

# Rekenfout, Alternatief, Dokter als medicijn, Anticonceptie

## Rekenfout

Het betoeg van Van Duijn<sup>1</sup> voor een vuistregelbenadering in de huisartspraktijk lijkt gerechtvaardigd: het vertalen naar beslissingen ten aanzien van in vele (andere) opzichten unieke individuele patiënten op geleide van maten afkomstig uit (veelal nog) klinische populaties is immers een balanceren tussen kunst en kunde.

Jammer is dat bij de onderbouwing van het betoeg enige storende fouten in de getallenvoorbeelden zijn terechtgekomen. Daar wij de gegevens voor borstkanker zoals uitgewerkt in de tabel op pagina 479 voorhanden hebben – deze zijn namelijk identiek aan de gegevens uit de dissertatie van Rombach<sup>2</sup> – voelen wij de behoefte de berekeningen met formules hier weer te geven (tabel). We spreken daarbij de hoop uit dat Van Duijn ook de referenties bij de andere voorbeelden wil geven, zodat deze eveneens kunnen worden nagerekend.

W. Beijerink,  
P.A. van Noord,  
J.J. Rombach,  
Preventicon Utrecht

<sup>1</sup> Van Duijn NP. De Likelihood Ratio en de Unlikelihood Ratio. Twee praktische maten voor diagnostische tests [Discussie]. *Huisarts Wet* 1989; 32: 478-82.

<sup>2</sup> Rombach JJ. Breast cancer screening: results and implications for diagnostic decision making. Alphen a/d Rijn: Stafleu, 1980.

## Naschrift

Beijerink e.a. hebben gelijk: er is een storende rekenfout gemaakt in de tabel. De voorspellende waarden voor de mammografie en voor de palpatie liggen twee decimalen verder. De PV+ voor de mammografie is 1,3 procent in plaats van 0,04 procent en die voor de palpatie is 10 procent in plaats van 0,01 procent. De door Beijerink e.a. geciteerde prevalentie van 0,8 procent schikte me echter minder goed in dit rekenvoorbeeld dan de gekozen a priori kans van 0.1 procent.

Voor de bronvermelding kan worden verwezen naar de literatuurlijst, nummers 7-10.

N.P. van Duijn

## Alternatieve behandelingswijzen

Met instemming heb ik destijds kennisgenomen van de open brief aan het bestuur van het NHG van de hand van K. Bakx c.s. in het juninummer van *Huisarts en Wetenschap*.<sup>1</sup> De auteurs nodigen het NHG-bestuur uit om zich uit te spreken

**Tabel** Sensitiviteit, specificiteit, PV+, PV– en prevalentie bij mammografie en palpatie.

	Histologie+	Histologie–	Totaal
Mammogram+	TP 110	FP 152	262
Mammogram–	FN 6	TN 14.415	14.421
Totaal	116	14.567	14.683

Sensitiviteit =  $TP/(TP+FN) = 110/116 = 95\%$ .

Specificiteit =  $TN/(TN+FP) = 14.415/14.567 = 99\%$ .

PV+ =  $TP/(TP+FP) = 110/262 = 42\%$  (niet 0,1%).

PV– =  $(TN+FN)/(TN+FN+TP+FP) = 14.415/14.421 = 99,9\%$ .

Prevalentie =  $(TP+FN)/(TP+FN+TN+FP) = 116/14.683 = 0,8\%$  (niet 0,1%).

LR– =  $1 - \text{sensitiviteit}/\text{specificiteit} = 5/99 = 1/19,8 = 5\%$ .

LR+ =  $\text{sensitiviteit}/(1 - \text{specificiteit}) = 95/1 = 95\%$ .

Voor palpatie vonden wij:

Sensitiviteit =  $47/116 = 40,5\% \sim 41\%$ .

Specificiteit =  $14.176/14.567 = 97,3\% \sim 97\%$ .

PV+ =  $47/438 = 10,7\%$  (niet 0,04%).

PV– =  $14.176/14.245 = 99,5\%$  (niet 98%).

over het probleem van de toenemende tolerantie jegens en de vraag naar alternatieve behandelingswijzen en de gevolgen daarvan voor het functioneren van de huisarts en voor het onderwijs. Zij vragen het Genootschap om met betrekking tot dit probleem praktische gedragsregels te formuleren, in samenwerking met de LHV.

De kwestie is dringend genoeg. Alternatieve behandelmethoden hebben immers schadelijke effecten op de volksgezondheid. De argumenten voor deze stelling zijn niet nieuw, maar nimmer afdoende weersproken. Desondanks bleek uit de beruchte Nivel-enquête naar de relatie tussen huisarts en alternatieve geneeswijzen dat 60% van de huisartsen homeopathie en acupunctuur positief beoordelen en dat 47% zelf één of meer alternatieve geneesmethoden toepassen.<sup>2</sup> Dit is een beschamend gegeven dat niet zonder meer genegeerd kan worden.

Een open brief vraagt om een openbaar antwoord. Met spanning heb ik, en met mij waarschijnlijk vele andere huisartsen, naar dat antwoord uitgezien maar het Genootschap heeft tot dusver gezwegen. Het is te hopen dat hierin spoedig verandering komt.

C.S. van der Smagt,  
huisarts

<sup>1</sup> Bakx K, e.a. Alternatieve behandelingswijzen. *Huisarts Wet* 1989; 32: 277-8.

<sup>2</sup> Visser GJ. Alternatieve geneeswijzen in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1988; 31: 252-6

## Naschrift

Het Bestuur van het NHG is het eens met Van der Smagt dat een open brief in *Huisarts en Wetenschap* vraagt om een openbaar antwoord. Daarom volgt hieronder de tekst van de brief die het NHG hierover aan het LHV op 14 december 1989 heeft geschreven. Wij hopen dat daarmee voorlopig een voldoende standpunt van het NHG-bestuur is geformuleerd. Overigens hebben wij met instemming kennis genomen van de laatste stelling bij het proefschrift van J. Baggen, 'Oogheelkunde in de huisartspraktijk', die als volgt luidt: 'Artsen die de alternatieve geneeskunde "erbij" doen, zijn de juppies van de geneeskunde: uiterst trendgevoelig.'

*Geacht Bestuur,*

Alweer enige tijd geleden vroeg een aantal NHG-leden middels een Open Brief in *Huisarts en Wetenschap* aandacht voor de naar hun mening gevaarlijke beleidsontwikkelingen ten aanzien van de Alternatieve Geneeswijzen. Men riep daarbij het NHG-Bestuur op bij de LHV afwijzing van veel van de geplande beleidsvoorstellen te bepleiten.

In het Algemeen Bestuur van het NHG was de Open Brief onderwerp van overleg en discussie. Daarbij bleek dat het onderwerp Alternatieve Geneeswijzen zeer leeft onder de huisartsen, terwijl er ook veel onduidelijkheden zijn over de te kiezen opstelling.

Velen maken zich zorgen over het gedoogbeleid van de overheid, de plannen die bestaan

voor een opleiding in de alternatieve geneeswijzen en de opvattingen dat de alternatieve geneeswijzen een gelijkwaardige plaats tussen de andere geneeswijzen moet krijgen.

Anderen merken op dat weliswaar aan de Alternatieve Geneeswijzen eisen van wetenschappelijke onderbouwing moeten worden gesteld, maar dat ook veel uit de Reguliere Geneeskunde niet even wetenschappelijk is hard te maken.

Gehoord de discussie wil het NHG-Bestuur u als volgt berichten.

- 1 Het NHG-Bestuur dringt er bij de LHV op aan zich genuanceerd kritisch uit te spreken over de recente en komende beleidsmaatregelen ten aanzien van de alternatieve geneeswijzen. (Zie o.a. het jongste Kerndocument).
- 2 Het NHG-Bestuur is van mening dat het nuttig is dat de huisartsen in opleiding met een aantal aspecten van de alternatieve geneeswijzen op een kritische wijze kennismaken. Over de precisering daarvan is nog nadere gedachtenwisseling wenselijk.
- 3 Het NHG biedt aan eventueel gewenst nader onderzoek te entameren en te stimuleren. In Huisarts en Wetenschap is in de loop van 1989 reeds een eerste onderzoeksverslag gepubliceerd.
- 4 Het NHG-Bestuur is beducht voor het medicaliserend effect van veel alternatieve geneeswijzen. Met name het veel voorkomende overnemen van de verantwoordelijkheid van de patiënt door de hulpverlener wordt als zeer ongewenst aangemerkt.

In afwachting van uw reactie, teken ik, namens het Algemeen Bestuur NHG,  
Dr. V.C.L. Tielens  
voorzitter NHG

### Dokter als medicijn

In de rubriek 'De dokter als medicijn' (Huisarts Wet 1989; 32(1): 25-27) beschrijven *Dokter en Verhage* het probleem van 'De dokter die zich identificeert met de patiënt'. De lezer maakt kennis met een onmachtige dokter. Een 80-jarige patiënte dwingt, eist en krijgt chemische stoffen om tot tweemaal toe een suïcidepoging te doen. Mogadon® – en dat weet de dokter – is daartoe niet het geschikte middel, ook niet in combinatie met alcohol, maar de dokter zwijgt en schrijft. Een voor mij herkenbaar beeld.

De kern van de beschreven situatie lijkt mij de herinnering en herbeleving van een nog steeds verstoorde relatie tussen de arts en haar moeder. De betreffende patiënte raakt een gevoelige snaar in 'de mens achter de dokter'. Dit doet mij denken aan de achtste stelling in het proefschrift

van *Duistermaat*: 'Wanneer de dokter in de behandeling de belangrijkste "pil" is, dan moet de arts meer aandacht zijn "bijsluiter" besteden'.<sup>2</sup>

De beschreven patiënte activeert de in de dokter aanwezige, boze en verdrietige dochter, die geen weg heeft gevonden uit haar eigen affectief beladen familierelatie. Patiënte bewerkstelligt een ongewenste en krachtige bijwerking in het medicijn 'dokter'. Professioneel raakt de dokter in haar handelen geblokkeerd: rationeel en ook emotioneel komt zij in verwarring, maar zij tracht dit te maskeren, in de beschreven casus door een bezoek aan de patiënte steeds uit te stellen.

Wat moet de arts nu doen om uit deze impasse te geraken? In de groepsdiscussie adviseerden collega's de arts om aan de patiënte een zakelijk voorstel te doen. Dit lijkt mij de kern van haar onmacht te raken: juist daartoe is zij emotioneel en affectief niet in staat. Waarom wordt er op deze elementen van haar onmacht niet ingegaan?

De auteurs-deskundigen vinden dat een huisarts zich moet beschermen tegen de zware belasting van het vak opdat de stoppen niet doorslaan bij de dokter zelf. Zij adviseren als preventie van een dergelijke kleine ramp: minder hoge eisen aan jezelf stellen en goed voor jezelf zorgen.

Deze adviezen zijn mijns inziens te rangschikken onder de categorie 'meer van hetzelfde': veel mensen en dus ook artsen zijn, zij het schuldbe-wust, altijd al geneigd uit te stellen als zij hun egofuncties zelf niet goed kunnen coördineren. Het verwacht mij bovendien dat de auteurs weliswaar wijzen op de noodzaak aandacht te besteden aan ongewenste bijwerkingen van het medicijn 'dokter', maar nalaten om op de betekenis van een crisis voor 'de mens achter de dokter' te wijzen en dat aspect wat verder uit te werken.

Een volgend leermoment in deze casus zou voor mij zijn: de ervaring van onmacht en verwarring als kans om een kennelijk aanwezig probleem in jezelf aan een nader onderzoek te onderwerpen. Crisis als kans, mits deze niet vermeden wordt.

Waarom gaan de auteurs op deze aspecten niet in? Vermijdingsgedrag? Als dat zo zou zijn, dan zou dat de zaak van 'De dokter als medicijn' niet dienen en dat verwacht ik van deze auteurs nu juist niet.

R.J. van der Hell

<sup>1</sup> Dokter HJ, Verhage F. De dokter die zich identificeert met de patiënt [De dokter als medicijn]. Huisarts Wet 1989; 32(1): 25-7.

<sup>2</sup> Duistermaat JH. Onmacht in het werk van de huisarts [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1989.

### Naschrift

Van der Hell suggereert dat wij door het geven van een zakelijk voorstel vermijden dat de kern van de onmacht bij de dokter aan de orde komt. Verder verwijt hij ons 'meer van hetzelfde' en is hij verward omdat wij nalaten de betekenis van crisis voor de mens 'achter de dokter' te belichten en uit te werken.

Het probleem van de dokter was de aarzeling naar de patiënte toe te gaan. Dit probleem stond centraal in onze groepsdiscussie. Het bleek toen dat dit onder meer was terug te voeren op een zich verplaatsen van de betrokken huisarts in de situatie van de patiënt. Daardoor werd haar gevoel als dochter van haar moeder verward met haar gevoel van (jonge) arts met oudere patiënt. Een crisissituatie werd door de dokter vermeden.

Waarom nu de zakelijke aanpak?

Wij hebben er in onze groepen steeds op gewezen dat het gaat om dat professionele handelen van artsen dat een min of meer algemeen karakter heeft. Dat sommige artsen met behulp van psychotherapie bijvoorbeeld een verdergaande analyse van zichzelf maken, is ons bekend, maar het is niet ons uitgangspunt. Bovendien hebben wij niet de indruk gekregen met een 'onmachtige dokter' te maken te hebben, zoals Van der Hell suggereert. Daarom is er naar onze mening ook geen aanleiding geweest de persoonlijke crisis van de dokter aan de orde te stellen.

Wij zijn het met Van der Hell eens dat mensen, dus ook artsen, door een crisis in hun leven kunnen groeien. Maar ook daarvan mogen we niet in het algemeen uitgaan. Sommige mensen, dus ook artsen, verwerken een crisis niet of vertonen na die tijd een geschonden persoonlijkheid. Wij achten het dan ook niet onze taak deze crisis in onze groepen positief voor te stellen, laat staan te propageren. Signaleren doen wij wel. Onze adviezen zijn inderdaad dikwijls 'meer van hetzelfde', maar daarom nog niet minder correct.

H.J. Dokter  
F. Verhage

### Anticonceptie

Bij de lovende bespreking door *Meijman* van het boek van *Wibaut en Wibaut*<sup>1</sup> wil ik een aantal kanttekeningen plaatsen.

Ik ben het met *Meijman* eens dat de anticonceptievoorziening in Nederland een typische eerstelijnszaak is. Het is daarom goed dat er ook in publikaties regelmatig aandacht aan wordt besteed, zodat iedereen up-to-date kan blijven. Dat geldt dan zowel voor de technische aspecten

van de geboortenregeling, als voor de sociaal-psychologische aspecten.

Frank Wibaut was een van de eerste huisartsen die promoveerden op een seksuologisch proefschrift. Het wordt in dit boekje ook herhaaldelijk als literatuur aangehaald. Opvallend is dat er verder literatuur wordt gebruikt zonder dat de referenties worden genoemd. Dat is wetenschappelijk gezien niet juist.

Wat Meijman een 'charmant moraliserende dan weer verfrissend relativiserende toon' noemt, komt op mij vooral over als een onwetenschappelijke, gewild populaire, moraliserende stijl. Bovendien zijn de visie en moraal die *Wibaut en Wibaut* ten toon spreiden, zeker niet algemeen geaccepteerd. Dat geldt ook voor hun kijk op pil-doseringen, het toepassen van morning-after middelen, spiralen, overtijd-behandeling, etc. Ook misvattingen c.q. fouten zouden niet mogen voorkomen in een boekje als dit: er wordt gezegd dat de Rutgersstichting geen IUD's wil plaatsen bij nulliparae. Dat is een misvatting: er worden vaak spiralen geplaatst bij nulliparae. De Diane-pil wordt ingedeeld bij de sub-50 pillen, terwijl het een 50-er is. De Diane-35 wordt niet genoemd.

Het is lastig om de algemeen aanvaarde normen te onderscheiden van de normen van de auteurs. Dat wordt des te lastiger, als zij in hun tekst personen en organisaties aanvallen over standpunten die zij kennelijk onjuist vinden. In hun verhandeling over abortus zien zij een verwijzing naar een abortuskliniek als een noodoplossing: iedere vrouw zou bij haar 'eigen' gynaecoloog terecht moeten kunnen. Dit is mijns inziens een sterke onderwaardering van de gespecialiseerde opvang, hulp en begeleiding in de abortusklinieken. Verder vraag ik me af of ons leven al zo ver is gemedicaliseerd dat iedere vrouw per definitie regelmatig een gynaecoloog bezoekt.

Kortom, een boekje dat weergeeft hoe de auteurs denken over en omgaan met anticonceptie, zonder dat de tekst weergeeft hoe momenteel algemeen over deze onderwerpen wordt gedacht. Dat is jammer, want de grote verdienste van het boek is, dat het duidelijk maakt, dat anticonceptie en seksuologie in een zeer ruime context bezien en besproken moeten worden.

Ineke Vink, huisarts  
Arts Rutgersstichting  
Bestuurslid STIMEZO Rotterdam

**Ouder, kind en rechter. Rechterlijke zorg bij echtscheiding en kindbescherming** Van Teeffelen PAJTh. Rotterdam: Ad Donker, 1988. 203 bladzijden, prijs NLG 39,50. ISBN 90-6100-276-1.

Men kan zich afvragen wat het belang van een boek over rechterlijke zorg bij echtscheiding en kindbescherming zou kunnen zijn voor de medische praktijk. Het antwoord op deze vraag is eenvoudig te geven. In ons land is het aantal eenoudergezinnen de laatste tientallen jaren sterk gestegen; naar schatting bedraagt het aantal volwassenen en kinderen dat deel uitmaakt van een eenoudergezin ongeveer een half miljoen. Vrijwel iedere (huis)arts wordt met dit fenomeen in zijn praktijk geconfronteerd.

Uit recent onderzoek (Kooij LR. Eenoudergezinnen in de huisartspraktijk. Lelystad: Meditext, 1988) blijkt dat ouders van eenoudergezinnen naar verhouding meer psychische en sociale klachten presenteren dan ouders uit tweeoudergezinnen. Wanneer men deze constatering verbindt met de 'verschuiving van genezing naar zorg' binnen de (huisarts)geneeskunde, wordt duidelijk dat de arts geconfronteerd kan worden met hulpvragen omtrent bovengenoemde materie.

Over de werkzaamheden van de kinderrechter is weinig bij het brede publiek bekend en de informatie die in de media verschijnt is vaak eenzijdig. Het betreft hier meestal incidenten en conflicten die de beeldvorming rond de werking van het familie- en kinderrecht negatief beïnvloeden hebben.

Naast de vraag of er een scheiding zou moeten zijn tussen hulp en recht behandelt de auteur (zelf werkzaam als kinderrechter te Breda) in zijn boek thema's als: Zijn kindbeschermingsmaatregelen wel noodzakelijk? Hoe treedt de kinderrechter in civiele en strafrechtelijke zaken op?

Deel I behandelt het functioneren van de kinderrechter in gevallen van echtscheiding. Deel II richt zich specifiek op de wereld van de kindbescherming. Bijzonder in het boek is dat de auteur vooral sociaal-psychologische processen als uitgangspunt voor het beschrijven van het handelen van de kinderrechter gekozen heeft. Het boek wint daardoor sterk aan leesbaarheid en overstijgt een tamelijk 'dorre' opsomming van wettelijke bepalingen en jurisprudentie, die de handboeken over familie- en jeugdrecht vaak moeilijk leesbaar en vooral weinig interessant maken.

Markant voor de aanpak van de auteur is dat het Chinese karakter voor 'crisis' (gecalligrafeerd door Roger Rundqvist) als uitgangspunt voor en slot van het betoog fungeert. Dit karakter verenigt in zich de notities: 'risico, gevaar' en

'mogelijkheid, kans'. Op deze tweesprong functioneert de kinderrechter vaak omdat hij vrijwel altijd binnen zijn werkzaamheden mensen ontmoet die in een crisissituatie verkeren.

In de visie van de auteur kan daarbij de rol van de kinderrechter niet beperkt blijven tot het op traditioneel-juridische wijze beslechten van geschillen. Hij dient actief in het proces als bemiddelaar betrokken te zijn, in nauwe samenwerking met de Raad voor de Kinderbescherming en andere hulpverleners. Het hiervoor noodzakelijke methodisch handelen moet in deze optiek niet alleen gebaseerd zijn op juridische maar ook op procesmatige vaardigheden. Om deze reden krijgen aspecten als: paradoxale communicatie, schuld, boete en angst, kracht van positief denken, naast relationele aspecten, ruime aandacht.

Hoewel de visie van Paul van Teeffelen niet door iedere jurist gedeeld zal worden en niet iedere familiekamer- en/of kinderrechter bereid zal zijn, of zich voldoende capabel zal voelen om een dergelijke werkwijze gestalte te geven, kunnen wij het boek van harte aanbevelen. Het laat op zeer persoonlijke, geëngageerde wijze de 'binnenkant' van het beroep kinderrechter zien en biedt brede informatie over het terrein van het familie- en kinderrecht.

Het boek wordt warm aanbevolen voor huisartsen, kinderartsen, kinderpsychiaters en Riagg-medewerkers.

L.E.E. Ligthart

**Voorlichting rond abortus provocatus, een verkenning** Grégoire MJ. Utrecht: Stimezo, 1989; 136 bladzijden, prijs NLG 55,-. Te bestellen bij: Landelijk Bureau Stimezo Nederland, Pieterstraat 11, 3512 JT Utrecht; telefoon 030-312.531.

De vraagstelling van dit explorerend onderzoek luidde: wat zijn de belevings- en ervaringsaspecten van vrouwen met betrekking tot de voorlichting, vanaf het moment dat de keuze tot abortus is gemaakt tot en met de behandeling en begeleiding in de abortuskliniek? Om hier een antwoord op te krijgen zijn 30 cliënten bij één abortuskliniek benaderd. Zestien van hen gaven toestemming voor een interview; de jongste was 18, de oudste 43 jaar. Ze hadden allen de Nederlandse nationaliteit. Voor 15 vrouwen was dit de eerste abortus, voor één de tweede.

De verwijzer was in 14 gevallen de huisarts, tweemaal een andere arts. Het gesprek met de arts over het besluit werd 7 maal als positief, 5 maal als neutraal en 4 maal als (zeer) negatief ervaren. In die 4 negatieve gesprekken vond men dat de huisarts onvoldoende informatie gaf, onvoldoende ruimte liet of abortus gelijk stelde met moord.

<sup>1</sup> Wibaut P, Wibaut F. Anticonceptie. Utrecht: Bunge, 1989. Bespreking door Meijman FJ, in: Huisarts Wet 1989; 32: 320.