

De jaarlijkse referatendag van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de universitaire huisartseninstituten (UHI's) is in korte tijd tot een goede traditie geworden. Op 6 oktober 1989 werd de derde referatendag gehouden, waarbij de Utrechtse Vakgroep Huisartsgeneeskunde als gastheer optrad.

Kwaliteitsbeleid

In de stijlvolle ambiance van de Nicolai-kerk opende dr. V.C.L. Tielens, voorzitter van het NHG, deze dag. In zijn openingswoord toonde Tielens zich verheugd over de groei van het huisartsgeneeskundig onderzoek, de toename van het klinisch onderzoek en de inbreng van het Nivel op het gebied van zorg-onderzoek. Het NHG ziet een faciliterende taak in het realiseren van het kwaliteitsbeleid in het wetenschappelijk onderzoek. Zo zal door het IOH en het NHG gezamenlijk een stimuleringsubsidie worden aangevraagd om de standaarden verder te onderbouwen en te evalueren. Daarnaast heeft het NHG het voornemen een preventiebeleid voor de huisarts te ontwikkelen. Daartoe zullen eerst vragen omtrent het nut van preventie, de identificatie van risicogroepen en praktische uitvoerbaarheid worden beantwoord.

Het voortzetten van de goede samenwerking tussen de UHI's en het NHG is een voorwaarde voor het lukken van dit kwaliteitsbeleid.

Complementariteit

Prof dr. J. van Gijn, hoogleraar neurologie aan de Rijksuniversiteit Utrecht, gaf vanuit het specialistische zorgveld een visie op de complementariteit van huisartsgeneeskundig onderzoek en onderzoek in de kliniek. Hij wees erop dat veel clinical trials betrekking hebben op patiënten die uit ziekenhuispopulaties zijn geselecteerd. Deze kunnen op relevante aspecten verschillen van patiënten in de huisartspraktijk. Hij pleitte voor onderzoek naar selectiemechanismen bij het verwijzen van patiënten en het uitvoeren van clinical trials in de huisartspraktijk. Daarnaast pleitte hij voor het verwerven van meer zicht op het vóórkomen van klachten in de eerste lijn die in de kliniek een hoge voorspellende waarde blijken te hebben voor een ernstige aandoening die snel ingrijpen behoeft. Een voorbeeld is het zeer plotseling optreden van hoofdpijnen die vooraf gaan aan subarachnoidale bloedingen. Omgekeerd is echter niet bekend wat de prospectieve waarde van deze klacht is in de huisartspraktijk. De breedte van de huisartsgeneeskunde en de diepte van de specialistische geneeskunde kunnen gezamenlijk een extra dimensie aan de geneeskunde geven.

Wim Deetman Prijs

Prof. dr. H.J. Dokter, hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, blikte terug op de afgelopen twee decennia en constateerde een razendsnelle ontwikkeling in het huisartsgeneeskundig onderzoek en de externe erkenning ervan. Hij benadrukte dat het nu zaak is deze ontwikkelingen te bestendigen. Zijn eerste suggestie was het instellen van een tweejaarlijkse prijs voor de beste huisartsgeneeskundige dissertatie, toegekend vanuit een op te richten 'Wim Deetman-fonds'. Hiermee wilde hij de in universitaire kring veel bekritiseerde voormalige Minister van Onderwijs en Wetenschappen eren voor het beschikbaar stellen van gelden voor het huisartsgeneeskundig onderzoek. Verder achtte hij het raadzaam op beperkte schaal 'post-docs' naar onderzoekcentra elders te sturen om internationale ervaring op te doen. Tenslotte noemde hij het noodzakelijk te werken aan carrièreplanning van de huisarts-onderzoekers die nu worden opgeleid. Zij dienen structureel een plaats te krijgen in de wetenschappelijke staven van de vakgroepen huisartsgeneeskunde om in de verdere toekomst de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig onderzoek te garanderen.

Belangrijke ontwikkelingen in de gezondheidszorg zullen, volgens Dokter, de komende jaren vorm krijgen, zoals een basisverzekering voor iedereen, met daarin opgenomen de huisartsgeneeskundige zorg, zodat elke Nederlander op naam bij een huisarts is ingeschreven. Hierdoor ontstaat een unieke onderzoekpopulatie, vooral als de gegevens over die populatie geautomatiseerd zijn. Daarnaast ontwikkelt het NHG een standaardbeleid. Op basis daarvan is het mogelijk de samenwerking tussen eerste en tweede lijn te exploreren en te verbeteren. Als de huisartsgeneeskunde goed inspeelt op deze ontwikkelingen in de gezondheidszorg, zal ze in het volgende millennium vanuit een unieke positie kunnen starten en op internationaal niveau kwalitatief hoogwaardige onderzoeksresultaten kunnen presenteren.

Parallelsessies

Vervolgens werden op het Utrechtse huisartseninstituut in vier parallele sessies de voordrachten gepresenteerd.* Verheugend was het relatief grote aantal patiëntgebonden onderzoeken. Meer en meer wordt klinisch onderzoek in de huisartspraktijk uitgevoerd. Dit jaar was het aantal parallelsessies met één uitgebreid. Naast de resultaten van onderzoek werden ook andersoortige ontwikkelingen, zoals protocollen en standaarden, gepresenteerd en bediscussieerd. Voor de huisartsgeneeskunde als professie vor-

men deze ook een belangrijke pijler voor een goede toekomst.

De gepresenteerde longitudinale studies waren meestal gebaseerd op langdurige morbiditeitsregistraties. De CMR uit Nijmegen bijvoorbeeld levert inmiddels uniek materiaal. Van den Bosch (Nijmegen) putte daaruit om kinderen tot op volwassen leeftijd te volgen: hoe hoger de morbiditeit als kind, des te hoger de morbiditeit als volwassene. Ook co-morbiditeit (Schellevis, Nijmegen) en clustering van episodetijden in de tijd (IJzermans, Amsterdam, UvA) kwamen aan de orde. Van de Velde van het Nivel liet enkele bevindingen van een korter durende, grootschalige morbiditeitsregistratie zien.

Aanvullend diagnostisch onderzoek werd vanuit twee invalshoeken belicht. Allereerst werd de waarde van bestaande en nieuwe diagnostische tests voor de huisartspraktijk beschreven (Pienbroek, Maastricht, met betrekking tot UWI's; Dinant, Maastricht: BSE en plasma-viscositeitsbepaling). Daarnaast liet Zaat (Amsterdam, VU) zien dat het aantal aangevraagde bepalingen afneemt als het aanvraagformulier minder voorgedrukte mogelijkheden biedt. Bij dit laatste type onderzoek is de huisarts en niet de patiënt onderzoeksobject. Dit was eveneens het geval bij studies naar de kwaliteit van voorlichting door de huisarts en de houding van de huisarts tegenover protocolgebruik. Voor de handhaving en verbetering van de kwaliteit van zorg zijn de invalshoeken van de huisarts en van de patiënt in wetenschappelijk onderzoek van belang.

De complementariteit tussen eerste en tweede lijn kwam in uiteenlopende projecten naar voren. Grundmeijer (Amsterdam, UvA) wees op knelpunten in het verwijzen door huisartsen naar medisch specialisten. Dit doet zich met name voor bij patiënten met een chronische aandoening en ongeruste patiënten. Van Milligen (Utrecht) liet zien dat factoren als leeftijd, voorgeschiedenis en duur van de klachten meespelen in het verwijzen van TIA-patiënten naar de neuroloog. Dit betekent dat de patiënten in grote trials in de tweede lijn niet representatief zijn voor die in de huisartspraktijk. De Wit (Utrecht) ging in op enkele kwantitatieve aspecten van het aanvragen van gastroscopieën door de huisarts.

Het aantal gepresenteerde interventiestudies was klein en had vooral betrekking op infectieuze aandoeningen, zoals urineweginfecties. Zo liet Trienkens (Maastricht) zien dat een driedaagse antibioticumkuur bij urineweginfecties even effectief is als een zevendaagse.

Ook preventie door de huisarts kwam voor het voetlicht. Van Lidth de Jeude uit Huizen constateerde op grond van studie in zijn eigen praktijk dat patiënten case-finding nauwelijks opmerken,

Sport en zwangerschap, Streptest

terwijl de zorgaspecten niet in het gedrang komen te komen. Ook kwamen de eerste resultaten van het Pretensie-project van het NHG aan bod: samenwerking tussen huisarts en basisgezondheidsdienst lijkt een goed perspectief te bieden voor het toekomstige preventie beleid.

Last but not least was er ruimte voor de ontwikkelingen rond standaarden en protocollen: Zijlstra (Nijmegen) – onderlinge toetsing; Barnhoorn (O&O – geneesmiddelen voorlichting; Dagnelie (Utrecht) – keelpijnprotocol. De belangstelling voor dit onderdeel was groot, zodat te hopen is dat Nijmegen als gastheer in 1990 voor deze ontwikkelingen voldoende ruimte zal creëren.

M.M. Kuyvenhoven
C.L.A. Appelman

* Er is nog een gering aantal abstractboeken beschikbaar. Te bestellen bij het NHG, mw. J. Bladt, telefoon: 030-516705.

Sport en zwangerschap

Rijn e.a.¹ geven onder andere het advies om de hockeysport niet te beoefenen tijdens de zwangerschap. De kans op een trauma bij hockey zou volgens hen aanzienlijk toenemen.

Dit advies is niet gebaseerd op de door de auteurs gerefereerde literatuur. Bovendien staat vast dat een onderbuikstrauma in de hockeysport zelden voorkomt, terwijl nog nooit enig nadelig gevolg van het beoefenen van de hockeysport op de zwangerschap is aangetoond. We kunnen dan ook slechts constateren dat de richtlijn onjuist is.

Op grond van eenzelfde literatuurstudie kwam de Medische commissie van de Koninklijke Nederlandse Hockeybond in 1986 tot het advies dat er geen enkele medische reden is om de hockeyster die zwanger is, haar sport te ontzagen. De ervaring leert overigens dat de meeste hockeysters zich na 3 à 4 maanden minder goed in staat gaan voelen de sport te blijven beoefenen als gevolg van de fysieke gevolgen van de zwangerschap. Zij stoppen dan meestal wel uit eigen beweging.

J.H. Brenninkmeijer, huisarts,
Voorzitter Medische commissie KNHB

¹ Rijn JMJ, Grijpink PGW, Van Erp EJM, Holm JP. Sport en zwangerschap: een af te raden combinatie? Huisarts Wet 1989; 32: 295-7.

Streptest

Het zeer interessante artikel van Dagnelie e.a. over de toepassing in de huisartspraktijk van de streptest bij verdenking op bacteriële tonsillitis¹ geeft mij aanleiding tot de volgende reactie.

Opvallend vind ik het gegeven dat bij liefst 9 van de 15 betreffende patiënten bij een negatieve testuitslag toch antibiotica werden voorgeschreven. Waarom toch die twijfel over de waarde van het testresultaat? Hebben we te maken met een matig betrouwbare test?

Dat is geenszins het geval: de gevoeligheid van de test is ongeveer 89 procent en de specificiteit 94 procent. Dat betekent dat het aannemelijkheidsquotient voor een positieve test (L+) 14,8 bedraagt en voor een negatieve test (L-) 0,12. Zowel een positieve als een negatieve uitslag is dus redelijk betrouwbaar.

Mijns inziens is er een andere oorzaak voor de twijfel over de juistheid van de testuitslag bij de betreffende huisartsen: de hoge drempelwaarde van de posterior kans (kans op ziekte nadat de testuitslag is verkregen) waarboven wel en waar-

onder geen antibiotica voorgeschreven dienen te worden. Uit het protocol blijkt dat vanaf een prior kans (p) van 33 procent, wanneer minstens drie van de vier genoemde criteria aanwezig zijn, een indicatie bestaat voor de streptest. De bijbehorende posterior kans (P) is volgens het theorema van Bayes:

$$P = 1 / \{1 + (1/p - 1) / L+\} = \\ = 1 / \{1 + (1/0,33 - 1) / 14,8\} = \\ = 0,88 \text{ (88 procent).}$$

In het artikel wordt geen melding gemaakt van de prior kans waarboven er geen indicatie meer is voor de streptest, omdat – onafhankelijk van de testuitslag – bij een drempelwaarde² voor de posterior kans van 88 procent toch besloten moet worden tot het geven van antibiotica. Deze kans kan op dezelfde wijze berekend worden en bedraagt 98 procent. Het indicatiegebied van de prior kans waarin het geven van antibiotica afhankelijk is van de testuitslag, loopt dus van 0,33 tot 0,98 (33 procent tot 98 procent). Dit komt erop neer dat men de voorgestelde handwijze in het protocol zonder meer kan volgen:

- bij een prior kans onder de 33 procent: geen test en geen antibiotica;
- bij een prior kans boven de 33 procent: afhankelijk van de testuitslag wel of geen antibiotica.

Het is nu de vraag of alle huisartsen wel zo gelukkig zijn met de hoge drempelwaarde voor de posterior kans van 88 procent. Het betekent immers dat men volgens het protocol pas gerechtigd is antibiotica voor te schrijven, wanneer men voor 88 procent zeker is van de diagnose bacteriële tonsillitis. Ik kan mij voorstellen dat er huisartsen zijn die bij een veel lagere drempel aan geneigd zijn tot deze therapie, te meer als men zich de drempelwaarde voorstelt als een resultante van waarderungen (utiliteiten)^{2,3} van de volgende vier mogelijke uitkomsten:

- een zieke (Z+, bacteriële tonsillitis) behandelen met antibiotica (X+);
- een zieke niet behandelen met antibiotica (X-); dit komt er dus op neer dat men bij een bacteriële tonsillitis het natuurlijke beloop afwacht;
- een niet-zieke (Z-, niet-bacteriële tonsillitis) toch met antibiotica behandelen.
- een niet-zieke geen antibiotica geven.

Als we nu deze mogelijkheden waarderungen geven, bijvoorbeeld als rapportcijfers, dan kan men zich voorstellen dat de laatste mogelijkheid het cijfer 10 verdient. Ook de eerste mogelijkheid kan rekenen op een hoog rapportcijfer; gezien de bijwerkingen en kosten van de behandeling weliswaar geen 10, maar toch zeker wel een 9. Voor de andere twee mogelijkheden, waarbij in feite een onjuist beleid gevoerd wordt,

LITERATUURONDERZOEK

Bij literatuuronderzoek in jaargangen van *Huisarts en Wetenschap* zal men gebruik maken van het cumulatieve register 1972-1986 en de daaropvolgende jaarregisters. Het zoekwerk kan beperkt worden door een computeruitdraai aan te vragen. De mogelijke ingangen hiervoor zijn de 23 thema's, de 700 trefwoorden en de auteursnamen. Bij elke titelbeschrijving wordt steeds het soort artikel vermeld.

Voor deze dienstverlening worden slechts de directe onkosten in rekening gebracht, met een minimum van NLG 15,- per aanvraag. Voor aanvragen kan men zich – bij voorkeur schriftelijk – wenden tot het redactiesecretariaat van *Huisarts en Wetenschap*, Postbus 14015, 3508 SB Utrecht.

Van het cumulatieve register 1972-1986 zijn overigens nog exemplaren beschikbaar à NLG 10,- per stuk.