Mindere kwaliteit van cervixuitstrijkjes afgenomen door doktersassistentes in vergelijking met huisartsen

Met Pieter Buis et al. ben ik het eens dat een goed scholingstraject voor doktersassistentes wenselijk is (H&W 2006;49:24-7). Daarbij vraag ik me meteen af hoeveel huisartsen dit in hun eigen opleiding gehad hebben. De meeste huisartsen zullen het maken van uitstrijkjes in de praktijk geleerd hebben, zonder veel scholing of feedback. In het onderzoek mis ik enige verwijzing naar de daarbij passende leercurve. Juist omdat vermeld wordt dat er in de onderzochte periode meer dan een verdubbeling is van het aantal uitstrijkjes door assistentes, vraag ik me af of de gemeten, kleine verschillen niet juist een weerspiegeling zijn van een leercurve? En of assistentes na een juiste scholing niet minstens dezelfde kwaliteit van cervixuitstrijkjes behalen.

Frank Smit

Antwoord

Ook wij zijn ervan overtuigd dat assistentes dezelfde kwaliteit van uitstrijkjes kunnen halen als huisartsen. Dit is in onderzoek waar we in ons artikel aan refereren ook wel aangetoond. Dit vereist echter wel een intensieve training, veel ervaring en persoonlijke feedback op kwaliteit. In ons artikel hebben alleen vastgesteld dat er een verschil is in kwaliteit tussen cervixuitstrijkjes afgenomen door doktersassistentes en huisartsen; over oorzaken kunnen we slechts speculeren. Natuurlijk heeft ook een huisarts geruime tijd nodig om de benodigde ervaring op te doen. Uit ons artikel blijkt dat er veel assistentes relatief weinig uitstrijkjes maken. Dit kan te maken hebben met een snel verloop van assistentes of een groot aantal assistentes per praktijk dat uitstrijkjes maakt: redenen voor een kortere leercurve en minder ervaring. Bij een leercurve zou je verwachten dat de kwaliteit in de loop van de tijd verbetert. Op individueel niveau kunnen we daar geen uitspraak over doen, maar als groep wordt de kwaliteit bij assistentes minder in de loop der jaren. Dit geldt overigens ook voor de huisartsen, misschien wel doordat de assistentes deze taak overnemen.

De verandering van het herhalingsadvies voor uitstrijkjes zonder endocervicale cellen is gebaseerd op onderzoek uit 1990. Destijds werden uitstrijkjes voornamelijk door huisartsen zelf gedaan en was het percentage niet-endocervicale uitstrijkjes circa 5%. Dit is beduidend minder dan de huidige 10% voor huisartsen en 15% voor assistentes. Bij een bevolkingsonderzoek waar toch al wordt getwijfeld aan de doelmatigheid moet in ieder geval de kwaliteit goed zijn om deze doelmatigheid niet verder onder druk te zetten. Assistentes kunnen deze taak goed uitvoeren. Hiervoor moet echter wel meer opleiding, meer begeleiding door de huisarts en meer persoonlijke feedback van het laboratorium plaatsvinden.

Pieter Buis, Paul van Diest

NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement

Met het uitkomen van de nieuwe NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement is op een bijzonder gedegen wijze een nieuwe weg ingeslagen op het gebied van preventie en behandeling van hart- en vaat ziekten in de huisartsenpraktijk. De integratie van de NHG-Standaarden Cholesterol en Hypertensie heeft geleid tot een handzame en moderne richtlijn.

Desalniettemin willen we één kanttekening plaatsen. Uit tabel 1 van de standaard kan men concluderen dat behandeling van een 40-jarige, rokende man met een systolische bloeddruk van 180 mmHg en een TC/HDL-ratio van 8 niet nodig is. Hierbij wordt gebruikgemaakt van het 10-jaarsrisico op sterfte als uitkomstmaat. Het 10-jaarsrisico lijkt echter voor patiënten tussen de 20 en 50 jaar minder geschikt als indicator voor de gewenste behandelstrategie. Immers, zou u nog steeds geen behandeling starten als u wist dat het 20-jaarsrisico voor deze man (hij zou dan nog 'slechts' 60 jaar zijn) alleen al voor het krijgen van angina pectoris en/of myocard infarct ten minste 25% is?[1]

Wij beseffen dat over de langetermijneffecten (>20 jaar) van de aanwezigheid van 1 of meer risicofactoren op het ontwikkelen van of sterven aan hart- en vaatziekten bij jonge patiënten weinig bekend is. Onderzoeken die dit inzichtelijker kunnen maken, zijn dan ook zeer gewenst.

Het ontbreken van bewijs maakt gebruik van het gezond verstand nog belangrijker dan het in eerste instantie al is. Op basis van ethische en pathofysiologische gronden lijkt het ons gewenst om jonge patiënten met meerdere risicofactoren te behandelen. Juist bij deze groep met een nog relatief korte exposure aan risicofactoren is vaatschade door adequate behandeling waarschijnlijk te voorkomen.

Wij menen bovenstaande boodschap, hoewel subtiel, al gedeeltelijk verwoord te zien in de standaard. Deze eerste aanzet verdient wat ons betreft een meer uitgesproken vervolg.

MC van der Wel, JC Bakx, WJ van den Bosch

1 Bakx JC, Van den Hoogen HJ, Van den Bosch WJ, Thien T, Van Weel C. *Cardiovascular risk factors and disease in general practice: results of the Nijmegen Cohort Study*. Br J Gen Pract 2002;52:135-7.

Antwoord

Door het focus op absolute risico's valt moeilijk te voorkomen dat vooral ouderen voor behandeling in aanmerking komen. We hebben getracht dit effect te ondervangen: jongeren kan men eerder behandelen als zij bij ongewijzigde risicofactoren op termijn boven de behandelgrens komen, en bij ouderen zonder HVZ of diabetes mellitus type 2 kan men een soepeler behandelbeleid afspreken.

Of de standaard bij jongere leeftijdsgroepen leidt tot onderbehandeling blijft ter discussie. Er zijn geen harde gegevens of vroeg behandelen daadwerkelijk resulteert in minder cardiovasculaire calamiteiten op de lange termijn. Het voorstel van Van der Wel kan dus ook leiden tot overbehandeling.

Tj. Wiersma, W.A.B. Stalman, S. Thomas