijwerkingen die leidden tot uitval kwamen even vaak voor in alle groepen. In de groep die 10 mg alendronaat kreeg, kwamen iets meer klachten van de bovenste tractus digestivus voor.

Germa Joppe

Betere bloedsuikercontrole zinvol?

Gaster B, Hirsch IB. The effects of improved glycemic control on complications in type 2 diabetes. *Arch Intern Med* 1998;158:134-40.

Ganda OP. [Commentary]. *Evidence-Based Med* 1998;3:147.

Gaster & Hirsch analyseerden twintig randomized controlled trials naar het effect van bloedsuikercontrole bij diabetes mellitus type 2. Twaalf trials voldeden niet aan hun strenge inclusiecriteria (duur langer dan drie maanden, adequate weergave van de glykemische controle, statistische analyse van de resultaten). Drie trials bevatten informatie over microvasculaire complicaties, drie over cardiovasculaire complicaties en twee over hypoglykemie. Een nauwkeuriger instelling van de diabetes blijkt het aantal en de ernst van de microvasculaire complicaties te verminderen; niet duidelijk is of dit ook voor de macrovasculaire complicaties geldt. Het aantal gevallen van hypoglykemie verschilde niet tussen de intensief en minder intensief behandelde groepen.

Ganda stelt dat de cardiovasculaire compli-

caties een multifactoriële achtergrond hebben, waarbij ook hypertensie, roken en dyslipidemie een belangrijke rol spelen. De aanpak bij diabetes moet ook op deze factoren gericht zijn.

Jaap van der Laan

Zelfbehandeling van astma

Gibson PG, Coughlan J, Abramson M, et al. The effects of self-management education and regular practitioner review in adults with asthma. *Cochrane Review*, latest version 26 feb 1998. In the Cochrane Library. Oxford: update Software.

Honig PK. Commentary. *Evidence-Based Med* 1999;4:15.

Verbeterd voorlichting over zelf behandelen en regelmatige controle door artsen de gezondheid van volwassenen met astma? Om deze vraag te beantwoorden werd een meta-analyse verricht. Trials werden ingesloten op basis van de volgende criteria:

- onderzoek bij volwassenen met astma;
- interventie bestaande uit voorlichting over astma en zelfbehandeling;
- eindpunten: opnamen of EHBO-bezoek voor astma, spoedconsulten bij de (huis)arts, verzuim van school of werk, longfunctie, gebruik van bèta-sympaticomimetica of orale corticosteroïden, en symptoom- of kwaliteitsscores.

Acht onderzoeken leverden gegevens over follow-up (van een maand tot een jaar). Zelfbehandeling leidde tot minder opnamen en spoedconsulten, tot minder verzuim en tot minder nachtelijke astma-aanvallen. Optimale zelfbehandeling liet de sterkste afname zien en ging gepaard met verbetering van longfunctie. Een aan de patiënt overhandigd handelingsplan leidde tot minder opnamen.

In vijf andere onderzoeken werd optimale zelfbehandeling vergeleken met zorg door de arts; hierbij werd geen verschil gevonden.

Honig beaamt in zijn commentaar het belang van zelfbehandeling, goede instructie door de arts en een schriftelijk handelingsplan voor de patiënt.

Volgens de NHG-Standaard Astma bij Volwassenen kunnen bij personen met ernstig astma afspraken over zelfbehandeling zinvol zijn. Volgens de standaard Astma bij Kinderen kunnen met ouders en kinderen die adequaat met de aandoening en medicatie kunnen omgaan, afspraken gemaakt worden over starten of dosisverhoging van medicatie. Uit de besproken meta-analyse kan worden afgeleid dat het zinvol is dergelijke afspraken op schrift aan de patiënt mee te geven. Wellicht kan zelfs de indicatie voor zelfbehandeling worden uitgebreid of

kunnen patiëntenbrieven worden toegeschreven op zelfbehandeling.

Jaap van der Laan

Diabetische neuropathie? ACE-remmer!

Malik RA, Williamson S, Abbot C, et al. Effect of angiotensin-converting-enzyme (ACE) inhibitor trandolapril on human diabetic neuropathy: randomised double-blind controlled trial. *Lancet* 1998;352:1971-81.

Het gebruik van ACE-remmers bij diabetespatiënten heeft een gunstig effect op micro-albuminurie, nefropathie en retinopathie. De veranderingen bij diabetische neuropathie vertonen grote overeenkomst met deze diabetische complicaties. In een placebogecontroleerd, gerandomiseerd, dubbelblind onderzoek werd het effect van een ACE-remmer – trandolapril – op diabetische neuropathie onderzocht. De actieve behandeling bestond uit 2 mg per dag.

Ruim 40 mannen met diabetes zonder hypertensie met milde tekenen van diabetische neuropathie namen deel aan het onderzoek. De ernst van de neuropathie werd vastgesteld door middel van anamnese en aanvullend onderzoek. Als primaire effectparameter werd gekozen voor het effect van de behandeling op de geleidingssnelheid van de nervus peroneus. Beide groepen waren vergelijkbaar qua leeftijd, bloeddruk en HbA1c; de verdeling van type 1 en 2, en de duur van de diabetes waren niet gelijk verdeeld over beide groepen.

Na twaalf maanden vertoonde de actief behandelde groep een significante verbetering van de geleidingssnelheid ten opzichte van de controlegroep.

Deze resultaten, die alleen betrekking hebben op mannen zonder hypertensie, zijn nog niet voldoende om de huidige praktijk te wijzigen. Wel lijken ACE-remmers een gunstig effect te hebben op alle microvasculaire complicaties, inclusief de neuropathie.

Joost den Otter

Hoop voor obese diabeet?

Hollander PA, Elbein SC, Hirsch IB, et al. Role of orlistat in the treatment of obese patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 1998;21:1288-94.

Orlistat is een lipase-inhibitor die de vet-inname remt. Bij mensen zonder diabetes mellitus is het bewezen effectiever in het bewerkstelligen en vasthouden van een gewichtsreductie dan alleen dieetmaatregelen. In dit onderzoek wordt het effect van dit middel op obese diabetici nagegaan.

Patiënten werden geselecteerd op basis van een Quetelet-index van 28-40, minimaal zes maanden orale antidiabeticagebruik en een leeftijd van 18 jaar of ouder. Gewichtsverlies was de primaire effectmaat; daarnaast werd onder andere naar de glucosecontrole gekeken. De behandeling bestond uit orlistat 0,120 driemaal daags of placebo, beide in combinatie met een hypocalorisch dieet. Aan het onderzoek ging een periode van vijf weken vooraf waarin alleen een hypocalorisch dieet werd gevolgd. Hieraan deden 391 mensen mee. Vervolgens werden 322 mensen ingesloten voor het placebogecontroleerde, dubbelblinde onderzoek.

De uitval in de actief behandelde groep bedroeg 24 mensen, in de placebogroep 44 mensen. Na een jaar behandeling verloor de actief behandelde groep gemiddeld 2 procent meer van het uitgangsgewicht dan de controlegroep. In de actief behandelde groep verloor de helft meer dan 5 procent van het uitgangsgewicht, vergeleken met een kwart in de placebogroep. Ook de glucosecontrole (als HbA1c) was in de actief behandelde groep significant beter.

De conclusie van de auteurs luidt dat orlistat effectief is om bij patiënten met diabetes mellitus type 2 gewichtsreductie te bewerkstelligen en te behouden. Daarnaast is er een significante verbetering van de glucosecontrole.

Joost den Otter

Telefonische consulten

Stevenson M, Marsh J, Roderick E. Can patients predict which consultations can be dealt with by telephone? *Br J Gen Pract* 1998;48:1771-2.

Hoeveel spreekuurconsulten zouden volgens zowel huisarts als patiënt ook telefonisch kunnen worden afgehandeld? Door middel van vragenlijsten die vóór het consult werden ingevuld door de patiënt en na het consult door huisarts en patiënt, werden 1067 consulten beoordeeld. In 417 gevallen geloofde de patiënt vóór het consult, dat dit ook telefonisch zou kunnen worden afgehandeld, in 122 gevallen geloofde de patiënt dat achteraf nog steeds. De huisarts vond in 148 gevallen dat had kunnen worden volstaan met een telefonisch consult. Maar bij slechts 59 consulten waren huisarts en patiënt het na afloop met elkaar eens dat het consult ook telefonisch afgehandeld had kunnen worden.

Annemieke Bakker

Temperaturen zonder thermometer?

Whybrew K, Murray M, Morley C. Diagnosing fever by touch: observational study. *BMJ* 1998;317:321.

‘Mijn kind heeft koorts, want hij voelt zo warm aan.’ Dat is een uitspraak die iedere huisarts geregeld hoort. Maar hoe betrouwbaar kunnen moeders en dokters op deze manier correct inschatten of een kind koorts heeft?

Koorts werd gedefinieerd als lichaamstemperatuur, axillair gemeten, boven de 37,8°C. Ruim duizend Zambiaanse kinderen werden door hun moeder en door twee Britse studenten met de blote hand onderzocht op de aanwezigheid van koorts. De specificiteit bedroeg ongeveer 50 procent: van veel kinderen wordt ten onrechte gedacht dat ze koorts hebben. De sensitiviteit is met 97 procent hoog: zelden wordt een kind met koorts gemist.

Twee conclusies liggen voor de hand: een kind dat niet warm aanvoelt, heeft bijna zeker geen koorts, en bij een kind dat wel warm aanvoelt, moet de temperatuur worden gemeten met een thermometer.

André Verheij

Obstipatie door koemelk-allergie

Iacono G, Cavataio F, Montalto G, et al. *N Engl J Med* 1999;339:1100-4. Intolerance of cow's milk and chronic constipation in children.

Bij 65 kinderen van 11-72 maanden met chronische obstipatie (één ontlasting in drie tot vijftien dagen, vaak gepaard gaand met fissura ani of gluteaal eczeem) waarvoor geen verklaring kon worden gevonden, werd een dubbelblind cross-over-onderzoek gedaan. Na een observatieperiode van twee weken werden zij gedurende veertien dagen gevoed met óf koemelk óf sojamelk. Daarna kregen ze – na een uitwasperiodes van twee weken – gedurende veertien dagen het andere melkproduct. Indien gedurende de twee weken met een van de melkproducten acht of meer ontlastingten werden geproduceerd, werd van een positief resultaat gesproken. Dit was gedurende de sojamelkperiode het geval bij 68 procent van de kinderen. Kinderen van wie de ontlasting gedurende de sojamelkperiode normaal werd, hadden vaak ook last van rinitis, dermatitis en bronchospasmen. Ook werden bij driekwart van de kinderen die positief op sojamelk reageerden, specifieke IgE-antilichamen tegen koemelk gevonden. Chronische obstipatie kan dus een uiting van koemelk-allergie zijn.

H.G.Frenkel-Tietz

Hoezo evidence?

Wiersma Tj. Twee eeuwen zoeken naar de medische bewijsvoering. De gespannen verhouding tussen experimentele fysiologie en klinische epidemiologie [Dissertatie Universiteit van Amsterdam]. Amsterdam/Overveen: Boom/Belvédère, 1999; 317 pagina's, prijs NLG 35,-. ISBN 90-5352-514-9.

Promotie: 7 mei 1999.

Promovendus: Tj. Wiersma, filosoof en arts.

Promotor: prof.dr.ir. G.H. de Vries; copromotor prof.dr. J.P. Vandenbroucke. Bespreking: dr. D. Willems, huisarts.

Dit boek beschrijft de geschiedenis van twee vormen van kennis die de afgelopen twee eeuwen dominant zijn geweest in de geneeskunde: de pathofysiologische (hoe en waarom) en de probabilistische (wat), beide met hun eigen methodologie en hun eigen bewijsvoering. (Huis)artsen staan voor de taak beide typen bewijzen in de praktijk af te wegen. De relevantie van het boek voor de huisarts zit in de historische relativering van het statistische begrip 'evidence' binnen het begrip 'evidence-based medicine'.

Wiersma stelt in zijn proefschrift de vraag aan de orde naar 'de achtergronden van de verschillende soorten kennis en bijbehorende onderzoeksmethoden' die in de geneeskunde een rol spelen. 'De roep om bewijs lijkt onvoldoende uitsluitsel te geven over wat moet gelden als bewijs'. Aanleiding is zijn verbazing over het feit dat een wetenschap met universele pretenaties samengaat met een grote interdoktervariatie en zelfs 'inter-richtlijn-variatie'. Een uiterst relevante en goed getimede vraagstelling nu 'goed' en 'evidence-based' synoniem lijken te worden.

Zijn methode beschrijft Wiersma als volgt: oraties van Nederlandse hoogleraren in de tweede helft van de vorige eeuw (waarvan de analyse overigens niet in het boek is opgenomen) leidden hem naar de geschriften van de Franse fysiologen en later naar de grondleggers van de klinische epidemiologie. Het boek is opgebouwd uit vier delen, getiteld 'Van conversatie naar observatie', 'Van observatie naar experiment', 'De probabilistische revolutie' en 'Experimenteel determinisme of probabilisme?'.

Het spook van het artefact

Het eerste deel begint in de periode van de opkomst van het pathologisch-anatomische onderzoek. Of post-mortem-bevindingen iets be-
wezen over wat zich tijdens het leven in het lichaam had afgespeeld, was echter van meet af

aan discutabel vanwege het ontstaan van artefacten na het sterven. Dat bezwaar hadden de percussie, in 1761 voor het eerst beschreven, en vooral de auscultatie, een halve eeuw later, niet.

Levensprocessen konden echter ook daarmee niet verklaard worden. Daarvoor was het fysiologische experiment nodig, waarin het lichaam niet wordt geobserveerd, maar op de proef gesteld: fysiologen onderbreken bijvoorbeeld bloed- of lymfevaten en onderzoeken het effect daarvan op de functie van een orgaan. Ook hier twijfel: zoals de dood post-mortem-artefacten maakt, zo doet de experimentator dat bij de levenden.

De hoofdfiguur in het tweede deel van Wiersma's boek is François Magendie. Hij experimenteerde op levende dieren met geneesmiddelen en bestanddelen daarvan. Daarmee werd het bezwaar dat experimenten slechts artefacten bestudeerden, irrelevant, omdat het geneesmiddel zelf een artefact is. Een ander belangrijk aspect van Magendie's proeven was hun goede reproduceerbaarheid, waardoor het idee van fysiologische wetmatigheden ontstond. Daardoor verloor het vitalistische idee dat het leven zich aan wetmatigheden onttrekt, terrein.

Die anti-vitalistische lijn werd doorgetrokken door Magendie's leerling Claude Bernard. Deze richtte zich op het bastion van de chemici: de spijsvertering. Zijn belangrijkste bijdrage was de ontdekking van een onvermoede functie van de lever, de glycogenese. Daarbij ontstond het begrip van het 'milieu intérieur', de interne omgeving waardoor organismen kunnen blijven voortbestaan. Deze ontdekking, zegt Wiersma, heeft de status van de experimentele fysiologie en vooral haar bewijskracht verzekerd.

Determinisme en probabilisme

In 1828 begon Pierre Louis de observatie van ziekten te systematiseren door symptomen bij groepen zieken te tellen (de 'numerieke methode') om zo wezenlijke van toevallige symptomen te scheiden. Het werk van Britse statistici vijftig jaar later baande de weg voor het randomized controlled clinical trial – tegenwoordig de gouden standaard van het geneeskundig onderzoek. Significatieniveaus en betrouwbaarheidsintervallen leverden sindsdien de criteria voor wat als bewijs geldt.

Zijn klinische experimenten, met hun nadruk op het gebruik van statistische methoden, strijdig met de deterministische achtergrond van fysiologische experimenten? Niet per se, zegt Wiersma, want ze leveren verschillende vormen van kennis op: de eerste hebben be-

trekking op 'wat'- en de tweede op 'waarom'-vragen.

In het afsluitende hoofdstuk bekritiseert Wiersma de opvatting dat klinische experimenten, net als fysiologische, natuurwetmatigheden blootleggen. Uitkomsten van klinische trials zijn, aldus Wiersma, beperkt generaliseerbaar, zowel in tijd als in plaats, alsook in patiëntengroepen.

'Een overtuigende interpretatie van de praktische consequenties van de resultaten van clinical trials kan het onmogelijk stellen zonder pathofysiologische overwegingen.' (p. 293), dus moet de medicus in de dagelijkse praktijk statistisch-epidemiologische en fysiologische kennis, vooral wanneer die onverenigbaar zijn, tegen elkaar afwegen. Dat, zo besluit het boek, is 'een nieuwe duiding van de geneeskunst in de geneeskunde'.

Commentaar

Het proefschrift van Wiersma bevat een grote rijkdom aan historische informatie, al is die over het algemeen niet nieuw (het is wel erg een geschiedenis van grote namen). Als het Wiersma's opzet was om tegenover de dominantie van het gecontroleerde gerandomiseerde experiment een lans te breken voor het fysiologisch-causale denken, dan is hij daar naar mijn opvatting in geslaagd.

Maar er is ook kritiek mogelijk: de belangrijkste is dat de zeer interessante hoofdvraag (wat was en is nu eigenlijk een bewijs in de geneeskunde?) niet systematisch beantwoord wordt: de term 'bewijs' keert in de loop van het boek nauwelijks terug. En het was zo'n mooi idee geweest om bij alle grote namen die hij behandelt (maar ook bij kleinere) precies na te gaan wat die als een bewijs beschouwden en wat voor activiteit 'bewijzen' voor hen was. Hoe zorgden Bichat, Magendie, Laplace en Bradford Hill dat zij geloofd moesten worden? Deze gemiste kans zou kunnen samenhangen met Wiersma's onduidelijkheid, voor een boek over methodologie merkwaardig, over zijn eigen methode en zijn eigen bewijzen. Niet dat hij inclusie- en exclusiecriteria had moeten aangeven, maar wel meer inzicht in de weg die hij is gegaan (de letterlijke betekenis van 'methode'!).

Een ander probleem is dat Wiersma de ontwikkeling van de fysiologie laat stoppen bij Bernard (1865). Dat heeft twee gevolgen: ten eerste blijft onduidelijk of de experimentele fysiologie zo deterministisch is gebleven als bij Bernard – misschien is de kloof tussen probabilistische en experimenteel-fysiologische kennis wel veel smaller geworden. Ten tweede komt Wiersma's pleidooi voor de kunst van het

afwegen wat in de lucht te hangen: welke fysiologische kennis moet de arts afwegen tegen de resultaten van trials? Als trials bijvoorbeeld herhaaldelijk aantonen dat acetylsalicylzuur recidief-CVA's voorkomt, zou dan de arts bij gebrek aan kennis over het werkingsmechanisme moeten besluiten om het niet voor te schrijven? En welke eisen zou aan het causale bewijs gesteld moeten worden om het even stevig te maken als een epidemiologisch bewijs?

Wiersma's boek roept dus veel vragen op, maar het grondidee, een herwaardering van de rol van causale tegenover statistische bewijzen, maakt het zeer de moeite waard.

Dick Willems

Naschrift

Willems' kritiek betreft twee hoofdpunten: het feit dat de vraag 'wat was en is nu eigenlijk een bewijs in de geneeskunde' niet systematisch beantwoord wordt en het achterwege laten van een beschrijving van de geschiedenis van de fysiologie na Bernard.

Om eerlijk te zijn verbaast het eerste punt mij een beetje: als mijn boek één ding duidelijk maakt, is het wel dat medische wetenschappers op sterk uiteenlopende wijzen menen de geneeskunde vooruit te kunnen helpen. De pathologisch-anatomisch georiënteerde richting beschouwt adequate classificatie van ziekten als mede het bij leven herkennen daarvan als voorwaarde voor therapeutische vooruitgang. De experimenteel fysioloog acht kennis van de fysiologische mechanismen die bij ziekte verstoord zijn onontbeerlijk voor hun reparatie. De randomized controlled clinical trials van de klinische epidemiologie zijn niet primair zoek naar genezing van de individuele patiënt, maar trachten vast te stellen welke therapie een zekere groep patiënten de grootste kans op genezing biedt. Wat daarbij telt als bewijs, verandert dienovereenkomstig. Door zorgvuldige observatie van de ziekteverschijnselen slaagt de eerste richting erin aan te tonen dat de pathologisch-anatomische afwijkingen ook bij leven al aanwezig waren. In de fysiologische richting speelt de reproduceerbaarheid voor hun experiment een cruciale rol, terwijl ook de gelijkenis van experimentele afwijkingen en natuurlijke ziekten niet uit het oog dient te worden verloren. Bij clinical trials betreft bewijzen vooral het zorgdragen voor adequate randomisatie alsmede het berekenen van een significant verschil. Ik begrijp niet wat daar zo onbevredigend aan is.

De beperking tot 'grote namen' berust vooral op economische overwegingen: dergelijke

voorlopers lenen zich het best om saillante ontwikkelingen te illustreren. Nieuw zijn niet zozeer de historische feiten alswel de benadrukking van de methodologische strekking daarvan.

Het laatste punt verklaart ook waarom mijn geschiedenis van de fysiologie eindigt bij Bernard. Wellicht laat dit zich het beste verhelderen door te wijzen op een kwestie die in Willems' samenvatting van de inhoud van mijn boek niet geheel goed uit de verf komt. Terwijl Magendie door reproduceerbare experimenten te ontwerpen, aannemelijk maakt dat er fysiologische wetmatigheden bestaan, stelt Bernard dat een experimenteel fysioloog ervan uit moet gaan dat alle levensverrichtingen volstrekt gedetermineerd zijn, omdat anders permanent onduidelijk is of een onverwachte experimentele uitkomst het gevolg is van een onopgemerkte wijziging van de omstandigheden of moet worden toegeschreven aan de variabiliteit van zo iets als een levenskracht. Bernard spreekt in dit verband van experimenteel determinisme. Ofschoon Bernards fysiologie overwegend een kwalitatief karakter had en er in de latere fysiologie meer aandacht komt voor kwantitatieve benaderingen, laat deze ontwikkeling de deterministische basisovertuiging ongemoeid. Het gebruik van statistiek in de fysiologie blijft beperkt tot de beschrijving en analyse van kwantitatieve variaties in fysiologische mechanismen waarvan de algemene geldigheid als zodanig niet wordt betwist. De methodologische betekenis van de toegenomen aandacht voor genoemde kwantitatieve verschillen is dan ook gering, doch, toegegeven, het was beter geweest dit expliciet te vermelden.

Juist Bernards deterministische basisovertuiging, die sindsdien kenmerkend is voor de natuurwetenschappelijke geneeskunde, roept de vraag op waarom de ontwikkeling die in het boek is aangeduid als de probabilistische revolutie - dat wil zeggen de totstandkoming van de overtuiging dat kansen in de werkelijkheid bestaan en niet behoeven te verwijzen naar onderliggende causale mechanismen - en in het kielzog daarvan een grootschalig gebruik van statistische methoden en technieken in de geneeskunde, niet heeft geleid tot een ondermijning van deze deterministische basispositie. In het boek is beschreven hoe beide benaderingen een *modus coëxistendi* gevonden hebben die niet steeds onproblematisch is. Dit betekent dat variaties in (richtlijnen voor) medisch handelen niet enkel en alleen toegeschreven kunnen worden aan het feit dat de medisch wetenschappelijke literatuur niet goed is doorgenomen. Willems' vraag naar de afweging tussen

beide typen kennis laat zich mijns inziens niet in zijn algemeenheid beantwoorden. Niet de afwezigheid van kennis omtrent het werkingsmechanisme van acetylsalicylzuur maakt de interpretatie van zijn CVA-trials problematisch, maar het feit dat de ingesloten patiënten onderling belangrijk verschillen in leeftijd, een deel van de ingesloten patiënten tevens behept waren met hoge bloeddruk en er behalve CVA-patiënten ook TIA-patiënten op de wereld zijn.

Tjerk Wiersma

Kinderen met astma

Le Coq EM. Children with asthma. Relevance of early recognition and quality of life measurement [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1998; 159 bladzijden. ISBN 90-5669-026-4.

Promotie: 15 april 1998.

Promovendus: E.M. le Coq, huisarts.

Promotor: prof.dr. J.Th.M. van Eijk;

copromotor: dr. A.J.P. Boeke.

Bepreking: dr. B.J.A.M. Bottema, huisarts.

In welke mate wordt astma bij kinderen van 6-12 jaar ondergediagnosticeerd door huisartsen, en welke betekenis en consequenties moeten daaraan verbonden worden? Dit proefschrift verschaft op heldere en vakkundige wijze inzicht in deze materie, waarbij een enorme berg gegevens tot behapbare brokken wordt gereduceerd en eerlijk wordt aangegeven dat het laatste woord nog niet is gesproken.

Dit proefschrift is gebaseerd op twee vraagstellingen:

- Hoeveel 'ondergediagnosticeerd astma' bestaat er in de huisartspraktijk onder kinderen van lagere-schoolleeftijd, in welke opzichten verschillen deze kinderen van kinderen met wel gediagnosticeerd astma, en welke factoren dragen bij aan het fenomeen onderdiagnostiek?
- Wat is de reproduceerbaarheid, constructiviteit en responsiviteit (correlatie met klinische veranderingen) van het HAY-instrument (How Are You = HAY) voor de vaststelling van de kwaliteit van leven van kinderen met astma?

Onderdiagnostiek

Aan de hand van een gevalideerde vragenlijst, die per post werd verzonden, ondervroeg de auteur 1805 kinderen uit vijftien huisartspraktijken. De diagnose astma werd gesteld op basis van minimaal één gerapporteerde episode *wheeze* in combinatie met chronisch hoesten of

minimaal één gerapporteerde episode kortademigheid in het voorafgaande jaar. De diagnose astma van de huisarts werd standaard overgenomen uit het dossier. De prevalentie van astma op basis van de enquête werd vergeleken met de prevalentie op grond van de status.

Daarnaast kregen kinderen een vragenlijst te beantwoorden over de gevolgen van het ziekzijn, zoals absentieïsme en verminderde inspanningstolerantie. Bij de ouders werden gegevens verzameld over de anamnese (symptomen, familie, allergie, hyperreactiviteit, etc.), en bij de als astmapatiënt opgespoorde kinderen werd een longfunctieonderzoek verricht. Vanuit de status van de huisarts werden gegevens verzameld over zaken als consultgedrag en de presentatie van astmasymptomen.

In totaal kwam 8,9 procent van de kinderen in aanmerking voor de diagnose astma; daarvan was 43 procent door de huisarts als zodanig gediagnosticeerd. Van de niet-herkende kinderen had 40 procent geen enkele keer de huisarts geraadpleegd, 31 procent had de huisarts gemiddeld drie maal bezocht voor hoestklachten en de overige 29 procent had de huisarts slechts eenmaal voor andere mogelijk astma-gerelateerde verschijnselen bezocht. De herkende kinderen werden significant meer gehinderd door hun luchtwegklachten en hadden meer schoolverzuim dan de andere kinderen, maar ook de niet-herkende groep had meer schoolverzuim en meer hinder van luchtwegklachten dan de gezonde kinderen. Er was geen verschil in longfunctie tussen de twee groepen astmapatiënten op het moment van de meting. Zowel plattelandartsen als universitaire artsen herkendende astmakinderen beter dan hun counterparts.

Kwaliteit van leven

De HAY-vragenlijst werd voorgelegd aan 228 kinderen met licht tot matig astma en 296 gezonde kinderen, en aan de betrokken ouders. De kinderen met astma waren afkomstig uit huisarts- en kinderartspraktijken; de gezonde kinderen uit huisartspraktijken en van scholen. De kinderen met astma vulden zowel de HAY-lijst in, als een Child Attitude Toward Illness Scale (CATIS) als referentielijst. De gezonde kinderen vulden alleen het generieke deel van de HAY in. Om de reproduceerbaarheid en de responsiviteit te testen, werd de lijst bij tachtig astmakinderen drie keer afgenomen, terwijl tevens de longfunctie werd getest. De ouders vulden tevens twee andere referentielijsten in (Child Behavior Check List (CBCL) en de FSIIR).

De auteur concludeert uiteindelijk dat de vragenlijsten bruikbare instrumenten zijn voor

het meten van de kwaliteit van leven. In verband met betere reproduceerbaarheid, betere construct-validiteit voor met name cognitieve functies en betere responsiviteit geeft zij de voorkeur aan het gebruik van de lijst voor ouders, waar het gaat om observeerbaar gedrag van het kind. Voor aspecten als de perceptie van emoties, zelfbeeld en de beleving van symptomen adviseert zij het gebruik van de kindversie. De voor de hand liggende eindconclusie is dat beide lijsten verschillende informatie geven en dat een combinatie zinvol kan zijn als toepassing bij vervolgonderzoek.

Commentaar

Het is niet moeilijk methodologische kritiek uit te oefenen op een studie als deze. Dat heeft evenwel een hoog 'beste stuurlui'-gehalte. Het is een enorme worsteling om de 'ware' groep astmapatiënten te identificeren en ook nog betrouwbare informatie op tafel te krijgen over de werkelijke klachten en over het consultgedrag.

De auteur schetst een interessant beeld, dat goed vergelijkbaar is met de uitkomsten van andere onderzoeken. Dat beeld valt positief uit voor de kwaliteit van de diagnostiek van astma door de onderzochte huisartsen. De vergelijkbaarheid met de resultaten van anderen is een vorm van externe validering, die een diepgaande methodologische discussie over onderzoek naar het fenomeen onderdiagnostiek weinig zinvol maakt.

Ik vind het jammer dat door de onderzoekers geen prioriteit is gegeven aan het longitudinaal volgen van de 'niet-herkende' kinderen. Pas als we weten bij welke kinderen de symptomen spontaan voorbijgaan, en bij welke kinderen een vroege interventie helpt (in de zin van minder klachten en preventie van schade op termijn), weten we of hier sprake is van een werkelijk klinisch relevant probleem en of het zinvol is *case finding* te organiseren. De relevantie van het klinische probleem is nu nog onvoldoende onderbouwd. In dat licht zou het ook nuttig zijn bij vervolgonderzoek het verloop in de tijd van een aantal astma-kenmerken bij deze patiënten na te gaan. Het verrichten van longfunctieonderzoek heeft nu eigenlijk niet bijgedragen aan het resultaat van het onderzoek.

Wel is een goede stap gezet bij het verzamelen van inzicht in de wijze waarop de kwaliteit van leven bij kinderen met astma gemeten kan worden. Dit inzicht is belangrijk bij onderzoek naar de effecten van interventies. Om het inzicht in de responsiviteit van de vragenlijst verder te vergroten, is het wenselijk een verkorte versie van de lijst 'mee te laten lopen' bij een interventiestudie waarbij belangrijke veranderingen in de astmastatus zijn te verwachten. In

dat geval kunnen meer gegevens over de ernst van de astmaverschijnselen in kaart worden gebracht dan alleen het aantal dagen of nachten met deze verschijnselen, zoals nu is gebeurd. Het feit dat de kwaliteit van leven beter correleert met symptomen dan met de longfunctie, lijkt mij onvoldoende reden om niet naar de correlatie met andere ernstparameters te zoeken, zoals hyperreactiviteit, reversibiliteit, variabiliteit, gebruik van medicatie, aantal exacerbaties en aantal escape-prescriptions.

Ik heb dit proefschrift met plezier gelezen, omdat het op een heldere en vakkundige wijze inzicht verschaft in de materie, een enorme berg gegevens tot behapbare brokken reduceert en ook eerlijk aangeeft dat het laatste woord nog niet is gesproken. Ik kan het aanbevelen aan degenen die zich op het terrein beweegt van de vaststelling van de kwaliteit van leven bij kinderen bij klinische interventies.

Ben Bottema

Naschrift

Onderdiagnostiek

Bottema geeft een goede samenvatting van de gehanteerde methodologie. De definitie van de bekende groep kinderen met astma verdient echter enige toelichting: de diagnose van de huisarts werd inderdaad 'standaard' overgenomen, maar tevens werd de huisartsen gevraagd aan te geven of het kind in het afgelopen jaar nog astmaklachten had gehad en/of astma-medicatie had gebruikt. Het bleek dat 80 procent van de kinderen met bekend astma voldeed aan de gehanteerde diagnostische criteria. De overige groep gebruikte dagelijks onderhoudsmedicatie gedurende het voorafgaande jaar.

Bottema meldt dat 40 procent van de kinderen in de groep met onbekend astma geen enkele keer de huisarts had geraadpleegd. Dit is niet correct geciteerd. Deze groep bezocht geen enkele keer de huisarts in verband met astma-gerelateerde klachten, maar wel om andere redenen (even vaak als gezonde kinderen).

Het onderzoek was in de eerste plaats gericht op de vraag naar de klinische relevantie van het probleem van onderdiagnostiek. Hiertoe werd het dagelijks functioneren (gerelateerd aan luchtwegklachten) van drie groepen kinderen met elkaar vergeleken. Een andere maat hiervoor is het vergelijken van de longfunctie. Terecht wijst Bottema op de beperkte waarde van longfunctiemetingen in een cross-sectioneel onderzoek. De sensitiviteit van goede longfunctiewaarden bij een eenmalige meting op een willekeurig moment is slechts gering, gezien de variabiliteit van de longfunctie. Helaas

was het niet mogelijk herhaalde metingen te doen. Het zou inderdaad zinvol zijn het verloop van de klachten en de longfunctie van de groep met onbekend astma longitudinaal te volgen.

Om het probleem van onderdiagnostiek nader te exploreren hebben wij aanvullende analyses gedaan met betrekking tot het aantal astmaklachten in het voorafgaande jaar bij de kinderen met onbekend astma. Hieruit bleek dat 69 procent van deze groep in dat jaar vier of meer episoden met astmaklachten had gehad, terwijl 39 procent maandelijks astmaklachten rapporteerde, en 20 procent wekelijkse klachten (exclusief hoesten, dat immers vaak alleen een gevolg is van een bovenste-luchtweginfectie). Het dagelijks functioneren van de groep met onbekend astma bleek significant slechter dan het functioneren van de gezonde kinderen.

In het bewustzijn dat het hier gaat om een cross-sectioneel onderzoek, concluderen wij dat de opgespoorde kinderen regelmatig astmaklachten hebben, in een dergelijke mate dat zij significant vaker dan gezonde kinderen lichamelijke inspanning vermijden, hetgeen onderbehandeling kan betekenen. Opmerkelijk is ook de bevinding dat kinderen in de groep met onbekend astma significant minder deelnamen aan sport dan kinderen met bekend astma en gezonde kinderen. Op grond van deze resultaten concluderen wij dat vroege opsporing (nader onderzoek en een eventuele proefbehandeling) door de huisarts zinvol is. Huisartsen zouden de 'at risk kinderen' op eenvoudige wijze kunnen selecteren door bij alle hoestende kinderen een paar extra vragen naar piepen, benauwdheid en lichamelijke inspanningstolerantie van het kind te stellen.

Kwaliteit van leven

De HAY-vragenlijst is ontwikkeld voor gebruik in interventie-onderzoek. Een goede responsiviteit van het instrument is daarom van groot belang. Deze eigenschap werd onderzocht in een groep kinderen met licht astma of medicamenteus goed ingesteld astma, waardoor de klachten en de klinische verandering tussen twee meetmomenten slechts gering was. Desalniettemin bleek het instrument bij deze kleine veranderingen al responsief. Hiermee is de eerste stap gezet.

Het valt te verwachten dat de responsiviteit nog sterker zal zijn in een populatie kinderen waarbinnen de klinische verandering van de astma ernst groter is. Dergelijk nader onderzoek naar de responsiviteit zou inderdaad heel goed gerealiseerd kunnen worden door het instrument als extra uitkomstmaat mee te nemen in een interventie-onderzoek, zoals Bottema suggereert.

Degenen die betrokken zijn bij interventie-onderzoek bij kinderen met astma kunnen desgewenst gebruik maken van de HAY-vragenlijsten. Op aanvraag zijn de lijsten via de auteur beschikbaar.

Lisette Le Coq

Huilbaby's

Lucassen P. Infantile colic in primary care. Occurrence, causes, treatments [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1999; 135 bladzijden. ISBN 90-5070-032-2.

Promotie: 3 februari 1999.

Promovendus: P.L.B.J. Lucassen (1952), huisarts.

Promotor: prof.dr. J.Th.M. van Eijk.

Bespreking: J.A.Kunst, huisarts, dr. J.C. van der Wouden, methodoloog.

Praktiserende huisartsen zijn vooral geïnteresseerd in resultaten van wetenschappelijk onderzoek voor zover deze relevant lijken voor de dagelijkse praktijk. Dat is in dit proefschrift zeker het geval. Het is leesbaar geschreven, vol van leermomenten en biedt talloze aanknopingspunten voor vervolgonderzoek.

'Huisartsen die onderzoeksverslagen lezen, verspillen hun tijd' (stelling 16). Praktiserende huisartsen zijn dan ook vooral geïnteresseerd in resultaten van wetenschappelijk onderzoek voor zover deze relevant lijken voor de dagelijkse praktijk. Dat is in dit proefschrift zeker het geval. Of die resultaten op de juiste wijze zijn verkregen, is echter door de gemiddelde huisarts niet te beoordelen; vandaar deze gezamenlijke bespreking.

Er zijn drie onderzoeksvragen:

- Hoe vaak komen baby's met kolieken ('huilbaby's') voor en hoe vaak is professionele hulp nodig voor dit probleem?
 - Wat zijn de oorzaken van het excessieve huilen?
 - Hoe effectief zijn de behandelingen?
- Deze vragen worden beantwoord door middel van literatuurstudie, een interventiestudie bij 43 baby's (behandeling van het syndroom met wei-hydrolysaat) en een case-controlstudie bij 90 baby's (mogelijke causale factoren).

Abnormaal huilgedrag

Abnormaal huilgedrag wordt gekenmerkt door excessief, ontroostbaar huilen, beginnend in de eerste levensweken en spontaan eindigend na vier tot vijf maanden bij een gezonde, goed in gewicht aankomende baby, meestal samen-

gaand met maag-darmverschijnselen. Excessief huilen als onderdeel van een onderliggende ziekte moet eerst worden uitgesloten. Als maat voor het huilen wordt hier de regel van 3 van Wessel gehanteerd: minstens drie uur per dag, minstens drie dagen per week en ten minste drie weken durend.

De incidentiecijfers in de literatuur lopen nogal uiteen: de twee methodologisch beste prospectieve onderzoeken noemen respectievelijk 5 en 19 procent.

In de literatuur wordt een correlatie gevonden met koemelkallergie en abnormale darmmotiliteit, hoewel de precieze rol van dit laatste onduidelijk blijft. Geen correlatie bestaat tussen het syndroom en een reeks van andere verschijnselen: ophoping van darmgas, voedingstype (borstvoeding of kunstvoeding), obstipatie, roken door de ouders en traumatische gebeurtenissen tijdens zwangerschap en/of bevalling. Lactose speelt evenmin een causale rol. In een klein aantal gevallen is gastro-oesofagale reflux mede een oorzaak. Sociaal-economische factoren, angst en/of depressie bij de moeder en een gestoorde ouder-kindrelatie hebben geen aantoonbare invloed op het syndroom.

In de case-controlstudie van de auteur zelf werd wél een associatie gevonden met sociaal-economische status, de tijd besteed aan het verzorgen van de baby en het welbevinden van de moeder.

Volgens het onderzoek van de auteur leidt vervanging van koemelk door wei-hydrolysaat tot een vermindering van het huilen met ruim één uur per dag. Anticholinergica zijn (in de literatuur) effectief gebleken, maar worden vanwege de soms ernstige bijwerkingen (in 5% van de gevallen) niet aanbevolen. Als het kind braakt en er dus verdenking op reflux bestaat, is toevoeging van een verdikkingsmiddel aan de voeding te overwegen. Kruidenthee is onvolgende onderzocht maar zou gunstig kunnen werken. Vermindering van stimuli is effectief.

De auteur doet de volgende aanbevelingen voor de praktijk:

- Begin met een goede medische anamnese en lichamelijk onderzoek om somatische oorzaken uit te sluiten.
- Als geen oorzaak wordt gevonden: start een proefbehandeling gedurende een week met hypo-allergene voeding; bij verdenking op reflux: indikken van de voeding (Johannesbroodpitmeel).
- Als deze twee dieetbehandelingen geen effect hebben, is er sprake van primair excessief huilen. De behandeling bestaat dan uit het reduceren van stimuli.

Commentaar

Wanneer men het beslag van een aandoening op de gezondheidszorg wil weten, is het relevant om na te gaan hoe vaak het daar wordt aan geboden en hoeveel werk het met zich meebrengt. Frequentiecijfers in de open populatie zijn niet toereikend. De gegevens die hierover in verschillende studies te vinden zijn, worden niet gepresenteerd. In de beschouwing houdt de auteur zich op de vlakke met opmerkingen als 'most mothers seem to cope without professional help'.

In het literatuuroverzicht van de interventietrials had meer aandacht gegeven kunnen worden aan het onderzoeksontwerp: zijn cross-overstudies (15 van de 27 geïncludeerde onderzoeken) wel zo geschikt voor dit type probleem?

De interventiestudie is een nette gerandomiseerde placebogecontroleerde dubbelblinde parallelle trial. Het is uiteraard jammer dat het aantal kinderen dat aan het onderzoek meedeelde veel lager was dan gepland. Onduidelijk blijft wat de kenmerken van de kinderen waren die niet in het onderzoek werden ingesloten, maar daar mogelijk wel voor in aanmerking kwamen. Dat is relevant om een indruk te krijgen van de generaliseerbaarheid van de resultaten. Ook de resultaten van de case-controlstudie kunnen hierdoor vertekend zijn. Het is verrassend dat het effect van de interventie alleen na één week bekeken werd, terwijl de auteur elders laat zien dat een langduriger follow-up aanvullende informatie biedt.

De afname van de duur van het huilen in de interventiegroep was, vergeleken met de controlegroep, ruim een uur per dag bij kinderen die de week ervoor ruim vier uur per dag gehuild. Wat is de betekenis van een dergelijke afname? Vinden ouders dit de moeite waard, of is de resterende drie uur huilen nog net zo'n belastende en een aansporing voor onderzoekers om uit te zien naar effectiever therapieën?

De wijze waarop de mogelijk oorzakelijke factoren in de case-controlstudie in twee categorieën zijn verdeeld, geeft vertekende resultaten. Gezocht is naar een tweedeling die het grootste onderscheid aanbracht. Deze wijze van werken geeft weliswaar de meest 'sprekende' tweedelingen, maar de hoogte van de ratio's is op deze wijze geflatteerd en zegt weinig over de werkelijke hoogte van de odds ratio's wanneer dezelfde afkappunten zouden worden aangehouden bij herhaling van een dergelijk onderzoek.

Een en ander neemt niet weg dat dit voor de huisarts een relevant proefschrift is, leesbaar geschreven, vol van leermomenten en met tal-

loze aanknopingspunten voor vervolgonderzoek.

J.A. Kunst
J.C. van der Wouden

Naschrift

De oorspronkelijke eerste vraagstelling betrof enerzijds de frequentie van voorkomen, anderzijds de behoefte van ouders aan hulp. De vraag naar het beslag op de gezondheidszorg komt vanuit een ander perspectief, maar is natuurlijk ook van belang. Ik ken slechts één onderzoek waarin werd gemeten in hoeverre een beroep op de gezondheidszorg werd gedaan: 7,1 procent van de zuigelingen van 0-4 maanden werd door de huisarts gezien met een koliekbeeld.¹

Cross-overstudies zijn – hoewel veel toegepast – niet geschikt voor excessief huilen, omdat dit geen chronisch stabiele aandoening is.²

Het lage aantal zuigelingen in de trial werd voor een deel veroorzaakt door de strikte toepassing van de regel van 3; daarnaast hielden wij rekening met non-inclusie. Bij een groep includerende CB-artsen is getracht de non-inclusie te meten. Afgaand op de respons hierop werd er *niet* selectief geïncludeerd. Hier ligt een methodologisch probleem: in hoeverre zijn arts en selectief includeren, geneigd daarover te rapporteren? Voorhands ga ik ervan uit dat de resultaten generaliseerbaar zijn naar zuigelingen die voldoen aan de inclusiecriteria.

De duur van de interventie (een week) is in overeenstemming met alle onderzoeken met een voedingsinterventie, op één na; in dat onderzoek werd een in de tijd afnemend effect waargenomen. In overeenstemming hiermee adviseer ik voor toekomstig onderzoek een langere interventieduur.

Of een verbetering van één uur per dag relevant is, wordt bepaald in het arts-patiëntcontact. Overigens is deze verbetering een gemiddelde. Er bestaat waarschijnlijk een groep zuigelingen die veel meer baat heeft bij de interventie.

De case-controlstudie is opgezet om een maximaal rendement te halen uit de moeilijk te werven excessief huilende zuigelingen en moet – zoals ook vermeld – gezien worden als exploratief. Dit beperkt de waarde van de conclusies. Het onderzoek geeft hooguit mede richting aan toekomstig onderzoek.

Peter Lucassen

1 Tasche MJA, Bruijnzeels MA, Van der Poel BNM, et al. De veel-huilende zuigeling: voorkomen en beleid in de huisartspraktijk. Ned Tijdschr Geneesk 1993;137:1927-30.

2 Pocock SJ. Clinical trials. A practical approach. Chicester: Wiley, 1988.

Ontvangen proefschriften

Cancer pain & how to relieve it

Effects of a pain education program in cancer patients with chronic pain

161 bladzijden. ISBN 90-9012-800-X.

Promotie: 16 juni 1999, Universiteit Maastricht.

Promovendus: A. de Wit (1964), gezondheids-wetenschapper.

Promotoren: prof.dr. F.S.A.M. van Dam, prof.dr. H. Huijjer-Abus-Saad.

Airway disease and risk factors in pig farmers

134 bladzijden.

Promotie: 18 juni 1999, Katholieke Universiteit Nijmegen.

Promovendus: P.F.J. Vogelzang (1961), bedrijfsarts.

Promotoren: prof.dr. H.T.M. Folgering,

prof.dr. C.P. van Schayck;

copromotor: dr. J.W.J. van der Gulden.

Sore throat, streptococci and penicillin

Studies on beta-hemolytic streptococci and penicillin treatment in acute sore throat in general practice

176 bladzijden. ISBN 90-393-2087-X.

Promotie: 24 juni 1999, Universiteit Utrecht.

Promovendus: S. Zwart (1955), huisarts.

Promotor: prof.dr. R.A. de Melker;

copromotoren: dr. G.J.H.M. Ruijs, dr. A.P.E. Sachs.

Co-assistenten als inwijding in de medische beroeps cultuur

352 bladzijden.

Promotie: 30 juni 1999, Universiteit Maastricht.

Promovendus: I.H.W.M. Winants (1953), arts-manager.

Promotoren: prof.dr. G.G.M. Essed,

prof.dr. J.A. Knottnerus;

copromotor: dr. G. Noordenbos.

Complexe medisch-technische zorg

Ontwikkeling, implementatie en evaluatie van infuusbehandeling thuis

400 bladzijden.

Promotie: 2 juli 1999, Universiteit Maastricht.

Promovendus: P.M.J.H. Smeets (1965) arts, MBA.

Promotoren: prof.dr. H.F.J.M. Crebolder, prof.dr. P. Pop;

copromotoren: dr. G.H.M.I. Beusmans,

dr. R.A.G. Winkens

Primary health care in Dominica

Studies in the Marigot health district

235 bladzijden. ISBN 90-367-1062-6.

Promotie: 5 juli 1999, Rijksuniversiteit Groningen.

Promovendus: A.J. Luteijn (1963), huisarts.

Promotoren: prof.dr. B. Meyboom-de Jong,

prof. G.A.C. Grell, prof.dr. D. Picou.

NOTA BENE

Het gebruik van tilgordels en tilinstructies in de primaire preventie van lage rugklachten op de werkplek kan niet worden aanbevolen. (...) Lichamelijke oefening is effectief in de preventie van lage rugklachten op de werkplek, hoewel de grootte van het effect waarschijnlijk matig is.

Uit: Van Poppel MNM. The prevention of low back pain in industry [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1999.

Ledenvergadering

Verslag van de Ledenvergadering van het Nederlands Huisartsen Genootschap, gehouden op 10 december 1998 in de Domus Medica te Utrecht

Aanwezig W. Stalman (voorzitter), M. Klomp (secretaris), A. Rutgers (penningmeester), A. van Aarnhem, G. Bausch, G. Beusmans, W. van den Bosch, F. Dijkers, K. Dirken, T. van Essen, M. de Haan, F. Meijman, A. Schuurman, H. Stolk, H. van der Voort, J. Zaat, J. Zandvliet (verslag).

1 Opening en vaststelling agenda

De voorzitter opent de vergadering en heet de aanwezigen van harte welkom op de jaarlijkse NHG-Ledenvergadering. De agenda wordt ongewijzigd vastgesteld.

2 Notulen NHG-Ledenvergadering d.d. 11 december 1997 (LVG 98-1)

Tekstueel zijn er geen opmerkingen. Het verslag wordt vastgesteld.

Naar aanleiding van het verslag vraagt Dirken naar de strategieconferentie die het bestuur toezegde. De voorzitter geeft aan dat dit voorplan geconcretiseerd is in het besluit om samen met de LHV een nota over het kwaliteitsbeleid te schrijven. Hoewel hiermee reeds begonnen is, bestaat er nog geen duidelijkheid op dit punt.

Meijman geeft aan dat hij dit punt ook had willen aankaarten. Hij heeft vorig jaar verzocht om een strategieconferentie teneinde over enkele niet uitgekristalliseerde punten het oordeel van de NHG-leden te vernemen. Het bestuur heeft hier een toezegging gedaan. Juist het feit dat er nu nog geen duidelijkheid bestaat, zou voor Meijman aanleiding geweest zijn om een strategieconferentie met de eigen leden te organiseren. Hij vindt het zorgelijk dat het NHG aan de leiband van de LHV loopt en belangrijk dat het NHG-bestuur laat merken dat het oordeel van de leden op prijs gesteld wordt. Meijman noemt het in het kader van 'Preventie: Maatwerk' vroeg opsporen van risicofactoren voor hart- en vaatziekten als ander voorbeeld waarin het NHG op ongegronde wijze het LHV-beleid ondersteunt, omdat er geld beschikbaar was, hoewel enkele NHG-leden al jaren geleden duidelijk hebben aangetoond dat als deze activiteit al effectief zou zijn, deze niet uitvoerbaar is. Meijman vindt dat het Genootschap op dit punt tekort schiet in het kritisch be-

oordelen van plannen en in het raadplegen van de leden, die dit soort activiteiten toch moeten uitvoeren. Meijman heeft uit het NHG-Werkplan 1999 begrepen dat er overwogen wordt in 1999 een inhoudelijke ledenvergadering te organiseren. Hij vindt dat dat op zijn minst dient te gebeuren, hoewel zijn voorkeur blijft uitgaan naar een strategieconferentie.

De voorzitter dankt Meijman voor het delen van zijn zorg. Hij benadrukt dat het contact met de leden moeilijk blijft, omdat het perifere lid moeilijk te bereiken blijkt. Ook een strategieconferentie zou dit slechts gedeeltelijk oplossen. De voorzitter geeft aan dat er inmiddels in samenwerking met het NIVEL een zogenaamd 'huisartsenpanel' is ingesteld dat het NHG de gelegenheid biedt het oordeel van huisartsen over beleids- en andere kwesties te vragen. Hiervan zal met name gebruik gemaakt gaan worden bij de organisatie van het congres in 1999 dat zich richt op communicatie-aspecten. De voorzitter deelt verder mee dat er onlangs een pr-beleid is vastgesteld waarbinnen de NHG-leden een aparte positie innemen. Verder merkt hij op dat het ledenaantal nog immer stijgende is; in 1998 kon het NHG het 7.000-ste lid verwelkomen.

Van der Voort merkt op dat indien dertien jaar geleden de leden hiernaar gevraagd zou zijn er geen NHG-Standaardenbeleid was gekomen. Hij is er zeker voorstander van om het beleid te toetsen, maar stelt voor dit selectief te doen door de grote groep actieve NHG-leden te polsen. Meijman merkt op dat het hem niet gaat om het middel, maar om het doel: een betere communicatie met de achterban. Hij doet de suggestie de voorzitters van de Hagro's over beleidskwesties te benaderen.

Wat het tweede punt betreft dat Meijman aandraagt, merkt de voorzitter op dat voor de volgende stap van 'Preventie: Maatwerk' de NHG-criteria voor preventieve activiteiten zijn toegepast en dat deze geen belemmering vormen. Daarnaast merkt de voorzitter op dat het feitelijk de LHV-Ledenvergadering is geweest die het besluit over deze stap heeft genomen en dat veel NHG-leden ook lid van de LHV zijn. Rutgers stelt dat het vooral inkomenspolitieke overwegingen zijn geweest die hier een rol speelden. Het FOZ-budget voor huisartsgeneeskunde moet gelijk blijven, waarmee een uitbreiding van dit budget alleen maar te behalen valt als er extra activiteiten tegenover staan. Hij merkt overigens op dat het hier gaat om een pilotproject. Als besloten was om deze vervolgstap binnen 'Preventie: Maatwerk' niet te nemen dan had de huidige infrastructuur voor preventie ontmanteld moeten worden.

Zaat dringt erop aan dat er ten behoeve van

het evalueren en eventueel continueren van deze pilot harde evaluatiecriteria opgesteld worden. De voorzitter zegt dit toe en zal op de volgende ledenvergadering over de voortgang rapporteren.

3 Mededelingen

De voorzitter deelt mee dat op de dag voor het NHG-congres 1998 een van de oprichters van het NHG is begraven: Frans Huygen. In Huisarts en Wetenschap zal een 'In Memoriam' verschijnen. Verder deelt de voorzitter mee dat in 1998 Johan Schellekens, congresvoorzitter van het NHG-congres 1997, is overleden.

4 Jaarverslag 1997 (LVG 98-2) en voortgang beleid (Werkplan 1999, LVG 98-3)

De Ledenvergadering heeft over het Jaarverslag 1997 geen opmerkingen. Het verslag wordt vastgesteld.

Over het Werkplan 1999 merkt Meijman op dat in 1999 voor het eerst de NHG-prijs Casuïstiek zal worden uitgereikt. Verder valt Meijman over de passage op pagina 12: '... het zorgaanbod wordt groter door taakdelegatie.' Hij vindt dit LHV-taal.

5 Bekrachtiging NHG-Standaarden

De voorzitter stelt dat het een jaarlijks gebruik is dat de Ledenvergadering zich uitsprekt over de publicatie van de in het voorafgaande jaar verschenen NHG-Standaarden. Dit betreft niet de inhoud ervan, doch een beoordeling van de juistheid van de beslissing om tot publicatie over te gaan. Voor de periode december 1997 tot en met november 1998 zijn dit de volgende NHG-Standaarden: (Dreigende) miskraam (herziening), Astma bij kinderen (herziening), Niet-traumatische knieproblemen bij kinderen en adolescenten, Traumatische knieproblemen, Dementiesyndroom (herziening), Niet-traumatische knieproblemen bij volwassenen, Bacteriële huidinfecties, Subfertiliteit (herziening) en Problematisch alcoholgebruik (herziening).

De Ledenvergadering bekrachtigt de in deze periode gepubliceerde NHG-Standaarden.

6 Financieel jaarverslag 1997 van de penningmeester (LVG 98-4)

De voorzitter stelt het verslag van de penningmeester aan de orde.

Naar aanleiding van pagina 11 van het financiële jaarverslag 1997 heeft Meijman een vraag over de verantwoording van H&W. In 1997 kende Huisarts en Wetenschap een overschot, terwijl er in 1998 een tekort lijkt te bestaan. Dit komt doordat er op deze post veel kosten van de NHG-afdeling Standaardontwikkeling zijn ondergebracht, hetgeen Meijman verwondert. Voor de historie wil hij erop wijzen dat het tijdschrift H&W nog steeds een belangrijke inkomstenbron is voor het Genootschap.

Verder zijn er geen vragen of opmerkingen over het Financieel Jaarverslag 1997.

De Ledenvergadering stelt dit verslag vast.

7 Advies van de Kascommissie over het beheer van de geldmiddelen

De penningmeester licht toe dat er lang gesproken is met de Kascommissie die veel vragen had over de cijfers en enkele beleidskwesties. Penningmeester en directie hebben de meeste vragen naar tevredenheid van de Kascommissie kunnen beantwoorden. In het advies van de Kascommissie, dat wordt uitgedeeld, gaat de commissie nog in op enkele vragen. Over de systematiek van de NHG-contributies stelt de Kascommissie voor om over te gaan tot twee contributieklassen. Rutgers stelt dat het bestuur zich op dit voorstel zal beraden.

Over een opmerking van de Kascommissie dat het Engelstalig maken van Huisarts en Wetenschap de exploitatie van het tijdschrift ten goede zou kunnen komen, merkt Meijman op dat het hiervoor van groter belang is om een indexering in Medline te verkrijgen. Alle verzoeken hiertoe zijn tot nu toe afgewezen.

De Ledenvergadering neemt het advies van de Kascommissie over.

8 Decharge Dagelijks Bestuur

De voorzitter stelt voor het Dagelijks Bestuur op grond van de verklaring van de Kascommissie te dechargeren. De Ledenvergadering stemt hiermee in.

9 NHG-begroting 1999 (LVG 98-5)

Over de begroting 1999 heeft de Ledenvergadering geen vragen of opmerkingen. De penningmeester geeft aan dat in de begroting het besluit van een eerdere Ledenvergadering is verwerkt om de contributie jaarlijks trendmatig te verhogen.

De Ledenvergadering stelt de NHG-begroting 1999 vast.

10 Benoeming Kascommissie

De directeur deelt mee dat de heren Swart en Garnier, leden van de Kascommissie, bereid zijn om aan te blijven.

De Ledenvergadering benoemt de heren Swart en Garnier in de NHG-Kascommissie.

11 Ontheffing artikel 20 c. van de NHG-statuten

De voorzitter stelt dat in artikel 20 c. van de nieuwe NHG-statuten de wettelijke bepaling is opgenomen, dat het bestuur zes maanden na afloop van het boekjaar op een Ledenvergadering zijn jaarverslag moet uitbrengen en rekening moet afleggen over het in dat boekjaar gevoerde bestuur. Aangezien de Ledenvergadering naar gewoonte aan het eind van een volgend boekjaar plaatsvindt, is verlenging van deze termijn met zes maanden noodzakelijk. De voorzitter verzoekt de Ledenvergadering het NHG-bestuur de benodigde ontheffing te verlenen.

De Ledenvergadering gaat hiertoe over.

12 Rondvraag

De voorzitter dankt de aanwezigen voor hun inbreng en sluit de Ledenvergadering.

18 december 1998

NOTA BENE

Helicobacter pylori serologie, en dan vooral de kits die immunoglobine G bepalen, hebben voldoende kwaliteit om een indicatie voor behandeling vast te stellen.

De afname van antilichaamtiter voor *Helicobacter pylori* 10 weken na de behandeling is een betrouwbare methode om het resultaat van de therapie te bepalen.

Stellingen bij: Laheij RJF. Clinical management of patients with persistent dyspeptic symptoms [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1999.

Mededelingen voor de Agenda in nummer 11 (oktober) moeten op uiterlijk 16 september in het bezit zijn van het redactiesecretariaat.

Capita selecta uit de seksespecifieke huisartsgeneeskunde 3

Nijmegen, 29 september.

Inlichtingen: PAOG-Heyendaal, mw. I. Elbers, tel. 024 3617691; fax 024 3540568.

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.

■ EMD en kwaliteit

Ede, 8 oktober.

EMD '99 Symposium. Inlichtingen: Symposium-secretariaat, tel. 010 4087050; fax 010 4089447; e-mail buytink@mi.fgg.eur.nl.

■ Milleniopathieën

Groningen, 13 oktober.

25-jarig jubileum van de huisartsenopleiding in Groningen. Inlichtingen: huisartsenopleiding Groningen, tel. 050 3632974.

10 jaar Hoorn-studie

Amsterdam, Koninklijk Instituut voor de Tropen, 14 oktober, 12.30-21.15 uur.

Symposium Vrije Universiteit. Inlichtingen: mw. L.J. van't Hull, tel. 020 4440533, fax 020 4440502; e-mail endocr@avu.nl.

Research on general practice care of the elderly Hannover, 14-17 oktober.

Najaarsbijeenkomst European General Practice Research Workshop (EGPRW).

■ 30 jaar anti-rhesus (D) profylaxe in Nederland

Utrecht, 19 oktober, 16.00 uur.

Symposium. Inlichtingen: Congress Care, tel. 073 6831238, fax 073 6901417; e-mail congress.care@wxs.nl.

Therapeutische en toxische aspecten van empathie

Ede, 19 november.

Symposium. Inlichtingen: SCEM Conference Services, tel. 0345 576642; e-mail scem@scem.nl.

9de Gezond Onderwijs Congres

Veldhoven, 2-3 december

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

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.