

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 Geneeskd* 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

Antwoord

De odds-ratio (OR) volgt uit het quotiënt van het positieve en negatieve aannemelijkheidsquotiënt of likelihood-ratio (LR) en is dus een samenvattende maat voor beide testparameters. Bovendien is de OR in tegenstelling tot sensitiviteit, specificiteit en LR veel minder gevoelig voor veranderingen in de samenstelling van de patiëntenpopulatie. De OR maakt vergelijking met andere onderzoeken en gebruik voor meta-analyses dus eenvoudiger. Daar staat tegenover dat de OR vergeleken met de LR een wat abstract begrip is en minder makkelijk individueel is toe te passen in de dagelijkse praktijk. In de opbouw van ons artikel hebben we rekening gehouden met de dagelijkse praktijk van de huisarts. De huisarts is (als generalist) meer gebaat bij het kunnen uitsluiten in plaats van het aantonen van een ziekte. Ons predictiemodel en de identificatie van een laagrisicogroep zijn hierop geënt. CRP>20 bleek hieraan goed te voldoen en wordt ook in algemene zin vaak genoemd als afkappunt voor een afwijkende bloedsuitslag, wat de interpretatie in de praktijk vergemakkelijkt. De door Van Geldrop aangehaalde 'ideale' test CRP>50 kent als solobepaling weliswaar de hoogste combinatie van sensitiviteit en specificiteit in figuur 2, maar moet voorzichtig geïnterpreteerd worden. Welke huisarts prikt immers zonder anamnese en lichamelijk onderzoek bloed bij een patiënt? Figuur 2 is in het artikel opgenomen om de meerwaarde van CRP ten opzichte van BSE inzichtelijk te maken. In diagnostisch onderzoek dient gecorrigeerd te worden voor de onderlinge verbanden tussen de diagnostische tests (anamnestische en lichamelijk-onderzoeksbevindingen), zoals dit ook in de praktijk het geval is. Dit betekent dat een 'eenvoudige' opsomming van de diagnostische waarde van tests voor pneumonie (univariate analyse zoals in tabel 2) altijd gevolgd dient te worden door een complexe analyse, waarin de diagnostische waarde van de tests gecorrigeerd wordt voor alle onderlinge verbanden tussen de verschillende tests (multipole logistische regressieanalyse zoals in onze tabel 3).

Overigens, dit verschil is collega Van Geldrop vermoedelijk per vergissing ontgaan, getuige zijn vraag over de verschillende OR's in tabel 2 en 3. BSE en CRP worden, zoals in de praktijk, ook in logistische regressieanalyses pas in tweede instantie toegevoegd aan het predictiemodel.

Het enthousiasme voor de bepaling van CRP in plaats van BSE delen wij van harte. De verdringing van de onhandige BSE-bepaling door de CRP-sneltest lijkt slechts een kwestie van tijd.

Rogier Hopstaken

De praktijkondersteuner

In het Journaal van januari geeft de hoofdredacteur een samenvattend oordeel over de onderzoeken omtrent de praktijkondersteuner (H&W 2004;47:1) Het is opmerkelijk dat hij de RCT van Van Son et al.,¹ die in hetzelfde nummer staat, in één adem noemt met de door hem terecht als kwetsbaar beoordeelde meta-analyse van Van de Berg et al.² Voor hem heeft het nut van de praktijkondersteuner vooral met emotie te maken, want 'hij zou zijn praktijkondersteuner niet willen missen'.

Wij vinden dat zijn beoordeling – die eerder op een veroordeling lijkt – onvoldoende recht doet aan de feiten. Uit het onderzoek van Van Son et al. blijkt dat er wel degelijk sprake is van verlichting van de werkdruk voor de huisarts bij patiënten met diabetes.¹ Bij patiënten met astma en COPD is die verlichting niet opgetreden. Van een systematisch controlebeleid door de huisarts was bij de meeste astma/COPD-patiënten nog geen sprake, zodat er geen substitutie plaatsvond. De inzet van de praktijkverpleegkundige was in eerste instantie nodig om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Ten aanzien van patiënten met diabetes bestaat er al langer een traditie van bijzondere aandacht en protocollair werken in de huisartsenpraktijk, zodat overdracht van patiënten van huisarts naar ondersteuner makkelijker is. Het is dan ook niet verwonderlijk dat er een verschil in vermindering van werkdruk tussen de diver-

se categorieën is gevonden. Een adequate inzet van de praktijkondersteuner zal, indien nodig, eerst leiden tot een inhaalslag van de kwaliteit van de zorg, en pas daarna tot substitutie en verlichting van de werkdruk.

We willen (nog eens) opmerken dat de nulhypothese *niet* was om 'te bewijzen' dat de praktijkondersteuner betere zorg levert, maar dat de zorg ten minste gelijkwaardig is aan de huidige zorg door de huisarts, en mogelijk ook verlichting van de werkdruk brengt. En dat bevestigden Van Son et al. in hun onderzoek.

De opinie van de hoofdredacteur komt op een politiek cruciaal moment. Juist in een fase waarin onze beroepsgroep na veel aarzeling de inzet van de praktijkondersteuner accepteert en beseft dat die inzet bijdraagt aan de (dreigende) tekorten in de huisartsenzorg, dreigt deze winst in het politieke debat weer verloren te gaan. Het wordt de minister wel erg makkelijk gemaakt. Hij kan simpel verwijzen naar het commentaar van de hoofdredacteur van ons wetenschappelijk tijdschrift!

Ook wij beseffen dat de tot nu toe bekende onderzoeken niet eenduidig op effectiviteit wijzen. We hebben daar echter redenen voor aangegeven.³

Het hoofdredactionele commentaar is onzorgvuldig en onnodig tendentieus.

Harry Crebolder, George Beusmans

1 Van Son L, Vrijhoef H, Crebolder H, van Hoef L, Beusmans G. De huisarts ondersteund. Een RCT naar het effect van een praktijkondersteuner bij astma, COPD en diabetes. *Huisarts Wet* 2004;47:1-21.

2 Van de Berg M, De Bakker D. *Meta-analyse. Introductie praktijkondersteuning op HBO-niveau in de huisartspraktijk in Nederland*. Utrecht: NIVEL, 2003.

3 Beusmans G, Crebolder H. *Praktijkverpleegkundige voor diabetes mellitus* *Huisarts Wet* 2004; 47:56-7.

Antwoord

Elk commentaar heeft enige gelijkenis met het geroep vanaf het balkon naar de Bühne. In dit geval die van de wetenschap in het artikel van Van Son et al. en de meta-analyse van het NIVEL.