

## 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.,<sup>1</sup> 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.<sup>2</sup> 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.<sup>1</sup> 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.<sup>3</sup>

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.

Uit die meta-analyse kan je met de beste wil van wereld niet halen dat de werkdruk vermindert en ook uit de Maastrichtse RCT blijkt dat niet overtuigend. Per diabetespatiënt is er – volgens tabel 2 – in de POH-groep één bezoek per jaar minder. Bij een prevalentie van 25/1000 zijn dat in een normpraktijk ongeveer 50 bezoeken op jaarbasis. Een gemiddelde huisarts heeft 32 consulten per dag. Mijn POH bespaart mij op dit terrein dus anderhalve dag werk per jaar. Daarmee is overigens geheel niet gezegd dat ze geen waardevol werk doet (complexe ouderenzorg, wondbehandeling en management). Dat de kwaliteit van het werk van een POH gelijk is aan dat van de huisarts lijkt in de trial aannemelijk gemaakt, maar één zwaluw maakt hier nog geen lente. Bovendien zijn er voor een zogenaamde equivalentietrial meestal aanzienlijk meer patiënten nodig dan hier zijn ingesloten. Je wilt immers met zekerheid zeggen dat er geen verschil tussen twee interventies is.

Bij het opstellen van richtlijnen verlangen we meerdere trials om een aanbeveling te kunnen doen. Ik zou niet weten waarom we bij veranderingen in de zorg minder stringent in onze wetenschappelijke eisen zouden moeten zijn.

Crebolder en Beusmans dichten mij ook aanzienlijk meer invloed toe dan ik heb. Nimmer heb ik ergens enige gedragsverandering gezien door mijn stukjes. Soms vind ik dat jammer, maar anderen, waaronder mijn gewaardeerde Limburgse collega's, zullen blij zijn dat men niet naar zo'n mopperende Waldorf op het balkon van de Muppetshow luistert.

Joost Zaat

## Vrouwelijke huisartsen redden zorg in grote steden

In een journaalstukje (H&W 2004;47:3) beweert Joost Zaat dat het percentage vrouwelijke huisartsen in de grote steden veel sneller stijgt dan elders in Nederland.

Uit de cijfers die hij daarna noemt blijkt echter het tegendeel: als het percentage

vrouwelijke huisartsen in Nederland tussen 1990 en 2001 is gestegen van 15 naar 27% is dat een relatieve toename van 80%. In dezelfde periode is het percentage vrouwelijke huisartsen in de grote steden toegenomen van 23 naar 35%, een relatieve toename van 52%. Anders gezegd: het percentage vrouwelijke huisartsen in de grote steden is langzamer gestegen dan elders in Nederland. Hieruit kan ik alleen maar concluderen dat vrouwelijke huisartsen in deze periode juist minder hebben gekozen voor een baan in de grote stad.

Godfried Saes

## Antwoord

Saes heeft gelijk, de lead was iets te enthousiast. Blijft onverlet dat het percentage vrouwelijke huisartsen in de grote steden nog steeds aanzienlijk hoger is dan op het platteland. Volgens recente cijfers van het NIVEL praktiseert 23% van de vrouwen in zeer stedelijke gebieden versus 17% van de mannelijke huisartsen. Op het platteland praktiseert 11% van de vrouwelijke en 15% van de mannelijke huisartsen.

Joost Zaat

<http://www.nivel.nl/pdf/brochure-huisartsen-2003.pdf>

## Angina pectoris

In de NHG-Standaard Stabiele angina pectoris (H&W 2004;47:83-95) staat onder het kopje niet-medicamenteuze behandeling een aantal adviezen, zoals stoppen met roken en fysieke training. Deze adviezen stemmen overeen met de eveneens recent verschenen Richtlijn Hartrevalidatie.<sup>1</sup> Hierin is angina pectoris uitdrukkelijk opgenomen als indicatie voor hartrevalidatie en de huisarts kan de patiënt een deelname aan een dergelijk multidisciplinair programma aanbieden. Aanmelding kan via de cardioloog of rechtstreeks plaatsvinden. Een andere optie is deelname aan een groepsgewijs of individueel stressmanagement-programma of ontspanningstherapie. De richtlijn vermeldt

acht gecontroleerde onderzoeken die allemaal een positief effect van ontspanningstherapie gevonden hebben en concludeert: 'het is aangetoond dat ontspanningstherapie de frequentie van klachten van angina pectoris doet afnemen, zowel bij patiënten die een myocardinfarct hebben gehad als bij patiënten met stabiele angina pectoris'. Deze mogelijkheid is het overwegen waard, vooral bij patiënten die hiervoor open lijken te staan. Wanneer de huisarts het effect van ontspanningstherapie wil proberen is het aan te raden hiervoor een begeleider te zoeken die echt ontspanningstherapie doet, aangezien de richtlijn vermeldt dat het effect het geringst is in onderzoeken met verkorte ontspanningsinstructie. Het rapport met de Richtlijn Hartrevalidatie is te verkrijgen bij de Nederlandse Hartstichting.

Jan van Dixhoorn

1 Revalidatiecommissie van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie en de Nederlandse Hartstichting. Richtlijn Hartrevalidatie 2004. Den Haag: Nederlandse Hartstichting.

## Abuis

Na het uitkomen van de NHG-Standaard Perifeer arterieel vaatlijden (Huisarts Wet 2003;46:848-58) werden wij erop geattendeerd dat de laatste zin in noot 24 (bladzijde 857) waarin wij aangeven dat ginkgo biloba niet vergoed wordt, onjuist is. Ginkgo biloba-extract komt wel voor vergoeding in aanmerking. Deze zin dient dan ook te worden geschrapt.

L. Boomsma