

Prenatale diagnostiek, pijnlijke borsten, slecht zien, koortsconvulsies, BSE

Prenatale diagnostiek

Mevrouw Spit heeft vandaag – haar 36e verjaardag – een zwangerschapstest laten doen. De test is positief. Zij vraagt aan haar huisarts of zij op grond van haar leeftijd in aanmerking komt voor de 'vruchtwaterprik'. Haar huisarts antwoordt bevestigend.

1 Dit antwoord is correct.

Het gesprek gaat vervolgens over de mogelijkheid van de 'vlokkentest' (chorion-villus biopsie). Haar huisarts stelt dat deze test minder betrouwbaar (minder sensitief) is voor het aantonen van chromosoomafwijkingen dan het vruchtwateronderzoek.

2 Deze bewering is correct.

Verder vertelt hij dat aanwijzingen voor het bestaan van een 'open ruggetje' zowel met de vlokkentest als met behulp van een vruchtwateronderzoek kunnen worden verkregen.

3 Deze bewering is correct.

Hij vertelt ook dat de kans op het ontstaan van een miskraam (abortus/partus immaturus) na het doen van een vlokkentest groter is dan na het doen van een vruchtwaterpunctie.

4 Deze bewering is correct.

De huisarts meldt ook nog dat mevrouw Spit er rekening mee moet houden dat de vruchtwaterpunctie in Nederland alleen plaats vindt in speciaal daartoe gekwalificeerde klinieken.

5 Deze bewering is correct.

Mevrouw Spit is particulier verzekerd. Ze vraagt of prenatale diagnostiek door haar verzekering vergoed wordt. De huisarts zegt dat de financiering van de prenatale diagnostiek plaatsvindt via de AWBZ.

6 Deze bewering is correct.

Pijnlijke borsten

De 27-jarige mevrouw Van Dam bezoekt het spreekuur van de huisarts. Zij maakt zich zorgen over haar borsten, die pijnlijk en gespannen zijn. Bij navraag blijkt dat zij over enkele dagen ongesteld moet worden. Bij onderzoek voelt de huisarts beiderzijds wat korrelige gespannen borsten. Hij deelt patiënte mede geen afwijkingen te hebben vastgesteld. Hij verzoekt haar een afspraak voor controle te maken (een week) na de volgende menstruatie.

7 Deze handelwijze is correct.

Mevrouw Van Dam wil toch een mammografisch onderzoek. Ze vertelt dat bij een buurvrouw, die voor bevolkingsonderzoek was opgeroepen, een

Kennistoets: toets uw kennis

Tijdens de beroepsopleiding tot huisarts wordt het kennisniveau van de aanstaande huisartsen driemaal per jaar getoetst. Alle huisartsen-in-opleiding aan de acht universitaire instituten doen mee aan deze landelijke toetsen. De toetsen weerspiegelen het kennisniveau dat aanwezig wordt geacht bij pas afgestudeerde huisartsen. Ze bestaan uit gemiddeld acht huisartsgeneeskundig relevante onderwerpen, waarbij per onderwerp een twintigtal vragen wordt gesteld. De toetsen bestaan dus in totaal uit ongeveer 160 vragen.

Het leek de redactiecommissie van *Huisarts en Wetenschap* een goed idee om in de kolommen van H&W regelmatig een aantal vragen uit de landelijke kennistoetsen op te nemen. De lezers kunnen zich zo op de hoogte stellen van het kennisniveau dat geacht wordt aanwezig te zijn bij de beginnende beroepsbeoefenaar. Aan de hand van de vragen kunnen de lezers ook de eigen kennis toetsen.

Met de landelijke toetsing van de kennis van huisartsen-in-opleiding is begonnen in 1988. Het systeem van landelijke kennistoetsing is nog in ontwikkeling. Op termijn moet het onderdeel worden van een landelijk toetsings- en evaluatie-instrumentarium voor de beroepsopleiding tot huisarts, waarin ook vaardigheden en elementen uit het onderwijsaanbod worden betrokken. Dit instrumentarium moet de kwaliteitsbewaking van de beroepsopleiding dienen door sterke en zwakke kanten van zowel de opleiding als de opgeleide huisartsen zichtbaar te maken.

Voor de ontwikkeling van dit instrumentarium is het landelijk Samenwerkingsverband van het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde opgericht, waarin de acht Nederlandse huisartseninstituten samenwerken. Aan de productie van toetsvragen wordt meegewerkt door stafleden van alle acht beroepsopleidingen. Op die manier wordt geprobeerd een breed inhoudelijk draagvlak voor de toetsen te creëren. Een beoordelingscommissie, bestaande uit huisartsen/toetsdeskundigen uit de verschillende instituten, controleert de vragen

voor opname in de landelijke kennistoetsen op inhoudelijke en formuleringsaspecten.

Na afloop ontvangen de deelnemende huisartsen-in-opleiding een gedetailleerd overzicht van de eigen resultaten op de onderwerpen die in de toets aan de orde zijn geweest. Daarnaast krijgen zij ter informatie de gemiddelde resultaten per toetsonderwerp van de eigen opleidingsgroep en van degenen die zich landelijk in dezelfde fase van de opleiding bevinden. De bedoeling van deze informatie is de huisartsen-in-opleiding een beter inzicht te geven in de eigen sterke en zwakke kanten en lacunes in het vereiste kennisniveau.

Elke huisarts-in-opleiding heeft gedurende de tweejarige beroepsopleiding zes toetsmomenten. Aangezien alle toetsen in principe het 'eindniveau van de opleiding' (d.w.z. het niveau van de beginnende huisarts) vertegenwoordigen, kan de aanstaande huisarts gedurende de beroepsopleiding de individuele voortgang aan de hand van zijn of haar eigen toetsresultaten volgen.

De mening van de lezers van *Huisarts en Wetenschap* over de kwaliteit van de kennistoetsvragen en de relevantie van de vragen voor de praktiserende huisarts, is voor het landelijk Samenwerkingsverband van groot belang. Daarom worden de lezers hierbij opgeroepen om eventuele kritische (of andere) opmerkingen betreffende de kennistoetsvragen die in deze en volgende afleveringen zullen verschijnen, door te geven aan het Uitvoerend Bureau van het landelijk Samenwerkingsverband. Bij het Uitvoerend Bureau kunt u ook terecht voor nadere informatie over de landelijke kennistoetsen of over andere landelijke toetsings- en evaluatie-activiteiten die door het Samenwerkingsverband worden ondernomen.

Commentaar, vragen of opmerkingen kunnen worden gericht aan: Uitvoerend Bureau van het landelijk Samenwerkingsverband- IOH, t.a.v. Mw. M. Pollemans of Mw. A. Kramer, Instituut voor Huisartsgeneeskunde Rijksuniversiteit Utrecht, Bijlhouwerstraat 6, 3511 ZC Utrecht.

verdachte plek in de borst was ontdekt, hoewel ook bij haar niets te voelen was. De huisarts zegt onder meer dat mammografisch onderzoek bij haar op dit moment waarschijnlijk niet zoveel informatie zal opleveren.

8 De reden hiervoor is dat het dichte klierweefsel het mammogram moeilijk te beoordelen maakt.

Slecht zien

De 76-jarige heer Van Bruggen komt op het spreekuur van de huisarts omdat hij de voorafgaande uren steeds slechter is gaan zien met het rechter oog. Het onderzoek van het voorste oogsegment levert geen afwijkingen op. Bij funduscopie ziet de huisarts een hyperemische papil, gestuwde venen en puntvormige bloedingen in de retina.

9 De meest waarschijnlijke diagnose is een afsluiting van de a. centralis retinae.

10 Tot de oorzaken van een afsluiting van de a. centralis retinae behoort een arteriële temporalis.

11 Bij een adequate behandeling (d.w.z. zo snel mogelijk maximale vaatverwijding) treedt bij een afsluiting van de a. centralis retinae in meer dan 80% van de gevallen volledig herstel van het gezichtsvermogen op.

Koortsconvulsies

De vader van Mariëlle belt de huisarts in paniek op: het kindje, 14 maanden oud, ligt raar te trekken en kijkt de vader niet normaal aan. Of de huisarts direct wil komen. De huisarts arriveert binnen 5 minuten. Mariëlle trekt nog steeds met haar armen en benen. De huisarts dient onmiddellijk diazepam per rectiole toe in een dosering van 5 mg.

12 Deze dosering is correct.

Hierop wordt het kindje rustig en aanspreekbaar. De huisarts vindt bij lichamelijk onderzoek geen afwijkingen behalve een temperatuur van 39,8° C. Tot vlak voor het uitbreken van de symptomen was er niets met Mariëlle aan de hand. Zij heeft dit nooit eerder gehad. Op grond van klinisch beeld, anamnese en lichamelijk onderzoek denkt de huisarts aan een koortsconvulsie. Om de diagnose koortsconvulsie te kunnen stellen dient aan een aantal welomschreven criteria voldaan te zijn. Tot deze criteria behoort/behoren:

13 De leeftijd van het kind moet tussen 1 en 4 jaar liggen.

14 De duur van de convulsie moet onder de 15 minuten blijven.

Ervan uitgaande dat de diagnose juist is, legt de

huisarts uit wat een koortsconvulsie is. Zij raadt de ouders aan om, mocht Mariëlle tijdens een volgende koortsperiode opnieuw een koortsconvulsie krijgen, een rectiole diazepam (in adequate dosering) toe te dienen.

15 Dit is een correct advies.

BSE

De huisarts prikt bloed bij de 60-jarige mevrouw Lamers voor een BSE-bepaling. De 2 cc spuit, waaraan 0.4 cc van stof X is toegevoegd, krijgt hij maar half vol; hij blijkt door het vat heen geprikt te hebben. Hij prikt met een nieuwe naald in een ander vat en vult de spuit verder (tot 2 cc).

16 Door deze wijze van afname is het bloed geschikt voor een BSE-bepaling.

17 Stof X dient heparine te zijn.

Ten aanzien van de wijze waarop de BSE moet worden ingezet geldt:

18 De buis mag NIET in het zonlicht staan.

19 De buis mag NIET op de koelkast staan.

De BSE blijkt na 1 uur 20 te zijn.

20 Dit is voor een vrouw van de leeftijd van mevrouw Lamers een normale waarde.

Antwoorden op pag. 254.

Literatuur

Vragen 1-6

Leschot NJ, Wolf H, Verjaal M, et al. Chorionic villi sampling: cytogenic and clinical findings in 500 pregnancies. *Br Med J* 1987; 295: 407-10.

Harper PS. Practical genetic counseling. London: Wright, 1988: 93-111.

Vragen 7 en 8

Schütte HE, Hendriks JHCL. Kanttekeningen bij de consensus 'Mammografiebeleid 1983'. *Ned Tijdschr Geneesk* 1984; 128: 1415-8.

Hendriks JHCL. Mammografie, mogelijkheden en beperkingen. *Bijbiven* 3; 1987; nr. 10: 65-70.

Vragen 9-11

Henkes HE, Van Balen ATHM. Oogheelkunde. Amsterdam: Elsevier, 1983: 155.

Vragen 12-15

Smit PTH. Spoedgevallen in een huisartspraktijk. 4e dr. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema en Holkema, 1986: 102-4.

Vragen 16-20

Croughs RMJ, Henker HC. De fysiologische basis van klinisch laboratoriumonderzoek. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1979: 421-1.

Huisarts met raad en daad

Literatuur

¹ Mol A, Van Lieshout P. Ziek is het woord niet. Medicalisering, normalisering en de veranderende taal van huisartsgeneeskunde en geestelijke gezondheidszorg, 1945-1985. Nijmegen: SUN, 1989.

² Fraser RC. Clinical method: a general practice approach. London: Butterworths, 1987.

³ Wright HJ, MacAdam DB. Diagnostiek en besluitvorming. Rationele argumenten in de geneeskunde. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1982.

⁴ Grol R, Van Eijk J, Huygen F, Mesker P, Mesker-Niesten J, Van Mierlo G, Mokkink H, Smits A. Huisarts en somatische fixatie. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1981.

⁵ Klinkert JJ. Macht van artsen. Een bezorgde verkenning van een professie. Assen: Van Gorcum, 1974.

⁶ Tudor Hart J. A new kind of doctor. The general practitioner's part in the health of the community. London: Merlin Press, 1988.

⁷ Van Eijk JThM. Over de identiteit van de huisarts [Inaugurele rede]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1989.

⁸ Van Staveren G, De Haan M, Slort W. Het gezondheidsbeeld: een bruikbaar instrument voor de huisarts? *Huisarts Wet* 1985; 28: 338-40.

⁹ Bendix T. Geef nooit raad. Utrecht: Bunge, 1979.

¹⁰ Beek MML, Rutten GEHM. Naar optimale zorg bij hoesten en diabetes type-II. Een interdisciplinaire interventiestudie naar substitutie van zorg in acht huisartspraktijken [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1989. ■

NOTA BENE

Het is beter patiënten voor te houden dat ze een eigen aandeel hebben in hun genezing dan in hun ziek worden.

Stelling bij: Vrancken AME. Chronische pijn, het kruis van de geneeskunde [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1990.

Jaarverslag 1989 CPV

lacune nu opgevuld. Zij heeft twee groepen patiënten over hun pijn ondervraagd, 79 patiënten die waren opgenomen in het Antonie van Leeuwenhoekhuis (N=79) en 150 ambulante, niet-terminale patiënten met kanker. Beide groepen zijn enige tijd gevolgd. De adequaatheid van de pijnbehandeling bij deze patiënten is beoordeeld door anderen dan de behandelaar. Tevens heeft de onderzoekster vraaggesprekken gehouden met huisartsen van deze patiënten over hun rol en ideeën over pijnbestrijding bij patiënten met kanker. Een deel van deze huisartsen vulde een vragenlijst in over de drie laatste thuis overleden kankerpatiënten.

Bijna de helft van de opgenomen patiënten uit de onderzoeksgroep ervoer pijn. Van de patiënten met pijn gebruikte 56 procent analgetica. Van de analgeticagebruikers was ongeveer de helft (bijna) pijnvrij; 18 procent ervoer een vermindering van de pijn. Een kwart van de analgeticagebruikers ervoer (bijna) geen pijnvermindering. De pijnbestrijding werd in 54 procent van de gevallen door twee kankerpijnspecialisten als inadequaats beoordeeld. Als aanbevelingen voor een betere pijnbestrijding werden het meest genoemd: meer analgetica of bepaalde ingrepen (bijvoorbeeld: zenuwblokkades).

Bij de ambulante, niet-terminale patiënten (overlevingsprognose langer dan twee maanden) kwam pijn in 16 procent van de gevallen voor. Ook in deze groep gebruikte ongeveer de helft van de patiënten met pijn analgetica. Twee op de vijf analgeticagebruikers was tevreden over de pijnstilling; 30 procent ervoer (bijna) geen vermindering van de pijn. De adequaatheid van de pijnbestrijding werd beoordeeld door twee huisartsen en twee specialisten. Gemiddeld 23 procent (11 en 37 procent) werd als inadequaats beoordeeld. Hierbij bleken er grote verschillen tussen de beoordelaars. Het al of niet pijnvrij zijn van een patiënt bleek geen beslissingscriterium om de behandeling als adequaat of inadequaats te beoordelen. Wanneer slechts naar twee parameters werd gekeken – pijnintensiteit en voorgeschreven analgetica (methode van Zelman) – moest 47 procent van de pijnbehandelingen als 'niet adequaat' worden beoordeeld. Het lijkt erop dat ambulante kankerpatiënten onderbehandeld worden voor hun pijn.

Uit de vraaggesprekken met de huisartsen van deze patiënten bleek dat de huisartsen slecht op de hoogte waren van het bestaan van de pijnklachten. Huisartsen waren beter op de hoogte als in de berichtgeving van de specialist expliciet pijn was genoemd. Deze bevindingen contrasteren met het beeld dat de huisartsen schetsen van hun rol bij kankerpijnbestrijding: analgeticabeleid, centrale figuur zijn en psychosociale zorg verlenen.

Aan de hand van de vragenlijst over de laatste

drie patiënten met kanker die thuis waren overleden (n=61) bleek pijn in 70 procent van de gevallen te zijn voorgekomen. De helft van de huisartsen zei problemen te hebben gehad bij de pijnbestrijding. Knelpunten waren onder meer: het vinden van een goede analgetische therapie, de bijwerkingen van opiaten en de psychische problemen van de patiënt.

Een descriptief onderzoek laat meestal een veelheid van onderwerpen de revue passeren. In dit opzicht schiet deze dissertatie niet tekort. Er is hiermee een goed begin gemaakt met het in kaart brengen van de pijnbestrijding bij patiënten met kanker in Nederland. Hoewel het onderzoek alleen in de regio Amsterdam heeft plaatsgevonden, is er geen reden om aan te nemen dat de situatie in de rest van Nederland anders zal zijn. De conclusie uit het advies van de Gezondheidsraad wordt hiermee onderschreven. Pijn bij patiënten met kanker wordt onderbehandeld. Hierbij speelt niet alleen de terughoudendheid in het voorschrijfgedrag van artsen een rol, maar ook de terughoudendheid van patiënten bij het slikken van pijnstillers. Verrassend genoeg blijkt de reden van deze terughoudendheid bij artsen en patiënten dezelfde: angst voor verslaving of tolerantie. Het verschil is dat patiënten deze angst hebben bij niet-opiaten of milde opiaten (codeïne) en artsen bij opiaten (morphine, methadon). De vraag is of gerichte voorlichting de therapietrouw van de patiënten kan verbeteren, en of deskundigheidsbevordering kan leiden tot minder terughoudendheid van de artsen.

De prikkelendste conclusie in dit proefschrift heeft betrekking op het ontbreken van consensus over wat een adequate behandeling van pijn bij patiënten met kanker precies inhoudt. Juist bij de huidige trend om meer behandelingen en zorg extramuraal te laten plaatsvinden, is een richtlijn hiervoor echter onontbeerlijk.

Khing Njoo

In 1989 heeft de Commissie Praktijkvoering alle zeilen bijgezet om een wezenlijke bijdrage te leveren ter bevordering van de kwaliteit van de praktijkvoering in Nederland. Dit vanuit het oogpunt dat geen goede huisartsgeneeskunde kan worden bedreven zonder een kwalitatief goede praktijkvoering.

Het bestuur werd gevormd door: F.W. Dijkers, voorzitter, W. Tillema, secretaris, J.A. van Melle en R.P.H. Beijaert. Lid van de commissie waren: H. Chrispijn, K. van der Els, G.C. Kooijker, mw. J. Lanphen, H.C. de Lathouder, L. van der Pol en mw. S. Rijnke. Aan het einde van 1989 namen afscheid: L. v.d. Pol, G.C. Kooijker en W. Tillema. Toegetreten is: P. v.d. Hombergh.

Onderscheiden met NHG-speld: L. v.d. Pol vanwege zijn jarenlange inzet voor de CPV. Vanaf de oprichting van het NHG was hij betrokken bij allerlei commissie-activiteiten.

Het bestuur van de CPV vergaderde elke vierde woensdag van de maand. Eens in de twee maanden vergaderde de gehele commissie.

Er zijn in het verslagjaar verdere plannen gemaakt betreffende de vorm en omvang van de CPV. Het streven was een harde kern te vormen, zijnde de CPV, met daaromheen een groep adviseurs/deskundigen, bestaande uit collegae, voorheen CPV-leden, die meer specifieke dan algemene belangstelling hebben voor praktijkvoeringsonderwerpen en/of uit collegae, welke los van de CPV op basis van hun deskundigheid betreffende een actueel praktijkvoeringsonderwerp, worden uitgenodigd om te adviseren. Uiteindelijk wordt het oorspronkelijke bestuur samen met een klein aantal commissieleden de CPV 'nieuwe stijl'. Deze CPV nieuwe stijl zal vanaf januari 1990 maandelijks gaan vergaderen.

De commissie voerde geregeld overleg met het NHG-bestuur en de directeur NHG.

Congres

Een groot deel van de activiteiten heeft in het teken gestaan van het NHG-congres 1989 'Praktijk in Uitvoering'. De CPV-voorzitter, F.W. Dijkers, nam het voorzitterschap van de congrescommissie 1989 op zich en R.P.H. Beijaert bemande de werkgroep congresorganisatie. J.A. van Melle en H.C. de Lathouder organiseerden beiden een praktijkdemo over respectievelijk verbandmiddelen en audiometrie.

Als begeleidend staf lid van de congrescommissie 1989 nam P. v.d. Hombergh deel aan een aantal CPV-bestuursvergaderingen. Inhoudelijk en praktisch werden de plannen van de congrescommissie regelmatig door de CPV getoetst. Via de CPV werd o.a. het plan ontwikkeld voor

KENNISTOETS

Antwoorden pag. 251

1 juist; 2 onjuist; 3 onjuist; 4 juist; 5 juist; 6 onjuist; 7 juist; 8 juist; 9 onjuist; 10 juist; 11 onjuist; 12 juist; 13 juist; 14 juist; 15 juist; 16 juist; 17 onjuist; 18 juist; 19 juist; 20 juist.