

van (gastro-)enteritis bij kinderen, om te stellen dat „het menselijk rotavirus in ongeveer de helft van de gevallen de oorzaak is van acute gastro-enteritis bij jonge kinderen”. Tot deze conclusie komt het Editorial in de *British medical Journal* (1975) dan ook niet.

De bevinding van DAVIDSON e.a. dat zij het virus vaker in de winter- dan in de zomermaanden aantreffen, is in zoverre in overeenstemming met epidemiologisch onderzoek in de huisartspraktijk, dat inderdaad niet van „zomergriep” kan worden gesproken. Bij een dergelijk prevalent ziektebeeld als de „acute gastro-enteritis” lijkt het echter van groot belang, anders dan in deze onderzoekingen, niet alleen uit te gaan van een selectie van patiënten, namelijk van dat relatief kleine aantal patiëntjes met dit syndroom, dat door de huisarts wordt verwezen en in de regel ook wordt opgenomen in een ziekenhuis.

*Literatuur:* COUTINHO, R. A. en J. VAN DER NOORDAA (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 1898. — DANIELS, A. J. M. (1966) *Onderzoek naar enterovirussen, salmonellae en shigellae in gezinnen met jonge kinderen*. Proefschrift Amsterdam. — DAVIDSON, G. P., R. F. BISHOP, R. R. W. TOWNLEY e.a. (1975) *Lancet* I, 242. — Editorial (1975) *Brit. med. J.* III, 555. — HUYGEN, F. J. A. (1968) In: *Het maagdarmlkanaal*. Symposion van Nijmeegse medische studenten. Thoben, Nijmegen. — RYDER, R. W. e.a. (1976) *New Engl. J. Med.* 295, 849.

Nijmegen, november 1976

H. G. M. VAN DER VELDEN

In het belangwekkend caput selectum trekken COUTINHO en VAN DER NOORDAA (1976) *algemene* conclusies op grond van onderzoek bij *geselecteerde* populaties, namelijk ziekenhuispopulaties. Van enkele populaties wordt helaas de categorie niet vermeld. VAN DER VELDEN geeft in zijn „ingezonden” al duidelijk aan dat er voor „gastro-enteritis” grote verschillen bestaan tussen ziekenhuispopulaties en huisartspraktijken. Voortzetting van het onderzoek bij niet geselecteerde populaties, zoals door VAN DER VELDEN wordt voorgesteld, lijkt ook mij van belang.

Gaarne zou ik nog de aandacht willen vestigen op dit methodologisch probleem omdat dit zich regelmatig in dit Tijdschrift voordoet. Blijkbaar is men zich onvoldoende bewust van het geselecteerde karakter van een ziekenhuispopulatie. Deze selectie vindt op 3 niveaus plaats:

1. Bij de patiënt die beslist de (huis-)arts te raadplegen. Het aan de huisarts gepresenteerde morbiditeitspatroon is niet representatief voor de ziekten en klachten in een bepaalde populatie (FOLMER 1968; VAN DER VELDEN 1971).
2. Bij patiënt en huisarts samen als beslist wordt de specialist te raadplegen.

## BERICHTEN

### Buitenland

#### GROOT-BRITANNIË

*Langere wachtlijsten.* Vóór 1970 zijn de wachtlijsten van patiënten die in een ziekenhuis moesten worden opgenomen ongeveer even lang gebleven, nl. ongeveer 500.000. Na 1970

3. Bij de specialist die beslist een patiënt op te nemen in het ziekenhuis.

De mate van selectie in ziekenhuispopulaties blijkt uit het volgende: ongeveer 15% van de patiënten die een huisarts raadplegen, worden naar een specialist verwezen, terwijl 3% wordt opgenomen. Van de ernstige aandoeningen wordt 1/3 verwezen en 1/6 opgenomen (Nijmeegs Universitair Huisarts Instituut 1974). Zo wordt bv. van patiënten met gastro-enteritis minder dan 1% door de huisarts verwezen. Het bezwaar van algemene conclusies uit onderzoek bij geselecteerde ziekenhuispopulaties is dat men hierdoor bij studenten en (a.s.) specialisten een scheef beeld van de morbiditeit in stand houdt. Dit vertekende beeld doet afbreuk aan de goede samenwerking tussen specialist en huisarts, omdat de betekenis van sommige ziekten overschat resp. onderschat dreigt te worden.

*Literatuur:* COUTINHO, R. A. en J. VAN DER NOORDAA (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 1898. — FOLMER, H. R. (1968) *Huisarts en ijsberg*. Utrecht. — VELDEN, H. G. M. VAN DER (1971) *Huisvrouw, huisarts, huisgezin*. Nijmegen. — Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (1974) *Syllabus epidemiologie*.

Utrecht, december 1976

R. A. DE MELKER

De kritiek van de collegae VAN DER VELDEN en DE MELKER op het trekken van algemene conclusies op grond van geselecteerde populaties is terecht.

Het rotavirus heeft zich tot nu toe inderdaad vrijwel beperkt tot ziekenhuispopulaties en onze algemene eindconclusie lijkt dan ook voorbarig. Toch is zij niet ongegrond. Uit serologisch onderzoek blijkt nl. dat drie-kwart van de kinderen tussen 5 en 10 jaar al een rotavirus-infectie heeft doorgemaakt en bij volwassenen kan men zelfs bij meer dan 90% antistoffen aantonen (ØRSTARIK e.a. 1976). De meeste mensen zullen dus vóór hun 5e jaar een rotavirus-gastro-enteritis doormaken. Ook in de huisartsenpraktijk moet de ziekte dan zeer vaak gezien worden. Maar om de conclusie te staven is zeker meer onderzoek nodig.

De opmerking van collega VAN DER VELDEN over de etiologie en het seizoenpatroon lijkt ons een kwestie van definitie. Diarree en braken, secundair aan andere ziekten zoals otitis media, zijn door ons niet tot de acute gastro-enteritis gerekend, maar in de praktijk zal het onderscheid lang niet altijd gemakkelijk te maken zijn.

*Literatuur:* ØRSTARIK e.a. (1976) *Scand. J. infect. Dis.* 8, 1.

Amsterdam, januari 1977

R. A. COUTINHO  
J. VAN DER NOORDAA

zijn ze steeds langer geworden; in maart 1976 telden ze 583.851 patiënten, en als Wales werd meegerekend (38.189 in 1975) rees het aantal boven de 600.000 uit. Belangrijker dan zo'n getal is de duur van de wachttijd. Van de 39.922 patiënten in Engeland die als urgente gevallen waren genoteerd, moesten 59 pct langer dan een maand op opname wachten; van de 543.929 niet-urgente hebben 27 pct langer