

Tenslotte moet bij de arts-assistent continu het optimaal gebruiken van de mogelijkheden van de praktijkopleiding gestimuleerd en gecontroleerd worden. Extra aandacht voor de mogelijkheden – maar ook voor de eventuele beperkingen – van de praktijkstage zal bij een meerjarige opleiding zeker op zijn plaats zijn.

- ¹ Van Es J. Huisarts en universiteit [Afscheidrede]. Medisch Contact 1982; 40: 1267-72.
- ² Van Weel C. Verwijzen binnen de eerste lijn door artsassistenten in een gezondheidscentrum. Huisarts Wet 1983; 26: 322-5.
- ³ Bulte J, Helsper A, Van der Ende J, Visser S. Evaluatie-onderzoek naar de huisartsopleiding in Nijmegen en Groningen. Huisarts Wet 1987; 30: 317.
- ⁴ Anoniem. Evaluatie van op de preventieve taak van de huisarts gerichte onderwijsprogramma's. Bijlagen; meetinstrumenten. Nijmegen: NUHI, 1985.
- ⁵ Mokkink HGA, Tielens VCL, Smits AJA, e.a. Werkstijlen van huisartsen. Huisarts Wet 1986; 29: 72-6.
- ⁶ Byrne PS, Long BEL. Leren zorgen. De huisarts als opleider. Utrecht: Oosthoek, Scheltema en Holkema, 1975.
- ⁷ Pereira Gray DJ. Training for General Practice. Plymouth: Mac Donald and Evands 1982.
- ⁸ Lamberts H, Ouwehand G. Een arts-assistent in een huisartspraktijk. Huisarts Wet 1982; 25: 4-11.
- ⁹ Brokke L, Groenier K. Over de huisartsopleider [Intern rapport]. Groningen: Instituut voor huisartsgeneeskunde, 1985.
- ¹⁰ Kolthoff-Tan L. Onderwijsaanbod en behoefte aan scholing op somatisch gebied. Amsterdam: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, 1984.
- ¹¹ Van Dillen M, Kersten A, Kuyvenhoven M. Een parttime opleiding tot huisarts; ervaringen van arts-assistenten en huisartsopleiders. Huisarts Wet 1985; 28: 270-2.
- ¹² Van Geldrop GM, Alting von Gesau WAM, Van Amerongen HL, e.a. Opleiden en leren in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1985.
- ¹³ Baker R. Comparison of standards in training and non-training practices. J R Coll Gen Pract 1985; 35: 330-2.
- ¹⁴ Adam J, Oswald M. What does a trainee see? J R Coll Gen Pract 1985; 35: 230-4.
- ¹⁵ Freeman J, Roberts J, Metcalfe D, Hillier V. The influence of trainers on trainees in general practice [Occasional paper 21]. London: The Royal College of General Practitioners, 1982.

Pilcontrole en Chlamydia-screening

In het juninummer van de vorige jaargang komt verschillende malen de vraag aan de orde of regelmatige medische controles wel zinvol zijn bij pilgebruikers die geen enkele klacht hebben in verband met hun anticonceptiegebruik. Als besluit werd gesuggereerd om de medische controles te beperken en dan vooral het gynaecologisch onderzoek niet meer in dat standaardpakket van de 'pilcontrole' op te nemen.¹

In een tweede artikel over de houding van artsen ten opzichte van de pilcontrole blijkt dat 69 procent het eens is met de mening dat de 'pilcontrole een goede entree is voor het verrichten van preventief onderzoek'.² Toch wordt als beschouwing hierbij aangeknoopt 'dat de leeftijdsgroep waarin cervixcarcinoom en mammacarcinoom voorkomen, vrijwel niet samenvallen met de leeftijdsgroepen die de pil gebruiken. In feite wordt de minst geëigende en meest gezonde groep systematisch onderzocht. Ook voor systematisch onderzoek van urine en fluor bestaat geen wetenschappelijk argument'.²

Deze laatste bewering wordt op tafel gegooid zonder enige literatuurreferentie.

Preventie van SOA is uiteraard vooral een opdracht voor de vrouw en haar partner(s), maar ook voor de huisarts is er een taak weggelegd. Vooreerst kan bij de pilcontrole informatie gegeven worden over SOA en de mogelijkheden om deze ziekte te voorkomen. Nu blijken vooral pilgebruiksters een hoger risico te hebben op het oplopen van een cervicale infectie met Chlamydia trachomatis.³ Onderzoeken in huisartspraktijken van een cohort pilgebruiksters en een groep vrouwen met een spiraal (gemiddelde leeftijd 22) jaar bracht aan het licht dat de incidentie voor een Chlamydia-trachomatisinfectie bij pilgebruiksters 7 procent per jaar bedroeg en bij spiraalgebruiksters 1 procent. Gedurende de follow-up periode van twee jaar ontwikkelde 13 procent van de pilgebruiksters een cervicale Chlamydia-infectie ten opzichte van 2 procent van IUD-gebruiksters.⁴

Ook een prevalentiestudie in enkele huisartspraktijken toonde aan dat 7 procent van de gebruiksters een Chlamydia-infectie ter hoogte van de cervix

hadden. De meesten van hen hadden hiervan geen klachten, evenmin als hun partners.⁴

Nu kan men zich afvragen of een asymptomatische Chlamydia-infectie wel behandeling behoeft, want anders heeft opsporing geen zin. Vrouwen met een onbehandelde Chlamydia trachomatis in de cervix hebben jaarlijks 8 procent kans dat de infectie opstijgt tot een *pelvic inflammatory disease* (PID).⁵ Een PID kan tot belangrijke complicaties leiden, zoals perihepatitis, tubaire infertiliteit, ectopische zwangerschap, chronische onderbuikpijn en diepe dyspareunie.⁴ Deze gevolgen van PID worden nog meer relevant bij jonge vrouwen met kinderwens in de (verre) toekomst. Aandacht voor asymptomatische Chlamydia-infecties ter hoogte van de cervix bij anticonceptiecontrole kan een aantal PID's en daarop mogelijk volgende infertiliteit voorkomen.

Deze overwegingen geven de arts argumenten om jaarlijks een gynaecologisch onderzoek voor te stellen aan jonge, seksueel actieve vrouwen, vooral ter opsporing van Chlamydia trachomatis en preventie van PID en onvruchtbaarheid. De detectie van Chlamydia trachomatis is sterk vereenvoudigd en veel economischer dan de gebruikelijke cultuurmethode, die toch nog altijd als standaard geldt. Met de beschikbare Enzyme-Immuno-Assay-opsporing is de afname van een specimen voor opsporing van Chlamydia in het bereik van iedere arts, zoals trouwens in datzelfde nummer van *Huisarts en Wetenschap* wordt gesteld door Koolbergen.⁶

Ik meen dat de voornaamste voorwaarden voor een jaarlijkse screening tijdens de pilcontrole op Chlamydia trachomatis vervuld zijn, zeker wat betreft een doelgroep van jonge nulliparae.

Terecht kan men de vraag stellen of vrouwen zullen ingaan op dit preventieve screeningsaanbod van hun arts. Eén vrouw op zeven consulteert haar huisarts wegens een vraag in verband met haar seksuele organen en opvallend is dat een derde van hen geen klachten heeft, maar een preventief onderzoek vraagt.⁷ Zullen de huisartsen ingaan op de preventieve vraag van deze vrouwen?

D. Avonts,
huisarts te Antwerpen

- 1 Anoniem. Richtlijnen voor pilgebruikster. Huisarts Wet 1987; 30: 179.
- 2 Crebolder HFJM, Sips AJBI. De pilcontrole: onderzoeken en opvattingen van huisartsen. Huisarts Wet 1987; 30: 180-2.
- 3 Washington AE, Gove S, Schachter J, Sweet RL. Oral contraceptives, Chlamydia trachomatis infection, and pelvic inflammatory diseases. JAMA 1985; 253: 2246-50.
- 4 Avonts D. Chlamydia trachomatis and other genital infections in women in primary care: diagnosis, prevalence, incidence and relationship to contraceptive use [Thesis]. Antwerpen: Universitaire Instelling Antwerpen, 1986.
- 5 Westrom L, Mårdh PA 1982. Genital chlamydial infections in the female. In: Mårdh PA, Holmes KK, Oriel JD, Piot P, Schachter J. Chlamydial infections. Amsterdam, New York: Elsevier, 1982; 121-39.
- 6 Koolbergen K. Een bijzonder geval van Chlamydia-infectie. Huisarts Wet 1987; 30: 194-5.
- 7 Lamberts H, Mead S, Wood M. Met welke klachten over de geslachtsorganen komen vrouwen bij de huisarts? Huisarts Wet 1984; 27: 418-20.

Naschrift

Met Avonts zijn wij het eens dat de toenemende problematiek die door Chlamydia trachomatis wordt veroorzaakt, ons zorgen dient te baren. Tijdens de consensusprocedure is dit probleem ook door enige deelnemers gesignaleerd. Toch is er een duidelijke keuze gemaakt om een screening op Chlamydia trachomatis niet op te nemen in een standaardprocedure voor de controle van pilgebruikers. De argumentatie daarvoor is ontleend aan de criteria die Wilson en Jungner geformuleerd hebben voor het door middel van screening opsporen van aanvankelijk asymptomatisch verlopende aandoeningen. Worden deze criteria toegepast op de voorgestelde screeningsactiviteit, dan ontstaat het volgende beeld:

1 Van de betreffende risicofactoren en de ziekten die daaruit voortkomen moet het natuurlijke beloop bekend zijn. Van Chlamydia-infecties is inmiddels veel bekend, met name de genoemde ernstige complicaties van PID, eventueel gevolgd door fertiliteitsverlies. Over veel factoren is echter nog onzekerheid, zoals over faciliterende factoren bij deze ontstekingen waardoor progressie of toename van pathogeniciteit ontstaat. Zolang dit nog niet bekend is, moet de

gehele groep seksueel actieve vrouwen als *at risk* worden beschouwd.

2 De methode van opsporen moet eenvoudig zijn, niet kostbaar en moet weinig fout-positieve of fout-negatieve uitslagen geven. Een afgenomen test die negatief is, is slechts een momentopname en niet meer dan dat. Diezelfde avond kan de infectie opgelopen worden en complicaties veroorzaken.

3 De screeningsmethode moet geen schade berokkenen aan de betrokkenen. Het afnemen van een kweek is pijnloos en vergelijkbaar met het maken van een portio-smear. Het kan wel een vals gevoel van veiligheid geven voor de tijd die daarna volgt.

4 De betreffende risicofactor moet op een efficiënte manier zijn te beïnvloeden. Een bestaande infectie kan bestreden worden, er bestaat echter geen garantie tegen een recidief, en ook het recidief is symptomeloos. Is daarvoor een frequentere controle gewenst?

5 De interventie moet de complicaties die de risicofactor met zich meebrengt in belangrijke mate voorkomen. Ook hiervoor geldt dat iedere opgespoorde en behandelde infectie de kans op complicaties aanzienlijk beperkt. Dit geeft echter geen garantie tegen een recidief, ook niet door intensieve controle.

6 Uiteraard moeten de ziekte en de complicaties waarnaar de risicofactoren verwijzen, een belangrijk gezondheidsprobleem vormen en ernstige ziekteverschijnselen veroorzaken. De genoemde complicaties die Chlamydia trachomatis veroorzaakt zijn dat zeker.

Naar onze mening voldoet het jaarlijks systematisch screenen van alle pilgebruiksters op Chlamydia trachomatis niet aan alle criteria van Wilson en Jungner. Een preventief aanbod om het risico op de beschreven infecties en complicaties daarvan te voorkomen, zou ook meer een primair karakter moeten hebben: zoveel mogelijk moet worden voorkómen dat de aandoening – dus de besmetting – ontstaat. Vrouwen (en ook mannen) met wisselende seksuele contacten lopen meer risico's op seksueel overdraagbare aandoeningen dan monogaam levende personen. In het gesprek over de keuze van de anticonceptiemethode dient dit al aan de orde te zijn geweest. Voor sommige vrouwen heeft het advies om met condoom te vrijen (als interessante variant op geen coïtaal contact) meer preven-

tieve waarde dan het regelmatig screenen van de cervix op Chlamydia trachomatis.

In de slotzin vraagt collega Avonts zich af of de huisartsen zullen ingaan op de preventieve vraag van de vrouw. De discussies rond het NHG-congresthema van 1986 'Preventie' heeft ons duidelijkheid gegeven over een aantal vragen daaromtrent. Een conclusie is dat het vragen om preventief onderzoek (door een patiënt of de gemeenschap) nog geen reden is om daarop in te gaan. Het is de deskundigheid van de arts om de wetenschappelijke merites van preventief en screenend onderzoek te beoordelen en daarnaar te handelen. Is het tegemoet komen aan een vraag om preventief onderzoek niet reëel, dan is het ook een vorm van preventie om dit duidelijk te maken aan de vraagsteller. Doen wij dit niet en honoreren wij iedere vraagstelling van (pseudo-)preventief of screenend onderzoek, dan komen wij met zijn allen in zinloze situaties terecht.

A. J. B. I. Sips

Kankerregistratie

In de uitgave 'Kankerregistratie in Nederland; het bestek' wordt de doelstelling van de Landelijke Kanker Registratie (LKR) als volgt omschreven: 'het vaststellen van het voorkomen van kanker in de Nederlandse bevolking, alsmede het onderzoeken van het verband tussen kanker en diverse factoren c.q. omstandigheden in de samenleving'.¹ Volgens het bestek kan deze doelstelling als volgt nader worden geconcretiseerd:

- stimuleren en scheppen van mogelijkheden tot epidemiologisch onderzoek naar etiologische factoren van kanker en het op grond daarvan ontwikkelen en laten evalueren van preventieve maatregelen;
- stimuleren tot klinisch en ander patiëntgebonden onderzoek, door het periodiek aanbieden van patiënten overzichten aan de berichtgevers.

In zijn discussiebijdrage gaat Berkel in op de vraag hoe volledig de kankerregistratie is wanneer de pathologisch-anatomische diagnostiek (cytologisch, hematologisch en histologisch onderzoek) als enige kenbron voor de kankerregis-

tratie functioneert, en daarbij uit hij zijn twijfels over het percentage uitvallers, zoals gegeven in het project van de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland.² Hij stelt een aantal vragen over het Peilstationproject die merendeels al eerder in *Huisarts en Wetenschap* zijn behandeld. Zo bleek dat bij 33 van in totaal 223 aan kanker overleden patiënten (15 procent) geen pathologisch-anatomisch onderzoek was verricht. Van deze 33 patiënten waren er 22 wel gezien door de specialist, terwijl de andere 11 uitsluitend bij de huisarts bekend waren. Deze percentages zijn niet evenredig verdeeld over de verschillende groepen van maligne aandoeningen.

Het belang van de vraag welk percentage wordt gemist en hoe zwaar aan 'harde' diagnoses moet worden getild, is afhankelijk van de doelstellingen van de kankerregistratie. Zolang deze nog in bovenstaande algemene termen zijn omschreven, dient de discussie niet op het scherp van de snede te worden gevoerd. Voor eventuele *pilot studies* naar het aandeel van de huisarts bij de kankerregistratie lijken mij scherp omschreven doelen van essentieel belang. Deze miste ik node in de bijdrage van *Berkel*.

Als het bij de kankerregistratie alleen om het registreren gaat, dan is het percentage van de uitsluitend door de huisarts gestelde diagnoses periodiek te verrekken door middel van *pilot studies*. Gaat het echter om meer specifieke doelstellingen -nauwkeuriger inzicht in incidentie en prevalentie, ook op regionaal niveau en over de tijd gemeten; inventarisatie van de belasting voor de verschillende zorgsystemen; gebruik voor analytisch-epidemiologisch onderzoek - dan kan een op zichzelf klein percentage tot een onverantwoorde vertekening leiden. Het zal overigens moeite genoeg kosten de 95 procent van wel PA-bevestigde diagnoses beschikbaar te krijgen voor de registratie.

De peilstationgegevens signaleren in ieder geval een mogelijk hiaat in de kankerregistratie. De absolute gegevens zijn daarbij ondergeschikt aan het signaleren van het feit dat uitsluitend de eis van pathologisch-anatomische diagnostiek, al dan niet aangevuld met de ontslagdiagnose, kan leiden tot een vertekening.

In de kankerregistratie is plaats gereserveerd voor de huisarts als directe

informatieverschaffer, zoals door *Berkel* zelf is uitgelegd.⁴ De huisarts en zeker ook de verpleeghuisarts kunnen bijdragen aan de volledigheid van de registratie. Voor we ons nu verder in een vermoeiende discussie storten over de grootte van de bijdrage, lijkt het mij van belang om de doelstellingen van de registratie scherper te formuleren en daarop de eisen van volledigheid c.q. representativiteit te baseren. Vervolgens kunnen afspraken worden gemaakt over de wijze waarop en de condities waaronder huisartsen gaan deelnemen aan de kankerregistratie.

Het lijkt geen twijfel dat er hoe dan ook altijd patiënten zullen zijn bij wie de diagnose kanker uitsluitend door de huisarts wordt gesteld. Dat is geen harde diagnose die pathologisch-anatomisch, cytologisch of hematologisch is bevestigd, maar een werkhypothese. Die werkhypothese is bepalend voor de handelwijze van de huisarts en weerspiegelt zich in het verloop van het ziektebeeld en de prognose bij deze hoofdzakelijk oudere patiënten: zowel de patiënt en de familie als de huisarts/verpleeghuisarts is duidelijk dat de prognose op korte termijn infaust is. Onder deze groep valt ook een (waarschijnlijk zeer klein) aantal patiënten dat absoluut verdere specialistische bemoeienissen weigert.

Inzicht in frequentie en aard van het ziekteproces is niet alleen van belang voor de representativiteit van de registratie; ook de zwaarte van het lijden en de inspanningen van de zorgverleners kunnen langs deze weg geschat worden. Het gaat veel eerder om vragen van kwaliteit dan om de kwantiteit. Alleen al om deze redenen verdient dit aspect ook in de registratie zichtbaar te worden.

E. Schadé

P. C. SCHRADER

Ulcus pepticum

In 1986 werd in deze rubriek tweemaal aandacht besteed aan het vóórkomen van ulcus pepticum, in het bijzonder onder allochtone bevolkingsgroepen in Nederland. Dat gebeurde aan de hand van Haagse cijfers. Uit deze bijdrage blijkt dat de situatie in Amsterdam in hoge mate overeenstemt met die in Den Haag.

Inleiding

De diagnose ulcus pepticum wordt in de praktijk gesteld op basis van een typisch klachtenpatroon, eventueel geobjectiveerd door middel van röntgen- of gastroscopisch onderzoek.

De incidentiecijfers van de verschillende huisartsregistratiesystemen lopen vrij sterk uiteen; zo werd in de Nijmeegse Continue Morbiditeits Registratie een incidentie van 16 gevallen per jaar gemeld, gerekend over een totale praktijkpopulatie van 10.000 personen.¹ *Nijhuis* kwam in Den Haag tot een incidentie van 44 gevallen.² Deze verschillen kunnen deels berusten op verschillen in de gehanteerde definities ('vermoede' versus 'geobjectiveerde' diagnose). Daarnaast speelt de samenstelling van de populatie *at risk* een belangrijke rol. *Avezaat* heeft gewezen op het verhoogde risico van peptische ulcera bij mannen van Turkse en Marokkaanse afkomst.³ Zijn bevindingen zijn bevestigd door *Nijhuis*, die een bijna 4 maal zo groot risico voor de groep allochtone mannen in de leeftijdsgroep van 20 tot 39 jaar becijferde.²

Resultaten

In totaal zagen de peilstationartsen 542 patiënten bij wie de diagnose ulcus pepticum werd vermoed. Dat komt neer op een incidentie van 65 'vermoede' gevallen per 10.000 van de populatie *at risk*. *Tabel 1* laat zien dat de incidentie onder Turken en Marokkanen vele malen hoger wordt geschat; bijna de helft van het

¹ Anoniem. Kankerregistratie in Nederland. Het bestek. Leiden: Stichting Landelijk Overlegorgaan Kankercentra, 1984.

² Berkel J. Huisarts en kankerregistratie. *Huisarts Wet* 1987; 30: 394-6.

³ Schadé E, IJzermans CJ. Over de volledigheid van de voorgestelde kankerregistratie. *Huisarts Wet* 1985; 28: 171-3.

⁴ Berkel J. Volledigheid kankerregistratie. *Huisarts Wet* 1985; 28: 308-9.

Ontleend aan: Jaarverslag 1986 van het Amsterdams Peilstation Project, GG en GD Amsterdam, Postbus 20244, 1000 HE Amsterdam.