

De vroegtijdige herkenning van somatische fixatie in de huisartspraktijk. Een exploratie van het concept somatische fixatie

Dissertatie. Cox MF. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1992; 229 pagina's.

Vijftien jaar geleden publiceerden Huygen en vijf medewerkers van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut een korte serie artikelen over de preventie van 'somatische fixatie'. Zoals bekend, is het daarbij niet gebleven: begin 1981 verscheen het in eigen beheer uitgegeven 'Huisarts en somatische fixatie', en in 1983 volgde een tweede, herziene druk, die nog steeds leverbaar is. Het concept bleek een gouden greep. 'Somatische fixatie' is een belangrijke inspiratiebron geweest voor vele dissertaties, er is zeer vaak naar verwezen in allerlei publikaties, talloze huisartsen hebben eruit geput voor hun dagelijkse praktijkvoering, en twee auteurs hebben het gebracht tot hoogleraar huisartsgeneeskunde.

De eerste druk van het boek is destijds in dit tijdschrift zeer lovend besproken (Huisarts Wet 1981; 24: 242-3): 'Na lezing van dit boek voel ik weinig aanvechting op zoek te gaan naar feiten of tekortkomingen. De inhoud en de boodschap zijn te belangrijk om over details te gaan muggesiften. (...) Het is in de immer toenemende stroom van publikaties ontzettend moeilijk vast te stellen, welke boeken of artikelen van wezenlijk belang zijn voor scholing en nascholing van (huis)artsen. Mijns inziens is hier van zo'n publikatie sprake. Voor huisartsen (in spe) noodzakelijke lectuur. Voor niet-huisartsen ook van waarde, maar mogelijk minder welkom.' Het waren profetische woorden.

Veel lof dus en jarenlang nauwelijks kritiek, totdat twee jaar geleden in dit tijdschrift een betrekkelijk vinnige pennestrijd ontbrandde over de wetenschappelijke merites van het concept. Een van de combattanten was de Haagse huisarts Cox, wiens betrokkenheid bij het onderwerp inmiddels voluit duidelijk is geworden: op 18 november 1992 promoveerde hij bij Prof. dr. J.D. Mulder op een proefschrift waarvan de ondertitel doet vermoeden dat hier nieuw licht op deze zaak wordt geworpen.*

* Ik had de promotie graag willen bijwonen, maar in Leiden levert een dergelijk voornemen onoverkomelijke problemen op, althans indien de plechtigheid plaatsvindt in de Senaatskamer: wie niet over een uitnodiging kan beschikken, wordt zonder pardon teruggestuurd. En de uitnodigingen voor deze 'openbare' verdediging gaan uiteraard vooral naar familieleden, vrienden en kennissen.

Pilot-studie

Het boek begint met een drietal hoofdstukken over achtereenvolgens het begrip ziekte, de literatuur over 'somatisatie' en een bespreking van het concept 'somatische fixatie'.

Daarna volgt een pilot-studie in de eigen praktijk van de auteur, waarvan de eerste vraagstelling luidt: 'Is het mogelijk, op basis van signalen van processen van somatische fixatie een meetinstrument te ontwikkelen dat een indicator is voor de neiging van de patiënt lichamelijke klachten te presenteren die niet op een lichamelijke aandoening berusten?' Dit nieuwe meetinstrument – 'Beoordelingslijst Somatische Fixatie' (BSF) genoemd – wordt ontwikkeld uit de 22 (eigenlijk 23) signalen die worden genoemd in de tweede druk van 'Huisarts en somatische fixatie': 12 signalen uit de interne kringloop, 6 signalen uit de externe kringloop en 4 (eigenlijk 5) signalen uit de huisarts-patiënt kringloop. De operationalisering van deze signalen verloopt niet zonder problemen: er blijven er uiteindelijk 15 over.

De overige zes vraagstellingen zijn alle gericht op het – direct of indirect – testen van dit meetinstrument. Dat gebeurt door het onderzoeken van de relatie tussen de BSF en een drietal andere instrumenten: allereerst de inmiddels meer dan 25 jaar oude VOEG (Vragenlijst voor Onderzoek van de Ervaren Gezondheidstoestand) en daarnaast een tweetal driepuntsschalen, waarmee de huisarts kan schatten (bij het begin) of beoordelen (bij follow-up) of een bepaalde klacht wel of geen lichamelijke oorzaak heeft. Ook de relaties tussen deze schalen en de VOEG worden onderzocht.

Deze pilot-studie levert twee belangrijke uitkomsten op. In de eerste plaats blijken zes van de 15 signalen van de BSF niet goed te correleren met de uiteindelijke beoordeling door de huisarts van de oorzaak van de klacht. Op grond hiervan worden alle signalen uit de externe kringloop uit het instrument verwijderd; drie andere 'niet-significante' signalen blijven echter gehandhaafd. De definitieve BSF telt aldus 11 (van de oorspronkelijk 23) signalen. In de tweede plaats blijken de VOEG-scores, geheel tegen de verwachting in, niet te correleren met de BSF-scores. Daarom wordt de VOEG vervangen door een ander meetinstrument: de Symptom Checklist (SCL-90).

Onderzoek

Het definitieve onderzoek vond plaats in vijf huisartspraktijken met zes huisartsen, die volgens de auteur over het algemeen een 'goede affiniteit' hadden met de 11 signalen van de

BSF. Voor de werving van de patiënten golden onder meer de volgende in- en uitsluitcriteria:

- 1 presentatie van nieuwe lichamelijke klachten die naar het oordeel van de huisarts niet zeker op een lichamelijke aandoening berusten;
- 2 een tweede consult voor dezelfde klachten, binnen drie maanden en op initiatief van de patiënt;
- 3 geen presentatie van een tweede klacht als onder 1;
- 4 geen aanvullende diagnostiek tussen het eerste en tweede consult.

In anderhalf jaar tijd werden aldus 198 patiënten gerecruiteerd. In 34 gevallen kwam de huisarts bij het tweede consult alsnog tot de conclusie dat de patiënt zeker wél een lichamelijke aandoening had. De herbeoordeling die gemiddeld 2,5 jaar later plaatsvond bij 178 (van de 198) patiënten, leidde slechts tot enkele minimale verschuivingen.

Wie denkt dat met deze exercitie een onderzoeksgroep is samengesteld, die vervolgens diepgaand zal worden geanalyseerd, komt bedrogen uit. De vraagstelling van de definitieve studie blijkt niet wezenlijk af te wijken van die van de pilot-studie, en de beloofde 'exploratie van het concept somatische fixatie' komt neer op het ontwikkelen c.q. testen van de BSF en drie andere instrumenten; hoofdstuk 5 – Resultaten van het onderzoek – bestaat dan ook vrijwel uitsluitend uit een bespreking van de samenhangen tussen deze instrumenten. Zo werd een zeer aanvaardbare interne betrouwbaarheid voor de BSF gevonden (alfa = 0,87) en was er een sterk positief verband tussen de BSF-score en de SCL-90-score (r=0,45). De auteur concludeert dan in hoofdstuk 6 dat is aangetoond dat somatische fixatie een meetbaar begrip is.

Commentaar

Over dit proefschrift is veel goeds te zeggen. Allereerst is het een formidabele prestatie dat een eenzame solist zonder formele band met een huisartseninstituut een onderneming van deze omvang tot een goed einde weet te brengen. Vervolgens is het een goede zaak dat nu eindelijk het soort onderzoek is verricht dat de Nijmeegse *godfathers* altijd hebben laten liggen. Hier is niet gekeken naar preventie van somatische fixatie; hier is onderzocht, of en hoe het vóórkomen van somatische fixatie in de huisartspraktijk zou kunnen worden gemeten. De auteur heeft dat onderzoek met grote vasthoudendheid opgezet en uitgevoerd, en hij heeft de opeenvolgende stappen over het algemeen getrouw gedocumenteerd. Hij heeft een

al te theoretisch signaleringssysteem uitgebouwd tot een geoperationaliseerd meetinstrument, en hij heeft de beperkingen daarvan naar behoren uiteengezet. En niet te vergeten: het boek is verzorgd uitgevoerd en heeft een fraaie omslag.

Er is daarnaast ook kritiek mogelijk, en helaas veel meer dan nodig zou zijn geweest. Ik beperk mij tot enkele hoofdzaken.

De presentatie van het onderzoek is – ondanks evidente pogingen om het tegendeel te bereiken – nogal ondoorzichtig. Een van de belangrijkste oorzaken daarvan is de onderverdeling van de tekst in vijf genummerde niveaus (met daaronder vaak nog weer meer niveaus). Een andere oorzaak is het eindeloos herhalen en samenvatten van passages die soms enkele bladzijden eerder aan de orde zijn geweest. Het is een hardnekkig misverstand dat een onderzoeksverslag toegankelijker zou worden door een onderverdeling in meer dan drie niveaus en een groot aantal kruisverwijzingen. Een simpele, logische structuur in combinatie met een goede inhoudsopgave volstaat over het algemeen.

Het literatuurhoofdstuk is zonder meer beneden de maat: de geraadpleegde literatuur wordt hap-snap besproken, een verantwoording van de zoekstrategie ontbreekt en het is duidelijk dat in ieder geval *Huisarts en Wetenschap* niet systematisch is geraadpleegd; zo ontbreken een verhelderend artikel van *Postma* (1981) en de twee recente bijdragen van *Portegijs et al.* (januari en februari 1992). De discussie die in 1991 in deze kolommen is gevoerd, wordt wel genoemd, maar aan de argumenten die over en weer zijn aangevoerd, wordt geen enkele aandacht besteed.

Na het leggen van deze wankelende fundering geeft de auteur zich slecht rekenschap van een aantal belangrijke problemen. Hij verzuimt de begrippen somatisatie en somatische fixatie goed van elkaar te onderscheiden, en het lijkt er zelfs op dat hij somatische fixatie beschouwt als de wijze waarop somatisatie zich manifesteert in de huisartspraktijk. En uiteindelijk blijkt hij van mening dat de ‘onderzoeksgroep’ – de patiënten die tweemaal met dezelfde, niet primair lichamelijke te duiden klacht bij de huisarts kwamen, exclusief degenen die toch een lichamelijke aandoening bleken te hebben – integraal bestaat uit patiënten met somatische fixatie. Een dergelijke ruime omschrijving lijkt mij zonder meer absurd, ook in het licht van de theorie der somatische fixatie. Daar komt bij dat de opzet van het onderzoek volkomen voorbijaat aan het gepostuleerde dynamische ka-

rakter van somatische fixatie: zowel het meetinstrument als de in- en uitsluitcriteria voor de onderzoeksgroep maken het bij voorbaat onmogelijk aandacht te besteden aan de proceskant. En juist daarop wordt in Nijmegen zoveel nadruk gelegd – zie ook de discussie uit 1991.

Iets heel anders is de manier waarop Cox omgaat met sommige uitkomsten van zijn onderzoek. Hij laat de zes signalen uit de externe kringloop vervallen, omdat drie ervan niet goed correleren met de beoordeling van de oorzaak van de klacht. Maar drie andere signalen waarvoor hetzelfde geldt, handhaaft hij zonder daarvoor een redelijke verklaring te geven.

Dat de VOEG in het pilot-onderzoek niet goed correleert met de BSF, is natuurlijk een veeg teken – hetzij voor de VOEG, hetzij voor de BSF, hetzij voor beide instrumenten – maar de consequentie die de auteur eraan verbindt, is op zijn minst eenzijdig: ‘In paragraaf 3.2 werd reeds gemotiveerd dat het aanbeveling verdient de operationalisatie van het begrip somatische fixatie in de BSF te onderbouwen door aan de BSF een gelijksoortig meetinstrument toe te voegen. Gezien het ontbreken van een samenhang tussen de BSF-score en de VOEG is derhalve gezocht naar een meetinstrument dat beter aan genoemde doelstelling beantwoordt.’ Voor dat doel wordt dan zonder enige omhaal de SC-90 geïntroduceerd. Blijkens de ondertitel is dat een ‘multidimensionele psychopathologie-indicator’ – dus niet zonder meer toegesneden op gebruik in de huisartspraktijk. De betekenis van de uitkomsten met dit meetinstrument in de definitieve studie lijkt mij dan ook bij voorbaat discutabel.

Veel aardiger dan de BSF lijken mij overigens de twee driepuntsschalen waarop de huisarts kan aangeven wat hij denkt met betrekking tot de al dan niet lichamelijke bepaalde oorzaak van een klacht. Opmerkelijk was de uitkomst dat herbeoordeling na 2,5 jaar nauwelijks tot enige wijziging leidde.

Conclusie

Het zal na het voorafgaande geen verbazing wekken dat ik – anders dan de auteur – van mening ben dat met dit onderzoek volstrekt niet is aangetoond dat somatische fixatie een zinvol en meetbaar begrip is, en evenmin dat het om een frequent fenomeen in de huisartspraktijk gaat. Wat Cox misschien heeft aangetoond, is dat de BSF een redelijk consistent meetinstrument is, dat goed spoort met een aantal andere instrumenten. Maar dat betekent vooral dat met al die meetinstrumenten steeds ongeveer hetzelfde is gemeten (vermoedelijk ‘nervus-

functionele klachten’). En het betekent zeker niet dat de met BSF ‘somatische fixatie’ wordt gemeten. Het zou weleens kunnen zijn dat validering van het Nijmeegse concept een heel andere – meer kwalitatief georiënteerde – onderzoeksoepzet vergt, waarbij een beperkt aantal patiënten mét de leden van hun gezin en hun huisarts gedurende langere tijd prospectief worden gevolgd.

Ik zou er bijna zin in krijgen.

E.A. Hofmans

The assessment of new diagnostic tests: guidelines and applications

Dissertatie. Van der Schouw YT. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1993. ISBN 90-9006180-0.

Dit proefschrift behandelt een algemene strategie om diagnostische tests te evalueren. De beschrijving van het eigen onderzoek valt uiteen in twee delen. Het eerste deel behandelt het gebruik van ‘Receiver Operating Characteristic (ROC) curves’ en logistische regressie-analyse. Het tweede deel illustreert aan de hand van voorbeelden uit de (poli)kliniek enkele toepassingen van deze methoden.

Ten aanzien van de ROC-analyse heeft de auteur een formule ontwikkeld waarmee met behulp van niet meer dan één sensitiviteit en één specificiteit de gehele oppervlakte onder de curve kan worden berekend. Deze ‘area under the curve’ (AUC) is een maat voor de diagnostische opbrengst van een test en wordt geprojecteerd als een eerste essentiële puntschatting voor het vergelijken van een nieuwe met een bestaande test. De introductie van een nieuwe test kan achterwege blijven indien haar AUC niet minstens even groot is als die van het bestaande alternatief. Vooral als de ROC-curve van de nieuwe test ‘op het oog’ nauwelijks anders loopt dan die van de bestaande test, is de AUC een nuttige parameter.

Als tweede stap wordt het gebruik van logistische regressie-analyse aanbevolen. Met deze methode kan worden onderzocht in welke mate de nieuwe test iets toevoegt aan het gezamenlijk onderscheidend vermogen van reeds bekende diagnostische gegevens, inclusief bijvoorbeeld de leeftijd en het geslacht van de patiënt. Deze analyse kan opnieuw leiden tot het advies om een nieuwe test niet – of juist wel – te introduceren.

Vervolgens wordt geïllustreerd hoe belangrijk het is om een diagnostische studie uit te voeren in de populatie van patiënten die geïn-

diceerd zijn voor die test. Een treffend voorbeeld is de diagnostiek van epididymitis met behulp van echografie. Bij het retrospectief analyseren van 382 testuitslagen stuitte men alras op het probleem dat de indicatie voor de test niet altijd te achterhalen was en dat daarnaast selectiemechanismen het onderscheidend vermogen van de test in belangrijke mate bevloedden. De auteur breekt dan ook een lans voor het prospectief uitvoeren van diagnostische studies.

In het tweede deel van het proefschrift worden de beschreven methoden toegepast bij de diagnostiek van myopathiën en hypertrofische pylorusstenose bij kinderen, door middel van respectievelijk een motoriektest en echografie. De motoriektest lijkt kinderen een pijnlijk spierbiopt te kunnen besparen, terwijl de echografie van nut is in die gevallen waarin projectiebraken niet samengaat met een palpabele massa in de bovenbuik.

Ontluisterend is vervolgens het geringe vermogen van het CEA om onderscheid te maken tussen goedaardige en kwaadaardige colorectale afwijkingen bij patiënten in een pre-operatief stadium. Waar deze bepaling al helemaal niet thuishoort in de huisartspraktijk, geldt dus ook de nodige terughoudendheid in de kliniek. Deze bevinding onderstreept eens te meer het gevaar van een voortijdige introductie van diagnostische tests in de praktijk; er is voor de bepaling van het CEA haast geen weg meer terug.

Getuige onder meer diverse publikaties in *Huisarts en Wetenschap*, is het gebruik van ROC-curves en logistische regressie-analyse niet nieuw, zoals de auteur in de inleiding lijkt te suggereren. Ook het begrip 'geïndiceerde populatie' is reeds door anderen (met name in de huisartsgeneeskunde) gehanteerd. De auteur gaat bewust niet in op de reproduceerbaarheid van diagnostische tests en ook het probleem van de gouden standaard wordt niet uitgewerkt. De kracht van het proefschrift zit, behalve in de ontwikkelde AUC-formule (overigens op diskette bij de auteur verkrijgbaar), vooral in de nadruk die wordt gelegd op het gebruik van een voor de test geïndiceerde populatie. Hierin schuilen echter ook de tekortkomingen. Zo mis ik een flexibeler interpretatie van ROC-curves. Het is niet ondenkbaar dat een nieuwe test een geringere AUC heeft dan de bestaande, maar toch een aantrekkelijk alternatief is, bijvoorbeeld door een betere sensitiviteit in situaties waarin een relatief hoge specificiteit gewenst is, zoals in de (poli)kliniek. Een minder statische interpretatie als deze kan vooral aan de

orde zijn wanneer de ROC-curves van twee tests elkaar kruisen.

In het verlengde hiervan is te betreuren dat de huisartsgeneeskunde niet in het onderzoek is betrokken. Juist in de eerste lijn zijn de indicaties voor diagnostische tests breder dan in de (poli)kliniek en de huisartspraktijk is daarom een optimale uitdaging voor bestaande en nieuwe tests. Overigens is het een interessant idee om de competentie van arts-assistenten in opleiding te evalueren met behulp van ROC-analyses.

Het proefschrift is, ondanks het kleine lettertype, prettig leesbaar en munt uit door een rustige en stijlvolle lay-out. Het is samengesteld uit negen (concept-)artikelen en bevat daardoor vele herhalingen. Anderzijds maakt deze opzet het goed mogelijk een beperkt aantal hoofdstukken te lezen, zonder de essentie van de studie als geheel te missen. Het boek is aanbevolen kost voor (huis)arts-onderzoekers die geïnteresseerd zijn in diagnostiek en die een eerste kennismaking met ROC-curves en logistische regressie-analyse achter de rug hebben. De deels al gepubliceerde toepassingen zijn mijns inziens van belang voor radiologen, kinderartsen en internisten. Tot slot verdient de auteur bewondering voor de manier waarop zij zich als niet-medicus heeft begeven op het weerbarstigste terrein van de geneeskundige diagnostiek.

Geert-Jan Dinant

Health status measurement in family medicine research. The Sickness Impact Profile and its application in a follow up study in patients with non specific abdominal complaints

Dissertatie. Jacobs HM. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1993; 233 pagina's. ISBN 90-3930126-3.

De afgelopen jaren hebben Nederlandse huisartsen zich niet onbetuigd gelaten in de discussie over het meten van de gezondheid en de functionele toestand van hun patiënten. In Utrecht heeft men reeds in een vroeg stadium gekozen voor het 'Sickness Impact Profile' (SIP). Jacobs doet daar in zijn dissertatie verslag van.

In de literatuur bestaat verwarring over het verschil tussen beperkingen in functie en in gezondheid. Dat geldt ook voor het verschil tussen de begrippen index en indicator. Een indicator geeft een directe representatie van de antwoorden op een vraag (hoeveel pijn heeft u:

geen, een beetje, veel), terwijl een index een gewogen combinatie van antwoorden op uiteenlopende vragen is. De SIP wordt gepresenteerd als 'health status index', maar kwantificeert in feite vooral een aantal functiebeperkingen. De SIP-scores (indices) worden berekend op basis van de gewogen antwoorden op 136 vragen. Voor huisartsen zijn uitspraken als: 'ik zit steeds te wrijven of houd de plekken vast waar mijn lichaam pijn doet of onprettig aanvoelt', 'ik heb meer kleine ongelukjes', 'ik ben veeleisend tegenover anderen' moeilijk te interpreteren zonder de klinische context. In de SIP gaat het echter om een psychometrische constructie die is bedoeld voor wetenschappelijk onderzoek, waarbij de huisartsgeneeskundige relevantie nu juist uit de aard van de klinische vraag voortkomt.

Jacobs beschrijft hoe het instrument voor onderzoek geschikt is gemaakt. De Nederlandse vertaling is op bruikbaarheid onderzocht bij ziekenfondspatiënten. Van de steekproef stuurde 68 procent een ingevulde SIP aan de onderzoekers terug (n=594). Veel van de klachten over de gezondheid en functiebeperkingen slopen goed aan op de oorspronkelijke Amerikaanse bevindingen. Oudere mensen hebben veel meer problemen dan jongeren, en mensen die voor buik- en rugklachten bij de huisarts komen, hebben meer met hun gezondheid te stellen dan mensen die op dat moment geen contact met de huisarts hebben.

Een probleem in het onderzoek van Jacobs is dat voor de interpretatie van de SIP-scores een beroep is gedaan op patiënten met 'niet-specifieke buikklachten'. De inhoud van 'niet-specifieke buikklachten' en de daaraan gekoppelde diagnostische interpretaties zijn een decade geleden vastgesteld en de toenmalige keuze bemoeilijkt het verdere onderzoek. Hoeveel specifiekere kunnen klachten zijn dan braken, diarree, obstipatie en zuurbranden? Er is hier sprake van een vermenging van contactredenen, klachten en wat de participerende huisartsen in het kader van het onderzoek als bevindingen hebben opgevat. Bij de diagnostische interpretaties in de haalbaarheidsstudie staan 'spastisch colon' en 'dyspepsie' veruit aan de top en ontbreken symptoomdiagnosen. In het eigenlijke onderzoek ontbreekt voldoende zicht op de feitelijke bevindingen van de huisarts, zodat heldere diagnosen als gouden standaard voor het interpreteren van de SIP-scores ontbreken. Het is gewoon niet duidelijk wat het aanvullend onderzoek de huisarts heeft geleerd en waaraan de patiënten in het onderzoek nu eigenlijk leden. Wel wordt duidelijk dat deze patiënten in vergelijking met een open popula-

tie beperkingen ervaren die verder gaan dan buikklasten.

Van de in het onderzoek ingebrachte patiënten met buikklasten werden er 980 door 69 huisartsen gedurende een half jaar gevolgd. Dat leverde interessante informatie op. Jacobs kan de oorspronkelijke onduidelijkheid bij het definiëren van contactredenen, klachten, bevindingen en de diagnostische interpretaties weliswaar niet meer goed maken, maar duidelijk wordt wel hoe substantieel in een aantal gevallen de veranderingen in de SIP-scores zijn, en hoe beperkt zij in andere gevallen zijn.

De beschrijving van de methodologische problemen bij het toepassen van de SIP is van belang voor lezers die zich met het meten van functiebeperkingen bezighouden. Jacobs besluit met een uitvoerige discussie waarin naar voren komt hoe ingewikkeld onderzoek op het terrein van het meten van beperkingen in functie en van de gezondheid is. Nederlandse huisartsen kunnen daar een belangrijke bijdrage aan leveren. Het feit dat wij onze patiënten zo vaak en in een doorzichtige hulpverleningsstructuur zien, maakt dat wij minder last hebben van allerlei interpretatieproblemen die zich voordoen in het Amerikaanse gezondheidszorgsysteem. De SIP biedt bij het doen van onderzoek veel problemen, maar dat geldt ook voor andere omvangrijke vragenlijsten. De druk om dergelijke instrumenten, vooral in gesubsidieerd onderzoek, te gebruiken is echter groot. De eerste stelling van Jacobs luidt dan ook: 'Het gebruik van gezondheidstoestand-metingen wordt in het huidige klinische onderzoek meer gestuurd dan door budgettaire dan inhoudelijke overwegingen'.

H. Lamberts

Huidziekten bij Hiv-infecties

Dissertatie. Hulsebosch H.J. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1993, 167 bladzijden. ISBN 09-9005842-7.

Huidaandoeningen komen frequent voor bij Hiv-geïnfecteerden; het meest frequent zijn Kaposi's sarcoom, eczema seborrhoïcum, mollusca contagiosa, asteatosis cutis en eczema craquelatum, herpes simplex, condylomata acuminata, dermatomycosis pedis en folliculitis.

Enkele weken na besmetting met Hiv kan zich de primaire Hiv-infectie voordoen, die gepaard gaat met een voorbijgaand exantheem en enantheem. De serologie voor Hiv is dan meestal nog negatief. Een aantal huidaandoeningen blijkt vroeg in de infectie met Hiv voor te komen: herpes zoster, condylomata accumi-

nata, candidiasis oris en seborrhoïsch eczeem. Huidaandoeningen die zich laat in de infectie voordoen, zijn bacteriële huidinfecties, slecht genezende herpes simplex en mollusca contagiosa. De clinicus zal bedacht moeten zijn op een ander beloop dan bij niet-Hiv-geïnfecteerden. Meestal duren de aandoeningen langer, verlopen ze heftiger, reageren ze minder goed of anders op therapie en hebben ze de neiging te recidiveren. Ook abnormale huidreacties op medicatie worden bij Hiv-geïnfecteerden veelvuldig gezien. De waarschijnlijkheidsdiagnose Hiv-geïnfecteerd of Aids is op basis van een enkele huidaandoening niet te stellen, behalve bij Kaposi's sarcoom. In grote lijnen hebben kinderen met Hiv vergelijkbare dermatologische beelden als volwassenen. Huidinfecties staan bij deze groep op de voorgrond.

De verschillende huidaandoeningen worden apart beschreven en van de meeste huidaandoeningen is ook een afbeelding toegevoegd, zij het niet in kleur. Vanwege de gedetailleerde en geordende beschrijving van de diagnostiek en het beloop van de huidaandoeningen bij Hiv-geïnfecteerden is dit proefschrift van praktische waarde voor de huisarts die met Hiv-geïnfecteerden wordt geconfronteerd. Helaas wordt de behandeling van de aandoeningen niet gedetailleerd besproken. Opgemerkt dient verder te worden dat de gegevens voortkomen uit een geselecteerde populatie: de patiënten die de polikliniek van de dermatoloog van het AMC hebben bezocht; gegevens over huidziekten die alleen bij de huisarts worden gezien, ontbreken. En tenslotte ontbreekt een handvat voor de differentiele diagnostiek van een mogelijke Hiv-infectie. Van de onderzochte patiënten was immers al bekend dat zij met Hiv waren geïnfecteerd.

B.J. de Boer

Dementie en thuiszorg. Een onderzoek naar determinanten van het competentiegevoel van centrale verzorgers en het effect van professionele interventie

Dissertatie Katholieke Universiteit Nijmegen. Vernooy-Dassen MJFJ. Handelsuitgave: Lisse: Swets en Zeitlinger, 1993; 194 pagina's, prijs NLG 45,-. ISBN 90-265-1336-4.

In deze dissertatie wordt onderzocht welke factoren van invloed zijn op het 'competentiegevoel' van de centrale verzorgers van dementerende ouderen – het gevoel dat men de zorg voor deze mensen aankan. Die factoren zijn:

ernst en duur van de dementie, mate van apathie, agitatie en stemmingsstoornissen, zelfstandig functioneren en omvang van het actieve steun-netwerk. Aan de kant van de centrale verzorger zijn onderzocht: het ervaren van emotionele en praktische steun, de mate van neuroticisme, de omvang van de participatie in de zorg, geslacht en woonsituatie.

In de tweede plaats werd onderzocht of gerichte ondersteuning leidt tot verbetering of handhaving van gevoel van competentie en/of tot minder opnamen in het verzorgingstehuis of verpleeghuis. De interventie bestond hier uit praktische en emotionele ondersteuning ten huize van de dementerende oudere, vier uur per week gedurende tien maanden gegeven door speciaal opgeleide gezinsverzorgenden. Tevens kreeg de centrale verzorger emotionele ondersteuning en informatie in twaalf bijeenkomsten van een gespreksgroep.

Ten derde is onderzocht wat het gevoel van competentie van de centrale verzorger vergroot of in stand houdt, en wat van invloed is op de kans op opname.

De ernst van de dementie blijkt slechts indirect invloed te hebben op het gevoel van competentie. Naarmate de dementie toeneemt, wordt meer geagiteerd en apathisch gedrag waargenomen en vermindert het competentiegevoel. De mate van neuroticisme van de centrale verzorger hangt samen met waargenomen geagiteerd gedrag en de stemmingsstoornissen.

De interventie bleek doeltreffender bij vrouwelijke dan bij mannelijke centrale verzorgers, in de zin dat zij zich competentier en tevredener gingen voelen. Verder werden demente bejaarden die werden verzorgd door een 'niet-partner', minder vaak opgenomen. Het gevoel van competentie ontwikkelde zich minder bij vrouwelijke huisgenoten, maar was bij hen sterker te beïnvloeden. In tegenstelling tot de negatieve samenhang tussen apathisch gedrag en een gevoel van competentie bij de eerste meting, werd de tevredenheid over zichzelf als verzorger groter bij een verdere toename van het apathisch gedrag. Volgens de onderzoeker is een mogelijke verklaring dat apathie op den duur minder als probleem wordt ervaren.

Dit onderzoek is relevant voor beleidsontwikkeling en zorgverlening. De gecontroleerde studie is helder beschreven. Het hoofdstuk waarin het gevoel van competentie wordt besproken, bevat voor hulpverleners interessante informatie. De conclusies ondersteunen het belang van aandacht voor de beleving van de zorgsituatie, speciaal voor de centrale verzorger.

G.A. de Bruijne