

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/26121>

Please be advised that this information was generated on 2019-06-24 and may be subject to change.

R.Jamin, H.J.Lamers en J.Zaat (Amsterdam), *Dieetadviezen bij acute diarree – een enquête onder huisartsen en hun assistenten*

De folklore rond de behandeling van diarree is groot: kaneelbeschuitjes, slappe thee en carentie worden in ons land nog steeds geadviseerd om de diarree te doen stoppen. De adviezen zijn vaak onderling tegenstrijdig en missen een wetenschappelijke onderbouwing. In ontwikkelingslanden is bij zuigelingen en peuters aangetoond dat normale, onverdunde voeding geen negatieve effecten op het beloop heeft. De standaard 'Acute diarree' (1993) van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) beveelt aan 'om te eten waar men trek in heeft'. Over het daadwerkelijke beleid van huisartsen en assistentes bij acute diarree zijn echter weinig gegevens voorhanden. Wij wilden informatie verkrijgen over dieetadviezen bij acute diarree in de Nederlandse huisartsenpraktijken. Op grond van de resultaten hoopten wij een dieetadvies samen te stellen waarin de meeste huisartsen hun beleid kunnen herkennen. De bedoeling was om de effecten van zo'n samengesteld dieetadvies te vergelijken met die van het advies uit de NHG-standaard.

Methode. Een representatieve steekproef (666 huisartsen en hun assistentes) ontving een enquête. Met behulp van een clusteranalyse werd een 'algemeen' geadviseerd dieet bij acute diarree samengesteld.

Resultaten. Er reageerden 210 huisartsen (30,3%) en 194 assistentes. De samenstelling van de groep respondenten kwam overeen met die van de Nederlandse huisartsen. Driekwart van de assistentes geeft adviezen bij acute diarree. Het overgrote deel van de huisartsen (84,1%) en assistentes (91,7%) adviseert nooit carentie voor vocht. De meesten (huisartsen 75,5%; assistentes 66,5%) adviseren wel eens carentie voor voeding (mediaan 24 h). Meer dan tweederde van de respondenten geeft nooit het advies om 'te eten waar men trek in heeft', dit in tegenstelling tot het advies van de NHG-standaard 'Acute diarree', die de meeste huisartsen (69,0%) noemen als kennisbron. De adviezen over gespecificeerde voedingsmiddelen lopen uiteen en zijn vaak tegenstrijdig. Meerderheidsadviezen zijn carentie voor voeding gedurende 24 h en de richtlijnen: kleine porties, geen vet eten, geen vezels, geen melk (producten), geen laxerend voedsel en voorzichtig weer normaal gaan eten als de diarree vermindert. Water, appelsap, bouillon, rijstewater, thee zonder suiker/melk, witbrood en geraspte appel worden aanbevolen. Melk, sinaasappelsap en koolzuurhoudende dranken worden afgeraden. Een aanzienlijke minderheid (36,1%) van de huisartsen schrijft (in tegenstelling tot de standaard) geen orale rehydratievloeistof als routine voor aan kinderen onder de 2 jaar. Assistentes doen dit bijna voor de helft niet.

Beschouwing. Hoewel huisartsen de NHG-standaard 'Acute diarree' als belangrijkste bron van kennis noemen, verschillen de gegeven adviezen sterk van de NHG-standaard. Eén jaar na de publicatie van de NHG-standaard lijkt traditie een grote rol te spelen. Onderzoek waarin aangetoond kan worden dat traditionele dieetadviezen niet beter zijn dan het advies om te eten waar men trek in heeft, kan voor de Nederlandse huisarts en zijn assistente een prikkel zijn om de standaard te volgen.

F.W.Kok en J.W.de Jonge (Maastricht), *Het Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg; betekenis van de pilotfase*

In 1991 is door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), het Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg en de Werkgroep Kwaliteit Huisartsgeneeskunde het Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg (LINH) opgezet. In een later stadium is de Landelijke Huisartsenvereniging toegetreden als een van de dragende partijen

van het project. Dit netwerk van geautomatiseerde huisartsenpraktijken ontstond vanuit de actuele behoefte om landelijk representatieve gegevens te verkrijgen over kwantitatieve en kwalitatieve aspecten van de huisartsenzorg in Nederland. In december 1995 is de 3-jarige pilotfase van het project afgesloten; deze fase was vooral bedoeld om inzicht te verkrijgen in de organisatie en de logistiek van een landelijk opererend netwerk. Het uiteindelijke doel van het LINH-project kan als volgt worden geformuleerd: door middel van het systematisch vastleggen van gegevens over ziekten en verrichtingen in landelijk gespreide, geautomatiseerde huisartsenpraktijken wordt informatie verkregen die geschikt is voor het verrichten van wetenschappelijk onderzoek ten behoeve van het (kwaliteits)beleid van de beroepsgroepenvertegenwoordigers en vraagstellingen op het gebied van het gezondheidszorgbeleid.

Resultaten pilotfase en huidige activiteiten. Aan het einde van de pilotfase participeerden 50 praktijken met in totaal 96 huisartsen; jaarlijks ontvangen zij een terugkoppeling van de bij hen verzamelde informatie. Tot dan toe betrof de verzamelde informatie verwijs- en diagnostiekgegevens, preventieactiviteiten en een evaluatie van het gebruik van NHG-standaarden 'CARA bij kinderen' en 'Otitis media acuta'. In de pilotfase is een proefkoppeling met de Landelijke Medische Registratie (registratie van ziektebeelden en verrichtingen in ziekenhuizen) mogelijk gebleken, is een belangrijke aanzet gegeven tot de totstandkoming van de Werkgroep Coördinatie Informatisering en Automatisering-'labcode'-tabel voor laboratoriumdiagnostiek en is de basis gelegd om tot een landelijk representatieve dataverzameling te komen. Vanaf januari 1996 verkeert het project in het stadium van uitbreiding. Gestreefd wordt het aantal participerende praktijken verder uit te breiden en te komen tot een verbreding van het soort gegevens dat verzameld wordt. Met de verzameling van aan de 'International classification of primary care' gekoppelde prescriptiegegevens zal een aanvang worden gemaakt, en ook met het verzamelen van contactgegevens. De informatievergarings van verwijs- en diagnostiekgegevens zal een schaalvergroting ondergaan en er zullen tevens op een uitgebreidere schaal gegevens met betrekking tot de NHG-standaarden verzameld worden. Van deze activiteiten zal verslag worden gedaan.

S.G.M.Cloosterman, T.R.J.Schermer, I.D.Hofland, S.van der Heide, B.Brunekreef, F.J.J.van den Elshout, H.Th.M.Folgering en C.P.van Schayck (Nijmegen), *Invloed van 3 afzonderlijke saneringsmaatregelen tegen de huisstofmijt op de respiratoire conditie van astmapatiënten*

Het is bekend dat huisstofmijt (HSM)-allergenen, met name *Der p 1*, de respiratoire morbiditeit van HSM-allergische astmapatiënten kunnen beïnvloeden. Daarom lijkt het reduceren van de expositie aan deze allergenen een belangrijk aspect van de behandeling van astma te zijn. Omdat matrassen, beddengoed en textiele vloerbedekking het grootste reservoir van HSM-allergenen zijn, zouden saneringsmaatregelen met name gericht moeten zijn op deze materialen. Helaas zijn de betreffende maatregelen vaak erg duur en is het erg intensief, voor zowel de patiënt als zijn omgeving, om deze maatregelen uit te voeren. Daarom is het belangrijk te evalueren welke saneringsmaatregel op welke plek nu het meeste bijdraagt aan een verbetering in de respiratoire conditie van een patiënt. Op deze manier behoort misschien een gerichtere saneringsstrategie tot de mogelijkheden, zodat huisartsen hierover ook gericht advies kunnen geven.

Methoden. Gedurende een dubbelblinde, placebogecontroleerde interventietrial is het effect van saneringsmaatregelen onderzocht. Na een baselineperiode van 4 weken, werden 133

HSM-allergische patiënten met astma (geforceerd expiratoir éénsecondevolume (FEV₁) van voorspeld: 86%, provocatieve concentratie voor een 20%-daling van de longfunctie (PC₂₀): 0.72 mg histamine per ml 'at random' verdeeld over een actieve saneringsgroep en een placebosaneringsgroep. De actieve sanering bestond uit het behandelen van de vloerbedekking (in slaap- en woonkamer) met Acarosan (Allergopharma, Hamburg) en het omhullen van matrassen, kussens en dekbedden met HSM-impermeabele hoezen (Intervent Bedding Systems, W.L.Gore & Ass, Surrey, Groot-Brittannië). De placebosanering bestond uit het behandelen van vloerbedekking (in slaap- en woonkamer) met water en het omhullen van alleen het matras met een HSM-permeabele hoes. Aan het begin van de baselineperiode en 8 weken na de interventie werden er afzonderlijke stofmonsters genomen van respectievelijk het matras, de woon- en de slaapkamervloer met behulp van een stofzuiger (Philips TC836, Eindhoven; 1400 W). Tegelijkertijd werden FEV₁ and PC₂₀ (bronchiale hyperreactiviteit) bepaald. Met behulp van een gepoolde analyse en multiple lineaire regressie (gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en roken) werd bepaald welke veranderingen in *Der p 1* van de 3 monsterplaatsen het meest bijdroegen aan de veranderingen in FEV₁ and PC₂₀.

Resultaten. De veranderingen in *Der p 1*-concentratie behaald op het matras (ng/g) en de slaapkamervloer (ng/m²) droegen het meest bij aan de veranderingen in FEV₁ in deze groep van volwassen allergische astmapatiënten. Veranderingen in *Der p 1*-concentratie op de woonkamervloer droegen niet bij aan de veranderingen in FEV₁. Significante relaties tussen de veranderingen in *Der p 1* en de verandering in PC₂₀ werden voor geen van de 3 monsterplaatsen gevonden.

Conclusie. Omdat afnames in *Der p 1* op de slaapkamervloer en het matras een positief effect hadden op de FEV₁, zouden met name saneringsmaatregelen op deze plaatsen aanbevolen kunnen worden bij volwassen astmapatiënten. Reducties in *Der p 1* op de woonkamervloer hadden geen invloed op de FEV₁, waarschijnlijk vanwege het feit dat volwassenen minder blootgesteld worden aan *Der p 1* van de woonkamervloer in vergelijking met kinderen. Het is daarom de vraag of saneringsmaatregelen op deze plaats aanbevolen zouden moeten worden bij HSM-allergische volwassenen. Op deze manier wordt het steeds meer mogelijk voor huisartsen om een gericht saneringsadvies te geven aan hun patiënten, en kunnen kosten en moeite worden bespaard.

J.M.Donkers en C.P.van Schayck (Nijmegen), *Perceptie van dyspnoe: objectieve en subjectieve reversibiliteit*

Er wordt verondersteld dat onderdiagnostiek van astma en chronisch obstructieve longziekten (COPD) (ten dele) veroorzaakt wordt door een matige perceptie van dyspnoe. Met name veranderingen in longfunctie worden vaak slecht waargenomen door patiënten. Het doel van deze studie is te onderzoeken of patiënten een toename in de longfunctie (geforceerd expiratoir éénsecondevolume (FEV₁)), als gevolg van het gebruik van bronchusverwijders (objectieve reversibiliteit), zelf ook ervaren in de vorm van een vermindering van de mate van kortademigheid (subjectieve reversibiliteit). Omdat het nog niet duidelijk is welke patiënten een slechte perceptie hebben, is daarnaast gekeken naar een aantal factoren die hierop mogelijk invloed hebben.

Methode. Bij 105 patiënten met astma of COPD is met behulp van een spirometer (HI 298; Lode, Groningen) na toediening van 200 µg salbutamol en 80 µg ipratropiumbromide een reversibiliteitsmeting uitgevoerd. De subjectieve reversibiliteit is bepaald door middel van een scorelijst (0 tot en met 10) voor

de mate van kortademigheid. Daarnaast zijn gegevens over de variabelen leeftijd, geslacht, allergie, aanvangsleeftijd van klachten, hyperreactiviteit en roken gevraagd.

Resultaten. Tabel 1 geeft de verdeling weer van subjectieve reversibiliteit (vermindering in kortademigheid) en reversibiliteit van FEV₁ (in percentage van de voorspelde waarde). Beneden 5% is er sprake van een natuurlijke variatie; ≥ 9% is de internationale grens waarbij er sprake is van reversibiliteit. Van de 105 patiënten behoren er 70 tot een van deze 2 categorieën.

Uit tabel 1 blijkt dat 59% van de patiënten die reversibel zijn (≥ 9% toename van de FEV₁) deze toename in FEV₁ zelf ook waarneemt. Daarentegen voelt 34% van de niet-reversibelen ook een vermindering van kortademigheid. In de groep patiënten met een objectieve verandering in longfunctie is er tussen degenen die dit wel of niet ervaren alleen een significant verschil in allergie voor huisstof(mijt) (p < 0,05). Daarnaast lijkt er een verschil in aanvangsleeftijd van de klachten te zijn (p = 0,06) en een verschil in beginniveau van kortademigheid (p = 0,08).

TABEL 1. Verdeling van subjectieve reversibiliteit en objectieve reversibiliteit van FEV₁ (in percentage van voorspelde waarde) bij patiënten met astma of chronisch obstructieve longziekten (n = 70)

	reversibele FEV ₁ ≥ 9%	reversibele FEV ₁ < 5%
vermindering in kortademigheid	19	13
geen verschil in kortademigheid	13	25

FEV₁ = geforceerd expiratoir éénsecondevolume.

Conclusie. De meerderheid van de patiënten die reversibel is, merkt dit zelf ook in de vorm van een verminderde kortademigheid. Een aantal patiënten merkt echter geen verschil in de mate van kortademigheid, terwijl zij wel reversibel zijn en omgekeerd. Mensen die een verandering in FEV₁ wel waarneemen, ervaren hun benauwdheid over het algemeen als ernstiger, zijn allergischer voor huisstof(mijt) en hebben op jongere leeftijd klachten gekregen. Factoren als uitgangsniveau van FEV₁, leeftijd, geslacht en roken lijken hierbij geen rol te spelen.

F.W.Beltman en B.Meyboom-de Jong (Groningen), *Ambulante bloeddrukmetingen en effecten op prescriptie van antihypertensiva*

Ambulante bloeddrukmetingen dragen bij aan het selecteren van een populatie van patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico. Desondanks kunnen effecten op therapie uitblijven, bijvoorbeeld door de aan- of afwezigheid van andere risicofactoren.

Doel. Bestuderen van het effect van de uitslag van de ambulante meting op prescriptie van antihypertensiva in de huisartsenpraktijk.

Methode. Patiënten met verhoogde bloeddruk werden verwezen door de huisarts. De bloeddruk werd ambulant gemeten met behulp van een kwikmanometer. De linkerventrikelmassa-index (LVMI), een belangrijke onafhankelijke voorspeller van het cardiovasculaire risico, werd echocardiografisch bepaald. Huisartsen kregen bij de helft van de patiënten ('at random') de uitslag van de ambulante meting. Gegevens over de LVMI werden niet verstrekt. Alle patiënten gaven 'informed consent'.

Resultaten. Zonder uitslag van de ambulante meting werd bij