

Ongerustheid, diagnostisch nihilisme, valkuil, verloskunde

Nederland door Bensing en Hofmans-Okkes al is gedaan.

Doner (Duitsland) wilde door middel van een vergelijkend onderzoek nagaan welk gezondheidszorgsysteem een beter outcome-effect heeft op het meten van bloeddruk: het Britse 'capitation fee'-systeem of het Duitse 'fee for service'-systeem. Bij dergelijk onderzoek blijken veel confounders te bestaan, zoals de in beide landen gebruikte routines en de betekenis die aan bloeddrukmeting wordt gehecht. Dit leidde tot interessante discussies over de valkuilen van internationaal onderzoek.

Voordeel van de gecombineerde opzet van deze bijeenkomst was dat er veel collega's uit het gastland waren, hetgeen beantwoordt aan één van de doelstellingen van de EGPRW. Anderzijds moest duidelijk rekening worden gehouden met de Israëliëse wensen. Zo was op een van de ochtenden een uitstap georganiseerd, omdat de gastheren vonden dat de EGPRW-deelnemers in ieder geval iets van het land moesten zien. Dit had tot gevolg dat op andere dagen met parallelsessies gewerkt moest worden, waardoor je dus altijd iets miste.

De volgende bijeenkomst van de EGPRW is van 15 t/m 17 oktober 1993 in Parijs met als thema 'Management of Chronic Diseases in General Practice'. In april 1994 zal de EGPRW-bijeenkomst plaatsvinden in Denemarken met als thema 'The Use of Guidelines and Standards in General Practice'.

Jan-Joost Rethans
Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Maastricht

NOTA BENE

Het regelmatig gebruik van ouderwetse zepen is niet minder schadelijk voor de huisvrouw dan regelmatig gebruik van moderne wasmiddelen.

Smit HA. Work-related hand dermatitis; epidemiological studies in occupational dermatology [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1993.

Ongerustheid

Dat de ongerustheid van patiënten een belangrijke reden is voor de huisarts om te verwijzen, blijkt weer eens uit het onderzoek van *Engelsman et al.*: bij 36 procent van de verwijzingen speelde het geruststellen van de patiënt (volgens de huisarts) een (zeer) belangrijke rol.¹ Uit het artikel wordt echter niet helemaal duidelijk in hoeverre een verwijzing ook geruststelling teweegbracht. Uit het artikel blijkt dat vóór de verwijzing 85 procent van de mensen ongerust was; na drie en zes maanden was dat respectievelijk 56 en 58 procent. Dat is een daling van respectievelijk nog geen 30 procent, terwijl 71 procent van de patiënten verwachte gerustgesteld te worden. In de begeleidende tekst wordt echter gesteld dat bij driekwart van de patiënten een afname van de ongerustheid optrad. Hoe is dit met elkaar te rijmen?

In onderzoek in mijn praktijk was 77 procent van de patiënten bij verwijzing ongerust en verwachtte 88 procent afname van de ongerustheid; in werkelijkheid gebeurde dit slechts bij 28 procent.² Dit correspondeert met de bevindingen van *Grundmeijer & Van Weert*.³ Het feit dat er geen significante samenhang werd gevonden tussen de verwachtingen van patiënt en huisarts ten aanzien van de afname van de klachten en de ongerustheid, zou de betrokken artsen aan het denken moeten zetten over de kwaliteit van de verwijzing, en is mogelijk een verklaring voor hun beperkte effect.

Mijn conclusie is dat de patiënt meestal teleurgesteld wordt in zijn verwachting met betrekking tot geruststelling die een verwijzing zal opleveren. Het is goed als de huisarts zich dit realiseert, wanneer hij een patiënt ter geruststelling verwijst. Overeenstemming tussen huisarts en patiënt over verwachting en doel van de verwijzing lijkt mij noodzakelijk.

T.O.H. de Jongh

1 Engelsman C, Geertsma A, Haaijer-Ruskamp FM. De verandering van de gezondheidstoestand en de ongerustheid van de patiënt na een verwijzing. *Huisarts Wet* 1993; 36(4): 128-33.

2 De Jongh TOH. Verwijzingen: verwachtingen en effecten. *Med Contact* 1986; 41: 511-5.

3 Grundmeijer H, Van Weert H. Patiënt, huisarts en internist [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1992.

Naschrift

In tabel 2 staat dat respectievelijk op T1 85 procent, op T2 56 procent en op T3 54 procent van de patiënten ongerust was. Dit betekent dat

de patiënten in enige mate ongerust waren. Uiteindelijk was dus 31 procent van de patiënten gerustgesteld. Dit percentage komt ongeveer overeen met de percentages die door *De Jongh* en *Grundmeijer & Van Weert* worden genoemd. Daarnaast is vermeld dat bij bijna driekwart van de patiënten de ongerustheid tussen T1 en T3 is afgenomen. Dit percentage is niet in tegenspraak met het percentage van 31 procent. De zin zou moeten luiden: bij ongeveer driekwart van de patiënten is de ongerustheid afgenomen, maar ongeveer de helft van de patiënten bleef nog in enige mate ongerust. Aan de patiënten is niet gevraagd of zij verwachtten 'gerustgesteld' te worden; de vraag was: verwacht u dat de ongerustheid zal afnemen.

Op basis van de onderzoeksresultaten kan geconcludeerd worden, dat de verwijzing bijna altijd meer dan alleen een afname van de ongerustheid had opgeleverd; bij slechts 2 procent van de verwijzingen had de verwijzing niets opgeleverd (ook geen verandering op diagnostisch gebied).¹ Bij 4 procent van de verwijzingen had de verwijzing slechts één uitkomstmaat opgeleverd, in de meeste gevallen een verandering op diagnostisch gebied.

C. Engelsman

1 Engelsman C, Geertsma A. De effectiviteit van het verwijzingsproces. Groningen: Vakgroep Gezondheidswetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen, 1991.

Diagnostisch nihilisme

De in het artikel van *Mol & Knottmerus* vermelde resultaten en conclusies vragen om een reactie, ook omdat de diagnostische prestaties van de huisartsen uit dit onderzoek zoveel ongunstiger lijken dan die van de huisartsen uit onze studie.^{1,2}

Voor de diagnose bacteriële vaginose is de aanwezigheid vereist van minstens drie van vier klinische criteria (homogene fluor, pH >4,5, aminetest positief en cluë cellen in het fysiologisch-zoutpreparaat). Jammer is dat in tabel 3 *Gardnerella* staat, terwijl de Amsel-criteria voor bacteriële vaginose bedoeld worden.

Dit terminologie-probleem geeft nog op een andere wijze aanleiding tot verwarring: *Mol & Knottmerus* concluderen in de beschouwing: 'Men zou nog vaker gelijk hebben [dan bij het blind stellen van de diagnose candida] als men bij deze patiënten blind zou beweren dat de fluor fysiologisch is'. Deze uitspraak is blijk-

baar gebaseerd op tabel 2, waarin ongeveer de helft van de vrouwen een negatieve kweek bleek te hebben. Een negatieve kweek is echter niet hetzelfde als het ontbreken van een microbiële diagnose. Met name omdat voor de diagnose bacteriële vaginose klinische criteria gehanteerd worden, ziet de diagnoseverdeling bij vrouwen met vaginale klachten er anders uit dan men op grond van de tabel met kweekuitslagen zou concluderen. In ons onderzoek bleek uiteindelijk – na kweken – dat ongeveer een derde van de vrouwen geen diagnose kreeg (wat overigens niet hetzelfde is als ‘fysiologische fluor’).³ De kans op ‘niets’ bij vaginale klachten is dus niet groter dan de kans op ‘iets’, zoals *Mol & Knottnerus* beweren.

De huisartsen in het onderzoek van *Mol & Knottnerus* konden hun prestaties niet vergroten in de loop van het diagnostische proces. Vooral voor de microscopie is dat opvallend. In ons onderzoek vonden wij dat de huisarts bij een candidose (en ook een trichomoniasis) kan varen op het microscopisch onderzoek; dit onderzoek is met andere woorden voldoende sensitief en specifiek.⁴ Nu waren de huisartsen in ons onderzoek getraind in het verrichten van fluor-diagnostiek. Dit betekende dat fouten bij het vervaardigen van de preparaatjes en bij het interpreteren van de microscopische beelden gecorrigeerd waren vóór de start van het onderzoek. De huisartsen hadden na de training het gevoel dat ze de fluor-diagnostiek beheersten, terwijl dat daarvoor in een aantal gevallen niet zo was. *Mol & Knottnerus* hebben het over ‘nihilisme in het medisch handelen’ waarin de huisarts zou kunnen vervallen, als je de geringe opbrengst van het diagnostisch onderzoek door haar huisartsen in ogenschouw neemt; de resultaten van ons onderzoek hebben ons juist doen pleiten voor meer aandacht voor de fluor-diagnostiek in nascholingscursussen.

Verder nog enkele kanttekeningen:

- Het onderzoek omvat een zeer kleine populatie. Dit wordt enigszins versluierd door in de tabellen percentages weer te geven in plaats van absolute aantallen. Als je toch voor percentages kiest, is het informatief om ook het betrouwbaarheidsinterval te geven. Dan wordt duidelijk met welke marges de gepresenteerde cijfers geïnterpreteerd moeten worden.
- Een echte fout is het afnemen van materiaal voor gonorrhoe uit de fornix posterior: materiaal voor onderzoek op gonokokken hoort van het ostium externum van de cervix afgenomen te worden.
- Materiaal voor onderzoek op Chlamydia moet uit het cervicale kanaal afgenomen worden door daar de wattenstok krachtig te roteren

om zodoende celmateriaal te verkrijgen. Niet duidelijk is of dit zo gebeurd is en welke anti-geen-test is gebruikt.

- Het is opvallend dat in een Limburgs dorp bij 89 vrouwen vier maal een positieve Chlamydia-test is gevonden: seksueel overdraagbare aandoeningen vindt men niet alleen in het Sodom en Gomorra van Nederland!

Janny Dekker

Joan Boeke

- 1 Mol SSL, Knottnerus JA. Een onderzoek naar het diagnostisch proces bij fluor vaginalis. Werken met onzekerheden. Huisarts Wet 1993; 36(3): 83-6.
- 2 Dekker JH, Boeke AJP. Vaginale klachten in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1992.
- 3 Dekker JH, Boeke AJP, Van Eijk JThM. Vaginale klachten in de huisartspraktijk. Waarom komen vrouwen en welke diagnosen worden bij hen gesteld? Huisarts Wet 1991; 34: 439-44.
- 4 Dekker JH, Boeke AJP, Den Hollander MHJ, Van Eijk JThM. Het onderzoek van de fluor bij vaginale klachten in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1992; 35: 46-52.

Naschrift

Van diagnostisch nihilisme als attitude is aan onze kant geen sprake, laat staan dat dit bestreden moet worden. Wij rapporteren slechts over resultaten van een groep niet speciaal getrainde huisartsen, en wij menen dat ook deze resultaten gezien mogen en moeten worden. In de beschouwing van ons artikel wordt, hierop aansluitend, het belang van nascholing en ervaring in positieve zin besproken. *All is not lost!*

In tabel 3 zijn de berekeningen weergegeven, uitgaande van positieve Gardnerella-kweken. Zoals in de tekst staat, zijn de berekeningen herhaald, rekening houdend met de Amsel-criteria, en dit leverde geen noemenswaardige verandering op.

Uit de tabellen 2 t/m 4 blijkt dat noch de correctheid, noch de zekerheidsscore gedurende het diagnostisch proces in belangrijke mate toeneemt. Vandaar onze inderdaad wat provocerende opmerking over het eventueel blind stellen van een diagnose. Een dergelijke aanpak verwerpen wij vervolgens direct, omdat ook wij diagnostisch nihilisme bij dit onderwerp niet op zijn plaats vinden.

Wij krijgen de indruk dat Dekker & Boeke onze zinsnede over nihilisme in het medisch handelen precies verkeerd begrepen hebben. Tevens krijgen we de indruk dat Dekker & Boeke vrezen dat wij onze kweekbevindingen willen generaliseren naar de huisartsgeneeskundige populatie in het algemeen. Onze ge-

vens – evenmin als die van de grotere populatie van Dekker & Boeke – zijn daar noch voor geschikt, noch voor bedoeld.

De opmerking over het versluieren van een kleine populatie is niet op zijn plaats. De absolute aantallen zijn steeds verantwoord en te controleren. Lezers zijn meestal geneigd om, ook bij relatief kleine aantallen, moeite te doen om de getallen te interpreteren in termen van percentages. Wij hebben hen het hoofdrekken willen besparen.

Betrouwbaarheidsintervallen voegen in dit verband niet veel toe, behoudens een overdaad aan informatie, en zouden bovendien kunnen suggereren dat wij onze percentages zouden willen zien als extern valide puntschattingen voor een grotere populatie. Die ambitie hebben wij, zoals gezegd, niet gehad.

De opmerking over de afname van materiaal voor gonorrhoe is terecht. Helaas is door een misverstand de instructie gegeven om materiaal uit de fornix te nemen in plaats van uit het ostium externum van de cervix. De huisartsen waren correct geïnstrueerd ten aanzien van de afname van de Chlamydia-kweken. De gebruikte antigeentest was de Chlamydia-antigeentest (EIA) van Abbott.

Saskia Mol

André Knottnerus

Valkuil 1

Zelden heeft een artikel zoveel ergernis bij mij opgeroepen als dat van *Schellekens*.¹ De beschreven casus was al eerder door hem verteld in een interview in het blad *Praktijkmanagement*.² Ook toen al leek het een vorm van exhibitionisme.

Wat ergert me nu precies? Allereerst de casus zelf. Dezelfde conclusie trekken als de eerste huisarts-docent, namelijk onvoldoende, en dan een tegengestelde beslissing nemen! Dat steekt de auteur blijkbaar zelf ook en hij zoekt verklaringen in de onmogelijkheid om tegelijk huisarts en docent te zijn en in een gebrekkige communicatie tussen gedragswetenschappers en huisartsen. Persoonsgebonden factoren blijven daardoor buiten schot en die lijken veel eerder een verklaring. Supervisie zou daarbij het nodige inzicht kunnen verschaffen.³

Als opvolger van collega Schellekens merk ik niets van een gebrekkige communicatie. Wel is me duidelijk geworden dat de huisarts-docenten in de afgelopen jaren een toenemende deskundigheid in het onderwijs hebben ontwikkeld. Kennelijk streven ze eigen huisarts-

medewerkers van de vakgroep daarin voorbij. De inbreng van gedragswetenschappers en van huisartsen binnen en buiten de vakgroep zorgt voor telkenmale kritisch kijken naar het huidige onderwijs en impulsen tot verandering en verbetering daarvan. Daarmee bezig te zijn is voor mij als huisarts en als docent naar beide functies toe zeer bevruchtend.

S. Zijlstra,
huisarts te Arnhem, medewerker KU Nijmegen, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Sociale Geneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde

- 1 Schellekens JWG. Opleider en huisarts; docent en hulpverlener. *Huisarts Wet* 1993; 36(4): 140-2.
- 2 Van der Steen J. Opleider en huisarts; docent en hulpverlener. *Praktijkmanagement* 1992; 8(11): 5-8.
- 3 Alting von Geusau W, Runia E. De prijs van het aardig zijn. Utrecht: NHG, 1991.

Valkuil 2

Schellekens heeft zich bewust niet verder laten informeren over de problematiek tijdens het eerste co-assistentenschap om te vermijden dat hij bevooroordeeld zou beginnen.¹ Ik wil hierop reageren, aangezien ikzelf de eerste huisarts was bij wie de co-assistent was 'vastgelopen'. Door mij waren ernstige problemen vastgesteld in het persoonlijk functioneren van de co-assistent als arts en, gezien de ernst van de situatie, was besloten dit tijdig te signaleren naar de vakgroep huisartsgeneeskunde. Betrokken co-assistent was dermate verontwaardigd over mijn tussentijdse beoordeling, dat ze haar co-assistentenschap bij mij niet wenste voort te zetten.

In zijn beschouwing concludeert *Schellekens*, dat hij niet in staat is geweest om de rol van huisarts-hulpverlener en huisarts-docent uit elkaar te houden. Vervolgens vraagt hij zich af: had dit anders gekund?

Volgens mij had het inderdaad anders gekund, indien collega Schellekens zich had verdiept in de oorzaak waardoor het eerste co-assistentenschap was mislukt. Het was hem immers bekend, dat er in het verleden bijzondere problemen waren geweest. Had hij zich hier in tweede instantie in verdiept, dan was alles in een geheel ander daglicht geplaatst.

Dat collega Schellekens, destijds staflid van de vakgroep huisartsgeneeskunde en als zodanig gevraagd dit co-assistentenschap te begeleiden, hiertoe niet in staat was, is triest. Maar er zo mee voor de dag komen in zijn artikel, is

volstrekt onaanvaardbaar, daar hij bovenstaande essentiële informatie achterwege laat.

De valkuil in het onderwijs was in onderhavige situatie dus niet het niet-capabel zijn om onderscheid te maken tussen huisarts-docent en huisarts-hulpverlener zijn, maar het niet in staat zijn om als staflid te signaleren dat er goed getrainde huisarts-docenten zijn die daartoe wel in staat zijn. Tijdens de docenttrainingen is daar dus wel voldoende aandacht aan gegeven.

N.J.M. Bakx,
huisarts en huisarts-docent te Geldrop

- 1 Schellekens JWG. Opleider en huisarts; docent en hulpverlener. *Huisarts Wet* 1993; 36(4): 140-2.

Naschrift

In een gerespecteerd blad als *Huisarts en Wetenschap* mag worden verwacht dat reacties op de inhoud en niet op de persoon worden gericht. Daarom vind ik de derde zin van Zijlstra onnodig kwetsend. Het psychologiseren in het vervolg van zijn verhaal is een tweede vergissing. Daarmee gaat hij wederom voorbij aan de inhoud van mijn artikel.

Als mijn opvolger heeft Zijlstra kennis kunnen nemen van de door mij geredigeerde handleiding voor de huisarts-docenten bij het beoordelen van co-assistenten. De in het artikel beschreven ervaring was een stimulans te meer om de beoordeling van co-assistenten met nadruk en bij herhaling in het terugkomdag-programma van huisarts-docenten aan de orde te stellen. Het doet me genoegen dat Zijlstra kan vaststellen dat de huisarts-docenten een toemende deskundigheid aan de dag leggen.

De communicatie tussen gedragswetenschappers en huisartsen is door mij niet als gebrekkig aan de orde gesteld. Wel heb ik de suggestie gedaan om medewerkers die geen huisarts zijn, een praktijkstage te laten doen bij een van de huisarts-stafleden, opdat ook de 'praktijkkant' van de opleiding hen meer vertrouwd wordt. Dat er aan de onderlinge communicatie binnen het instituut ook aandacht dient te worden besteed, moge blijken uit het onverwachte, recente verzoek van een van de stafleden om een volgende 'probleem-co-assistent' in onze praktijk het co-assistentenschap te laten lopen. Ik kan me niet voorstellen dat Zijlstra hiervan op de hoogte was.

Bakx gaat er ten onrechte van uit dat ik het bestaan van goede huisarts-docenten over het hoofd zie. Het tegendeel is waar. De manier waarop het co-assistentenschap in zijn praktijk is beëindigd, is me medegedeeld. Maar ik zie niet

in hoe deze kennis me had kunnen behoeden voor de gemaakte fout bij de eindbeoordeling. In mijn beschouwing pleit ik juist voor vroegtijdig signaleren van de onderhavige problematiek (zoals Bakx deed) en stel voor om de eindbeoordeling door verscheidene personen te laten plaatsvinden, eventueel in overleg met de artsexamencommissie of de leerstoelhouder. Een van de andere personen zou heel wel de huisarts-docent kunnen zijn, die eerdere ervaring heeft opgedaan met de kandidaat. Mocht dit de consequentie zijn van het commentaar van Bakx, dan vind ik dat een welkome aanvulling.

Johan W.G. Schellekens,
huisarts

Verloskunde

Naar aanleiding van de NHG-Standaard Randvoorwaarden Verloskunde¹ wil ik opmerken dat het wel degelijk mogelijk is voor verloskundig actieve huisartsen om deel te nemen aan de landelijke verloskunde-registratie door de SIG door middel van LVR-formulieren. De verloskundige gegevens van 1992 uit mijn eigen praktijk zijn zonder problemen in deze registratie verwerkt. Het telefoonnummer van de SIG is: 030-345.688.

T. Dorresteyn,
huisarts te Ederveen

- 1 Goudswaard AN, Luttik A, Van de Vijver FJM, et al. NHG-Standaard Randvoorwaarden Verloskunde. *Huisarts Wet* 1993; 36(3): 102-5.

NOTA BENE

Farmacotherapieoverleg met de huisarts moet zijn als een concert: de violist speelt viool, de fluitist fluit, en de pianist piano, maar wat ze spelen hangt af van de dirigent.

De Vries TGGM. Presenting clinical pharmacology and therapeutics [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1993.