Oogheelkundige diagnostiek, oproepsystemen, bloedonderzoek, verwijscijfers bij Cara

Oogheelkundige diagnostiek

Muris & Lagro-Janssen[1] maken in hun commentaar een aantal opmerkingen over oogheelkundige diagnostiek waarop wij willen reageren.

• Met betrekking tot het evalueren van acute visusdaling met behulp van spleetlamp/fundoscopie wordt gesteld, dat er een relatief grote kans op fout-positieve uitslagen is. Besliskundig is deze redenering niet correct. 'Acute visusdaling' is een anamnestisch gegeven. Bij dit gegeven is de kans op ernstige oogaandoeningen bijna 100 procent. De klacht is op zichzelf al een reden tot spoedverwijzing naar de oogarts. Indien de huisarts het oog onderzoekt en niets vindt, mag verwijzing niet achterwege blijven. Een retinascheur met beginnende ablatio, een neuritis optica (de patiënt ziet niets en de dokter ziet niets), en maculapathologie kunnen gemakkelijk gemist worden. Met andere woorden: juist bij acute visusdaling ligt het gevaar in de kans op fout-negatieve diagnostiek. Met spoed verwijzen is hier de enige juiste actie.

• De waarde van oogheelkundige diagnostiek in de eerste lijn ligt niet in het opsporen van oogaandoeningen bij *zeldzame* klachten waarbij de prior kans op ernstige oogaandoeningen hoog is, maar in het uitsluiten van aandoeningen bij *veel voorkomende* klachten waarbij de prior kans op ernstige oogaandoeningen laag is. Inadequate diagnostiek, bijvoorbeeld door gebruikmaking van inadequate apparatuur, ontneemt de huisarts de kans op basis van iets anders te handelen dan op grond van prior kansen. Adequate diagnostiek op grond waarvan de uitspraak 'geen oogaandoening' (maar wel bijvoorbeeld 'refractieprobleem') wordt gedaan, heeft een hoge negatief voorspellende waarde en voorkomt een groot aantal onnodige verwijzingen naar de oogarts. De bij onderzoek wel opgespoorde ernstige aandoeningen hebben doorgaans repercussies voor het zien van de patiënt, hetgeen de kwaliteit van leven sterk beïnvloedt. De relatief lage prior kans mag dan ook geen reden zijn onderzoek achterwege te laten, zeker niet als de kosten ruim opwegen tegen de baten. Bovendien valt het aantal onterechte verwijzingen in het niet bij het aantal vermeden onnodige verwijzingen.

• Onder de kop 'Specialisatie?' wordt opgemerkt, dat 'het zelf refractioneren' gemakkelijk is aan te leren en verder: zelf refractioneren leidt tot minder verwijzingen naar de oogarts. Allereerst is ons niet geheel duidelijk, wat onder 'refractioneren' wordt verstaan, ook niet in het artikel van *Stokx et al.*[2] waarnaar verwezen wordt (en waar overigens ook niet in staat dat het gemakkelijk te leren valt). Als bedoeld zou zijn 'het aanmeten van een bril', zijn wij het met de eerste opmerking volstrekt oneens. Het gaat hier een van de moeilijkst te leren onderdelen van de oogheelkunde. Opticiens en technisch oogheelkundig assistenten hebben daarvoor enkele jaren nodig en dan nog zijn er grote kwaliteitsverschillen. Als bedoeld wordt visusmeting, is de term refractioneren misleidend. Wij vermoeden, dat bedoeld wordt het opmeten van de visus en, bij verminderde visus, onderzoek met de stenopeïsche opening. Hiermee wordt echter een hypermetropie die wel klachten geeft maar nog geen visusvermindering niet opgespoord.[3]

Wij stellen daarvoor de term 'diagnostisch refractioneren' voor, waarmee bedoeld wordt het opnemen van de anamnese en het opmeten van de visus, gevolgd door een poging tot correctie met sferische lenzen tussen +2 en –2 teneinde na te gaan of er sprake is van een al dan niet voldoende corrigeerbare visus. Is dit niet het geval, dan wordt het bestaan van een oogaandoening waarschijnlijker. Dit onderzoek is qua motorische vaardigheid inderdaad eenvoudig; de wijze van redeneren op grond van bevindingen is echter aanzienlijk moeilijker dan bij het 'visuele' gedeelte van de oogheelkunde. Na het diagnostisch refractioneren moet de huisarts een idee hebben waar de afwijking zich zou kunnen bevinden. Op grond hiervan is dan gericht onderzoek van de oogstructuren mogelijk, hetgeen de kans op het ontdekken van oogaandoeningen vergroot.

Y.D. van Leeuwen
J.L. Baggen

1 Muris JWM, Lagro-Janssen ALM. Diagnostiek in de huisartspraktijk: handwerk en apparatuur [Commentaar]. Huisarts Wet 1994; 37: 331-2.
2 Stokx LJ, Gloerich ABM, Hoenen JAHJ, et al. Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering. De effecten van geïntegreerde nascholing voor huisartsen. Huisarts Wet 1993; 36: 440-4.
3 Van Leeuwen YD, Baggen JL. Verziendheid; diagnostiek door de huisarts. Ned Tijdschr Geneeskd 1994; 138: 1601-3.

Naschrift

Van Leeuwen & Baggen hebben problemen met de voorbeelden van de visusdaling en het refractioneren in ons commentaar. Ten aanzien van het eerste hebben zij volkomen gelijk. Het was onze bedoeling een casus weer te geven waarbij de huisarts voor een besliskundig probleem gesteld wordt: een *niet*-acute visusdaling ware een beter voorbeeld geweest. In dit geval moet de huisarts onderscheid maken tussen refractie-afwijkingen en andere pathologie.[1] Ten aanzien van het refractioneren kan worden opgemerkt dat dit woord sensu strictu het lege artis bepalen van een brilvoorschrift betekent. In het onderzoek van *Stokx et al.* wordt hieronder een gecombineerde interventie verstaan, waarbij de huisarts, in samenwerking met de opticien, de diagnose refractie-afwijking zelf stelt. Deze aanpak bleek te leiden tot minder verwijzingen naar de oogarts vanwege refractieproblematiek, ook in vergelijking met een controleregio. In hoeverre verziendheid werd gemist, is in dit onderzoek niet nagegaan.

J.W.M. Muris
A.L.M. Lagro-Janssen

1 Van de Beek G, De Bruin WH, Gooskens PAJ, et al. NHG-Standaard Oogheelkundige Diagnostiek. Huisarts Wet 1990; 33: 394-401.

Oproepsystemen

Volgens *Van Veen* is de meerwaarde van uitnodigen door de huisarts overtuigend gedocumenteerd.[1] Een van de uitvoeriger onderzoeken op grond waarvan deze conclusie wordt getrokken, is het onderzoek van *Palm & Kant* dat werd uitgevoerd met steun van WVC.[2] Het gaat om een interventie-onderzoek in tien geautomatiseerde huisartspraktijken in Nijmegen en omstreken. De vrouwen in deze praktijken ontvingen de uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek van de eigen huisarts. De opkomst werd vergeleken met de opkomst bij vrouwen die werden uitgenodigd door de GGD met gegevens van de bevolkingsadministraties.

We willen enkele kanttekeningen maken bij de onderzoeksopzet.

1 *Het gegeven beschermingsgraad ontbreekt bij de controlegroep.* Vrouwen die opgeroepen worden maar niet deelnemen aan het bevolkingsonderzoek, blijken vaak al beschermd te zijn, doordat ze recent een uitstrijkje hebben laten maken, de baarmoeder is verwijderd, etc. De beschermingsgraad was niet beschikbaar voor de controlegroep.

2 *Vrouwen in de interventiegroep verschillen van de controlegroep.* Vrouwen in de interventie- en de controlegroep zijn niet vergelijkbaar. De verschillen tussen beide groepen betreffen: het wel of niet ingeschreven staan bij een huisarts; spreiding in sociaal-economische status; percentage foute adressen; percentage verwijderde baarmoeders. Vrouwen die niet ingeschreven staan bij de huisarts omdat ze nooit de

huisarts bezoeken, komen automatisch terecht in de controlegroep. De Nijmeegse interventiegroep is slechts gerecruteerd uit één nieuwbouwwijk terwijl als controlegroep de rest van de stad is genomen. De bevolking in de nieuwbouwwijk is waarschijnlijk homogener in sociaal-economisch opzicht dan de bevolking in de rest van de stad, hetgeen van invloed is op de opkomst. Vrouwen die slordig zijn met het doorgeven van adresmutaties en daardoor meer kans hebben om een oproep op het foute adres te krijgen, hebben meer kans om terecht te komen in de controlegroep. De huisarts kan immers een particulier verzekerde vrouw van wie hij al een jaren niets meer gehoord heeft, zonder problemen uit zijn bestand verwijderen. De gemeentelijke bevolkingsadministratie kan dit niet doen. Tenslotte willen we nog opmerken dat het percentage vrouwen zonder baarmoeder in de interventiegroep opvallend laag was. Slechts bij 7 procent van de vrouwen was de baarmoeder verwijderd, terwijl landelijk 14 procent wordt gerapporteerd.[3]

3 *Huisartsen in de interventiegroep verschillen van de controlegroep.* De huisartsen in de interventiegroep moeten vergelijkbaar zijn met de huisartsen die niet bij het onderzoek waren betrokken. De onderzoeksopzet sluit selectie van huisartsen onvoldoende uit. Een van de selectiecriteria om tot de interventiegroep te worden toegelaten, was bereidheid tot deelname. Dat duidt op belangstelling voor het oproepen van vrouwen door de huisarts. Een ander selectiecriterium was het beschikken over een geautomatiseerde praktijk. Slechts een minderheid van de praktijken bleek geautomatiseerd. Het is de vraag in hoeverre het hierbij om doorsnee-praktijken ging. De onderzoekers melden slechts dat er geen verband was tussen 'geautomatiseerd zijn' en 'toepassing en houding ten opzichte van screening in de praktijk'. Daarmee wordt selectiebias onvoldoende uitgesloten.

4 *Optreden van een onderzoekseffect in interventiegroep.* In de interventiegroep is mogelijk een onderzoekseffect opgetreden. Het ligt voor de hand dat de huisartsen in de interventiegroep hun best hebben gedaan om de adresgegevens in hun systeem zo goed mogelijk te muteren met het oog op het onderzoek. Ook in andere opzichten mag verwacht worden dat ze zich extra inspanningen hebben getroost. In de controlegroep werd gewerkt volgens de normale procedure. Een onderzoekseffect is daarom alleen in de interventiegroep te verwachten.

Conclusie *Palm & Kant* zijn er niet in geslaagd de twee uitnodigingssystemen correct met elkaar te vergelijken. De conclusie van de onderzoekers, dat een huisarts-uitnodigingssysteem een gunstig effect heeft op de opkomst, is ons inziens dan ook onvoldoende onderbouwd met dit onderzoek.

M.H.J.M. Spee, epidemioloog,
Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
Noord-Limburg, Venlo

1 Van Veen WA. Huisarts en cervixscreening: meer te bereiken met minder uitstrijken [Commentaar]. Huisarts Wet 1994; 37: 226-9.
2 Palm BTHM, Kant AC. Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. De invloed van de huisarts op deelname en follow-up. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1994.
3 Habbema JDF Lubbe JTN, Van Agt HME. Kosten en effecten van bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker. Rotterdam: Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, 1988.

Naschrift

De eerste kanttekening van *Spee* is, dat in de controlegroep van het Nijmeegse interventieonderzoek de beschermingsgraad niet is onderzocht. Dat is juist, want het onderzoek was primair gericht op de deelnamegraad. Deze beslissing wordt ook achteraf niet betreurd. Het verschil in deelnamegraad, oplopend tot 21 procent na een rappel, is zeer groot. Bij de gekozen onderzoeksopzet is het niet aannemelijk dat een zo groot verschil in belangrijke mate aan iets anders is toe te schrijven dan aan de uitnodiging door de eigen huisarts.

De beschermingsgraad is, als toegift, geschat in een deel van de interventiegroep. De onderzoekers waren er niet op uit om het aantal vrouwen met bijvoorbeeld een totale uterusextirpatie zo nauwkeurig mogelijk te onderzoeken. Hun doel reikte niet verder dan het vermijden van onnodige uitnodigingen, gebruik makend van gemakkelijk beschikbare gegevens. Een uitputtend dossieronderzoek zou mogelijk grotere aantallen hebben opgeleverd. Dat betekent dat de toch al hoge beschermingsgraad van 91 procent eerder een onderschatting dan een overschatting is.

Spee werpt verder tegen dat de vrouwen in de interventie- en de controlegroep verschillen. Juist om eventuele verschillen te vermijden, zijn beide groepen onderscheiden naar urbanisatiegraad (Nijmegen versus B1/B2-gemeenten in de omgeving van Nijmegen). Verder is erop toegezien dat er geen verschillen optraden in sociaal-economische status. Overigens is de literatuur niet erg consistent over de invloed van dergelijke kenmerken. Hoe dit ook zij, met de getroffen maatregelen bij de opzet en analyse van dit onderzoek, is het niet vol te houden dat de vergeleken groepen niet goed vergelijkbaar zijn. Ook valt niet in te zien, en wordt ook niet aannemelijk gemaakt, dat eventuele verschillen in betrouwbaarheid van de persoonsadministraties van de betrokken huisartspraktijken en gemeenten steeds in het nadeel van de controlegroep zouden werken. Zo zullen particuliere patiënten die weinig van zich laten horen, eerder ten onrechte in de bestanden van huisartsen blijven dan ten onrechte daaruit verwijderd worden.

Een derde punt van kritiek geldt de betrokken huisartsen: ook zij zouden verschillen. De zaak ligt simpel. Uit praktische overwegingen werden de volgende drie selectiecriteria gehanteerd: huisartsen met een geautomatiseerd leeftijd-geslachtsregister, werkzaam in Nijmegen of omstreken, die de uitstrijken sturen naar het regionale laboratorium. Er voldeden slechts 13 praktijken aan deze criteria, vooral doordat destijds (1989) nog slechts weinig huisartsen beschikten over een basismodule. Tien praktijken waren bereid deel te nemen aan de interventiegroep. Hoewel het op voorhand niet aannemelijk was dat 'geautomatiseerd zijn' gepaard gaat met een bijzondere affiniteit tot screening, werd dat zekerheidshalve onderzocht. Die relatie bleek inderdaad niet aanwezig. Natuurlijk valt er altijd te vrezen voor de aanwezigheid van een kabouter in de hoek van een donkere kamer, maar selectiebias lijkt mij ruim voldoende uitgesloten.

Tenslotte acht *Spee* het bezwaarlijk dat er een onderzoekseffect is te verwachten in de interventiegroep. Het is maar hoe je het wilt bekijken. Een huisarts-uitnodigingssysteem kan naar twee kanten werken: verlaging van de drempel voor vrouwen om deel te nemen, en verhoging van de betrokkenheid van de praktijkassistentes en huisartsen bij het bevolkingsonderzoek. Die verhoogde betrokkenheid is alleen bezwaarlijk (als te vermijden Hawthorne-effect), wanneer het doel zou zijn geweest om zo zuiver mogelijk het effect te meten van een uitnodiging door de huisarts waaraan deze verder part noch deel had. Waarom zou je zo academisch en beperkt te werk moeten gaan, wanneer het effect versterkt kan worden door verhoging van de betrokkenheid van huisarts en assistente? Die betrokkenheid werd juist beoogd. Eén van de sterke punten van dit onderzoek was dat de huisartsen uit de interventiegroep zo betrokken raakten, dat zij met hun assistentes een steeds groter deel van de uitvoerende taken overnamen van de projectmedewerkers, en na afloop van het project het uitnodigen zelfstandig voortzetten, terwijl ook nog

de meeste andere huisartsen uit de GGD-regio Nijmegen hen daarin volgden.

Mijn conclusie blijft dat het Nijmeegse interventie-onderzoek correct is uitgevoerd. Bovendien zijn de resultaten consistent met eerder onderzoek op dit terrein, zoals ik heb uiteengezet in mijn commentaar. Daarmee acht ik de conclusie overtuigend onderbouwd, dat een huisarts-uitnodigingssysteem een gunstig effect heeft op de deelname aan bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker.

W.A. van Veen

1 Palm BTHM, Kant AC. Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. De invloed van de huisarts op deelname en follow-up. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1994. [Het rapport is telefonisch te bestellen via 080-616.359].

Verwijscijfers bij Cara

'Wat de uiteindelijke macro-economische aspecten van het implementeren van apparatuur in de huisartspraktijk zullen zijn, verschilt per techniek: zelf refractioneren leidt tot minder verwijzingen naar de oogarts; extra aandacht voor de opsporing van Cara daarentegen leidt tot een toename van het aantal verwijzingen naar de longarts.'[1] *Muris & Lagro-Janssen* baseren zich voor deze uitspraak op een onderzoek van het Nivel in de regio Emmen.[2 3]

De vraag of de stijging van de verwijscijfers naar de longarts na het volgen van een deskundigheidsbevorderingsprogramma over Cara iets met (het ontbreken van) apparatuur in de huisartspraktijk te maken heeft, is op zichzelf interessant, maar het aangehaalde onderzoek geeft daarop geen antwoord. Er zijn slechts veronderstellingen mogelijk over de oorzaken van het verschijnsel.

Mogelijk heeft onduidelijkheid over zowel de criteria voor de 'diagnose' Cara als voor (controle op) de effectiviteit van de behandeling ervan[4] de Emmer huisartsen parten gespeeld. Opvallend is namelijk dat niet alleen de eerste verwijzingen naar de longarts (ter behandeling), maar ook de verlengingsverwijzingen (op initiatief van de specialist) toenamen. Alleen de (kleine) categorie verwijzingen uitsluitend voor diagnostiek steeg niet, hetgeen onwaarschijnlijk maakt dat het invoeren van apparatuur in de huisartspraktijk hier een ander effect te zien zou hebben gegeven.

'Het is zeer wel mogelijk dat het hogere aantal verwijzingen specifiek naar de longarts mede het gevolg is van hun ruime inhoudelijke betrokkenheid en docentschap bij de invulling van het thema rondom CARA.'[3] In het programma werd wel degelijk aandacht besteed aan verwijsafspraken en terugverwijzingen. Vermeld wordt zelfs dat de wensen van de huisartsen in dat opzicht grotendeels werden overgenomen door de longartsen. 'Toch bleef bij de huisartsen het gevoel hangen dat de praktijk anders was.'

Het is mijns inziens dan ook te vroeg voor de conclusie dat extra aandacht voor Cara leidt tot meer verwijzen, maar het is wel tijd voor een bezinning op de waarde van richtlijnen die compromissen tussen al te uiteenlopende opvattingen behelzen en op de waarde van waardevrije nascholingsprogramma's.

G.W. Salemink

1 Muris JWM, Lagro-Janssen ALM. Diagnostiek in de huisartspraktijk: handwerk en apparatuur [Commentaar]. HuisartsWet 1994; 37: 331-2.
2 Stokx LJ, Gloerich ABM, Hoenen JAHJ, et al. Kostenbesparing door kwaliteitsbevorering. De effecten van geïntegreerde nascholing voor huisartsen. Huisarts Wet 1993; 36: 440-4.
3 Stokx LJ, Gloerich ABM, Kersten TJJMT. Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering: evaluatie van een programma van deskundigheidsbevordering voor huisartsen. Utrecht: Nivel, 1992.
4 Wiersma T. CARA is geen CARA. Med Contact 1994; 49: 1005-12, 1049-52.

NHG-Standaard Bloedonderzoek

De publikatie van de NHG-Standaard Bloedonderzoek geeft aanleiding tot enige kanttekeningen. Over het geheel genomen is het ons niet duidelijk waarom voor iets als 'algemene principes en uitvoering' een 'standaard' moet worden opgesteld. Er is eerder sprake van (vaak uitstekende en nuttige) *adviezen*, waarbij echter een strikt voorschrift ontbreekt. Het publiceren van een top-10 van bloedonderzoeken die worden aangevraagd door huisartsen, wekt de suggestie van een bepaalde 'consensus'. Het lijkt ons daarom zinnig om, naast het Hb en logischerwijs in plaats van hematocriet en erytrocyten, het aanvragen van het MCV te bevorderen. Na het eventueel zelf uitvoeren van de Hb-meting door de huisarts is het aan te raden bij een ernstig vermoeden op een (onbegrepen) anemie dit vermoeden te laten bevestigen *en* te laten classificeren op het laboratorium. Een mogelijk zinloze en vertraging veroorzakende medicatie kan dan worden voorkomen.

In schema 2 worden, naast onnauwkeurigheid van de meetinstrumenten of de waarnemers, ook meetfouten ondergebracht in de analytische variatie. Deze laatste fouten zijn echte *fouten* en vallen niet onder het begrip *variatie*.

Bij het bewaken van de betrouwbaarheid is het principe van de kwaliteitskringloop van belang: dit is in wezen een continu proces. Het *jaarlijks* nagaan of de bepalingen lege artis worden verricht en het beoordelen van de analytische variatie is daarom al onvoldoende.

De begrippen prevalentie, sensitiviteit, specificiteit en voorspellende waarde worden terecht behandeld; het geven van aansprekende getallenvoorbeelden zou in dit verband zeer waardevol kunnen zijn.

Bij de bepaling van de bloedbezinkingssnelheid wordt – terecht – het gebruik van disposable bezinkingsbuizen geadviseerd. Over het algemeen is het gebruik van vacuüm bloedafnamebuizen, vooral met het oog op het besmettingsrisico, aanbevelenswaardig.

Het totale bedrag voor laboratoriumonderzoek voor huisartsen (noot 4) zou zeer wel het dubbele kunnen zijn van de gestelde NLG 75 miljoen. Dit maakt het belang van een aanbeveling zoals deze alleen maar groter.

In noot 19 wordt bij aanhoudend vage klachten de bepaling van TSH aanbevolen. Dit lijkt ons bij jongere patiënten zonder aan de schildklier gerelateerde klachten, gelet op de prior kans, niet zinvol. Bij oudere patiënten moet men bedacht zijn op een fysiologisch verklaarbare lage (<0,3 mU/l) TSH-waarde, waarbij de T4-uitslag prevaleert.

In noot 25 wordt de *betrouwbaarheid* van een test gerelateerd aan een *systematisch verschil* ten opzichte van een referentiebepaling als gouden standaard. Hier wordt onvoldoende onderscheiden tussen *juistheid* en *precisie*. De eerste is de afwijking ten opzichte van de *true value*, terwijl de laatste de weerslag is van de invloed van diverse variatiebronnen.

Huisartsen en huisarts-assistenten zijn meestal niet opgeleid om bepalingen uit te voeren op analytische apparatuur. Hoewel de laatste tijd steeds meer analytische apparatuur op de markt komt die ook geschikt zou zijn voor gebruik in de huisartspraktijk (op grond van een grote bedrijfszekerheid en een eenvoudige bediening), blijft de kans op fouten aanzienlijk en is die altijd groter dan wanneer de bepaling wordt uitgevoerd op een klinisch laboratorium. Indien een huisarts het toch wenselijk acht in de eigen praktijk laboratoriumbepalingen uit te voeren, dient in overleg met een deskundige (bijvoorbeeld een klinisch chemicus van het regionale laboratorium) een aantal maatregelen

te worden genomen die de betrouwbaarheid van het bloedonderzoek waarborgen. Hierbij moet aandacht worden besteed aan het opzetten van een systeem van kwaliteitsborging (intern en extern) en van (bij)scholing van de medewerker die de bloedafname en de bepalingen uitvoert.

Overigens is het jammer dat het overige, frequent door de huisarts uitgevoerde laboratoriumonderzoek niet met een kleine aanpassing in de titel in deze 'standaard' is meegenomen.

Namens het bestuur van de
Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie,
Dr. F. van der Graaf
Drs. G.J. Haan
Drs. J.M.H.M. Punt

Naschrift

Dat de standaard temidden van de andere standaarden als een buitenbeentje moet worden beschouwd, is een gegeven waarover al veel discussie is gevoerd. Na rijp beraad is evenwel toch besloten de voorliggende tekst als standaard te publiceren. De bekritiseerde top-10 is opgenomen in het kader van een beschrijving van de bestaande situatie, waarbij vervolgens kanttekeningen worden geplaatst. Dat de top-10 een gewenste situatie zou representeren, lijkt ons, gezien deze context, een gezochte interpretatie. Dat classificatie van een onbegrepen anemie door middel van een MCV-bepaling in een aantal gevallen wenselijk is, is zeer wel verdedigbaar, maar vormde geen onderwerp van deze standaard. Er zijn evenwel vergevorderde plannen om een standaard anemie te ontwikkelen, in het kader waarvan deze problematiek ongetwijfeld aan de orde zal komen.

Terecht wijzen onze critici erop dat meetfouten beter niet onder het begrip variatie gerangschikt kunnen worden; ons streven naar eenvoud is op dat punt wat doorgeschoten. Continue kwaliteitsbewaking heeft, ook op dat punt zijn wij het eens, voordelen boven jaarlijkse controles, doch jaarlijkse aandacht voor kwaliteit is beter dan helemaal geen zicht op kwaliteit, zoals voor verschijning van de standaard nog veelvuldig het geval was.

Ook wij menen dat de kans op het vinden van een schildklierfunctiestoornis bij jongere patiënten gering is, doch het leek ons, gezien de hoge specificiteit en sensitiviteit van de gecombineerde TSH en vrij-T4-bepaling, niet wenselijk op dit punt aparte richtlijnen voor jongeren en ouderen op te stellen.

Ter wille van de eenvoud hebben wij bij de bewaking van de betrouwbaarheid alleen gesproken over de grootte van een systematisch verschil, en geen uitspraken gedaan over de oorzaken van dit verschil. Het onderscheiden tussen juistheid en precisie wordt juist overgelaten aan het overleg met de klinisch-chemicus. Dat de introductie van analytische apparatuur – de droge-stofchemie – in de huisartspraktijk interne en externe kwaliteitswaarborgen behoeft, wordt door ons volledig onderschreven. Dat de algemene principes ook van toepassing zijn op andere vormen van aanvullend onderzoek (zoals het onderzoek van de urine), hebben wij in de inleiding van de standaard vermeld.

Tj. Wiersma
M. van Wijk
S. Thomas

VERVOLG

Abstract

Van Pelt-Termeer AMM, Van den Berg FA. How could it happen? Reviewing faults and near-accidents in a peer review group. Huisarts Wet 1995; 38(1): 7-9.

Six GPs participating in a peer review group monthly discussed their most impressive faults and near-accidents of the previous month. A total of 39 incidents either with or without harmful consequences for the patient that should have been avoided in the view of the patient, the doctor or both, were classified according to a list of causative factors. On average, four factors per case were identified. 'Communication with the patient', 'GP's attitude' and 'handling medical data' were factors that were most frequently classified; harder factors – e.g. 'knowledge', 'skills' and 'use of professional standards' – were less common. Discussing faults and near-accidents by a peer review group requires an atmosphere of trust; the help of a psychotherapist might be useful in this respect.

Key words Family practice; Faults; Near-accidents.

Correspondence F.A. van den Berg, MD, Giessenburg 12, 4385 EM Vlissingen, The Netherlands.

Otitis media met effusie

Mevrouw Van Kan komt met haar dochtertje Anne van 4 jaar op het spreekuur. Zij heeft de indruk dat Anne de laatste weken slecht hoort en wijt dit aan haar verkoudheid. Bij haar zoontje van 6 moesten twee jaar geleden buisjes geplaatst worden. Bij navraag door de huisarts blijkt Anne vaak te snurken in haar slaap. Verder is zij bekend met een atopische constitutie en heeft ze een maand geleden een acute otitis media doorgemaakt. De huisarts overweegt de diagnose otitis media met effusie (OME) op basis van deze gegevens. Tot de gegevens die deze diagnose ondersteunen bij dit patiëntje behoort/behoren:

1 Het vóórkomen van OME bij haar broertje.
2 De atopie van het patiëntje.
3 De aan de gehoorsdaling voorafgaande otitis media.

Hepatitis

De heer Bon, 34 jaar oud, komt op het spreekuur omdat hij zich al een paar weken in toenemende mate beroerd voelt. Op basis van de verdere anamnese en het lichamelijk onderzoek stelt de huisarts de diagnose 'hepatitis e.c.i.' Zij doet laboratoriumonderzoek. De uitslag is als volgt: Hb 9,6 (8,5-10,7 mmol/l), totaal bilirubine 56 (3-20 umol/l), ALAT (SGPT) 2770 (0-40 U/l), ASAT (SGOT) 2730 (0-40 U/l), gamma-GT 80 (6-28 U/l)

4 Een hepatitis op basis van alcoholmisbruik is gezien de laboratoriumuitslag waarschijnlijker dan een virale hepatitis (zoals hepatitis A).
5 De hoogte van de transaminasen (ASAT, ALAT) is een goede maat voor de ernst van een hepatitis.
6 Het Hb-gehalte maakt een hemolytische oorzaak van de hepatitis onwaarschijnlijk.

Menstruatie

Janet van Hesse, 22 jaar, is 6 maanden tevoren gestopt met de pil. Na de pilstop-bloeding heeft ze geen menstruaties meer gehad. Ze heeft 3 jaar de pil gebruikt en menstrueerde daarvoor sinds haar 14e regelmatig. Ze kan niet zwanger zijn. De huisarts vindt bij lichamelijk onderzoek geen afwijkingen. Hij denkt onder meer aan een post-pil amenorroe. Ter nadere diagnostiek en omdat Janet de amenorroe erg vervelend vindt, stelt de huisarts een progesteronbelastingstest voor. Hij schrijft Janet medroxyprogesteron (Provera) voor, 10 dagen 2 dd 1 tablet van 5 mg.