

zuurremmers met behulp van een interventie die zowel voor de patiënt als de huisarts zeer tijdsintensief is? Als we een doelmatiger gebruik van maagzuurremmende middelen willen, is het beter advies te geven over leefregels of een behandeling te starten met een antacidum en eventueel een H₂-receptorantagonist. Het blijkt immers dat patiënten hier net zo tevreden over zijn als over een protonpompremmer.³⁻⁵

A. Spijker-Huiges

- 1 Hurenkamp GJB, Grundmeijer HGLM, Bindels PJE, Tytgat GNJ, Van der Hulst RWM. Chronisch gebruik van maagzuursecretieremmende medicatie in de huisartsenpraktijk in de regio Amsterdam. Ned Tijdschr Geneesk 1999;143:410-3.
- 2 Hurenkamp GJB, Grundmeijer HGLM, Van der Ende A, Tytgat GNJ, Assendelft WJJ, Van der Hulst RWM. Afbouw van langdurig gebruik van maagzuurremmers is mogelijk. Huisarts Wet 2003;46:354-8.
- 3 Huiges A, Winters JC, Meyboom-de Jong B. Slikken of stoppen; maagzuurremmers tussen vraag en aanbod. Medisch Contact 2003;58:797-9.
- 4 Grime J, Pollock K. How do younger patients view long-term treatment with proton pump inhibitors? J R Soc Health 2002;122:43-9.
- 5 Spijker-Huiges A, Winters JC, Meyboom-de Jong B. Chronische maagzuursecretieremmende medicatie: slikken of stoppen? Een overzicht van de literatuur. Huisarts Wet 2003;46:746-9.

Het nieuwe takenpakket

Op 11 december 2003 presenteerden het NHG en de LHV het rapport *Functie- en Taakomschrijving Huisartsenzorg*. In dit rapport staat een goede beschrijving van de feitelijke zorgverlening door de huisarts. Gelukkig wordt de zorgverlening niet louter beperkt tot protocollering, standaardisering, delegatie en organisatie, maar wordt er ook waarde toegekend aan een contextgerichte benadering. De uitwerking hiervan vind ik echter te beperkt. Hoe kun je een toekomstvisie formuleren zonder te beschrijven vanuit welke waarden je werkt en welk mensbeeld je daarbij hanteert? Men zou ook andere zorgaspecten moeten onderscheiden: de be-

trokkenheid van de arts en de verantwoordelijkheid die de arts op zich neemt door hulp te verlenen. Als de huisarts op de hoogte is van de achtergrond en het dagelijks leven van een patiënt, kan hij de overwegingen van een patiënt om een bepaalde hulpvraag te stellen bespreken en bekritisieren. De huisarts kan samen met de patiënt een antwoord formuleren dat past bij de opvattingen van de patiënt en dat de huisarts medisch kan verantwoorden. Zo doet hij recht aan de uniciteit van de patiënt en voert hij medisch een beter beleid dan met de louter vraaggerichte attitude waarover het rapport spreekt. Ik ben ervan overtuigd dat velen het huisartsenvak niet primair kiezen om technische zorg te verlenen maar juist vanwege die aspecten in de zorg die de relatie met de patiënt bijzonder maken en die specifiek zijn voor de kwaliteit van de huisartsenzorg.

Wat me verheugt in het rapport is dat men streeft naar een verzorgingsgebied van 10.000 tot 15.000 patiënten per huisartsenvoorziening. Dit opent het perspectief om de grote centrale huisartsenposities te verkleinen tot een werkgebied van 1 à 2 van dergelijke populaties. Dat zou een einde maken aan de anonimiteit van de patiënt en van de huisarts door de huidige grootschaligheid.

Wim Klaassen

Diagnose pneumonie bij lage-luchtweginfecties

Met belangstelling las ik het artikel van Hopstaken et al. 'De waarde van anamnese, lichamelijk onderzoek, BSE en CRP voor de diagnose pneumonie bij lage-luchtweginfecties' (H&W 2004;47:9-15). Hun resultaten kunnen leiden tot een bruikbare richtlijn voor de behandeling van lage-luchtweginfecties. Zeer frappant vond ik de prominente plaats van diarree in de diagnostiek. Ik heb nog een aantal vragen. De odds-ratio's voor de symptomen 'droge hoest', 'diarree' en 'temperatuur ≥ 38 °C' zijn in tabel 2 vermeld: 2,2, 3,5 en 2,5. Ze zijn rechtstreeks uit de kruistabelen te berekenen. Het klinische model,

dat nog niet is gecorrigeerd van BSE en CRP vermeldt echter: 2,77, 5,90 en 3,08 (tabel 3). Ik begrijp dit verschil niet.

Het was wellicht inzichtelijker geweest het aannemelijkheidsquotiënt of likelihood-ratio (LR) te gebruiken. Dit quotiënt is het aantal keren dat een testuitslag (bijvoorbeeld positieve test) vaker bij zieken dan bij gezonden voorkomt. Deze testkenmerken zijn uit tabel 2 en 3 te herleiden en zouden naar mijn idee bij iedere test vermeld moeten worden: LR⁺ is het aantal keren dat een positieve test vaker bij zieken voorkomt dan bij gezonden en de LR⁻ het aantal keren dat een negatieve testuitslag vaker voorkomt dan bij gezonden (meestal dus een breuk: bijvoorbeeld 1/3). In de tabel staan deze likelihood-ratio's voor de verschillende symptomen en bevindingen.

Test	LR ⁺	LR ⁻
Droge hoest	1,72	0,80
Diarree	3,04	0,87
Temperatuur ≥ 38 °C	1,91	0,76
BSE ≥ 20	1,79	0,40
CRP > 20	1,84	0,20
CRP > 50	3,22	0,18

De tests zijn nu aardig onderling te vergelijken en weer zien we de prominente rol voor de aanwezigheid van diarree, dat ruim drie keer zo vaak voorkomt bij pneumonie als bij gezonden. Een belangrijke reden om de likelihood-ratio's als testkarakteristieken te gebruiken is hun gemakkelijke toepasbaarheid bij de berekening van de kans op aanwezigheid van ziekte na de test.

Waarom is er gekozen voor het afkappunt CRP > 20 ? De ROC-curves in figuur 2 pleiten voor een afkappunt van 50. De met een timmermansoog gemeten sensitiviteit bij het afkappunt 20 is 90% en specificiteit 51%. Bij een afkappunt van 50 bedragen deze 87% respectievelijk 73%. Dus een enorme stijging in specificiteit met behoud (of slechts kleine vermindering) van sensitiviteit.

De ROC-curves zijn ook een pleidooi om de CRP als test te verkiezen boven de BSE. Daar komt nog bij dat de CRP veel praktischer in het gebruik is dan de BSE, die pas na een uur af te lezen is.

Wim van Geldrop