

LITERATUUR

- ¹ Fleuren MAH, Engelsbel S, Wijkel D, Schutte MF, Haan M de. Verwijssredenen van huisartsen en verloskundigen in Amsterdam bij (dreigende) miskraam gespiegeld aan de standaard '(Dreigende) miskraam' van het Nederlands Huisartsen Genootschap. *Ned Tijdschr Geneesk* 1996;140:1956-9.
- ² Nielsen S, Hahlin M. Expectant management of first-trimester spontaneous abortion. *Lancet* 1995;345:84-6.
- ³ Fleuren MAH, Haan M de, Grol RPTM. Sluit de standaard '(Dreigende) miskraam' van het Nederlands Huisartsen Genootschap aan bij het beleid van gynaecologen? *Ned Tijdschr Geneesk* 1995;139:930-4.

- ⁴ Kremer J. Haastige spoed is nooit goed. *Ned Tijdschr Geneesk* 1991;135:969-71.
- ⁵ Simpson JL, Mills JL, Holmes LB, Ober CL, Aarons J, Jovanovic L, et al. Low fetal loss rates after ultrasound-proved viability in early pregnancy. *JAMA* 1987;258:2555-7.
- ⁶ Zandvliet JJ. Transmurale afspraken: een nieuw begrip. *Med Contact* 1996;51:581-2.

Aanvaard op 11 juli 1996

De standaard '(Dreigende) miskraam' van het Nederlands Huisartsen Genootschap; te weinig aansluiting bij de praktijk

G.G.M.ESSÉD

In het artikel van Fleuren et al. elders in dit tijdschrift komen opmerkelijke onderzoeksgegevens aan het licht.¹ Hulpverleners in de eerste lijn wijken in meerderheid en in belangrijke mate af van het beleid waaraan zij zich via de standaard '(Dreigende) miskraam' van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) hebben gecommitteerd.² Onlangs kwam naar voren dat ook het handelen van gynaecologen weinig affiniteit laat zien met het in de betreffende NHG-standaard voorgeschreven beleid.³ Slechts 10% van de gynaecologische maatschappen voert bij een miskraam een beleid dat overeenkomt met de NHG-standaard.

Belangrijke punten van kritiek van gynaecologische zijde betreffen de expliciete aanbeveling om in het kader van de diagnostiek geen echoscopisch onderzoek te (laten) verrichten en om de patiënt het gedeelte van het 'zwangerschapsproduct' dat spontaan wordt uitgestoten niet te laten bewaren voor nader onderzoek omdat dit weinig zin zou hebben.³ Zeker past de beroepsgroep die grote verantwoordelijkheid droeg voor het diëthylstilbestrol (DES)-drama in de jaren zeventig enige bescheidenheid waar het het beleid bij een dreigende miskraam betreft. Ook vanuit verloskundige kant kwam echter kritiek op de NHG-standaard,⁴ ofschoon deze eerder wel door het hoofdbestuur van de Nederlandse Organisatie van Verloskundigen was aanbevolen.⁵

THEORIE VERSUS PRAKTIJK

Een bezwaar dat wordt gedeeld door gynaecologen, huisartsen, verloskundigen en patiënten betreft het niet betrekken van de echoscopie bij de diagnostiek.^{1,4,6} De begeleiding van een patiënt kent verscheidene aspecten. Een slechts in medisch-technisch opzicht goede begeleiding is zelden voldoende. Van een hulpverlener mogen,

Zie ook de artikelen op bl. 1935 en 1956.

zeker bij emotioneel aangrijpende gebeurtenissen zoals een dreigende miskraam, ook empathie, ondersteuning en counseling worden verwacht. De NHG-standaard wijst hier ook nadrukkelijk op. De wijze waarop deze ondersteuning in de praktijk vorm krijgt, is echter in belangrijke mate afhankelijk van de diagnose die wordt gesteld. Deze vaststelling raakt de kern van het probleem: door het weglaten van de echoscopie wordt geen diagnose gesteld.

Een hulpverlener die hulp aanbiedt bij de verwerking van een symptoom (in casu vaginaal bloedverlies en pijn), maar tegelijkertijd de patiënt onnodig in het ongewisse laat omtrent hetgeen er echt aan de hand is, komt niet geloofwaardig over. Dit verklaart wellicht de kennelijke onwil van artsen en verloskundigen die bij hun patiënten betrokken zijn om ten aanzien van dit punt (echoscopie) volgens het protocol te handelen.

De samenstellers van de NHG-standaard vrezen dat echoscopie tot medicalisering leidt. Angst voor onnodige medicalisering, met name curettage, zou echter adequate diagnostiek niet in de weg mogen staan. De beste garantie tegen overbodige curettage vormt lokaal of landelijk multidisciplinair overleg, resulterend in een breed gedragen protocol. Op basis van zo'n protocol kunnen de beleidsopties bij een dreigende miskraam helder en eenduidig aan patiënten worden voorgelegd.

PROTOCOLLEN ALS LEIDRAAD VOOR DE PRAKTIJK

Het NHG heeft sinds 1989 een reeks op wetenschappelijk onderzoek gebaseerde standaarden geproduceerd, waarin richtlijnen voor verantwoord medisch handelen zijn vervat. Hierdoor wordt zinnig en zuinig praktijkvoeren bevorderd en kunnen grote individuele verschillen in medisch beleid worden geëlimineerd. In de praktijk zullen landelijke standaarden de lokale protocollen of het ingeslepen gedrag bij werkers in de eerste en tweede lijn

Rijksuniversiteit Limburg, vakgroep Obstetrie en Gynaecologie, Postbus 5800, 6202 AZ Maastricht.
Prof.dr.G.G.M.Essed, gynaecoloog en hoogleraar methodiek klinisch onderwijs.

slechts kunnen vervangen indien deze standaarden van constante en hoge kwaliteit zijn, voldoende aansluiten bij de gangbare praktijkvoering⁷ en voldoende draagvlak hebben bij de primaire beroepsgroep, de patiënten én in de medebehandelende disciplines.

Consequenties van NHG-standaarden voor andere disciplines. Bij diagnostiek, behandeling en nazorg van de in deze standaarden beoordeelde aandoeningen zijn vaak verschillende medische en paramedische beroepsgroepen betrokken. Bij een dreigende miskraam zijn dat huisartsen, verloskundigen en gynaecologen. Omdat een standaard in de dagelijkse praktijk consequent als uitgangspunt voor het beleid zal worden gehanteerd, moet in zo'n geval over een groter gebied dan de huisartsgeneeskunde naar consensus worden gestreefd. Zelfs (juist) wanneer men zich in de standaard tracht te beperken tot het beleid in de eerste lijn, moet in een continuüm van zorg goede overeenstemming bestaan met een discipline die aanvullende zorg verleent of mogelijk het estafettestokje overneemt. In een tijd van groeiende samenwerking en overleg zullen werkers in de verschillende medische echelons rekening houden met de visie van collegae, vaak vervat in lokale afspraken.

Consequenties voor de patiënt. Ook de patiënt is partij bij een behandeling (sovereenkomst). Van een protocol dat niet aan een redelijke patiënt is uit te leggen ('te verkopen') heeft een arts meer last dan gemak. Naar verwachting zullen patiënten steeds vaker uitleg en inspraak verwachten bij een behandelingsplan. Het is voorspelbaar dat een goed geïnformeerde patiënt bij een dreigende miskraam geen genoegen zal nemen met klemmende onzekerheid over de prognose van haar zwangerschap omdat echoscopie 'niet in het pakket zit'. Inderdaad blijkt dat in de onderzochte Amsterdamse populatie 34% van de patiënten met symptomen van een dreigende miskraam direct zonder tussenkomst van de huisarts een polikliniek bezoekt,¹ – een ongewenste ontwikkeling in de visie van alle betrokken beroepsgroepen.

Landelijke protocollen nemen een steeds belangrijker plaats in bij de praktijkvoering. Gelijktijdig nemen ook de eisen te stellen aan een dergelijk protocol toe. Een juridisch aspect mag hierbij niet onbesproken blijven. Een wetenschappelijk onderbouwd protocol biedt niet alleen houvast aan de behandelaar en de patiënt (enverening). In toenemende mate wordt door de (tucht)rechter in een voorkomend geval het handelen van de arts getoetst aan het door de beroepsgroep protocollair vastgestelde beleid. Ook in dit opzicht dragen samenstellers van officiële richtlijnen voor het medisch handelen een grote verantwoordelijkheid voor de uitvoerbaarheid in de dagelijkse praktijk.

De Nederlandse huisartsen hebben in de afgelopen decennia bij een aantal ontwikkelingen een pioniersfunctie vervuld. De beroepsopleiding tot huisarts vormt in didactisch opzicht een voorbeeld voor menige andere medische specialisatie. Ook ten aanzien van de protocollering van de geneeskunde bekleedt het NHG een toppositie in Nederland. Eerder dan vele andere wetenschappelijke verenigingen werd standaardisatie structu-

reel ter hand genomen, wat resulteerde in een zestigtal wetenschappelijk onderbouwde protocollen. Thans heeft het NHG in samenwerking met de redactie van het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* besloten zijn protocollen ook buiten de beroepsgroep ter discussie te stellen. Dit kan nog van geen andere wetenschappelijke vereniging gezegd worden. Indien het NHG in staat blijkt om de rol van de huisarts bij discipline-overschrijdende medische problemen in multidisciplinair gedragen standaarden vast te leggen, neemt het opnieuw het voortouw. Het uiteindelijke doel is: breed gedragen verankering van het medisch handelen in een wetenschappelijke basis, met als uitgangspunt de patiënt (die zich niet laat opdelen tussen disciplines) en niet het echelon.

Bij gezondheidsproblemen die meerdere disciplines aangaan en die de patiënt sterk raken, zoals geldt voor (dreigende) miskraam, moet de protocollering van het huisartsgeneeskundig handelen aansluiten bij het beleid van die andere disciplines (uiteraard ook vice versa) en bij de beleving van de patiënt.

LITERATUUR

- ¹ Fleuren MAH, Engelsbel S, Wijkkel D, Schutte MF, Haan M de. Verwijsredenen van huisartsen en verloskundigen in Amsterdam bij (dreigende) miskraam gespiegeld aan de standaard '(Dreigende) miskraam' van het Nederlands Huisartsen Genootschap. *Ned Tijdschr Geneesk* 1996;140:1956-9.
- ² Flikweert S, Ligtenberg WJJ, Sips AJBI. Standaard (dreigende) miskraam. *Huisarts Wet* 1989;32:517-22.
- ³ Fleuren MAH, Haan M de, Grol RPTM. Sluit de standaard '(Dreigende) miskraam' van het Nederlands Huisartsen Genootschap aan bij het beleid van gynaecologen? *Ned Tijdschr Geneesk* 1995;139:930-4.
- ⁴ Fleuren MAH, Oudshoorn Chr. Wat doen verloskundigen bij een (dreigende) miskraam? *Tijdschrift voor Verloskundigen* 1993;18:423-8.
- ⁵ Esch L van der. Beleidsadvies bij dreigende miskraam. *Tijdschrift voor Verloskundigen* 1989;14:228.
- ⁶ Fleuren MAH, Haan M de, Grol RPTM, Sips AJBI. Wordt de NHG-standaard (Dreigende) miskraam door huisartsen gevolgd? *Huisarts Wet* 1993;36:370-4.
- ⁷ Rutten GEHM. Criteria en waarborgen voor de kwaliteit van NHG-standaarden. *Huisarts Wet* 1990;33:338-9.

Aanvaard op 24 juni 1996

Bladvulling

Furor operandi

KOSSMANN komt op tegen de bekende rede van Sir WILLIAM PRIESTLEY over het te veel opereeren der gynaecologen. Hij meent, dat het opereeren op onvoldoende aanwijzing en het gebruik maken van methoden, die nog niet voldoende op de ervaring steunen, bij den chirurg meer voorkomt, dan bij den vrouwenarts. De grieven, die PRIESTLEY tegen deze in het algemeen heeft, berusten (volgens KOSSMANN) slechts op geheel op zichzelf staande gevallen.

De Edinburgsche kiezers hebben PRIESTLEY intusschen naar het Parlement afgevaardigd, waar zijn opvattingen aangaande 'over-operating' wellicht dienst kunnen doen.

(Berichten Buitenland. *Ned Tijdschr Geneesk* 1896;40II:256.)