

**De afnamekwaliteit van cervixuitstrijkjes** [*Disser-tatie*]. Buntinx F. Amsterdam: Thesis Publishers, 1992; 208 bladzijden; prijs NLG 35,-. ISBN 90-5170-130-6. Ook verkrijgbaar bij de uitgever, Postbus 14791, 1001 LG Amsterdam.

Dit is een aantrekkelijk boek, niet alleen vanwege de inhoud, maar ook omdat het geschreven is door een collega uit Vlaanderen. Het feit dat een huisarts hier promoveert op dit onderwerp, illustreert de unieke situatie in ons land, waar de huisarts een sleutelrol speelt bij de cervixdiagnostiek. Nu het bevolkingsonderzoek geheel in handen is van de huisartsen, is het verschijnen van dit boek van groot belang voor deze beroeps-groep.

Bij de literatuurstudie stuitte de auteur direct op het probleem van de definitie van de afnamekwaliteit. Hij heeft zich voornamelijk gericht op twee kwaliteitskenmerken: de aanwezigheid van endocervicale cellen (de overgangszone is uitgestreken) en goede fixatie. De aanwezigheid van endocervicale cellen wordt vooral bepaald door de uitstrijkmethode (spatel, Cytobrush, Cervex-brush), terwijl de kwaliteit van de fixatie positief is gecorreleerd met het totaal aantal gemaakte uitstrijkjes.

In zijn interventiestudie toont Buntinx aan dat met een toenemende intensiteit van de interventie het gemiddelde percentage uitstrijkjes met endocervicale cellen toeneemt. Hieruit kunnen we concluderen dat het zin heeft de huisarts goed te instrueren en van feed-back over de kwaliteit van de uitstrijkjes te voorzien. Buntinx toont verder aan dat niet alleen de endocervicale cellen maar ook de plaveisel-epitheelcellen de kwaliteit van het uitstrijkje bepalen. Dit laatste is van groot belang, aangezien in België veel huisartsen alleen de Cytobrush gebruiken voor het verzamelen van materiaal uit de endocervix en daarbij het spateluitstrijken van de ectocervix geheel achterwege laten.

De cytoloog kan hier en daar duidelijk merken dat het boek niet door een microscopist is geschreven. Buntinx vermeldt bijvoorbeeld dat positieve uitstrijkjes (met abnormale cellen) vaker (deels) slecht gefixeerd zijn dan negatieve uitstrijkjes (zonder abnormale cellen). Hij trekt daaruit de voor de cytoloog verrassende conclusie dat hier sprake moet zijn van 'vals positieve' uitstrijkjes en dat slechte fixatie tot 'imitatie van pathologie' heeft geleid. Met andere woorden: slechte fixatie kan een normale cel in een abnormale doen veranderen! Dit fenomeen, nog nooit door mijzelf waargenomen, kan worden aangeduid als het 'Buntinx-effect'. Het lijkt mij waarschijnlijker dat de abnormale cellen sneller uitdrogen, waardoor het pathologische uitstrijkje eerder dan het normale uitstrijkje als 'deels slecht gefixeerd' wordt geclassificeerd.

De discussie over de kwaliteitsnormen van uitstrijkjes is met het verschijnen van dit boek zeker nog niet gesloten: Buntinx laat gelukkig nog vele vragen onbeantwoord.

Mathilde E. Boon

**De invloed van huisartsen in de tweede lijn** [*Dissertatie*]. Kersten TJJMT. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, 1991; 209 pagina's. ISBN 90-6905-153-2.

Vanaf de zeventiger jaren hebben huisartsen bij herhaling gepleit voor meer invloed op de gang van zaken na een verwijzing. Huisartsen zijn de mening toegedaan dat patiënten vaak te lang onder specialistische controle worden gehouden. Dit wordt als ongewenst beschouwd vanwege mogelijke onnodige schade door te uitvoerig onderzoek. De laatste jaren staat daarbij het bevorderen van efficiency en kostenbewust handelen op de voorgrond. Door de huidige veranderingen in de gezondheidszorg zijn specialisten zich hiervan ook meer bewust geworden. Behoudens een enkele uitzondering is op dit gebied echter nog weinig onderzoek uitgevoerd. Het onderwerp van dit proefschrift is dan ook zeker actueel. Dit geldt niet alleen voor huisartsen en specialisten, maar evenzeer voor politici, beleidsmakers en zorgverzekeraars.

De auteur maakt onderscheid tussen 'selectie-involed' en 'continuïteitsinvoled'. Door de poortwachtersfunctie beïnvloedt de huisarts de samenstelling van de patiëntenpopulatie bij de specialist (selectie-involed). Onder continuïteitsinvoled wordt verstaan de bewaking van de continuïteit van de hulpverlening na verwijzing. Dit onderscheid is van groot belang. Met name zorgverzekeraars en politici zijn zich er te weinig van bewust hoe belangrijk de selectie- en continuïteitsinvoled kan zijn bij het streven naar efficiency en kostenbewust handelen.

Naast de ontwikkeling van meetinstrumenten en een vergelijking van relevante literatuur in Nederland met het Verenigd Koninkrijk omvat het onderzoek onder meer: een secundaire analyse van ziekenfondscijfers om na te gaan in hoeverre huisartsen in staat zijn om door hun invloed de hoeveelheid zorg in de tweede lijn te beperken; een enquête onder neurologen en huisartsen betreffende de perceptie van de invloed van huisartsen in de tweede lijn; een inhoudsanalyse van 200 verwijsbrieven en de bijbehorende 200 schriftelijke reacties van internisten aan de huisartsen; een inventarisatie van het overleg tussen huisarts en specialist, en de contacten tussen huisarts en patiënten gedurende ziekenhuisopname door middel van een analyse van data van de 'Nationale Studie'.

De bevinding dat de selectie-involed van huisartsen veel belangrijker is dan de continuïteitsinvoled, ligt voor de hand. De onderzoeker is ten onrechte verbaasd over de bevinding dat de specialist minder patiënten in het ziekenhuis opneemt naarmate een huisarts meer verwijst. Dit zou in tegenspraak zijn met onderzoek van ondergetekende in de zeventiger jaren! Daarbij wordt echter onvoldoende duidelijk gemaakt dat de situatie in 1970 niet met de huidige situatie vergelijkbaar is. In de zeventiger jaren was immers sprake van een beddenoverschot. Het ziekenhuis streefde naar een goede beddenbezetting. Thans is eerder het omgekeerde het geval: er is een tekort en daarom zal een specialist selectief te werk gaan.

Ook deze bevinding onderstreept weer eens dat ons stelsel over goede mogelijkheden tot aanpassing beschikt. In korte tijd zijn blijkbaar belangrijke veranderingen in het verwijs- en opnamebeleid tot stand gekomen. Ook voor de bevinding dat internisten in de helft van de gevallen de patiënt naar de huisarts terugverwijzen, gaat vergelijking met eerder onderzoek niet op. Door het huidige streven naar efficiency zijn clinici meer geneigd de nacontrole aan huisartsen over te laten. Wellicht speelt hierbij ook de intensivering van samenwerking tussen huisarts en specialist in de vorm van bijvoorbeeld werkspraken een rol.

Geconstateerd kan worden dat de door de overheid nagestreefde substitutie blijkbaar tot stand is gekomen. Dit is een belangrijke conclusie, die helaas door de onderzoeker te weinig naar voren wordt gebracht. Tenslotte zal de bevinding dat huisartsen, vergeleken met 1970, minder vaak ziekenhuispatiënten bezoeken, geen bevreemding wekken. Niet alleen is de opnameduur veel korter, maar daarnaast is het takenpakket uitgebreid en de werktijd van de huisarts verminderd.

Tegen het onderzoek kunnen zoals altijd methodologische bezwaren worden ingebracht. De verwijscijfers zijn wel voor leeftijd en geslacht gestandaardiseerd, maar niet voor passieve verwijzingen gecorrigeerd. Actieve verwijzingen – dat wil zeggen verwijzingen op initiatief van de huisarts – vormen een betere parameter voor het gedrag en de invloed van de huisarts dan de ruwe verwijscijfers. Deze omvatten immers ook herhaalkaarten en achteraf-verwijskaarten. De invloed van de huisarts op dit deel van het verwijspercentage is betrekkelijk gering. Wel is uit onderzoek van de vakgroep van ondergetekende gebleken dat het totaal aantal verwijzingen een goede parameter vormt voor het actieve verwijsgedrag van de huisarts.

Een belangrijk bezwaar van het onderzoek is gelegen in de interpretatie van de gegevens,

waarvan hierboven enkele voorbeelden werden vermeld. De onderzoeker acht zijn bevinding dat de huisarts weinig continuïteitsinvloed uitoefent het belangrijkste. Zonder het belang van deze invloed te miskennen, vraagt het resultaat ten aanzien van de toegenomen selectie om meer aandacht. De onderzoeker heeft zich blijkbaar te veel door één aspect laten leiden en is onvoldoende in staat geweest om het belang van sommige resultaten in te zien. Het zou dan ook aanbeveling verdienen om huisartsen intensiever bij het gezondheidszorgonderzoek van de eerste lijn te betrekken of dit door huisartsen te laten uitvoeren. Juist dit type onderzoek vereist inzicht in de dagelijkse praktijk.

Dit alles neemt niet weg dat dit onderzoek van groot belang is voor het verkrijgen van inzicht in de gang van zaken op het grensvlak van eerste- en tweedelijns zorg. Juist hier liggen grote mogelijkheden om de gezondheidszorg efficiënter en effectiever te maken. Het is de verdienste van de auteur dat het onderzoek theoretisch is onderbouwd; met name het onderscheid tussen selectie- en continuïteitsinvloed is verhelderend. Het boek kan dan ook aan huisartsen, specialisten, politici, beleidsmakers en zorgverzekeraars ter lezing worden aanbevolen. Bij de huidige discussies over stelselherziening en het plan-Simons is het zelfs onmisbaar. Het onderzoek kan een bijdrage leveren aan het streven naar een nog efficiënter stelsel, zonder de grondprincipes ervan aan te tasten.

Hopelijk levert dit onderzoek een bijdrage aan een beter inzicht in onze gezondheidszorg bij degenen die over de toekomst ervan beslissen.

R.A. de Melker

**Recurrent otitis media** [Dissertatie]. Appelmann CLM, Claessen JPI. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1992. 259 pagina's. ISBN 90-393-0022-4.

Dit proefschrift gaat over de werkzaamheid van antibiotische behandeling, het beloop op lange termijn en de prognostische factoren van recidiverende otitis media acuta. Hiertoe is een placebo-gecontroleerde studie uitgevoerd bij 121 kinderen van 6 maanden tot 12 jaar oud. Deze groep is vasthoudend vervolgd met onder andere tympanometrie naar otitis media met effusie (OME) en het aantal recidieven. De conclusies luiden:

- antibiotica voor het beloop op korte termijn zijn waarschijnlijk zinvol bij kinderen van 6 maanden tot 2 jaar met een recidiverende otitis media, maar niet bij de oudere kinderen;
- het aspect van het trommelvlies (stadiumindeling volgens het apodictisch artikel van Feenstra uit 1985) zegt niets over het beloop;

- antibiotica hebben geen invloed op OME na een maand;
- de helft van de kinderen met twee otitiden in één jaar krijgen binnen één jaar een tweede, derde of zelfs vierde recidief.

Een kritische beschouwing van de literatuur over de behandeling van otitis media acuta leidt tot de conclusie dat afwachten van het natuurlijk beloop bij kinderen met een otitis media over het algemeen de verstandigste strategie is. Appelmann (huisarts) en Claessen (KNO-arts) veronderstellen echter dat er een subgroep zou kunnen zijn die wel baat heeft bij antibiotische behandeling: de 'otitis prone' kinderen, hier gedefinieerd als kinderen met otitis media die de voorafgaande 4 tot 52 weken ook een otitis hebben doorgemaakt. De auteurs hebben doelbewust baby's betrokken in de onderzoeksgroep, hoe moeilijk het ook is om de ouders van zulke kleine kinderen met oorpijn of koorts te verzoeken deel te nemen aan wetenschappelijk onderzoek. Zij zijn voor deze dappere beslissing beloond, want de vermoede subgroep met een ander beloop blijkt inderdaad te schuilen onder de jongste patiëntjes.

Het insluiten van voldoende patiënten heeft 3,5 jaar geduurd, en dat is lang. Hoeveel huisartsen daarvoor nodig waren, is een beetje weggevoerd, maar volgens hoofdstuk 8 gaat het om ten minste 43 praktijken. Voor wat betreft het insluiten, de uitleg over het onderzoek aan patiënten en het verkrijgen van toestemming is het dus een 'multicentered' onderzoek geweest, met alle nadelen van dien voor ongecontroleerde selectie.

Er zijn in die 3,5 jaar slechts(?) 799 episoden van otitis media vastgelegd door de tientallen deelnemende huisartsen, waarvan er 185 aangetekend zijn als recidieven. Van die 185 hebben er 54 niet deelgenomen aan het onderzoek, omdat de ouders niet naar het ziekenhuis konden of wilden. Daarna zijn de auteurs erin geslaagd de onderzoeksgroep goeddeels intact te houden, want bij 80 procent is tympanometrisch onderzoek gedaan na een maand.

Voor het follow-up onderzoek na een jaar moest wederom veel moeite gedaan worden om via retrospectief kaartenbak-onderzoek een beeld te krijgen van het beloop op langere termijn. In die hoofdstukken is dan ook - noodzakelijkerwijs - vaak gebruik gemaakt van statistische technieken.

Het is niet geheel duidelijk in hoeverre de samenstelling van de onderzoeksgroep generalisatie van de resultaten beperkt. Allereerst is het maar de vraag of de incidenties van Nederlands morbiditeitsonderzoek - geschat op 25 kinderen met otitis media per praktijk per jaar - nog steeds geldig zijn. Waarschijnlijk is de incidentie lager

geworden, omdat ouders minder dan vroeger geneigd zijn met oorpijn naar de huisarts te gaan; ze weten langzamerhand hoe Nederlandse huisartsen over oorontsteking denken. Otitis media zakt steeds verder weg in de ijsberg van niet-gepresenteerde klachten en wordt lastiger te onderzoeken. Deze vorm van selectie is geen belangrijk nadeel, omdat huisartsgeneeskundig onderzoek niet gegeneraliseerd hoeft te worden naar de ongeselecteerde populatie.

Een tweede vorm van selectie is de grote vrijheid die deelnemende huisartsen waarschijnlijk hadden om kinderen ongemerkt niet in te sluiten. Ten derde hebben vrij veel ouders geweigerd mee te doen onder het argument van 'problemen met het vervoer naar het ziekenhuis'. Als ouders tevens bezwaar hadden tegen placebo-behandeling of als rechtgeaarde Nederlanders niet 'met een koortsig kind over straat wensten te gaan', betekent dit eveneens enige selectie van de onderzoeksgroep. Aan de andere kant kan die selectie beide kanten opgaan. Bovendien is de vaststelling van de inclusiecriteria rigoureus gecontroleerd. De betrouwbaarheid van de beoordeling van het trommelvliesbeeld is bijvoorbeeld uitstekend.

Hier lopen de onderzoekers op tegen twee beperkingen van onderzoek naar een niet zo frequente aandoening in de huisartspraktijk. Ten eerste vereist dit de medewerking van grote aantallen huisartsen, die niet allen een hechte collegiale band met de onderzoekers hebben. Daarmee vervalt een belangrijk motief om wetenschappelijk correct te werk te gaan. Bij onderzoek in een ziekenhuis is het gedrag van deelnemende collega's in principe controleerbaar; er is een sterke identificatie met de onderzoeker en minder met de patiënt. Bij onderzoek in de huisartspraktijk is dit alleen na te bootsen door hechte relaties tussen onderzoekers en deelnemende collega's. Strenge controle van meer dan 40 praktijken is fysiek onmogelijk. Ten tweede hadden de deelnemende huisartsen de zware taak om aan ouders met zieke kleine kinderen deelname aan een placebo-gecontroleerd onderzoek te vragen, zowel overdag als 's avonds laat. Dit is naar mijn mening te veel gevraagd van huisartsen. Overigens is er voor dit probleem geen pasklare oplossing en misschien is het allemaal niet zo erg als het theoretisch lijkt. De kracht van het onderzoek immers is de setting, de huisartspraktijk, en de kwaliteit van de uitvoering. Daardoor steekt dit onderzoek uit boven veel onderzoek in de KNO-praktijk.

De trial zelf is vakkundig uitgevoerd, en zorgvuldig en helder beschreven. Twee hoofdstukken van het proefschrift zijn dan ook gepubliceerd in het *British Medical Journal*. De literatuurstudies en de beschouwingen maken dit boek tot een

standaardwerk over otitis media acuta voor de komende jaren. Het belang van het tympanogram voor de prognose is aannemelijk gemaakt en verdient nadere studie in een volledig cohort van kinderen met otitis media. Het is dan wel zaak die tympanometrie in de huisartspraktijk uit te voeren, de kinderen langdurig te vervolgen en het ouders en deelnemende huisartsen gemakkelijk te maken deel te nemen.

Een globale en voorzichtige conclusie van de auteurs is dat de pathogenese en de prognose van otitis media vooral bepaald wordt door kenmerken van het kind. Een kind is dan meer of minder bevattelijk voor oorontstekingen. Deze zeer aardse veronderstelling spreekt meer aan dan al te eenvoudige verhalen over trilharen, virussen en immunoglobulines.

De huisartsenwereld heeft er weer een vakman bij.

N.P. van Duijn

**The European study of referrals from primary care to secondary care. Report to the concerted action committee of health services research for the European community [Occasional paper 56].** London: The Royal College of General Practitioners, 1992.

Dit *occasional paper* van het *British Journal of General Practice* is geheel gewijd aan de resultaten van een vergelijkende studie naar verwijzingen in vijftien Europese landen. Gedurende vier weken registreerden 1500 huisartsen 860.000 contacten en 44.000 verwijzingen.

Methodisch kent een dergelijke studie nogal wat problemen. Zoals in de meeste studies in de huisartspraktijk treedt een selectie op van de meer enthousiaste huisartsen die bereid zijn te registreren. Er is een 'noemer'-probleem: in veel landen kent men geen systeem van een vast aantal ingeschreven patiënten per huisarts, zodat de resultaten niet gekoppeld kunnen worden aan patiëntenaantallen. Men heeft dit opgelost door de verwijzingen per 1000 consulten als maat te hanteren.

De studie levert een forse variatie op in het handelen van huisartsen in verschillende landen. Een deel van de variatie is verklaarbaar door verschillen in de structuur van de gezondheidszorg: de toegang tot specialisten is een aantal landen geheel vrij, in tegenstelling tot bijvoorbeeld het Verenigd Koninkrijk en Nederland, waar het leeuwendeel van de verwijzingen via de huisarts verloopt. In enkele landen functioneren kinderartsen en gynaecologen als eerstelijns-artsen. België neemt een aparte positie in: daar bestaat een forse competitie zowel met de specialisten als onder de huisartsen zelf. De gemiddelde praktijkgrootte is 630 patiënten per huisarts

en bijna de helft van het aantal contacten bestaat uit visites. Er wordt in België vrij weinig verwezen.

Interessant zijn ook de culturele verschillen. Zo zijn huisartsen in Duitsland 'doenerig': ze zien bijna tweemaal zoveel patiënten per week als hun Nederlandse collega's, ze verwijzen zeer veel en zeggen in hun verwijsgedrag relatief weinig beïnvloed te zijn door de patiënt. Dit in tegenstelling tot de Nederlandse huisarts, die van alle collega's de meeste invloed aan de patiënt toekent bij de beslissing om te verwijzen. Daarbij moet men zich realiseren dat de patiënteninvloed niet objectief gemeten is, doch door de huisarts is geregistreerd. Het bevestigt het wat stereotiepe (zelf)beeld van de Nederlandse huisarts als onderhandelaar en de Duitse huisarts als autoriteit.

Ook het verwijspatroon varieert per land. In de meeste landen vinden de meeste verwijzingen plaats naar de chirurg. In Frankrijk en Italië is echter de cardioloog de favoriete specialist, in Denemarken de dermatoloog en in Nederland de KNO-arts. De bijna spreekwoordelijke traagheid van de Britse tweede lijn wordt in deze cijfers nog eens bevestigd.

De onderzoekers hebben geprobeerd van een aantal mogelijke factoren de invloed op verwijsgedrag vast te stellen: leeftijd en ervaring van de huisarts, praktijkvorm en afstand tot het ziekenhuis bleken geen verklaring op te leveren.

Uit de studie wordt duidelijk dat de Nederlandse huisarts een sterke positie heeft: het grootste aantal patiënten per praktijk, een systeem van vast ingeschreven patiënten, een vrij belangrijke en gelegitimeerde poortwachtersfunctie en een goed georganiseerde opleiding.

De studie heeft interessante profielen van de huisartsgeneeskunde per land opgeleverd. Er bestaat een aanzienlijke variatie op bijna al de onderzochte aspecten, zonder dat aan te nemen valt dat er sprake is van een ander morbiditeitspatroon in de bevolking en een directe relatie met de uiteindelijke gezondheidstoestand. Na een dergelijk oriënterend en per definitie wat oppervlakkig onderzoek ligt de volgende stap in vergelijkend onderzoek voor de hand: een patiëntgebonden onderzoek naar klachten, diagnoses en meer gedetailleerd huisartsgeneeskundig handelen in de verschillende Europese landen.

Hans Grundmeijer

**Kinderorthopaedie. Pluis of niet pluis. Een leidraad voor de eerstelijns gezondheidszorg** Visser JD. Groningen: Styx (Postbus 1344, 9701 BH), 1991; 115 bladzijden, prijs NLG 74,20. ISBN 90-72371-31-3.

**Gids voor alcohol- en drugszorg** Bootsma M, De Jong A, Otto M, red. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1992; 261 pagina's, prijs NLG 57,50. ISBN 90-313-1270-3.

**Interne geneeskunde 10e herz. dr. Den Ottolander GJH.** Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1992; 820 pagina's, prijs NLG 112,50. ISBN 90-313-1161-8.

**Seksuologie voor de arts** Slob AK, Vink CW, Moors JPC, Everaerd W. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1992; 306 pagina's, prijs NLG 72,50. ISBN 90-313-1286-X.

**Adresgids ouderenzorg 1992** Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1992; 235 pagina's, prijs 57,50, bij abonnement NLG 45,—. ISBN 90-313-1271-1.

**Anticonceptiegebruik in Nederland. Ontwikkeling en vooruitzicht** Van Delft M, Ketting E. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1992; 95 pagina's, prijs NLG 27,50. ISBN 90-313-1465-X.

**Leerboek reumatologie** Breedveld JWJ, Bijlsma FC, Dequeker J, et al. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1992; 339 pagina's, prijs NLG 87,50. ISBN 90-313-1144-8.

**Het Medisch Jaar 1992** Van Es JC, Mandema E, Olthuis G, Verstraete M. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1992; 405 pagina's, prijs NLG 129,—. ISBN 90-313-1276-2.

**HIV and AIDS** Moss A. Oxford: Oxford University Press, 1992; 104 pagina's, prijs GBP 10,50. ISBN 0-19-262216-1.

**Voorlichten, je doet het zo. Lesboek patiëntenvoorlichting voor doktersassistenten** Feller E m.m.v. Baane C, Tielen L. Assen: Van Gorcum, 1992; VIII + 96 pagina's, prijs NLG 27,50. ISBN 90-5218-029-6.

**Voorlichten, je doet het zo. Docenthandleiding bij het lesboek patiëntenvoorlichting voor doktersassistenten** Feller E, Baane C. Assen: Van Gorcum, 1992; VIII + 48 pagina's, prijs NLG 10,—. ISBN 90-5218-031-8.

**Locoregionale anesthesie** De Lange JJ, red. Utrecht: Bunge, 1992; 145 pagina's, prijs NLG 44,50. ISBN 90-6348-017-2.