

Consultvoering, Aambeien en IBS, tongriem, bloedonderzoek

Consultvoering 1

Inge Hofmans heeft een fraai, helder leesbaar proefschrift geschreven.¹ Bij de uitwerking van haar primaire vraagstelling, 'hoe betrouwbaar is de ICPC-codering van huisartsen?', heeft ze een belangrijke grootheid toegevoegd aan de gangbare procedure: het oordeel van de patiënt zelf. Tal van details van deze opzet (videoregistratie, interview, op onderdelen toegespitste vraagstelling aan de patiënt) zullen ongetwijfeld model staan voor toekomstig onderzoek. Juist daarom willen wij kritische opmerkingen in verband met enkele conclusies niet achterwege laten.

Bij nadere beschouwing van de 41 gevallen, waarin 'geen overeenkomst' tussen de contactredenen van de arts en die van de patiënt werd genoteerd, lijkt veelal sprake van een systematische afwijking in de registratie van de arts, die bijvoorbeeld slaapprobleem codeert bij een patiënt die om slaappillen vraagt, of angst bij een patiënt die over pijn klaagt. 'Ik kwam voor mijn trillende handen en droge mond', zegt de patiënt achteraf, terwijl de dokter een psychisch probleem registreerde. Systematisch lijkt hierbij, dat de dokter in deze gevallen zijn interpretatie toevoegt. Dat lijkt ons ook correct: het gaat hierbij immers om de verheldering van de hulpvraag (blz. 25). Naar onze mening is, zo lang de arts maar het spoor van zijn patiënt volgt, dit soort gebrek aan overeenstemming niet relevant voor de kwaliteit van de hulpverlening.

Moeilijker wordt het wanneer de auteur conclusies gaat formuleren op gebieden waarvan zij zelf zegt slechts descriptief-explorerend, niet toetsbaar, te werk te kunnen gaan (blz. 74). Zo is vermoedelijk erg veel werk verricht, terwijl van tevoren – gezien de onderzoeksopzet en voorgenomen analyses – duidelijk kon zijn dat er weinig zinvols uit kon komen, zoals de resultaten ook bevestigen. Ook al brengt schrijfster zelf de nodige nuancerings aan, toch wordt er meer gesuggereerd dan de onderzoeksopzet en de resultaten toelaten.

Een voorbeeld daarvan vinden wij op blz. 107: uit het *samengaan* van lage scores van overeenstemming tussen patiënt en huisarts en een minder positief oordeel van de patiënt over het consult wordt geconcludeerd: 'kennelijk betekent overeenstemming over de contactredenen iets voor de patiënt'. Dat lijkt ons een niet verantwoord stap. De conclusie dat patiënten niet positiever oordelen naarmate de consulten langer duren, wordt door schrijfster zelf zwak onderbouwd genoemd. Maar uit figuur 7.4 blijkt iets anders: bij een duur van meer dan 14 minuten stijgt de waardering juist weer. Niettemin wordt de conclusie – en dan zonder reserve – gehandhaafd.

Niet duidelijk is waarom een multivariate ana-

lyse niet lijkt overwogen. Daarmee had zij klaarheid gebracht kunnen hebben in de relatie tussen consultduur en overeenstemming/tevredenheid, met inachtneming van effecten als het aantal consultredenen en de aanwezigheid van psychosociale problemen. Schrijfster komt nu niet verder dan (vrij vertaald): enerzijds is de overeenstemming/tevredenheid minder bij langere consulten, anderzijds zijn langere consulten ook moeilijker, dus...? (blz. 95). Een multivariate analyse zou mogelijk duidelijk hebben kunnen maken of deze verklaring voldoende is. Ook is denkbaar dat met inachtneming van de moeilijkheidsgraad van langere consulten de overeenstemming/tevredenheid juist zou toenemen met de duur van het consult.

Het begrip 'patient-centered' wordt in het proefschrift op een verwarrende wijze gebruikt; het wordt niet scherp gedefinieerd, maar wel herhaaldelijk beschreven in termen van hulpmiddelen. Zo wordt dan gesproken van 'hummen, spiegelen, samenvatten, herhalen, eerst zoeken naar psychosociale achtergronden', enzovoort. Slechts in de inleiding wordt het begrip betrokken op een arts, die zich afvraagt waarom de patiënt is gekomen. In de literatuur wordt het begrip 'patient-centered' echter al lang gedefinieerd in termen van attitude: op één lijn proberen te komen met de patiënt, met hem een goede relatie trachten op te bouwen; daar hoort uiteraard het krijgen van een juist beeld van de reden van patiënt's komst ook bij. De geconstateerde verschillen tussen de artsen zeggen dan ook niets over de wenselijkheid van een patiëntgerichte benadering, ook al niet omdat de representativiteit van de in het onderzoek opgenomen artsen zeer dubieus is.

Op blz. 142 stelt schrijfster dat patiënten volstrekt competent blijken in het uitleggen van de reden waarvoor ze zijn gekomen en al evenzeer kunnen aangeven of hun problemen al of niet een psychosociale achtergrond hebben. Zij zouden prima in staat zijn zelf uit te maken of hun klachten een 'diepere' achtergrond hebben. Dat is, zo algemeen gesteld, gewoon niet waar. Het is buiten haar gezichtsveld gebleven, omdat schrijfster geen onderzoek heeft verricht naar de mogelijkheid van achterliggende psychosociale problematiek waarover de patiënt niet wilde praten (ook niet met de interviewster) en waarvan de patiënt zich in dit stadium heel goed niet bewust kan zijn geweest. We moeten daar altijd wel rekening mee houden, stelt schrijfster verderop.

Dat vinden wij ook en daarom vinden wij uitspraken als de bovenstaande niet gefundeerd, evenmin trouwens als de conclusie dat het onderwijst op het punt van consultvoering op grond van dit onderzoek herziening behoeft. Hoe één en ander kan overkomen, wordt geïllustreerd door Peter Bügel in Het Parool: '... zijn we weer terug

bij de eetlust/stoelgang/tong methodiek, maar dan via de computer'.

Nog een opmerking over de dokters 6 en 7. Het is ons opgevallen dat zij, als enigen, praktiseren in de Amsterdamse binnenstad, waar een hoog aanbod van psychosociale klachten gewoon is. Dat zou de (overigens relatieve) mindere tevredenheid van patiënten al grotendeels kunnen verklaren. Daarbij gaan wij voorbij aan de vraag of tevredenheid van de patiënt als ultiem effect moet worden nagestreefd.

Joop Stam, huisarts
Jack Courant, huisarts i.r.
Guus Hart, statisticus

¹ Hofmans-Okkes IM. Op het spreekuur. Oordelen van patiënten over huisartsconsulten [Dissertatie UvA]. Lelystad: Meditekst, 1991.

Naschrift

Een betere illustratie van 'de paradox van de patiëntgerichte benadering' (zie pp. 281-6 in dit nummer) hadden Stam et al. niet kunnen schrijven. Inderdaad betekent het begrip 'patiëntgericht' bij de ene auteur iets anders dan bij de andere. Zo zijn Stam et al. van mening dat het 'gewoon niet waar is' dat patiënten competent zijn. Het zij zo. Ook is het hun goed recht het 'geen bezwaar' te vinden dat de huisarts de contactredenen herformuleert door er een interpretatie aan toe te voegen. Alleen is het dan geen contactredenen meer: binnen het in mijn onderzoek gehanteerde paradigma wordt zo'n interpretatie een *diagnose* genoemd. Overigens reiken Stam et al. met hun opmerkingen ook een brevet van onvermogen uit aan de participerende huisartsen: gezien de zeer hoge mate van overeenstemming tussen huisarts en patiënt over de contactredenen, zou je moeten concluderen dat beide partijen óf massaal incompetent óf massaal competent zijn. Ik houd het maar op het laatste.

De methodologische bezwaren van Stam et al. zijn niet erg sterk. Zo vinden ze dat ik niet had mogen zeggen dat het verband tussen consultduur en het oordeel van de patiënt over het consult zwak is. Maar wat moet je anders zeggen van een samenhang (r) van -0.19 ? Verder stellen ze: 'schrijfster komt nu niet verder dan (vrij vertaald): enerzijds is de overeenstemming/tevredenheid minder bij langere consulten, anderzijds zijn langere consulten ook moeilijker.' Ik kom echter beduidend verder. In de eerste plaats zeg ik niet dat overeenstemming en tevredenheid minder zijn bij langere consulten, maar dat bij langere consulten geen grotere overeenstemming/een positiever oordeel is vast te stellen – en dat is iets anders.

Over de relatie tussen duur en kwaliteit zoals door mij gedefinieerd, stel ik eerst (bij de algemene bespreking van de resultaten) vast dat deze negatieve relatie in zijn algemeenheid weinig zegt, omdat duidelijk is dat daarbij talrijke andere factoren een rol zouden kunnen spelen. Ik adstrueer dat door te laten zien dat consulten met een psychosociale inhoud en/of met meer problemen – zoals te verwachten – gemiddeld langer duren (p. 95). Daaraan voeg ik toe: 'Mogelijk spelen echter nog andere factoren een rol. Ook hierbij valt in eerste instantie te denken aan de variabele *huisarts*; het is immers de huisarts die door middel van het aantal afspraken per uur bepaalt hoeveel tijd in beginsel voor een consult beschikbaar is.' Dat heb ik vervolgens ook uitgezocht (p. 98 evv.). Daarbij bleek dat bij de acht huisartsen die werkten op basis van zes consulten per uur, de duur van de consulten sterk samenhang met de inhoud: bij hen duurden consulten langer naarmate er meer problemen werden besproken en ook als er psychosociale problematiek werd besproken. Bij de twee huisartsen die vier consulten per uur boekten, was deze samenhang afwezig. Daaruit concludeer ik (pp. 107-8): 'Wat betreft de gemiddelde consultduur is vastgesteld dat huisartsen in dit onderzoek aanzienlijke verschillen vertonen, die niet alleen lijken te worden bepaald door de *input* (de patiënt en/of de problemen die aan de orde zijn).' Ik stel dan vast dat juist de twee huisartsen bij wie de relatie inhoud-duur ontbreekt, in conspiratie verantwoordelijk zijn voor 50 procent van alle 41 gevallen waarin arts en patiënt het niet eens waren over de contactreden, en voor een gemiddeld iets negatiever oordeel over het consult. Daaruit concludeer ik dan: 'Mogelijk wordt de hier gevonden omgekeerde relatie tussen 'duur' en 'kwaliteit' verklaard door een of meer 'onderliggende' kenmerken van consultvoering van de twee huisartsen, waarvan consultduur alleen een symptoom is.'

Natuurlijk zou een 'multivariate analyse' hieraan – behalve een deftig woord – van alles hebben kunnen toevoegen, maar niet iets wat ik wilde weten gezien mijn onderzoeksvragen (p. 58).

Tenslotte: Peter Bügel ken ik niet en Het Parool lees ik niet. Wat deze scribent ook maar aan verwerpelijks of moois gezegd mag hebben – ik heb er part noch deel aan.

I.M. Hofmans-Okkes

Consultvoering 2

Er is alle aanleiding de opvattingen en uitgangspunten waarop de opleiding tot huisarts op het

punt van consultvoering berust, opnieuw te bezien, aldus *Hofmans-Okkes* aan het eind van haar proefschrift, dat eind vorig jaar is verschenen; te meer daar deze uitgangspunten niet gebaseerd zijn op onderzoek waarin 'het afnemend veld' (echte patiënten met echte problemen en klachten in de huisartspraktijk) ooit een welomschreven rol heeft gespeeld (p. 142).¹

Hoewel het toe te juichen valt dat ook 'het afnemend veld' bij de beoordeling van de kwaliteit van consulten wordt betrokken, zijn er belangrijke redenen om haar bevinding in twijfel te trekken, dat patiënten volstrekt competent zijn in het uitleggen van de redenen waarvoor zij gekomen zijn, en haar suggestie dat juist de dokters die methodisch werken falen in het achterhalen van de contactredenen van hun patiënten, hetgeen zou leiden tot ontevredenheid. Deze conclusie is namelijk niet meer dan een constructie van haar onderzoeksmethode.

De keus van een onderzoeksmethode die neutraal is ten aanzien van het object dat onderzocht moet worden, behoort tot de moeilijkste opgaven van wetenschappelijk onderzoek. De wijze waarop *Hofmans-Okkes* de kwaliteit van het consult definieert (alle contactredenen zijn achterhaald en de patiënt heeft een positief oordeel over het consult) en meet (door vergelijking van de ICPC-codes op het consultformulier van de dokter met de contactredenen die patiënten opgeven en door te informeren naar het oordeel van de patiënt over deze terugvertaalde codes) kan echter moeilijk neutraal genoemd worden ten aanzien van methodisch werken. Daarvoor zijn verschillende argumenten te geven:

- De gehanteerde definitie van consultkwaliteit is inadequaat ten aanzien van methodisch werken. *Hofmans-Okkes* signaleert op verschillende plaatsen dat concepten als 'de werkelijke reden van komst' en 'de vraag achter de vraag' tot de centrale begrippen van methodisch werken behoren. Hoewel zij stelt dat de beantwoording van de vraag of patiënten vaak iets anders naar voren brengen dan waarvoor ze gekomen zijn, onderzoek vereist waarbij de opvattingen over de reden voor komst van patiënt en arts met elkaar vergeleken worden en in samenhang met de feitelijke gebeurtenissen kunnen worden gezien (p. 33), verzuimt ze in haar onderzoek de laatste een rol van betekenis te laten spelen. Uit de feitelijke gebeurtenissen trekt ze slechts de conclusie dat weliswaar soms met enig recht gesteld kan worden dat de patiënt de dokter enigszins op het verkeerde been zet, maar niettemin heeft de patiënt *per definitie* (cursivering T.W.) 'gelijk' als het gaat om de vaststelling van de contactredenen (p. 93). Haar beschrijving van de feitelijke gebeurtenissen doet vermoeden dat nadere analyse van de wijze waarop de patiënt de dokter op

het verkeerde been zet, licht zou kunnen werpen op het bestaansrecht en het belang van een concept als 'de vraag achter de vraag'. Door gelijkstelling van consultkwaliteit met het achterhalen van contactredenen en het laatste afmeten aan hetgeen de patiënt daarover zegt, ontleent zij zichzelf daartoe het instrumentarium. Volgens de theorie van methodisch werken is de realiteit 'de vraag achter de vraag' zeker niet volledig afhankelijk van en identiek met het oordeel van de patiënt in deze. Voor de verdere hulpverlening is het overigens wel noodzakelijk dat de patiënt ook de achterliggende vraag als de zijne gaat zien.

- Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen vraagverheldering en diagnostiek, hetgeen tot resultaten leidt ten nadele van dokters die hun eigen activiteiten interpreteren in termen van methodisch werken. In de optiek van het Transitieproject, waarvan de consultformulieren worden gebruikt, is 'de vraag achter de vraag' de uitkomst van een transitie, bijvoorbeeld een diagnose. Volgens de theorie van het methodisch werken is ook een verhelderde contactreden een contactreden. Het gaat hier om het verschil tussen vraagverheldering en diagnostiek. Het lijkt niet onaannemelijk dat met name dokters die hun eigen activiteiten interpreteren vanuit de theorie van methodisch werken, een deel van hun eigen diagnostische herinterpretaties onder de contactredenen zullen rangschikken. *Hofmans-Okkes'* resultaten wijzen in deze richting: huisartsen vinden nogal eens meer contactredenen dan de patiënt zegt te bedoelen en kennen daaraan geregeld andere interpretaties toe (p. 93). Een niet onaanzienlijk deel van de onenigheid over contactredenen lijkt aldus verklaard te kunnen worden. Dat zegt echter meer over de theorie van de dokter dan over zijn werkwijze.

- Het gebruik van de ICPC ter codering van contactredenen verhindert dat nuanceren die volgens de theorie van methodisch werken belangrijk zijn, worden waargenomen. Mensen met keelpijn kunnen komen uit angst voor keelkanker, omdat huisgenoten menen dat ze naar de dokter moesten, omdat ze willen weten wat het is, omdat ze een medicijn tegen de pijn willen of omdat ze willen weten wanneer het over gaat. Vanuit de veronderstelling dat dokters die methodisch werken vooral op zoek zijn naar verborgen psychisch gekleurde achterliggende contactredenen, ziet *Hofmans-Okkes* over het hoofd dat aandacht voor nuancering van de contactredenen de basis vormt van het methodisch werken. De dokter moet in de eerste plaats precies weten wat de patiënt komt doen.

Terwijl *Hofmans-Okkes* opmerkt dat geringe specificiteit van de ICPC-codes – afhankelijk van het beoogde gebruik van het systeem – bezwaarlijk kan zijn (p. 26), ontbreekt een samenhangen-

de bespreking van de specificiteit die voor haar doel wel noodzakelijk is. De ICPC is sterk medisch-somatisch geïntereerd: veruit de meeste codes hebben betrekking op klachten en ziektebeelden. Nuances als zojuist vermeld, zijn met behulp van de ICPC alleen op specifieke en gekunstelde wijze naar tractus te coderen, waarbij geregeld moet worden uitgeweken naar procescodes. Het wordt verleidelijk te kiezen voor de specificiteit van de codes voor de klachten en de ziektebeelden. De dokters met een somatische oriëntatie zullen daar de minste moeite mee hebben. Dokters die menen dat klachten als zodanig te weinig informatie verschaffen over de contactredenen van de patiënt, een van de uitgangspunten van het methodisch werken, zullen bij het coderen onvermijdelijk in de moeilijkheden komen. Ze zullen zich relatief vaak genoodzaakt zien contactredenen aan te duiden met specifieke of extra codes. Verondersteld mag worden dat artsen die dergelijke nuanceringen achterwege laten, daardoor op meer instemming van de patiënt over de contactredenen kunnen rekenen. Over het feit dat het consult over keelpijn ging, is men het gemakkelijk eens. De meningsverschillen die *Hofmans-Okkes* vindt, blijken, afgezien van de psychische aandoeningen, nauwelijks codes te betreffen die klachten of ziektebeelden aanduiden.

Waar huisartsen er wel in slagen nuanceringen met behulp van de ICPC aan te brengen, interpreteert *Hofmans-Okkes* deze als verschillen in perspectief, in verband waarmee zij opmerkt dat arts en patiënt het 'grosso modo' en 'waarschijnlijk' over hetzelfde hebben (pp. 68-69). Via toekenning van een 2 door de beoordelaars worden verschillen in perspectief uiteindelijk als overeenstemming afgeboekt. Deze methodische beslissing is discutabel, maar wordt helaas niet nader gemotiveerd. Het was beter geweest de consulten met overeenstemming ook inhoudelijke te analyseren.

Om bovenstaande redenen is het onduidelijk wat *Hofmans-Okkes'* conclusie dat huisartsen de contactredenen van hun patiënten in het algemeen juist en volledig weten te achterhalen, nu precies betekent. Het lijkt erop dat er vooral een oppervlakkig soort overeenstemming gemeten is: patiënt en dokter zijn het er over eens dat het consult ging over keelpijn. De resultaten zeggen echter niets over de vraag of de dokter heeft weten te achterhalen wat de patiënt met die keelpijn kwam doen. De inhoudelijke betekenis van oppervlakkige overeenstemming voor de kwaliteit van het consult lijkt niet groot.

In het onderzoek wordt het oordeel van de patiënt over het consult gebruikt om het belang van overeenstemming over de contactredenen(en) te onderbouwen. Het merendeel van de vragen

aan de patiënt over het consult wordt echter pas gesteld nadat aan de patiënt gevraagd was of hij het eens was met de codering van de contactredenen door de dokter. Als de patiënt tijdens de beantwoording van deze vraag heeft moeten constateren dat de dokter contactredenen heeft genoteerd waarmee hij niet kan instemmen, zal dit mogelijk zijn oordeel over het consult negatief beïnvloeden. Het is derhalve niet uitgesloten dat de samenhang die *Hofmans-Okkes* constateert tussen onvolledige overeenstemming over de contactredenen en een minder positief oordeel van de patiënt over het consult een effect is van de volgorde waarin de vragen aan de patiënt gesteld zijn.

Samenvattend kan men zich niet aan de indruk onttrekken dat de onderzoeksresultaten door het hanteren van een specifieke opvatting van contactredenen en het gebruik van de ICPC meer het produkt zijn van de gekozen onderzoeksopzet dan van enig fenomeen in de werkelijkheid. De gemeten consultkwaliteit is volledig bepaald door het meetinstrument, mist echter adequate theoretische fundering en daarmee inhoudelijke betekenis.

Een en ander is *Hofmans-Okkes* overigens niet geheel ontgaan. Uit haar onderzoek naar verschillen tussen dokters, waarin degenen die patient-centered werken slecht scoren, kan niet geconcludeerd worden dat dit slechte dokters zijn, want het is denkbaar dat het in dit onderzoek gehanteerde instrument waarden meet die weinig compatibel, of zelfs strijdig zijn met hun professionele waarden (p. 109). Men kan zich afvragen wat de waarde is van onderzoek waarin gemeten wordt, zonder dat duidelijk is wat er precies gemeten wordt en of het niet beter was geweest dit vooraf te bedenken.

Dit weerhoudt *Hofmans-Okkes* echter niet om op verschillende plaatsen in haar slotbeschouwing suggesties te doen ten nadele van methodisch werken. Mijns inziens is er alle reden om deze als voorbarig en volstrekt ongefundeerd terzijde te schuiven.

Drs. Tj. Wiersma

¹ Hofmans-Okkes IM. Op het spreekuur. Oordelen van patiënten over huisartsconsulten [Dissertatie UvA]. Lelystad: Meditekst, 1991.

Naschrift

Een zinvolle discussie is niet mogelijk wanneer een opponent zich niet aan de feiten houdt. Over de kritiek van Wiersma kan ik dan ook bijzonder kort zijn, aangezien het hele betoog berust op onjuistheden. Om er een paar te noemen: aan de

patiënten is niet gevraagd 'of ze het eens waren met de codering van de dokter' (stel je voor) en hun oordeel over het consult kan daardoor dus bezwaarlijk zijn beïnvloed; in de visie van het Transitieproject is de vraag achter de vraag geen 'uitkomst van een transitie, bijvoorbeeld een diagnose'; de ICPC als classificatiesysteem van contactredenen is *niet* in hoofdzaak somatisch geïntereerd, en de zinsnede dat dokters soms moeten 'uitwijken naar procescodes' laat zien dat Wiersma geen idee heeft van de mogelijkheden en beperkingen van de ICPC. Dat blijkt ook wel uit het feit dat hij niet heeft gezien dat de mededeling 'dat de patiënt *per definitie* gelijk heeft als het om de contactredenen gaat', een citaat is uit de ICPC.

Eén ding ziet Wiersma scherp: de door mij gehanteerde definitie van consultkwaliteit is 'niet neutraal ten aanzien van methodisch werken'. Dat was dan ook niet de bedoeling.

Neutraal onderzoek bestaat trouwens niet. Voorbeelden van het tegendeel – met name op het terrein van de consultvoering – worden door mij gaarne ingewacht.

I.M. Hofmans-Okkes

Aambeien en IBS 1

Het artikel 'Aambeien en het irritable bowel syndrome'¹ vertoont een belangrijk aantal tekortkomingen:

- er wordt geen vraagstelling uitgewerkt;
- het is onduidelijk welke patiëntselectie plaatsvond (zelfselectie-bias? verwijs-bias?);
- het is onduidelijk welke criteria de onderzoekers hanteerden om van IBS te spreken;
- het indelingscriterium 'roze' of 'rood' darm-slijmvlies bij proctoscopie is een subjectief en niet gevalideerd criterium;
- het is onduidelijk door wie op welke wijze in welke periode de dataverzameling is verricht;
- over validering van vragenlijst, proctoscopie en histologische beoordeling der bipten wordt niet gesproken;
- de interventies worden onvolledig weergegeven (gebruikten alle patiënten vooraf laxantia? hoe lang gestopt voor onderzoek? wat is 'normale kost?') en niet onderbouwd voor wat betreft indicatie en effectiviteit (wat is de waarde van respectievelijk de 'desmoid test', het Truelove dieet, magnesiumperoxide, betaine pepsine?);
- men meldt geen *informed consent* van patiënten, noch toestemming van een medisch-ethische commissie voor het tot tweemaal toe verrichten van een snijbipt uit de dikke darm;

- de *endpoints* waarop de resultaten beoordeeld moeten worden, zijn niet omschreven;
- het artikel ritselt van subjectieve, niet ter zake doende en niet verder toegelichte opmerkingen ('het reeds aanwezige globusgevoel' dat bij plaatsen van ligaturen zou worden versterkt; 'typische frisse geur' en 'gelig slijm met een kwalijke geur' bij beschrijving van rectaal slijm; 'neerslachtige indruk die velen bij het eerste consult maakten');
- omdat een controlegroep ontbreekt, is het ongeoorloofd conclusies te trekken;
- de literatuurlijst met drie artikelen, die respectievelijk 31, 12 en 3 jaar oud zijn, doet vermoeden dat geen verdere wetenschappelijke onderbouwing is te geven voor de hierboven als onvoldoende gekenschetste punten.

Onderzoek en artikel moeten het predikaat 'wetenschappelijk' ontberen, als deze punten van kritiek niet te verhelderen en te weerleggen zijn.

Dr. E. van de Lisdonk

¹ Mullink JJM, Wullink FH. Aambeien en het irritable bowel syndrome. Huisarts Wet 1992; 35(4): 142-5.

Aambeien en IBS 2

De aankondiging van een nieuwe hypothese over een succesvolle therapie voor IBS, in contrast tot 'het povere resultaat' (p 133) van ons literatuuronderzoek, trok uiteraard onze belangstelling. De publikatie van Mullink & Wullink roept echter meer vragen op dan antwoorden worden gegeven.¹ In hun onderzoek onder patiënten die de flebo-/proctologische polikliniek bezochten vanwege de klacht 'aambeien', werden patiënten ingedeeld in twee groepen op basis van een verschillend slijmvliesbeeld bij proctoscopie.

Deze indeling blijkt overeen te komen met de indeling wel/geen IBS.

- Op basis van welke (combinatie van) klachten wordt het onderscheid wel/geen IBS gemaakt? De omschrijving van IBS in de inleiding geeft hierover geen uitsluitsel; bovendien blijken klachten die kunnen wijzen op IBS in beide groepen voor te komen (tabel 1).
- Wat is de betrouwbaarheid van de *à vue* beoordeling van de darmmucosa bij proctoscopie?
- Wat is de relevantie van een onderscheid op basis van bevindingen bij proctoscopie indien dit onderscheid bij histologisch onderzoek niet herkenbaar is?
- Bij hoeveel patiënten werden aambeien vastgesteld en hoeveel van hen werden behandeld met ligaturen of scleroserende injecties, al of niet na dieet?

- Welke criteria zijn gehanteerd voor 'objectieve genezing' van buikklasten en aambeien?

Het beschreven onderzoek biedt naar onze mening onvoldoende aanknopingspunten voor het formuleren van een nieuwe hypothese over het ontstaan van IBS en een daarop gebaseerde therapie.

François Schellevis
Henriëtte van der Horst

¹ Mullink JJM, Wullink FH. Aambeien en het irritable bowel syndrome. Huisarts Wet 1992; 35(4): 142-5.

Aambeien en IBS 3

Moet ik bij mijn patiënten met aambeien voortaan een proctoscopie doen om te beoordelen of het slijmvlies roze of rood is? Moet ik mijn IBS-patiënten voortaan behandelen met een darm-sparend dieet? Doe ik schade met de tot nu toe gehanteerde vezelrijke variant? Is zelfs collega Tytgat anti-vezel geworden? Na lezing van het artikel 'Aambeien en het irritable bowel syndrome' lijken deze vragen met ja beantwoord te moeten worden.¹

Enkele kanttekeningen:

- De vraagstelling in dit artikel valt uiteen in twee delen:
 - heeft het aspect van de mucosa betekenis voor de behandeling en de prognose van aambeien?
 - heeft het aspect van de mucosa betekenis voor de behandeling en de prognose van IBS?

Wat betreft de aambeien wordt aan de hand van de kleur van het slijmvlies een indeling gemaakt in twee groepen, die vervolgens verschillend behandeld worden. Het is op voorhand te verwachten dat de uitkomsten in de twee groepen verschillend zijn; deze opzet is een self-fulfilling prophecy. Mutatis mutandis geldt deze redenering voor IBS.

- Welke criteria gebruiken de auteurs voor de diagnose IBS? Hebben de beschreven patiënten alle 11 in de inleiding genoemde symptomen? Of slechts 10? Of 9? En hoeveel IBS-symptomen hadden de mensen met roze slijmvlies? Geen? Of 1? Of 2?

- De lezer die de conclusies van de auteurs wil overnemen, zal moeten weten voor welke patiënten ze geldig zijn.

- In hoeverre is de onderzochte populatie representatief en zijn de conclusies toepasbaar in de huisartspraktijk?

- Verreweg de interessantste bevinding vond ik dat er geen verband gevonden werd tussen de aard en kwantiteit van de histologische veranderingen en de twee onderscheiden groepen (roze

en rood), en dat tussen verschillende coupes van hetzelfde biopt soms grote verschillen bestonden. Roze en rood is dus histologisch niet verschillend. Waarschijnlijk is het onderscheid in roze en rood niet zo eenduidig; misschien is er bij deze diagnostische test een grote inter/intra-observervariabiliteit. Moet de conclusie van deze waarneming niet zijn dat onderscheid in roze en rood geen betekenis heeft voor de dagelijkse praktijk?

• Naar mijn mening is Tytgat onjuist geciteerd.² De citaten stammen uit de inleiding van diens artikel; in de conclusie stelt hij: 'Vezelverrijking van de voeding verdient nog steeds aandacht, niet alleen als onderdeel van een algemeen gezond voedingspatroon, maar ook als therapeutisch advies bij diverse vaak voorkomende aandoeningen van de tractus digestivus en daarbuiten.' Tytgat noemt in dit kader onder andere obstipatie (met als gevolg onder meer hemorrhoiden) en het syndroom van de prikkelbare darm. Hij stipt overigens steeds aan dat een wetenschappelijk bewijs niet geleverd is. Wat dat betreft zit hij op één lijn met de auteurs van het artikel dat volgde op het hier besproken artikel.³ Dat een vezelrijk dieet gecontraïndiceerd is bij spastisch colon, is een conclusie die niet getrokken kan worden op grond van de resultaten van het beschreven onderzoek, noch op grond van het artikel van Tytgat.

Het onderscheid van de mucosa in roze en rood lijkt mij op grond van dit artikel niet relevant. De vezels blijf ik voorlopig maar voorschrijven totdat een echt bewijs van hun schadelijkheid geleverd is.

Peter Lucassen

¹ Mullink JJM, Wullink FH. Aambeien en het irritable bowel syndrome. Huisarts Wet 1992; 35(4): 142-5.

² Tytgat GNJ. De rol van voedingsvezel in de gastroenterologie: 'fact' of 'fancy'? Ned Tijdschr Geneesk 1989; 133: 1926-9.

³ Van der Horst HE, Van Eijk JThM, Schellevis FG. Nieuwe inzichten in het irritable bowel syndrome? Een literatuuronderzoek. Huisarts Wet 1992; 35(4): 146-51.

Naschrift

Poliklinische ervaring met een groep patiënten verschilt van een experimenteel onderzoek aan de hand van proef- en controlegroep. In ons geval stond het volgen van de resultaten van de toegepaste therapie, in het belang van de patiënt, voorop. Wij menen dat de gepresenteerde gegevens voor de praktijk situatie van de huisarts van belang kunnen zijn.

Lucassen moet inderdaad altijd een proctoscopie doen om inwendige hemorrhoiden (en carci-

nomen) te kunnen vaststellen en behandelen en ziet dan vanzelf de kleur van de mucosa boven de linea serrata. Wat hij zonder proctoscoop ziet, zijn marissen, perianale thrombus en in minder dan 1 procent van de gevallen uitwendige hemorroïden, die geen behandeling behoeven.

Tygat heb ik juist geciteerd, maar ik spreek hem inderdaad tegen op grond van twee decennia eigen ervaring en ook op grond van literatuurstudie; zo is de door *Burkitt & Graham-Stewart* opgestelde hypothese dat door het eten van meer vezels een vlotte en frequente defecatie bewerkstelligd wordt en het optreden van hemorroïden kan worden voorkomen, één van de vele hypothesen over het ontstaan van hemorroïden.¹ Deze werkhypothese heeft, mede door vele onkritische publikaties en handig inspelen hierop door de industrie, de schijn van een wetenschappelijk vastgesteld feit gekregen. Al eerder is erop gewezen dat er in het onderzoek van *Burkitt & Graham-Stewart*, naast vezels, talrijke fytologische factoren waren die evenzeer verantwoordelijk gesteld kunnen worden voor de frequente defecatie bij de beschreven Afrikaanse voeding.²

Literatuur over IBS die anders doet dan tellen, rangschikken en in symptoomgroepen verdelen, is schaars. Dat de conclusie onveranderlijk psychosomatische luidt, werkt daarmee remmend op elk initiatief tot onderzoek met patiënten.

Het onderscheid wel/geen IBS kan niet op grond van de altijd zeer pluriforme anamneses alleen worden gemaakt; na compleet intern onderzoek is daarvoor proctoscopie noodzakelijk bij de niet-gelaxeerde patiënt.

Vindt men alleen inwendige hemorroïden, dan kunnen alleen door behandeling hiervan verschillende klachten verdwijnen, die zowel door hemorroïden als door het IBS kunnen worden veroorzaakt, zoals: anaal globusgevoel, onderbuiks- en anuskrimp, obstipatie, loze aandrang, pijn onder in de rug, meteorisme en anaal slijmverlies. Verdwijnen de klachten inderdaad, dan waren inwendige hemorroïden kennelijk de oorzaak van de klachten en niet een IBS. Dan hoeft er dus ook geen IBS behandeld te worden!

Bij de beoordeling van de darmmucosa wordt op de volgende aspecten gelet:

- roodheid: diffuus, hypercapillaritisatie, pseudovaricosis;
- slijm: geel, taai, putride, helder, dun, fis;
- slijmvlies: normaal, atrofisch glad, bombend, necroses, blaasjes;
- geur: weinig, foetor.

Bij gebruik van halogeen licht en een normaal grote proctoscoop is de beoordeling van de mucosa eenvoudig en goed reproduceerbaar door anderen.

Wij hebben vanzelfsprekend gepoogd de

kleurvariabiliteit van de mucosa te objectiveren. Noch Talens noch Kodak waren echter in staat mucosakleurvariëteiten toetsbaar te maken aan kleurschalen. De toets werd derhalve wang- en schedemucosa.

De relevantie is dat wij op grond van herhaalde proctoscopieën de juiste vervolginformatie krijgen, die nodig is voor een adequate behandeling. Volkomen onverwacht vinden wij daar niets van terug in de histologische preparaten.

Bij alle patiënten werden inwendige hemorroïden behandeld, nadat door dieet de mucosa rose was geworden. Hier liepen dus twee therapieën parallel, waardoor de therapieduur en de consultfrequentie beperkt konden blijven. In hoeverre het IBS bijdraagt aan of voorwaarde is voor de vergroting van het anale zwellichaam, is niet duidelijk geworden.

De volgende objectieve criteria voor objectieve genezing zijn gehanteerd:

- minstens twee consulten achtereen een rose mucosa met normale secretie van helder, fris geurend slijm;
- geen darm spasmen gedurende de rectoscopie;
- een lege rectumampul;
- verstreken darmplooiing;
- niet of nauwelijks geurende, goed verteerde faeces.

Het internationaal gehanteerde criterium voor het genezen zijn van inwendige hemorroïden is dat het aanvankelijk vergrote anale zwellichaam niet meer prolabeert in de Blondse proctoscoop of in de Kelly proctoscoop met een diameter van 25 mm.

Onze werkhypothese ontleen wij aan *Riemann & Schmidt*, die niet alleen de dysfunctionele zelfs zenuwvezeldestructieve en paralyserende werking van laxativa aantoonde, maar na vermijding van de noxe ook de restitutie van normaal functioneren van de plexus van Meissner en Auerbach konden bewerkstelligen.³ Onze bijdrage in deze is het opperen van de voor de hand liggende, maar nog nooit getoetste hypothese dat ook andere, niet als zodanig bekend zijnde stoffen, als neurotoxinen de autonomie van deze plexus kunnen verstoren, met als gevolg optreden van functionele buikklachten. Het hoge genezingspercentage van onze patiënten (93 procent) moet naar onze mening een prikkel vormen voor anderen om onze hypothese op zijn minst te toetsen, zeker nadat men het literatuuronderzoek van *Van der Horst et al.*⁴ heeft bestudeerd.

Dr. F.H. Wullink

¹ Burkitt DP, Graham-Stewart CW. Haemorrhoids – postulated pathogenesis and proposed prevention, *Postgraduate Med J* 1975; 51: 631-6.

² Wullink FH. Inleiding tot proctologie. Voorst: 't

Nieuwe hoen, 1986.

³ Riemann FJ, Schmidt H. Diagnose, Klinik und Theorie des Abfuhrmittelkolons. *Coloproktologie* 1980; 2: 348-53.

⁴ Van der Horst HE, Van Eijk JThM, Schellevis FG. Nieuwe inzichten in het irritable bowel syndrome? Een literatuuroverzicht. *Huisarts Wet* 1992; 35(4): 146-51.

Van de tongriem gesneden

Volgens de kennistoets in het maartnummer zou de beste behandeling van een partieel tonggriempje bestaan uit een eenvoudig knipje midden door het bandje (pp. 125-6). Bij inknippen bestaat echter het gevaar dat de wondranden aan elkaar verkleven c.q. dat er een retractielitteken ontstaat, zodat resultaat uitblijft of de tongriem zelfs nog korter wordt. De behandeling kan wellicht beter bestaan uit een excisie met een Z-plastiek of uit het snoeren van het frenulum.^{1 2} Deze behandeling kan in de huisartspraktijk worden toegepast.

Peter Vonk, huisarts

¹ Six PD. Van de tongriem gesneden. *Ned Tijdschr Geneesk* 1986; 130: 1661.

² Meijman FJ. Het snoeren van het frenulum van de penis. *Huisarts Wet* 1989; 32: 108.

Naschrift

Een voorwaarde voor handelingen die in kennis-toetsvragen worden getoetst, is dat ze voor iedere huisarts uitvoerbaar zijn. *Six* beschrijft dat hij de techniek van het snoeren van het frenulum al of niet onder lichte narcose verricht.¹ Op grond van deze mededeling vragen wij ons af of deze techniek beter uitvoerbaar is dan een eenvoudig knipje.

Just Eekhof, huisarts
coördinator kennistoets

¹ Six PD. Van de tongriem gesneden. *Ned Tijdschr Geneesk* 1986; 130: 1661.

Bloedonderzoek

Het verbaasde mij dat de bepaling van alkalische fosfatase, als middel ter onderscheiding van galstuwings- en levercelbeschadiging, ontbreekt in de NHG-standaard Bloedonderzoek bij Verdenking op Leveraandoeningen.¹ De enige argumentatie die ik hiervoor vind, is de geringe specificiteit. Ditzelfde bezwaar wordt echter ook elders genoemd voor de γ -GT-bepaling.² Boven-

dien blijkt alkalische fosfatase in meer dan 50 procent van de gevallen door huisartsen aangevraagd te worden als zij leverfunctieproeven laten verrichten.¹ Mijs inziens is dus een wat uitgebreider verklaring voor de keuze van γ -GT boven alkalische fosfatase gewenst.

In de standaard staat achter m. Gilbert: 'zeer zeldzaam'. Volgens *Pop & Beusmans* zou m. Gilbert echter voorkomen bij 1 op de 300 personen. Het lijkt me dat hemolytische icterus dan nog minder voorkomt.

Een derde opmerking betreft de volgende zin: 'Indien er bij de anamnese en lichamelijke onderzoek geen aanwijzingen zijn voor een leveraandoening is het aanvragen van leverfunctietests zinloos'. Het merkwaardige is dat bij onderzoeken door *Pop & Beusmans* meestal geringe afwijkende uitslagen in 22 van de 99 afwijkende uitslagen (bij 387 patiënten) gevonden werden in de groep 'moe/algemene malaise'. Hiermee is dan toch vaak geen verklaring voor de klacht te geven of een diagnose te stellen. Maar de monidige patiënt zal wel na enkele weken aan de huisarts vragen om bloedonderzoek of een verwijzing. Mijs inziens is het dan relatief zinvol dat de huisarts een paar leverfunctietests laat verrichten (waarbij bepaling van het bilirubinegehalte nog het geringste rendement zal hebben) om verwijzing naar de specialist met veel uitgebreider 'zinloos' onderzoek te voorkomen.

De betekenis van de verticale pijlen onder de drie leverfunctieproeven zou toegelicht moeten worden. Wat stellen één of twee pijlen voor bij ALAT? Eén pijl tweevoudige verhoging, twee pijlen meer dan viervoudige verhoging? Of is er geen pijl op te trekken?

A.M. van Dongen

¹ Zaat JOM, Van Bavel PC, De Bruin HJ, et al. NHG-Standaard Bloedonderzoek bij Verdenking op Leveraandoeningen. Huisarts Wet 1992; 35(2): 78-82.

² Pop P, Beusmans GHM. Levertests bij de diagnostiek van de huisarts. Practitioner (NI) 1989; 6(12): 928-32; 1989; 6(14): 1103-10.

Naschrift

Er is geen vergelijkend onderzoek verricht naar de diagnostische waarde van de verschillende tests in de huisartspraktijk, zodat de werkelijke waarde van leverfunctietests in de huisartspraktijk voorlopig nog ter discussie staat. Wel zijn er enkele vergelijkende onderzoeken in specialistische klinieken verricht. *Ferraris et al.* geven in een groep van 334 patiënten met allerlei leverziekten en 245 gezonden of patiënten zonder leveraandoeningen voor de γ -GT en alkalische fosfatase een sensitiviteit van respectievelijk 75

en 65 procent en een specificiteit van 85 en 83 procent.² *Sheenan et al.* vinden bij kleinere groepen een sensitiviteit van 93 procent voor de γ -GT versus 68 procent voor de alkalische fosfatase; de specificiteit bedroeg respectievelijk 84 en 85 procent.³ *Belforte et al.* vergeleken zeer veel verschillende tests. In een subgroep met cholestase leverde de combinatie van een directe bilirubine, γ -GT en de – niet in de standaard opgenomen – nuchtere galzuren de grootste informatiewinst.⁴ Bepaling van de alkalische fosfatase leverde geen extra informatie op voor het classificeren van de ernst van de leverschade.

Hoewel de specificiteit van de beide tests in klinische populaties dus niet veel verschilt, is de som van sensitiviteit en specificiteit van de γ -GT hoger dan die van de alkalische fosfatase. Terwille van de eenvoud van de standaard hebben we daarom gekozen voor één enkele test. Dat huisartsen in veel gevallen een alkalische fosfatase aanvragen, is ons inziens geen argument om deze test te handhaven; ze vragen immers veelal tegelijkertijd ook een γ -GT aan en kopen daarmee dus dubbele informatie.

Op het kaartje van de standaard staat dat een m. Gilbert zeer zeldzaam is. In de tekst en wetenschappelijke verantwoording wordt dit terecht wat minder stellig beweerd. Feitelijk weten we het niet precies, omdat geen enkele huisartsenregistratie een zodanige verfijning van leveraandoeningen kent, dat we hier een uitspraak over kan worden gedaan. Veelal zal een geïsoleerd bilirubinegehalte een toevalsbevinding zijn.

Leverfunctietests hebben bij de diagnose 'algemene malaise' geen enkele voorspellende waarde, omdat de prior kans op een leveraandoening bij deze diagnose heel laag is.⁵ De kans op fout-positieve uitslagen is, gezien de betrekkelijk lage specificiteit van alle tests, veel groter dan de kans op terecht-positieve uitslagen. Dat *Pop & Beusmans* bijna 20 procent afwijkende tests vinden bij deze diagnose zegt niet zo veel: bij drie tests is er bij een specificiteit van 85 procent al 32 procent kans op één abnormale uitslag bij een gezond iemand. Een deel van de door hen gevonden abnormale uitslagen is alleen al op grond van statistische ruis te verklaren.⁶ Bij de diagnose moeheid – de huisarts komt niet verder dan dat de patiënt moe is – wordt veel laboratoriumonderzoek tegelijkertijd aangevraagd, maar dit levert maar weinig op.⁷ Het weglaten van levertests bij deze klacht geeft dan ook nauwelijks informatieverlies en is ons inziens verantwoord huisartsgeneeskundig handelen. Aan patiënten (en specialisten) is dat naar ons idee ook uitstekend uit te leggen. Defensief laboratoriumonderzoek om verwijzingen te voorkomen hoort niet thuis in een standaard.

Tenslotte is er in het pijlschema wel degelijk

enige lijn te ontdekken: het gaat, zoals ook in de standaard staat, om de relatieve verhoging van de tests ten opzichte van elkaar. Doordat er geen onderzoek is naar optimale afkappunten van deze tests in de huisartspraktijk, heeft het geen zin om exacte waarden van de afzonderlijke tests aan te geven.

Namens de werkgroep
Dr. J.O.M. Zaat

¹ Zaat JOM, Van Bavel PC, De Bruin HJ, et al. NHG-standaard Bloedonderzoek bij verdenking op leveraandoeningen. Huisarts Wet 1992; 35: 78-82.

² Ferraris R, Colombatti G, Fiorentini MT, et al. Diagnostic value of serum bile acids and routine liver function tests in hepatobiliary diseases. Dig Disc Sciences 1983; 28: 129-36.

³ Sheenan M, Haythorn P. Predictive values of various liver function test with respect to the diagnosis of liver disease. Clin Biochem 1979; 12: 262-3.

⁴ Belforte G, Bona B, Cravetto C, et al. Selection and assesment of laboratory tests for the evaluation of liver functional impairment. Meth Inform Med 1985; 24: 39-45.

⁵ Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditext, 1991.

⁶ Kerkhof PD, Knottnerus JA, Dinant GJ. Levertests in de huisartspraktijk. Practitioner (NI) 1988 (febr): 157-9.

⁷ Zaat JOM, Schellevis FG, Kluij I, et al. Laboratoriumonderzoek bij de klacht moeheid in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1992; 35: 183-7.

NOTA BENE

De morbiditeit van de moeder blijkt de belangrijkste factor te zijn bij het voorspellen van gepresenteerde morbiditeit van kinderen. Stelling bij: Van den Bosch WJHM. Epidemiologische aspecten van morbiditeit bij kinderen [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1992.

Stemvorkproeven blijven van grote waarde bij de diagnostiek van slechthorendheid. Stelling bij: Appelman CLM, Claessen JQPJ. Recurrent acute otitis media. [Dissertatie]. Utrecht: Rijksuniversiteit te Utrecht, 1992.