

Centraal oproepsysteem overbodig?

In het maartnummer van *Huisarts en Wetenschap* concluderen Kok & Boon, dat een centraal oproepsysteem vanuit de gemeente mogelijk overbodig is. Zij bestudeerden uitstrijkjes uit de regio's Den Haag en Rotterdam en vonden in Den Haag (waar een centraal oproepsysteem ontbreekt) in de leeftijdsgroep van het bevolkingsonderzoek een hoger percentage Pap 3A dan in Rotterdam (met een centraal gemeentelijk oproepsysteem).¹

Wij hebben bezwaar tegen de wijze waarop de auteurs tot deze conclusie komen.

In de eerste plaats is het beoordelen van een oproepsysteem aan de hand van het percentage afwijkingen dat wordt gevonden, niet de juiste methode. Of een oproepsysteem goed functioneert, kan beter worden afgelezen aan het percentage vrouwen uit de doelgroep dat wordt bereikt (beschermingsgraad). In de tweede plaats is niet duidelijk waar de groep uitstrijkjes uit bestaat die niet zijn gemaakt in het kader van het bevolkingsonderzoek. Zijn dit uitsluitend opportunistische uitstrijkjes – uitstrijkjes buiten het bevolkingsonderzoek om zonder medische indicatie? Of zijn het ook uitstrijkjes op medische indicatie en herhalingsuitstrijkjes, naar aanleiding van een eerder afwijkend strikje? Indien het laatste het geval is, is het niet verwonderlijk dat in Den Haag, waar slechts op zeer geringe schaal een bevolkingsonderzoek werd georganiseerd, het percentage afwijkingen hoger is. Het aandeel van het totale aantal beschouwde uitstrijkjes dat op medische indicatie is gemaakt, zal hier immers hoger zijn. In tegenstelling tot wat in het artikel wordt gesuggereerd, duidt dit dan niet op het ontstaan van een soort van spontaan preventief screeningsprogramma door huisartsen, waarbij meer vrouwen uit risicogroepen worden bereikt.

Uit figuur 1 bij het artikel kan worden afgelezen dat in Den Haag een veel grotere groep van de vrouwen bij wie een uitstrijkje is gemaakt, buiten de leeftijdsgrenzen van het bevolkingsonderzoek valt; er zijn met name bij veel jonge vrouwen uitstrijkjes gemaakt. Deze bevinding is in overeenstemming van de bevinding uit de Gezondheidsenquête dat in gemeenten waar geen bevolkingsonderzoek wordt georganiseerd, relatief meer vrouwen onder de 30 jaar een uitstrijkje laten maken.² Zoals naar voren wordt gebracht in de herziene NHG-Standaard Cervixuitstrijkjes,³ is het maken van uitstrijkjes zonder medische indicatie buiten het bevol-

kingsonderzoek om ondoelmatig. Wat dit betreft lijken de resultaten van het onderzoek dus eerder vóór dan tegen een centraal oproepsysteem te pleiten.

Het uitnodigen van vrouwen door hun eigen huisarts voor het maken van een uitstrijkje in het kader van het bevolkingsonderzoek staat momenteel in de belangstelling. Omdat uit verschillende onderzoeken is gebleken dat bij het uitnodigen door de huisarts een hoger opkomstpercentage kan worden behaald dan bij het uitnodigen door de gemeente, staat de GGD Rotterdam e.o. in principe positief tegenover projecten waarbij de vrouw door haar huisarts voor het uitstrijkje wordt benaderd.⁴ Met name in grote gemeenten komt hier echter meer bij kijken. Zo staat een deel van de vrouwen niet bij een huisarts ingeschreven, en bestaat er een relatief grote migratie van de bevolking, waardoor vrouwen geregeld van praktijk wisselen. Door vertragingen bij het in- en uitschrijven bij zorgverzekeraars kan de inschrijving bij de nieuwe praktijk vervolgens lang duren. Indien deze vrouwen niet via een apart kanaal worden bereikt, kunnen zij tussen de mazen van het net vallen. Omdat er verder ook zorg moet worden gedragen voor objectieve en uniforme voorlichting en proces- en effectevaluatie, is de GGD Rotterdam e.o. voorstander van een centraal oproepsysteem, van waaruit deze zaken beter kunnen worden georganiseerd. Indien huisartsen zelf willen uitnodigen, kan dit het beste gebeuren binnen een samenwerkingsverband met een op regionale schaal opererende organisatie.

Drs. F.A.F. Kreuger, onderzoekster,
Dr. H.G.T. Nijs, clusterhoofd,
GGD Rotterdam en omstreken, afdeling
Epidemiologie en Beleid.

- 1 Kok MR, Boom ME. Wel of niet centraal oproepen voor screening op baarmoederhalskanker? De opbrengst van huisartsenuitstrijkjes in Den Haag en Rotterdam, 1991-1994. *Huisarts Wet* 1996; 39(3): 120-2.
- 2 Van Gessel-Dabekaussen AAMW, Van Ballegoijen M. Gezondheidsenquêtes. Deelname aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Maandbericht Gezondheid (CBS) 1994; 12: 10-9.
- 3 Appelman CLM, Bruinsma M, Collette C, et al. NHG-Standaard Cervixuitstrijkjes (eerste herziening). *Huisarts Wet* 1996; 39(3): 134-41.
- 4 Rengelink-Van der Lee JH, Kreuger FAF, Nijs HGT, et al. Samenwerking GGD en huisarts bij bevolkingsonderzoek cervixcarcinoom. *Med Contact* 1996; 51(8): 257-8.

Naschrift

Het eerste punt van kritiek betreft het beoordelen van de *opbrengst* van het oproepsysteem. Wij hebben bewust de BO-uitstrijkjes en de niet-BO-uitstrijkjes (NBO-uitstrijkjes) samengevoegd, omdat deze twee ons inziens onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Het bepalen van de opbrengst van een screening kan naar onze mening op verschillende manieren gebeuren. *Kreuger & Nijis* pleiten voor een beoordeling aan de hand van de beschermingsgraad die wordt bereikt. Volgens hen is dat de enige juiste manier van beoordeling. Wij hebben echter opbrengst gedefinieerd als het percentage positieve scores.^{1,4} Of dit al of niet juist is, is een waardeoordeel, dat nooit kan gelden als 'de waarheid'.

Het tweede punt van kritiek betreft de *doelmatigheid* van het uitstrijken. De doelmatigheid van NBO-uitstrijkjes kan beoordeeld worden aan de hand van twee criteria: het al dan niet maken van uitstrijkjes zonder medische indicatie en het al dan niet maken van uitstrijkjes bij jonge vrouwen. De NBO-uitstrijkjes zijn een mix van indicatie-uitstrijkjes en uitstrijkjes zonder medische indicatie (opportunistische uitstrijkjes). In een eerder onderzoek hebben wij aangetoond dat er bij bijna alle vrouwen die een NBO-uitstrijkje lieten maken, sprake was van een steekhoudende reden om het uitstrijkje te laten maken.⁵ Dit pleit dus voor de doelmatigheid van het selecteren van vrouwen door de huisarts. Wij wilden niet in discussie treden over het nut van het maken van uitstrijkjes bij jonge vrouwen. Daarom hebben wij ons voor deze analyse in de beschouwing uitsluitend gericht op de BO-leeftijdsgroep 35-54 jaar. Ten overvloede vermelden wij dat het verschil in uitstrijkjes van vrouwen <35 jaar uit Den Haag versus Rotterdam niet significant was.

De doelmatigheid van BO-uitstrijkjes kan beoordeeld worden aan de hand van het criterium 'het al dan niet bereiken van de high-riskpopulatie'. Dit komt tot uitdrukking in de positieve scores. In het verleden hebben wij aangetoond dat, wanneer de BO-uitstrijkjes door de huisarts worden gemaakt, de high-riskgroep beter wordt bereikt dan wanneer dit in gezondheidscentra geschiedt.^{2,3} De doelmatigheid van BO- versus NBO-uitstrijkjes kunnen wij pas beoordelen door de positieve scores van beide groepen naast elkaar te leggen. Voor het onderhavige materiaal uit Den Haag en Rotterdam hebben wij deze gegevens verzameld (*tabel*).

Door de opsplitsing van het totale materiaal in BO- en NBO-uitstrijkjes worden de afzon-

Tabel Scores positieven BO en NBO per leeftijdsgroep. Percentages

Leeftijdsgroepen	n	PAP-klassen ≥IIIA	PAP-klassen ≥IIIB
<i>Den Haag BO</i>			
0-34	89	5,6	1,1
35-54	403	2,5	0,2
≥55	69	4,3	0,0
<i>Den Haag NBO</i>			
0-34	4202	3,5	0,8
35-55	3923	3,1	0,9
≥55	625	1,8	1,0
<i>Rotterdam BO</i>			
0-34	0	0,0	0,0
35-54	4241	1,8	0,6
≥55	0	0,0	0,0
<i>Rotterdam NBO</i>			
0-34	1517	3,8	0,9
35-54	423	4,0	0,0
≥55	226	1,3	0,9

derlijke deelgroepen die hierdoor ontstaan, te klein voor een betrouwbare statistische analyse. In de leeftijdsgroep 35-54 jaar zou men verwachten dat er voor de NBO-uitstrijkjes in Den Haag een hoger percentage positieven wordt gevonden dan voor de NBO-uitstrijkjes in Rotterdam, aangezien in Den Haag nauwelijks een bevolkingsonderzoek wordt georganiseerd. Het omgekeerde is echter waar: voor Rotterdam bedraagt het percentage 4,0 procent versus 3,1 procent voor Den Haag. Dit alles wijst er niet op dat de positieve score in de leeftijdsgroep 35-54 jaar voor de NBO-uitstrijkjes in Den Haag overmatige invloed ondervindt van uitstrijkjes op medische indicatie en herhalingsuitstrijkjes naar aanleiding van eerdere afwijkende uitstrijkjes.

Het derde punt van kritiek betreft de keuze voor de *oproepende instantie*. Een combinatie van oproepen door zowel de huisarts als door de GGD, zoals voorgesteld door *Kreuger & Nijis*, wordt door ons natuurlijk zeer toegejuicht. Op deze manier wordt een maximaal aantal vrouwen bereikt (zowel de vrouwen zonder huisarts en migrante vrouwen als illegale vrouwen en vrouwen met een verslofte follow-up vallen niet buiten de boot) en wordt daarnaast zorg gedragen voor objectieve en uniforme voorlichting en proces- en effectevaluatie.

Myrthe Kok
Mathilde Boon
Leids Cytologisch en Pathologisch
Laboratorium

- 1 Boon ME, De Graaff Guilloud-Gentenaar JC, Beck S. Uitkomsten van het Leidse bevolkingsonderzoek op cervix uteri-carcinoom; de 'jonge' (25-34 jaar) versus de 'oude' (35-54 jaar) groep vrouwen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1990; 134: 1545-9.
- 2 Boon ME, Beck S. Door huisartsen uitgevoerd bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom. *Med Contact* 1991; 46: 23-5.
- 3 Boon ME, Beck S. Improving cervical screening by involving general practitioners. *Lancet* 1991; 338: 699.
- 4 Boon ME, De Graaff Guilloud JC, Rietveld WJ, Wijsman-Grootendorst A. Effect of regular 3-yearly screening on the incidence of cervical smears: the Leiden experience. *Cytopathol* 1990; 1: 201-10.
- 5 Kok MR, Boon ME. Hoe legitiem is het 'opportunistische' uitstrijkje? *Med Contact* 1995; 39: 940-2.

Schouderklachten

Het door *Sobel et al.* beschreven onderzoek over schouderklachten in de huisartspraktijk heeft als vraagstelling in hoeverre schouderklachten kunnen worden ingedeeld volgens de criteria van de NHG-standaard en hoe de restgroep kan worden geclassificeerd.¹

De NHG-Standaard Schouderklachten is een (voornamelijk empirisch) model waarmee huisartsen patiënten met schouderklachten kunnen onderzoeken en behandelen.² Om een uitspraak te kunnen doen over de waarde van de diagnostische categorieën van de standaard is het van belang dat de patiëntengroep die deze op het oog heeft, overeenkomt met de patiëntengroep waarmee de standaard wordt getoetst. Met andere woorden: de insluitcriteria van standaard en onderzoek dienen overeen te komen. Vergelijking van beide brengt echter verschillen aan het licht. Voor de standaard zijn de criteria: 'schouderklachten in het gebied C5 en/of C4. Klachten in oksel, onderarm, pols of rug [...] worden niet besproken.' In het onderzoek zijn van *Sobel et al.* gaat het om 'schouderklachten in het gebied van de m. deltoideus, het AC-gewricht, het pars superior van de m. trapezius en de scapularegio [...].'

Het verschil zit vooral in de laatste twee lokalisaties: een groot deel van het pars superior van de musculus trapezius en de gehele scapularegio vallen buiten het bestek van de standaard. Terwijl de standaard zich beperkt tot patiënten met pijn in de dermatomen C4 en/of C5, zijn *Sobel et al.* dus veel soepeler: patiënten met pijn van C4 t/m Th7 worden ingesloten. Waarschijnlijk heeft dit een veel ruimere pa-

tiëntengroep opgeleverd. Het is dan ook niet verwonderlijk dat een groot deel van de 101 ingesloten patiënten niet met de criteria van de standaard zijn in te delen. Onbedoeld wordt dit door de auteurs ook toegegeven, omdat zij te stellen dat veelvuldig pijn wordt aangegeven in andere dermatomen dan C4 en C5. Zij realiseren zich kennelijk niet dat deze patiënten voor een onderzoek met deze vraagstelling niet ingesloten hadden mogen worden. Hoeveel van de 101 patiënten klachten aangaven buiten het C4-C5-gebied, is uit figuur 1 in het artikel niet op te maken. Een antwoord op de vraagstelling is pas mogelijk na herbewerking van de gegevens, waarbij uitsluitend patiënten met klachten in de dermatomen C4 en/of C5 worden ingesloten.

Een tweede punt van kritiek betreft het feit dat de auteurs bij hun analyse niet alle diagnosegroepen uit de standaard betrekken. In de evaluatieparagraaf van de standaard worden niet in te delen patiënten geplaatst in de categorieën 'restgroep' en 'geen afwijkingen'. Dit betekent dat ook in de standaard wordt erkend dat sommige patiënten met klachten in C5-C4 niet zijn in te delen. Met het vervangen van het begrip 'restgroep' door 'schoudergordelstoornis' of 'combinatiediagnose' en de constatering dat een groot aantal patiënten niet is in te delen, wordt geen recht gedaan aan de door de standaard aangebrachte nuancerings van het beleid.

Uit dit alles moet ik helaas de conclusie trekken dat appels met peren zijn vergeleken. In zo'n geval ligt de uitkomst van een onderzoek door een methodologische basisfout bij voorbaat vast: er is verschil.

Lex Goudswaard

- 1 Sobel JS, Winters JC, Arendzen JH, et al. Schouderklachten in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1995; 38: 342-7.
- 2 Bakker JF, De Jongh AC, Jonquière M, et al. NHG-Standaardklachten. *Huisarts Wet* 1990; 33: 196-202.

Naschrift

Goudswaard stelt een tweetal punten aan de orde: een verschil in definiëring van een schouderklacht, en het niet vermelden van de diagnostische restgroep in de standaard. Deze opmerkingen zijn op het eerste gezicht juist.

Inderdaad verstaan wij onder een schouderklacht niet louter pijn aangegeven in het gebied van C5 en C4; pijn kan door patiënten met

schouderklachten ook ervaren worden in dermatomen buiten C5 en C4. Wij bedoelen daarmee echter niet dat pijn in Th7 ter hoogte van de scapulapunt als een schouderklacht moet worden geduid. Uit vooronderzoek bleek dat bij strikte toepassing van de standaard-criteria slechts zeer weinig schouderpatiënten konden worden ingesloten. Ook wij constateerden echter dat het merendeel van de onderzochte populatie pijn aangaf in C5 (71 procent), naast pijn in vooral C6 (51 procent), C7 (29 procent), Th1 (24 procent) en C4 (23 procent). Van contaminatie is dan ook naar ons inzicht geen sprake. In eerste instantie lieten wij de restgroep uit de standaard onbesproken, omdat die niet duidelijk bijdroeg aan de gepropageerde indeling van patiënten met schouderklachten. De restgroep wordt eerst van belang als zij een hoog percentage van de in te delen populatie omvat. In ons onderzoek was dit het geval. Daarnaast bleken de in de standaard besproken syndromen frequent in combinatie en niet als aparte onafhankelijke ziektebeelden voor te komen. De standaard schoot derhalve te kort in de beoogde doelstelling.

Goudswaard suggereert een overeenkomst tussen de restgroep van de standaard en de door ons gevonden groepen met een 'schoudergordelstoornis' en een 'combinatiediagnose'. Dit is ons inziens niet juist. Wij vinden dat de schoudergordelstoornis en de combinatiediagnose, naast de synoviale diagnosegroep, als diagnose-entiteiten in elkaar over kunnen gaan en dus sterk aan elkaar gekoppeld zijn. Hierbij is geen sprake van indelen of benoemen van de restgroep uit de standaard.

De NHG-Standaard Schouderklachten dient een leidraad te zijn bij de diagnostiek en behandeling van patiënten met schouderklachten. Uit het bovenstaande wordt duidelijk dat met de huidige standaard slechts een fractie van de patiënten met schouderklachten kan worden ingedeeld. Voor die fractie zijn wellicht de verdere adviezen uit de standaard waardevol. Een instrument dat echter slechts een fractie van de patiënten vermag in te delen, is van weinig nut. Als een standaard is gebaseerd op een te krap gestelde definitie, wordt de toepasbaarheid ervan twijfelachtig.

J.S. Sobel

Seksuologie voor de arts

Slob AK, Vink CW, Moors JPC, Everaerd W. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995; 336 bladzijden, prijs NLG 85,50. ISBN 90-3131-880-9.

Aandoeningen van het bewegingsapparaat in de algemene praktijk

De Wolf AN, Mens JMA. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995; 144 bladzijden, prijs NLG 56,-. ISBN 90-3131-572-9.

Gezondheid en leefomgeving

Van wijken weten. Van den Boogaard J, Groot B. Assen: Van Gorcum, 1995; 138 bladzijden, prijs NLG 32,50. ISBN 90-2323-000-0.

Handelen bij vermoeden van seksueel misbruik van kinderen en jeugdigen II

De richtlijnen SMJ in de praktijk. Raijmakers LPT, Wafelbakker F, V.d. Baan-Slootweg OH, Bullens RAR, Wouters D. Assen: Van Gorcum, 1995; 132 bladzijden, prijs NLG 39,50. ISBN 90-2323-010-8.

Kinderen en CARA

Vragen over astma en bronchitis. Griffioen RW, Van Zijverden J. Amsterdam/Meppel: Boom, 1995; 315 bladzijden, prijs NLG 24,50. ISBN 90-5352-141-0.

Protocollenboek EVA

Een overzicht van werkspraken, protocollen, stappenplannen, draaiboeken en procedures in de gezondheidscentra in Almere. Kerssemeyer H, Eijssens E. Almere: EVA, 1995; 196 bladzijden, prijs NLG 18,-. Te bestellen via telefoon (036) 535.9565.

Beter slapen: een gezond alternatief voor de slaappil

Declerck AC, Oosterhuis A. Baarn: Bosch & Keuning, 1995; 56 bladzijden, prijs NLG 14,90. ISBN 90-2460-146-0.

Commentaren Medicatiebewaking Pharmacom/Medicom

Van Akkerveeken HM, De Gier JJ, Hagenzieker MA, et al., red. Haarlem: Stichting Health Base, 1995; 480 bladzijden, prijs NLG 89,95. ISBN 90-7402-706-7.

Praten en pillen

Publikaties Psychiatrisch Ziekenhuis Amsterdam, deel 3. Markx O, red. Assen: Van Gorcum, 1995; 94 bladzijden, prijs NLG 25,-. ISBN 90-2322-973-8.