

Met welke klachten over de geslachtsorganen komen vrouwen bij de huisarts?

H. LAMBERTS, S. MEADS EN M. WOOD

De veldstudie met de Reason For Encounter Classification waarover recent in *Huisarts en Wetenschap* is bericht, bevat ook informatie met betrekking tot de klachten over de geslachtsorganen waarmee vrouwen op het spreekuur komen. In deze bijdrage komen twee vragen aan de orde: om welke klachten gaat het hier, en welke verschillen zijn er in de manier waarop vrouwen in de verschillende landen met dit soort problemen bij de huisarts komen? Het beschikbare materiaal bevat geen aanwijzingen dat de anticiperende huisarts op voorhand rekening moet houden met sterke weerstanden. Niettemin zal ook hier eerst vastgesteld moeten worden, of de patiënt werkelijk beter af is met een preventieve aanpak. Indien dat inderdaad het geval blijkt, is de huisarts de eerst aangewezen om ook bij mamma- en cervixcarcinomen anticiperend op te treden.

Inleiding

De huisarts zet een grote stap, als hij zijn vrouwelijke patiënten actief tegemoet treedt, daarbij anticiperend op het bestaan van kwaadaardige aandoeningen van de geslachtsorganen. Hij kan er niet vanzelfsprekend van uitgaan, dat iedere vrouw die met cerumen of een pijnlijke knie op het spreekuur komt, gediend is van vragen, voorlichting of onderzoek gericht op vroegtijdige onderkenning van een borst- of baarmoederhalskanker. Het gaat niet alleen om het gevaar van medicalisering, maar ook om de vraag of er ongewenst inbreuk op de privacy van de patiënt gemaakt wordt. Dat geldt bij iedere vorm van preventie maar zeker als het om ziekten van de geslachtsorganen gaat. In dit kader is het belangrijk om te weten welke vrouwen met wat voor klachten over de geslachtsorganen zelf naar de huisarts gaan. Wanneer vrouwen dit soort problemen frequent en gemakkelijk aan de huisarts aanbieden, dan kan de huisarts immers ook makkelijker beslissen zijn patiënten anticiperend tegemoet te treden.

De omvangrijke veldstudie met de Reason For Encounter Classificatie (RFEC) bevat ook informatie over klachten van vrouwen over de geslachtsorganen.¹ De beperkingen van deze studie maken, dat

in het licht van het bovenstaande slechts twee vragen aan bod kunnen komen:

- met welke klachten over de geslachtsorganen komen vrouwen op het spreekuur;
- welke verschillen zijn er in de manier waarop vrouwen met dit soort problemen in de verschillende landen op het spreekuur komen?

Methode

De internationale studie met de Reason For Encounter Classification is recent in *Huisarts en Wetenschap* beschreven, zodat hier volstaan kan worden met enkele kerngegevens.

Zoals bekend, is de Reason For Encounter Classification een twee-assige classificatie waarin de redenen die mensen hebben om de hulp van de huisarts (of verpleegkundige) in te roepen, systematisch zijn ondergebracht. De huisarts – of verpleegkundige – classificeert de reden voor contact, nadat hij/zij deze heeft verhelderd; het gaat dus niet om het classificeren van een diagnose. De reden voor contact wordt zoveel mogelijk in de eigen woorden van de patiënt opgeschreven; deze bewoordingen komen later ook aan de orde.

Het internationale onderzoek vond plaats in acht landen, onder auspiciën van een WHO/WONCA-werkgroep (*bijla-*

ge). In totaal zijn 90.497 *reasons for encounter* geclassificeerd.

Resultaten

In tabel 1 is de meeste beschikbare informatie samengevat. Alle redenen voor contact uit hoofdstuk X (vrouwelijke geslachtsorganen) die ten minste honderd keer zijn gecodeerd, zijn in de tabel opgenomen. Daarenboven zijn ook de angst voor het hebben van een ziekte aan de geslachtsorganen en de redenen voor contact met een directe relatie met het bestaan van een tumor in de tabel opgenomen.

Hoofdstuk X neemt met 6516 waarnemingen 7,2 procent van alle redenen voor contact voor zijn rekening. Dit betekent dat bij vrouwen ongeveer 15 procent van alle redenen voor contact met een huisarts betrekking heeft op de geslachtsorganen. Dit plaatst hoofdstuk X, na het algemene hoofdstuk (hoofdstuk A) en de tractus respiratorius (hoofdstuk R) aan de top. Kennelijk presenteren vrouwen deze categorie klachten vaak aan de huisarts, wat ook blijkt uit het aandeel van hoofdstuk X in de verschillende landen.

Met uitzondering van Hongarije, waar vrouwen met dit soort problemen meestal direct naar de gynaecoloog gaan, is hoofdstuk X in alle landen erg belangrijk. In Barbados en Noorwegen komt ruim 20 procent van alle redenen voor contact voor vrouwen uit hoofdstuk X. De aard van de werkzaamheden van de verpleegkundigen in de Verenigde Staten brengt met zich mee, dat zij veel prenatale zorg doen en veel baarmoederhalsuitstrijken verrichten.

De relatieve betekenis van de verschillende componenten loopt uiteen:

De eerste component (symptomen en klachten) is in alle landen van groot belang. Dit is het meest uitgesproken het geval in Barbados, Brazilië en Maleisië. In Nederland, de Verenigde Staten (verpleegkundigen) en in Hongarije is de component met de diagnostische en preventieve handelingen belangrijk. De component waarin de behandeling en het geven van een recept voorop staan, speelt, behalve in Hongarije en Australië, een ondergeschikte rol. Dat geldt ook voor het verkrijgen van een uitslag van een onderzoek als reden om naar de huisarts te gaan (component 4). Het hoge percentage administratieve en andere redenen voor contact bij de verpleegkundigen in de Verenigde Staten hangt samen met hun preventieve taak. Opvallend is dat diagnoses en omschreven ziekten (component 7) steeds een

ondergeschikte rol spelen. Vrouwen komen niet snel met een diagnose in dit hoofdstuk; zij komen omdat zij een klacht hebben of voor een omschreven diagnostische of preventieve maatregel. In *tabel 2* is aangegeven in hoeveel procent van de gevallen het om een vervolcontact gaat. We kennen het beeld al uit het voorafgaande artikel: hoe groter de specificiteit van de reden van contact, des te vaker gaat het om een herhalingscontact.¹

In *tabel 3* is de leeftijdsverdeling voor de verschillende componenten berekend. Hoe ouder de patiënt des te vaker is de RFE een diagnose. Voor de flink gevulde componenten 1 en 2 speelt de leeftijd geen rol.

Terugkerend naar *tabel 1* zien we dat er bij symptomen en klachten sprake is van een globale tweedeling: zwangerschap enerzijds en menstruatieklachten en afscheiding anderzijds. Er wordt weinig over niet aan de menstruatie gekoppel-

de klachten geklaagd. Angst voor het hebben van een ziekte van de geslachtsorganen vormt zelden de gecodeerde reden voor de komst.

Het verschil tussen de landen komt goeddeels op rekening van de mate waarin de huisarts zich met de zwangerschap bezighoudt. In Brazilië, Maleisië en Noorwegen is dit een zeer belangrijke reden om naar het spreekuur te gaan. Het relatief hoge percentage klachten over de zwangerschap in Brazi-

Tabel 1. Redenen voor contact (RFE's) uit hoofdstuk X – vrouwelijke geslachtsorganen, die ten minste 100 maal gecodeerd zijn, benevens RFE's wegens angst voor het hebben van een ziekte aan de geslachtsorganen en RFE's met een directe relatie met het bestaan van een tumor.

	TOTAL		AUS	BAR	HUN	NET	MAL	NOR	USN	USD	BRA
	abs	%									
Chapter X. Percentage of total		7.2	7.7	12.2	1.4	7.8	5.7	11.2	11.9	5.4	6.3
Chapter X. Absolute numbers of RFE's	6516	–	863	257	178	1176	543	1320	967	217	1022
Component 1. Symptoms and complaints	3200	49.1	48.9	64.6	28.7	36.8	63.7	52.5	23.3	40.6	77.2
X 10 – Genital pain (excl. menstrual)	102	1.6	0.4	4.3	–	0.3	1.7	3.6	0.5	0.9	2.0
X 11 – S/C menstrual	615	9.4	7.8	14.4	3.4	7.7	19.7	6.3	2.3	9.2	18.0
X 13 – Vaginal discharge	448	6.9	5.1	9.0	2.3	5.4	7.0	8.8	5.4	6.9	9.1
X 14 – Other S/C vagina	166	2.6	3.0	3.5	0.6	2.0	0.9	1.7	2.2	2.3	5.4
X 15 – S/C vulva	156	2.4	4.0	2.0	1.7	3.0	3.0	3.6	1.0	–	0.6
X 19 – Lump/mass. breast	110	1.7	3.1	2.0	1.7	1.6	1.8	1.1	0.7	4.2	1.6
X 20 – Breast pain	132	2.0	1.7	0.8	2.3	4.3	1.5	1.6	0.8	4.6	1.5
X 22 – Pregnancy: no complaint	681	10.5	13.9	14.4	1.1	2.5	17.1	18.0	1.3	3.7	14.2
X 23 – S/C Pregnancy	331	5.1	2.9	2.3	5.1	1.3	5.3	1.3	4.7	1.4	17.9
X 26 – Fear having breast disease	34	0.5	1.0	1.2	0.6	0.6	0.2	0.2	0.3	0.9	0.6
X 27 – Fear having genital disease	90	1.4	1.2	5.1	0.6	0.9	0.6	1.7	1.8	1.4	0.9
X 29 – Other S/C genital system	112	1.7	1.4	3.5	1.1	1.9	0.9	1.1	1.3	2.3	2.8
Component 2. Diagnostic and preventive procedures	2101	32.2	24.3	20.2	36.0	46.1	24.1	35.9	45.9	33.6	11.6
X 30 – Examination	430	6.6	3.7	0.8	–	6.1	3.1	17.6	2.4	4.6	4.2
X 42 – Cytology	293	4.5	8.5	9.0	0.6	4.1	1.1	2.9	5.2	20.3	1.2
X 46 – Other diagnostic procedures	154	2.4	1.8	–	–	0.3	1.5	–	11.9	0.9	1.1
X 47 – Contraceptive medication	715	11.0	6.8	5.1	33.2	30.9	6.3	8.4	5.4	3.7	1.8
X 48 – Other family planning	176	2.7	2.0	3.1	1.1	2.7	2.4	6.7	0.9	1.8	0.3
X 49 – Other screening/preventive procedures	218	3.4	0.6	0.8	–	1.3	0.7	–	18.4	0.9	1.2
Component 3. Medication, treatment, therapy procedures	466	7.2	14.7	1.2	19.1	8.4	7.4	4.3	6.9	7.8	2.5
X 50 – Medication	284	4.4	12.8	0.4	16.3	3.6	4.4	1.1	6.0	2.3	0.4
Component 4. Test results	135	2.1	2.6	4.3	5.6	1.5	0.6	1.0	0.7	0.9	4.9
Components 5 + 6. Administrative + other	345	5.3	2.5	2.7	6.2	2.6	1.5	2.5	20.8	2.8	2.6
Component 7. Diagnoses, diseases	269	4.1	6.9	7.0	4.5	4.6	2.8	3.8	2.4	14.3	1.2
X 75 – Malign. neopl. fem. genital syst.	14	0.2	–	–	–	–	–	–	–	–	–
X 76 – Malign. neopl. fem. breast	20	0.3	–	–	–	–	–	–	–	–	–
X 78 – Benign. neopl. breast (excl. cystic)	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
X 79 – Other benign. neopl. fem. genital	8	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
X 80 – Other unspec. neopl. fem. genital	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
X 91 – Chron. cystic. dis. breast	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

Toelichting. AUS = Australia; BAR = Barbados; HUN = Hungary; NET = Netherlands; MAL = Malaysia; NOR = Norway; USN = US-nurses; USD = US-doctors; BRA = Brazil.

Tabel 2. Percentage vervolcontacten, gespecificeerd per component.

	Componenten							Totaal
	1	2	3	4	5	6	7	
%	36.7	42.4	56.4	58.5	46.0	30.5	65.4	41.4

Tabel 3. Leeftijdsverdeling voor de verschillende componenten van hoofdstuk X – vrouwelijke geslachtsorganen. Percentages per component.

Componenten	Leeftijden					
	0-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65+
1	1.2	2.2	33.8	52.1	8.7	2.0
2	–	.5	37.7	54.3	6.0	.7
3	.4	1.3	34.5	49.1	9.9	4.7
4	–	–	27.4	51.1	17.0	4.4
5	4.0	8.0	24.0	62.0	2.0	–
6	.3	.3	39.7	51.9	6.4	1.4
7	1.1	.7	23.8	45.4	19.0	10.0
Totaal	.7	1.4	34.8	52.3	8.6	2.1

lië moet aan een codeerprobleem worden toegeschreven. We zien voorts dat de Nederlandse huisarts heel weinig bemoeiingen met de zwangerschap heeft, evenmin als zijn Hongaarse en Amerikaanse collega.

In de tweede component waaier het beeld uit. De zwangerschapscontrole in Noorwegen, het maken van een uitstrijk door de Amerikaanse huisartsen en de belangrijke rol van de Nederlandse huisarts bij de anticonceptie bepalen het beeld.

Het komt maar zelden voor, dat vrouwen hun reden voor contact formuleren in de vorm van een diagnose en met name geldt dat voor de kwaadaardige afwijkingen van de geslachtsorganen. Nalezen van de bewoordingen van de patiënt zoals deze door de coderende huisartsen en verpleegkundigen zijn opgeschreven, leert het volgende. Wanneer we aannemen dat de hulpverleners niet al te ver van de bewoordingen van de patiënt zijn afgeweken, dan is er in de meeste rubrieken een grote diversiteit. Door de verschillen in taal en cultuur verschillen ook de bewoordingen waarin de klachten worden geuit, ook al blijven de synoniemen bijna steeds binnen de inhoud van een rubriek. Menstruatieklachten blijven in feite, ondanks de uiteenlopende bewoordingen, beperkt tot onregelmatigheid, heftig bloeden, het overslaan van de menstruatie en pijn. Hetzelfde geldt voor het beschrijven van afscheiding. Ook klachten over de vulva komen in de verschillende landen op hetzelfde neer: het gaat of om jeuk of om pijnlijke plekjes of om puisten.

Beschouwing

Vrouwen komen vaak voor een probleem met de geslachtsorganen op het spreekuur, ook als men de zwangerschap buiten beschouwing laat. Als men bovendien de pilcontrole en het maken van een Pap-smear buiten beschouwing laat, verschaalt het beeld sterk.

Ook in Nederland ontmoet de huisarts een flink gevarieerde hulpvraag van vrouwen. Kennelijk zien zij hem als iemand bij wie zij voor tal van klachten terecht kunnen. Het monitoringproject laat zien, dat de huisarts daar ook diagnostisch en therapeutisch gedifferentieerd op reageert.²

Er zijn geen aanwijzingen dat de anticiperende huisarts op voorhand met sterke weerstanden van vrouwelijke patiënten rekening dient te houden, omdat zij hem in het algemeen weinig met gynaecologische problemen benaderen. Aan de andere kant is het duidelijk dat het zinloos is het anticiperen te beperken tot vrouwen die zelf met klachten over de geslachtsorganen bij de huisarts komen.

De situatie in een land als Hongarije illustreert dat de huisarts gepasseerd kan worden, terwijl de werkverdeling tussen verpleegkundigen en huisartsen in de Verenigde Staten laat zien, dat de organisatie- en financieringsstructuur van de gezondheidszorg het werk van de huisarts inhoudelijk kunnen beïnvloeden.

Per saldo blijft er veel te zeggen voor het oude adagium: eerst goed uitzoeken of de patiënt met anticiperen c.q. preventie werkelijk beter af is. In dubio absti-

ne, maar dan ook iedereen. Is er geen twijfel, dan is de huisarts de eerst aangezekerde om – ook bij mamma- en cervixcarcinomen – zijn patiënten anticiperend en volgens de regels van de huisartsgeneeskunde tegemoet te treden.

¹ Lamberts H, Meads S, Wood M. Waarom gaat iemand naar de huisarts? Huisarts en Wetenschap 1984; 27: 234-44.

² Lamberts H. Morbidity in general practice. Diagnosis related information from the Monitoring Project. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.

Bijlage. De deelnemende landen en de onderzoekers

Australië. Prof. Charles Bridges-Webb organiseerde het veldonderzoek met voornamelijk huisartsen in en rond Sydney. De classificatie en de registratie vonden plaats in het Engels.

Barbados. Prof. Maurice Wood was tezamen met Dr. Mike Hoyos verantwoordelijk. Het lukte hier niet om het gewenste aantal van ongeveer 10.000 waarnemingen te halen. De classificatie en de registratie vonden plaats in het Engels.

Brazilië. Ms. Sue Meads en Dr. Ruy Laurenti waren verantwoordelijk voor het veldonderzoek in en rond Sao Paulo waaraan, naast huisartsen, ook *community health workers* en verpleegkundigen deelnamen. De classificatie en de registratie vonden plaats in het Portugees.

Hongarije. Dr. Marianne Szatmari en Dr. Henk Lamberts waren verantwoordelijk voor het veldonderzoek in Boedapest, waaraan alleen huisartsen deelnamen. De classificatie was in het Hongaars, de registratie eveneens, maar deze is in het Engels vertaald voor het inbrengen in de computer.

Maleisië. Hier trad Dr. Rajakumar op als coördinator: alleen huisartsen in Kuala Lumpur namen aan het onderzoek deel. De classificatie en de registratie vonden plaats in het Engels.

Nederland. Prof. Dr. C. A. de Geus en Dr. Henk Lamberts waren verantwoordelijk voor het veldonderzoek in Maastricht en omgeving. Acht huisartsen participeerden. De classificatie was in het Engels, de registratie in het Nederlands. De informatie werd op een tape in Genève aangeleverd.

Noorwegen. Prof. Bent Bentsen werkte met elf huisartsen in en rond Trondheim en produceerde eveneens een tape. De classificatie vond plaats in het Engels, de registratie in het Noors.

Verenigde Staten, huisartsen. Prof. Maurice Wood organiseerde het huisartsgeneeskundig aandeel van het veldonderzoek in en om Richmond, Virginia. De classificatie en de registratie vonden plaats in het Engels.

Verenigde Staten, verpleegkundigen. Ms. Sue Meads verzamelde samen met 22 verpleegkundigen ruim 8000 waarnemingen op verschillende plaatsen in de Verenigde Staten. De classificatie en de registratie vonden plaats in het Engels.