

Ten geleide

C. P. BRUINS

Het Nederlands Huisartsen Instituut organiseert op 20 oktober en 1 december 1979 een tweetal symposia onder de titel „Diabetes: van specialistische controle tot zelfzorg”. De N.H.I.-werkgroep Chronische Patiënten was nauw betrokken bij de voorbereidingen voor deze symposia en heeft bovendien de in deze aflevering van huisarts & praktijk gepubliceerde artikelen bijeengebracht. Chris Bruins, destijds directeur van het N.H.I. en coördinator van de werkgroep Chronische Patiënten, schetst uitgangspunten, doel en werkwijze van de werkgroep en geeft een overzicht van de inhoud van deze diabetesspecial.

Doel en uitgangspunten

Het doel van de in 1973 op initiatief van het Nederlands Huisartsen Instituut ingestelde Werkgroep Chronische Patiënten is het ontwikkelen van richtlijnen voor de behandeling en begeleiding van chronisch zieken ten behoeve van de praktiserende huisarts. De richtlijnen zijn geen dwingende voorschriften, ze hebben slechts het karakter van een advies; ze begrenzen een ruimte waarbinnen een grote mate van vrijheid bestaat; ze zijn verder bedoeld als „reminder” en als toetssteen voor het eigen handelen.

De werkgroep hoopt, dat aan de hand van deze richtlijnen een gesprek over de wederzijdse verantwoordelijkheid en taakafbakening op gang zal komen tussen huisartsen en plaatselijke specialisten die (poli)klinisch diabetes behandelen. Het beleid moet immers plaatselijk tot stand komen; landelijke richtlijnen kunnen hierbij niet meer dan een steun zijn.

Waarom standaardisatie van het geneeskundig handelen van de huisarts? Hoewel de huisarts individueel werkt, heeft zijn werk veel gemeen met het werk van collega's, zoals vaak blijkt uit casusbesprekingen. Anderzijds kan ook een grote variatie worden geconstateerd. De vraag is, of het hierbij meer gaat om een „doktersfactor” dan om een „patiëntenfactor” en of dergelijke grote verschillen wel verantwoord zijn. Onze maatstaven berusten vaak alleen op eigen casuïstiek, maar dat levert nog geen wetenschappelijk ver-

antwoorde werkwijze op. Zo blijkt thans, dat het achterwege laten van bepaalde medicijnen die langdurig gebruikt werden, niet tot verandering of verergering leidt, hoewel eerst werd aangenomen dat deze medicamenten (bijvoorbeeld digoxine) strikt noodzakelijk waren.

De Werkgroep Chronische Patiënten

C. P. Bruins, coördinator
Dr. A. J. M. Daniëls, Uithoorn
F. A. W. N. Derksen, Doetinchem
Mevr. Dr. H. J. Haag, Rotterdam
J. R. Rozendaal, Scherpenzeel
Dr. J. Schilperoort, Veenendaal
W. A. van Veen, Amsterdam

Wij menen dat het werken van de huisarts meer gesystematiseerd kan worden; een nadere omschrijving en afbakening van zijn taken zouden dan mogelijk zijn. Bovendien is zijn werk op deze wijze ook meer wetenschappelijk te onderbouwen. Men kan dan onderzoeken of richtlijnen in de praktijk werken en of de voorkeur aan één handelwijze gegeven moet worden boven alle andere; tot nu toe ontbreken de gegevens om een keuze te kunnen maken.

De door de werkgroep gevolgde werkwijze – die valt te vergelijken met de opzet die Miller beschrijft (*schema*) – kan van dienst zijn bij de onderbouwing en systematisering van grote delen van

ons medisch handelen. Ik gebruik hierbij de term „medisch handelen”, omdat de huisarts-patiënt-relatie niet valt te systematiseren en de intake-methode bij de huisarts een geheel andere is dan bij de specialist. De werkgroep heeft dan ook gemeend zich grotendeels te moeten beperken tot het medische handelen; ons bewust van deze beperking hebben wij daarnaast getracht psychosociale aspecten aan de orde te laten komen, onder meer door bijdragen van een patiënt, een psycholoog en een huisarts.

Een van de uitgangspunten van de werkgroep is geweest, dat juist de chronische patiënt zoveel mogelijk eigen verantwoordelijkheid voor zijn lichaam moet dragen. Een grote mate van eigen activiteit is gewenst, zodat de patiënt ook minder afhankelijk van het medische apparaat wordt. De werkgroep vindt het zelf controleren van de urinesuiker dan ook heel normaal, evenals de controle door de huisarts in plaats van door de specialist van de diabetes op latere leeftijd. Omdat hij de persoon van de patiënt en zijn gezin en levensomstandigheden in principe beter kent, kan de huisarts individualiseren en een betere integrale, holistische zorg geven dan de specialist; hij zal meer rekening houden met de omstandigheden waaronder de patiënt leeft. Vooral bij bejaarden is dit van groot belang; de kwaliteit van het leven speelt bij hen een even grote rol als de kwantiteit.

Een ander uitgangspunt is geweest, dat – bij alle onzekerheid die er bestaat over het effect op de lange duur van de behandeling van chronische ziekten met geneesmiddelen – een niet-agressieve, voorzichtige benadering voorop staat bij de behandeling van chronische ziekten om „patiëntificatie”, somatische fixatie en iatrogene schade te voorkomen. Deze benadering houdt in, dat wij adviseren bejaarden met diabetes niet onnodig met diëten, pillen en/of insuline te belagen. Uiteraard moet er niet onverantwoord gewerkt worden, maar zolang nog voldoende bekend is over het effect van een behandeling op de uiteindelijke prognose, is een furor therapeuticus ongewenst.

Werkwijze

De Werkgroep Chronische Patiënten bestaat uit zes huisartsen en een coördinator (*inzet*). De werkwijze is als volgt: twee leden stellen op basis van literatuurstudie, gesprekken met verden, eigen ervaring en bevindingen van

andere studiegroepen, een concept op met richtlijnen betreffende een bepaalde chronische aandoening. De andere leden van de werkgroep voorzien dit concept in een aantal besprekingen van commentaar, vooral met het oog op de mogelijkheden het voorstel in de praktijk te realiseren. Vervolgens leggen het oorspronkelijke duo en de coördinator van de werkgroep het schema met richtlijnen en commentaar voor aan een adviesgroep.

Deze adviesgroep (pagina 5) bestaat uit huisartsen en specialisten met een duidelijk gebleken deskundigheid op het betreffende gebied en een zekere mate van landelijke representativiteit. De bedoeling is dat de deskundigen-adviesgroep tot overeenstemming komt over de richtlijnen. Voordat het diabeteschema de vorm kreeg waarin het in dit nummer is gepubliceerd, kwam de deskundigen-adviesgroep vier maal bijeen. Het schema berust op een consensus van de groep, wat wij op zich al vermeldenswaard vinden. Wel zijn er uiteraard verschillen in het leggen van accenten en wordt beslist niet elk standpunt door allen gedeeld, maar dit is voor niemand een belemmering geweest, zijn goedkeuring te hechten aan de definitieve versie.

De inhoud van deze special

Methodisch werken en continuïteit in de zorg voor chronische patiënten vereisen een goede registratie. Daarom heeft de werkgroep een aparte werkaart ontwikkeld als aanvulling op de bestaande registratiesystemen. Andere praktische hulpmiddelen zijn de patiëntenfolders over controlebezoeken aan de huisarts en over het verzamelen van urine.

In een viertal artikelen wordt ingegaan op medische deelaspecten van diabetes mellitus: De diabetische voet, Diabetische retinopathie, Controle en acute problemen en Bloedsuikerverlagende

stoffen. Uiteraard zijn deze bijdragen zoveel mogelijk toegespitst op de praktijksituatie van de huisarts.

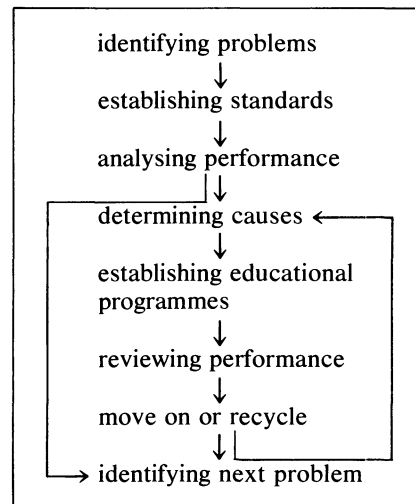
Een bijdrage van de kant van de patiënten wordt gevormd door Mijn huisarts... hoe heet-ie ook weer? Deze titel stemt tot droefheid, maar lijkt ontleend aan de werkelijkheid. Een goed samenspel met specialisten, ruimere mogelijkheden tot en benutting van onderlinge consultatie, goede kennis van en begrip voor het wel en wee van patiënten – ook verwezen patiënten: intercurrente ziekten! – zijn alle van belang bij de verbetering van de hulpverlening.

Een betrekkelijk nieuwe ontwikkeling is het ontstaan van „zelfhulpgroepen” van mensen met dezelfde problematiek. De medische wereld kijkt vaak nogal sceptisch tegen deze groepen aan. Uit de bijdrage van mevrouw Kroeze komt duidelijk naar voren, in welk isolement vele diabetici leven en hoe belangrijk het doorbreken van dat isolement is voor het beleven van het eigen ziek-zijn en voor de relaties met gezinsleden, hulpverleners en buitenwereld. De ervaringen, in deze groepen opgedaan, zijn van eminent belang voor ons begrip van de chronische patiënt en voor een relativerende opstelling tegenover „deskundigheid”.

Een andere en heel wat oudere „zelfhulpgroep” is de Diabetes Vereniging Nederland. B. Noltus, hoofdredacteur van DIABC, het maandblad van de vereniging, geeft een kort overzicht van de activiteiten die de DNV ontplooit. Is de intimiteit tussen mensen in het algemeen al een verwaarloosd terrein, bij chronische ziekten, zoals diabetes, geldt dit des te sterker. Het artikel van Moors, Seks als je suikerziekte hebt, voorziet dan ook in een duidelijke behoefte.

Voor een meer algemeen artikel over de wisselwerking tussen chronisch ziek-zijn, de primaire leefsituatie en de maatschappelijke omgeving moge ik verwijzen naar *Bruins*. Ondanks enige

Schema. Needs and priorities for continuing education of health personnel (Miller).



Miller gaat uit van het opsporen van leemten in de kennis en van door een panel van deskundigen opgestelde criteria. Daarna wordt nagegaan wat er in de praktijk terecht komt van de criteria en welke factoren hierbij een rol spelen. Vervolgens wordt een gericht nascholingsprogramma aangeboden en vastgesteld in welke mate dit programma bijdraagt tot veranderingen in de werkwijze.

toespitsing op het gedrag van hypertensiepatiënten doen de hierin beschreven problemen zich ook voor bij andere categorieën chronische patiënten.

Het artikel van Dankmeijer tenslotte gaat in een vraag-antwoord-vorm in op veel voorkomende vragen van diabeten en andere betrokkenen.

Ik hoop dat deze ruime schakering artikelen over diabetes mellitus voor elk wat wils zal blijken te bevatten.

Bruins, C. P. Het gedrag van hypertensie-patiënten. In: *Hypertensie*, (1977) huisarts & praktijk nr. 1, 22-25.

Miller, G. E. *Continuing education of health personnel*. WHO, Martinus Nijhoff, 's-Gravenhage, 1977.