JAARGANG 55 / NOVEMBER 2012

H&W

11

Huisarts en Wetenschap

2012

ONDERZOEK

RCT's in de huisartsgeneeskunde, 1990-2010

ONDERZOEK

Waar wil 'de nieuwe huisarts' zich vestigen?

NHG-STANDAARD

Lichen sclerosus

THEMANUMMER DE NIEUWE HUISARTS

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

MAANDBLAD VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP nhg

11

WETENSCHAP

ONDERZOEK

486 RCT's in de huisartsgeneeskunde, 1990-2010
Marlous Kortekaas, Alicia Meijer, Alma van de Pol, Niek de Wit

494 Waar wil 'de nieuwe huisarts' zich vestigen?
Merlijn Schoots, Persijn Honkoop, Hans Dunselman, Irene Joziasse

BESCHOUWING

500 De huisarts van de toekomst
Chris van Weel

504 De huisarts en de tijdgeest
Jolanda Dwarswaard, Margo Trappenburg

COMMENTAAR

492 De patiëntgerandomiseerde trial: het kan ook anders
Pim Assendelft

510 NHG-STANDAARD
Lichen sclerosus
Angelique Glansdorp, Rob van Kimmenade, Ernst Lemaire, Corrie Vliet Vlieland, Laura de Vries, Jako Burgers, Wim Opstelten, Masja Loogman

KLINISCHE PRAKTIJK

PRAKTISCHE EPIDEMIOLOGIE

509 P-waarden en klinische relevantie
Arie Knuistingh Neven

NASCHOLING

516 Keuzehulpen voor de patiënt
Trudy van der Weijden, Ariëtte Sanders-van Lennep

522 Vermijden van onttrekkingsverschijnselen van fentanylpleisters
Hugo Maathuis, Daniel Dijkstra

HUISARTSENZORG IN CIJFERS

525 Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden
Lud van der Velden (NIVEL), Swanehilde Kooij (CHBB)

IMPORT

530 De prijs van patiënttevredenheid en van nietsdoen
Rob Dijkstra

531 Jaarlijkse screening bij hoger risico op borstkanker?
Joke Schulkes-van de Pol

CATS

532 Behandeling van een chalazion
Linda Kiers-van den Heuvel

PEARLS

533 Kraanwater reinigt wonden effectief
Eefje de Bont, Jochen Cals

483 JOURNAAL
526 INTERVIEW
515, 528 COLUMNS
529 KENNISTOETS
534 BOEKBESPREKING
535 INGEZONDEN

41 HET NHG

Onvoltooid tegenwoordig toekomende tijd

De nieuwe huisarts; zó wil ik mijn toekomst! Dat is het prikkelende thema van het NHG-congres van dit jaar en traditiegetrouw verschijnt een bijpassend themanummer van H&W. Nieuw is spannend, nieuw schept verwachtingen. Het nieuwe rijden, het nieuwe werken, de nieuwe iPhone: ze willen allemaal het oude overtreffen. De vier journaals over telemedicine in dit nummer laten zien dat die vlieger zeker niet altijd opgaat. Het fascinerende is dat je bij het nadenken over de toekomst vaak naar het verleden moet kijken. In dit nummer zitten daarvan enkele klinkende voorbeelden.

Vooruit, een blik terug

In haar beschouwing beschrijft Jolanda Dwarswaard prachtig hoe onze beroepsethiek de laatste decennia dynamisch was onder invloed van maatschappelijke veranderingen. Van opvoeder van patiënten naar begeleider van steeds mondiger patiënten naar pleitbezorger van terughoudend beleid. Ze stelt terecht dat dit laatste wringt met de ingevoerde marktwerking en dat de eensgezindheid van de beroepsgroep beslissend kan zijn in toekomstige ontwikkelingen. Terughoudendheid klinkt veel patiënten vreemd in de oren als het om gezondheid gaat. Er kan toch zoveel?

Toch wil de patiënt wel advies in het oerwoud van hedendaagse mogelijkheden. Keuzehulpen kunnen dan een ondersteunend middel voor gedeelde besluitvorming zijn, juist bij lastige preferentiegevoelige beslissingen. Maar ook keuzehulpen, net als zoveel zorgprogramma's en richtlijnen, richten zich vaak slechts op één aandoening. Veel van onze oudere patiënten kunnen echter kwartetten met hun chronische aandoeningen. Hoe zien die patiënten de toekomst?

De bomen in het bos

Sinds kort valt er op de beeldschermen in onze wachtkamer in Sittard te lezen dat ik 'de nieuwe huisarts' ben. Toen ik een oudere dame (met een indrukwekkende episodelijst) tijdens een kennismakingsgesprek vroeg wat zij zich voorstelde van onze samenwerking, verzuchtte ze: 'Weet u, ik vind het heel fijn dat ik nu afspraken via internet kan maken en dat jullie zulke fijne praktijkondersteuners hebben, maar ik hoop vooral dat u een goede boswachter bent, zoals de vorige huisarts'. Na mijn ietwat vragende blik voegde ze daaraan toe: 'In het ziekenhuis zie ik soms door de bomen het bos niet meer, en uw voorganger wees me dan altijd goed de weg, meestal zo ver mogelijk bij het bos vandaan'.

Wellicht verwoordde zij precies wat Chris van Weel stelt in zijn afscheidsartikel over de huisarts van de toekomst: moet de geneeskunde zich richten op de ziekte(n) die de persoon heeft of op de persoon die de ziekte(n) heeft? Ik denk dat we zeer bekwaam zijn in het eerste, maar dit vooral combineren met het laatste zoals geen andere beroepsgroep dat kan. Die combinatie is dé kracht van onze beroepsgroep. En dat mogen we uitstralen. *Hoe* we met zijn allen die combinatie maken, daarover moeten we het eens zijn. Dat vraagt wel consistent handelen, en dus consistent streng zijn, zo betoogt ook Margo Trappenburg in haar column. Hopelijk draagt de NHG/LHV Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 daar verder aan bij. Je stuurt een patiënt tenslotte het liefst het bos in met een goed kompas en een duidelijke kaart waarop ook de weg terug staat aangegeven.

We hebben meer fans dan we denken en we kunnen met hen maatschappelijk draagvlak creëren dat ver boven de markt uitstijgt. *De huisarts: zó willen wij onze toekomst!* Een leuk slogan voor alle Nederlanders? ■

Jochen Cals

Telemonitoring biedt geen betere zorg bij ouderen met multimorbiditeit

Door de vergrijzing zal de toekomstige generatie huisartsen in zijn patiëntenpopulatie het aandeel ouderen met multimorbiditeit zien toenemen. Deze groep vraagt doorgaans meer zorg, ook in de vorm van visites. Kan de zorg voor deze groep patiënten verbeterd worden door dagelijks aan thuismonitoring te doen met behulp van nieuwe technologische mogelijkheden?

In een RCT uit de VS werden 205 ouderen (gemiddelde leeftijd 80,3 jaar) geselecteerd met het hoogste risico om opgenomen te worden in een ziekenhuis of een bezoek aan de spoedeisende hulp te moeten brengen op basis van onder andere hun leeftijd, ziekenhuisopnames in het verleden en comorbiditeit/multimorbiditeit. Exclusiecriteria waren onder andere patiënten die in een verpleeghuis woonden of dementie hadden.

Elke patiënt in de interventiegroep kreeg een telemonitorapparaat thuis en uitleg over het gebruik hiervan. Dagelijks vulden de patiënten een vragenlijst op het apparaat in en werden met behulp van het apparaat metingen verricht zoals gewicht, bloeddruk, bloedsuikerspiegel en pulse-oximetrie. De gegevens werden dagelijks verzonden en bekeken door een speciaal getrainde verpleegkundige. Zij nam contact met de patiënt op als daarvoor aanleiding was. Dat contact verliep telefonisch of via de functionaliteit videogesprek op het telemonitorapparaat, ook in het weekend. Zo nodig nam de verpleegkundige contact op met de *primary care physician* van de patiënt. Deze gang van zaken werd vergeleken met de gebruikelijke zorg.

Na 12 maanden had in de telemonitorgroep 63,7% een ziekenhuisopname en/of een bezoek aan de spoedeisende hulp doorgemaakt, tegenover 57,3% in de groep die gebruikelijke zorg ontving. Dit verschil was niet significant. In de telemonitorgroep overleden 15 patiënten (14,7%), tegenover 4 (3,9%) in de *usual-care*-groep (p = 0,008).

De auteurs hebben geen verklaring voor het hoger aantal overleden patiënten in de telemonitorgroep. Mogelijk gaf een onbekende factor een lagere sterfte in de usual-caregroep of een hogere sterfte in de telemonitorgroep, bijvoorbeeld overdiagnostiek.

De gebruikelijke zorg voor ouderen met multimorbiditeit lijkt niet onder te doen voor een pro-actieve benadering met dagelijkse controles middels telemonitoring. Voor de huisarts wiens patiëntenpopulatie aan het vergrijzen is en die de multimorbiditeit bij deze groep ziet toenemen is telemonitoring voorlopig niet een oplossing om de zorg voor deze groep ouderen te verbeteren. ■

Simon Eijsenga

Yakahashi PY, et al. A randomized controlled trial of telemonitoring in older adults with multiple health issues to prevent hospitalizations and emergency department visits telemonitoring in older adults. Arch Intern Med 2012;172:773-9.

Therapietrouw beter door sms-reminders

De therapietrouw neemt toe wanneer patiënten die hun medicatie vergeten in te nemen sms-reminders krijgen. Dat concluderen Nederlandse onderzoekers die een onderzoek deden naar het verbeteren van therapietrouw bij diabetespatiënten.

De onderzoekers benaderden diabeten die minder dan 80% van de voorgeschreven antidiabetica afhaalden bij hun apotheek. Slechts een derde van de geschikte patiënten deed uiteindelijk mee aan het onderzoek. Alle 104 patiënten kregen een elektronische pillendoos die registreert of mensen hun pillen op tijd slikken, of eigenlijk of patiënten hun medicijnendoosje op het juiste tijdstip openen en sluiten. De patiënten in de interventiegroep kregen bovendien sms-reminders als ze het medicijnendoosje niet binnen de vastgestelde tijd openden en sloten. De patiënten werden 6 maanden gevolgd. Een kwart van de patiënten stopte met het doosje. Van degenen die het volhielden was de therapietrouw hoger in de interventiegroep. Ze namen de medicatie vaker binnen de afgesproken periode (57% versus 43%), en ook überhaupt vaker. Gemiddeld waren daarvoor per patiënt ongeveer 100 sms'jes nodig in 6 maanden. Het aantal dagen waarop patiënten helemaal geen medicatie gebruikten, verschilde echter niet tussen de groepen. Het sturen van sms'jes leidt dus tot een significante verbetering van therapietrouw, maar van de andere kant is het niet erg indrukwekkend allemaal. Het lijkt echt iets voor de gemotiveerde 'vergeters'. ■

Henk Schers

Vervloet M, et al. SMS reminders improve adherence to oral medication in type 2 diabetes patients who are real time electronically monitored. Int J Med Informatics 2012;81:594-604.

Foto: Frank Muller/Hollandse Hoogte

Gunstig effect van telehealth

De toepassing van telehealth bij chronische aandoeningen leidt tot een afname van het aantal ziekenhuisopnames. Bovendien is de mortaliteit lager dan bij de gebruikelijke zorg. Dit is de conclusie van een indrukwekkende Engelse trial gepubliceerd in de BMJ.

De onderzoekers vonden 179 huisartsenpraktijken bereid om deel te nemen. Deze praktijken rekruteerden in totaal 3230 patiënten met diabetes, COPD, of hartfalen. Patiënten in de interventiegroep gebruikten thuis bijna dagelijks respectievelijk een bloedglucosemeter, een pulse oxymeter, en een weegschaal. Daarnaast vulden ze webgebaseerde vragenlijstjes in over actuele klachten. Patiënten stuurden de meetwaardes en antwoorden op de vragen vervolgens naar een monitoringcentrum, waar gespecialiseerde verpleegkundigen geprotocolleerde tele-adviezen gaven. Uiteindelijk waren er in de telehealthgroep na 1 jaar minder opnames (42,9 versus 48,2%; p < 0,001), en ook overleden minder mensen dan in de groep die gebruikelijke zorg kreeg (4,6 versus 8,3%; p < 0,0001).

Uiteraard waren er ook de nodige uitvoeringsproblemen in de trial: een kwart van de praktijken rekruteerde geen enkele patiënt en veel patiënten die benaderd werden, wilden niet meedoen. Selectiebias dus. Desondanks opmerkelijke resultaten, maar het bijgaande *editorial* concludeert dat er hiermee nog onvoldoende robuuste evidence is om een grootschalige uitrol te kunnen sanctioneren. En dat lijkt terecht. ■

Henk Schers

Steventon A, et al. Effect of telehealth on use of secondary care and mortality; findings from the Whole System Demonstrator cluster randomised trial. BMJ 2012;344:e3874.

Telemonitoring bij chronisch zieken

Gezien het wijdverbreide gebruik van mobiele telefonie is het interessant om te zien of inzet hiervan voor telemonitoring en feedback de zorg aan patiënten met een chronische ziekte kan verbeteren.

In een RCT vergeleken Engelse onderzoekers monitoring van eerstelijnsastmapatiënten middels tweemaal daags schriftelijk vastleggen van klachten, medicatiegebruik en piekstroommeting met tweemaal daags dezelfde gegevens via het mobieltje opsturen (met een app). Uit eerder onderzoek bij tweedelijnspopulaties bleek er soms een gunstig effect van telemonitoring zichtbaar voor patiëntuitkomsten (vooral voor het aantal ziekenhuisopnames). Het percentage geplande registraties bleek daar bij telemonitoring (gemiddeld 60%) veel hoger dan bij schriftelijk vastleggen (gemiddeld 6%).

De doelgroep van deze RCT bestond uit patiënten met matig tot slecht ingesteld astma (ACQ > 1,5). De groepen werden gerandomiseerd en er waren geen significante verschillen tussen de groepen. Beide groepen kregen zoveel mogelijk dezelfde begeleiding om te kunnen vaststellen of de telefonische monitoring verschil zou maken. De begeleidingsperiode duurde een half jaar. Naast een begin- en een eindconsult met intensieve begeleiding door een getrainde *practice nurse* kregen de patiënten maandelijks begeleiding aangeboden. Alle patiënten kregen een persoonlijk actieplan, waarin vastgelegd werd wat ze moesten doen bij verslechtering van de gemeten parameters. Wanneer de per telefoon ingestuurde gegevens wezen op een verslechtering van het astma werd daarnaast extra telefonisch advies gegeven. Als belangrijkste uitkomstmaten werden de ACQ en een *self-efficacy* vragenlijst gebruikt.

Foto: Frank Muller/Hollandse Hoogte

Er bleek geen verschil in uitkomsten tussen beide groepen te zijn. Beide groepen verbeterden aanzienlijk op de ACQ naar gemiddeld 0,75; dat is een klinisch relevant verschil. In tegenstelling tot de verwachting bleek er bij deze eerstelijnsastmapatiënten dus geen verschil in resultaat tussen schriftelijk monitoren en telemonitoring via de mobiele telefoon. Gezien de zeer lage participatie (slechts 2,4 % van de benaderde patiënten deed mee) zijn de uitkomsten niet goed generaliseerbaar. Verder is natuurlijk al langer bekend dat het voor de meeste astmapatiënten (te) veel gevraagd is om ze tweemaal daags allerlei metingen te laten doen. ■

Barend van Duin

Ryan D, et al. Clinical and cost effectiveness of mobile phone supported self monitoring of asthma: multicentre randomised controlled trial. BMJ 2012;344:e1756.

Patiëntoordelen op internet

Kwaliteitsindicatoren drukken een steeds grotere stempel op het werk van artsen. Niet alleen binnen de dagelijkse praktijk (bijvoorbeeld de DBC's), maar ook op persoonlijk vlak hebben we hiermee te maken. Welbekend zijn internetplatforms waarop zorgverleners persoonlijk beoordeeld worden, zoals zorgkaartnederland.nl. Vormen deze platforms een probleem of zijn ze van toegevoegde waarde?

Engelse onderzoekers keken naar het verschil tussen 'beoordelingssites' en conventionele (papieren) enquêtes als het gaat om patiëntervaringen over de zorg in ziekenhuizen. Zij vergeleken in totaal 9997 patiëntervaringen via internet uit 146 ziekenhuizen in Engeland met het nationale ziekenhuis tevredenheidsonderzoek. Het gebruikte internetplatform is opgesteld door de nationale gezondheidsdienst van Engeland om zorginstellingen te beoordelen. Patiënten worden gestimuleerd om dit ook te doen. Offensieve of persoonlijke beoordelingen worden echter niet meegenomen. Zorginstellingen kunnen ook reageren op beoordelingen. Gekeken werd naar vijf verschillende vragen: raadt u de zorginstelling anderen aan, werd u met respect behandeld, werkte het personeel goed samen, was het ziekenhuis schoon en was er sprake van *shared decision making*? Tevens keken ze naar de relatie tussen tevredenheid en klinische uitkomsten zoals mortaliteit, mortaliteit van hoogrisicoziekten en heropnames na ontslag.

Ervaringen gegeven via het internet bleken overeen te komen met de ervaringen via de papieren enquête. Daarnaast was de associatie tussen klinische uitkomstmaten even sterk bij de internetbeoordelingen als bij de papieren enquêtes. De onderzoekers concluderen dat enquêteren via internet een toegevoegde waarde kan hebben op de conventionele papieren enquêtes, ondanks een mogelijk sterke selectiebias. Het kan patiënten mogelijk helpen een keuze tussen instellingen te maken en instellingen kunnen op hun beurt deze gegevens gebruiken om kwaliteit van zorg te verbeteren.

In Nederland wordt niet systematisch gevraagd naar ervaringen via internet. Het gevolg is dat vaak eenzijdige persoonlijke beoordelingen gegeven worden via internet. Wellicht een idee om als overkoepelende nationale zorgorganisaties (overheid?) hier proactief in te zijn en landelijk een vergelijkbaar internetplatform te ontwikkelen. Daarbij moet het mogelijk zijn om beide partijen te laten spreken en zodoende persoonlijke, unilaterale, niet-constructieve aanvallen te vermijden. ■

Joris Linmans

Greaves F, et al. Associations between Internet-based patient ratings and conventional surveys of patient experience in the English NHS: an observational study. BMJ Qual Saf 2012;21:600-5.

Barrières in het gebruik van evidence-based medicine

Evidence-based medicine is al enkele jaren een van de toverwoorden binnen de huisartsgeneeskunde en de consensus is dat dit principe zoveel mogelijk gevolgd moet worden. Toch blijkt de implementatie in de dagelijkse praktijk weerbarstiger dan gedacht.

Onderzoekers uit het AMC analyseerden welke barrières er bestaan voor het gebruik van EBM in de huisartsenpraktijk. Zij deden dit door middel van een systematische review van de bestaande literatuur over dit onderwerp. Na een *keyword search* en beoordeling door meerdere reviewers, bleven er 22 geschikte onderzoeken over, met een matig tot goede kwaliteit. Hierin werden in totaal meer dan 50 barrières geïdentificeerd. De belangrijkste barrière was gebrek aan tijd in de dagelijkse praktijk om beschikbaar bewijs te analyseren en om het vervolgens te implementeren. Daarnaast werden als belangrijke barrières genoemd: huisartsen zijn sceptisch over het nut van evidence-based medicine, met name omdat het gevoel heerst dat het leidt tot louter richtlijngeneeskunde; veel richtlijnen zijn gebaseerd op onderzoek uitgevoerd in de tweede lijn, waardoor de werkzaamheid en veiligheid in de eerste lijn onzeker is; de voorkeur van de patiënt gaat soms in tegen de huidige evidence, waardoor de behandelrelatie onder spanning kan komen te staan. Ook kwam in meerdere onderzoeken naar voren dat er weinig bewijs is voor specifieke eerstelijns problemen, richtlijnen soms achterlopen, veel huisartsen geen toegang hebben tot evidence of niet weten hoe het te interpreteren, onderzoek lang niet altijd onafhankelijk is en dat om de benodigde tijdsinvestering en faciliteiten te financieren er extra geld nodig is.

Al met al vallen er dus nogal wat barrières te overwinnen om het ideale evidence-based medicine-werken in de eerste lijn waar te kunnen maken. Toekomstig onderwijs en nascholingen over evidence-based medicine moeten zich dan ook niet alleen richten op de interpretatie van een artikel of richtlijn, maar ook op welke barrières er zijn voor de implementatie van het bewijs en hoe deze in de individuele situatie opgelost kunnen worden. Misschien is een nieuwe M&I-module evidence-based medicine om inspanningen op dit gebied te bekostigen, helemaal niet zo'n gek idee. ■

Persijn Honkoop

Zwolsman S, et al. Barriers to GPs' use of evidence-based medicine: a systematic review. Br J Gen Pract 2012;62:511-21.

Rectificatie
In de beschouwing van Bertien Hart et al. (Huisarts Wet 2012;55:444-7) is een fout in de figuur geslopen. Er staat: < 100 pmol/l. Er moet staan: verhoogd MMA.
De redactie

De berichten, commentaren en reacties in het Journaal richten zich op de wetenschappelijke en inhoudelijke kanten van het vak. Bijdragen van lezers zijn van harte welkom (redactie@nhg.org).

Marlous Kortekaas, Alicia Meijer, Alma van de Pol, Niek de Wit

ONDERZOEK

RCT's in de huisartsgeneeskunde, 1990-2010

Samenvatting

Kortekaas MF, Meijer A, Van de Pol AC, De Wit NJ. RCT's in de huisartsgeneeskunde, 1990-2010. Huisarts Wet 2012;55(11):486-91.

ACHTERGROND In de huisartsgeneeskunde wordt steeds meer wetenschappelijk onderzoek gedaan, maar niet naar alle aandoeningen in gelijke mate. Wij analyseerden de thematische ontwikkeling van gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's) in de huisartsgeneeskunde, en gingen na in hoeverre de onderzochte onderwerpen aansloten op de klinische praktijk.

METHODE In de MEDLINE-database voerden wij een gestructureerde search uit naar huisartsgeneeskundige RCT's uit de periode 1990-2010. Wij rubriceerden de gevonden publicaties naar jaar, land van herkomst, onderzoeksopzet, tijdschrift en impactfactor. De onderzoeksthema's categoriseerden we aan de hand van de hoofdstukken in de International Classification of Primary Care (ICPC).

RESULTATEN In totaal vonden wij 1935 relevante RCT's. Hun aantal nam toe van 50 per jaar in 1990 tot 170 in 2009; de mediane impactfactor van de tijdschriften waarin ze werden gepubliceerd, bewoog zich tussen 2,2 en 3,7. De meeste publicaties waren afkomstig uit de Verenigde Staten (28%), Groot-Brittannië (26%) en Nederland (10%). De meeste RCT's behandelden een onderwerp uit de ICPC-hoofdstukken P (psychisch, 28%), K (circulatoir, 13%), A (algemeen, 13%), T (endocrien/metabool, 11%) en R (respiratoir, 10%). Dit is niet geheel in overeenstemming met de verdeling van de morbiditeit in de Nederlandse eerstelijns praktijk. Met name de ICPC-hoofdstukken S (huid en subcutis), X (geslachtsorganen vrouw), W (zwangerschap), F (oog) en D (tractus digestivus) waren ondervertegenwoordigd.

CONCLUSIE Het aantal gepubliceerde RCT's in de huisartsgeneeskunde is in de afgelopen twintig jaar gestegen, maar de verdeling van onderzochte thema's sluit nog niet goed aan op die in de huisartsenpraktijk. Het zou geen kwaad kunnen eens goed te kijken naar de 'lacunebak' van het NHG.

INLEIDING

Wetenschappelijk onderzoek is van groot belang voor de professionele ontwikkeling van medische disciplines.[1,2] De research op het gebied van de huisartsgeneeskunde heeft zich in de afgelopen dertig jaar in snel tempo ontwikkeld, zowel kwantitatief als kwalitatief.[3-5] Uit een recente analyse blijkt dat de Nederlandse huisartsgeneeskunde het goed doet ten opzichte van andere landen als het gaat om totale onderzoeksoutput en zelfs koploper is wat betreft 'return on investment' van onderzoeksgeld.[6] Aan de hand van een aselecte steekproef (15%) van alle 82.169 huisartsgeneeskundige publicaties uit Groot-Brittannië, de Verenigde Staten, Duitsland, Nederland, Canada en Australië tussen 2001 en 2007 bracht deze analyse aantal, auteurs en impact van de wetenschappelijke output in kaart, maar zij hield geen rekening met onderzoeksopzet en -onderwerp. Eerder Nederlands onderzoek had laten zien dat ook in ons land de publicaties in aantal toenemen en een breed terrein bestrijken, maar dat de onderzochte thema's niet goed aansluiten op de prevalentie van aandoeningen in de huisartsenpraktijk.[7]

Naast de thematiek van het onderzoek en de aansluiting op de klinische praktijk is ook de kwaliteit van het onderzoek van belang. In het algemeen beschouwt men de gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT) als het optimale design voor klinisch wetenschappelijk onderzoek naar de werkzaamheid van behandelingen.[8] Om na te gaan hoe volume en thematiek van de RCT's binnen de huisartsgeneeskunde zich in het recente verleden hebben ontwikkeld, hebben wij een bibliometrische analyse uitgevoerd van internationaal gepubliceerde RCT's over de periode 1990-2010. Wij analyseerden aantal en kwaliteit van deze publicaties, en in hoeverre de onderzochte thema's aansloten bij de prevalentie van aandoeningen in de huisartsenpraktijk.

METHODE

Onderzoeksopzet en zoekstrategie

In de MEDLINE-database zochten wij binnen het tijdvak januari 1990-maart 2010 (zoekdatum 23-05-2010) aan de hand van de termen 'general practice' en 'primary health care'. De letterlijke tekst van de search luidde: ("general practice"[MeSH Terms] OR "primary health care"[MeSH Terms] OR "general

Wat is bekend?

- Het aantal wetenschappelijke publicaties in de huisartsgeneeskunde stijgt wereldwijd.
- Nederland doet het relatief goed als het gaat om totale onderzoeksoutput en 'return on investment' van onderzoeksgeld op dit gebied.
- De spreiding van de onderzochte onderwerpen sluit niet aan op de prevalentie van aandoeningen (ICPC-codes) in de Nederlandse huisartsenpraktijk.

Wat is nieuw?

- Het jaarlijks aantal gepubliceerde RCT's op het gebied van de huisartsgeneeskunde is in de afgelopen jaren blijven stijgen.
- Er is een duidelijke focus in researchthematiek, met relatief veel onderzoek op het terrein van de psychiatrie en chronische aandoeningen en relatief weinig binnen de dermatologie.
- Die focus sluit niet goed aan bij de prevalenties van klinische problemen in de huisartsenpraktijk. Wellicht kan hiervoor meer aandacht gevraagd worden met behulp van de 'lacunebak' van de NHG-Standaarden.

UMC Utrecht, Julius Centrum, Heidelberglaan 110, 3584 CX Utrecht: M.F. Kortekaas, aiotho; dr. A.C van de Pol, postdoc in opleiding tot huisarts; prof.dr. N.J. de Wit, hoogleraar Huisartsgeneeskunde. Altrecht-Roosenburg, Den Dolder: A. Meijer, arts niet in opleiding tot psychiater • Correspondentie: M.F.Kortekaas@umcutrecht.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

practice"[Title/Abstract] OR "primary health care"[Title/Abstract] OR "family medicine"[Title/Abstract]) AND English[lang] AND "1990/01/01"[PDAT]: "2010/03/24"[PDAT].[9] Uit de zoekresultaten van deze search filterden wij RCT's met behulp van de PubMed-limits 'Clinical Trial' en 'Randomized Controlled Trial'.[7]

Selectie van RCT's

Onze vooraf geformuleerde inclusiecriteria waren: (1) originele RCT; (2) klinisch huisartsgeneeskundig onderwerp; (3) onderzoek in het domein van de huisartsgeneeskunde; (4) therapeutisch onderzoek, (5) abstract geschreven in het Engels en/of Nederlands en (6) abstract en/of fulltext in Nederland verkrijgbaar. Bij het toepassen van deze criteria gingen wij uit van de terminologie in het artikel zelf. Titel en samenvatting bevatten in het algemeen voldoende informatie; in slechts tien gevallen was het nodig het gehele artikel te bekijken. De selectie werd uitgevoerd door AM, waar nodig bijgestaan door MK (bij circa 2,5% van de artikelen). Bij het uitblijven van consensus raadpleegden zij een derde (NdW).

Ter controle op de kwaliteit van dit selectieproces vergeleken we onze selectie met die van een aantal meta-analyses. Met behulp van de PubMed-limit 'Meta-Analysis' vonden wij binnen de resultaten van de eerstgenoemde zoekactie 109 meta-analyses, waaruit we een willekeurige steekproef van vijf namen. De RCT's uit deze vijf meta-analyses bleken alle ook in onze eigen selectie aanwezig.

Extractie van variabelen

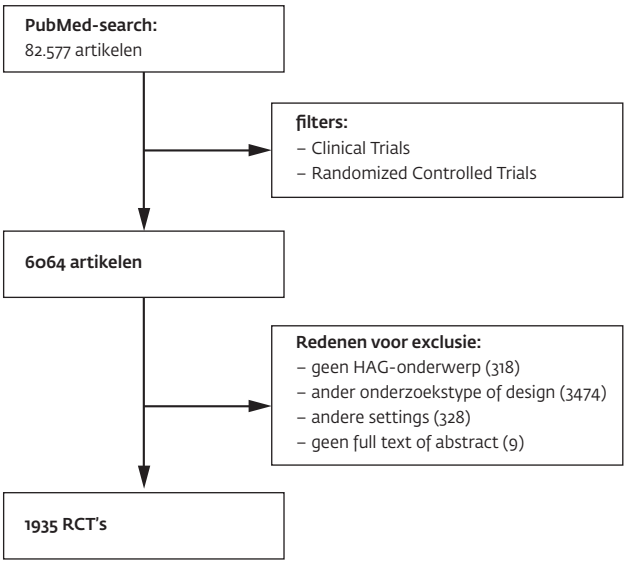
De geïncludeerde artikelen rubriceerden we naar publicatiedatum, land van herkomst, onderzoeksopzet, design, tijdschrift en impactfactor. We gebruikten de impactfactor van het tijdschrift voor 2010 (opgezocht via Web of Knowledge[10]) als indicator van de kwaliteit van de publicatie. Om het aantal publicaties te kunnen vergelijken naar land van herkomst gingen we van alle landen ook het bruto binnenlands product en het inwonersaantal na.[6,11] Tot slot categoriseerden we de artikelen per onderzoeksthema aan de hand van de International Classification of Primary Care (ICPC).[12] Voor artikelen die niet in deze classificatie ondergebracht konden worden, creëerden we een categorie 'overig'.

Data-analyse

Wij berekenden de onderzoeksoutput per land per jaar, gecorrigeerd voor bruto binnenlands product en inwoneraantal voor zover het landen betrof met twee of meer publicaties in totaal. Per jaar berekenden we de mediane impactfactor van de tijdschriften waarin de RCT's verschenen. Vervolgens bepaalden we de aansluiting van de researchthema's op de dagelijkse klinische praktijk door de thematiek van de publicaties te vergelijken met de verdeling van de klinische thema's in de Nederlandse huisartsenpraktijk.[12]

De complete dataset van 1935 RCT's is te raadplegen via www.henw.org, rubriek Onderzoek, RCT's in de huisartsgeneeskunde, 1990-2010.

Figuur 1 Flowchart zoekstrategie



HAG = huisartsgeneeskunde. RCT = randomized controlled trial.

RESULTATEN

Aantal en herkomst van de publicaties

In totaal leverde onze search in de MEDLINE-database 82.577 artikelen op, waarvan er 6064 een RCT betroffen. Na toepas-

Abstract

Kortekaas MF, Meijer A, Van de Pol AC, de Wit NJ. Randomized controlled trials in general practice, 1990-2010. Huisarts Wet 2012;55(11):486-91.

BACKGROUND Increasingly more research is being carried out in general practice, but some ailments and problems are more popular than others as research topic. This bibliometric analysis evaluated the quantity, themes, and quality of randomized controlled trials (RCTs) in general practice and whether research topics reflected clinical practice.

METHOD RCTs with a general practice setting were identified through a systematic search of the Medline database (1990–2010). Studies that met predefined inclusion criteria were included. Publication date, country of origin, study design, journal, and impact factor were recorded. The research themes of studies were categorized using International Classification of Primary Care (ICPC) codes.

RESULTS A total of 1935 RCTs were included. The number of RCTs published annually has increased from 50 in 1991 to 170 in 2009, with most studies coming from the United States (28%), the United Kingdom (26%), and the Netherlands (10%). The median impact factor of the publications was variable, ranging from approximately 2.2 to 3.7 over the years. Most of the RCTs concerned psychiatric (code P; 28%), circulatory (code K, 13%), general (code A, 13%), endocrinological / metabolic (code T, 11%), and respiratory (code R, 10%) problems. The publication pattern did not match the morbidity seen in general practice. Notably, codes S (skin), X (female genital), W (pregnancy), F (eye) en D (digestive) were underrepresented.

CONCLUSION Although the number of RCTs with a general practice setting has continued to increase in the past 20 years, the match between research topics and problems seen in clinical practice could be improved.

Tabel 1 Aantal publicaties per land en per tijdschrift

Titel	IF*	Verenigde Staten	Groot-Brittannië	Scandinavië†	Nederland	Elders	Totaal	(%)
BMJ‡	12,8	6	100	7	18	17	148	(7,6%)
Br J Gen Pract	2,3	1	70	5	19	4	99	(5,1%)
Fam Pract	1,63	0	18	12	6	14	50	(2,6%)
JAMA‡	28,9	27	1	0	0	2	30	(1,6%)
J Fam Pract	1,4	16	1	1	2	1	21	(1,1%)
Lancet‡	28,4	0	13	0	4	2	19	(1,0%)
Ann Intern Med	17,5	13	1	0	1	2	17	(0,9%)
Ann Fam Med	3,5	13	0	0	1	1	15	(0,8%)
Fam Med	1,6	3	0	0	0	2	5	(0,3%)
NEJM‡	50,0	1	0	0	0	0	1	(0,1%)
Overige		469	307	176	143	435	1530	(79,1%)
Totaal		549	511	201	194	480	1935	(100,0%)

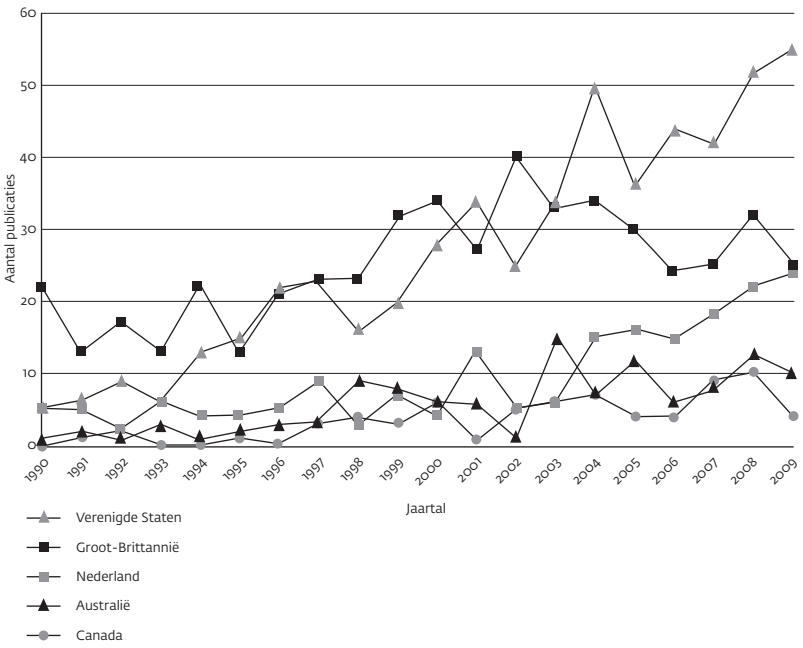
* IF = impactfactor.
† Zweden, Noorwegen, Finland, Denemarken.
‡ Hoogste impactfactoren.

sing van de inclusiecriteria bleven er uiteindelijk 1935 relevante RCT's over die wij analyseerden [**figuur 1**].

Zoals [**figuur 2**] laat zien, steeg het aantal gepubliceerde huisartsgeneeskundige RCT's in de onderzochte periode continu, zowel internationaal als nationaal. In het jaar 1990 vonden wij wereldwijd 48 RCT's en dat liep op tot 161 in het jaar 2009, dat is 3,4 maal zo hoog. Voor Nederland vonden zelfs wij bijna een vervijfvoudiging, van 5 RCT's in 1990 tot 24 in 2009.

De meeste RCT's werden gepubliceerd door huisartsgeneeskundige instituten in de Verenigde Staten (28,4%), Groot-Brittannië (26,4%) en Nederland (10,0%). Samen produceerden de instituten uit deze drie landen bijna tweederde deel van het totaal (64,8%). In verhouding tot het bruto binnenlands product was de jaarlijkse productie van RCT's het grootst in Nederland, gevolgd door Nieuw-Zeeland en Groot-Brittannië. In verhouding tot het aantal inwoners was de jaarproductie het grootst in Nederland, Noorwegen en Denemarken.

Figuur 2 Jaarlijks aantal gepubliceerde huisartsgeneeskundige RCT's uit de top vijf landen



Kwaliteit van de publicaties

De mediane impactfactor van de tijdschriften van de internationaal gepubliceerde RCT's tussen 1990 en 2010 lag tussen 2,2 en 3,7, voor RCT's uit Nederland varieerde dit tussen 1,1 en 9,8 [**figuur 3**]. Van 200 RCT's (10%) was de impactfactor ten tijde van de analyses (nog) onbekend.

De spreiding van de door ons gevonden RCT's over tijdschriften was groot. De drie tijdschriften met de meeste RCT's waren de *British Medical Journal* (7,6%), de *British Journal of General Practice* (5,1%) en *Family Practice* (2,6%). Veruit het grootste deel van de RCT's (79,1%) stond echter in tijdschriften die buiten de top-tien vallen. De top-drie van tijdschriften bevatte vooral onderzoeken uit Groot-Brittannië en Nederland; van de 30 publicaties in nummer vier (*JAMA*) waren er 27 (90%) afkomstig uit de Verenigde Staten [**tabel 1**].

Onderwerpen van de RCT's

[**Tabel 2**] toont de thematische verdeling van RCT's over de ICPC-hoofdstukken. In totaal 54 internationale RCT's (2,8%) konden niet worden toegewezen en belandden in de categorie 'overig'. Over de totale onderzoeksperiode betroffen de meeste onderzoeken ICPC-hoofdstuk P, psychische problemen (n = 547, 28,3%), gevolgd door hoofdstuk K, tractus circulatorius (n = 249, 12,9%), hoofdstuk A, algemeen en niet gespecificeerd (n = 243, 12,6%), hoofdstuk T, endocriene klieren/metabolisme/voeding (n = 213, 11,0%) en hoofdstuk R, tractus respiratorius (n = 188, 9,7%).

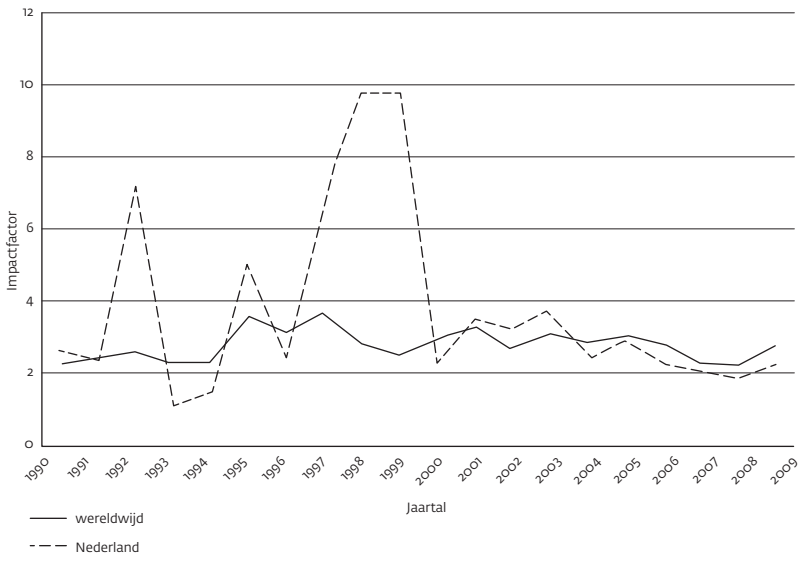
Over de periode 1990 tot en met 2009 is in ICPC-hoofdstuk P, psychiatrische aandoeningen, de grootste absolute stijging in aantal publicaties te zien (van 12 in 1990 tot 47 in 2009; toename van bijna 300%). Andere onderzoeksthema's die relatief veel stegen, waren algemene aandoeningen (van 1 naar 20, factor 20), endocriene/metabole aandoeningen (van 2 naar 25,

ruim factor 12) en tractus circulatorius (van 7 naar 20, bijna verdrievoudigd). Daarnaast valt op dat tussen 1990 en 2009 minder RCT's werden gedaan naar onderwerpen die betrekking hebben op de urinewegen (van 10 in 1990 naar 4 in 2009, ruim gehalveerd).

Bij verdere rubricering binnen ICPC-hoofdstukken konden 189 studies niet nader worden ingedeeld, waarmee in totaal 243 studies (12,6%) in de categorie 'overig' kwamen. Chronische aandoeningen werden het meest onderzocht, namelijk depressie (code P76, 12,2%), hypertensie (code K86, 7,1%), diabetes mellitus (code T90, 6,6%), astma (code R96, 4,3%) en tabaksmisbruik (code P17, 3,9%).

RCT's uit de Nederlandse huisartsgeneeskunde betroffen vooral de thema's psychische problemen (n = 34, 17,5% van totaal), tractus respiratorius (n = 33, 17,0%), bewegingsapparaat (n = 31, 16,0%) en tractus circulatorius (n = 25, 12,9%). Ook binnen Nederland werd veel onderzoek gedaan naar chronische aandoeningen zoals diabetes mellitus (code T90, n = 18, 9,3% van totaal), depressie (code P76, n = 15, 7,7%) en astma (code R96, n = 12, 6,2%).

Figuur 3 **Jaarlijkse mediane impactfactor van de tijdschriften waarin huisartsgeneeskundige RCT's verschenen**



Aansluiting van de onderzoeksthematiek bij de praktijk

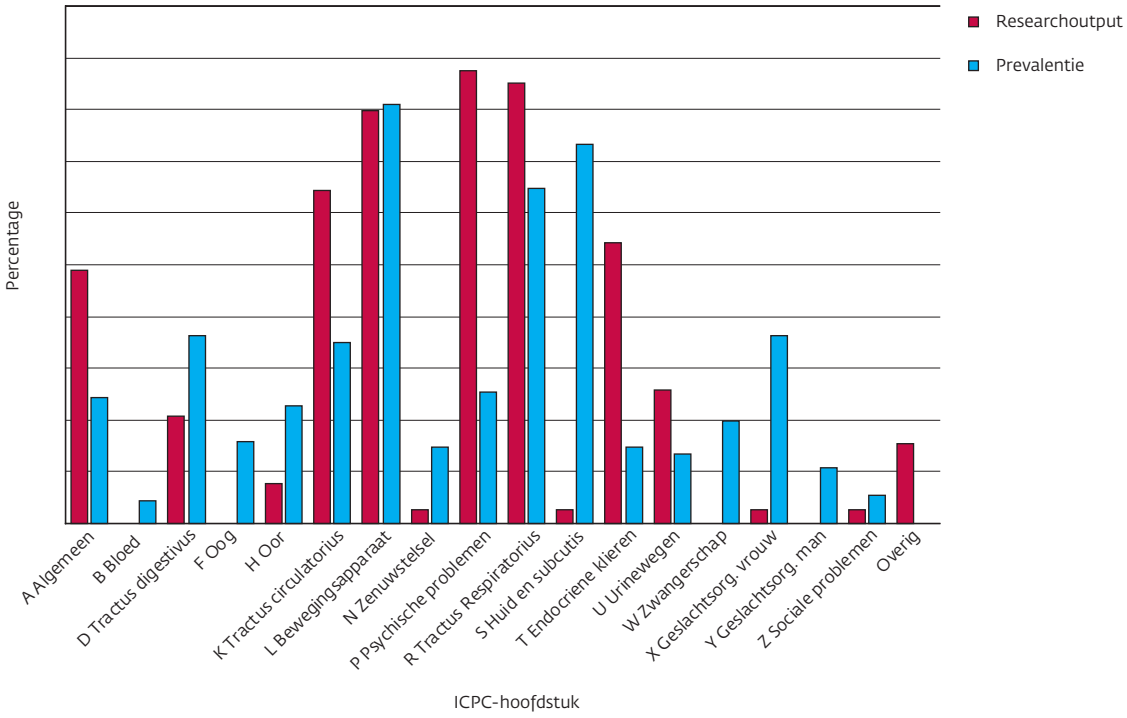
Volgens de Tweede Nationale Studie gaan de meeste consulten in de spreekkamer van de Nederlandse huisarts over het bewegingsapparaat (16,2%), huid en subcutis (14,7%) en de tractus respiratorius (13,0%).[12] De onderzoeksthema's hebben een geheel andere rangorde [**figuur 4**], waarbij met name de discrepantie op het gebied van psychische problemen groot is: 17,5% van de RCT's versus 5,1% van de consulten. Verhoudingsgewijs wordt ook veel onderzoek gedaan naar algemene aandoeningen, de tractus circulatorius, de tractus respiratorius en endocriene/metabole aandoeningen. Dermatologische thema's krijgen in onderzoek veel minder aandacht dan in de huisartsenpraktijk: 0,5% van de RCT's versus 14,7% van de consulten. Ook de klinische vragen op het gebied van geslachtsorganen, zwangerschap, het oog en de tractus digestivus worden relatief minder vaak bestudeerd. In Nederland komt alleen het bewegingsapparaat in onderzoek ongeveer even vaak aan bod als in de praktijk, met respectievelijk 16,0% en 16,2%.

De vijf meest voorkomende aandoeningen in de huisartsenpraktijk zijn K86 (essentiële hypertensie), R74 (acute infectie bovenste luchtwegen), S74 (dermatomycosen), R05 (hoesten) en S88 (contacteczeem/overig eczeem).[12] De vijf aandoeningen

Tabel 2 **Onderwerpen van Nederlandse huisartsgeneeskundige RCT's in de periode 1990-2010**

ICPC-hoofdstuk		Alle RCT's		Nederlandse RCT's		Prevalenties Nederland
A	Algemeen	243	(12,6%)	19	(9,8%)	4,9%
B	Bloed	13	(0,7%)	0	(0,0%)	0,9%
D	Tractus digestivus	76	(3,9%)	8	(4,1%)	7,3%
F	Oog	5	(0,3%)	0	(0,0%)	3,2%
H	Oor	23	(1,2%)	3	(1,5%)	4,6%
K	Tractus circulatorius	249	(12,9%)	25	(12,9%)	7,0%
L	Bewegingsapparaat	152	(7,9%)	31	(16,0%)	16,2%
N	Zenuwstelsel	32	(1,7%)	1	(0,5%)	3,0%
P	Psychische problemen	547	(28,3%)	34	(17,5%)	5,1%
R	Tractus respiratorius	188	(9,7%)	33	(17,0%)	13,0%
S	Huid en subcutis	17	(0,9%)	1	(0,5%)	14,7%
T	Endocriene klieren	213	(11,0%)	21	(10,8%)	3,0%
U	Urinewegen	41	(2,1%)	10	(5,2%)	2,7%
W	Zwangerschap	18	(0,9%)	0	(0,0%)	4,0%
X	Geslachtsorganen vrouw	43	(2,2%)	1	(0,5%)	7,3%
Y	Geslachtsorganen man	11	(0,6%)	0	(0,0%)	2,2%
Z	Sociale problemen	10	(0,5%)	1	(0,5%)	1,1%
	Overig	54	(2,8%)	6	(3,1%)	0,0%
	Totaal	*1935*	*(100%)*	*194*	*(100%)*	*(100%)*

Figuur 4 Onderwerpen van Nederlandse huisartsgeneeskundige RCT's vergeleken met prevalenties in huisartsconsulten in Nederland per ICPC-hoofdstuk (1990-2010)



* Betreft RCT's die wij met onze zoekstrategie en na selectie hebben gevonden.
Prevalenties (als percentage van totaal) ontleend aan de Tweede Nationale Studie.[12]

die het vaakst het onderwerp van een RCT zijn, zijn T90 (diabetes mellitus), P76 (depressie), R96 (astma), K86 (hypertensie), K99 (andere ziekten tractus circulatorius) en L03 (lagerugpijn).

BESCHOUWING

Conclusies

De afgelopen twintig jaar is het aantal huisartsgeneeskundige RCT's dat jaarlijks wereldwijd gepubliceerd wordt meer dan verdrievoudigd, en in Nederland is het zelfs vervijfvoudigd. In vergelijking met andere landen publiceerde Nederland relatief veel huisartsgeneeskundige RCT's, zeker in verhouding tot het bruto binnenlands product en het aantal inwoners. De kwaliteit van de Nederlandse onderzoeken, afgemeten aan de impactfactor van de tijdschriften waarin ze gepubliceerd werden, kwam goed overeen met de mediane impactfactor uit eerder onderzoek, met een mediane jaarlijkse impactfactor variërend van 1,1 tot 9,8.[13]

Vergeleken met de output in andere landen gaat het dus goed met het Nederlandse huisartsgeneeskundig onderzoek, zowel kwantitatief als kwalitatief.[13] De thematiek van het onderzoek sluit echter nog altijd onvoldoende aan op de dagelijkse praktijk. Een mogelijke verklaring ligt in de sturende invloed van de onderzoeksfinanciering, die in principe langs vier kanalen plaatsvindt. De eerste geldstroom komt uit de eigen middelen van universitaire afdelingen en is beperkt. De tweede geldstroom is afkomstig uit overheidsmiddelen, onder andere via ZonMw, en wordt grotendeels thematisch gestuurd door de subsidiegever. Zo zijn in de afgelopen jaren onder andere de programma's Geestkracht, Diabetes Ketenzorg en Nationaal Programma Ouderenzorg opgezet.[14] De derde geldstroom komt uit de 'collectebusfondsen' van organisaties als de Nederlandse Hartstichting, het Diabetes Fonds, het Astma Fonds en de Hersenstichting, en is daardoor vooral gericht op chronische aandoeningen. De vierde geldstroom, commerciële onderzoeksfinanciering, speelt in het huisartsgeneeskundig onderzoek slechts een bescheiden rol.[5]

Onze analyse laat zien dat naar sommige minder prevalente ICPC-hoofdstukken relatief veel onderzoek wordt gedaan en naar sommige hoogprevalente hoofdstukken juist weinig. Het kan natuurlijk zo zijn dat een aantal van de voor de praktijk relevante vragen reeds vóór 1990 onderzocht en beantwoord is. Daarnaast wordt de onderzoeksagenda bepaald door een groot aantal andere factoren, zoals de relevantie van de vraagstelling, de financierbaarheid, de politieke actualiteit, de publiceerbaarheid en de onderzoekslijn van een afdeling. In 2002 heeft ZonMw het Programma Alledaagse Ziekten (PAZ) opgezet speciaal om het onderzoek naar veelvoorkomende aandoeningen in de huisartsenpraktijk te stimuleren,[14] en in dat kader zijn onderzoeken gestart op het gebied van huid en subcutis (ICPC-hoofdstuk S), bewegingsapparaat (L), oog (F) en oor (H). De resultaten van het PAZ zijn in onze analyse [**figuur 4**] niet waarneembaar – in elk geval niet voor de hoofdstukken

S, F en H. Wellicht komt dat doordat sommige onderzoeken nog lopen. Binnen het PAZ was per project relatief weinig geld beschikbaar, en dat kan zijn weerslag gehad hebben op aantal en impactfactor van de publicaties.

Beperkingen

De belangrijkste beperking van ons onderzoek is dat we met de gehanteerde zoekstrategie niet alle relevante RCT's hebben gevonden. In een aselecte steekproef die wij namen ter interne controle, bleken er van de honderd RCT's gepubliceerd door Nederlandse huisarts-onderzoekers slechts veertig voor te komen in onze database. Daar zijn verschillende verklaringen voor. Een eerste verklaring is dat we niet hebben gezocht in andere databases, zoals EMBASE en de Cochrane Library. De beschikbare middelen lieten dat niet toe. Een tweede verklaring ligt in het gebruik van PubMed-limits om RCT's te identificeren. Deze filters selecteren op basis van labels die aan de publicatie zijn toegekend, dus te laat of verkeerd gelabelde publicaties kunnen gemist zijn. We hebben het net zo breed mogelijk uitgeworpen door naast 'Randomized Controlled Trial' ook 'Clinical trial' toe te passen. Aangezien we bij onze betrouwbaarheidscontrole in vijf meta-analyses geen ontbrekende RCT's aantroffen, zal onze filterstrategie echter niet tot grote omissies hebben geleid. Een derde – en wat ons betreft de meest waarschijnlijke – verklaring is dat het huisartsgeneeskundige karakter van het onderzoek niet als zodanig benoemd werd in titel of samenvatting. Dat zou de RCT ontraceerbaar maken met een zoekstrategie die gebaseerd is op domein. Zoeken op auteurs zou een alternatief zijn, maar niet alle RCT's van huisarts-onderzoekers hebben een huisartsgeneeskundig relevant onderwerp.[6] Een vierde verklaring is dat we ons tot Engelstalige publicaties hebben beperkt en gezocht hebben op Engelstalige synoniemen voor huisartsgeneeskunde.[9] Dit sluit anderstalige publicaties uit, en mogelijk ook Engelstalige publicaties uit landen waar huisartsgeneeskunde anders benoemd wordt ('community medicine', 'rural health', enzovoort).

Er is nog geen optimale zoekstrategie voor huisartsgeneeskundig onderzoek binnen online databases. Na onze dataverzameling zijn nog twee artikelen verschenen waarin een uitgebreidere zoekstrategie gehanteerd is. Jelercic (2010) heeft in aanvulling op onze zoekstrategie de termen 'family practice', 'physicians, family', 'rural health care', 'rural health services', 'comprehensive health care' en 'community health services' gebruikt.[16] Glanville (2011) heeft een zo sensitief mogelijke zoekstrategie ontwikkeld met veel verschillende losse zoektermen, toegepast op zes landen met een goed ontwikkelde eerste lijn.[6] Beide zoekstrategieën zijn echter nog niet gevalideerd en hadden niet alleen tot doel om huisartsgeneeskundig onderzoek te vinden, maar ook onderzoek *door* huisartsen. In onze ogen zijn de beperkingen van onze eigen zoekstrategie vooral kwantitatief en systematisch. We hebben geen aanwijzingen dat deze beperkingen ook tot een selectie in onderzoeksthematiek hebben geleid.

Een derde beperking betreft de indicator die we gebruikt hebben voor de behoefte aan onderzoek, de verdeling van klinische thema's in de Nederlandse huisartsenpraktijk: deze is niet een directe maat voor de behoefte aan onderzoek.[7] Veel aandoeningen die in de huisartsenpraktijk een hoge prevalentie hebben, zijn zelflimiterend en vragen niet om wetenschappelijk onderbouwde interventies.

Aanbevelingen

Eerder onderzoek heeft laten zien dat de onderzoeksoutput van Nederland op het gebied van de huisartsgeneeskunde zich prima verhoudt tot andere landen,[6] maar dat de aansluiting bij de praktijk beter kan.[7] Deze ontwikkelingen hebben wij opnieuw in kaart gebracht, en ons is duidelijk geworden dat de onderzoeksagenda in de huisartsgeneeskunde ondanks in het verleden ontplooide initiatieven nog altijd niet optimaal is afgestemd op de dagelijkse praktijk.[1,14] In dat kader is het stopzetten van het PAZ geen goede ontwikkeling. Het is voor de huisartsgeneeskunde van groot belang dat de researchagenda aangestuurd wordt door de dagelijkse praktijk, rond vragen uit de klinische huisartsgeneeskunde. De 'lacunebak' (een database met lacunes in NHG-Standaarden) zou een uitstekend uitgangspunt zijn om te inventariseren waar deze behoeftes liggen.[15] ■

LITERATUUR

1 Hummers-Pradier E, Beyer M, Chevallier P, Eilat-Tsanani S, Lionis C, Peremans L, et al. The research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe, Part 1: Background and methodology. Eur J Gen Pract 2009;15:243-50.
2 Van Weel C. The impact of research in primary care and family medicine: The Thomson Reuters Web of Science Subject Category 'Primary Health Care'. Fam Pract 2011;28:239-40.
3 Mant D, Del Mar CB, Glasziou P, Knottnerus A, Wallace P, Van Weel C. The state of primary-care research. Lancet 2004;364:1004-6.
4 Van Weel C, Rosser WW. Improving health care globally: A critical review of the necessity of family medicine research and recommendations to build research capacity. Ann Fam Med 2004;2 Suppl 2:S5-16.
5 Dekker J. Standaarden en onderzoek voor en door huisartsen. Huisarts Wet 2010;53: 47-50.
6 Glanville J, Kendrick T, McNally R, Campbell J, Hobbs FD. Research output on primary care in Australia, Canada, Germany, the Netherlands, the United Kingdom, and the United States: Bibliometric analysis. BMJ 2011;342:d1028.
7 Bakkenist T, Zaat JOM. Wie onderzoekt wat? Een globaal overzicht van huisartsgeneeskundig onderzoek in Nederland. Huisarts Wet 2004;47:555-60.
8 Brozek JL, Akl EA, Allonso-Coello P, Lang D, Jaeschke R, Williams JW, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations in clinical practice guidelines, Part 1 of 3: An overview of the GRADE approach and grading quality of evidence about interventions. Allergy 2009;64:669-77.
9 Ovhed I, Van Royen P, Håkansson A. What is the future of primary care research? Probably fairly bright, if we may believe the historical development. Scand J Prim Health Care 2005;23:248-53.
10 ISI Web of Knowledge [internet]. New York: Thomson Reuters, 2010-2012. http://www.isiknowledge.com, geraadpleegd maart 2010.
11 CIA. The World Factbook [internet]. Washington (DC): Central Intelligence Agency, 2007-2011. https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2001rank.html, geraadpleegd april 2011.
12 International classification of primary care, second edition (ICPC-2). Geneva: World Health Organization, 2003.
13 Van Driel ML, Magin PJ, Del Mar CB, Furler J, De Maeseneer J. Journal impact factor and its importance for AFP. Aust Fam Physician 2008;37:770-3.
14 http://www.zonmw.nl/onderwerpen/cure, geraadpleegd april 2011.
15 Tasche MJA, Oosterberg EH, Kolnaar BGM, Rosmalen CFH. Inventarisatie van lacunes in huisartsgeneeskundige kennis. Zeventig standaarden doorgelicht. Huisarts Wet 2001;44:91-4.
16 Jelercic S, Lingard H, Spiegel W, Pichlhöfer O, Maier M. Assessment of publication output in the field of general practice and family medicine and by general practitioners and general practice institutions. Fam Pract 2010;27:582-9.

Pim Assendelft

COMMENTAAR

De patiëntgerandomiseerde trial: het kan ook anders

Kortekaas et al. geven in hun artikel een overzicht van huisartsgeneeskundige trials uit de afgelopen twintig jaar.[1] Ze concluderen dat het jaarlijks aantal gepubliceerde RCT's op het gebied van de huisartsgeneeskunde in die afgelopen jaren steeds gestegen is, maar dat bepaalde aandoeningen (psychiatrie en chronische aandoeningen) relatief zijn oververtegenwoordigd en dat andere terreinen ('kleine kwalen': dermatologie, KNO, oogheelkunde) juist relatief weinig aan bod zijn gekomen.

De onderzoekers geven in hun discussie aan dat zij vanwege beperkte middelen concessies hebben moeten doen aan de grondigheid van het overzicht. Dat zij bij controle achteraf 60% van de trials bleken te hebben gemist, geeft aan dat de zoekstrategie niet erg 'sensitief' is geweest. De auteurs concluderen dat ze geen aanwijzingen voor selectie hebben, maar geven verder niet aan hoe ze dat hebben onderzocht. Voor huisartsgeneeskundig onderzoekers geven hun conclusies en aanbevelingen echter voldoende stof tot nadenken.

Wordt het juiste onderzoek wel gedaan? De auteurs raden aan om naar de lacunebak van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) te kijken. Daarin zijn per NHG-Standaard de belangrijkste vragen samengebracht die open bleven na afronding van de standaard. Daar staan inderdaad interessante vragen bij waarvan je je afvraagt waarom we ze nog niet onderzocht hebben, zoals: 'Wat is de optimale (medicamenteuze) behandeling van proctitis?' uit de NHG-Standaard Rectaal bloedverlies.

HAKEN EN OGEN

Voor een huisartsgeneeskundige trial zijn middelen nodig (geld, materiaal, personeel), huisartsen en patiënten. En de trial moet uitvoerbaar zijn.[2] Om bij dat laatste te beginnen: een huisarts moet allereerst de vraag relevant vinden en moet het vervolgens ook ethisch verantwoord vinden om alle behandelopties (gerandomiseerd) aan zijn patiënten aan te bieden, anders zal hij geen patiënt uitnodigen om mee te doen. Een voorbeeld: huidschimmel is een van de meest voorkomende aandoeningen in de praktijk, nader onderzoek zou dus een hoge prioriteit moeten hebben. De NHG-Standaard Dermatomycosen beschrijft een aantal lacunes, waaronder de drie in de [**tabel**]. Voor alle drie de te onderzoeken behandelingen zijn orale middelen de eerste keuze. Zou u als huisarts – of als vader, moeder of partner – een patiënt aanraden om ten behoeve van de kennisontwikkeling in de huisartsgeneeskunde mee te doen aan een trial waarin het gebruikelijke middel vergeleken wordt met de genoemde alternatieven? Voor de onderzoeker of huisarts zou het goed zijn om als gedachte-experiment een patiëntinformatiebrief op te stellen die eerlijk aangeeft wat het gangbare middel is en waarom de genoemde alternatieven nog onderzocht moeten worden. Dat is in dit geval niet gemakkelijk.

Een ander probleem is dat het contrast in de trial wel gehandhaafd moet kunnen worden. In dezelfde standaard staat de vraag: 'Hoe effectief zijn niet-medicamenteuze adviezen zoals het vermijden van factoren die maceratie van de huid bevorderen, dragen van katoenen ondergoed/sokken/kleding en het dragen van badslippers?' Hoe zouden we dat gerandomiseerd kunnen uitzetten? Patiënten die van zichzelf al katoenen sokken dragen, vragen deze een maand lang te ruilen voor synthetische? Alleen patiënten met synthetische sokken in de trial opnemen? Alleen patiënten met manifeste zweetvoeten? Hoe vaak moeten de sokken worden gewisseld? Contrast: open schoenen met katoenen sokken, dichte schoenen met katoenen sokken, open schoenen met synthetische sokken, dichte schoenen met synthetische sokken? Hoe controleren we de compliantie? Dit wordt geen eenvoudige trial!

ALLEDAAGS IS UIT

Ik stel voor om een commissie van huisarts-onderzoekers nog eens door de lacunebak heen te laten gaan om de onderzoekbaarheid van de lacunes te beoordelen. Het zou voor de huisartsgeneeskunde goed zijn als uit de onderzoekbare vragen er jaarlijks bijvoorbeeld tien worden geprioriteerd die dan ook extra aandacht en hopelijk ook middelen krijgen.

Waar moeten die middelen vandaan komen? Het programma Alledaagse ziekten van ZonMw is stopgezet, het Doelmatigheidsprogramma van ZonMw lijkt zich meer en meer te

Tabel Lacunes in de NHG-Standaard Dermatomycosen

Onderwerp	Toelichting	Bron
Is een lokaal antimycoticum in combinatie met ureumcrème een effectieve behandeling voor voetschimmel met mocassinpatroon?	Wij hebben enkele kleine onderzoeken van matige kwaliteit gevonden over de behandeling van voetschimmel met mocassinpatroon met een lokaal antimycoticum en ureumcrème. Er was te weinig evidence om hier een uitspraak over te doen.	Noot 17
Is miconazol in applicatievloeistof een effectieve behandeling voor een onychomycose?	Voor de lokale behandeling van onychomycosen is er in diverse landen amorolfine en ciclopiroxnagellak in de handel. In Nederland is enkel miconazol in applicatievloeistof beschikbaar, maar er zijn geen goede onderzoeken bekend over effectiviteit van dit middel.	Noot 20
Is het effectief om ter verspreiding van tinea capitis een lokale behandeling met antimycotica te adviseren?	Dit wordt in de literatuur of in enkele richtlijnen geadviseerd, maar het is onduidelijk of het effectief is.	Noot 24

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde, Postbus 9600, Postzone Vo-P, 2300 RC Leiden: prof.dr. W.J.J. Assendelft, hoogleraar Huisartsgeneeskunde • Correspondentie: w.j.j.assendelft@lumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

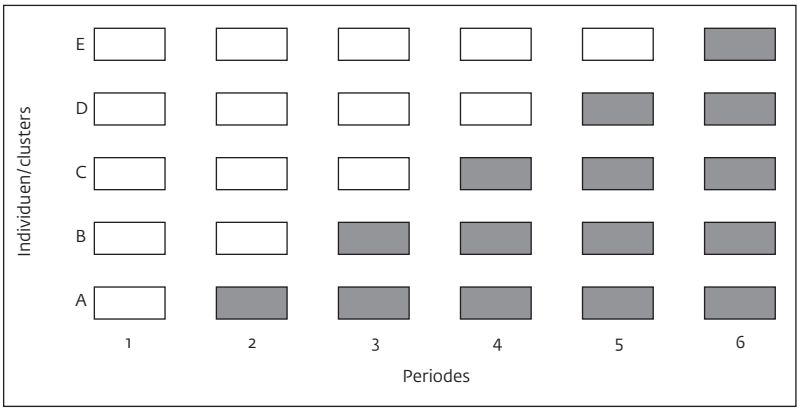
beperken tot aandoeningsgebieden die op nationaal niveau 'groots en meeslepend' (lees: duur) zijn. Daar maken anusjeuk of proctitis geen kans meer... Toch zijn er nog mogelijkheden. Veel afdelingen hebben assistenten in opleiding tot huisarts en onderzoeker (aiotho's), die gedeeltelijk uit eigen middelen of door het opleidingsfonds SBOH worden betaald. Mogelijk komt daar binnenkort nog geld bij in het kader van de verdere 'academisering' van de opleiding, waarover de afdelingen momenteel met de SBOH praten. Is het een idee om de top tien van lacunes te betrekken bij de keuze van onderwerpen voor deze gelden?

Waarschijnlijk zal de incidentie of prevalentie van de aandoening een belangrijk criterium zijn voor de prioritering. Wat is nou leuker en leerzamer dan de aios (dus niet alleen de aiotho's) in het kader van de academisering een rol te geven bij het rekruteren en begeleiden van patiënten in de hieruit voortkomende trials? Ze zouden een rol kunnen spelen bij de gegevensverzameling: als die geblindeerd moet gebeuren, kan dat in een andere dan de eigen praktijk. Met het omvangrijke netwerk van opleidingspraktijken en het grote aantal aios per opleiding moet een infrastructuur te maken zijn die geschikt is voor onderzoek naar veel voorkomende aandoeningen. De opbrengst is kennisontwikkeling voor het vak, hulp voor een collega-aios (de aiotho) en ervaring met het doen van onderzoek (een van de competenties).

ALTERNATIEVE DESIGNS

De NHG-Standaarden dekken een groot deel van het huisartsgeneeskundig handelen. De lacunes zouden we op de hier beschreven manier systematisch kunnen opvullen. Zijn we er dan? Ik vrees van niet. Trials zijn vooral geschikt om voor één aandoening diverse, scherp gecontroleerde interventies te vergelijken. Mijns inziens liggen de grote uitdagingen voor de huisartsgeneeskunde de komende jaren niet zozeer in interventies bij geïsoleerde aandoeningen als wel in complexere vraagstukken, zoals de zorg voor kwetsbare ouderen, multimorbiditeit, preventie, praktijkvoering, taakdelegatie, ketenzorg en ict-toepassingen. Deze onderwerpen laten zich moeilijk in gerandomiseerde trials vangen.[3] We zullen dus naast trials waarin patiënten worden gerandomiseerd ook moeten nadenken over alternatieve designs, die meer ruimte geven aan de complexiteit van het vraagstuk en de veranderbaarheid van de omgeving. Steeds vaker zullen praktijken, zorggroepen en andere samenwerkingsverbanden in zogeheten clustergerandomiseerde trials de eenheid van randomisatie worden. Dat stelt weer specifieke methodologische uitdagingen, zoals het definiëren en beschrijven van de verschillende interventies.[4] Steeds vaker wordt bij evaluatie van organisatieveranderingen het *stepped-wedge design* gebruikt.[5] Het voordeel van deze opzet is dat alle deelnemende organisatieonderdelen (bijvoorbeeld praktijken of zorggroepen) de nieuwe manier van werken overnemen, maar dat de onderzoekers het tijdstip waarop dat gebeurt randomiseren [**figuur**]. Ieder van de clusters levert dan metingen over de periode vóór en de periode ná de interventie of organisatieverandering. Voor elke cluster is de lengte van beide periodes verschillend en de verdeling tussen pre en post wordt gerandomiseerd toegekend.

Figuur Stepped-wedge onderzoeksdesign



Ook zouden we de schat aan gegevens in onze huisartsinformatiesystemen beter kunnen benutten voor evaluatieonderzoek. Mede om die reden zijn de afdelingen Huisartsgeneeskunde bezig hun bestaande monitoringsystemen te koppelen.

Ten slotte is het niet alleen belangrijk om te weten of iets goed werkt, maar ook hoe die effectieve interventie het best bij de patiënt terechtkomt – dat is helaas geen vanzelfsprekendheid. Ook implementatieonderzoek is dus belangrijk. Vaak worden daarbij kwalitatieve methoden gebruikt,[6] zoals semigestructureerde interviews of focusgroepinterviews.

TOT SLOT

Er zullen nog veel huisartsgeneeskundige trials nodig zijn om onze effectiviteitsvragen in de praktijk te kunnen beantwoorden. We moeten in de huisartsgeneeskunde ook onder ogen zien dat je niet alles gerandomiseerd kunt onderzoeken. Soms simpelweg omdat een van de behandelopties al te zeer in de praktijk is ingeburgerd, maar steeds vaker ook omdat de onderzoeksvraag te complex is voor een trial op patiëntniveau.

Zoals Kortekaas et al. in hun artikel al aangeven, slaat Nederland zeker geen slecht figuur als het gaat om de totale onderzoeksoutput en de *return on investment* van onderzoeksgeld. Dat is voor een groot deel te danken aan de medewerking van duizenden huisartsen aan onderzoek en we mogen er best trots op zijn. Ik hoop dat we als Nederland en als huisartsen ook de komende jaren in de top van de wereld blijven staan! ■

LITERATUUR

1 Kortekaas MF, Meijer A, Van de Pol AC, De Wit NJ. RCT's in de huisartsgeneeskunde, 1990-2010. Huisarts Wet 2012;55:486-91.
2 Bakkenist T, Assendelft P, Van Geldrop W. Wetenschappelijk onderzoek in de huisartsenpraktijk. Wie doet er mee? Huisarts Wet 2003;46:181-5.
3 Hordijk M. Klinische trial krijgt concurrentie. Med Contact 2011;66:2045-7.
4 Smelt AF, Van der Weele GM, Blom JW, Gussekloo J, Assendelft WJ. How usual is usual care in pragmatic intervention studies in primary care? An overview of recent trials. Br J Gen Pract 2010;60:e305-18.
5 Dekkers OM. Het 'stepped wedge'-design. Ned Tijdschr Geneeskd 2012;156:A4069.
6 Lucassen PLBJ, Olde Hartman TC, Mazel JA. Kwalitatief onderzoek: Praktische methoden voor de medische praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2007.

Merlijn Schoots, Persijn Honkoop, Hans Dunselman, Irene Joziasse

ONDERZOEK

Waar wil 'de nieuwe huisarts' zich vestigen?

Samenvatting

Schoots MJ, Honkoop PJ, Dunselman JHAM, Joziasse IC. Waar wil 'de nieuwe huisarts' zich vestigen? Huisarts Wet 2012;55(11):494-9.

ACHTERGROND In sommige regio's in Nederland kunnen huisartsen moeilijk een opvolger vinden. Een onderzoek onder reeds gevestigde huisartsen liet echter geen duidelijke regionale verschillen zien. Het zou kunnen helpen als men wist waar aankomende huisartsen zich het liefst vestigen en waar niet. Welke factoren beïnvloeden die keuze, en welke maatregelen zouden huisartsen-in-spe kunnen overhalen zich toch in een minder populair gebieden te vestigen?

METHODE Tussen oktober 2010 en februari 2011 hebben wij alle aios Huisartsgeneeskunde in Nederland in een online enquête gevraagd naar hun voorkeur qua vestigingsgebieden, naar de vijf voornaamste beweegredenen voor die keuze en de vijf meest plausibele factoren die daarin verandering zouden kunnen brengen. Wij vroegen ze ook naar hun waardering van een aantal maatregelen om huisartsen al tijdens hun opleiding naar impopulaire regio's te laten trekken.

RESULTATEN Ruim een kwart (26%) van de aios in Nederland vulde de enquête in. De regio's Utrecht, Arnhem/Nijmegen, Gooi en Vechtstreek, Haarlem en de Veluwe waren het populairst, Delfzijl, Oost-Groningen, Zuidoost-Drenthe, Noord-Friesland en Midden-Limburg het minst populair. De belangrijkste beweegredenen waren werkgelegenheid voor de partner en nabijheid van vrienden en familie. De meest gewaardeerde stimulansen om zich toch in een impopulaire regio te vestigen, waren het opzetten van opleidingsdependances en facilitaire ondersteuning bij praktijkovername.

CONCLUSIE Sommige regio's in Nederland zijn bij aankomende huisartsen veel meer in trek dan andere. Regionale opleidingsdependances en financiële en facilitaire hulp bij praktijkovernames kunnen dreigende tekorten in de minder populaire regio's helpen voorkomen.

INLEIDING

Begin 2010 luidden diverse plattelandsdokters de noodklok in de media.[1] Huisartsen uit Emmen, Friesland, Noord- en Oost-Groningen brachten onder de aandacht dat er voor pensioengerechtigde collega's in hun omgeving geen opvolgers te vinden waren. Dat zorgverzekeraar Menzis leegstaande praktijken in Oost-Groningen overnam, vergrootte de onrust nog.[2] Regionale tekorten aan huisartsen zijn eerder beschreven in het Verenigd Koninkrijk en Ierland,[3,4] en ook in Nederland lijkt er dus sprake te zijn van opvolgingsproblematiek in bepaalde regio's. Het NIVEL heeft in 2010 een onderzoek uitgevoerd om het probleem in Nederland te kwantificeren.[5] Het NIVEL keek naar het aantal fte's huisarts per inwoner, het te verwachten aantal uitstromende huisartsen in de komende vijf jaar en het aantal nieuw gevestigde huisartsen in de afgelopen vijf jaar. De probleemgebieden werden in kaart gebracht door de verschillen te analyseren op meerdere niveaus: provincies, gemeenten en COROP-gebied. Die laatste dateren uit 1971, toen de Coördinatiecommissie Regionaal Onderzoeksprogramma (COROP) Nederland voor statistische doeleinden verdeelde in veertig gebieden, elk bestaande uit één centrale stad met een aanliggend verzorgingsgebied. De NIVEL-analyse wees uit dat de problemen alleen op gemeenteniveau aanwijsbaar waren. De absolute verschillen tussen gemeenten waren echter klein en de probleemgemeenten lagen zeer verspreid over Nederland, zonder duidelijke demografische overeenkomsten. Het NIVEL onderzocht bij een andere gelegenheid in welke regio's huisartsen na hun studie aan de slag gaan, en daarbij bleek dat jonge huisartsen vaak in de provincie van opleiding werkzaam blijven.[6]

Deze beide onderzoeken geven geen zekerheid over hoe de opvolgingsproblematiek zich in de toekomst zal ontwikkelen. Het aantal nieuw gevestigde huisartsen in een bepaalde regio geeft nog geen goede voorspelling van het aantal aankomende

Wat is bekend?

- In sommige regio's hebben plattelandsdokters moeite een opvolger te vinden; in Noord-Nederland ontstond zelfs onrust omdat een zorgverzekeraar leegstaande praktijken overnam.
- Kijkt men naar de actuele bezetting van praktijken en de te verwachten in- en uitstroom, dan zijn er wel probleemgemeenten, maar doordat deze verspreid over Nederland liggen, zijn er geen duidelijke probleemregio's te definiëren.
- Huisartsen vestigen zich relatief vaak in de omgeving waar zij zijn opgeleid. De perifere huisartsopleidingen, waaronder de meeste probleemgemeentes vallen, hebben echter een te geringe aanwas aan aios.

Wat is nieuw?

- Huisartsen-in-opleiding zouden zich het liefst vestigen in Utrecht, Arnhem/Nijmegen, Gooi en Vechtstreek, Haarlem en de Veluwe.
- De verschillen tussen de populairste en de minst populaire regio's (Delfzijl, Oost-Groningen, Zuidoost-Drenthe, Noord-Friesland en Midden-Limburg) zijn aanzienlijk.
- In regio's waar een tekort aan huisartsen dreigt, zouden volgens toekomstige husiartsen met name regionale opleidingsdependances en facilitaire hulp bij praktijkovernames de vestigingsbereidheid kunnen doen toenemen.
- Aios geven aan dat zij hun huisartsenopleiding best in een impopulaire regio willen volgen, als die keuze maar vrijwillig is. Een verplichting stuit op weerstand.

De auteurs zijn oud-leden van de Landelijke Organisatie Van Aspirant Huisartsen (LOVAH), Postbus 19025, 3501 DA Utrecht: M.J. Schoots, waarnemend huisarts, Eindhoven; P.J. Honkoop, huisartsonderzoeker, Leids Universitair Medisch Centrum; J.H.A.M. Dunselman, huisarts, Rotterdam; dr. I.C. Joziasse, huisarts-in-opleiding, Universitair Medisch Centrum Utrecht • Correspondentie: merlijnschoots@gmail.com • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Foto: Jan Lankfeld/Hollandse Hoogte

huisartsen dat zich in de toekomst in die regio zal blijven vestigen. Ook een analyse van de plaatsen waar huisartsen zich na hun afstuderen vestigen, heeft geen grote voorspellende waarde: veel pas afgestudeerde huisartsen gaan waarnemen in de provincie waar ze zijn opgeleid, maar hun definitieve vestigingskeuze kan anders uitvallen.

Om de vestigingsvoorkeuren van de aankomende generatie huisartsen in kaart te brengen, zochten we naar een antwoord op twee vragen: in welke regio's willen huisartsen-in-opleiding zich later definitief vestigen en welke factoren beïnvloeden hun keuze?

METHODE

Onderzoekspopulatie

Wij kozen voor een cross-sectioneel onderzoek onder alle toekomstige huisartsen in Nederland. In november 2010 benaderden wij alle artsen in opleiding tot specialist (aios) Huisartsgeneeskunde in Nederland via de e-mail met het verzoek online een enquête van 26 vragen in te vullen. De e-mailadressen kregen we van de acht opleidingsfaculteiten. Om voldoende respons te genereren, hielden we publiciteitsacties op de opleidingsfaculteiten en tijdens activiteiten van de Landelijke Organisatie Van Aspirant Huisartsen (LOVAH). De enquête had een verplichtend karakter in die zin dat alle vragen moesten worden beantwoord. Indien een vraag niet werd ingevuld, kon de enquête niet afgerond worden. De ingevulde gegevens verzamelden we via Google Documents automatisch in een gegevensbestand dat toegankelijk was voor twee onderzoekers (MS en HD). De enquête stond online tot februari 2011.

We verzamelden diverse baselinekarakteristieken van de respondenten: geslacht, opleidingsjaar, huidig woonverband en opleidingsfaculteit. Ook berekenden we de responsratio per opleidingsfaculteit, aangezien ongelijke respons van verschillende opleidingsfaculteiten de interpretatie van gegevens kan beïnvloeden. We gebruikten hiervoor de registratiegegevens van de SBOH van 2010, waarin het aantal studerende aios per faculteit zijn vastgelegd.[7]

Vestigingsgebieden

De enquête bestond uit twee delen. In het eerste gedeelte kon de respondent via een interactieve kaart zijn stem uitbrengen op ieder COROP-gebied dat hij beschouwde als een goede omgeving om zich uiteindelijk te vestigen (Zeeland en Zeeuws-Vlaanderen waren samengevoegd tot één gebied, dus de keus omvatte 39 COROP-gebieden). De respondent kon zoveel stemmen uitbrengen als hij wilde, maar niet meer dan één stem per gebied, dus maximaal 39 stemmen. De populariteit van ieder gebied konden wij uitdrukken als het totaal aantal keuzes voor dit gebied gedeeld door het totaal aantal respondenten, dat wil zeggen het percentage respondenten dat erop gestemd had.

Abstract

Schoots MJ, Honkoop PJ, Dunselman JHAM, Joziasse IC. Where do 'new' general practitioners want to have their practice? Huisarts Wet 2012;55(11):494-9.

BACKGROUND In certain regions of the Netherlands it is difficult for general practitioners to find successors. This study investigated which regions in the Netherlands are popular among GP trainees and analysed which factors might influence their decision and what inducements would attract them to practice in unpopular regions.

METHOD In 2010 we sent all Dutch GP trainees an online questionnaire about where in the Netherlands they would like to establish themselves as GP, asking them to list the five main reasons for their choice and five factors that could influence their choice. We also asked their opinion of measures to attract GPs to unpopular regions during their training.

RESULTS Twenty-six percent of all GP trainees responded to the questionnaire. Popular regions were Utrecht, Arnhem/Nijmegen, Gooi & Vechtstreek, Haarlem, and De Veluwe, whereas the least popular regions were Delfzijl, east Groningen, south-east Drenthe, north Friesland, and middle Limburg. The most important reasons for these choices were employment possibilities for partners and closeness of friends and family. Education and traineeship locations and financial and other support when taking over a practice were stimuli to establishing a general practice in unpopular regions.

CONCLUSION Some regions of the Netherlands are more popular than others among trainees looking to establish themselves as GPs. Education and traineeship locations and financial and other support when taking over a GP practice might prevent a shortage of GPs in unpopular regions.

Tabel 1 Kenmerken van de respondenten (n = 425)

	n	%
Man	107	25,2
Vrouw	318	74,8
Eerstejaars	138	32,5
Tweedejaars	110	25,9
Derdejaars	177	41,8
Alleenwonend met kinderen	5	1,2
Alleenwonend zonder kinderen	67	15,8
Samenwonend met kinderen	141	33,2
Samenwonend zonder kinderen	212	49,9

Een ongelijke verdeling van de respons over de verschillende faculteiten zou de relatieve populariteit van de gebieden vertekenen: als er relatief veel aios uit bijvoorbeeld Maastricht meedoen, krijgen gebieden rondom Maastricht wellicht meer stemmen dan andere. Wij kenden aan de stemmen per faculteit een weegfactor toe door de responsratio van die faculteit te delen door de responsratio van alle faculteiten samen:

$$\text{responsratio per faculteit} = \frac{\text{aantal respondenten per faculteit}}{\text{aantal ingeschreven aios per faculteit}}$$

$$\text{responsratio enquête} = \frac{\text{aantal respondenten}}{\text{totaal aantal aios in Nederland}}$$

$$\text{weegfactor} = \frac{\text{responsratio enquête}}{\text{responsratio per faculteit}}$$

Stemmen afkomstig van een faculteit met een hoge responsratio kregen dus minder gewicht dan stemmen uit een faculteit met een lagere responsratio. Alle stemmen voor een bepaald gebied vermenigvuldigden we met de weegfactor van de faculteit waaraan de aios studeerde alvorens ze af te zetten tegen het totaal aantal respondenten.

Naast hun voorkeur voor een bepaald gebied vroegen we de respondenten ook naar hun voorkeur voor een bepaalde urbanisatiegraad: grote stad, middelgrote stad, verstedelijkt platteland of ruraal platteland.

Beïnvloedende factoren

In het tweede deel van de enquête legden we de respondenten een lijst voor van twaalf overwegingen die bij hun voorkeur voor een vestigingsplaats een rol zouden kunnen spelen, en een lijst van negen maatregelen die zouden kunnen stimuleren dat ze zich elders vestigden [**tabel 4**] en [**tabel 5**]. Op elk van beide lijsten kon de respondent punten toekennen aan vijf factoren, waarbij de meest bepalende factor 5 punten kreeg en de minst bepalende 1 punt.

Tot slot legden we de respondenten een vijftal studiemaatregelen voor die hen zouden kunnen stimuleren om zich al tijdens de opleiding in een probleemgebied te vestigen. De respondenten konden per maatregel op een vijfpuntsschaal aangeven in hoeverre zij het ermee eens waren [**tabel 6**].

Deze drie lijsten stelden wij samen op basis van een brainstormsessie met een focusgroep van tien eerste-, tweede- en derdejaars aios Huisartsgeneeskunde. De uiteindelijke vragenlijst werd niet verder gevalideerd.

Analyse

De data van de online enquêtes werden opgeslagen en geanalyseerd met behulp van Microsoft Excel 2007.

RESULTATEN

Onderzoekspopulatie

Van de 1618 aios die in 2010 een huisartsenopleiding volgden aan één van de acht opleidingsinstituten in Nederland vulden er 425 (26,3%) de enquête in. [**Tabel 1**] toont hun kenmerken.

Qua man-vrouwverdeling (25,2% versus 74,8%) vormden de respondenten een representatieve afspiegeling van de groep aios als geheel. De drie opleidingsjaren waren in ongeveer gelijke mate vertegenwoordigd (32,5%, 25,9%, 41,6%). [**Tabel 2**] toont per opleidingsfaculteit het aantal respondenten, het totaal aantal ingeschreven aios in 2010, de responsratio en de weegfactor. Het UMCU (39%), het Erasmus MC (36%) en het LUMC (34%) zijn het sterkst vertegenwoordigd.

Vestigingsgebieden

De 425 aankomend huisartsen gaven in totaal 1411 COROP-gebieden aan als gewenst vestigingsgebied. De [**figuur**] laat

Tabel 2 Responsratio en berekende weegfactor per faculteit

Faculteit	Respondenten	Ingeschreven aios	Reponsratio	Weegfactor
AMC	30	225	0,13	1,97
VUmc	26	186	0,14	1,88
UMCG	46	180	0,26	1,03
LUMC	67	200	0,34	0,78
Maastricht University	30	178	0,17	1,56
UMC St Radboud	65	219	0,30	0,88
Erasmus MC	76	210	0,36	0,73
UMCU	85	220	0,39	0,68
Totaal	*425*	*1618*	*0,26*	*1,00*

Tabel 3 Percentage aios dat kiest voor vestiging in de populairste en de minst populaire COROP-gebieden

	COROP-gebied	Gewogen	Ongewogen
1	Utrecht	28,4%	30,1%
2	Arnhem/Nijmegen	20,4%	21,6%
3	Gooi en Vechtstreek	17,4%	16,7%
4	Haarlem	16,6%	12,2%
5	Veluwe	16,4%	18,1%
35	Midden-Limburg	3,2%	2,4%
36	Noord-Friesland	3,0%	2,8%
37	Zuidoost-Drenthe	2,5%	2,8%
38	Oost-Groningen	1,8%	1,9%
39	Delfzijl	1,2%	0,9%

de verdeling van populaire en minder populaire regio's in Nederland zien; [**tabel 3**] toont de vijf populairste en de vijf minst populaire vestigingsgebieden. De COROP-gebieden Utrecht, Arnhem/Nijmegen, Gooi en Vechtstreek, Haarlem en Veluwe bleken het populairst, Delfzijl, Oost-Groningen, Zuidoost-Drenthe, Noord-Friesland en Midden-Limburg het minst populair.

Van de aios gaf 52,2% aan een voorkeur te hebben voor het verstedelijkt platteland, 26,8% voor een middelgrote stad, 11,5% voor het ruraal platteland en 7,8% voor een grote stad. Een half procent had geen voorkeur en 1,2% wist deze vraag niet te beantwoorden.

Beïnvloedende factoren

Uit de puntentelling kwamen drie factoren naar boven die duidelijk de grootste rol spelen in de vestigingsvoorkeur [**tabel 4**]: werkgelegenheid, zowel voor de aios zelf als voor diens partner, en de nabijheid van ouders, familie en vrienden. Voor wat betreft mogelijke stimulerende faciliteiten [**tabel 5**] valt op dat financiële en facilitaire hulp veruit het hoogst worden gewaardeerd, zowel bij het opzetten van samenwerkingsverbanden als bij het overnemen van een praktijk. Ook een verhoging van het tarief voor Inschrijving Op Naam (ION) gooit hoge ogen.

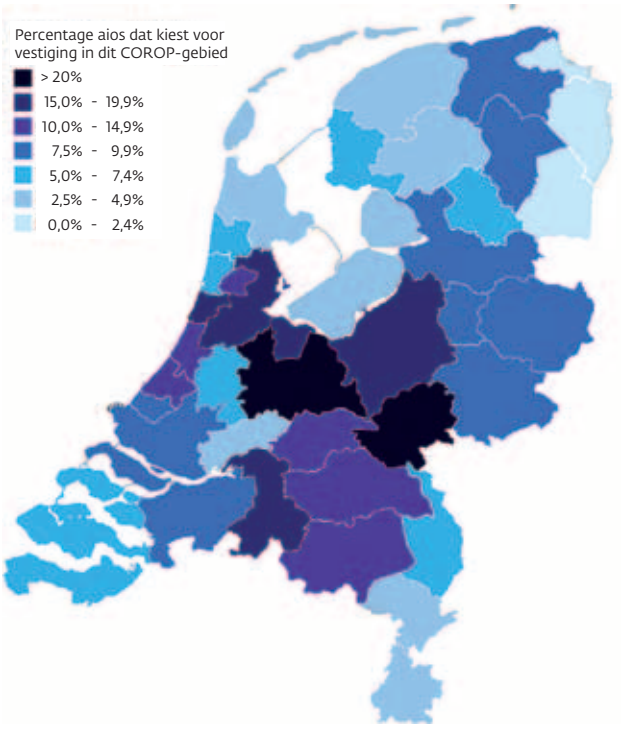
Studiemaatregelen die nog tijdens de huisartsenopleiding vestiging in minder populaire regio's zouden kunnen stimuleren [**tabel 6**], mogen op forse weerstand rekenen als ze verplichtend worden opgelegd. Mogelijkheden om op vrijwillige basis het werken in een probleemgebied te kunnen ervaren worden daarentegen ruim gewaardeerd.

Discussie

Eerder NIVEL-onderzoek heeft aangetoond dat er in Nederland in de afgelopen vijf jaar geen grote regionale verschillen te zien waren in huisartsenbezettingsgraad en in de aanwas van nieuwe huisartsen.[5] Uit ons onderzoek blijkt echter dat er bij huisartsen-in-opleiding wel degelijk grote verschillen in populariteit zijn tussen de verschillende regio's. De vijf populairste regio's – Utrecht, Arnhem/Nijmegen, Gooi en Vechtstreek, Haarlem en Veluwe – worden bijna tienmaal zo vaak genoemd als de vijf minst populaire (Delfzijl, Oost-Groningen, Zuidoost-Drenthe, Noord-Friesland en Midden-Limburg). Zouden aios na hun opleiding vasthouden aan de vestigingsvoorkeuren die ze in ons onderzoek uitspreken, dan zou er in sommige regio's een huisartsentekort ontstaan.

Wat bepaalt de vestigingskeuze van aankomende huisartsen? Leggen we aios zelf deze vraag voor, dan spelen werkgelegenheid zowel voor henzelf als voor de partner, en nabijheid van vrienden en familie de grootste rol. Ook in de literatuur zien we werkgelegenheid voor de partner vaak

Figuur Percentage aios dat kiest voor vestiging in dit COROP-gebied



Tabel 4 Overwegingen die de vestigingskeuze van aankomende huisartsen beïnvloeden

	Eerste keus	Tweede keus	Derde keus	Vierde keus	Vijfde keus	Puntentotaal
Werkgelegenheid voor mijzelf	134	110	54	50	28	1400
Nabijheid van ouders, familie en vrienden	118	60	93	29	36	1203
Werkgelegenheid voor mijn partner	73	130	75	36	18	1200
Aard van de bevolking	34	38	49	51	50	621
Sociaal-culturele verbondenheid met de streek	39	30	29	29	29	489
Waarden zoals rust en natuur	11	14	30	46	57	350
Veilige omgeving voor kinderen met speelruimte	7	7	26	61	48	311
Voldoende infrastructuur in de nabije omgeving	0	11	21	48	63	266
Scholingsaanbod voor kinderen in de nabije omgeving	3	15	16	24	35	206
Waarden zoals cultuur en entertainment	6	8	18	29	23	197
Basaal winkelaanbod in de nabije omgeving	0	2	7	11	19	70
Uitgebreid winkelaanbod in de nabije omgeving	0	0	7	11	19	62
Totaal	*425*	*425*	*425*	*425*	*425*	*6375*

Tabel 5 Speciale faciliteiten die vestiging in een bepaald gebied kunnen stimuleren

	Eerste keus	Tweede keus	Derde keus	Vierde keus	Vijfde keus	Puntentotaal
Financiële en facilitaire hulp bij kwaliteitsverbetering van de over te nemen praktijk	135	126	92	97	85	1734
Financiële en facilitaire hulp bij het opzetten van samenwerkingsverbanden	59	75	62	48	40	917
Verhoging Inschrijving Op Naam	74	43	48	46	43	821
Arbeidsbemiddeling voor mijn partner	59	29	37	41	44	648
Financiële tegemoetkoming voor langere woon-werkafstand	56	32	28	22	31	567
Financiële en facilitaire hulp bij ondersteunend personeel	5	48	63	47	44	544
Woonruimtebemiddeling	11	27	37	46	46	412
Eenmalige bonuspremie bij vestiging	19	23	32	37	50	407
Bemiddeling bij en bereikbaarheid van goede kinderopvang en scholen	7	22	26	41	42	325
Totaal	425	425	425	425	425	6375

terug als voornaamste reden om zich ergens te vestigen.[8] Het verklaart de populariteit van Utrecht, de Randstad, Gelderland en Noord-Brabant, waar de werkgelegenheid voor (hoogopgeleide) partners goed is en die bovendien zo centraal liggen dat familie en vrienden nooit al te ver weg wonen.

Het NIVEL constateerde in een eerder onderzoek dat beginnende huisartsen vaak blijven werken in de regio waar ze zijn opgeleid.[6] Het valt op dat de spreiding van de populaire COROP-gebieden redelijk overeenkomt met de ligging en grootte van de opleidingsinstituten. De uiterste periferie, die ook ten opzichte van de perifere opleidingsinstituten betrekkelijk ver weg is, is het minst populair. Er zijn echter uitzonderingen. De COROP-gebieden rond Maastricht zijn beduidend minder populair dan de COROP-gebieden rond Groningen, hoewel de opleidingsinstituten in beide steden nagenoeg evenveel aios opleiden. Dit verschil zou verklaard kunnen worden door het 'noordspoor', in het kader waarvan aios uit Maastricht hun huisartsenopleiding desgewenst grotendeels in Noord-Brabant kunnen volgen met slechts eenmaal per week centraal onderwijs in Maastricht. Vergelijkbaar met Noord-Brabant is de regio Twente, ook tamelijk in trek zonder dat er een opleidingsinstituut in de nabijheid is. Wellicht komt dat doordat de huisartsenopleiding van het VUmc een dependance heeft in Twente, die het mogelijk maakt om al tijdens de opleiding binding te krijgen met de streek. Deze hypothese wordt ondersteund door retrospectief onderzoek in de Verenigde Staten waaruit bleek dat medisch studenten van een regionaal gelegen medische campus eerder kiezen voor een carrière in dezelfde regio dan studenten die op de universiteitscampus zijn opgeleid.[9] In maart 2011 startte het UMCG om deze reden een opleidingsdependance in de regio Emmen, in de verwachting dat daardoor meer huisartsen in de regio zullen 'blijven hangen'.

De geënquêteerden waarderen de mogelijkheid om op een regionale dependance te studeren in hoge mate. Door een tekort aan plaatsen op de huisartsenopleidingen in Utrecht en de Randstad vallen er jaarlijks artsen af bij de selectie. De huidige generatie aios zou het toejuichen als de student in dat geval de keuze zou krijgen om – vrijwillig – een huisartsenopleiding elders in het land te gaan volgen. Zou deze stap echter verplicht worden, dan zou dat op weerstand stuiten. Actieve samenwerking tussen de verschillende opleidingsinstituten bij de selectieprocedures kan er wellicht toe leiden dat ook perifere opleidingsinstituten en (toekomstige) dependances genoeg aanwas krijgen. Ook andere initiatieven, zoals uitwisselingsprogramma's en faciliteiten om na de huisartsenopleiding tijdelijk te werken in een gebied met een dreigend vestigingstekort, worden hoog gewaardeerd zolang zij op vrijwillige basis zijn en niet verplichtend.

Als faciliterende maatregelen om pas afgestudeerde huisartsen te verleiden in een probleemgebied te gaan werken, waarderen de respondenten met name financiële en facilitaire hulp bij de over te nemen praktijk. Het gaat dan

Tabel 6 Studiemaatregelen om vestiging in impopulaire gebieden tijdens de opleiding te stimuleren

	Volledig eens	Eens	Neutraal	Oneens	Volledig oneens
Opleidingsdependances in 'probleemgebieden'	12,9%	54,1%	16,7%	13,6%	2,5%
Centrale selectieprocedure; geschikte niet-plaatsbare aios de gelegenheid geven zich in een 'probleemgebied' te vestigen	7,1%	48,9%	20,7%	16,9%	5,4%
Centrale selectieprocedure; geschikte niet-plaatsbare aios verplichten zich in een 'probleemgebied' te vestigen	0,5%	3,3%	6,4%	40,9%	48,9%
Uitwisselingsprogramma: aios doen een gedeelte van hun opleiding in een perifeer gebied	11,5%	56,5%	14,8%	12,5%	4,7%
Startende huisartsen faciliteren om werken in een 'probleemgebied' te ervaren voor bepaalde tijd	14,4%	65,6%	14,1%	4,5%	1,4%
Startende huisartsen verplichten om minimaal een jaar te werken in een 'probleemgebied'	0,2%	3,5%	7,5%	32,9%	55,8%

met name om hulp bij het verbeteren van de kwaliteit van de praktijk en bij het opzetten van samenwerkingsverbanden om bijvoorbeeld de ANW-zorg te delen. In Engeland en Wales is gebleken dat dergelijke initiatieven wel degelijk effect sorteren.[8]

Beperkingen

Niet eerder is alle huisartsen-in-opleiding gevraagd naar hun vestigingsvoorkeuren. Wel is er een aantal tekortkomingen in ons onderzoek te benoemen. De respons van 26,3% was laag en het Erasmus MC, het LUMC en het UMCU waren oververtegenwoordigd. De vragenlijst bestond uit gesloten antwoorden en bood daarmee weinig ruimte tot nuancering of verdieping van een mening. Daarnaast bestond de focusgroep die de vragenlijst opstelde alleen uit huisartsen-in-opleiding. Betrokkenheid van anderen, zoals huisartsen, huisartsopleiders en huisarts-onderzoekers, had ongetwijfeld een bredere vragenlijst opgeleverd.

Conclusie

Ons onderzoek laat zien dat er aanzienlijke verschillen zijn tussen regio's als het gaat om de vraag of huisartsen-in-opleiding zich er graag zouden willen vestigen. Het opzetten van extra opleidingsdependances in geïdentificeerde probleemgebieden en extra financiële en facilitaire zekerheid voor de zich vestigende huisarts lijken goede manieren om regionale tekorten aan huisartsen te voorkomen. Het blijft natuurlijk de vraag of zulke tekorten daadwerkelijk zullen ontstaan, gezien de wet van vraag en aanbod. Het lijkt niet goed voorstelbaar dat enthousiaste, aankomende huisartsen liever werkloos thuis zitten in een gebied met een huisartsenoverschot terwijl ze elders aan de slag kunnen. ■

LITERATUUR

1 Dreigend tekort aan huisartsen platteland. Medisch Contact, 15 februari 2010. http://medischcontact.artsennet.nl/Nieuwsartikel/73343/Dreigend-tekort-aan-huisartsen-platteland.htm, geraadpleegd september 2012.
2 Hulscher E. Menzis koopt huisartsenpraktijken op [video]. Groningen: RTV Noord, 2011; http://www.rtvnoord.nl/home/pagina.asp?pid=99472, geraadpleegd september 2012.
3 Teljeur C, Thomas S, O'Kelly FD, O'Dowd T. General practitioner workforce planning: assessment of four policy directions. BMC Health Serv Res 2010;10:148.
4 Hann M, Gravelle H. The maldistribution of general practitioners in England and Wales: 1974-2003. Br J Gen Pract 2004;54:894-8.
5 Van der Velden LFJ, Hingsman L, Kenens RE, Batenburg RS. Regionale spreiding van huisartsen: over mogelijke regionale tekorten aan huisartsen anno 2009 en in de nabije toekomst. Utrecht: NIVEL, 2011.
6 Lammert H, Lud V. Huisartsen honkvast bij keuze locatie. Huisarts Wet 2010;53:73.
7 SBOH. Jaarbericht 2010. Utrecht: SBOH, 2011.
8 Goddard M, Gravelle H, Hole A, Marini G. Where did all the GPs go? Increasing supply and geographical equity in England and Scotland. J Health Serv Res Policy 2010;15:28-35.
9 Wheat JR, Leeper JD, Brandon JE, Guin SM, Jackson JR. The rural medical scholars program study: Data to inform rural health policy. J Am Board Fam Med 2011;24:93-101.

Vacature H&W
Redactielid gevraagd

Elke maand een nieuwe H&W maken is spannend. Het is net zo leuk als gewoon dokter zijn of onderzoek doen. De redactie leest en beoordeelt manuscripten, jaagt op nieuwe onderzoeksartikelen, aast op bijdragen voor rubrieken, schrijft journaalstukjes en commentaren, en bedenkt plannen hoe we H&W verder kunnen verbeteren.
Elk jaar treedt er een redactielid af en daarom zoeken we nieuwe leden. Per januari 2013 hebben we plaats voor een nieuw redactielid.

Taken redactieleden
- Redactieleden beoordelen binnengekomen manuscripten en bespreken deze in de maandelijkse vergadering (elke derde donderdag van de maand van 16.00 uur - 19.00 uur).
- Redactieleden begeleiden auteurs bij het herschrijven van manuscripten.
- Redactieleden schrijven geregeld journaalstukjes en ten minste één commentaar per jaar.
- Redactieleden werven auteurs voor de rubrieken Spreekuur en Import.
- Redactieleden leveren met nieuwe ideeën over inhoud en samenstelling van H&W een bijdrage aan de verdere ontwikkeling van ons wetenschappelijke tijdschrift.

Eisen
- Zin in schrijven en een kritische geest zijn de belangrijkste vereisten. We willen graag een praktiserend huisarts benoemen.
- Ervaring met het beoordelen en publiceren van wetenschappelijke literatuur en/of het geven van onderwijs is gewenst.
- Enthousiasme en bereidheid om ongeveer vier uur per week te besteden aan het lezen en schrijven voor H&W.
- Affiniteit met implementatie en nascholing is wenselijk.
- Een afgeronde promotie en/of een aanstelling bij een wetenschappelijke instelling (UMC) is wenselijk maar niet noodzakelijk.
- Redactieleden dienen lid van het NHG te zijn.

Redactieleden krijgen een vergoeding.

Procedure
De sollicitatiecommissie bestaat uit de hoofdredacteur, een lid van de huidige redactie, een door de verenigingsraad aangewezen lid en een door de Raad van Advies aangewezen lid.
Redactieleden hebben een zittingstermijn van vijf jaar, die ingaat na officiële benoeming door de algemene ledenvergadering in mei 2013.
Verdere informatie kunt u krijgen bij Just Eekhof, hoofdredacteur H&W (tel. 030-2823551 maandag of donderdag of per e-mail: j.eekhof@nhg.org). Sollicitatiebrieven voorzien van een curriculum vitae – indien van toepassing met een lijst van uw belangrijkste publicaties – kunt u vóór 10 december 2012 sturen aan Redactie H&W, postbus 3231, 3502 GE Utrecht of per e-mail: redactie@nhg.org. ■

Chris van Weel

De huisarts van de toekomst

Samenvatting

Van Weel C. De huisarts van de toekomst. Huisarts Wet 2012;55(11):500-3.
Er is in het publieke debat momenteel een roep om de gezondheidszorg fundamenteel anders in te richten. De daarvoor aangevoerde redenen – financieringsproblemen, vergrijzing, medisch-technische innovatie en informatisering – geven echter een incompleet beeld. Ze versluieren de kernvraag: moet de geneeskunde zich richten op de ziekte(n) die de persoon heeft of op de persoon die de ziekte(n) heeft? De huisartsgeneeskunde beweegt zich van oudsher in dat spanningsveld: de behandeling van ziekten alléén is onvoldoende, gezondheidszorg moet ook persoonsgericht en bereikbaar zijn. Voor de volksgezondheid als geheel zijn deze twee kerncompetenties van de huisarts minstens even effectief als ziektespecifieke behandelingen. Voor een toekomstbestendige gezondheidszorg is een sterk geëquipeerde eerste lijn onontbeerlijk, die individuen en groepen ondersteunt om zo goed mogelijk zelf de regie te voeren over hun eigen ziekte en gezondheid: persoonsgerichte en wijkgerichte zorg heeft de toekomst.

WAT IS HET PROBLEEM?

De maatschappij verandert, en daarmee de gezondheidszorg. Dat noopt tot een bezinning op de rol en taak van de huisarts. In het publieke debat zijn momenteel de financieringsproblemen, de vergrijzing van de bevolking, het schier onbegrensde aanbod van medisch-technische mogelijkheden en de grootschalige publieke toegang tot informatie over ziekten en gezondheid doorslaggevende argumenten om de zorg fundamenteel anders in te richten. Nu zal niemand ontkennen dat de sociaal-economische omstandigheden precair zijn, dat het internet informatie ontsluit op een schaal die men tot voor kort niet voor mogelijk hield, dat er spectaculaire diagnostische en therapeutische innovaties plaatsvinden en dat steeds meer mensen steeds ouder worden, maar dat wil nog niet zeggen dat deze factoren werkelijk aan de wortel liggen van de problemen in de gezondheidszorg. Van een ondeugdelijke probleemanalyse valt weinig heil te verwachten bij de herijking van de gezondheidszorg.

Wat er in ieder geval ontbreekt in het debat over de gezondheidszorg, is een historisch perspectief. Daardoor lijkt het alsof er tot voor kort een effectieve en efficiënt functionerende gezondheidszorg bestond, ingebed in een al even harmonieus academisch stelsel van onderzoek, onderwijs en opleiding. En deze harmonie zou dan ruw zijn verstoord door het *world wide web* en *genomics*. In werkelijkheid bestaat er al lange tijd een spanning tussen de interne dynamiek van de geneeskunde en de gezondheidszorg enerzijds, en de zich ontwikkelende maatschappelijke behoefte aan zorg aan de andere kant. Zo maakte al aan het eind van de jaren tachtig de Eerste Nationale Studie van het NIVEL duidelijk dat de bevolking verouderde en dat daarin chronische ziekten sterk tot ontwikkeling kwamen in de vorm van comorbiditeit of multimorbiditeit.[1] Niettemin bleven ziektespecifieke richtlijnen nog enige tientallen jaren de kern vormen van het geneeskundige aanbod, en zijn de gezondheidszorg en het biomedisch onderzoek pas sinds kort ontvankelijker geworden voor de implicaties van 'multimorbiditeitspecifieke' evidence[2,3] en daarmee, meer algemeen, zich bewust geworden van de grenzen aan de waarde van ziektespecifiek onderzoek en ziektespecifieke specialisatie.

IS PATIËNTGERICHT OOK EFFECTIEF?

Het probleem van multimorbiditeit roept de vraag op naar de kern van de geneeskunde: moet die zich richten op de ziekte(n) die de persoon heeft of op de persoon die de ziekte(n) heeft? Deze discussie heeft een respectabele voorgeschiedenis. Zij beleefde een apotheose in de jaren vijftig, toen de huisartsgeneeskunde zich wetenschappelijk organiseerde in antwoord op de technische ontwikkelingen in de geneeskunde en de daaruit voortvloeiende ziektegerichte specialisatie en fragmentering. De huisartsgeneeskunde formuleerde kerncompetenties, die tot doel hadden de scheefgroei tussen ziekte en persoon, zorgaanbod en zorgbehoeften te herstellen.[4,5] Het accent lag daarbij op integrale zorg en continuïteit, generalistische zorg voor de patiënt met zijn ziekte in zijn eigen psychische en sociaal-maatschappelijke omgeving: huisartsgeneeskunde richt zich op alle patiënten, met alle ziekten, in alle stadia.[6] Inzicht in de ervaringswereld van de patiënt verleent legitimiteit aan het huisartsgeneeskundig handelen, niet het aanbod van een diagnostische of therapeutische techniek: 'Waarom komt deze patiënt op dit moment met deze hulpvraag?'[7]

De kern

- De gezondheidszorg staat voor grote veranderingen. In het maatschappelijk debat ontbreekt echter een goede probleemanalyse.
- De eerste lijn, huisartsgeneeskunde voorop, moet zich bevrijden van de paradox dat medisch-technische, ziektespecifieke zorg op korte termijn betere resultaten boekt, terwijl investeren in patiëntgerichtheid, bereikbaarheid en continuïteit op langere termijn de gezondheidszorg beter en goedkoper maakt.
- Het zou een belangrijke verbetering zijn als men de structuren binnen de eerste lijn bij elkaar brengt en daarin tevens specialistische zorg (wanneer nodig) organiseert op basis van een persoonsgerichte benadering.

UMC St Radboud, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, 117-ELG, Postbus 9101, 5300 HB Nijmegen: prof. dr. C. van Weel, hoogleraar Huisartsgeneeskunde • Correspondentie: c.vanweel@elg.umcn.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Deze tekst is ten dele gebaseerd op het afscheidscollege van prof.dr. C. van Weel op 30 november 2012, Radboud Universiteit Nijmegen.

Foto: Muller/Hollandse Hoogte

DE PARADOX VAN DE EERSTE LIJN

Lang is aan deze kernwaarden vooral een moreel-maatschappelijke betekenis toegekend. Persoonsgerichte zorg werd gezien als een aangenaam, warm bad, dat kon worden aanbevolen zolang de toestand van de patiënt niet vroeg om méér, om 'echte geneeskunde'. De impliciete aanname was dat vooral de inzet van gespecialiseerde medische techniek de gezondheidszorg effectief maakt.

Deze aanname werd onderuitgehaald door empirisch onderzoek naar de effectiviteit van de gezondheidszorg. Barbara Starfields artikel 'Is primary care essential?' uit 1994 markeert deze omslag, die de persoons- en populatiegebonden kernwaarden van de huisartsgeneeskunde in een nieuw licht zette.[8] Starfield stelde vast dat een prominente rol van de eerste lijn in de gezondheidszorg samenhangt met een betere gezondheid van de bevolking en grotere kosteneffectiviteit van de zorg. Latere onderzoekers hebben aangetoond dat een krachtige eerste lijn gepaard gaat met een hogere levensverwachting,[9] minder vroegtijdig overlijden aan een aantal belangrijke doodsoorzaken, een betere gezondheidstoestand[10,11] en vroegtijdiger diagnostiek van ernstige ziekten.[12,13] Kort samengevat: de persoonsgerichte aandacht van de eerste lijn is méér dan een warm bad maar levert ook een essentiële bijdrage aan de volksgezondheid.

Dat maakt het relevant om het verschil in resultaten tussen generalist en (sub)specialist onder de loep te nemen. Kijkt men alleen naar ziektespecifieke indicatoren, dan boekt de huisarts minder goede resultaten dan de (sub)specialist. Kijkt men echter naar de volksgezondheid als geheel, dan is de eerstelijns zorg geassocieerd met betere gezondheid, lagere kosten, betere kwaliteit en eerlijkere verdeling van zorg. Men heeft dit de *paradox of primary care* genoemd.[14] De behandeling van ziekte alléén is onvoldoende voor een gezondheidszorg die de ambitie heeft om de gezondheidsstatus van de bevolking te bevorderen. De kerncompetenties van de huisarts houden méér in dan de op zichzelf prijzenswaardige bejegening van patiënten. Het zijn professionele competenties die direct effect hebben op de gezondheid van mensen én van populaties.

KERNWAARDEN

Uit deze analyse vloeit voort dat persoonsgerichte kwaliteiten een belangrijke determinant vormen voor de effectiviteit van de gezondheidszorg. Die kwaliteiten moeten dus ook voor de toekomst zeker gesteld worden. Dat houdt in: gezondheidszorg die gericht is op de persoon en gebaseerd is op kennis over die persoon en diens omgeving; gezondheidszorg die gericht is op alle ziekten en problemen en die plaatst tegen de achtergrond van wat normaal of abnormaal, acceptabel of verontrustend is; gezondheidszorg die de dynamiek van ziektekenmerken afweegt tegen de weerbaarheid, draagkracht en draaglast van de patiënt; gezondheidszorg die steeds opnieuw de balans opmaakt van de opbrengst en risico's van medisch doen en laten.

Een essentiële voorwaarde voor die zorg is bereikbaarheid – in fysieke, maar vooral in 'emotionele' zin. Bereikbaarheid is

Abstract

Van Weel C. The general practitioner of the future. Huisarts Wet 2012;55(11):500-3.

There is currently debate on the need for a fundamental change in the organization of healthcare. Yet the reasons given for this, such as financial problems, population ageing, medical-technological progress, information technology, do not provide the complete picture and mask the real question – should medicine focus on the ailments/diseases a person has or on the person who has ailments/diseases? General practice medicine has long balanced between these two approaches: treatment of disease alone is insufficient, health services should be patient centred and available. For public health in general, these two core competences of general practitioners are as least as effective as disease-specific treatment. Well-equipped primary care is an essential element of future healthcare services, providing individuals or groups with support to take control of their own health: the future may lie in individual- and neighbourhood-centred care.

vooral belangrijk wanneer het erom spant, wanneer huisarts en patiënt het niet vanzelfsprekend eens zijn over de te nemen beslissingen. Het kan bijvoorbeeld gaan om een patiënt met persisterende klachten die medisch onverklaarbaar blijken,[15] om een patiënt die aan verschillende ziekten tegelijkertijd lijdt[16] of om een terminale patiënt die om euthanasie vraagt.[17] In zulke gevallen is het niet altijd mogelijk om tot een vergelijk te komen en moet de huisarts investeren in de professionele relatie met de patiënt. Het blijkt dan vaak toch mogelijk om een goed zorgplan op te stellen zonder de patiënt in een medisch keurslijf te persen en zonder zijn toevlucht te nemen tot oneigenlijke medische handelingen.[15-17]

NAAR EEN STERKE EERSTE LIJN

Twee problemen staan de verdere versterking van de huisartsgeneeskunde – en ipso facto die van de gezondheidszorg – in de weg. Het eerste is de globale aard van de kerncompetenties. Dat de arts-patiëntrelatie, continuïteit van zorg en het niet-pluisgevoel belangrijk zijn, is één, maar in de dagelijkse praktijk zijn ze niet altijd even belangrijk. Feitelijk weet men niet precies wat ze nu beter of slechter, effectiever of minder effectief maakt en daardoor houdt de effectiviteit van de eerste lijn iets van een *black box*. Er moet meer inzicht komen in de kerncompetenties – het onderhouden van de relatie met de patiënt, het arrangeren van zorg door de tijd heen, het inschatten van de ernst van klachten – zodat men zinvolle variatie kan stimuleren en ongewenste variatie kan tegengaan.

Een tweede probleem is dat 'persoonsgerichtheid' nog overwegend als een kenmerk of vaardigheid van de individuele hulpverlener wordt gezien, terwijl de feitelijke zorg in de eerste lijn niet langer geleverd wordt door de huisarts-solist, maar door een multidisciplinair team. Dat lijkt een tweede paradox: waar de kracht van de eerste lijn bestaat uit verbinden en integreren, dreigt het persoonlijke karakter van de arts-patiëntrelatie een rem te zetten op volledige benutting van dit multidisciplinaire potentieel. Een goed ontwikkelde eerste lijn is persoonsgericht, maar de gezondheidszorg functioneert in sterke mate als een structuur van op zichzelf staande bolwerken van kennis en expertise. Daardoor blijft ook in de eerste lijn de focus te zeer liggen op behandeling van ziekten ten koste van gezondheidsbevordering en preventie. Hoe sterk de eerste lijn ook is, door dit gebrek aan verbinding tussen gezondheid(szorg) en welzijn blijven belangrijke behoeften ongedekt. De patiënt ondergaat gezondheidszorg en zijn individualiteit gaat ten onder in het systeem. Behandeling van ziekten leidt vaak niet of onvoldoende tot verbetering van gezondheid en/of welzijn, terwijl goede mogelijkheden om diezelfde ziekten te voorkomen blijven liggen.

Het zou een belangrijke verbetering zijn als men de structuren binnen de eerste lijn bij elkaar brengt en organiseert op basis van een persoonsgerichte benadering, zodat er een systeem ontstaat waarin de hulpverleners gezamenlijk verantwoordelijkheid dragen voor de kernwaarden van de gezondheidszorg:[18]

- van systeemgericht naar persoonsgericht;
- van curatie naar preventie;
- van bolwerk naar netwerk naar buurtwerk;
- verbinden van gezondheid en welzijn.

DE HUISARTS VAN DE TOEKOMST

Deze integratie vormt de essentiële laatste stap in een ontwikkeling die ruim vijftig laar geleden in Nederland en Groot-Brittannië begon met de oprichting van de eerste wetenschappelijke verenigingen voor huisartsgeneeskunde. In die vijftig jaar is duidelijk geworden dat de eerste lijn een vitaal onderdeel is van de gezondheidszorg, maar ook dat zij haar kracht ontleent aan de samenhang met andere geneeskundige en maatschappelijke actoren. De integratie brengt een zorgcontext tot stand die gericht is op de persoon in diens omgeving, met aandacht voor gezondheid, ziekte en welzijn. Zo'n context biedt betere voorwaarden voor het inbrengen in en delen met (sub)specialistische expertise in de eerste lijn.[14]

Het inbedden van 'oude' kernwaarden in de hedendaagse (zorg)realiteit is prioriteit om de gezondheidszorg toekomstbestendig te maken. Verlegging van het zorgzwaartepunt van ziekenhuis naar thuis, buurt en wijk opent daarbij de mogelijkheid om de aloude samenhang tussen openbare gezondheid en eerste lijn te actualiseren. Sinds de negentiende eeuw heeft deze samenhang tot belangrijke innovaties geleid – denk aan de volkshuisvestingsinitiatieven van Wibaut en de zijnen, aan de malariabestrijding in het Hollandse polderland of aan de aandacht voor ondervoeding.[19] 'De wijk' is hierin de belichaming van de concrete woon- en leefomgeving, die in belangrijke mate de gezondheidstoestand van de bewoners bepaalt.[20] Analyse van de lokale omstandigheden maakt het mogelijk in te spelen op concrete behoeften en noden van de bewoners. Iedere huisarts heeft zijn 'wijk' – zijn praktijkpopulatie –, en iedere 'wijk' is anders. Het huisartseninformatiesysteem bevat veel informatie over die populatie, die effectiever zou kunnen worden ingezet voor het plannen van zorg. Ook andere informatiebronnen zijn te raadplegen – bijvoorbeeld GGD's, verzekeraars of sociaal-economische gegevens van gemeenten. Bundeling van de informatie uit verschillende bronnen tot 'wijkanalyses levert zo veel kennis op van de lokale omstandigheden dat het mogelijk wordt om niet alleen goed te reageren op vragen en klachten die tijdens het spreekuur voorbijkomen, maar ook proactief in te spelen op de behoeften van de eigen praktijkpopulatie.

In de regel kunnen de meeste mensen de meeste gezondheidsproblemen zelf oplossen. Juist dan is het belangrijk aandacht te hebben voor degenen die tussen wal en schip vallen: kwetsbare ouderen, mensen met verstandelijke beperkingen, slachtoffers van (huiselijk) geweld, illegalen en daklozen. Maar ook overigens autonome mensen die hulp nodig hebben in de confrontatie met bedreigende ziekten of ontwrichtende sociaal-maatschappelijke omstandigheden.

CONCLUSIE

Onontbeerlijk voor een toekomstbestendige gezondheidszorg is een sterk geëquipeerde eerste lijn die individuen en groepen ondersteunt om zo goed mogelijk zelf de regie te voeren over hun eigen ziekte en gezondheid. Die eerste lijn – met de huis-

arts voorop – verbindt professionals uit de tweede lijn rond diegenen die professionele zorg nodig hebben. Zij opereert daarbij in nauwe samenhang met de openbare gezondheidszorg, zodat zij kennis over de populatie en inzicht in de specifieke noden en behoeften daarvan kan vertalen in gerichte programma's voor preventie en zorg.

Informatie- en communicatietechnieken zullen onontbeerlijk zijn om kennis daar te brengen waar deze nodig is, en om fysieke afstanden tussen patiënten en professionals te overbruggen. Het verdient bijzondere aandacht ervoor te zorgen dat deze technieken niet slechts toegankelijk zijn voor de *happy healthy few* maar juist ook voor de meest kwetsbaren.[21]

Bij een toekomstbestendige gezondheidszorg hoort een toekomstbestendige financiering. Die financiering betaalt de zorg die nodig is, en niet de professional die zich van die zorg meester heeft gemaakt. Die financiering beloont preventie en gezond gedrag, en bevordert autonomie.

Tot slot geeft een toekomstbestendige gezondheidszorg zich rekenschap van het feit dat mensen 24 uur per dag ziek kunnen worden en een beroep op zorg moeten kunnen doen. Dat de eerste lijn, met de huisarts als kern, onontbeerlijk is voor duurzame zorg betekent óók dat die eerste lijn 24 uur per dag ten volle toegankelijk moet zijn. ■

LITERATUUR

1 Schellevis FG, Van der Velden J, Van de Lisdonk EH, Van Eijk JThM, Van Weel C. Co-morbidity of chronic diseases in general practice. J Clin Epidemiol 1993;46:469-73.
2 Van Weel C, Schellevis FG. Comorbidity and guidelines: Conflicting interests. Lancet 2006;367:550-1.
3 Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: Implications for pay for performance. JAMA 2005;294:716-24.
4 Vroege NH. Het Woudschoten-rapport. Huisarts Wet 1966;9:372-85.
5 Wonca Europe. The European definition of general practice/family medicine. Barcelona: The European Society of General Practice/Family Medicine Europe, 2002. http://www.woncaeurope.org, geraadpleegd 25 mei 2012.
6 Rapport van de subcommissie gezondheids(zorg)wetenschappen. Amsterdam: Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen, 1991.
7 Olde Hartman TC, Van Ravesteijn H, Lucassen P, Van Boven K, Van Weel-Baumgarten E, Van Weel C. Why the 'reason for encounter' should be incorporated in the analysis of outcome of care. Br J Gen Pract 2011;61:750-1.
8 Starfield B. Is primary care essential? Lancet 1994;344:1129-33.
9 Franks P, Fiscella K. Primary care physicians and specialists as personal physicians: Health care expenditures and mortality experience. J Fam Pract 1998;47:105-9.
10 Gulliford MC. Availability of primary care doctors and population health in England: Is there an association? J Public Health Med 2002;24:252-4.
11 Macinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. Int J Health Serv 2007;37:111-26.
12 Ferrante JM, Gonzalez EC, Pal N, Roetzheim RG. Effects of physician supply on early detection of breast cancer. J Am Board Fam Pract 2000;13:408-14.
13 Campbell RJ, Ramirez AM, Perez K, Roetzheim RG. Cervical cancer rates and the supply of primary care physicians in Florida. Fam Med 2003;35:60-4.
14 Stange KC, Ferrer RL. The paradox of primary care. Ann Fam Med 2009;7:293-9.
15 Olde Hartman T, Hassink-Franke L, Lucassen P, Van Spaendonck K, Van Weel C. Explanation and relation: How do general practitioners deal with patients with persistent medically unexplained symptoms: a focus group study. BMC Fam Pract 2009;10:68.
16 Luijks HD, Loeffen MJ, Lagro-Janssen AL, Van Weel C, Lucassen PL, Schermer TR. GPs' considerations in multimorbidity management: A qualitative study. Br J Gen Pract 2012;62:503-10.
17 Dees M, Dekkers W, Vissers K, Van Weel C, Vernooy-Dassen M. Exploring unbearable suffering in a request for euthanasia. Palliative Medicine 2012. Geaccepteerd: september 2012.
18 Nijmeegs Manifest. Nijmegen: UMC St Radboud, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, 2010. http://stats.uci.ru.nl/~wvgerwen/koploper/1.0manifest_versie1.2.pdf, geraadpleegd 25 mei 2012.
19 Aulbers BJM, Bremer GJ, redactie. De huisarts van toen: Een historische benadering. Rotterdam: Erasmus publishing, 1995.
20 CSDH. Closing the gap in one generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2008. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf, geraadpleegd 25 mei 2012.
21 Robben SH, Perry M, Huisjes M, Van Nieuwenhuijzen L, Schers HJ, Van Weel C, et al. Implementation of an innovative web-based conference table for community-dwelling frail older people, their informal caregivers and professionals: A process evaluation. BMC Health Serv Res 2012;12:251.

Nico van Duijn

Lange werkweek

Per week 84 uur werken tijdens de opleiding tot arts (Canada) levert iets betere dokters op dan bij 48 uur (Nederland). Het verschil is klein. Beter is te zeggen dat 84 uur per week sneller volleerde dokters oplevert. Want uiteindelijk word je toch wel een bekwame dokter als je maar voldoende ervaring opbouwt. Wat is ietsje meer bekwaam?

De Canadezen zijn na hun opleiding iets beter in het aanpakken van complexe problemen, de echte puzzels. Die komen niet vaak voor. Daarom hebben Canadezen met hun langere werkweek meer ervaring met puzzels. Nederlandse dokters leren dat wat later. Uit 1975 ken ik dat leven als arts-assistent; 12-urige werkdagen plus een nacht- of weekenddienst, zonder uitslapen daarna, 72-84 uur per week. Nooit bijscholing, nooit onderwijs van de baas, alleen praktische oplossingen. Als je 12 uur per dag door het ziekenhuis holt, dan word je in korte tijd een handige dokter. Zelfvertrouwen, improviseren en tempo maken, dat is wat je leert. Maar je leert niet te leren. Je leert je te redden. In Nederland vermeldt de CAO voor jonge dokters 48 uur maximaal. Dat is beschaafd, al heb ik persoonlijk geen medelijden met wie 60 uur per week werkt. Maar daarboven is het overleven. Kun je in 48 uur per week een vak leren? In 30 uur misschien ook? Ik denk dat dit kan, als je goed onderwijs krijgt en 's avonds veel studeert. Goed onderwijs is namelijk meer dan iets domweg vaak doen. Tegelijk moet je zuinig op jezelf zijn. Een stukgewerkt mens is geen goede dokter. Van lange werkweken word je snel een handige dokter. Maar die handigheid is niet slijtvast. Die handigheid is na 10 jaar ouderwetse routine geworden. Van 48 uur per week met goed onderwijs word je een leerbare dokter. En dat blijft. ■

Jolanda Dwarswaard, Margo Trappenburg

BESCHOUWING

De huisarts en de tijdgeest

Samenvatting

Dwarswaard J, Trappenburg MJ. De huisarts en de tijdgeest. Huisarts Wet 2012;55(11):504-8.

Om te onderzoeken of de beroepsethiek van huisartsen veranderd is door veranderende patiënten en het veranderende overheidsbeleid hebben we *Huisarts & Wetenschap* op kwalitatieve wijze geanalyseerd voor de periode 1957 tot 2008. Daarnaast hebben we semigestructureerde interviews gehouden met drie generaties huisartsen. Het onderzoek laat zien dat de huisartsgeneeskundige beroepsethische normen door de tijd heen zijn veranderd. In de jaren vijftig en zestig van de vorige eeuw is de huisarts opvoeder van de patiënt. De huisarts bepaalt wat goed voor de patiënt is. In de jaren zeventig is de huisarts nog steeds opvoeder, maar nu wordt het belangrijk om de patiënt op te voeden tot zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid. Deze roep om eigen verantwoordelijkheid is vooral afkomstig van de huisarts en niet van de veranderende patiënt. In de jaren negentig wordt terughoudend beleid een norm binnen de beroepsethiek van de huisarts. Het overbrengen van dit terughoudende beleid op de patiënt is echter lastig. De invoering van marktwerking maakt het voor huisartsen nog moeilijker om terughoudend te zijn met het verlenen van zorg. Hoe de beroepsethiek verder zal evolueren hangt af van de eensgezindheid onder huisartsen en van toekomstig overheidsbeleid.

INLEIDING

Volgens sociologen die zich bezighouden met de bestudering van beroepen (arts, advocaat, notaris, accountant) heeft een beroep een aantal kenmerken:

1. gespecialiseerde kennis;
2. professionele autonomie (beroepen mogen zelf bepalen wie zich arts/advocaat/notaris mag noemen en hebben ook het recht iemand die titel weer af te nemen);
3. beroepsethiek (de principiële partijdigheid van advocaten, de beroepseed van de dokter).[1,2]

Die beroepsethiek interpreteert men binnen de professiesociologie op twee manieren.[3] Er zijn auteurs die beroepsethiek zien als waarborg voor het goede handelen van de professional.[2,4-7] Een negatievere interpretatie ziet beroepsethiek vooral als een machtsmiddel dat men als tactisch instrument kan inzetten.[1,8-11] Bijvoorbeeld: de arts verschuilt zich achter zijn medisch beroepsgeheim om zijn eigen falen te verbergen; de arts doet alsof hij het goede voor heeft met zijn patiënt, maar is in feite uit op financieel gewin. In beide interpretaties bestaat echter relatief weinig aandacht voor de precieze inhoud van de beroepsethiek en al helemaal weinig voor de wijze waarop beroepsethiek door de tijd heen verandert.

Het NWO-project The Robustness of Medical Professional Ethics (afgesloten in 2011) heeft onder meer in kaart gebracht hoe maatschappelijke veranderingen van invloed zijn geweest op de beroepsethiek van de huisarts. Zie Samenvatting van het proefschrift [**kader**].[12]

In deze beschouwing staan we stil bij de invloed van twee van de drie onderzochte maatschappelijke veranderingen: de veranderende patiënt en het veranderende overheidsbeleid. De eerste ontwikkeling betreft het stijgende opleidingsniveau van de bevolking en het steeds mondiger worden van de patiënt. Voor de tweede ontwikkeling besteden we in deze beschouwing vooral aandacht aan de introductie van marktwerking in 2006. Inzicht in deze veranderende beroepsethiek geeft de huisarts de kans te reflecteren op de veranderingen. Verandert de beroepsethiek in een gewenste richting of is het beter op de rem te trappen?

METHODEN

In het onderzoek hebben we twee bronnen voor informatie over beroepsethiek gebruikt: vaktijdschriften en individuele huisartsen. We hebben *Huisarts & Wetenschap* (H&W) op kwalitatieve wijze geanalyseerd voor de periode 1957 tot 2008.[13] Daarvoor hebben we alle artikelen in deze jaargangen bekeken. De basis van de zoektocht in de tijdschriften vormden de in de inleiding genoemde maatschappelijke veranderingen. In de jaargangen zochten we naar artikelen die handelen over de relatie van de arts met de patiënt en de relatie tussen arts en maatschappij. Van de relevante artikelen hebben we de auteur en de strekking van het artikel gerapporteerd. Relevante passages (representatief voor de strekking van het artikel) hebben we letterlijk genoteerd. Nadat we alle jaargangen op deze manier hadden geanalyseerd, zijn we gestart met *close reading* van alle aantekeningen. Vervolgens hebben we de gegevens door middel van open codering gecategoriseerd. In de daarop volgende fase heeft axiale codering plaatsgevonden om de concepten die uit de gegevens kwamen met elkaar in verbinding te brengen. In de laatste fase hebben we door middel van

De kern

- De beroepsethiek van de huisarts is dynamisch en verandert onder invloed van maatschappelijke veranderingen.
- Eigen verantwoordelijkheid en terughoudendheid zijn sinds de jaren zeventig belangrijke beroepsethische normen van de Nederlandse huisarts.
- Onder invloed van de veranderende patiënt en de introductie van marktwerking is het steeds moeilijker terughoudendheid te betrachten.

Erasmus Universiteit [iBMG], Postbus 1738 3000 DR Rotterdam: dr. J. Dwarswaard, universitair docent. Universiteit van Amsterdam, Faculteit der Maatschappij- en Gedragswetenschappen/Universiteit Utrecht, USBO: prof.dr. M.J. Trappenburg, Bijzonder Hoogleraar Sociaal politieke aspecten van de verzorgingsstaat en overlegeconomie, universitair hoofddocent • Correspondentie: dwarswaard@bmg.eur.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: het onderzoek is gefinancierd door NWO.

Samenvatting van het proefschrift

Dit artikel is gebaseerd op een onderzoek naar de invloed van veranderende patiënten, veranderend overheidsbeleid en een veranderend patroon van arbeidsparticipatie op de beroepsethiek van huisartsen en chirurgen. Vanwege de doelgroep van dit tijdschrift blijft de chirurg hier buiten beschouwing. Ook de derde maatschappelijk ontwikkeling, het toegenomen aantal vrouwelijke artsen en de veranderende balans tussen werk en privé, belichten we hier niet. Elders vindt men een beschrijving van het volledige onderzoek.[12,16,17]

Tabel Overzicht geïnterviewde huisartsen (n = 28)

Kenmerk	Aantal
Man (M)	15
Vrouw (V)	13
Tussen 25 en 40 (J)	9
Tussen 40 en 55 (M)	8
55 jaar en ouder (O)	11
Stedelijk	17
Landelijk	11

selectief coderen een selectie gemaakt van de belangrijkste concepten.[14] Ter validering heeft een tweede onderzoeker uit het projectteam in iedere fase een deel van het materiaal ook gecodeerd.

Naast het literatuuronderzoek hebben we semigestructureerde interviews met drie generaties huisartsen (jong, mid-career, ouder/gepensioneerd) afgenomen. De interviews duurden tussen de 45 en 120 minuten. Huisartsen die zijn opgeleid in de jaren zestig hebben tijdens hun studie andere beroepsethische normen aangeleerd dan jongere generaties artsen. Naast de leeftijdsindeling hebben we getracht een afspiegeling van de werkelijke verhouding tussen het aandeel mannen en vrouwen te bereiken. Daarnaast hebben we rekening gehouden met de setting waarin de respondenten werkzaam zijn. Voor huisartsen keken we daarbij naar de locatie van de praktijk: in een stedelijk of landelijk gebied. In de [**tabel**] staat een overzicht van de kenmerken van de respondenten. In de tabel hebben we tevens codes aangegeven, zodat is na te gaan van welke categorie huisarts (jong, oud, man, vrouw) een citaat afkomstig is. Alle interviews zijn verbatim uitgewerkt en met behulp van Atlas.ti op dezelfde wijze gecodeerd als de jaargangen van H&W.

PATERNALISTISCHE VADERFIGUUR

De jaren zestig kan men typeren als een periode waarin 'heel de huisarts' aandacht moest hebben voor 'heel de patiënt'. De huisarts komt in H&W naar voren als paternalistische vaderfiguur. Een goede huisarts levert psychosomatische zorg. De huisarts is 'één van de weinige personen in onze samenleving, bij wie een mens voor van alles en nog wat gehoor kan vinden'.[14] Het persoonlijke leven van de patiënt en het gezin waarin deze leeft is een belangrijk element in de hulpverleningsrelatie. Maar ook de persoonlijkheid van de huisarts is van belang. De huisarts moet zich inleven in de gevoelswereld van de patiënt en emotionele betrokkenheid tonen. Een goede huisarts zet niet alleen zijn technische vaardigheden in, maar bouwt ook een relatie op met de patiënt, waardoor hij de patiënt kan begeleiden in het ziek-zijn.

> *De arts is de personificatie van de medemenselijke hulp. De arts is er niet om het waarom van het ziek-zijn te doen begrijpen, maar om de mens in zijn ziek-zijn te begeleiden en hem te helpen voor zover zijn kennis en deskundigheid hem hiertoe in staat stellen.*[18]

Dit betekent echter niet dat er sprake is van een gelijkwaardige relatie tussen de huisarts en de patiënt. De huisarts moet zijn persoonlijkheid ontwikkelen in de richting van een 'opvoeder'.[19]

> *'[E]lk contact van een arts met een patiënt [is] tot op zekere hoogte een herhaling van het contact van een ouder met een kind'.*[19]

De huisarts kan zorgen dat de patiënt een 'innerlijke groei'[20] doormaakt, zodat de patiënt weer normaal kan functioneren in de maatschappij. De huisarts helpt hiermee niet alleen de patiënt, maar ook zichzelf:

> *'Ook de arts kan door zijn ervaringen met deze mensen en hun lijdensproblematiek tot verbreding van inzicht en tot verdieping van bewustzijn komen.'*[21]

Het verhaal van de patiënt is weliswaar zeer belangrijk, maar het kennen van de patiënt betekent voor de huisarts in de jaren vijftig en zestig ook dat hij kan beslissen voor de patiënt. Door zijn inzicht in de persoonlijkheid van de patiënt is de huisarts bijvoorbeeld de geëigende persoon om te kunnen beoordelen of hij een patiënt op de hoogte kan stellen van de naderende dood. In de jaren vijftig en zestig is het geven van hoop belangrijker dan het geven van volledige informatie.

> *In dit stadium [twijfel; 'dokter, het zal toch niet de gevreesde*

Abstract

Dwarswaard J, Trappenburg MJ. General practitioners and changing times. Huisarts Wet 2012;55(11):504-8.

Issues of Huisarts and Wetenschap from 1957 to 2008 were analysed to see whether the professional ethics of general practitioners have changed in response to changes in patient characteristics and changes in government policy. In addition, semi-structured interviews with three generations of GPs were carried out. Results showed that professional standards have changed over the years. In the 1950s and 1960s, GPs acted as 'parents' for their patients, determining what was appropriate for them. GPs still had this role in the 1970s, but it was no considered important to teach patients to be independent and to take responsibility for their health. This change, with emphasis on one's own responsibility, was instigated by GPs and not by changes in patient characteristics. In the 1990s, restraint became a professional standard, but this policy proved difficult to communicate to patients. The introduction of market forces to health care has made it increasingly difficult for GPs to be restrained in the provision of care. How the professional ethics of GPs will change in the future depends on the solidarity among GPs and on government policy.

ziekte zijn'] mogen wij ons nimmer laten gaan en denken: ik zal het maar zeggen, dat het hopeloos is, misschien geeft het de patiënt rust. In die gevallen waarbij de diagnose aan de patiënt bekend was, bleek, dat het ziekbed oneindig veel zwaarder te dragen was, dan in gevallen van onwetendheid.[22]

Vanaf de jaren zeventig wordt het geven van informatie een belangrijke beroepsethische norm.

EIGEN VERANTWOORDELIJKHEID BIJBRENGEN

In de jaren zeventig verandert de beroepsethiek. De huisarts is nog steeds een opvoeder, maar hij voedt de patiënt nu op tot zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid.[23] De huisarts moet de patiënt 'in staat stellen zijn eigen keuzen te maken'[24] en de mogelijkheid tot zelfzorg van patiënten bevorderen. Hij behoort niet langer een 'oplosser'[25] van alle problemen te zijn.

In de plaats van de deskundige die een kapot apparaat repareert, komt de gelijkwaardige gesprekspartner. Tijdens de dialoog is de patiënt vooral een deelnemer verantwoordelijk voor eigen lijf en leden [...].[26]

Op deze manier moet de huisarts medicalisering voorkomen. Interessant is dat deze ontwikkeling in de beroepsethiek vrijwel niet werd veroorzaakt door maatschappelijke veranderingen als bijvoorbeeld de komst van hoger opgeleide patiënten die graag zelf het heft in handen wilden nemen. De roep om eigen verantwoordelijkheid van de patiënt is doorgaans afkomstig van de huisarts. Patiënten zitten daar lang niet altijd op te wachten, zo blijkt uit diverse passages in dit tijdschrift.

Zeker is het voor veel patiënten veel minder gemakkelijk. [...] Patiënten worden op een weg geleid waar zijzelf meer verantwoordelijkheid moeten dragen, harder moeten werken aan het eigen genezingsproces en zelf besluiten moeten nemen en keuzen maken.[27]

Was het dan zo dat huisartsen als het ware anticipeerden op mondige, hoger opgeleide patiënten? Pasten zij hun beroepsethiek proactief aan? Gedeeltelijk, maar belangrijker waren het eigen belang van de huisarts en zorginhoudelijke overwegingen. Enerzijds raakte de huisarts naar eigen zeggen overbelast doordat patiënten oneigenlijke problemen bij hem neerlegden. Anderzijds denkt de huisarts ook dat de hulpverlening effectiever wordt wanneer patiënten zelf verantwoordelijkheid nemen voor hun ziekte. De patiënt zal sneller geneigd zijn zich aan de behandeling te houden wanneer hij betrokken is geweest bij het stellen van de diagnose en het kiezen van de behandeling.[28]

OPVOEDEN TOT GEPAST GEBRUIK

De arts van de jaren vijftig en zestig was een paternalistische opvoeder, de arts van de jaren zeventig en tachtig voedde op tot zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid. Deze norm blijft belangrijk, maar in de jaren negentig komt daar nog een dimensie bij. De beroepsethische norm wordt geleidelijk aan die van terughoudend beleid. Terughoudend beleid is belangrijk om twee redenen. Allereerst moet het ervoor zorgen dat patiënten niet onnodig worden geschaad. Extra zorg geeft immers meer kans op iatrogene schade. Ten tweede moet terughoudendheid de zorg betaalbaar houden. Huisartsen worden daarbij geholpen door NHG-Standaarden die deze terughoudendheid voorschrijven.

In het kader van de NHG-Standaarden gaat het onder meer om het principe 'in dubio abstine' [bij twijfel nalaten], om medicalisering te voorkomen en om versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg.[29]

Overbodig diagnostisch en therapeutisch handelen moet men voorkomen. In veel gevallen gaan klachten vanzelf over en blijkt dat 'de natuur zelf nog altijd de beste heelmeester'[30] is. Het terughoudend zijn met het verstrekken van zorg wordt in de jaren tachtig en negentig een belangrijke norm in de beroepsethiek van de Nederlandse huisarts. Huisartsen zijn met dit uitgangspunt bondgenoten van de overheid, die immers ook onnodige kosten wil vermijden. Ook in de interviews bevestigen de respondenten dit. Zo zei een van de respondenten:

Ik vind wel dat als ik bijvoorbeeld kan kiezen tussen een goedkoop medicijn of een duur medicijn, dan kies ik voor het goedkope. Niet voor mezelf en voor de patiënt, ja ook, maar wel voor de totale kosten in de gezondheidszorg. Daar probeer ik steeds aan te denken. Ik denk niet alleen: dat is onnodige diagnostiek, want dat brengt me niet verder of daar heeft de patiënt niets aan, maar ook aan de kosten. (interview HJV1)

Het is echter lastig om dit terughoudende beleid aan de patiënt over te brengen. De patiënt, die steeds mondiger wordt, maakt het de huisarts niet altijd gemakkelijk om zich aan de standaarden te houden. Volgens vele artikelen in dit tijdschrift in de jaren negentig botsen de professionele opvatting en die van de leek met elkaar.[31] Patiënten hebben soms 'buitensporige eisen'[32] en verwachten dat de huisarts een behandeling instelt, terwijl de huisarts op grond van zijn kennis daartoe niet wil overgaan.[33] Een van de respondenten verwoordt dit in een interview als volgt.

De huisartsgeneeskunde is een stuk roeien tegen de stroom op. Ook tegen de vraag van de patiënt. [...] Ik vind dat patiënten toch vaak een heleboel ongezonde dingen vragen van dokters. [...] de huisarts is de hoeder van het natuurlijk beloop. [...] Dat wordt steeds moeilijker [...] door nog meer aandringende vragen van de consument. (interview HOM2)

BEDREIGING BEROEPSETHISCHE NORMEN

Niet alleen de toenemende veeleisendheid van de patiënt is een obstakel voor het terughoudende beleid van de huisarts, ook de beleidsverandering in de richting van meer marktwerking in de zorg vormt een mogelijke bedreiging. In dit tijdschrift wordt in de aanloop naar dit nieuwe sturingsmechanisme ge-

regeld aandacht besteed aan de mogelijke consequenties van dit beleid. Vooral Hans van der Voort, directeur van het NHG tot 2000, is bezorgd vanwege negatieve effecten. De strekking van zijn kritiek is dat meer en snellere zorg niet altijd beter is voor de patiënt en bovendien erg duur. Wanneer artsen door financiële prikkels gestimuleerd worden om in te gaan op de wensen van de patiënt zal dit leiden tot 'een irrationeel circus en een financiële ramp'.[34] Wanneer ook verzekeraars allerlei activiteiten (zoals chiropractie en botdichtheidsmetingen) opnemen in een aanvullende verzekering, omdat dit aansluit bij de wens van de patiënt, wordt 'het de huisarts steeds moeilijker gemaakt terughoudendheid te betrachten'.[35]

Een van de veranderingen als gevolg van de introductie van de marktwerking is inderdaad een minder strikte toepassing van het terughoudende beleid, zo blijkt uit de interviews. Door de wijziging in de financieringssytematiek zijn huisartsen volgens de respondenten vaker verrichtingen gaan uitvoeren die ze daarvoor als overbodig zagen. Een huisarts reflecteert op het maken van ecg's:

Het moet wel zinvol zijn, maar je merkt dat het een glijdende schaal kan zijn. En als ik dat dan van sommige andere collega's hoor. Dat is absurd. Hoe kun je nu zoveel extra omzetten? Gewoon omdat ze dat nog veel makkelijker doen. (interview HMM4)

Een andere respondent zegt over kleine chirurgische ingrepen:

Dat ik makkelijker zeg: dat kun je toch bij mij doen. [...] Het is niet zo dat ik bij elke wrat die ik zie zeg: kom maar langs. Nee, het is ook een hulpvraag. En ik probeer daar zo eerlijk mogelijk in te zijn. Soms denk ik weleens: dit had niet gehoeven, maar dat is omdat ik het leuk vind. (interview HMM5)

Zoals we in de paragraaf hierboven al hebben beschreven, vinden patiënten extra zorg vaak heel prettig. In gebieden waar veel huisartsen zijn, wordt het ook belangrijker om je patiënten te behouden. Sommige huisartsen zijn daarom sneller geneigd mee te gaan met de wens van de patiënt. Bij een bloedonderzoek bijvoorbeeld.

Vroeger was je dan duidelijk, wat wil je hiermee precies bereiken? Heeft het meerwaarde? Nu zeg je wat sneller: oké, de patiënt wil dat. Van mijn bord gaat het niet. Doe je dat niet, dan heb je misschien een ontevreden patiënt die weer wegloopt. Waarvoor zou ik eigenlijk zo streng moeten zijn? (interview HMM3)

Dat huisartsen ook betaald worden voor die extra verrichtingen zorgt ervoor dat de prikkel van twee kanten komt. Het financieringssysteem en de mondige patiënt, die geregeld wordt gewezen op zijn rechten in de zorg, versterken elkaar. Het terughoudende beleid verdwijnt meer naar de achtergrond, omdat 'in de loop van de tijd steeds [minder huisartsen] meewerken aan het beheersbaar houden van de kosten in de zorg' (interview HMM1).

Foto: Spaarnestad Photo/Hollandse Hoogte

CONCLUSIE

De beroepsethiek is in de afgelopen halve eeuw veranderd onder invloed van maatschappelijke ontwikkelingen. In de relatie met de patiënt veranderde de norm om de patiënt hoop te geven in de norm om de patiënt goed te informeren over de aard van de ziekte. Als huisarts besliste je in de jaren vijftig en zestig wat goed was voor de patiënt. De persoonlijkheid van de huisarts was een belangrijk onderdeel van de huisartsenzorg. In de jaren zeventig wordt de norm de patiënt eigen verantwoordelijkheid bij te brengen een belangrijk onderdeel van de beroepsethiek. In de jaren tachtig en negentig wordt de norm dat huisartsen patiënten moeten opvoeden tot een verstandig en terughoudend gebruik van zorg.

Het vasthouden aan de norm terughoudend te zijn met zorg om schade aan de patiënt en de financiën te voorkomen is niet gemakkelijk. Patiënten vinden meer handelen vaak prettiger dan minder handelen. De invoering van marktwerking maakt de wens van de patiënt nog belangrijker. Bovendien hebben de financiële prikkels huisartsen minder terughoudend gemaakt. Daarmee lijkt de norm 'je moet terughoudend zijn met het verstrekken van zorg' te worden afgezwakt. De norm lijkt zich nu in een transitiefase te bevinden. Voor een deel van de huisartsen is de norm aan het veranderen in: je moet meedenken met de wens van de patiënt en toegeven aan diens wensen zolang je de patiënt daar niet mee schaadt. Een ander deel houdt vast aan de traditionele voorkeur voor terughoudendheid en blijft zich verantwoordelijk voelen voor de kosten van de zorg. Hoe de beroepsethiek in dit opzicht zal evolueren hangt af van de eensgezindheid onder huisartsen (als de patiënt zijn terughoudende huisarts makkelijk kan inruilen voor een klantvriendelijker dokter wordt vasthouden aan terughoudendheid erg moeilijk) en van het toekomstig overheidsbeleid. De nadruk op concurrentie tussen huisartsen, zoals recentelijk door de uitspraak van de Nederlandse Mededingingsautoriteit is bevestigd door de boete aan de Landelijke Huisartsen Vereniging,[36] maakt het voor huisartsen moeilijk om hun poortwachtersrol te bewaken. Wanneer de kans groot is dat de patiënt overstapt naar een andere huisarts (door een groot aanbod van huisartsen in de regio) is het veel minder

makkelijk om de patiënt te overtuigen van zinnige en zuinige zorg. Juist ook omdat de patiënt een dergelijke houding niet altijd waardeert.

Als huisartsen zich eensgezind sterk maken voor hun traditionele norm van terughoudendheid en gepast gebruik, en de overheid en zorgverzekeraars de strenge poortwachter van nog niet zo heel lang geleden gaan herwaarderen, kan de traditionele norm misschien nog worden gered. ■

LITERATUUR

1 Freidson E. Professional dominance: the social structure of medical care. New York: Atherton Press, 1970.
2 Freidson E. Professionalism: the third logic. Chicago: The University of Chicago Press, 2001.
3 Matthews RCO. The economics of professional ethics: Should the professions be more like business? Economic J 1991;101:737-50.
4 Parsons T. The social system. New York: The Free Press, 1951.
5 Tonkens E. Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking, vraagsturing en professionaliteit in de publieke sector. Utrecht: NIZW Uitgeverij, 2003.
6 Mol A. De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen. Amsterdam: Uitgeverij van Gennep, 2006.
7 Van Heijst A. Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit. Zoetermeer: Klement, 2006.
8 Berlant JL. Professions and monopoly: a study of medicine in the United States and Great Britain. Berkeley: University of California Press, 1975.
9 Larson, MS. The rise of professionalism. California: University of California Press, 1977.
10 Johnson TJ. Professions and power. London: Macmillan, 1972.
11 Abbott A. The system of profession: an essay on the division of expert labor. Chicago: The University of Chicago Press, 1988.
12 Dwarswaard J. De dokter en de tijdgeest. Een halve eeuw veranderingen in de beroepsethiek van huisartsen en chirurgen. Den Haag: Boom Lemma uitgevers, 2011.
13 Boeije H. Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen. Amsterdam: Boom Onderwijs, 2005.
14 Strauss, A. Qualitative analysis for social scientists. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.
15 Meininger JW. Huisarts, wetenschap en geneeskunst. Huisarts Wet 1958;2:259-62.
16 Dwarswaard J, Hilhorst M, Trappenburg M. The robustness of medical professional ethics when times are changing: A comparative study of general practitioner ethics and surgery ethics in The Netherlands. J Med Ethics 2009;35:621-5.
17 Dwarswaard J, Hilhorst M, Trappenburg M. The doctor and the market: about the influence of market reforms on the professional medical ethics of surgeons and general practitioners in the Netherlands. Health Care Anal 2011;19:388-402.
18 Huygen FJA. Lacunes in de opleiding van de huisarts. Huisarts Wet 1960;3:433-7.
19 Groen J. Gedachten naar aanleiding van en ontleend aan de Boerhavecursus medische psychologie. Huisarts Wet 1958;2:348-51.
20 Cornelissen RL. Revalidatie bij relinkwenten. Huisarts Wet 1964;7:316-8.
21 Stoel L. Reactivering in de geriatrie. Huisarts Wet 1964;7:313-5.
22 Van Westreenen E. De behandeling van carcinoompatienten in de algemene praktijk. Huisarts Wet 1959;3:2-6.
23 Mol A, Van Lieshout P. Ziek is het woord niet. Medicalisering, normalisering en de veranderende taal van huisartsengeneeskunde en geestelijke gezondheidszorg 1945-1985. Nijmegen: Sun, 1989.
24 Van Aalderen HJ. Waarom methodisch werken? Huisarts Wet 1976;19:366-7.
25 De Melker RA, Spreeuwenberg C. Over de basisfilosofie van de opleiding tot huisarts. Huisarts Wet 1979;22:443-6.
26 Van der Burg RH. Wat is een paradigma? Huisarts Wet 1979;22:210-3.
27 Schouwstra, CP. Methodisch werken: geen panacee, wel doelmatig en efficiënt. Huisarts Wet 1981;24:442-7.
28 Swaak AJ. Een verkenning van het hulpverleningsproces; het helpen van mensen. Huisarts Wet 1967;10:162-5.
29 Oldenziel JH, Flikweert S, Giesen PHJ, Harmsen-Lo Fo Wong SH, Vissers GWM, et al. NHG-Standaard Zwangerschap en kraambed. Huisarts Wet 1993;36:182-91.
30 Tielens VCL. Het NHG en de huisartsgeneeskunde. Huygen-lezing. Huisarts Wet 1992;35:319-22.
31 Meijman FJ. Veilig, en toch... Huisarts Wet 1996;39:421-14.
32 Wiersma TJ. Verlenging van de huisartsopleiding. Huisarts Wet 1993;36;219-22.
33 Wachters- Kaufman CSM. Chronisch zieken en categorale patiëntenorganisaties. Huisarts Wet 1996;39:338-42.
34 Van der Voort JPM. Een koopkrachtige vraag... Huisarts Wet 1998;41:97.
35 Timmermans AE. Ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde en de relatie tussen arts en patiënt. Huisarts Wet 1999;42:556-600).
36 http://www.nma.nl/documenten_en_publicaties/archiefpagina_nieuwsberichten/nieuwsberichten/2012/01_12_nma_beboet_lhv_wegens_ongeoorloofde_vestigingsadviezen.

INTERMEZZO

Nico van Duijn

Protocol

Protocollen zijn voorschriften voor correct handelen. Daar houden dokters niet van. Richtlijnen, dat vinden ze wel een goed idee. Van richtlijnen mag je afwijken, als je een goede reden hebt. Rechters denken daar anders over. Als het verkeerd afloopt met een patiënt, dan kijkt de rechter of de dokter volgens de richtlijnen heeft gehandeld. Zo niet, dan is dat fout. Juristen en dokters denken dus anders. Dokters denken in individueel maatwerk, ingeperkt door richtlijnen. Juristen denken in protocollen, uitgebreid met uitzonderingen.

Onze richtlijnen beschrijven op de millimeter wanneer iemand aan de medicijnen moet voor zijn hoge bloeddruk. Bij suikerziekte moet de bloeddruk onder de 140/90 zijn, denk ik, want die richtlijnen veranderen elk jaar. Laatst zag ik zelfs een richtlijn waarin 125/85 al een hoge bloeddruk wordt genoemd. Dit betekent de dosis medicijnen blijven verhogen tot mensen net niet omvallen.

Laatst had een diabetische mevrouw een bloeddruk van 145/78. Ze weigerde meer medicijnen. Ze slikte genoeg medicijnen, vond ze. Terecht, lijkt me. Zo'n bovengrens van 140 is geen scherpe grens. Iets daarboven betekent een pietsje meer risico op een hartinfarct. Denk aan 3,3% in plaats van 3% kans op een hartinfarct ergens de komende tien jaar. Trouwens, wie bepaalt wat een te hoog risico is? Niet de wetenschap. De wetenschap geeft geen oordeel, alleen maar statistieken. Richtlijnmakers, die beslissen voor u wat te hoog is; zo hoog dat dagelijks medicijnen slikken noodzakelijk is. Richtlijnmakers worden steeds strenger. We moeten wel oppassen met die lui. Ze beginnen op juristen te lijken. Strak in de leer der preventie, onder het mom van de wetenschap, veroordelen ze eigenlijk elke uitzondering. Waarschijnlijk wordt hoge bloeddruk in de toekomst bij wet verboden. Als het zo ver komt, dan ga ik illegaal. Bedacht op verklikkers ga ik dan in een verduisterde spreekkamer stiekem hoge bloeddruk niet behandelen. ■

Arie Knuistingh Neven

P-waarden en klinische relevantie

PRAKTIJKPROBLEEM

'Differences were considered significant when p values were smaller than 0.05.' Dit soort zinnen staat regelmatig in wetenschappelijke artikelen waarbij toetsende statistiek wordt gebruikt. Maar wat betekent dat, wat is statistische significantie en wanneer is een verschil ook klinisch relevant?

ACHTERGROND

In essentie gaat men uit van de stelling dat je 'nooit kunt bewijzen dat iets niet bestaat'. De Schotse filosoof David Hume beschreef dit uitgangspunt in zijn *Philosophy of Science*.[1] Wanneer de vraag wordt gesteld of de eenhoorn bestaat, is het aan degene die beweert dat de eenhoorn wèl bestaat om het bewijs te leveren en dus niet aan degene die dat ontkent. Bij wetenschappelijke bewijsvoering, hypothesetoetsing, volgt men in feite dezelfde gedachtegang.

UITWERKING

Stel, we hebben een onderzoek waaruit blijkt dat middel A effectiever is dan middel B, dan zijn hiervoor in principe drie verklaringen:

- Het klopt, middel A is inderdaad effectiever dan middel B.
- Er zijn fouten gemaakt in opzet en uitvoering, er is dus bias.
- Het gevonden verschil is toeval, en in werkelijkheid niet aanwezig.

We moeten dus eerst nauwkeurig het onderzoek nalopen of er geen fouten zijn gemaakt. Indien er reeds fouten worden ontdekt in het onderzoek kunnen we het artikel terzijde leggen. Indien blijkt dat het een goed onderzoek is, gaan we kijken of het gevonden verschil op toeval berust. Dit wordt gedaan door er een geschikte statistische toets op los te laten.[2]

Dit gaat als volgt: we stellen een nulhypothese (H_0) en een alternatieve hypothese (H_a) op. De nulhypothese luidt: er is geen verschil tussen middel A en middel B. De alternatieve hypothese luidt dat er wèl een verschil is tussen de twee middelen. Pas nadat we er in zijn geslaagd aan te tonen dat de H_0 (met grote waarschijnlijkheid) kan worden verworpen, mogen we zeggen dat het gevonden verschil wèl bestaat. De H_a mag dan geaccepteerd worden. Met andere woorden, pas als we vinden dat de kans op toeval klein is, gaan we ervan uit dat het gevonden verschil 'klopt'.

Deze waarschijnlijkheid (de *probability*) wordt uitgedrukt in een p-waarde. Vinden we bijvoorbeeld een p-waarde van 0,10 dan is er 10% kans dat we de nulhypothese ('er is geen verschil') ten onrechte verwerpen. We zouden nog 10% kans hebben dat dit toch op toeval berust. Is de p-waarde 0,30 dan is er zelfs 30% kans dat het gevonden verschil op toeval berust. Bij een p-waarde van 0,01 is er toch nog 1% kans dat het verschil op toeval berust. In het medisch onderzoek wordt doorgaans een p-waarde van 0,05 als afkappunt beschouwd. Is er dus een p-waarde kleiner dan 0,05, dan spreken we van 'statistisch significant'. We accepteren dan nog altijd dat er een kans van ten hoogste 5% is dat het gevonden verschil op toeval berust.

Vinden we geen significant verschil (dus een kans groter dan 5% dat het toeval is) dan mogen we in feite alleen maar zeggen dat we de nulhypothese niet hebben kunnen verwerpen. We mogen echter niet zeggen dat de twee middelen gelijk zijn. Dit volgt nu eenmaal uit de stelling van David Hume. We kunnen immers nooit bewijzen dat de H_0 correct is en, in dit geval, dat er geen verschil is!

Er is natuurlijk nog meer over p-waarden te zeggen. Bekend is bijvoorbeeld dat grote onderzoeken met veel deelnemers al snel significante uitkomsten opleveren. Ook bij onderzoeken waarbij veel data worden vergeleken is er altijd kans dat er bij een van de vele variabelen een significante uitkomst is. Voor deze laatste situatie is correctie mogelijk.

Een betrouwbaarheidsinterval is informatiever: die laat zien wat de range is waarbinnen de onderzochte grootheid zich bevindt. We gaan hier in een afzonderlijke bijdrage uitgebreider op in.

We zullen daarnaast ook altijd moeten kijken of het gevonden statistisch significante resultaat ook klinisch relevant is. Klinisch relevant is een verschil waarvan een clinicus vindt dat het uitmaakt voor zijn handelen. Wanneer een nieuw middel tegen hypertensie significant effectiever is dan het oude middel, maar het gevonden verschil in bloeddrukdaling maar 2 mm is, dan heeft dit nauwelijks enige klinische betekenis.

BETEKENIS

Statistische significantie is een maat om aan te geven of een gevonden verschil in een onderzoek met grote waarschijnlijkheid een werkelijk verschil betreft. Niet elk gevonden statistisch significant verschil is relevant voor het handelen. ■

LITERATUUR

1 Streiner DL. Unicorns do exist: a tutorial on 'proving' the null hypothesis. Can J Psychiatry 2003;48:756-61.
2 Davies HT, Crombie IK. What are confidence intervals and P-values? www.whatisseries.co.uk.

De serie Praktische epidemiologie laat zien dat er een wetenschappelijke onderbouwing bestaat voor veel handelingen die de huisarts in de dagelijkse praktijk intuïtief uitvoert. Aan de hand van een herkenbaar praktisch gegeven in de praktijk geven we kort aan hoe de wetenschap achter dit praktijkprobleem in elkaar zit. Correspondentie: j.eekhof@nhg.org

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde, Postbus 9600, 2300 BC Leiden: dr. A. Knuistingh Neven, huisarts-epidemioloog • Correspondentie: A.Knuistingh_Neven@lumc.nl

NHG-Standaard Lichen sclerosus

Angelique Glansdorp, Rob van Kimmenade, Ernst Lemaire, Corrie Vliet Vlieland, Laura de Vries, Jako Burgers, Wim Opstelten, Masja Loogman

Kernboodschappen

- Lichen sclerosus is een chronische inflammatoire huidaandoening met als hoofdklacht jeuk.
- Bij het stellen van de diagnose lichen sclerosus volstaan vaak anamnese en lichamelijk onderzoek; bij twijfel aan de diagnose is een biopt noodzakelijk.
- Behandel lichen sclerosus met klasse-4-corticosteroïdenzalf met daarnaast een indifferente vette crème of zalf.
- Attendeer patiënten met anogenitale lichen sclerosus op het kleine risico van de ontwikkeling van een plaveiselcelcarcinoom en controleer hen ten minste jaarlijks.

INLEIDING

De NHG-Standaard Lichen sclerosus geeft richtlijnen voor tijdige herkenning, diagnostiek en behandeling van anogenitale lichen sclerosus. Daarbij concentreert deze standaard zich op het beleid bij volwassenen. Ook bij kinderen komt de aandoening voor, maar bij hen is de diagnostiek daarvan moeilijker om welke reden geadviseerd wordt om ieder kind met vermoeden van lichen sclerosus te verwijzen.

Lichen sclerosus is een chronische inflammatoire, niet-infectieuze huidaandoening, die voorkomt bij beide geslachten en op iedere leeftijd, maar vooral bij postmenopauzale vrouwen. Meestal manifesteert lichen sclerosus zich in het anogenitale gebied. Patiënten hebben soms al langere tijd klachten alvorens de diagnose wordt gesteld. Er is een klein risico dat anogenitale lichen sclerosus maligne ontaardt. Daarnaast kunnen complicaties optreden, zoals anatomische misvormingen.

De prevalentie van lichen sclerosus is laag ten opzichte van andere huidaandoeningen. In de eerste lijn is er nauwelijks onderzoek verricht naar de diagnostiek, behandeling en prognose. De indruk bestaat dat deze aandoening vaak niet of niet tijdig gediagnosticeerd wordt. Deze standaard wil bijdragen aan betere herkenning en kennis over de behandeling en controle van deze chronische en soms mutilerende aandoening in de huisartsenpraktijk. De standaard is gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn die over deze aandoening werd ontwikkeld en bevat aandachtspunten voor samenwerking met de betrokken beroepsgroepen in de tweede lijn.[1]

Glansdorp A, Van Kimmenade R, Lemaire EKG, Vliet Vlieland CW, De Vries L, Burgers JS, Opstelten W, Loogman MCM. NHG-Standaard Lichen sclerosus. Huisarts Wet 2012;55(11):510-5.

ACHTERGRONDEN

Begrippen

Lichen sclerosus:[2] huidaandoening gekenmerkt door atrofie ('sigarettenpapier') en/of hyperkeratose, macroscopisch herkenbaar als scherp begrensde, porseleinwitte glanzende plekken, op den duur aanleiding gevend tot anatomische veranderingen, zoals verdwijnen van de labia minora en vernauwing van de introïtus vaginae. Bij mannen wordt lichen sclerosus van de glans en het preputium ook wel balanitis xerotica obliterans genoemd.

Plaveiselcelcarcinoom: een maligne tumor van de opperhuid, met de potentie tot ingroei in onderliggende weefsels en metastasering; een plaveiselcelcarcinoom kan ontstaan uit lichen sclerosus.

Inbreng van de patiënt

De NHG-Standaarden geven richtlijnen voor het handelen van de huisarts; de rol van de huisarts staat dan ook centraal. Daarbij geldt echter altijd dat factoren van de kant van de patiënt het beleid mede bepalen. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de richtlijn aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld. De huisarts stelt waar mogelijk zijn beleid vast in samenspraak met de patiënt, met inachtneming van diens specifieke omstandigheden en met erkenning van diens eigen verantwoordelijkheid, waarbij adequate voorlichting een voorwaarde is.

Afweging door de huisarts

Het persoonlijk inzicht van de huisarts is uiteraard bij alle richtlijnen een belangrijk aspect. Afweging van de relevante factoren in de concrete situatie zal beredeneerd afwijken van het hierna beschreven beleid kunnen rechtvaardigen. Dat laat onverlet dat deze standaard bedoeld is om te fungeren als maat en houvast.

Delegeren van taken

NHG-Standaarden bevatten richtlijnen voor huisartsen. Dit betekent niet dat de huisarts alle genoemde taken persoonlijk moet verrichten. Sommige taken kunnen worden gedelegeerd aan de praktijkassistente, praktijkondersteuner (POH) of praktijkverpleegkundige, mits zij worden ondersteund door duidelijke werkafspraken waarin wordt vastgelegd in welke situaties de huisarts moet worden geraadpleegd en mits de huisarts toeziet op de kwaliteit. Omdat de feitelijke keuze van de te delegeren taken sterk afhankelijk is van de lokale situatie, bevatten de standaarden daarvoor geen concrete aanbevelingen.

Epidemiologie

De incidentie van lichen sclerosus in de huisartsenpraktijk is onbekend. De aandoening lijkt vooral voor te komen bij vrouwen in de leeftijdscategorie van 50 tot 70 jaar; 5 tot 15% van de patiënten met lichen sclerosus betreft kinderen. Lichen sclerosus komt overwegend voor bij mensen van het Kaukasische ras en minder bij andere etniciteiten.[3]

Etiologie

De oorzaak van lichen sclerosus is onbekend. Genetische predispositie, autoimmuunaandoeningen en hormonale factoren zijn in verband gebracht met lichen sclerosus, maar een causale relatie is niet vastgesteld.[4] Er zijn aanwijzingen dat ook lokale factoren, zoals infecties en verwondingen, predisponeren voor het ontwikkelen van lichen sclerosus. In dit verband is de associatie tussen seksueel misbruik en lichen sclerosus beschreven, maar een causale relatie is niet bewezen.[5] Mannen die niet besneden zijn, hebben een groter risico op het ontwikkelen van lichen sclerosus dan mannen die wel besneden zijn.[6]

Klinisch beeld

Lichen sclerosus begint vaak met vlakke papels die overgaan in scherp begrensde porseleinwitte atrofische plekken. De huidafwijkingen in het anogenitale gebied zijn meestal symmetrisch gelokaliseerd en kunnen gepaard gaan met hyperkeratose, erytheem, erosies, fissuren en soms ook ecchymosen (kleinvlekkige bloedingen) of maculae. Kleine bloedingen kunnen spontaan ontstaan of worden ten gevolge van het krabben samen met excoriaties gezien [**foto 1**]. Bij lang bestaande lichen sclerosus kan een atrofisch ('sigarettenpapier') of scle-

Foto 1

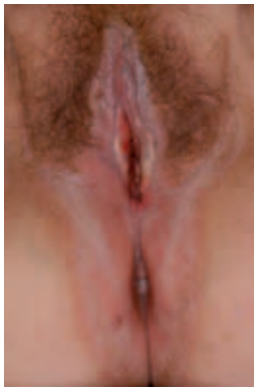


Foto 2

Foto 3

rotisch beeld met verlittekening domineren.

Bij vrouwen bevinden de laesies zich voornamelijk op de labia. De vaginale mucosa is bij lichen sclerosus niet betrokken (in tegenstelling tot lichen planus). Bij mannen bevinden de laesies zich voornamelijk op de glans penis en het preputium [**foto 2**].

De belangrijkste klacht van vulvaire lichen sclerosus is jeuk. Bijzonder is dat deze jeuk vaak optreedt bij warmte, bijvoorbeeld in bed. Daarnaast kan er sprake zijn van een branderig gevoel, oppervlakkige dyspareunie, dysurie, pruritus ani en pijn bij defecatie.

Lichen sclerosus van de penis geeft meestal ook jeuk, maar wordt vaak pas ontdekt wanneer de aandoening heeft geleid tot een phimosis, vernauwing van de urethra of pijn bij erectie.[7]

Foto 4

Het klinisch beeld bij kinderen is vergelijkbaar met het klinisch beeld bij volwassenen. Bij kinderen is obstipatie, al dan niet ten gevolge van een fissura ani, een regelmatig voorkomend symptoom van lichen sclerosus [**foto 3**].[8]

Extragenitale lichen sclerosus is vooral gelokaliseerd op de romp en kenmerkt zich door porseleinwitte vlekjes en vlakke papels met geaccentueerde haarfollikels. Deze vorm van lichen sclerosus wordt in deze standaard buiten beschouwing gelaten.

Natuurlijk beloop en prognose

Lichen sclerosus is een chronische huidaandoening, waarbij klachtenvrije perioden worden afgewisseld door exacerbaties. Het aantal recidieven na het bereiken van een complete remissie door behandeling is hoog. Sommige laesies zijn therapieresistent, vooral langer bestaande vulvaire laesies bij oudere vrouwen. Progressie hiervan kan leiden tot het verstrijken, resorberen en verkleven van de labia minora of tot het vernauwen van de introïtus. Wanneer het preputium van de clitoris sclerosseert, kan de glans van de clitoris hieronder verborgen raken. Na verloop van tijd kunnen seksuele klachten ontstaan. De mate van seksuele disfunctie hangt samen met de aard en ernst van de afwijkingen (stenose, fissuren, erosies, ulcera).

Lichen sclerosus bij mannen kan leiden tot phimosis of meatusstenose. Uitbreiding naar de penisschacht is ongewoon en uitbreiding naar het scrotum zeldzaam.[9]

Jarenlang bestaande lichen sclerosus van de vulva kan maligne ontaarden [**foto 4**]. Naar schatting 5% van de vrouwen met vulvaire lichen sclerosus ontwikkelt op den duur een plaveiselcelcarcinoom.[10] Ook bij lichen sclerosus

Abstract

Glansdorp A, Van Kimmenade R, Lemaire EKG, Vliet Vlieland CW, De Vries L, Burgers JS, Opstelten W, Loogman MCM. Guideline Lichen sclerosus. Huisarts Wet 2012;55(11):510-4.

The Dutch College of General Practitioners (NHG) guideline on Lichen sclerosus provides general practitioners with information about the timely recognition, diagnosis, and treatment of anogenital lichen sclerosus. Lichen sclerosus is a chronic inflammatory skin disorder with itch as main symptom. It can progress to cause severe anatomical malformations and squamous cell carcinoma of the vulva and of the penis. The condition predominantly affects postmenopausal women. In males, lichen sclerosus mainly presents with phimosis or urethral stricture. Symptoms in children are similar to those in adults, although constipation due to an anal fissure is a common finding. The history and physical examination are usually sufficient to make the diagnosis, but if there is doubt, then a biopsy should be taken. The first choice treatment in adults is topical application of potent corticosteroids, such as 0.05% clobetasol, alternated with an emollient. Children should preferably be referred to a paediatric dermatologist. Patients with anogenital lichen sclerosus should be monitored regularly, to enable timely recognition of malignant degeneration.

van de penis is er een klein risico op de ontwikkeling van een plaveiselcelcarcinoom.[11]

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

Vulvaire jeuk is een veelvoorkomend symptoom van lichen sclerosus en vaak aanleiding om contact op te nemen met de huisarts. Omdat deze klacht bij vrouwen regelmatig wordt toegeschreven aan een (recidiverende) vaginale schimmelinfectie, bestaat het risico dat een hierop gerichte behandeling volgt zonder lichamelijk onderzoek. Het is dan ook belangrijk om vrouwen met langer bestaande of recidiverende vulvaire klachten uit te nodigen op het spreekuur voor nader onderzoek. Dit geldt in het bijzonder voor postmenopauzale vrouwen, bij wie vaginale jeuk zelden berust op een candida-infectie.

Bij mannen of jongens kan ook een verworven phimosis of recidiverende balanitis de belangrijkste klacht zijn.

De diagnose kan worden bevestigd door weefselonderzoek.[12]

Anamnese

De huisarts vraagt naar:

- de aard van de klachten (jeuk, pijn, ulceratie, phimosis, erectiestoornis);
- de lokalisatie van de huidafwijkingen;
- huidafwijkingen elders;
- de duur en het beloop van de klachten;
- de mate van hinder;
- gevolgen van de klachten voor de seksualiteit;
- andere klachten, zoals mictieklachten, vaginale fluor, menopauzale klachten (zoals opvliegers), obstipatie en pijn bij defecatie (vooral bij kinderen) en pruritus ani;
- eerdere episoden, beloop en eventuele behandeling daarvan;
- eventueel zelftoegepaste behandelingen.

Lichamelijk onderzoek

De huisarts inspecteert de huidafwijkingen en let daarbij op:

- lokalisatie: vulva, penis, perineum en/of peri-anaal;
- eventuele extragenitale lokalisatie van lichen sclerosus (vooral op de romp);
- soort huidafwijkingen: witte porseleinachtige atrofische plekken, eventueel gepaard met hyperkeratose, erosies, fissuren, soms ook ecchymosen (kleinvlekkige bloedingen), papels of maculae;
- aanwijzingen voor anatomische veranderingen als gevolg van lichen sclerosus (bij vrouwen: verstrijken of resorberen van de labia minora, vernauwing van de introïtus, 'verborgen clitoris'; bij mannen: phimosis, meatusstenose);
- alarmsymptomen passend bij plaveiselcelcarcinoom:[11]
  - niet-genezende defecten (ulcera of erosies);
  - zwellingen (verruceuze laesies, nodi, erythemateuze plekken, hyperkeratose);
  - persisterende pijn;
  - unilaterale afwijkingen;
  - vergrote lieskliereren.

De huisarts kan de patiënt laten meekijken met een handspiegel. De patiënt kan dan tijdens de follow-up zelf beoordelen of de afwijking verandert.

Bij kinderen met anogenitale afwijkingen is de huisarts alert op signalen van seksueel misbruik.[13]

Aanvullend onderzoek

Bij twijfel aan de diagnose anogenitale lichen sclerosus is een stansbiopt geïndiceerd.[14] Dit kan plaatsvinden in de huisartsenpraktijk of in de tweede lijn. Bij langer bestaande lichen sclerosus kunnen karakteristieke histologische kenmerken echter ontbreken. Indien een patiënt recent met dermatocorticosteroïden is behandeld, wordt dit aangegeven op het pathologieformulier.

Neem geen biopt bij:

- mannen: verwijs bij twijfel aan de diagnose naar de tweede lijn, omdat het nemen van een biopt uit de penis kan leiden tot fors nabloeden;
- kinderen: verwijs bij vermoeden van lichen sclerosus altijd naar de tweede lijn;
- vermoeden van een maligniteit: verwijs direct naar de tweede lijn.

Evaluatie

Stel de diagnose lichen sclerosus op grond van de anamnese (vooral genitale jeuk, dyspareunie en/of dysurie) en lichamelijk onderzoek (porseleinwitte verkleuring van de huid met sclerosering en eventueel verandering van de anatomie). Een biopt kan de diagnose bevestigen.

Differentiaaldiagnostisch denkt de huisarts aan:[15]

- dermatomycose: jeukende erythematosquameuze laesies (zie de NHG-Standaard Dermatomycosen);
- postmenopauzale atrofie: dun, atrofisch vaginaslijmvlies bij een oudere, maar overigens normale, huid (zie de NHG-Standaard De overgang);
- eczeem: verschillende efflorescenties naast elkaar (zie de NHG-Standaard Constitutioneel eczeem en FTR Contacteczeem);
- (genitale) lichen planus: hierbij soms betrokkenheid van het vaginaslijmvlies (scherp begrensde, erythemateuze en gemakkelijk bloedende laesies van het vaginaslijmvlies, pijn op de voorgrond), vaak extragenitale laesies van mondslijmvlies, huid, behaarde hoofd en nagels;
- vitiligo: depigmentatie, scherpe begrenzing, geen schilfering, voorkeurslokalisatie gezicht en handrug, weinig tot geen jeuk;
- maligniteit: niet-genezende defecten, zwellingen, persisterende pijn, unilaterale afwijkingen, vergrote lieskliereren;
- verwondingen door seksueel misbruik: anogenitale hematomen of wondjes, beschadiging van het hymen.

RICHTLIJNEN BELEID

Voorlichting

De huisarts besteedt aandacht aan de volgende aspecten:

- Leg uit dat lichen sclerosus een chronische, niet-besmettelijke ontsteking van de huid is. De oorzaak van de aandoening is onbekend.
- Het doel van de behandeling is het verlichten van klachten en het voorkómen of behandelen van complicaties, zoals het veranderen van de anatomie. Daarnaast is het belangrijk om tijdig een plaveiselcelcarcinoom te onderkennen.

- Attendeer de patiënt (en eventueel de partner) op de mogelijkheid van zelfonderzoek (bijvoorbeeld door middel van een handspiegel) om zo regelmatig (bijvoorbeeld maandelijks) het anogenitale gebied te bekijken en veranderingen, zoals wondjes, zwelling, pijnklachten, onregelmatigheden of kleurveranderingen, te signaleren. Daarnaast kunnen sommige veranderingen ook te voelen zijn.[16]
- Bij lichen sclerosus kunnen pijnlijke scheurtjes in de vagina ontstaan en kan de introïtus vaginae stug en nauw worden. Dit kan leiden tot seksuele problemen en het vermijden van intimiteit. Met medicatie en eventuele begeleiding door een gynaecoloog en/of seksuoloog kunnen deze klachten verminderen.

In aansluiting op de gegeven mondelinge informatie kan de huisarts de patiënt verwijzen naar de informatie over lichen sclerosus op de website www.thuisarts.nl of de betreffende NHG-Patiëntenbrief meegeven.

Niet-medicamenteuze behandeling

De huisarts adviseert om zeepgebruik te vermijden, evenals het dragen van strak synthetisch ondergoed.[17] Bij seksuele problemen geeft de huisarts adviezen ter verbetering van de vochtigheid van het vaginaslijmvlies of adviseert hij een andere coïtushouding of non-coïtale seks te proberen. Zo nodig verwijst de huisarts de patiënt (en haar/zijn partner) naar een seksuoloog.

Medicamenteuze behandeling

Lokale corticosteroïden zijn eerste keus om klachten (jeuk, pijn of een branderig gevoel) te bestrijden. Het is onbekend in hoeverre corticosteroïden anatomische veranderingen kunnen voorkomen.[18] Het is evenmin bekend of ze ook beschermen tegen het ontstaan van een plaveiselcelcarcinoom. Om deze redenen wordt het continueren van behandeling met corticosteroïden vooral bepaald door de klachten van de patiënt. Lokale bijwerkingen van dermatocorticosteroïden zijn onder andere atrofie en hypopigmentatie; deze zullen echter vaak moeilijk te onderscheiden zijn van de symptomen van de aandoening zelf. Systemische bijwerkingen van dermatocorticosteroïden zijn bij volwassenen zeldzaam.[19] Leg aan de patiënt uit dat na het verdwijnen van de jeuk enige huidverkleuring aanwezig kan blijven.

Voor de medicamenteuze behandeling gelden de volgende aanbevelingen:

- Start lokale behandeling met een klasse-4-dermatocorticosteroïd, zoals 0,05%-clobetasolzalf 1 maal daags voor het slapen gaan, gedurende 1 maand.[20] Bij vrouwen verminderen de klachten meestal al na enkele dagen; eventueel kan een klasse-3-dermatocorticosteroïd, zoals 0,1%-mometasonfuroaatzalf, gegeven worden.[21]
- Geef daarnaast een indifferente zalf (bijvoorbeeld koelzalf of vaselinepa-raffine ana) of vette crème (bijvoorbeeld vaselinecetomacrogolcrème of vaselinelanettecrème), minstens 1 maal daags, desgewenst vaker.[22] Adviseer mannen om bij het aanbrengen van zalf het preputium te masseren en voorzichtig te strekken.
- Indien na 1 maand de klachten (jeuk, pijn) zijn afgenomen, verminder dan in maximaal 2 maanden het gebruik van de dermatocorticosteroïden door over te gaan op intermitterend gebruik (bijvoorbeeld 1 maand om de dag en vervolgens 1 maand 2 maal per week). Na deze periode kunnen de dermatocorticosteroïden gestopt worden.
- Indien na 1 maand de klachten niet

Totstandkoming

In januari 2010 startte een werkgroep van huisartsen met de ontwikkeling van de NHG-Standaard Lichen sclerosus, gelijktijdig met de ontwikkeling van de gelijknamige Multidisciplinaire richtlijn. De werkgroep bestond uit de volgende leden: A.G. Glansdorp, huisarts en kaderarts urogynaecologie; R. van Kimmenade, huisarts; E.K.G. Lemaire, huisarts en C.W. Vliet Vlieland, huisarts en seksuoloog. De begeleiding van de werkgroep en de eindredactie berustten bij M.C.M. Loogman, huisarts en wetenschappelijk medewerker van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap van het NHG. Dr. W. Opstelten, huisarts, was betrokken als senior wetenschappelijk medewerker van deze afdeling. M.M. Verduijn, apotheker en senior wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie van het NHG, beoordeelde de medicamenteuze adviezen. L. de Vries, huisarts en wetenschappelijk medewerker van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap van het NHG, begeleidde de werkgroep die verantwoordelijk was voor de aandachtspunten voor samenwerking. Deze werkgroep bestond uit C. Bik, arts en werkzaam bij de afdeling Richtlijnondersteuning van de NVDV; A.G. Glansdorp, huisarts en kaderarts urogynaecologie; W.A. ter Harmsel, gynaecoloog; C.L.M. van Hees en dr. W.I. van der Meijden, beiden dermatoloog en M. Peerden, huisarts en kaderarts urogynaecologie. J.A.M. van Balen, huisarts, was betrokken als senior wetenschappelijk medewerker van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap van het NHG. Geen van de werkgroepleden heeft belangenverstrengeling gemeld. In november 2011 werd de ontwerpstandaard voor commentaar naar 50 willekeurig uit het NHG-ledenbestand gekozen huisartsen gestuurd. Er werden 14 commentaarformulieren retour ontvangen. Tevens werd commentaar ontvangen van een aantal referenten, te weten D. Bochove-Overgaauw en prof.dr. E.J.H. Meuleman, urologen; prof.dr. J.R.B.J. Brouwers en M.L. van Oppenraay, respectievelijk hoofdredacteur en eindredacteur van het Farmacotherapeutisch Kompas; dr. J.A.H. Eekhof, huisarts en hoofdredacteur van Huisarts en Wetenschap; M.J. van Gestel, namens de Stichting Lichen Sclerosus; C.L.M. van Hees en dr. W.I. van der Meijden, beiden dermatoloog; dr. W.A. ter Harmsel, gynaecoloog, namens de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie; prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, huisarts en hoogleraar Vrouwenstudies aan de Radboud Universiteit; K. de Leest, P.N.J. Langendijk, A.P. Rademaker en D. Dost, allen apotheker, namens de werkgroep voor Farmacotherapie en Geneesmiddelinformatie van het KNMP; P.M. Leusink, huisarts en seksuoloog; prof.dr. B.W. Mol, hoogleraar Gynaecologie en Obstetrie, namens de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie; dr. H. Philips, huisarts, namens de Domus Medica (België) en dr. E. de Vries, kinderarts. Naamsvermelding als referent betekent overigens niet dat een referent de standaard inhoudelijk op ieder detail onderschrijft. H. Eekhof en R.J. Hinloopen, beiden huisarts, hebben namens de NAS tijdens de commentaarronde beoordeeld of de ontwerpstandaard antwoord geeft op de vragen uit het basisplan. In april 2012 werd de standaard becommentarieerd en geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie. De zoekstrategie die gevolgd werd bij het zoeken naar de onderbouwende literatuur is te vinden bij de webversie van deze standaard. Tevens zijn de procedures voor de ontwikkeling van de NHG-Standaarden in te zien in het procedureboek (zie www.nhg.org).

zijn verminderd ondanks goede therapietrouw, heroverweeg dan de diagnose (zie differentiaaldiagnose) en ga na of er geen secundaire of mechanische problemen zijn ontstaan als gevolg van de littekenvorming.
- Bij een recidief na een klachtenvrije periode: start lokale behandeling met dermatocorticosteroïden volgens bovengenoemd schema.
- Geef bij hardnekkige recidiverende klachten een onderhoudsbehandeling van clobetasolzalf-0,05% 1 tot 2 maal per week.
- Ontraad dagelijks gebruik van clobetasolzalf langer dan 1 maand.
- Ontraad gebruik van meer dan 30 tot 60 g clobetasolzalf per week.

Een proefbehandeling met dermatocorticosteroïden bij een onzekere diagnose wordt ontraden.[23]

Bij ernstige en therapieresistente gevallen van lichen sclerosus kunnen in de tweede lijn lokaal aangebrachte calcineurineremmers (tacrolimus, pimecrolimus) of systemische immuunsuppressiva (ciclosporine, acitretine) voorgeschreven worden.[24,25]

Lokale behandeling met testosteron of progesteron heeft geen plaats bij de behandeling van lichen sclerosus vanwege het gebrek aan bewijs.[26] Lokale behandeling met oestrogenen is niet effectief bij de behandeling van de huidafwijkingen bij lichen sclerosus; het helpt wel om de postmenopauzale droogheid van het vaginaslijmvlies te verminderen (zie de NHG-Standaard De overgang).

CONTROLE EN VERWIJZING

Controles

De eerste controle vindt 2 tot 4 weken na het starten van de behandeling plaats. De huisarts herhaalt dan het lichamelijk onderzoek. Daarnaast bespreekt de huisarts met de patiënt:
- vragen en zorgen die de diagnose met zich meebrengt;
- eventuele seksuele problemen;
- het gebruik van dermatocorticosteroïden naast het gebruik van indifferente middelen;
- ervaringen of belemmeringen bij zelfonderzoek.

Bij vermindering van klachten en symptomen vinden controles om de 3 maanden plaats. Indien de aandoening in remissie is, worden de controles na 6 maanden minder frequent; bijvoorbeeld eenmaal per 6 maanden of jaarlijks.[27] Bij iedere controle wordt lichamelijk onderzoek verricht en let de huisarts op tekenen van een plaveiselcelcarcinoom en het ontwikkelen van anatomische afwijkingen, zoals adhesies of stricturen. De huisarts gaat na of de patiënt aan zelfonderzoek doet en wat de rol van de partner is (bij het monitoren van de laesie en/of het aanbrengen van medicatie). Daarnaast vraagt de huisarts naar herstel van de seksualiteit.

Verwijzing

Verwijs een patiënt op korte termijn (binnen 2 weken) naar een dermatoloog, uroloog, of gynaecoloog bij:
- kenmerken van plaveiselcelcarcinoom.

Verwijs een patiënt naar een dermatoloog, uroloog of gynaecoloog met de vulva als aandachtsgebied in de volgende situaties:
- kinderen met afwijkingen mogelijk passend bij anogenitale lichen sclerosus (bij voorkeur naar (kinder)dermatoloog);[28]
- mannen met anogenitale lichen sclerosus in combinatie met phimosis of sproeien bij mictie (bij voorkeur naar dermatoloog);[29]
- twijfel aan de diagnose (eventueel alleen voor een diagnostisch consult en therapeutisch advies);
- onvoldoende reactie op de behandeling na 1 maand;
- lichen sclerosus met uitgebreide sclerosering;
- seksuele disfunctie zoals persisterende klachten van dyspareunie bij vrouwen (gynaecoloog).[30]

Verwijs een patiënt (en zijn of haar partner), na beoordeling door een gynaecoloog, zo nodig naar een seksuoloog bij:
- door lichen sclerosus veroorzaakte seksuele problematiek.

SAMENWERKING

Huisartsen en specialisten kunnen het initiatief nemen om regionale samenwerkingsafspraken op te stellen over het beleid bij patiënten met anogenitale lichen sclerosus.[31] Essentieel is de inventarisatie van specialisten met expertise op het gebied van diagnostiek en behandeling van lichen sclerosus. Zorg in het kader van de samenwerking vooral voor heldere afspraken over controle van de patiënten, wanneer deze worden teruggverwezen naar de huisarts.

© 2012 Nederlands Huisartsen Genootschap

NOTEN EN LITERATUUR

Zie voor de noten en de literatuur www.henw.org, rubriek Standaarden.

Streng zijn

Je komt het weinig tegen in personeelsadvertenties, maar er zijn veel beroepen waarvoor het een vereiste is: streng kunnen zijn. Politieagenten moeten streng kunnen zijn. Tegen geharde criminelen, maar ook tegen jongens die betrapt zijn op een eerste winkeldiefstal en tegen fietsers zonder achterlicht. Docenten moeten streng kunnen zijn: in de klas om de orde te bewaren, maar ook bij het nakijken van proefwerken en het beoordelen van scripties en werkstukken. Medewerkers bij de Sociale Dienst moeten streng kunnen zijn als hun bijstandsgerechtigde cliënten onvoldoende hun best doen om 'uit de uitkering te komen'.

Op korte termijn levert strengheid een heleboel heisa op. Fietsers zonder achterlicht zijn helemaal niet blij als een agent hen erop wijst dat dit levensgevaarlijk is en een bonnenboekje te voorschijn haalt. Docenten die streng nakijken krijgen een eindeloze reeks leerlingen of studenten aan hun bureau die precies willen weten wat ze fout hebben gedaan en hebben vervolgens een hele stapel hertentamens en herkanste werkstukken die ze moeten corrigeren. Ongemotiveerde bijstandsgerechtigden reageren niet positief als ze zich vroeg moeten melden om dozen te vouwen, vuilnis op te ruimen of tomaten te oogsten.

Maar op lange termijn staat daar veel tegenover. Strenge politieagenten krijgen veel waardering van brave burgers en soms ook van de minder brave burgers die zij in de kraag hebben gevat ('Na die verschrikkelijke middag op het politiebureau en de preek van die agent heb ik nooit meer gestolen; ik had mijn lesje geleerd.') Docenten die streng zijn tegen raddraaiers genieten respect van rustige leerlingen die blij zijn dat zij wat opsteken in de les en niet alles zelf thuis hoeven uit te zoeken. Een strenge beoordeling van tentamens en scripties betaalt zich uit als leerlingen slagen voor hun eindexamen of als zij tevreden terugkijken op hun opleiding, in de veilige wetenschap dat hun diploma's niet achteraf ongeldig worden verklaard door de onderwijsinspectie wegens onvoldoende niveau. Medewerkers bij de Sociale Dienst krijgen soms positieve reacties van hun eigen cliënten ('Nu ik er eenmaal werk vind ik het eigenlijk hartstikke leuk in de kas en het is fijn dat ik mijn eigen brood verdien.'), en genieten veel waardering van belastingbetalende burgers en politici als het aantal uitkeringsgerechtigden daalt.

Hoe zit het nu met huisartsen die zich opstellen als strenge poortwachters, die zich houden aan de richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap en die patiënten niet verwijzen naar de tweede lijn als zij daarvoor geen medische aanleiding zien? Op korte termijn levert dit heisa op, net als op school, bij de politie en aan de balie van de Sociale Dienst. Eisende patiënten zijn helemaal niet blij met een strenge huisarts. Op korte termijn heeft de strenge huisarts het zelfs lastiger dan de strenge agent en de strenge medewerker bij de Sociale Dienst. Die laatste groepen hebben te maken met burgers die niet weg kunnen lopen; burgers mogen immers niet naar een andere diender of een andere uitkeringsinstantie. Patiënten kunnen hun strenge huisarts relatief eenvoudig de rug toekeren. Het onderwijs is op dat punt beter vergelijkbaar: studenten kunnen switchen naar een ander keuzevak, een andere opleiding of een andere begeleider en leerlingen mogen naar een andere school als hun ouders daarvoor kiezen.

Het probleem voor de strenge huisarts zit in de lange termijn. Er zijn niet veel patiënten die hun huisarts achteraf bedanken omdat deze hen een MRI-scan, een antibioticakuur of een bloedonderzoek heeft bespaard. Er zijn ook maar weinig patiënten die respect hebben voor hun huisarts als ze zien of horen dat deze hun eisende medepatiënten streng tegemoet treedt, simpelweg omdat je daar als patiënt niet met je neus bovenop zit. Je kunt er hoogstens iets over lezen op huisartsenbeoordelingssites en daar word je maar weinig wijzer van. Als de Nederlandse samenleving wil dat de nieuwe huisarts een strenge huisarts is, wordt of blijft, dan moet daar heel veel brede maatschappelijke waardering tegenover staan. En dan gaat het niet om financiële waardering, want financieel hebben Nederlandse huisartsen helemaal niet te klagen (zoek maar eens op wat een politieagent verdient). Het gaat om politieke steun: waarderende woorden van de minister, complimenten van zorgverzekeraars als de kosten van de zorg beperkt blijven, uitleg over de belangrijke poortwachterrol in leerboeken maatschappijleer op de middelbare school, vermelding in de Troonrede, lintjes op Koninginnedag, aandacht in verkiezingsprogramma's van politieke partijen. Als het belang van de huisarts-poortwachter op al die manieren wordt benadrukt, bedwing dan de verschrikkelijke artsenreflex om te zeggen dat 'daar natuurlijk ook een financieel plaatje bij hoort' of 'een passende vergoeding tegenover moet staan'. Complimenten en waardering zijn heel erg nodig om streng te kunnen zijn, maar complimenten en waardering zijn genoeg. ■

Margo Trappenburg

Margo Trappenburg is bijzonder hoogleraar Sociaal politieke aspecten van de verzorgingsstaat en overlegeconomie aan de Universiteit van Amsterdam en universitair hoofddocent aan de Universiteit Utrecht.

Trudy van der Weijden, Ariëtte Sanders-van Lennep

NASCHOLING

Keuzehulpen voor de patiënt

INLEIDING

Artsen zouden zorg zo moeten leveren dat de inhoud en vorm in overeenstemming zijn met de waarden en voorkeuren van de individuele patiënt.[1] Iedere patiënt zou moeten kunnen zeggen: 'Ik heb precies de hulp gekregen die ik nodig had en die ik wilde, op het juiste moment en op de juiste manier.' De huisartsgeneeskunde evolueert van een aanbod- naar een vraaggestuurde zorg. Maar ook al is patiëntgerichtheid vanuit ethisch perspectief een doel op zich,[2] en is de dialoog tussen arts en patiënt met de invoering van de Wet Geneeskundige Behandelovereenkomst ook juridisch gewaarborgd, de praktijk is vaak weerbarstig. Hier valt bij aan te tekenen dat patiënten ook niet altijd goed weten, of weten te formuleren, welke zorg ze willen ('Dokter, u hebt er voor geleerd, zegt u het maar'). Tegelijkertijd onderschatten artsen de informatiebehoeften van hun patiënten.[3] Patiënten hebben ondersteuning nodig in de dialoog.

Samenvatting

Van der Weijden T, Sanders-van Lennep A. Keuzehulpen voor de patiënt. Huisarts Wet 2012;55(11):516-21.

Patiëntgerichtheid is vanuit ethisch perspectief een doel op zich. Artsen moeten hun zorg zo leveren dat de inhoud en vorm in overeenstemming zijn met de waarden en voorkeuren van de individuele patiënt. Dat geldt zeker bij zogenaamde preferentie- of optiegevoelige beslissingen, waarbij er meer dan één behandeloptie is of waarbij er dilemma's bestaan door een weging van voor- en nadelen. Dat vraagt om een dialoog met patiënten. Patiënten hebben ondersteuning nodig in die dialoog. Zogenaamde keuze- of beslishulpen voor patiënten lijken in deze behoefte te kunnen voorzien. In deze nascholing bespreken we de volgende vragen en aspecten. Wat zijn keuzehulpen? Wat is het doel van keuzehulpen? We beschrijven de historie en recente ontwikkelingen. Hoe moeten ze worden gebruikt? In de spreekkamer van de huisarts, bij wie (niet), en hoe dan? Zijn er keuzehulpen beschikbaar in Nederland? We geven enkele voorbeelden van keuzehulpen. Wat is de toekomst voor keuzehulpen?

Keuzehulpen voor patiënten geven de patiënt inzicht in de beschikbare opties, de mogelijke consequenties van iedere optie en de manier waarop hij de consequenties van iedere optie waardeert (preferentieconstructie). De patiënt kan desgewenst actief deelnemen aan de besluitvorming. Keuzehulpen kunnen gedeelde besluitvorming effectief ondersteunen en verhogen de kwaliteit van het besluitvormingsproces. De verwachting is dat keuzehulpen voor patiënten geïntegreerd zullen worden in de besliskundige instrumenten voor artsen, zoals klinische praktijkrichtlijnen.

Zogenaamde keuze- of beslishulpen voor patiënten lijken in deze behoefte te kunnen voorzien. Neutrale en goed onderbouwde keuzehulpen staan niet alleen bij artsen en patiënten, maar ook bij beleidsmakers in de belangstelling, omdat ze soulaas lijken te bieden voor een aantal relevante problemen.

Ten eerste het probleem dat het preventief, diagnostisch en therapeutisch arsenaal toeneemt, met afwegingen tussen voor- en nadelen van deze interventies. Steeds vaker zijn er zogenaamde preferentie- of optiegevoelige beslissingen. Dit zijn beslissingen waarbij er meer dan een behandeloptie is of waarbij er dilemma's bestaan door een weging van voor- en nadelen. Er zijn beslisproblemen waarbij de uitkomsten van de verschillende opties gelijkwaardig zijn: alle opties zijn ongeveer even effectief en even veilig. Een andere categorie beslisproblemen betreft de keuze tussen opties waarbij men de uitkomsten en de bijwerkingen heel verschillend kan beoordelen – de ene optie is effectiever dan de andere, maar ook minder veilig of meer belastend.

Ten tweede ontstaat er een probleem als de patiënt te weinig of onjuiste informatie heeft over de aandoening. Met behulp van een keuzehulp informeert de patiënt zichzelf over ziekte en gezondheid. Dit is positief als hierdoor kennis (is macht) verschuift naar de patiënt, de patiënt meer betrokken is en zich verantwoordelijker gaat voelen voor zijn of haar eigen gezondheid.

Een derde probleem betreft het gebrek aan therapietrouw bij de behandeladviezen die patiënten krijgen. De gemiddelde therapietrouw is 50%, met een variatie van slechts 20% voor leefstijladviezen tot 80% voor chronische medicatie.[4] Dit leidt tot ineffectieve, ondoelmatige en soms zelfs onveilige zorg als patiënten bijvoorbeeld antibiotica gaan onderdoseren. Er zijn aanwijzingen dat patiënten die een grotere inbreng in het contact hebben zich ook verantwoordelijker voelen en daardoor de behandeling beter uitvoeren.

Een vierde probleem is ongewenste interdoktervariatie.

De kern

- Keuzehulpen voor patiënten zijn vooral aangewezen bij zogenaamde preferentiegevoelige beslissingen.
- Keuzehulpen geven de patiënt inzicht in welke opties beschikbaar zijn, wat de mogelijke consequenties van iedere optie zijn en hoe de patiënt de consequenties van iedere optie kan waarderen. Ten slotte kan de patiënt desgewenst actief deelnemen aan de besluitvorming.
- Keuzehulpen voor patiënten kunnen gedeelde besluitvorming effectief ondersteunen en verhogen de kwaliteit van het besluitvormingsproces.
- Voor implementatie is het wenselijk dat men keuzehulpen voor patiënten integreert in de besliskundige instrumenten voor artsen, zoals de klinische praktijkrichtlijnen.

Universiteit Maastricht, vakgroep Huisartsgeneeskunde, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Postbus 616, 6200 MD Maastricht: prof.dr. T. van der Weijden, hoogleraar implementatie van richtlijnen in de geneeskunde. Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Gezondheidszorg: A. Sanders-van Lennep, huisartsdocent en -onderzoeker, huisartsenopleiding Utrecht • Correspondentie: trudy.vanderwijden@maastrichtuniversity.nl •
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Interdoktervariatie is op zich geen probleem en moet er juist zijn, maar ze is vaak vele malen hoger dan we op basis van demografische verschillen in de behandelde populaties per huisarts mogen verwachten. Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat de voorkeuren van dokters voor een bepaalde behandeling een onevenredig grote rol kunnen spelen, ook wanneer er andere goed te verdedigen behandelopties zijn.[5]

In deze nascholing bespreken we de volgende vragen en aspecten:

- Wat zijn keuzehulpen? Wat is het doel van keuzehulpen?
- Historie en recente ontwikkelingen.
- Hoe moeten ze worden gebruikt? In de spreekkamer van de huisarts, bij wie (niet), en hoe dan?
- Zijn er keuzehulpen beschikbaar in Nederland? Enkele voorbeelden van keuzehulpen.
- Wat is de toekomst voor keuzehulpen?

WAT ZIJN KEUZEHULPEN?

Een keuzehulp is een ondersteunend middel voor gedeelde besluitvorming. Een keuzehulp kan een korte folder, en boekje, een cd-rom of een website zijn, die de patiënt thuis kan bekijken om het consult waarin de keuze is besproken goed te laten bezinken, of als voorbereiding voor een consult waarin de patiënt en de huisarts de preferentiegevoelige beslissing zullen bespreken. Patiënt en huisarts of praktijkondersteuner kunnen tijdens het consult de kern van de keuzehulp, het overzicht van de opties, en de beschrijving van de voor- en nadelen per optie (de *factsheet*) bekijken. Een goede keuzehulp wordt door onafhankelijke personen samengesteld. De informatie moet gebalanceerd en volledig zijn, en het taalniveau en de lay-out zo neutraal, eenvoudig en aantrekkelijk mogelijk. De keuzehulp beoogt de patiënt inzicht te verschaffen in de volgende kwesties:[6]

1. Welke opties beschikbaar zijn. De keuzehulp beschrijft het specifieke besluit dat de patiënt moet nemen, de specifieke patiëntendoelgroep en een overzicht van de opties, inclusief de optie afwachten.
2. Wat de mogelijke consequenties van iedere optie zijn. De keuzehulp beschrijft de voor- en nadelen per optie aan de hand van uitkomsten die relevant zijn voor de gezondheid en de kwaliteit van leven. Wat is het natuurlijke beloop van de aandoening, wat is de kans op (fout-)positieve en (fout-)negatieve testresultaten, wat is de kans op succes en op schade (numerieke kans op genezing en op ongewenste bijwerkingen) van de behandeling? Het kan een moeilijke boodschap zijn. Zo kan de PSA-test een afwijkende uitslag geven bij mannen die nooit kanker zullen krijgen, en dan tot onnodige prostaatbiopten leiden. Andersom sluit een goede uitslag bij mannen niet uit dat ze toch kanker krijgen. Hier moet de keuzehulp dan voor de leek maat en getal aangeven.
3. Hoe de patiënt de consequenties van iedere optie waardeert (preferentieconstructie). Patiënten krijgen hulp om hun voorkeuren te verhelderen, te construeren en te benoemen. Bijvoorbeeld door de mogelijke waarderingen van de keuzeopties te schetsen, geïllustreerd aan de hand van stellingen waarop de patiënt kan scoren, of door metingen van kwaliteit van leven.
4. Dat als de patiënt dat wenst, hij of zij actief deel kan nemen aan de besluitvorming. De keuzehulp beschrijft een stappenplan ten behoeve van de besluitvorming en de mogelijke rol van de patiënt daarin.

Onderdeel 1) en 2) vormen de kern van de keuzehulp (de factsheet). De kwaliteit hiervan staat of valt met effectieve risicocommunicatie. Risicocommunicatie gaat over meer dan alleen kansen in een bepaalde tijdspanne. De keuzehulp moet de patiënt ook informeren over de aandoening zelf, de ernst van de aandoening en de bijwerkingen van de medische interventies. Zowel onder- als overschatting van het risico op aandoeningen komt veel voor, en veel mensen vinden het moeilijk om vat te krijgen op een abstract begrip als risico. Het is lastig om kansen te vergelijken als de noemer niet constant blijft, zoals bij *single-event*-frequenties ('Uw risico is 1 op 5'). Bij percentages ontstaat ook vaak onbegrip omdat het totaal waarvan het percentage deel uitmaakt, onduidelijk kan zijn. Men moet de referentieklasse dus duidelijk omschrijven. Patiënten begrijpen numerieke informatie beter als men deze uitdrukt in natuurlijke frequenties, bijvoorbeeld: 'Als een groep van 100 personen zoals u 10 jaar gevolgd wordt, dan zullen X van die personen de aandoening ontwikkelen'.[7] Er zijn verschillende manieren om een waardeoordeel in risicocommunicatie te leggen. In de literatuur noemt men dit het *framing-effect*. Bij negatieve framing worden alleen de potentiële negatieve uitkomsten benoemd. De manier van 'framen' heeft invloed op keuzen die patiënten maken en kan men beter vermijden door beide kanten van het verhaal te beschrijven. Het visuali-

Abstract

Van der Weijden T, Sanders-van Lennep A. Patient decision aids. Huisarts Wet 2012;55(11):516-21.

From an ethical perspective, patient-centeredness is a goal in itself. Doctors should provide care in such a way that its form and content are compatible with the values and preferences of individual patients. This is particularly true for so-called preference or option-sensitive decisions, where there is more than one treatment option or when there are dilemmas in making the balance between the advantages and disadvantages of the different options. This needs to be discussed with patients, who often need support when making decisions. Such support can be provided by patient decision aids. These instruments are discussed in this article. What are decision aids? What is their function? The history of these instruments and recent developments are described. How should they be used – in the doctor's office, how and by whom? Are decisions aids available in the Netherlands? Examples are given. What is the future of decision aids?

Patient decision aids provide patients with insight into available treatment options, the potential consequences of each option, and the way in which these consequences should be weighed (preference construction). If desirable, patients can have an active role in decision-making. Decision aids can effectively support shared decision-making and improve the quality of the decision-making process. It is expected that patient decision aids with be incorporated in decision-making instruments for doctors, such as clinical guidelines.

Foto: IlluDirect/Hollandse Hoogte

seren van numerieke risico-informatie is een manier om bovenstaande valkuilen te omzeilen, bijvoorbeeld aan de hand van een populatiediagram met tien rijen van tien poppetjes, waarvan men sommige (de zieken) een andere kleur kan geven of kan omcirkelen. Het is dan duidelijk wat de referentiegroep (de noemer) is en de risico's worden tegelijkertijd positief en negatief gekaderd.

Er zijn kwaliteitscriteria voor inhoud en format van keuzehulpen, de zogenaamde IPDAS-criteria (International Patient Decision Aids Standards),[6] maar het veld is nog volop in ontwikkeling. De IPDAS-groep beschrijft ook de gewenste systematiek bij het ontwikkelen van een keuzehulp.[8] Die ontwikkeling is arbeidsintensief en kostbaar, en daarom zijn er ook al initiatieven voor keuzehulpen (factsheets) die men goedkoop en snel kan ontwikkelen.[9]

HISTORIE EN RECENTE ONTWIKKELINGEN

In bepaalde regio's in Amerika en Canada bestaan keuzehulpen voor patiënten al langere tijd. De Dartmouth Medical School (Hanover New Hampshire VS) beschikt over een apart centrum voor *shared decision making* (SDM), waar de artsen een patiënt naar kunnen verwijzen voor meer dan dertig onderwerpen, en waar getrainde coaches zitten die de juiste keuzehulp aan de patiënt meegeven, of, als de patiënt dat wenst, ter plekke samen met de patiënt doornemen.[10] De keuzehulpen zijn ontwikkeld door de onafhankelijke organisatie Foundation for Informed Decision Making, die John Wennberg en Albert Mulley in 1989 hebben opgericht.[11] De beweging is ontstaan vanuit het perspectief van gezondheidszorgonderzoek naar interdoktervariatie en de interne geneeskunde. In Canada heeft Annette O'Connor in 1995 de Patient Decision Aids Research Group opgericht.[12] Hier is de beweging ontstaan vanuit het verpleegkundige perspectief. Op deze website staat een inventarisatie van ruim 250 keuzehulpen uit de hele wereld.

In Nederland is er sinds circa vijftien jaar aandacht voor SDM.[13] In 2011 vond het internationale congres over SDM in Maastricht plaats[14] en is het Nederlandse Platform voor SDM opgericht[15].

Hebben keuzehulpen wel het gewenste effect? Er is een Cochrane-review van 86 gerandomiseerde experimenten waarin men patiënten die werden blootgesteld aan een keuzehulp, al dan niet met gedeelde besluitvorming tijdens het consult, vergeleek met patiënten die de gebruikelijke voorlichting hadden gekregen.[16] De patiënten in de experimentele groep hadden meer kennis, hadden twee keer zo vaak een betere risicoperceptie (vooral als risico's numeriek waren voorgesteld) en waren meer betrokken bij het overlegproces. Bovendien pasten de gemaakte keuzen meer bij de voorkeuren van de patiënten. Er was een trend zichtbaar naar een gunstig effect op therapietrouw, maar die was niet significant. De gevolgen voor de daadwerkelijke keuzen waren variabel, behalve een duidelijke en significante daling in keuzen voor electieve chirurgische procedures (20% minder vaak). Deze had overigens niet geleid tot negatieve effecten op de gezondheid. Ook niet op angst van patiënten. Er zijn overigens ook geen positieve effecten op gezondheid gevonden. De vraag is of we dat kunnen verwachten; het gaat immers om dilemma's waarbij er meestal gelijkwaardigheid is tussen de opties. De consultduur veranderde gemiddeld met +2,5 minuut (spreiding -8 tot +23 minuten).

Figuur 1 **Het model van gedeelde/gezamenlijke besluitvorming**

	Paternalisme	Gedeelde besluitvorming	Geïnformeerde patiënt
Informatietransfer	→	⇄	→
Wikken en wegen	arts	arts en patiënt	patiënt
Besluitvorming	arts	arts en patiënt	patiënt

HOE EN WAAR MOETEN ZE WORDEN GEBRUIKT?

Elk consultatiemodel in de hulpverlening is in grote lijnen opgebouwd rond ten minste een van drie vormen van patiëntenparticipatie [**figuur 1**].[17] Het eerste en oudste heeft tot eind jaren zeventig onwrikbaar stand gehouden. De hulpverlener is de dirigent in het gesprek, terwijl de patiënt een passieve, luisterende rol toebedeeld krijgt (het paternalistisch model). Het gesprek is een kwestie van eenrichtingsverkeer, waarbij de arts sturend en belerend optreedt. Patiënten kunnen deze overdracht van verantwoordelijkheid als vertrouwenwekkend ervaren. Het andere uiterste is het model van de geïnformeerde patiënt. Ook hier is sprake van eenrichtingsverkeer. De arts geeft informatie en opties, maar laat het dan aan de patiënt over om zelf de afweging te maken tussen de opties. De arts is

hier de expert en laat de geïnformeerde patiënt keuzen maken zonder te sturen (het informatieve model). De arts kan naast de objectieve informatie ook nog verklaringen en toelichting geven. Deze vorm van zelfbeschikking kan voor mondige, rationaliserende patiënten belangrijk zijn. Bij het tussenmodel is er sprake van wederzijds overleg en zijn beide gesprekspartners evenwaardig in het uitwisselen van informatie (gezamenlijke of gedeelde besluitvorming). Het is een integratie van de twee voorgaande modellen waarbij de arts optreedt als expert, informatie en verklaringen geeft, en de patiënt betrekt bij elk van deze processen. De patiënt is de ervaringsdeskundige in zijn eigen leven en gezondheid, geeft informatie en verklaringen in het licht van zijn ziektebeleving, en geeft inzicht in de haalbaarheid van de verschillende opties.

Om een gedeeld besluit te verkrijgen komen de waarden en voorkeuren van patiënten samen met de professionele waarden en normen van de behandelende arts. Eerst legt de arts uit dat er verschillende opties zijn (voor screening, diagnostiek, behandeling of palliatie), dat er wat te kiezen is. De huisarts schetst de opties en geeft op een neutrale manier informatie over de kansen op effecten en bijwerkingen. Hierbij spelen de keuzehulp en vooral de factsheet een belangrijke rol. Eventueel gaat de huisarts nader in op de onzekerheden van de opties. De patiënt geeft informatie over zijn of haar angsten, bedenkingen en wensen. Dan volgt het wikken en wegen, oftewel het delibereren, over de opties. De arts kan een optie aanbevelen. De patiënt brengt zijn of haar voorkeur naar voren, of construeert die voorkeur ter plekke op basis van zijn of haar omstandigheden en waarden in het leven. De arts moet luisteren en proberen te begrijpen waarom de patiënt eventueel een andere optie wil kiezen dan in zijn of haar ogen de beste is. Tot slot is er de besluitvorming. Soms schikt de patiënt zich naar de arts, soms de arts naar de patiënt, maar meestal ontstaat er consensus. Uiteraard kunnen de arts en patiënt alsnog overeenkomen om het paternalistische model toe te passen, als de patiënt ondanks een korte uitleg over het dilemma aangeeft echt niet bij de uiteindelijke beslissing betrokken te willen worden.

Tabel **Keuzehulpen die beschikbaar zijn voor het publiek op kiesbeter.nl**

Titel van de keuzehulp
Kindergeneeskunde
Medicamenteuze behandeling van kinderen met ADHD
Chirurgische behandeling van tonsillitis (amandelen knippen)
Behandeling van chronische otitis media bij kinderen
GGZ
Behandeling van angststoornissen
Behandeling van depressie
Behandeling van depressie bij personen met Turkse of Marokkaanse achtergrond
Cardiovasculair risico
Cardiovasculair risicomanagement (primaire preventie)
Cardiovasculair risicomanagement bij personen met diabetes
Cardiovasculair risicomanagement bij personen met hart- en vaatziekten
Andere curatieve behandelingen
Chirurgische behandeling van borstkanker
Behandeling van hernia nucleus pulposi
Behandeling van menopausale klachten
Behandeling van spontane pneumothorax (klaplong)
Preventie en screening overig
Contraceptie
Screening op prostaatkanker
Prenatale screening op het downsyndroom

Van aspecifieke lagerugklachten is bekend dat contextfactoren van grote invloed zijn op het herstel van de patiënt (NHG-Standaard M54). Behalve het advies actief te blijven, zijn er voor deze aandoening geen behandelmethoden die aantoonbaar meer effectiviteit sorteren dan het contexteffect. De huisartsenopleiding Utrecht en het NIVEL verrichten momenteel een geclusterd gerandomiseerd onderzoek naar het effect van gedeelde besluitvorming, gevolgd door een positieve bekrachtiging van de gekozen aanpak door huisartsen vergeleken met gebruikelijke zorg door de controleartsen, op het herstel van patiënten met niet-chronische aspecifieke lagerugklachten (Nederlandse Trialregiser NTR 1960).

Voor het onderzoek hebben 69 huisartsen getracht ieder 10 patiënten met lagerugklachten in te sluiten en video-opnamen te maken van de consulten. De deelnemende patiënten vulden voor en na het consult vragenlijsten in en op 2, 6, 12 en 26 weken. De interventieartsen kregen een training van tweemaal 2,5 uur in gedeelde besluitvorming en positief bekrachtigen. Daarbij was er uitgebreid aandacht voor het exploreren van angsten en behandelvoorkeuren, en aan deliberatie, adviseren, luisteren, onderhandelen en bereiken van consensus. De interventieartsen maakten voor de gedeelde besluitvorming gebruik van een keuzehulp.

In dit onderzoek hebben we ervoor gekozen om de keuzehulp te beperken tot de factsheet. Deze bestond uit een eenvoudige visualisatie van de evidence voor de patiënt [**figuur 2**], die werd gebruikt tijdens het consult, en een uitgebreid overzicht van de evidence en referenties voor de arts.

Momenteel analyseren we de eerste resultaten. De keuzehulp bleek een effectief instrument om de verschillende opties te bespreken en vooral om de overdracht van evidence-based medicine-kennis neutraal te framen. Opvallend is dat artsen in de intakefase open en explorerende vragen stellen, maar dit lastig vinden in de beleidsfase, waar dit nodig is om de zorgen en verwachtingen van patiënten met betrekking tot de therapeutische opties boven tafel te krijgen. Daarnaast vinden ze het lastig om inhoudelijk op gelijkwaardige basis met de patiënt te spreken, terwijl zij als arts het consult op procesniveau moeten bewaken. Veel artsen gaven aan de gelijkwaardige deliberatie met de patiënt over de verschillende behandelopties te zien als 'het hart van het huisartsenvak'.

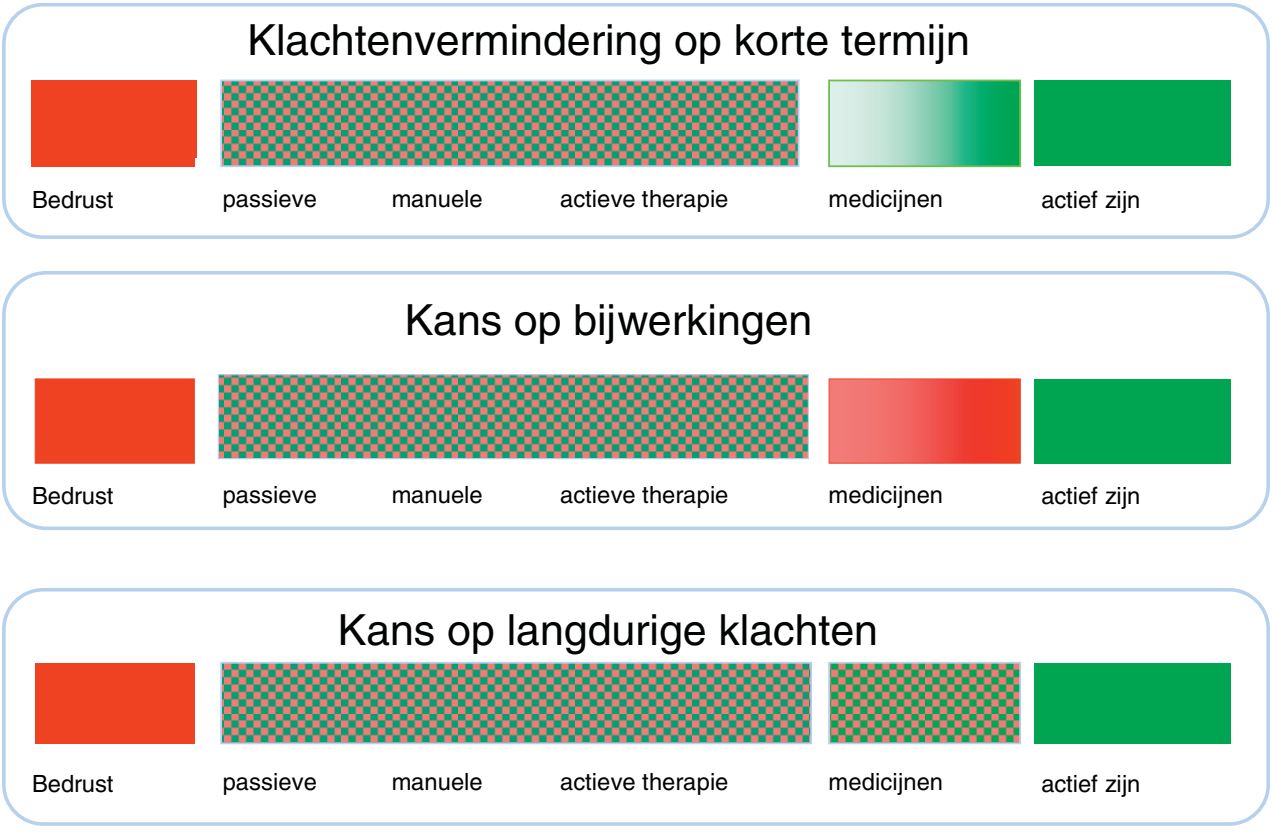
ZIJN ER KEUZEHULPEN BESCHIKBAAR?

Hoewel er al zestien keuzehulpen beschikbaar zijn op kiesbeter.nl [**tabel**],[18] zijn ze onder artsen en patiënten nog nagenoeg onbekend. Om de bekendheid te vergroten heeft Peep Stalmeier van Radboud UMC bestaande keuzehulpen voor de Nederlandse gebruiker geïnventariseerd.[19] Integratie van een keuzehulp in de spreekkamer vraagt bepaalde competenties van de huisarts die al passen bij de taakopvatting van de moderne huisarts. Toch zal het werken met keuzehulpen een aanpassing van veel huisartsen vragen, al is het maar omdat het op de korte termijn meer tijd kan kosten. Delegatie naar de praktijkondersteuners lijkt een interessante optie. Het is overigens ook voorstelbaar dat keuzehulpen tijdwinst kunnen opleveren, doordat de huisarts de patiënt de keuzehulp kan meegeven, en daarom minder tijd besteed aan het geven van mondelinge informatie tijdens het consult. We staan aan het begin van een medisch informatietijdperk waarin onafhan-

In de onderstaande figuren kunt u zien hoe effectief de verschillende therapieën bij de meeste mensen zijn. Wat de kans op nadelige effecten van de therapie (bijwerkingen) zijn en of de therapie helpt om langdurige klachten te voorkomen. De figuren kunnen u helpen om samen met uw dokter te beslissen hoe u met uw rugpijn wilt omgaan.
U kunt ervoor kiezen verschillende therapieën te combineren.

Een dergelijke kleur betekent dat we niet goed weten of het wel of niet helpt.
Misschien heeft u zelf wel een voorkeur voor een therapie.

Figuur 2 **Keuzehulp. (Sub)acute aspecifieke lagerugklachten, uitsluitend patiëntendeel. Het EBM-deel voor de arts is niet zichtbaar**



kelijke, nationaal gevalideerde keuzehulpen vanzelfsprekend zullen worden. Het is denkbaar dat keuzehulpen en gedeelde besluitvorming op termijn tot tijdsbesparing leiden.

In de box lichten we een lopend project toe in de huisartsgeneeskunde waarbij gedeelde besluitvorming en een keuzehulp centraal staan.[20]

BESCHOUWING

Het indicatiegebied voor gedeelde besluitvorming en keuzehulpen staat nog ter discussie. Gedeelde besluitvorming is duidelijk geïndiceerd voor relevante preferentiegevoelige beslissingen. Het pater- of maternalistische model zal ook een gewenst model blijven in de huisartsgeneeskunde, maar als er verschillende opties zijn, moet de huisarts de patiënt op zijn minst uitnodigen om betrokken te zijn bij de besluitvorming.

De verwachting is dat men keuzehulpen zal integreren tot een samenhangend geheel met de professionele en patiëntenversies van door de medische beroepsgroepen geaccordeerde klinische praktijkrichtlijnen, die preferentiegevoelige aanbevelingen bevatten.[21] Hierdoor gaan ook de artsen profiteren doordat ze compacte factsheets ter beschikking krijgen waarin de kennis over relevante effecten en risico's is samengevat en gevisualiseerd op voor patiënten toegankelijke wijze, en dus ook voor artsen die minder vertrouwd zijn met het epidemiologische jargon. De patiëntenperspectieven zijn dan op collectief niveau al nadrukkelijk meegewogen in die klinische praktijkrichtlijnen.[22] Dergelijke besliskundige tools kunnen de implementatie van evidence-based practice faciliteren, waarin men maatwerk levert aan de individuele patiënt met zijn of haar unieke profiel, context en preferenties.

Keuzehulpen zal men ook integreren met de zelfmanagementinstrumenten die beschikbaar komen voor de zorgvrager. Patiënten zullen (steeds meer en beter) toegang krijgen tot het elektronisch patiëntendossier en in de toekomst zal een patiënt vóór een consult per e-mail uitgenodigd worden een aan het dossier gelinkte keuzehulp al gedeeltelijk door te nemen en in te vullen, zodat het consult gewijd kan worden aan gedeelde besluitvorming met de al geïnformeerde patiënt. De geaccordeer-

de keuzehulpen worden verspreid door en voor de patiënten met behulp van de sociale media. De apps voor smartphones met medisch besliskundige informatie zijn al populair onder artsen, en deze zullen ook steeds meer evolueren tot gezamenlijke producten en toegankelijk worden voor patiënten.

CONCLUSIE

Keuzehulpen voor patiënten zijn vooral aangewezen bij preferentiegevoelige beslissingen. Ze geven de patiënt inzicht in de beschikbare opties, de mogelijke consequenties van iedere optie en de manier waarop hij de consequenties van iedere optie waardeert (preferentieconstructie). De patiënt kan desgewenst actief deelnemen aan de besluitvorming. Keuzehulpen voor patiënten kunnen gedeelde besluitvorming effectief ondersteunen en verhogen de kwaliteit van het besluitvormingsproces. In de toekomst zullen keuzehulpen voor patiënten geïntegreerd worden in de besliskundige instrumenten voor artsen, zoals de klinische praktijkrichtlijnen. ■

LITERATUUR

1 Berwick DM. What 'Patient-centered' should mean: confessions of an extremist. Health Aff 2009;555-65.
2 Mead N, Bower P. Patient-centeredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. Soc Sci Med 2000;51:1087-110.
3 Coulter A. Do patients want a choice and does it work? BMJ 2010;341:c4989.
4 Sabate E. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneva: WHO, 2003.
5 Westert GP, Faber M. Commentary; The Dutch approach to unwarranted practice variation. BMJ 2011;342:d1429.
6 Elwyn G, O'Connor A, Stacey D, Volk R, Edwards A, Coulter, A et al on behalf of the International Patient Decision Aids Standards (IPDAS) Collaboration. Developing a quality criteria framework for patient decision aids: Online international Delphi consensus process. Br Med J 2006;333:417-21.
7 Van der Weijden T, Timmermans D, Wensing M. 'Dus alles is goed dokter?' Hoe informeer ik mijn patiënten over grote en kleine risico's? Huisarts Wet 2006;49:550-3.
8 http://ipdas.ohri.ca.
9 www.optiongrid.co.uk.
10 http://patients.dartmouth-hitchcock.org/shared_decision_making.html
11 http://informedmedicaldecisions.org.
12 http://decisionaid.ohri.ca.
13 Van der Weijden T, Van Veenendaal H, Drenthen T, Versluijs M, Stalmeier P, Loon MK, et al. Shared decision making in the Netherlands, is the time ripe for nationwide, structural implementation? Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 2011;105:283-8.
14 www.isdm2011.org.
15 Zie bij www.zelfmanagement.com.
16 Stacey D, Bennett CL, Barry MJ, Col NF, Eden KB, Holmes-Rovner M, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev 2011;10:CD001431.
17 Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision making in the medical encounter: what does it mean? (Or it takes at least two to tango). Soc Sci Med 1997;44:68192.
18 http://www.kiesbeter.nl/algemeen/thema/alle-keuzehulpen.
19 http://dekeuzehulpverzameling.nl.
20 http://www.trialregister.nl/trialreg/admin/rctview.asp?TC=1960
21 Van der Weijden T, Boivin A, Burgers J, Schünemann HJ, Elwyn G. Clinical practice guidelines and patient decision aids. An inevitable relationship. J Clin Epidemiol 2012;65:584-9.
22 Van der Weijden T, Légaré F, Boivin A, Burgers JS, Van Veenendaal H, Stiggelbout AM, et al. How to integrate individual patient values and preferences in clinical practice guidelines? A research protocol. Implement Scie 2010;5:10.

Nico van Duijn

Dorpsdokter

Huismensen, stadsmensen en dorpmensen, het zijn drie soorten mensen.

Huismensen wonen in hun huis naar hun zin. Waar het staat, het maakt ze niets uit als ze maar niet ongewild andere mensen tegenkomen. Hun ideaal is een vrijstaand huis, zonder inkijk. Ze willen zelf bepalen wanneer ze welke mensen spreken. Hier zijn hele wijken voor gebouwd.

Stadsmensen wonen zo graag in de mensendrukte dat ze een vermogen betalen voor een paar vierkante meter tweehoog, zonder lift. Op straat mopperen ze op schijtende duiven. De natuur is iets voor de vakantie. Ze willen omringd zijn door onbekende mensen, naar wie ze kijken. Contact is een interessante optie.

Dorpsmensen zwaaien graag naar anderen. Ze hebben contact, ook met anderen die ze niet verkiezen. Dorpsmensen vinden het een genoegen onderdeel te zijn van een gemeenschap, met alle warmte en narigheid van dien. Ze weten wie de bijstand belazert en wie zwanger is. Over jou weten ze ook van alles, mooie dingen, slordige zaken. Dit is niet zozeer gewenst, interessant of zelfs belangrijk. Het is zo.

De huisarts kan een huismens zijn, een stadsmens of een dorpsmens. Een huismens-huisarts gaat achteraf wonen, Almere of Huizen maakt niet uit. Een stadsmens-huisarts werkt in Almere Haven en woont in Amsterdam. Een dorpsmens-huisarts woont en werkt in Almere Haven, zoals ik. Na een gebeurtenis in de spreekkamer sta je achter de patiënt bij de kassa van Albert Heijn. Na het overlijden van haar man kom je de weduwe tegen op de markt. Dank je wel, een verhaal, de nieuwe baby met oma die vraagt wanneer jij opa wordt - het overkomt je, zonder afspraak. Ik vind dat prettig. Ik maak deel uit van iets groters, vrolijk en triest, generaties lang.

Huismensen bepalen wie ze af en toe spreken. Stadsmensen bepalen voortdurend wie ze niet spreken. Dorpsmensen bepalen niets. Het gebeurt. ■

Hugo Maathuis, Daniel Dijkstra

NASCHOLING

Vermijden van onttrekkingsverschijnselen van fentanylpleisters

Samenvatting

Maathuis MHJ, Dijkstra DDP. Vermijden van onttrekkingsverschijnselen van fentanylpleisters. Huisarts Wet 2012;55(11):522-4.

De laatste jaren schrijven huisartsen steeds vaker fentanylpleisters voor in het kader van de behandeling van maligne en niet-maligne chronische pijn. Met een toenemende prevalentie van fentanylgebruikers krijgen huisartsen vaker dan voorheen te maken met patiënten bij wie deze pleisters om uiteenlopende redenen moeten worden afgebouwd. Tijdens dit proces kunnen forse onttrekkingsverschijnselen optreden, ook in gevallen waarbij huisartsen zorgvuldig en volgens de instructies van de fabrikant handelen. We gaan in op de processen die ten grondslag liggen aan deze onttrekkingsverschijnselen en doen een voorstel voor meer maatwerk in het afbouwen van fentanylpleisters.

INLEIDING

Opium, het ingedroogde melksap van de opiumpapaver of slaapbol (Papaver somniferum) wordt al vele duizenden jaren gebruikt. De Egyptenaren gebruikten morfine al als pijnstiller.[1] In de moderne geneeskunst is morfine een belangrijk middel in de behandeling van acute en chronische pijn. Een behandeling met opioïden geeft effectieve pijnreductie tegen relatief lage kosten.[2] Binnen de groep opioïden is morfine de gouden standaard waartegen men alle andere opioïden afzet. Fentanyl is een zeer potent, vet-oplosbaar opioïd dat in 1960 werd geïntroduceerd. Sindsdien heeft fentanyl vele toepassingen gevonden in de behandeling van zowel acute als chronische pijn.[3] Fentanyl is naar schatting 75 tot 100 keer potenter dan morfine. Begin 1990 is transdermaal fentanyl ontwikkeld (TDF, Durogesic®), dat gedurende een periode van 48 tot 72 uur een constante toediening mogelijk maakte.[4]

Fentanylpleisters zijn er in afgiftedoseringen van 12, 25, 50, 75 en 100 µg/uur. De dosering is recht evenredig aan het oppervlak van de pleister.[5] De mate van absorptie door de huid is echter afhankelijk van een aantal factoren, zoals lichaamstemperatuur, vetpercentage en lokale huidafwijkingen. Normaal gesproken duurt het ongeveer 8 tot 18 uur voordat een fentanylpleister effect heeft. Om dit initiële gebrek aan effectiviteit en eventuele doorbraakpijn te behandelen schrijft men in de opstartfase naast de fentanylpleister ook een snelwerkend opioïd voor.[6]

Diverse onderzoeken hebben aangetoond dat TDF effectief is bij de behandeling van oncologische pijn en chronische pijn, zoals reumatoïde artritis en artrose.[7,8] In de palliatieve zorg speelt TDF een belangrijke rol bij patiënten met stabiele (oncologische) pijn bij wie orale of parenterale toediening van opioïden niet wenselijk is.

Tussen 1996 en 2001 is het aantal TDF-voorschriften in Nederland met een factor vier toegenomen.[9] Naar verwachting heeft deze groei zich ook in de afgelopen jaren voortgezet. Met een stijgend aantal gebruikers van TDF ontstaat ook steeds vaker de noodzaak tot het staken van dit middel. In de beschreven casus leidt het afbouwen van TDF door middel van dosisreductie volgens opgave van de fabrikant tot forse onttrekkingsverschijnselen.[10] In dit artikel gaan we in op de farmacologische processen die een rol spelen bij het afbouwen van TDF. Daarnaast doen we een voorstel voor meer maatwerk in het staken van fentanyl, om zo onttrekkingsverschijnselen te voorkomen. Het gegeven dat de dosering samenhangt met het contactoppervlak van de pleister vormt daarbij een belangrijk uitgangspunt.

STARTEN

Het starten van opioïden is aangewezen als pijnstilling met non-medicamenteuze en non-opioïde medicatie onvoldoende effect sorteert en als arts en patiënt het eens zijn over een haalbaar behandeldoel. Ze moeten ook goede afspraken maken over vervolgcontacten en terugkoppeling van de behandelresultaten. Er is veel informatie en onderzoek beschikbaar over het effectief opbouwen van opioïde analgetica. In de dagelijkse praktijk maken artsen vaak gebruik van de WHO-pijnladder.[11,12]

STAKEN

Er kunnen diverse redenen zijn om de fentanyldosering af te bouwen of te staken. Grofweg kunnen we twee categorieën patiëntengroepen onderscheiden. De eerste categorie betreft patiënten bij wie men gebruik kan maken van alternatieve methoden van pijnbestrijding. Zo kan het wegnemen van de oorzaak van de pijn, zoals gewrichtsvervangende chirurgie of revascularisatie van een ischemisch ledemaat, aanvullende pijnstilling overbodig maken. Daarnaast kan men het systemisch gebruik van fentanyl afbouwen als locoregionale technieken, zoals spinale of epidurale pijnbestrijding, dan wel perifere zenuwblokkades tot de mogelijkheden behoren. Bij de tweede categorie neemt de effectiviteit van fentanyl af of treden er bijwerkingen op, waardoor een andere behandeling noodzakelijk wordt.

Opioïdtolerantie en hyperalgesie zijn farmacologische processen die bijdragen aan de verminderde werking van opioïden. Bij tolerantie treedt er desensitisatie van de opioïdreceptor op, waardoor men de dosering in korte tijd steeds verder moet verhogen om de pijn te verlagen. Dit kan leiden tot torenhoge plasmaspiegels, zonder dat de pijnbeleving afneemt.[13] Bij opioïdgeïnduceerde hyperalgesie zijn er aanwijzingen dat door langdurig gebruik van een opioïd een centrale sensitisatie van pijncentra ontstaat. Hierbij neemt de pijnbeleving van de patiënt door verhoging van de opioïddosering

UMC St. Radboud, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, vervolgopleiding tot huisarts, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: dr. M.H.J. Maathuis, arts in opleiding tot specialist huisartsgeneeskunde. Meander Medisch Centrum, Amersfoort: D.D.P. Dijkstra, anesthesioloog • Correspondentie: h.maathuis@elg.umcn.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Casus

Een tachtigjarige patiënte had sinds enkele weken last van progressieve buikpijn, gevolgd door braken. Tijdens een spoedopname in het ziekenhuis ontdekte de behandelend arts een obstruerend coloncarcinoom. De MDL-arts plaatste een colonstent en aanvullende onderzoeken lieten geen uitzaaiingen zien. Ze zou een curatieve behandeling kunnen krijgen. Voor de pijn kreeg ze een fentanylpleister. Plots werd patiënte onwel – een acuut myocardinfarct, zo bleek later. De combinatie van het hartinfarct en de darmkanker was te veel voor haar. Ze raakte in paniek. Zo hoefde het niet langer. Hoezeer de artsen, verpleegkundigen en familieleden ook aandrongen, ze wilde van geen operatie meer weten. En zo kwam ze in het hospice terecht met nog maar één wens: zo snel mogelijk overlijden.

Na een aantal weken, waarin ze tot rust was gekomen en alles nog eens op een rijtje had gezet, koos ze toch voor een operatie. De chirurg wilde haar graag vrij van opiaten opereren. De buikpijn was inmiddels verdwenen en dus besloot men de fentanyl volgens de instructies van de fabrikant af te bouwen. Via een 50% dosisreductie per week werd de toediening van fentanyl na de pleister van 12 µg/uur gestaakt. De ochtend na het staken van de pleister kreeg mevrouw plotseling last van misselijkheid, overgeven, diarree en buikpijn, en lag ze trillend, zwetend en angstig in haar bed. Ze had geen koorts en omdat de fentanyl kort daarvoor was gestaakt dacht men aan onttrekkingsverschijnselen. Alle klachten waren 24 uur na herplakken van de fentanylpleister volledig verdwenen. Gedurende de eerste 16 uur na herplakken kreeg patiënte ter overbrugging kortwerkende orale opiaten. Bij een tweede, meer gedoseerde afbouw van fentanyl – waarbij ook doseringen kleiner dan 12 µg/uur werden gebruikt – was er geen sprake van onttrekkingsverschijnselen.[1]

juist toe (hyperalgesie). Met andere woorden, om de pijn te verminderen moet men de dosis verlagen.[14] Zowel tolerantie als hyperalgesie kan een reden zijn om opioïden af te bouwen en op zoek te gaan naar andere pijnbestrijdingsstrategieën.

Wanneer artsen voor afbouwen kiezen is een grote variatie in afbouwschema's beschikbaar. Harde data ontbreken, maar schema's waarin men de dosis per week met 50% reduceert, zijn over het algemeen veilig. Het afbouwschema dat de fabrikant van TDF voorschrijft bestaat uit een wekelijkse dosishalvering tot de laagste dosis (12 µg/uur), om de toediening daarna vervolgens geheel te staken.[15]

Uit de casus blijkt dat er ondanks het zorgvuldig afbouwen volgens het schema van de fabrikant vanwege biologische afhankelijkheid toch forse onttrekkingsverschijnselen kunnen optreden. In het verleden dacht men dat biologische afhankelijkheid synoniem was met een geestelijke verslaving aan het middel. Tegenwoordig weten we beter. Een geestelijk verslaafde patiënt zal alles in het werk stellen om het opiaat te kunnen blijven gebruiken. Biologische afhankelijkheid is tijdelijk, de ziekte van geestelijke verslaving is permanent.[16] Er zijn geen gevalideerde risicofactoren die het risico op geestelijke verslaving aan opioïden adequaat voorspellen. Wel neemt men aan dat een eerdere drugs- of alcoholverslaving de kans op geestelijke verslaving aan opioïden vergroot.[11]

De cumulatieve dosis en een gebruiksduur van meer dan twee weken verhogen de kans op de ontwikkeling van onttrekkingsverschijnselen nadat de patiënt is gestopt met opioïden in het algemeen en fentanyl in het bijzonder.[17,18]

Na het staken van opioïden treden de volgende onttrekkingsverschijnselen het vaakst op: angst, slapeloosheid, misselijkheid, pijn, braken, diarree, tachycardie en zweten.[19] Het mechanisme dat aan onttrekkingsverschijnselen ten grondslag ligt is multifactorieel.[20,21] Onttrekkingsverschijnselen treden in het algemeen 8 tot 16 uur na staken van het opioïd op en bereiken een maximale intensiteit na 36 tot 72 uur. De primaire onttrekkingsperiode duurt meestal niet langer dan acht dagen, maar milde klachten kunnen tot zes maanden na staken van het opioïd aanhouden. Er zijn twee manieren waarop patiënten van opioïden kunnen ontwennen. Bij de eerste bouwt men het opioïd langzaam af, eventueel door gebruik te maken van een langwerkend preparaat, zoals methadon (halfwaardetijd: 18-55 uur).[22] De tweede variant, ook wel de *cold-turkey*-methode genoemd, bestaat uit het abrupt staken van het opioïd, waarbij men de onttrekkingsverschijnselen soms met clonidine (een α2-adrenergeagonist) of een benzodiazepine bestrijdt. Bij deze variant moet de patiënt een redelijke basisconditie en voedingsstatus hebben, aangezien de fysieke belasting van onttrekkingsverschijnselen vrij groot is.[22,23] Oudere patiënten zullen in het algemeen niet over de benodigde reserves beschikken om de cold-turkey-periode op een acceptabele manier door te komen. Hoewel men enige ervaring met detoxen in de huisartsenpraktijk heeft opgedaan, gaan de meeste patiënten hiervoor naar gespecialiseerde klinieken.[24]

MAATWERK IN FENTANYL AFBOUWEN

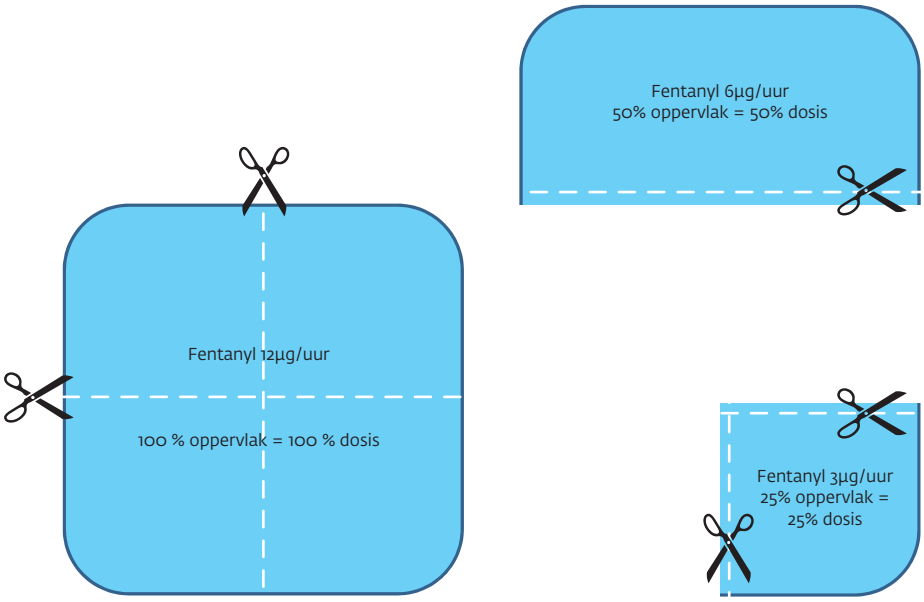
Fentanylpleisters geven een constante toediening van fentanyl gedurende 48 tot 72 uur en hebben een relatief lange halfwaardetijd (13-19 uur). Bovendien treedt na langdurige toediening van het vet-oplosbare fentanyl een verzadiging van de perifere weefsels op. Na staken van de fentanyltoediening zullen plasmaspiegels aanvankelijk niet of nauwelijks dalen vanwege een redistributie vanuit de eerder verzadigde weefsels.[18] Daardoor is het mogelijk om de fentanylspiegel met een zeer geleidelijke dosisreductie uit te sluipen. Soms is het nodig om ook onder de 12 µg/uur door te gaan met de afbouw van de dosering. Zoals we eerder beschreven hangt de dosis samen met het contactoppervlak van de pleister. Dosisreductie kan men bereiken door een 12 µg pleister door midden (6 µg/uur) of in vieren (3 µg/uur) te knippen, waarmee men ook onttrekkingsverschijnselen tot een minimum kan beperken [**figuur**].

Abstract

Maathuis MHJ, Dijkstra DDP. Avoidance of withdrawal symptoms with fentanyl patches. Huisarts Wet 2012;55(11):522-4.

Fentanyl patches are being used increasingly often in the treatment of malignant and non-malignant chronic pain. As a result, general practitioners often have to manage patients with severe withdrawal symptoms because their fentanyl prescription has been discontinued for whatever reason. These symptoms can arise even though GPs have followed the drug tapering instructions provided by the manufacturer. This article describes the mechanisms underlying withdrawal symptoms and proposes a more customized tapering regimen for fentanyl patches.

Figuur Schematische weergave van de relatie tussen contactoppervlak en dosis. Door middel van een schaar kan men de pleister in de juiste dosering knippen. Ook door afplakken met tape kan men het contactoppervlak en daarmee de dosering verlagen



CONCLUSIE

Artsen schrijven steeds vaker fentanylpleisters voor in het kader van de bestrijding van oncologische en chronische pijn. In het verloop van de pijnbehandeling kan het echter om diverse redenen noodzakelijk worden de toediening van fentanyl te staken. Ondanks zorgvuldige afbouw volgens het schema van de fabrikant kunnen onttrekkingsverschijnselen optreden. Deze biologische afhankelijkheid kan men verkleinen door middel van een graduelere dosisreductie. Hiervoor zijn soms doseringen van 6 en 3 µg/uur noodzakelijk. Door het oppervlak en daarmee de dosering van de pleister met schaar of tape op maat te maken kan men de dosis geleidelijker afbouwen, waardoor de kans op onttrekkingsverschijnselen wordt geminimaliseerd. Op grond van de beschikbare literatuur lijkt vooral de oudere patiënt met een matige conditie die langer dan twee weken fentanyl heeft gebruikt gebaat bij een zeer zorgvuldige afbouw. ■

LITERATUUR

1 Trescot AM, Datta S, Lee M, Hansen H. Opioid pharmacology. Pain Physician 2008;11:S133-53.
2 McQuay H. Opioids in pain management. Lancet. 1999;353:2229-32.
3 Stanley TH. The history and development of the fentanyl series. J Pain Symptom Manage 1992;7:S3-7.
4 Holley FO, Van Steennis C. Postoperative analgesia with fentanyl: pharmacokinetics and pharmacodynamics of constant-rate i.v. and transdermal delivery. Br J Anaesth 1988;6:608-13.
5 Farmacotherapeutisch kompas. Amstelveen: Prelum Uitgevers, 2012.
6 Nelson L, Schwaner R. Transdermal fentanyl: pharmacology and toxicology. J Med Toxicol 2009;5:230-41.
7 Le Loët X, Pavelka K, Richarz U. Transdermal fentanyl for the treatment of pain caused by osteoarthritis of the knee or hip: an open, multicentre study. BMC Musculoskelet Disord 2005;6:31.
8 Allan L, Hays H, Jensen NH, De Waroux BL, Bolt M, Donald R, et al. Randomised crossover trial of transdermal fentanyl and sustained release oral morphine for treating chronic non-cancer pain. BMJ 2001;322:1154-8.
9 Breekveldt-Postma NS, Penning-van Beest FJA, Herings RMC. Utilisation patterns of fentanyl transdermal system in the Netherlands. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2005;14:129-34.
10 Maathuis MH, Dijkstra DD. Disaster after the plaster. Fentanyl withdrawal symptoms in a curable hospice patient. Eur J Gen Pract 2011;17:229-32.
11 Ballantyne JC, Mao J. Opioid therapy for chronic pain. N Engl J Med 2003;349:1943-53.
12 Jadad AR, Browman GP. The WHO analgesic ladder for cancer pain management: Stepping up the quality of its evaluation. JAMA 1995;274:1870-3.
13 Baron MJ, McDonald PW. Significant pain reduction in chronic pain patients after detoxification from high-dose opioids. J Opioid Manag 2006;1:277-82.
14 Bannister K, Dickenson AH. Opioid hyperalgesia. Curr Opin Support Palliat Care 2010;4:1-5.
15 Ishihara C, Konishi H, Chiba M, Minouchi T, Endo Y, Yamaji A. Withdrawal symptom after discontinuation of transdermal fentanyl at a daily dose of 0.6 mg. Pharm World Sci 2005;1:13-5.
16 Bailey JA, Hurley RW, Gold MS. Crossroads of pain and addiction. Pain Med 2010;11:1803-18.
17 Katz R, Kelly HW, Hsi A. Prospective study on the occurrence of withdrawal in critically ill children who receive fentanyl by continuous infusion. Crit Care Med 1994;22:763-7.
18 Scholz J, Steinfath M, Schulz M. Clinical pharmacokinetics of alfentanil, fentanyl and sufentanil. An update. Clin Pharmacokinet 1996;31:275-92.
19 Lugo RA, MacLaren R, Cash J, Pribble CG, Vernon DD. Enteral methadone to expedite fentanyl discontinuation and prevent opioid abstinence syndrome in the PICU. Pharmacotherapy 2001;21:1566-73.
20 Ashburn MA, Staats PS. Management of chronic pain. Lancet 1999;353:1865-9.
21 Kieffer BL, Evans CJ. Opioid tolerance-in search of the holy grail. Cell 2002;108:587-90.
22 Benich JJ. Opioid dependence. Prim Care 2011;38:59-70.
23 Strain EC, Stitzer ML. The treatment of opioid dependence. Baltimore (MD): Johns Hopkins Press; 2006:275-94.
24 Bucknall AB, Robertson JR. Heroin misuse and family medicine. Fam Pract 1985;2:244-51.

Lud van der Velden (NIVEL), Swanehilde Kooij (CHBB)

Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden

De LHV en het NHG hebben in oktober 2005 een College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden (CHBB) ingesteld. Het CHBB heeft als taak: het aanleggen en bijhouden van registers voor huisartsen met deskundigheid op het gebied van 'bijzonder aanbod van huisartsenzorg richting patiënt' en door de beroepsgroep geïnitieerde specifieke taken, gericht op de 'verbetering van de kwaliteit van de huisartsenzorg'. In 2007 zijn de eerste registers opengesteld. Nu kunnen we dus terugkijken op iets meer dan 5 registratiejaren.

TOTAAL AANTAL ERKENNINGEN

In de afgelopen vijf en een half jaar zijn er 2358 huisartsen bij het CHBB ingeschreven. Zestig huisartsen zijn ook weer uitgeschreven. In juni 2012 waren er 2298 huisartsen met in totaal 2730 erkenningen ingeschreven in 15 verschillende registers. We bekeken hoeveel erkenningen per register zijn geregistreerd [**tabel**].

AANTAL ERKENNINGEN VERBETERING KWALITEIT

Voor de verbetering van de kwaliteit van zorg zijn in totaal 10 registers opgericht, waarvan 3 algemeen van aard zijn en 7 gericht zijn op specifieke patiëntengroepen. Het hoogste aantal ingeschreven huisartsen (1500) is geregistreerd als 'Erkend kwaliteitsconsulent'. Voor het bevorderen van de kwaliteit van de huisartsenzorg zijn verder 2 'algemene' registers opgericht voor huisartsen die een zogeheten Kaderopleiding hebben gevolgd. Dat geldt voor de erkenningen als 'Kaderhuisarts Supervisor' en 'Kaderhuisarts Beleid en beheer' waarvoor respectievelijk 43 en 19 huisartsen staan ingeschreven.

Van de 9 registers voor kaderhuisartsen zijn er 7 gericht op specifieke patiëntgroepen. In totaal zijn daar 265 huisartsen ingeschreven, met in totaal 270 erkenningen. Het meest omvangrijke register is de 'Kaderhuisarts Palliatieve zorg' met 81 ingeschreven huisartsen.

AANTAL ERKENNINGEN 'BIJZONDER AANBOD'

Voor het bijzondere huisartsgeneeskundig aanbod zijn 5 registers opgericht. Ook aan deze registers zijn specifieke opleidingen gekoppeld om de kennis en kunde van huisartsen bij de eerste registratie te borgen. In totaal staan 778 huisartsen ingeschreven in een van de 5 registers voor bijzondere huisartsgeneeskundige zorg en in totaal hebben zij 889 erkenningen verkregen. Het meest omvangrijke register is dat van de 'Reizigersadvisering'. Daarin zijn 284 huisartsen opgenomen.

AANTAL DUBBELE ERKENNINGEN

Bij 4 van de 5 'bijzonder aanbod'-registers heeft minstens 24% van de ingeschreven huisartsen ook nog een of meer andere registraties. Bij 'Echografie' gaat het zelfs om 41% van de ingeschreven huisartsen. De meest voorkomende combinaties zijn die van een inschrijving voor 'Reizigersadvisering' en 'Oogheelkunde' (32 keer), 'Echografie' en 'Oogheelkunde' (28 keer) en 'Echografie' en 'Reizigersadvisering' (26 keer). Bij de registers voor Kaderhuisartsen heeft circa 13% van de huisartsen nog een extra erkenning.

CONCLUSIE

Van de ongeveer 10.500 actieve huisartsen in Nederland heeft inmiddels grofweg 17,5% een erkenning in het kader van de 'Verbetering van de kwaliteit van zorg' en 7,5% in het kader van de 'Bijzondere huisartsgeneeskundige zorg richting patiënt'. Het actuele aantal registraties en meer informatie over de registers is te raadplegen op www.chbb.artsennet.nl. ■

Tabel **Aantal CHBB-geregistreerde huisartsen per register, aantal en aandeel met meer dan 1 patiëntgerichte registratie en aantal extra erkenningen per register (stand 20-06-2012)**

Register	Totaal aantal nu geregistreerd	Aantal met > 1 patiëntgerichte registratie*	Aandeel met > 1 patiëntgerichte registratie*	Aantal extra patiëntgerichte registraties*
Totaal: 15 registers met 2298 huisartsen en 2730 erkenningen				
Verbetering van de kwaliteit van de huisartsenzorg: 10 registers met 1699 huisartsen en 1832 erkenningen				
Algemeen: 3 registers met 1532 huisartsen en 1562 erkenningen				
Erkend kwaliteitsconsulent	1500	255	17%	285
KHA Supervisor	43	3	7%	3
KHA Beleid en beheer	19	2	11%	2
Specifieke patiëntengroepen: 7 registers met 265 huisartsen en 270 erkenningen				
KHA Palliatieve zorg	81	11	14%	16
KHA Ouderengeneeskunde	53	6	11%	6
KHA Hart- en vaatziekten	36	4	11%	4
KHA Astma/COPD	35	1	3%	1
KHA Diabetes Mellitus	27	7	26%	8
KHA Uro-gynaecologie	20	3	15%	4
KHA GGZ	18	2	11%	2
Bijzonder aanbod van huisartsenzorg richting patiënt: 5 registers met 778 huisartsen en 889 erkenningen				
Reizigersadvisering	284	72	25%	93
Oogheelkunde	270	66	24%	79
Verloskunde	170	45	26%	59
Echografie	152	62	41%	74
Justitiële huisartsenzorg	22	2	9%	2

* exclusief KHA Supervisor, KHA Beleid en beheer en Erkend kwaliteitsconsulent.
KHA = Kaderhuisarts.

INTERVIEW

‘De nieuwe huisarts’ over actuele ontwikkelingen

Marjan Kruijer zit in het tweede jaar van haar opleiding tot huisarts aan het AMC en is voorzitter van de LOVAH. Paulus Lips is lid van *Generation Next* en voorzitter van de LHV-afdeling WADI, die de belangen behartigt van waarnemers en hidha’s. In een dubbelinterview vertellen zij hoe ze staan tegenover enkele ontwikkelingen in de zorg die elders in dit nummer ter sprake komen. Al discussiërend dwalen ze af naar vele thema’s die in de dagelijkse praktijk van de huisarts een rol spelen.

Behandeling van de persoon of de ziekten?

Chris van Weel stelt dat het probleem van multimorbiditeit de vraag oproept naar de kern van de geneeskunde: moet die zich richten op de ziekten die de persoon heeft of op de persoon die de ziekten heeft? (zie pagina 500). Wat vinden beiden van deze vraag? Lips: ‘Ik vind dat een wat kunstmatige tegenstelling die ik zelf in de praktijk niet ervaar. Je kunt als goede dokter niet alleen maar ziekten behandelen; je moet altijd ook de context, vragen en problemen van de patiënt meewegen.’

Is het niet lastig om zicht te houden op de context van de patiënt nu de praktijkondersteuner een groot deel van de chronische zorg op zich neemt? Lips: ‘Je moet natuurlijk korte lijnen hebben met je POH en even door de COPD- of diabetesstatus bladeren als je een patiënt na langere tijd zelf weer ziet. Maar omdat de POH veel meer tijd heeft voor de patiënt dan ik, komt ze ook meer over diens context te weten. Dat zie ik eerder als een aanvulling. Wel is het de vraag wat straks allemaal tot het domein van de huisarts gaat behoren. Het is de bedoeling dat we zorg van de ziekenhuizen overnemen, maar hoe breed gaat dat worden? En hoe lang is het dan nog mogelijk om samenhang in je team te houden?’

Kruijer: ‘Bij de uitbreiding van huisartsenzorg hoor je altijd alleen maar over herschikking van taken over meerdere praktijkmedewerkers. Niemand noemt de optie dat er per huisarts misschien minder patiënten moeten komen. Die taakherschikking is al gaande, maar hoe wenselijk is die als je niet wilt dat huisartsen straks alleen nog maar praktijkmedewerkers aansturen? Daar zijn ook andere competenties voor nodig – leiderschap, managementkwaliteiten – en die komen maar ten dele in de opleiding aan de orde.’

Lips: ‘Eerlijk gezegd vind ik het heerlijk dat de praktijkondersteuner mij werk uit handen neemt en dat doet ze uitstekend. Maar dat heeft wel een plafond als je zicht wilt blijven houden op de context van de patiënt.’

Kruijer: ‘In elk geval kun je niet alleen ziekten behandelen. In de steeds groter wordende praktijken is het wel een uitdaging om zicht te houden op de context van de patiënt, maar juist dat is een kernwaarde van de huisarts.’

Is het bij dit dilemma – behandeling van de persoon of de ziekten – niet ook een probleem dat er steeds meer parttime werkende huisartsen komen? Lips: ‘Ik werk de ene helft van de week, mijn maat de andere helft. Patiënten gaan vanzelf kiezen voor hun eigen huisarts bij niet-spoedeisende problemen en wijken uit naar de ander voor acute zorg. Ook hier geldt: je moet korte lijnen houden.’

Kruijer: ‘Hierbij helpen de ict-mogelijkheden enorm. Vroeger zou dit niet gekund hebben! Ik denk ook beslist dat het EPD onontkoombaar zal blijken. Over tien jaar zul je denken dat het toch gek was dat je nu niet eens op de hoogte bent van bijvoorbeeld het medicijngebruik van je patiënt, terwijl dat bij de apotheek wel bekend is.’

Lips: ‘Over tien jaar doen we vast ook allemaal consult achter de computer. De ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde gaan zo snel. Als je ziet hoezeer de kwaliteit van onze zorg is verbeterd in vijfentwintig jaar, mag je daar best trots op zijn.’

Terughoudendheid versus ‘u vraagt, wij draaien’

Volgens Dwarswaard vindt een deel van de huisartsen dat je moet meegaan met de wensen van de patiënt zolang je die daarmee niet schaadt. Anderen houden vast aan de traditionele terughoudendheid en voelen zich verantwoordelijk voor de kosten van de zorg (zie pagina 504). Ondermijnt deze tweespalt niet de kracht van de beroepsgroep?

Kruijer: ‘Ik vind het een mooi uitgangspunt dat de patiënt leidend is, maar het is dan wel moeilijk om grenzen te stellen. Er is medisch zo veel mogelijk dat we misschien te ver zijn doorgeslagen.’

Lips: ‘Volgens mij wordt het nog meer “u vraagt, wij draaien” en gaan we alles leveren wat de patiënt wil. Dan staat de ziekte van de patiënt niet meer centraal maar de wens van de cliënt.’

Kruijer: ‘Maar misschien moeten we dat niet laten gebeuren. We hebben er bezwaar tegen dat mensen naar huisartsenposten gaan met niet-urgente klachten, maar we blijven daar gewoon behandelen. Zo ook klagen we dat patiënten alleen maar komen met de vraag om verwijzing, maar die geven we vervolgens wel, zelfs al vinden we verwijzing niet nodig. Op individueel niveau is het lastig zorg te weigeren; daar moeten we als beroepsgroep een beter kader voor creëren.’

Lips: ‘Daarvoor is volgens mij geen

absoluut kader te schetsen. Er moet discussie over ontstaan, niet alleen binnen de beroepsgroep, maar bij iedereen. Bijvoorbeeld over de grenzen van preventie en medisch handelen aan het levenseinde. De vanzelfsprekendheid van behandeling moet van tafel; dat zou beter werken dan een strikt kader.'

Kruijer: 'Anderzijds is er weinig begrip voor patiënten die níét kiezen voor behandeling. Je moet voor je gezondheid vechten, zo niet, dan vinden ze je soms je een *loser*. "Wil je dan dood?" Niet-behandelen moet natuurlijk ook gewoon een keuze zijn.'

De maatschappelijke discussie zwol recentelijk aan toen de zorgverzekeraars dreigden de medicijnen tegen Pompe en Fabry niet meer te vergoeden. Wat vinden beiden daarvan? Kruijer: 'Het zijn slechte discussies als het alleen over geld gaat; het moet gaan over kosteneffectiviteit. Niet: "Het kost honderd euro dus u krijgt het niet', maar: "Het helpt niet dus u krijgt het niet."

Lips: 'Dat kunnen we alleen samen met de tweede lijn. Gelukkig zie je op dat punt al wel verbetering, dankzij de onderlinge discussie. Ook denk ik dat mensen bewuster worden door een eigen bijdrage en inzicht in de kosten van onderzoek of behandeling. Dat kan de kosten ook drukken.'

Kruijer: 'Volgens mij niet. De patiënt krijgt in december de rekening, dus dan weet hij nog steeds niet wat een behandeling hem kost op het moment dat die zich aandient. Bovendien zul je zien dat als het eigen risico in een bepaald jaar is opgesoupeerd, de patiënt in december nog gauw even van alles wil. En je creëert consumentisme: "Ik betaal ervoor, dus nou wil ik het hebben ook!" Wie ben ik dan nog om te zeggen dat een behandeling geen zin heeft? Overigens zijn er ook veel mensen die de zorg die ze nodig hebben niet krijgen omdat ze het niet kunnen betalen, bijvoorbeeld in de GGZ.'

Wetenschap in de opleiding

Kortekaas en Assendelft melden dat de Nederlandse huisarts het goed doet – ook wereldwijd – op het gebied van onderzoek (zie pagina's 486-493). Is er in de huisartsenopleiding voldoende aandacht voor wetenschap? Kruijer: 'Ik zeg volmondig ja, want ik ben zojuist begonnen aan een wetenschapsstage. Die mogelijkheid is er sinds kort. Het streven is dat 10% van de aios zich met wetenschap gaat bezighouden en ik denk dat we dat wel gaan halen. De SBOH stimuleert aiotho-schap, congresbezoek et cetera. Hoe gewoner aandacht voor wetenschap wordt, hoe leuker het zal worden gevonden. Volgens mij krijgt dat een sneeuwbaleffect.'

Lips: 'Ik zou wensen dat er nog veel meer eerstelijnsonderzoek komt. Ik zie het als uitdaging voor de toekomst dat meer huisartsen betrokken raken bij onderzoek en hun data daarvoor ter beschikking stellen. De academische netwerken zijn nu vaak nog erg klein.'

De toekomst van 'de nieuwe huisarts'

Het congresthema is dit jaar *De nieuwe huisarts*. Waar denken Kruijer en Lips over tien jaar zelf te staan? Kruijer: 'Ik hoop dan een gedeelde praktijk te hebben met twee à drie huisartsen, want ik zie mezelf niet als solist. Daarnaast wil ik nog wat tijd hebben voor onderzoek, onderwijs en beleid, want ik kan niet kiezen...'

Lips: 'Over tien jaar ben ik zeker nog huisarts en daarnaast zal ik ook wel andere dingen blijven doen. Maar *Generation Next* loopt af. Dat is goed, want dat moet zich blijven vernieuwen. En ook uit WADI moet ik weg nu ik per 1 januari ga associëren met mijn collega.'

En hoe zal de huisartsgeneeskunde er over tien jaar voor staan?

Lips: 'Ik denk dat we een rooskleurige toekomst tegemoet gaan. We kunnen in de gezondheidszorg niet buiten de huisarts en dat zal alleen maar duidelijker worden. We leveren met nog geen tienduizend huisartsen het overgrote deel van de gezondheidszorg; dat is goedkope topzorg!'

Kruijer: 'En de overgrote meerderheid van de patiënten geeft hun huisarts een extreem hoog cijfer. De patiënttevredenheid is dus heel groot en dat geeft kracht voor de toekomst.'

Toch brengt de politiek de positie van de huisarts steeds opnieuw in het geding. Schuilt hierin niet ook een risico?

Kruijer: 'Nee, dat houdt ons scherp. Het is wel goed dat er soms tegen ons wordt aangeschopt.'

Lips: 'Je ziet ook telkens dat als ze zich erin verdiepen, ze toch een sterke huisarts willen houden.'

Voorzien beiden dus geen veranderingen in het vak in de komende tien jaar?

Kruijer: 'Misschien zit je dan niet meer altijd met de patiënt tegenover je aan een bureau. En natuurlijk is er dan wel een EPD!'

Lips: 'De kernwaarden van de huisarts blijven wel overeind, maar de omstandigheden zullen sterk veranderen. Ik hoop in elk geval op een intensieve samenwerking met de tweede lijn.'

Kruijer: 'En op een goede samenwerking tussen de SEH en de huisartsenposten. Ook hoop ik dat flink wordt ingezet op zelfmanagement en *empowerment* van de patiënt. Thuisarts.nl helpt de patiënten nu al prima: met de informatie daar voelen ze zich serieus genomen en dat is wat ze willen. Met alle ict-mogelijkheden die er zijn, kunnen we dat aspect in de toekomst voor de patiënt verder versterken.' ■

Ans Stalenhoef

COLUMN

Droptella

De nieuwe huisarts, wat voor huisarts is dat? Wanneer ik denk aan een huisarts komt altijd het beeld van de huisarts van mijn moeder naar boven. Een kalende man in een colbert en met een wijze blik in zijn ogen. Zijn praktijk was een omgebouwd rijtjeshuis. De wachtkamer was knus met groen tapijt op de vloer. De hele praktijk was matig verlicht, ook de spreekkamer. Wanneer ik aan de hand van mijn moeder deze kamer binnenliep, werd ik altijd wat zenuwachtig. De ruime kamer, de donkere houten meubelstukken en het grote kamerscherm dwongen respect af en gaven je het gevoel je gedeisd te moeten houden. Tijdens het consult zat ik met grote ogen te wachten tot de huisarts het verhaal in het papieren dossier van mijn moeder opschreef. Hierbij draaide hij het dossier om en schreef ondersteboven op wat van belang was, zodat de patiënt meteen mee kon lezen. Dit was een zinloze handeling want zijn handschrift

was volstrekt onleesbaar. Maar het hele gebeuren maakte wel een verpletterende indruk op zijn jonge patiënten. Toch was dit niet de hoofdreden waarom ik altijd mee wilde naar de huisarts. Het mooiste moment kwam aan het eind van het consult. Bij het weggaan kreeg je een blikken snoeptrommel voor je neus, vol met droptella's. Droptella's!! Ik was helemaal verzot op die snoepjes en liet geen gelegenheid voorbijgaan om een greep in de snoeptrommel van de huisarts te kunnen doen.

Een huisarts met een snoeptrommel, dat is nu ondenkbaar. De meeste patiënten krijgen al meer dan genoeg snoepgoed. Het is eerder een plicht van de nieuwe huisarts om deze slechte voedingsgewoonten ter sprake te brengen. Preventie lijkt een steeds groter deel van de werkzaamheden van de nieuwe huisarts in te nemen. Het actief opsporen en begeleiden van diabeten, het geven van leefstijladviezen en het uitvoeren en begeleiden van bevolkingsonderzoeken zijn slechts enkele voorbeelden. Recent heeft het KNMG een nieuwe richtlijn uitgebracht met de titel 'Tijdig spreken over het levenseinde'. Deze richtlijn is bedoeld voor alle artsen die patiënten begeleiden die binnen afzienbare tijd zouden kunnen overlijden. Dit om te voorkomen dat mensen behandelingen krijgen die ze nooit gewild zouden hebben. Wederom preventie. Het leek mij interessant om als aankomende huisarts te kijken hoe je dit in de praktijk kunt brengen. Ik besloot de eerste gesprekken te gaan voeren met patiënten in het verzorgingshuis.

Vol goede moed vertrok ik op een ochtend naar het verzorgingshuis. Ik vroeg mij af hoe ik zou worden ontvangen. De meeste bewoners kenden mij nog niet en het voelde ongemakkelijk om als nieuwe arts direct over het levenseinde te beginnen. De eerste drie bewoners bleken het een normaal onderwerp te vinden en vonden het zelfs prettig om hier iets over te vertellen. Deze gesprekken verliepen soepel. Bij het vierde gesprek ging het mis. De bewoonster raakte meteen in paniek en begreep niet wat de dood met haar te maken had, ze voelde zich kerngezond. 'Wat komt u doen, ik heb geen problemen!' Het koste me minstens vijftien minuten om haar tot bedaren te brengen. Bij het weggaan keek ze me nog wat achterdochtig na. Eenmaal buiten wist de verzorging me ook te vinden, best handig zo'n arts die spontaan langskomt, kunnen er meteen wat zaken geregeld worden. 'Mevrouw S. valt de afgelopen tijd best vaak, er is een probleem met de baxterrol van de heer K. en mevrouw J. lijkt wel wat vergeetachtig. Het zijn geen nijpende zaken hoor, maar nu je er toch bent...' Tja, vermoeid ging ik naar het vijfde en laatste gesprek. Toen ik voor de deur stond, zonk de moed me in de schoenen. Waar was ik aan begonnen? Was dit nu het werk van de nieuwe huisarts? Actief op zoek naar problemen? Ik geloof dat ik liever achter een groot houten bureau in een mooie spreekkamer zit. Mijn dokterstas voelde loodzwaar. Ik zuchtte diep en klopte op de deur van de bewoonster. Een klein vrouwtje met een lieve glimlach en een nieuwsgierige blik in haar ogen deed open. Toen ik over haar kromme rug de huiskamer in keek, wist ik dat alles goed zou komen. In het midden van haar ronde tafel stond een grote glazen pot vol met droptella's. ■

Siri Visser

Siri Visser is derdejaars aios.

KENNISTOETS: VRAGEN

Een huisartsenpraktijk gaat deelnemen aan NHG-Praktijkaccreditering. Daarom willen de huisartsen ook het desinfecteren en steriliseren van de instrumenten uitvoeren volgens de huidige regels. In dit kader geldt voor het speculum:
1) een gebruikt speculum moet nat worden bewaard totdat het wordt gereinigd;
2) en vervolgens worden gesteriliseerd.

1. het gestelde na 1 is correct;
2. het gestelde na 2 is correct.

De heer en mevrouw Vermeent komen op het spreekuur van de huisarts. Zij vertellen dat hun kinderwens nog niet is vervuld. De heer Vermeent is 35 jaar, mevrouw Vermeent is inmiddels 46 jaar. Zij vragen om een verwijzing en willen sowieso graag weten of zij qua leeftijd nog in aanmerking komen voor ivf. De huisarts legt uit dat het echtpaar in Nederland niet meer in aanmerking komt voor ivf omdat mevrouw Vermeent de absolute leeftijdsgrens voor ivf is gepasseerd.

3. Het argument van de huisarts is correct.

Sanne, 11 jaar, komt met haar moeder op het spreekuur van de huisarts. Moeder vertelt dat Sanne erg moe is en ze wil graag dat dit nader wordt onderzocht. De huisarts geeft voorlichting aan de moeder van Sanne over de verschillende mogelijkheden. Gezamenlijk nemen de huisarts en Sannes moeder hierover een besluit. Tevreden wil Sanne's moeder hierna met haar dochter vertrekken. Sanne begrijpt echter niet precies wat er is afgesproken en zegt dit tegen de huisarts. De huisarts zegt dat haar moeder haar dit straks wel zal uitleggen.

4. Het besluit van de huisarts om Sanne te laten informeren door haar moeder is correct.

Huisarts Berendse bespreekt met haar aios het gevaar van veranderde farmacokinetiek bij bepaalde aandoeningen en functiestoornissen, doorgaans vanwege een afname in de eliminatie of een veranderd verdelingsvolume. De opleider noemt twee belangrijke voorbeelden: nier- en leverfunctiestoornissen. De aios voegt hieraan een aantal voorbeelden toe waarbij de farmacokinetiek ook verandert: ondervoeding, afwijkende maag-darmmotiliteit en hartfalen. (Een) relevant(e) voorbeeld(en) van veranderde farmacokinetiek is/zijn:

5. ondervoeding;
6. afwijkende maag-darmmotiliteit;
7. hartfalen.

Marieke, 7 jaar, komt bij de huisarts met haar moeder. Marieke heeft al een tijd forse obstipatieproblemen en haar moeder wil graag dat ze wordt verwezen voor verder onderzoek in het ziekenhuis. De huisarts, die weet dat de ouders van Marieke gescheiden zijn, vraagt of Marieke's vader hiervan op de hoogte is. Moeder zegt dat de vader van Marieke zich nergens mee bemoeit en dus ook geen recht op informatie heeft. De huisarts brengt hier tegen in dat (1) de niet met het gezag belaste ouder, in dit geval de vader, het recht op informatie over zijn kind behoudt.

8. De uitspraak van de huisarts na 1 is correct.

Mevrouw Van de Bos, 22 jaar, is 28 weken zwanger. Ze heeft eerder een kind gehad dat uit huis is geplaatst. De huisarts is op de hoogte van haar schizofrenie en problematisch alcoholgebruik; ze heeft momenteel geen vast woonadres. Een gynaecoloog belt de huisarts dat mevrouw Van de Bos gisteren in het ziekenhuis is opgenomen na een collaps. Ze is ondervoed en er is vermoedelijk sprake van foetale groeiachterstand. Hij maakt zich zorgen over de zwangerschap en de gezondheid van het kind. Hij vraagt naar de medische voorgeschiedenis. De huisarts weigert deze te geven op grond van het feit dat hij geen toestemming heeft kunnen vragen aan de patiënte.

9. Deze weigering is hier terecht.

De gynaecoloog geeft aan dat hij een melding zal doen bij het Meldpunt Kindermishandeling (AMK). De huisarts zegt dat dit wel kan, maar volgens hem (1) stelt het AMK pas ná de geboorte van het kind een onderzoek in.

10. Het gestelde na 1 is correct.

De antwoorden staan op pagina 536.

De toetsvragen zijn afkomstig van de Landelijke Huisartsgeneeskundige Kennistoetsen van Huisartsopleiding Nederland. De vragen zijn altijd als juist/onjuist geformuleerd. De antwoorden worden verzorgd door de afdeling Implementatie van het NHG. Correspondentie over de vragen is mogelijk via: Secretariaat Huisartsopleiding Nederland, rubriek H&W, Postbus 20072, 3502 LB Utrecht of per e-mail: secretariaat@huisartsopleiding.nl.

Rob Dijkstra

IMPORT

De prijs van patiënttevredenheid en van nietsdoen

INLEIDING

Patiënttevredenheid wordt vaak gezien als een maat voor de kwaliteit van de geleverde zorg, doorgaans als onderdeel van een stelsel van indicatoren, maar soms ook als de enige maat. De relatie tussen patiënttevredenheid en de kwaliteit van zorg is niet bekend. Wel weten we dat patiënten die, buiten de richtlijnen om, een MRI-onderzoek voor hun lagerugpijnklachten kregen tevredener bleken te zijn. De onderzoeksvraag betrof de relatie tussen tevredenheid van patiënten en het gebruik van de gezondheidszorg, de kosten en de sterfte.

ONDERZOEK

Design Dit prospectieve cohortonderzoek vond tussen 2000 en 2007 plaats in de Verenigde Staten onder 51.946 volwassenen, als onderdeel van de Medical Expenditure Panel Survey, een nationaal onderzoek dat jaarlijks plaatsvindt om gebruik en kosten van de gezondheidszorg te monitoren. Mensen die gedurende het afgelopen jaar ten minste één contact met een arts of gezondheidsinstelling hadden gehad werden vanaf 2000 geïncludeerd. In het eerste jaar werden basisgegevens verzameld en patiënttevredenheid gemeten. Met gestandaardiseerde vragenlijsten werden vijf dimensies van patiënttevredenheid gemeten, variërend van communicatie van de dokter tot de serviceaspecten van de gezondheidsinstelling. De onderzoekers deelden de uitkomsten in kwartielen in. Na een jaar werd zowel het gebruik als de kosten van de gezondheidszorg gedurende het afgelopen jaar gemeten door zelfrapportage en dossieronderzoek. De onderzoekers bepaalden de kosten aan de hand van verzekeringsdeclaraties en zelfrapportages. Na zes jaar gingen ze alleen nog na of de patiënt al dan niet was overleden.

Analyses Analyse vond plaats door middel van logistische regressie van de hoogste en laagste kwartielen van tevredenheid, gecorrigeerd voor verschillende factoren waaronder leeftijd, geslacht, inkomen en gezondheidsstatus. De middelste kwartielen werden niet in dit onderzoek betrokken.

Uitkomsten Uit het onderzoek blijkt dat de groep tevreden patiënten minder vaak de spoedeisende hulp bezocht (OR 0,92; 95%-BI 0,84-1,00), maar deze patiënten werden vaker opgenomen in een ziekenhuis (OR 1,12; 95%-BI 1,02-1,23), hadden 8,8% meer totale gezondheidskosten (95%-BI 1,6%-16,6%) en hadden bijna 10% meer kosten voor medicijnen (OR 9,1%; 95%-BI 2,3%-16,4%). Daarnaast bleek na zes jaar de mortaliteit in de groep meest tevreden patiënten hoger te zijn dan in de minst tevreden groep (OR 1,26; 95%-BI 1,05-1,53).

Conclusie De auteurs concluderen dat een hoge mate van patiënttevredenheid is geassocieerd met hoger gebruik van de gezondheidszorg en hogere kosten, maar ook met een hogere mortaliteit. Op basis hiervan menen ze dat de waarde van patiënttevredenheid alleen te beperkt is als maat voor de kwaliteit van zorg.

INTERPRETATIE

Dat de meest tevreden patiënten 9% hogere gezondheidskosten hebben en bijna 1,3 keer zo veel kans om binnen zes jaar te overlijden geeft wel stof tot nadenken. De gegevens van dit onderzoek zijn niet verzameld om de vraag naar het effect van minder of meer tevredenheid op gezondheidsuitkomsten en kosten te beantwoorden, maar de opzet is gedegen en het betreft grote patiëntenaantallen. Naast het aloude verhaal over supervisie 'De prijs van het aardig zijn' – over de prijs die de dokter betaalt als hij steeds maar aardig wil zijn voor zijn patiënten – beschrijft dit artikel de prijs van de patiënttevredenheid, waarbij de patiënt de prijs betaalt voor het gezamenlijk streven naar een zo groot mogelijke patiënttevredenheid. Een patiënt die van zijn arts alles krijgt wat hij vraagt aan diagnostiek, voorschriften en verwijzingen mag dan wel tevredener zijn, maar dit onderzoek laat zien dat het twijfelachtig is of hij daarmee de beste zorg krijgt. Het onderbouwt de stelling die de Engelse huisarts Iona Health presenteerde tijdens de recente Wonca-conferentie in Wenen: 'nietsdoen' is een kunst, die vaak tot betere uitkomsten leidt. De goede vertrouwensband van de huisarts met de patiënt, een belangrijke pijler in de huisartsgeneeskunde, gecombineerd met kennis van de richtlijnen en patiëntgerichte zorg zijn de juiste uitgangspunten voor huisarts en patiënt om samen tot de juiste keuzes te komen. Het feit dat patiënten in Nederland en Engeland, in tegenstelling tot de Verenigde Staten, staan ingeschreven bij een huisarts vergroot de kans dat simpele diagnostiek en behandeling meestal volstaan en dat duurdere diagnostiek en specialistische zorg alleen worden ingezet als dat nodig is. De huisarts die alleen voor patiënttevredenheid gaat, doet zijn patiënten waarschijnlijk te kort. De huisarts die met de juiste kennis het gesprek met zijn patiënt aangaat, zal mogelijk zowel een tevreden patiënt als betere gezondheidsuitkomsten krijgen. ■

LITERATUUR

1 Fenton JJ, Jerant AF, Bertakis KD, Franks P. The cost of satisfaction. A national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality. Arch Intern Med 2012;172:405-11.

Nederlands Huisartsen Genootschap, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht: dr. R. Dijkstra, huisarts en hoofd afdeling Implementatie • Correspondentie: r.dijkstra@nhg.org

Jaarlijkse screening bij hoger risico op borstkanker?

INLEIDING

Zowel de NHG-Standaard Mammacarcinoom (2008) als de Multidisciplinaire richtlijn Mammacarcinoom (2012) bevelen aan om vrouwen met een matig verhoogd risico (20-30%) uit de groep 40-49 jarigen jaarlijks met mammografie te screenen. Dit is gebaseerd op internationale consensus over een geschatte 'sojourn time' (de tijd dat een tumor preklinisch is maar wel via mammografie detecteerbaar) van 1,25 jaar.

Hoewel de invoer van digitale mammografie in 2009 de diagnostiek ook voor deze groep heeft verbeterd, is het aantal foutpositieve uitslagen eveneens groter. Het is dan ook de vraag of de jaarlijkse screening voor 40-49 jarige vrouwen nog steeds optimaal is.

ONDERZOEK

Methode Een groep Amerikaanse en Nederlands onderzoekers gebruikte vier internationaal goed geëvalueerde microsimulatiemodellen om de meest optimale onderzoeksfrequentie voor mammascreening bij deze leeftijdsgroep te berekenen. Per model werd een cohort van 1000 vrouwen, geboren in 1960, vanaf hun 40e jaar gesimuleerd en gedurende hun hele leven gevolgd. De onderzoekers veronderstelden 100% compliance, zowel ten aanzien van de screening als van de behandelingsrichtlijnen. De ingevoerde basisgegevens en aannames waren gebaseerd op eerdere research met deze modellen. Verder maakten de onderzoekers gebruik van gegevens over recente resultaten van analoge en digitale mammografie van het Amerikaanse Breast Cancer Surveillance Consortium (BCSC). Daarnaast gebruikten ze data van de BCSC voor sensitiviteit en specificiteit, voor koppeling van de verschillende ziektestadia aan verschillende leeftijdscategoriën, voor screeningsmethoden (digitaal versus analoog) en voor screeningsinterval (jaarlijks versus tweejaarlijks). In alle vier de modellen werden vijf scenario's ingevoerd. Het uitgangsscenario bevatte alle gegevens van het huidige bevolkingsonderzoek. Hieraan werden vier screeningsscenario's voor 40-49 jarigen stapsgewijs toegevoegd, variërend in screeningsinterval (1 of 2 jaar) en screeningsmethode (analoog of digitaal).

De effecten van de scenario's werden beoordeeld door ze ieder te vergelijken met het voorgaande, minder intensieve scenario. Daarbij keken de onderzoekers naar incidentie van borstkanker, daling van mortaliteit door borstkanker, het aantal gewonnen levensjaren en het aantal foutpositieve mammografieën. Ze keken ook hoe hoog het relatieve risico (RR) voor ieder scenario moest zijn om dezelfde verhouding tussen voor- en nadelen te bereiken als het uitgangsscenario.

Resultaten In alle modellen valt de verhouding tussen voor- en nadelen bij toevoeging van screening van normaal-risico-vrouwen tussen het 40e en 49e levensjaar ongunstiger uit dan bij screening vanaf het 50e levensjaar. Ook is het aantal foutpositieve uitslagen in de groep van 40-49 jarigen groter bij digitale mammografie dan bij analoge mammografie.

Bij vrouwen met verhoogd risico valt de ratio echter gunstiger uit: screening resulteert in minder sterfgevallen door kanker en meer gewonnen levensjaren bij hetzelfde aantal foutpositieve uitslagen.

Uitgaande van de verhouding tussen gewonnen levensjaren en het aantal foutpositieve uitslagen (ratio) geeft tweejaarlijkse screening met digitale mammografie van 40-49 jarige vrouwen met een mediaan RR van 1,9 (1,5-4,4; afhankelijk van het simulatiemodel) dezelfde ratio als tweejaarlijkse screening in het bevolkingsonderzoek (50-75 jarigen). Jaarlijkse screening van 40-49 jarigen met een mediaan RR van 4,3 (3,3-10) geeft ook dezelfde ratio als tweejaarlijkse screening in het bevolkingsonderzoek (50-75 jarigen). De RR's voor analoge mammografie komen in alle modellen lager uit dan die voor digitale mammografie (mediaan 1,6; range 1,5-3,7).

In de sensitiviteitsanalyse scoorde 70% deelname (in plaats van 100%) zowel voor de jaarlijkse als voor de tweejaarlijkse screening beter. Andere variabelen veranderden de uitkomsten nauwelijks.

Discussie In deze berekeningen ligt de optimale frequentie van screening van 40-49 jarige vrouwen met een matig verhoogd risico op borstkanker bij twee jaar. Alle modellen laten consequent zien dat bij jaarlijkse screening de verhouding tussen voor- en nadeel ongunstiger wordt. De uitkomsten van de modellen zijn grotendeels in lijn met eerder (klinisch) onderzoek. De resultaten laten ook zien dat de gebruikte uitkomstmaat – gewonnen levensjaren – een belangrijke determinant is voor de screeningsstrategie voor 40-49 jarige vrouwen.

INTERPRETATIE

Vormen de resultaten van dit onderzoek voldoende aanleiding om de adviezen in de richtlijnen veranderen? Kan de verhouding tussen voor- en nadelen voor 50-75 jarigen zonder meer worden gebruikt als referentie voor 40-49 jarigen? Worden voor- en nadelen door 40-49 jarige vrouwen hetzelfde gewogen? Naar mijn idee is het voorstelbaar dat er zowel naar boven als naar beneden meer variatie is in de weging van voor- en nadelen voor en door de individuele vrouw in deze leeftijdsgroep. Hoewel tweejaarlijkse screening voor 40-49 jarigen het gunstigste scenario lijkt, geeft dit onderzoek vooral ook onderbouwing voor meer op het individu gerichte advisering over screening. Om de uitkomsten écht te verbeteren zou het aantal foutpositieve uitslagen bij 40-49 jarigen substantieel moeten verminderen. ■

LITERATUUR

1 Van Ravesteyn NT, Miglioretti DL, Stout NK, Lee SJ, Schechter CB, Buist DS, et al. Tipping the balance of benefits and harms to favor screening mammography starting at age 40 years: a comparative modelling study of risk. Ann Intern Med 2012;156:609-17.

Jacob Marisstraat 53, 1058 HX Amsterdam: J. A. Schulkes-van de Pol, huisarts • Correspondentie: jaschulk@planet.nl

Linda Kiers-van den Heuvel

CATS

Behandeling van een chalazion

CATS, critically appraised topics, proberen een evidence-based antwoord op een praktijkvraag te krijgen. De coördinatie van deze rubriek is in handen van dr. A. Knuistingh Neven en dr. J.A.H. Eekhof, LUMC Leiden. Correspondentie: A.Knuistingh_Neven@lumc.nl

Vraagstelling Een chalazion is een omschreven, pijnloze, noduleuze zwelling van het boven- of onderooglid door een chronische ontsteking van een klier van Meibom. Gemiddeld ziet een huisarts per jaar één nieuw chalazion per 1000 ingeschreven patiënten. Ongeveer 25-50% van de chalazia geneest spontaan. Naar aanleiding van een casus uit de praktijk formuleerde ik de volgende vraagstelling: is het behandelen van een chalazion bij volwassenen met een corticosteroïdeninjectie even effectief als het behandelen met incisie en curettage?

Zoekstructuur Via PubMed heb ik gezocht naar RCT's met de volgende termen: 'Chalazion'[Mesh] AND 'Glucocorticoid'[Mesh]. Vervolgens heb ik de volgende limits geactiveerd: 'Language: English, Dutch', en 'Publication Date from 1990/01/01 to 2011/11/01'.

Resultaten Dit leverde een selectie van 18 artikelen op, waarvan twee artikelen aansloten bij mijn vraagstelling.

Bespreking Ben Simon includeerde alle patiënten (na informed consent) die in een periode van twee jaar (2006-2008) de oogkliniek (single-centred) bezochten met een chronisch (> 1 maand) unilateraal chalazion zonder reactie op conservatieve behandeling.[1] Overige in- en exclusiecriteria worden niet beschreven. De behandeling werd bepaald door de dag waarop de patiënt werd gezien: op zondag werd een injectie uitgevoerd, op dinsdag incisie en curettage. Deze pseudorandomisatie zou een bias met zich mee kunnen brengen. Met uitzondering van leeftijd en follow-upduur zijn de beide behandelgroepen wel vergelijkbaar. Alle behandelingen werden door één arts uitgevoerd. Analyse vond plaats op basis van de chikwadraattoets.

Na twee weken was er bij 42 van de 52 patiënten (81%) sprake van remissie na behandeling met 4 mg triamcinolon. Bij 33 van de 42 patiënten (79%) was er na incisie en curettage sprake van remissie. Het verschil tussen beide behandelingen is niet significant (p = 0,8).

Goawalla (2007) beschrijft duidelijk de in- en exclusiecriteria. Randomisatie vond plaats door block randomization, single centred. De vergelijkbaarheid van beide groepen is niet terug te vinden. Daarnaast is het onduidelijk hoe lang de chalazia aanwezig waren voor behandeling. De uitkomsten zijn telefonisch verkregen, patiënten hebben dus zelf beoordeeld of de chalazia wel of niet waren verdwenen. Analyse vond plaats op basis van de chikwadraattoets.

Drie weken na de behandeling was er er bij 47 van de 56 patiënten (84%) die een triamcinoloninjectie kregen sprake van remissie, tegenover 39 van de 45 patiënten (87%) die de chirurgische behandeling kregen. Het verschil tussen beide behandelingen is niet significant (p = 1,0).[2]

Een belangrijk verschil tussen bovenstaande onderzoeken is de dosering van de corticosteroïdeninjectie: 4 mg (0,1 ml triamcinolon 40 mg/ml)[1] versus 2 mg (0,2 ml triamcinolon 10mg/ml).[2]

Conclusies Op basis van de twee gevonden onderzoeken is het antwoord op mijn vraagstelling duidelijk: corticosteroïdeninjectie en incisie en curettage laten een vergelijkbaar resultaat van behandeling van een chalazion zien.

Betekenis Een corticosteroïdeninjectie is een kleinere ingreep, goedkoper dan incisie en curettage en kan eenvoudig in de huisartsenpraktijk worden uitgevoerd. Daarnaast vinden patiënten een injectie vaak minder vervelend dan een chirurgische ingreep, ook omdat ze zonder oogverband de spreekkamer kunnen verlaten.

Op basis van dit literatuuroverzicht is bij patiënten met een chalazion dat er langer dan een maand zit, waarbij er absoluut geen twijfel over de diagnose is, een injectie met 2 mg (0,2 ml triamcinolon 10mg/ml) een eenvoudige en effectieve behandeling. ■

LITERATUUR

1 Ben Simon GJ, Rosen N, Rosner M, Spierer A. Intralesional triamcionolone acetonide injection versus incision and curettage for primary chalazia: a prospective, randomized study. Am J Ophthalmol 2011;151:714-18.

2 Goawalla A, Lee V. A prospective randomized treatment study comparing three treatment options for chalazia: triamcinolone acetonide injections, incision and curettage and treatment with hot compress. Clin Experiment Ophthalmol 2007;35:706-12.

UMC St Radboud, afdeling eerstelijnsgeneeskunde, VOHA, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: L.G.A.M. Kiers-van den Heuvel, aios • Correspondentie: L.vandenHeuvel@elg.umcn.nl

Linda Kiers-van den Heuvel won tijdens de NHG-Wetenschapsdag op 9 juni 2012 de Jan van Es-prijs voor de beste CAT.

Eefje de Bont, Jochen Cals

Kraanwater reinigt wonden effectief

PEARLS bieden de lezer bruikbare wetenschap voor de werkvloer, op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews. De coordinatie is in handen van dr. F.A. van de Laar, Cochrane Primary Health Care Field, UMC St Radboud Nijmegen. Correspondentie: f.vandelaar@elg.umcn.nl

Context Wonden kunnen met verschillende vloeistoffen worden gereinigd. Van oudsher lijkt een fysiologische zoutoplossing (NaCl 0,9%) de voorkeur te hebben omdat deze isotoon is en daardoor de wondgenezing niet zou beïnvloeden. Kraanwater zou echter een goedkoop en toegankelijk alternatief kunnen zijn, maar geeft mogelijk meer infecties.

Klinische vraag Leidt het gebruik van kraanwater bij het reinigen van wonden tot meer infecties in vergelijking met andere vloeistoffen zoals NaCl 0,9%?

Conclusies auteurs Wondreiniging met kraanwater leidt niet tot meer infecties dan wondreiniging met NaCl 0,9%. Er is überhaupt weinig bewijs dat wondreiniging het infectierisico reduceert. Kraanwater veroorzaakt niet meer infecties in vergelijking met NaCl 0,9% bij de behandeling van chronische wonden (één onderzoek; n = 49; RR 0,16; 95%-BI 0,01-2,96). Dit gold ook voor acute wonden bij kinderen (twee onderzoeken; n = 535; RR 1,07; 95%-BI 0,43-2,64). Bij acute wonden bij volwassenen liet kraanwater minder infecties zien vergeleken met zoutoplossing (drie onderzoeken; n = 1338; RR 0,63; 95%-BI 0,40-0,99). Verder vonden de auteurs geen significant verschil tussen het reinigen met kraanwater en het helemaal niet reinigen van een wond (drie onderzoeken; n = 873; RR 1,06; 95%-BI 0,07-16,50). Zij vonden evenmin verschil tussen soorten water (kraan-, gekookt of gedestilleerd). De verschillende vloeistoffen hadden daarnaast hetzelfde effect op de uitkomstmaat wondgenezing.

De review bevat 11 onderzoeken met in totaal 3449 deelnemers.

Beperkingen De randomisatieprocedure – de belangrijkste voorwaarde voor een goede vergelijking – was bij drie trials niet beschreven. Daarnaast vermeldden de auteurs als belangrijke beperkingen: gebrek aan rapportage van gebruikte methodologie, geen gebruik van standaardcriteria om wondinfectie te beoordelen en vaak geen beschrijving van de verschillende wonden en mate van verontreiniging.

COMMENTAAR

De resultaten in deze review zijn voornamelijk beschrijvend van aard. Dat kan ook niet anders, want de auteurs worden ernstig gehinderd door de bovenstaande beperkingen. Aangezien de priorkans op een wondinfectie laag is, is het niet eenvoudig om in de beschreven onderzoeken verschillen tussen de groepen te vinden. Toch waren er in enkele onderzoeken significante verschillen en die waren eigenlijk alle in het voordeel van kraanwater.

Voor de dagelijkse praktijk kunnen de resultaten verschillende consequenties hebben. We zien nogal wat wonden in de eigen praktijk of op de huisartsenpost. In tegenstelling tot sommige andere landen waarvoor deze review mogelijk meer betekenis heeft, is ons kraanwater van hoge kwaliteit en lijkt het dus prima geschikt voor wondreiniging. Op basis van deze review zou de fles fysiologisch zout in de kast kunnen blijven. Op basis van de meegenomen onderzoeken kunnen we helaas geen uitspraken doen over de rol van de hoeveelheid vloeistof die werd gebruikt. Het is denkbaar dat overvloedig afspoelen onder de kraan voor een andere mate van reiniging zorgt dan enkele milliliters vloeistof op een gaas. Veel handboeken, en ook dokters, hebben een voorkeur voor gebruik van een desinfectans bij wondreiniging. Momenteel lijkt er geen bewijs dat dit het aantal wondinfecties reduceert. Wel is er aanleiding om te denken dat het de wondgenezing negatief beïnvloedt. Helaas is dat in deze review niet onderzocht.

Wondbehandeling blijft maatwerk waarbij we per patiënt en per wond moeten overwegen om een wond wel of niet te reinigen. Dit geldt ook voor de keuze van het reinigingsmiddel. Afhankelijk van het trauma betekent dit dat kleine droge wonden mogelijk zonder reiniging kunnen worden gesloten. Bij grotere wonden met zichtbare verontreiniging lijkt het logisch om met kraanwater te reinigen.

We delen de conclusie van de auteurs dat kraanwater zeker zo goed is bij wondreiniging als een fysiologische zoutoplossing. Het helemaal niet reinigen van de wond was in deze onderzoeken niet slechter dan uitwassen met kraanwater. Toch gaat het ons te ver om daarop het besluit te baseren om wonden helemaal niet schoon te maken. De natuurlijke reflex van de meeste mensen om een wond zo spoedig mogelijk thuis onder de kraan te houden, is dus prima. Het is vervolgens aan ons om de wond weer mooi te herstellen. Juist in het sluiten en verzorgen zit 'm mogelijk de magie voor de patiënt. Het schoonmaken mag gewoon met water, ook in de spreekkamer. ■

LITERATUUR

1 Fernandez R, Griffiths R. Water for wound cleansing. Cochrane Database Syst Rev 2012; Issue 2. Art. No.:CD003861.

Universiteit Maastricht,vakgroep Huisartsgeneeskunde, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Postbus 616, 6200 MD Maastricht: E. de Bont, aiotho; dr. J.W.L. Cals, huisarts-onderzoeker • Correspondentie: eefje.debont@maastrichtuniversity.nl

HUISARTS TUSSEN INDIVIDU EN FAMILIE

De Ruijter W, Hendriks A, Verkerk M. Huisarts tussen individu en familie. Morele dilemma's in de huisartsenpraktijk. Assen: Koninklijke Van Gorcum, 2012. 142 pagina's, € 24,95. ISBN 9789023249252.

Doelgroep huisartsen, juristen en ethici.
Inhoud Het doel van dit boek is om meer duidelijkheid te geven over de vraag hoe huisartsen, juristen en ethici denken over de verantwoordelijkheid van de huisarts ten opzichte van de patiënt en zijn familie. De auteurs willen daarbij huisartsen bewust(er) maken over hun rol als 'arts voor het hele gezin' en handvatten aanreiken om te bepalen of, en zo ja hoe, zij gezinsleden het best kunnen betrekken bij het verlenen van patiëntenzorg.

Is het niet beter om te spreken van de (relationele) context, waarin iemand verkeert? Is het woord gezinsgeneeskunde niet vervangen door contextuele geneeskunde?
Er worden 25 casussen gepresenteerd, die elk door een huisarts, een jurist en een ethicus worden besproken. Deze casussen zijn verdeeld over vijf categorieën: zorg voor de voortplanting, zorg aan jonge kinderen, zorg aan minderjarigen, zorg aan volwassenen en zorg rond het levenseinde. Bij elke casus staan steeds drie vragen centraal: Hoe gaat de huisarts om met deze situatie? Welke juridische vragen zijn er in het geding? Welke vragen komen er bij u op en zou u naar voren willen brengen bij de huisarts en de direct betrokkenen?

Veel onderwerpen komen aan bod, zoals het vastleggen van ouderlijke gezagverhoudingen in het dossier, het belang van niet vernietigen van gegevens uit het dossier van het kind, conflict van plichten, en wat weegt zwaarder: recht van weten of het recht van niet-weten?

Deze bundel is samengesteld ten behoeve van het onderwijs. In het tweede hoofdstuk worden een aantal suggesties en aanbevelingen gedaan voor gebruik van het boek bij scholing en nascholing van huisartsen (in opleiding), studenten geneeskunde, juristen, studenten rechtsgeleerdheid en ethici.
Oordeel Opvallend is dat ethici meer vragen oproepen bij de casus, dat huisartsen proberen goed te handelen en dat juristen goed de regels kunnen aangeven. Het patroon van denken en handelen bij de huisartsen is opvallend consistent. Zelf was ik onder de indruk van de inzet en betrokkenheid van de huisartsen, de helderheid van de juristen en de wijsheid van de ethici. Tussen de verschillende casussen dient men wel even te pauzeren ter overpeinzing. Het boekje lijkt mij zeer geschikt voor het doel van scholing en bijscholing voor huisartsen en huisartsen-in-opleiding. ■

Leo Veehof

Waardering: ●●●●

CHRONISCHE VERMOEIDHEID

Bleijenberg G, Van der Horst H, Van der Meer J, Knoop H (redactie). Handboek Chronische vermoeidheid. Utrecht: de Tijdstroom, 2012. 190 bladzijden, € 49,00. ISBN 9789058982124.

Doelgroep Artsen, psychologen, fysiotherapeuten, verpleegkundigen en studenten.
Inhoud Dit handboek beschrijft de stand van zaken in diagnostiek en behandeling van chronische vermoeidheid. Het boek behandelt vrijwel alle belangrijke onderwerpen die betrekking hebben op vermoeidheid. Verschillende auteurs beschrijven vanuit hun eigen invalshoek de wetenschappelijk onderbouwde achtergronden van vermoeidheid. Aan bod komen: het chronischevermoeidheidssyndroom, vermoeidheid bij kanker en vermoeidheid bij enkele veelvoorkomende ziekten. De auteurs nemen als uitgangspunt voor het boek ernstige chronische vermoeidheid die ten minste zes maanden duurt of gepaard gaat met een chronische ziekte. De korter durende vermoeidheid die in de huisartsenpraktijk vaak voorkomt of de patiënt met wisselende klachten is expliciet niet het onderwerp van dit boek. Behandeling van chronische vermoeidheid is volgens het handboek vooral een zaak van de cognitieve gedragstherapeut. Daarnaast komen ook de somatische verklaringen voor vermoeidheid aan bod. Eén van de 16 hoofdstukken behandelt de situatie in de huisartsenpraktijk.

Door de bijdragen van verschillende deskundige auteurs is de informatie in het boek van een hoog niveau. Alle hoofdstukken bevatten een uitgebreide literatuurlijst zodat de geïnteresseerde lezer verder kan zoeken. Een nadeel van verschillende auteurs is dat de integratie moeilijk is; nu komt de samenstelling fragmentarisch over. De bijdragen hebben geen eenduidige structuur, de opbouw van de hoofdstukken en de indeling van de bijdragen verschillen per auteur. Ook zijn somatische hoofdstukken en psychologische hoofdstukken strikt gescheiden waardoor je als lezer zelf moet bedenken hoe een geïntegreerde diagnostiek en behandeling er uit zou zien.

Oordeel Het boek geeft een goed beeld van de wetenschappelijke stand van zaken bij chronische vermoeidheid, ook als die

zeer matig ●
matig ● ●
redelijk ● ● ●
goed ● ● ● ●
uitstekend ● ● ● ● ●

optreedt bij somatische aandoeningen zoals kanker. De nadruk ligt hierbij op de ernstigere vormen van vermoeidheid en tweedelijnsbehandeling. Een groot gemis is het ontbreken van een aanzet tot geïntegreerde behandeling door de verschillende disciplines. Cognitieve gedragstherapie als enige behandeloptie is niet voor alle patiënten haalbaar, gewenst en betaalbaar. Het boek is hierdoor geen praktische leidraad voor de huisarts maar wel waardevol voor de geïnteresseerde huisarts. ■

Ingrid Arnold

Waardering: ● ● ●

Tuchtklachten tegen huisartsen

De conclusies van Sander Gaal et al.[1] - dat we moeten streven naar verbetering van de diagnostiek van potentieel ernstige aandoeningen in de eerste lijn - kan ik onderschrijven. Een belangrijk hulpmiddel in dezen is een veelal miskend alarmsignaal, namelijk het tweede consult binnen 24 uur,[2] zonder dat de hulpverlener dat verwachtte. Een tweede verzoek om een huisvisite voordat het eerste verzoek is gehonoreerd, kan hier ook onder worden geschaard. Het screenen van de boeken van Heineman en Hubben[3] en van Van Leusden et al.[4] op deze alarmsignalen levert het volgende op.

In de periode 1982-1993 waren er 213 uitspraken van het Medisch Tuchtcollege met een maatregel, waarbij een calamiteit met een medisch aspect de oorzaak was (de andere twee aspecten zijn patiëntrechtelijke en organisatorische). Bij 118 van deze 213 uitspraken blijkt dat bovenstaand alarmsignaal niet of onvoldoende werd herkend. In de periode 1997-2007 waren er 200 uitspraken met een medisch aspect, waarbij in 81 gevallen dit alarmbelletje niet ging rinkelen. ■

Alex Roose, huisarts te Curaçao

LITERATUUR

1 Gaal S, Hartman C, Verstappen, Giesen P, Van Weel C, Wensing M. Tuchtklachten tegen huisartsen. Huisarts Wet 2012;55:242-5.
2 Roose AC. INR en Hb bepalen bij fors trauma. Medisch Contact 2008;63:918.
3 Heineman MEF, Hubben JH. De huisarts in de medische tuchtrechtspraak 1982-1993. Lelystad: Koninklijke Vermande, 1995.
4 Van Leusden MB, Jongerius P, Hubben JH. Huisarts en tuchtrecht 1997-2007. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2008.

Foto: Paul van Riel/Hollandse Hoogte

INGEZONDEN

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1. Juist / 2. Juist

Voor zogenaamd kritisch instrumentarium, dat wil zeggen instrumentarium dat rechtstreeks in contact komt met niet-intacte huid of slijmvliezen of steriele lichaamsholten, is sterilisatie vereist. Het speculum en de uterussonde kunnen besmet zijn met het humaanpapillomavirus (HPV) dat, behalve in de sterilisator, zeer moeilijk te elimineren is. Gebruikte instrumenten moeten, in afwachting van sterilisatie, nat worden bewaard (in een eiwitoplossend bewaarmiddel).

Van den Broek S, Bouma M. NHG-PraktijkWijzer Kwaliteit & Veiligheid, Hygiëne en infectiepreventie. Utrecht: NHG, 2012.

www.wip.nl/free_content/Richtlijnen/1Huisartsen.pdf. Infectiepreventie in de huisartsenpraktijk, 2009.

3. Juist

Bij vrouwen ouder dan 41 jaar is men, gezien de lage kans op zwangerschap, terughoudend met IVF-behandeling; de bovengrens voor behandeling ligt bij 45 jaar.

Van Asselt KM, Hinloopen RJ, Silvius AM, Van der Linden PJQ, Van Oppen CCAN, Van Balen JAM. NHG-Standaard Subfertiliteit (tweede herziening). www.nhg.org.

4. Onjuist

De omvang van de informatieplicht van de arts verschilt van geval tot geval en is niet alleen afhankelijk van de omstandigheden van het geval, maar ook van de behoefte en het bevattingsvermogen van de patiënt. Zo moeten bijvoorbeeld minderjarigen zo nodig op aangepaste wijze, door eenvoudige woorden te gebruiken of door de ingreep te tekenen, geïnformeerd worden.

www.knmg.artsennet.nl/ vademecum consult V.02 Arts en Patiëntrechten.

5. Juist / 6. Onjuist / 7. Juist

Ondervoeding (in onze westerse wereld gezien bij anorexia nervosa, terminaal stadium ziektes) leidt tot grote metabole veranderingen in de weefsels en tot een gewijzigde respons op een werkzame stof. Kinetische parameters zijn doorgaans veranderd: de lichaamssamenstelling en daarmee het verdelingsvolume, de plasma-eiwitbinding door een relatief tekort aan eiwit en een verminderde leverfunctie, en de leverklaring.

De maag-darmmotiliteit kan zijn veranderd door een ziekte, maar ook door gebruik van andere middelen die hierop een invloed uitoefenen zoals door geneesmiddelen met een duidelijke anticholinerge component, opiaten en metoclopramide. In het algemeen zijn deze veranderingen zelden relevant. Een belangrijke uitzondering hierop is een intoxicatie met middelen met anticholinerge effecten.

Bij hartfalen kan door veranderingen in de circulatie van organen de absorptie, verdeling en eliminatie zijn veranderd. Oedeemvorming rond de darm kan de absorptie beïnvloeden.

Farmacotherapeutisch Kompas. www.fk.cvz.nl

8. Juist

Hoofdregel is dat de niet met gezag belaste ouder recht op informatie over zijn kind behoudt. Hier gaat het niet om informatie die noodzakelijk is om toestemming te kunnen geven, want rechtsgeldig toestemming geven kan deze ouder niet. De niet-gezagdragende ouder moet die informatie krijgen, die hem een globaal beeld geeft van de gezondheidstoestand van zijn/haar kind. Inzagerecht heeft deze ouder niet.

KNMG. Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 2 Informatie en toestemming. Utrecht: KNMG, 2004. www.knmg.artsennet.nl.

9. Onjuist / 10. Onjuist

In beginsel mag de arts slechts met toestemming van de patiënt zijn zwijgplicht doorbreken. Dit geldt niet ten opzichte van:

- personen die rechtstreeks bij de uitvoering van de behandelovereenkomst betrokken zijn;
- degene die optreedt als vervanger van de arts;
- vertegenwoordigers van de patiënt (zoals ouders, curator en mentor).

Bovengenoemde personen ontvangen slechts die informatie die relevant is voor het uitoefenen van hun taak.

De KNMG-Meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld is ook bedoeld voor situaties van dreigende ernstige schade voor het nog ongeboren kind. Het is mogelijk om een ongeboren vrucht vanaf 24 weken amenorroeduur onder toezicht te laten stellen.

Bijlsma MW, Wennink JMB, Enkelaar AC, Heres MHB, Honig A. De mogelijkheid van ondertoezichtstelling van het nog ongeboren kind bij twijfels over de veiligheid van de thuissituatie. Ned Tijdschr Geneeskd 2008;152:895-8.

www.knmg.artsennet.nl/vademecum. II.03 Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens.

H&W

Huisarts en Wetenschap
www.henw.org

Redactie
Just Eekhof, hoofdredacteur, Linda Bröker, Lidewij Broekhuizen, Jochen Cals, Marissa Scherptong-Engbers, Henk Schers, Wilma Spinnewijn, Theo Verheij, Hans van der Wouden.
De redactie werkt volgens een redactiestatuut dat de onafhankelijkheid van de redactie waarborgt. De NHG-Standaarden en het NHG-nieuws vallen onder de verantwoordelijkheid van het NHG.

Redactiesecretariaat
Henny Helsloot, Marjolein Oosterom, Susan Umans.
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
T (030) 282 35 50 F (030) 282 35 01
E-mail redactie@nhg.org

Basisvormgeving
Bottenheft, Marijenkampen/Arnhem

Nederlands Huisartsen Genootschap
Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
T (030) 282 35 00, F (030) 282 35 01

Uitgeverij/advertentie-exploitatie
Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media.
Postbus 246, 3990 GA Houten
Paul Bakker (030) 638 39 28, p.bakker@bsl.nl
Gertjan Verhoog (030) 638 37 65, g.verhoog@bsl.nl
Advertenties behoeven goedkeuring van de redactie.
Inzenden aan de uitgeverij, media.marketing@bsl.nl

Abonnementenadministratie
Klantenservice Bohn Stafleu van Loghum
Postbus 246, 3990 GA Houten
T (030) 638 37 36, F (030) 638 39 99
www.bsl.nl

Nieuwe abonnementen
Zie www.henw.org/abonnementen

Abonnementsprijzen
Jaarabonnement (incl. verzend- & administratie-kosten)
particulieren: € 172,95, studenten: € 86,48
Prijswijzigingen voorbehouden
Voor buitenlandse abonnees geldt een toeslag op deze prijzen. Niet hiervoor genoemde prijzen op aanvraag of via www.bsl.nl.

Levering en diensten geschieden volgens de voorwaarden van Springer Media, gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernr. 32107635 op 17 juni 2010. De voorwaarden zijn in te zien op www.bsl.nl, of worden de koper op diens verzoek toegezonden.

ISSN 0018-7070

mvw media voor vak & wetenschap
HOI 2012 PRINT

Het NHG *goes digital*

Het digitale NHG-aanbod is dit jaar enorm uitgebreid. HAweb, Thuisarts.nl, NHG*Doc* en de app met NHG-Standaarden zijn met groot enthousiasme ontvangen en het aantal gebruikers groeit gestaag. De 'nieuwe huisarts', het thema van het NHG-Congres dat deze maand plaatsvindt, is altijd online met een tablet of smartphone in de handtas of binnenzak. Op congressen en nascholingen twitteren de deelnemers op 'het tweede scherm' tijdens de lezingen en presentaties. De huisarts gaat met zijn tijd mee, want onze patiënten zetten de trend. Zij raadplegen internet veelvuldig, bekijken bij verwijzingen het aanbod van hulpverleners en klinieken, en soms zijn er al afspraken gemaakt voorafgaand aan het bezoek aan de huisarts. Met het nieuwe digitale NHG-aanbod is een stevige basis gelegd om de beste zorg snel en toegankelijk te leveren, gericht op de moderne, mondige patiënt.

Niet alleen de verspreiding maar ook de ontwikkeling van NHG-Standaarden gaat steeds meer digitaal. Er wordt gewerkt aan een webapplicatie voor de commentaarronde onder huisartsen en aan een wikisite voor het verzamelen van knelpunten en commentaar onder patienten. Digitaal documentenbeheer biedt mogelijkheden om met meerderen tegelijkertijd aan een document te werken. De vertaling en het digitaal beschikbaar stellen van de NHG-Standaarden in het Engels, waar dit jaar een aanvang mee is gemaakt, biedt interessante perspectieven voor internationale uitwisseling.

Het NHG is geen ivoren toren maar een digitale snelweg die huisartsen in binnen- en buitenland verbindt. Ondertussen blijven we ook papieren producten maken, zoals het kersverse Handboek diagnostische verrichtingen. En Huisarts en Wetenschap blijft als papieren tijdschrift natuurlijk niet te versmaden... of leest u dat ook al via www.henw.org?

Jako Burgers,
hoofd NHG-afdeling Richtlijnen en Wetenschap

Nieuw! Handboek diagnostische verrichtingen in de huisartsenpraktijk

Heeft u ook zo veel plezier van het *Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk*? Dan bent u niet de enige, want van het boek zijn duizenden exemplaren verkocht. De verwachting is dat er net zo'n grote behoefte zal zijn aan het nieuwe *Handboek diagnostische verrichtingen in de huisartsenpraktijk*. Immers, diagnostiek is een van de hoekstenen van de huisartsgeneeskunde en een cruciale stap voor het verdere behandelingstraject.

Soms heeft een huisarts voldoende aan een anamnese. Maar vaak is ook lichamelijk onderzoek nodig, eventueel aangevuld met laboratoriumdiagnostiek, beeldvormend onderzoek of functionele tests. Omdat huisartsen deze diagnostische verrichtingen op verschillende manieren uitvoeren, variëren ook de uitkomsten. Bovendien zijn diverse diagnostische procedures in de afgelopen jaren ingrijpend veranderd.
Het rijk geïllustreerde *Handboek diagnostische verrichtingen in de huisartsenpraktijk* biedt de huisarts houvast. Het beschrijft én visualiseert duidelijk de indicaties voor en uitvoering van de diagnostische verrichtingen. Uiteraard zijn hierbij de NHG-Standaarden het uitgangspunt. Na lezing en oefening zijn de verrichtingen verantwoord in de dagelijkse praktijk toe te passen.

Het *Handboek diagnostische verrichtingen in de huisartsenpraktijk* is een onmisbaar naslagwerk voor huisarts en aios. Het is een praktisch hulpmiddel bij het oefenen en vergroten van diagnostische vaardigheden, het toetsen van routines, het maken van taakafspraken met de praktijkassistente en het op orde houden van het instrumentarium. De ruim vijfhonderd foto's en tekeningen inspireren tot het aanleren en optimaliseren van alledaagse en minder alledaagse diagnostische verrichtingen.
U kunt het boek bestellen via de webwinkel op www.nhg.org. De prijs bedraagt voor NHG-leden € 106,25; nietleden betalen € 125,- ■

Prijswinnaars PIN's jaargang 15 bekend

Om het 15-jarig jubileum van de Programma's voor Individuele Nascholing en het 55-jarig jubileum van het NHG te vieren is aan de tien eerste inzenders van de Toetsbladen uit de afgelopen jaargang een tegoedbon van € 55,- toegestuurd. Dat was dus een eenmalige actie, maar er is ook een jaarlijkse prijs te verdienen met de PIN's: onder degenen die alle Toetsbladen van een jaargang hebben ingezonden, wordt een gratis abonnement voor de volgende jaargang verloot.
Dit jaar zijn de winnaars: T.P. Smink uit Vaassen en J.F.H. Pulles uit Maasbommel. Uiteraard hebben alle winnaars inmiddels hun prijs ontvangen. ■

Thuisarts.nl... Uw patiënten weten de weg!

De patiëntenwebsite Thuisarts.nl lijkt een ongekend succes te worden. In een halfjaar tijd hebben 739.000 unieke bezoekers de website 1.025.000 maal geraadpleegd met ruim 5 miljoen pageviews. We registreren momenteel meer dan 7.000 bezoekers per dag. Natuurlijk hopen we dat deze belangstelling zijn uitwerking heeft in uw praktijk en dat u merkbaar beter geïnformeerde patiënten ontvangt tijdens het spreekuur! ■

Symposium 'NHG*Doc*: de toekomst in de praktijk'

Een vijftigtal mensen bezocht het tweede symposium dat Expert*Doc* en het NHG onlangs samen organiseerden. Onder hen huisartsen, vertegenwoordigers van HIS-leveranciers en voorzitters van gebruikersverenigingen, maar bijvoorbeeld ook afgevaardigden van ketenzorgbedrijven en de LHV. Zij praatten mee over huidige en toekomstige ontwikkelingen en namen een kijkje achter de schermen van NHG*Doc*, een expertsysteem in het HIS dat de huisarts patiëntspecifieke reminders (*alerts*) geeft op het gebied van medicatie, beleid en dossierbeheer.

NHG*Doc*: de grote sprong voorwaarts

Na de welkomstwoorden door ondergetekende, citeert dagvoorzitter Wim Schimmel van Verdonck, Klooster en Associates: 'De medische expertise en kennis is geëxplodeerd in de afgelopen twintig jaar, maar het hoofd van de dokter is niet groter geworden.' De uitspraak is van prof. Solko Schalm, geestelijk vader van NHG*Doc*, die hiermee de basis legde voor de ontwikkeling van het product.

Karel Nederveen, directeur van Expert*Doc*, sluit bij deze uitspraak aan: 'NHG*Doc* brengt de aanwezige kennis, vervat in vele richtlijnen, in het werkproces van de zorgprofessional via besluitondersteuning en in het proces van digitalisering van richtlijnen. Voor de huisarts betekent dit uiteindelijk zicht op de patiënt en rust in de praktijk.'
Sinds de start in 2010 zijn 8 standaarden gedigitaliseerd. Promedico en MicroHIS X realiseerden al een koppeling van het HIS met NHG*Doc*; zij worden binnenkort gevolgd door OmniHIS, Zorgdossier en TetraHIS. Dan kan dus 45% van de Nederlandse huisartsen gebruikmaken van NHG*Doc*.
Er is veel aandacht besteed aan gebruikersgemak en -instellingen. Ook zullen functionaliteiten buiten het consult om worden gefaciliteerd, zoals een nog te ontwikkelen archieffunctionaliteit en koppeling van de NHG*Doc*-alerts aan een *to do*-lijstje.
Een grote zorgverzekeraar maakt per 1 januari NHG*Doc* onderdeel van een M&I-module gericht op kwaliteitsverbetering. De betreffende verzekeraar zal dit binnenkort bekendmaken.

Van grijs naar zwart-wit

Rien Dorland, manager Medische Content bij Expert*Doc*, vertelt over het proces van digitalisering van richtlijnen. Hoe komt dit tot stand? Wie controleert en autoriseert?
Met behulp van beslisbomen en aan de hand van een concreet voorbeeld (de multidisciplinaire richtlijn CVRM) laat hij zien hoe de NHG-Standaarden worden omgezet in beslisregels die worden geautoriseerd door het NHG.

Voorbeelden uit de dagelijkse praktijk

Leo van Rooijen, huisarts en voorzitter van gebruikersvereniging Atlas, is NHG*Doc*-gebruiker van het eerste uur. Hij stelt: 'NHG*Doc* is geen speeltje. Het grijpt daadwerkelijk in op het proces van denken en doen van de huisarts. Zie het systeem als een virtuele dokter die een tikje op de schouder geeft als het net nog iets beter kan.'
Van Rooijen vindt ondersteuning bij dossier- en besluitvorming van grote waarde in het jachtige huisartsenbestaan. Het brein van een huisarts kan niet alle informatie die op hem afkomt verwerken. De alerts van NHG*Doc* bieden dan ondersteuning die óver de verschillende ziektedomeinen heen werkt; het staat je als arts vrij om al dan niet iets met die alerts te doen. Handig is dat je individuele instellingen kunt invoeren, zodat ook de praktijkondersteuner ermee kan werken.
Van Rooijen pleit voor collectieve aanschaf van NHG*Doc* door de HIS-leveranciers. 'Zo houd je de kosten laag en bied je iedere huisarts de mogelijkheid om van deze "virtuele dokter" gebruik te maken.'
Tot slot laat Van Rooijen *live* een nieuw ontwikkelde Promedico-interface zien, sneller, overzichtelijker en gebruiksvriendelijker dan de oude.

NHG-AGENDA 2012/2013 data

- **NHG-Congres voor praktijkondersteuners** 22 november
- **Algemene Ledenvergadering** 6 december
- **Triagecongres** 11 april
- **NHG-Voorjaarscongres** 18 april
- **NHG-Wetenschapsdag** 14 juni

Meer informatie over alle NHG-activiteiten vindt u op www.nhg.org

ADEPD, NHG*Doc* en de variabilisering
Marith Rebel-Volp van de LHV en Marten Stavenga van Expert*Doc* geven een gezamenlijke presentatie. Rebel-Volp vertelt dat huisartsen in 2013 daadwerkelijk volgens de NHG-Richtlijn *ADEPD registreren* moeten werken om voor de variabele beloning in aanmerking te komen. Doel van de variabilisering is het sturen op kwaliteit. De hoogte van de beloning wordt pas achteraf vastgesteld, afhankelijk van het aantal huisartsen dat aan de vooraf gestelde criteria voldoet.
Stavenga licht de ADEPD-alert en –rapportage binnen NHG*Doc* toe. Dit instrument wordt per 1 januari geïntroduceerd en is bedoeld om huisartsen te ondersteunen bij het registreren volgens ADEPD. Het kan desgewenst in de HIS'en worden ingebouwd.

Paneldiscussie en conclusie
Tot slot is er een discussie aan de hand van enkele stellingen met een panel bestaande uit de sprekers van de dag. De conclusie van het panel luidt dat NHG*Doc* een goede plek in de huisartsenpraktijk staat te wachten. Vanzelfsprekend blijft de huisarts volop kwalitatief goede zorg leveren die niet meetbaar is, zoals een goed gesprek met de patiënt. Maar het een sluit het ander niet uit, al blijft er soms een dubbel gevoel bestaan. Rebel-Volp, zelf praktiserend huisarts, stelt hierover: 'Het is niet langer een kwestie van "vertrouw maar op mijn blauwe ogen". Steeds meer verzekeraars gaan differentiëren op systemen als NHG*Doc*. Die helpen je zien of je iets hebt gemist en zo krijg je uiteindelijk betere zorg.' ■

Marc Eyck,
huisarts en beleidsadviseur NHG

Op de agenda van de Algemene Ledenvergadering:

Benoeming directeur/bestuurder NHG én vaststelling Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022

Op de Algemene Ledenvergadering van 6 december staan twee belangrijke onderwerpen. Allereerst zal de benoeming van de nieuwe directeur/bestuurder aan de leden worden voorgelegd. Na een intensieve selectieprocedure zal de Raad van Toezicht hiertoe één kandidaat voordragen.
Ook wordt de leden gevraagd om in te stemmen met de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022. Deze Toekomstvisie vormt het fundament voor het strategisch meerjarenbeleidsplan dat in 2013 wordt ontwikkeld. De plannen voor het komende jaar kunt u lezen in het NHG-Jaarplan, dat samen met de begroting voor 2013 ter vaststelling door de leden staat geagendeerd.

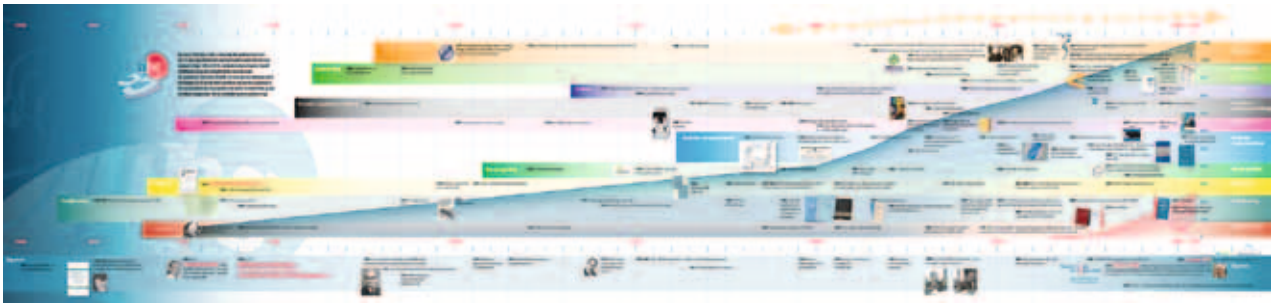
Op de voorlopige agenda staat ook de (her) benoeming van:
- Een Lid van Verdienste NHG;
- leden van de Verenigingsraad;
- leden van de Autorisatiecommissie;
- leden van de Raad van Advies H&W;
- leden van de Redactiecommissie H&W.

De definitieve agenda vindt u een week voorafgaand aan de Algemene Ledenvergadering op www.nhg.org. Als u zich opgeeft voor de vergadering via directie@nhg.org, krijgt u alle vergaderstukken tijdig toegestuurd. ■

NHG-geschiedenis op website

Vorige maand ging de NHG-website *Mijlpalen* in de lucht. Hier vindt u een schat aan informatie over de geschiedenis van uw vak en van uw wetenschappelijke vereniging. U kunt op de website per tijdvak en per thema zoeken. Per tijdvak worden de mijlpalen binnen de thema's genoemd; voor geïnteresseerden zijn ze in verhalende vorm nader uitgediept. Maar ook zijn samenvattende overzichten van de NHG-geschiedenis te vinden, alsmede artikelen die daarmee samenhangen. U vindt op de website informatie over de NHG-Congressen, maar ook personalia, groeicijfers en nog veel meer.
Kortom, eenieder die belangstelling heeft voor de geschiedenis van het vak kan vanaf nu via www.nhg.org/mijlpalen zijn hart ophalen! ■

Brochure Mijlpalen
Ter gelegenheid van het 55-jarige bestaan van het NHG is een brochure uitgebracht met de belangrijke gebeurtenissen uit de NHG-geschiedenis. Als u een exemplaar van deze brochure wilt ontvangen, kunt u een e-mail sturen naar info@nhg.org onder vermelding van *Brochure Mijlpalen*.



Interview met Ingrid van Londen:

‘Ik vind mijn vak leuk en dat wil ik uitdragen’

De gezamenlijke huisartsopleidingen zijn druk bezig wervingscampagnes op te zetten om huisartsen te interesseren voor een docentschap bij een van de instituten. Soms kunnen vacatures slechts met moeite worden ingevuld. Geheel onterecht, vindt Ingrid van Londen, huisarts in Amsterdam en sinds ruim een jaar docent Huisartsgeneeskunde aan het AMC. In een interview vertelt ze waarom het leuk én interessant is om docent te zijn.

Waarom wilde je docent worden?
‘Ik ben in 1997 afgestudeerd en in ’99 heb ik een praktijk overgenomen samen met een collega, maar ik heb altijd al het idee gehad om ook iets te gaan doen in het onderwijs. Destijds vond ik het nog te vroeg, want ik had zelf nog zoveel te leren en wilde eerst ervaring opdoen. Maar ik word er altijd blij van als ik ook dingen doe naast het huisartsenvak. Als huisarts ben je toch altijd behoorlijk solistisch bezig. Je ziet wel patiënten, er is wel overleg, maar het is bijna altijd één op één. En als je onderwijs geeft kun je samen met meerdere mensen over de aspecten van je vak praten, samen bedenken hoe je de dingen het best kunt oppakken, samen bespreken waar je eigenlijk mee bezig bent en wat je belangrijk vindt. Maar bovenal ben ik docent geworden omdat ik het huisartsenvak heel erg leuk vind en dat wil ik uitdragen.’

Die belangstelling voor het onderwijs was er dus altijd al?
‘Ja, eigenlijk wel. Als student zat ik al in de onderwijscommissie. Ik behoorde tot de eerste lichting van de driejarige opleiding en het was heel interessant om deel uit te maken van de denktank hoe je dat derde jaar moest invullen. Je wilt zelf onderwijs volgen, maar ook vanuit de praktijk samen met een docent en een andere aios meedenken over wat goed gaat en wat beter kan in het onderwijs.’

Je bent nu ruim een jaar docent. Wat heeft het je gebracht?
‘Voor mezelf is dat vooral dat ik weer op een andere manier naar mijn praktijk kijk. Ik dacht natuurlijk dat ik heel vooruitstrevend was, maar merkte nu toch dat ik soms best ben vastgeroest in de manieren zoals ik die vijftien jaar geleden heb geleerd. Het is heel verfrissend om vanuit de dingen die we hier bespreken naar mijn eigen praktijk te kijken en volgens mij is dat ook goed voor mijn patiënten. Ik doe de dingen niet meer zo gemakkelijk op de automatische piloot. Er zijn veel gedragswetenschappers verbonden aan de opleiding en die laten je af en toe weer eens helemaal opnieuw naar jezelf kijken. Bovendien hebben die soms een heel andere blik op ziekten. Zo kijk je dus steeds actief samen met je collega’s naar waar je mee bezig bent en daar heb ik veel waardering voor. Het enige nadeel is dat ik minder ben gaan werken, en dat hoor ik ook wel terug van mijn patiënten. Die vinden dat ze me nu wat lastiger te pakken kunnen krijgen dan vroeger.’

Het blijkt niet altijd gemakkelijk om docenten te werven. Hoe komt dat, denk je?
‘Ik geloof dat niet alle instituten het even moeilijk hebben. Bij de VU en het Radboud schijnt het wat makkelijker te gaan, misschien vanwege hun netwerken of omdat ze studenten al in een vroeg stadium aan de opleiding binden. Misschien hebben ze ook wat flexibeler werktijden; dat zou ook wel helpen. Maar het grootste struikelblok zal zijn dat huisartsen vinden dat ze het toch al zo druk hebben en dat het veel te zwaar is om er nog iets naast te doen. De inkomsten zijn bovendien niet gelijkwaardig, dus is het misschien lastig om werktijd als huisarts in te leveren. Maar er loopt genoeg kwaliteit rond, hoor, ook andere docenten zijn heel enthousiast. Ach, en misschien wordt het ook wel gemakkelijker nu er steeds meer grotere praktijken en samenwerkingsverbanden komen.’

Wat zou je tegen je collega’s willen zeggen om hen over de streep te trekken?
‘Het belangrijkst is dat je het zelf leuk moet vinden om kennis over te dragen. Bij huisartsen lijkt me dat geen probleem, want dat doen ze al voortdurend bij het geven van voorlichting. Maar ook denk ik dat het goed is voor je loopbaan als je eens op een andere manier en in een nieuwe omgeving in de materie van je vak duikt. Daarbij krijg je op het instituut heel veel vrijheid. Je bent met veel docenten die allemaal het zelfde doel hebben, maar je mag daarbij ook jezelf zijn en je eigen manieren zoeken. Ook moet je het leuk vinden om met groepen mensen samen te werken, te denken en te discussiëren, en om studenten te coachen. Te bepalen: waar ben ik goed in, wat wil ik verbeteren en dan daaraan vormgeven. Je kunt als docent anderen steunen, maar je krijgt ook heel veel terug. Dat kun je dan weer gebruiken in je contact met de patienten, of met de assistente. Ikzelf ervaar dat als heel waardevol. Vroeger vond ik het leuk om naar mijn praktijk te gaan, maar nu vind ik dat nog veel leuker. Want als docent krijg je de kans om met meerdere brillen naar je vak, je patiënten, je praktijk te kijken. De wereld wordt groter, ook op professioneel vlak.
Ik geloof overigens niet dat elke huisarts dit moet gaan doen. Maar degenen die er zin in hebben, moeten zich niet door omstandigheden laten tegenhouden. Sterker nog, die moeten het zichzelf gunnen!’ (AS)

Colofon

Redactie
Joost Blijham, voorzitter
Anika Corpeleijn
Annet Janssen
Simone Sinjorgo
Ans Stalenhoef, eindredacteur

Contact
Ans Stalenhoef
Postbus 3231
3502 GE Utrecht
Telefoon 030 - 2823500
E-mail: a.stalenhoef@nhg.org

Het NHG-nieuws is een uitgave van het NHG-bureau en vormt een vast onderdeel van H&W.