Continuïteit in de huisartsgeneeskunde

R. GROL, A. SMITS, H. FRANSEN, F. HUYGEN EN C. VAN WEEL

Literatuurstudie van 60 artikelen op het gebied van 'continuïteit in de huisartsgeneeskunde' leverde als conclusie op dat een eenduidige, hanteerbare omschrijving van het begrip 'continue zorg' nog steeds ontbreekt. In dit artikel wordt een model gepresenteerd voor een omschrijving van de taak van de huisarts in deze. Continuïteit in de zorg wordt omschreven als 'het plaatsen van klachten, aandoeningen en hulpvragen in de levenslijn van de patiënt, rekening houdend met ontwikkelingen binnen diens directe sociale omgeving en gelet op de gehele praktijkpopulatie'. Continuïteit in de zorg valt te beschrijven op verschillende niveaus, die elk aandacht behoeven in praktijk, onderwijs, toetsing en onderzoek: het niveau van specifieke klachten en ziekten, het niveau van het hulpverleningsproces, en het niveau van de praktijkpopulatie. Daarnaast kunnen voorwaarden worden geformuleerd die liggen op het gebied van de praktijkvoering: adequate registratie, praktijkorganisatie, inschakeling praktijkassistente en samenwerking.

Inleiding

Over de begrippen 'continue zorg' en 'continuïteit in de huisartsgeneeskunde' heerst nogal wat onduidelijkheid. In de Engelse en Amerikaanse literatuur wordt hierbij veelal gedoeld op de persoonlijke begeleiding door dezelfde (huis)arts gedurende langere tijd. In de Nederlandse literatuur heeft het begrip continuïteit echter een ander accent. In het 'Basistakenpakket van de huisarts' wordt in dit verband gesteld: 'Zijn zorgverlening is continu in die mate dat zij niet geschiedt per geïsoleerde hulpvraag, maar in beginsel vroegere gebeurtenissen en de verdere levensloop van patiënten in aanmerking neemt'.[1]

Het begrip leeft al tientallen jaren in de Nederlandse huisartsgeneeskunde,[2 3] maar in onderzoek en onderwijs krijgt het nog betrekkelijk weinig systematische aandacht. Voor een deel is dat een gevolg van conceptuele onduidelijkheden.

In dit artikel bespreken we een literatuurstudie naar het begrip continuïteit in de huisartsgeneeskunde. Mede op basis daarvan presenteren wij een model, waarin de verschillende aspecten van continue zorg zijn geordend. Tenslotte trekken we enige conclusies ten aanzien van het praktisch handelen van de huisarts, het onderzoek en het onderwijs in de huisartsgeneeskunde.

Literatuurstudie

In het kader van een wetenschappelijke stage heeft *Fransen* een uitvoerige literatuurstudie verricht naar het begrip continuïteit in de huisartsgeneeskunde.[5] De 61 opgespoorde publikaties kunnen worden ondergebracht in de volgende rubrieken.
- basisartikelen;
- onderzoeksartikelen;
- beschouwende artikelen.*

Basisartikelen

In de beginperiode van de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde – de jaren vijftig en zestig – werd de inhoud van het begrip continue zorg in algemene termen omschreven. Daarbij werd de nadruk gelegd op het continuïteitsaspect in de relatie tussen de huisarts en zijn patiënten en op het longitudinale en anticiperende karakter van de zorg bij de begeleiding van hun medische levensgeschiedenis.[2-4]

In 1970 werd hieraan door *Van den Dool* een nieuwe dimensie toegevoegd.[6 7] Hij introduceerde het begrip 'surveillance van risicogroepen' als een methode van secundaire preventie of anticiperende geneeskunde die geschikt is voor huisartsen. Die hebben immers in de loop van ieder jaar contact met 60-80 procent van hun praktijkpopulatie. *Van den Dool* ontwierp een surveillanceschema, gebaseerd op leeftijd en geslacht. Het merendeel van de daarin genoemde tests kan worden uitgevoerd door de praktijkassistente. Als voorwaarde noemde hij een goede registratie.

Van den Dool legde dus een directe en praktisch uitvoerbare relatie tussen continue zorg en preventie.

Huygen bouwde hierop voort en pleitte voor uitbreiding van het begrip anticiperende geneeskunde naar zowel acute als chronische gezondheidsstoornissen en naar zowel somatische als psychosociaal bepaalde aandoeningen.[8] Voorts pleitte hij voor een benadering van het individu *in zijn sociale omgeving*.

Anticiperende geneeskunde werd omschreven als een attitude, een nieuwe denkwijze voor de huisarts. Als praktische leidraad werden vier vragen voorgesteld, die de huisarts zich bij ieder patiëntcontact zou kunnen stellen:
- wat is dit voor een patiënt; wat weet ik al van hem/haar;
- waarom komt deze patiënt nu, op dit moment, met deze klacht;
- loopt deze patiënt een bijzondere kans op aandoeningen;
- waartoe kan ik dit contact benutten in het belang van de toekomst van deze patiënt?[4 8]

Een vergelijkbare benadering en ordening vindt men bij *Stott and Davis*.[9]

Onderzoeksartikelen

Er zijn vele pogingen gedaan om het begrip 'continuïteit' te meten, en factoren op te sporen die de continuïteit beïnvloeden.[10 11] Opmerkelijk is dat het begrip 'continuïteit' daarbij meestal wordt verengd tot de mate waarin patiënten te allen tijde een beroep kunnen doen op een en dezelfde huisarts ('personal lists'). Ook wordt 'continuïteit' vaak alleen in verband gebracht met chronische aandoeningen of screeningsactiviteiten.

De fundamentele vraag in veel van deze onderzoekingen betreft het effect van de continuïteit op de kwaliteit van de zorg. De belangrijkste resultaten zijn samengevat door *Dietrich and Marton*.[12]

Met alle reserves vanwege de ernstige methodologische problemen en de diversiteit in de definiëring van het begrip kan men het volgende vaststellen:
- longitudinale zorg door één hulpverlener blijkt in bepaalde situaties de tevredenheid van patiënt en hulpverlener te vergroten;
- er is sprake van een betere compliantie ten aanzien van de medicatie en het nakomen van vervolgafspraken;

* Een uitgebreide literatuurlijst is op te vragen bij de auteurs.

Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, St. Annastraat 284, 6525 HC Nijmegen.
Dr. R.P.T.M. Grol, psycholoog; Dr. A.J.A. Smits, psycholoog; H. Fransen, arts; Prof. dr. F.J.A. Huygen, emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde; Prof. dr. C. van Weel, hoogleraar huisartsgeneeskunde.
Correspondentie: Dr. R.P.T.M. Grol.

- patiënten spreken zich gemakkelijker uit over gedragsproblemen;
- er zijn aanwijzingen dat continuïteit in de persoonlijke zorg de kosten vermindert.

In zijn recente overzichtsartikel voegt *Freeman* hieraan toe, dat er geen relatie kan worden aangetoond tussen persoonlijke continuïteit en mortaliteits- of morbiditeitscijfers. Evenmin zijn er aanwijzingen voor een relatie met andere outcome-criteria zoals de mate van de bezorgdheid van de patiënt over zijn ziekte, zijn kennis of begrip hiervan of de compliantie ten aanzien van leefwijze-adviezen.[13]

Het is duidelijk, dat de toenemende mobiliteit van zowel patiënten als huisartsen een persoonlijke continuïteit steeds minder mogelijk maakt. Het accent van de aandacht verschuift dan ook naar een aantal organisatorische voorwaarden, zoals een goede registratie,[14] samenwerking[15] en praktijkmanagement.[16-18]

Beschouwende artikelen

In de beschouwende artikelen wordt ook aandacht gegeven aan een aantal mogelijke gevaren, die aan langer bestaande relaties zijn verbonden: met name problemen rondom afhankelijkheid, macht en behoefte aan veiligheid, die veranderingen of genezing in de weg kunnen staan.[19] Elders wezen ook wij op de gevaren van somatische fixatie in de huisarts-patiënt relatie en de benodigde vaardigheden om dit te voorkomen.[20]

Een model voor continuïteit in de zorg

Uit het literatuuronderzoek wordt duidelijk dat aan het begrip 'continuïteit' of 'continue zorg' veel verschillende betekenissen worden toegekend, zonder dat er een duidelijk model of kader beschikbaar is waarbinnen deze een samenhangend geheel vormen. In deze paragraaf geven wij een duidelijke en praktisch hanteerbare omschrijving van dit begrip, waarin ook verwante begrippen als anticiperen, longitudinale zorg, preventieve zorg, levensloop-geneeskunde en planmatig handelen een plaats hebben.

In onze omschrijving leggen wij de nadruk op de continuïteit in de zorg als een proces in de tijd. De essentie is daarbij gelegen in aandacht voor de ontwikkeling die patiënten in samenhang met hun leefmilieu doormaken. Continuïteit in de zorg zien we als 'het plaatsen van klachten, aandoeningen en hulpvragen in de levenslijn van de patiënt, rekening houdend met ontwikkelingen binnen diens sociale omgeving en gelet op de gehele praktijkpopulatie'. Aldus gedefinieerde continuïteit in de zorg achten wij een essentieel aspect in het werk van de huisarts.

Deze definitie kan nader worden 'geoperationaliseerd' door de continuïteit in de zorg door de huisarts te beschrijven op een aantal niveaus die in (een min of meer hiërarchische) relatie tot elkaar staan:
- het concrete niveau van de klacht of ziekte;
- het (meer) abstracte niveau van het functioneren van de patiënt en het hulpverleningsproces;
- het niveau van de praktijkpopulatie.

Het handelen van de huisarts op elk van deze niveaus vraagt om bepaalde kennis, vaardigheden en attitudes. Daarnaast kan men een aantal voorwaardelijke activiteiten onderscheiden die betrekking hebben op praktijkvoering en -management.

Niveau van klachten en ziekten

Dit betreft de wijze waarop bij een specifieke klacht of aandoening vorm gegeven wordt aan de continuïteit van de zorg. Zo kan men denken aan een systematische aanpak in de tijd ten aanzien van de behandeling van hart- en vaatziekten, diabetes, CARA, of kanker.

Hieronder geven wij een voorbeeld voor enige aandoeningen. Het kan van groot belang zijn dat het planmatig handelen over een bepaalde periode bij dit soort problematiek precies wordt omschreven. Een voorbeeld vindt men bij *Van Ree e.a.*, die de stappen in het proces van anticiperen en surveilleren bij hypertensie weergeven.[16] Deze zijn nodig om onvoldoende of inadequaat behandelen, en teveel ad-hoc behandelen te voorkomen. Uiteraard dient hierbij te worden gewaakt tegen het onnodig afhankelijk maken van patiënten. Deze kunnen (bij een goede voorlichting) zeer goed zelf een actieve rol vervullen bij de bewaking van de continuïteit in de nodige zorg van hun aandoening.

Overziet men de literatuur op het gebied van de continuïteit in de zorg dan blijkt de aandacht daarbij hoofdzakelijk te zijn uitgegaan naar de aanpak van enkele specifieke aandoeningen. In dit model willen wij trachten daarboven uit te stijgen naar het niveau van het gehele hulpverleningsproces.

Niveau van het hulpverleningsproces

Het niveau van het hulpverleningsproces heeft niet zozeer betrekking op wat een huisarts precies bij een concrete klacht of aandoening doet, alswel op het hanteren van vaste routines in de zorg voor patiënten en hun directe omgeving, los van die klachten of ziekten. In feite wordt hiermee een soort 'basishouding' bedoeld, die niet reactief maar actief is, die patiëntgericht en niet ziektegericht is en die de hulpverlening ziet als een proces in de tijd. Het actuele contact met een patiënt kent meestal een historie en ook meestal een toekomst. Het is de kunst de hulpverlening daaraan aan te passen en rekening te houden met zowel de voorgeschiedenis en de situatie van de patiënt als met het ziektebeloop en het rendement van eerdere behandelingen.[9 22]

Dit vraagt om denken in ziekte-episoden en faseringen in plaats van in ad hoc oplossingen. Het impliceert 'planmatig handelen', het expliciet inbouwen van mogelijkheden om het ziektebeloop te kunnen vervolgen en erop toe te zien dat de noodzakelijke interventies ook voor de patiënt en diens directe sociale omgeving acceptabel en haalbaar zijn. Het betekent ook een adequate voorlichting aan patiënten gericht op gezond gedrag en zelfzorg.

Nauwkeurig registreren en gebruiken van patiënt- en gezinsgegevens zijn hierbij van groot belang. De aaneenschakeling van diverse contacten met de pa-

Continue zorg op het niveau van klachten en ziekten

Aandoening	Doel op lange termijn	Methode
Hypertensie	Duurzame normalisering	Regelmatige controle bevordering compliantie
Diabetes	Preventie complicaties	Regelmatige controle bloedglucose
CARA	Preventie verergering	Signalering eerste symptomen, follow-up
Chronische nerveus-functionele klachten	Voorkoming van onnodige medische handelingen	Adequaat hanteren van hulpvragen

tiënt en zijn directe omgeving leent zich dan voor een gefaseerde verzameling en evaluatie van gegevens, waarbij de inhoud van vorige contacten de mogelijkheden van latere bepalen.

In de uitwerking van het model op dit niveau achten wij een aansluiting bij de eerder geformuleerde zogenaamde 'basisvaardigheden' bruikbaar: gericht en systematisch werken, hanteren van de huisarts-patiënt relatie, somatisch handelen en psychosociaal handelen.[21] Deze vaardigheden hebben echter vooral betrekking op de 'hier en nu'-situatie en vragen derhalve om een aanvulling met aspecten die refereren naar verleden en toekomst. In het *kader* op deze bladzijde wordt een aanzet tot uitwerking gegeven.

Niveau van de praktijkpopulatie

De continuïteit in de zorg van de huisarts dient niet alleen te worden bepaald door de hulpvraag van een individuele patiënt. Idealiter handelt de huisarts niet alleen reactief, maar neemt hij ook zelf initiatieven ter verbetering van de gezondheid van de patiënten in de gehele praktijk, zonder daarmee overigens de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt te negeren. Continuïteit in de zorg op het niveau van de praktijkpopulatie geeft meer inzicht in het 'ijsbergfenomeen' en kan zo een aangrijpingspunt voor de zo gepropageerde verschuiving van curatie naar preventie vormen.

In dit verband moeten twee activiteiten in de huisartspraktijk nader worden uitgewerkt:

- systematische opsporing van mogelijke aandoeningen en risicogroepen in de populatie (hypertensie,[24] diabetes, PKU, cervixcarcinoom, CARA, gehoorstoornissen, enz.);

Continue zorg op het niveau van het hulpverleningsproces

Voorwaarden	Verleden	Heden	Toekomst
Gericht en systematisch of planmatig werken over een reeks contacten	– ingaan op historie; – aandacht voor eerdere afspraken; – in consult voortbouwen op eerder gestelde doelen.	– globale oriëntatie, vraagverheldering; – systematische, fasegewijze opbouw consult.	– maken van een gericht werkplan voor de toekomst.
Scheppen en onderhouden van een continue relatie met patiënt en gezin	– belangstelling voor levenslijn, ontwikkeling en ervaringen van patiënten; – bespreken van problemen met eerdere adviezen of afspraken of met arts-patiënt relatie.	– openstaan voor patiënt, stimuleren van inbreng door patiënt; – begrijpelijke uitleg; – patiënt betrekken bij beslissingen.	– bespreken van haalbaarheid van adviezen en afspraken; – bespreken eigen verantwoordelijkheid, zelfzorgmogelijkheden van patiënt; – motiveren patiënt, bevorderen compliantie.
Continuïteit in somatisch handelen	– rekening houden met medische voorgeschiedenis patiënt en gezin; – signaleren van risico's verbonden aan clustering van ziekten; – signaleren van medische risico's vanuit voorgeschiedenis, familiaire aanleg, etc.; – bespreken effecten van eerder gegeven behandeling of adviezen op gezondheid; – adequaat gebruik maken van geregistreerde gegevens.	– globale indruk krijgen van klachten op dit moment; – gericht en selectief te werk gaan bij de verheldering van klachten en bij het beleid; – voorlichting over aard en oorzaken van klachten; – adequate registratie van actuele gegevens.	– signaleren van medische risico's in toekomst; – rekening houden met natuurlijk beloop, ontwikkeling van ziekte, ziekte-episoden, etc.; – maken van duidelijke afspraken over therapie of beleid op langere termijn; – medische voorlichting over beloop, prognose, (na)zorg door anderen, zelfzorg, etc.; – registratie bruikbaar maken voor toekomst: afspraken, aandachtspunten, signalen, werkplan, etc.
Continuïteit in psychosociaal handelen	– bespreken van beleving van het ziekteverloop en de behandeling in het verleden; – klachten plaatsen tegen psychosociale achtergrond: ontwikkeling, gezin, milieu (gezinsbenadering); – adequaat gebruik van geregistreerde gegevens.	– ingaan op beleving van actuele klachten; – aandacht voor psychosociale aspecten, signalen; – uitleg over aard, oorzaken en betekenis van klachten en invloed van psychosociale factoren; – beleid op twee sporen; – adequate registratie.	– rekening houden met natuurlijke beloop; – maken van concreet plan voor langere termijn; – rekening houden met ontwikkelingen in sociaal leefmilieu t.a.v. klachten of ziekte; – registratie bruikbaar maken voor toekomst: afspraken, aandachtspunten, werkplan, signalen, etc.

- systematische surveillance van risicogroepen, van patiënten met aandoeningen waarbij regelmatige controle c.q. behandeling geïndiceerd is.

Continuïteit in de zorg op dit niveau vraagt van huisartsen een systematische inventarisatie en 'monitoring' op allerlei punten van wat er in hun praktijken aan de hand is: leeftijd en geslacht van patiënten, signalering van ziekten, gebruikte medicatie, enz.

Automatisering van dergelijke gegevens wordt in dit verband een zeer nuttig hulpmiddel geacht. Belangrijk is dat huisartsen zich de vraag stellen wat zij willen bereiken met hun gehele praktijkpopulatie. De discussie hoever de huisarts dient te gaan met zijn preventieve activiteiten is nog niet afgerond, getuige bijvoorbeeld de uitkomsten van het recente NHG-lustrumcongres.

Voorwaarden voor continuïteit: praktijkvoering

Om de continuïteit in de zorg op de drie bovengenoemde niveaus te kunnen realiseren moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan die buiten de sfeer van de directe hulpverlening liggen. Onlangs is van verschillende kanten gewezen op het zeer grote belang van factoren als praktijkvoering en samenwerking in dit verband.[14 16]

Bij de uitwerking hiervan dient aandacht te worden besteed aan:

Registratiesysteem
- hanteren van leeftijds- en geslachtsregisters;
- consequent bijhouden van relevante informatie (risicofactoren, afspraken, enz.);
- systematische vastlegging van morbiditeitsgegevens;
- hanteren van registers van risicogroepen;
- snelle herkenbaarheid risicogroepen;
- gebruik van ontwikkelingen op het gebied van de data-automatisering;
- continue beschikbaarheid, ook tijdens telefoongesprekken, huisbezoek en waarneming;
- toegankelijkheid voor andere hulpverleners;
- overdraagbaarheid, uniformiteit.

Inschakeling van de praktijkassistente
- uitvoeren van opsporende en surveillerende taken;
- geven van voorlichting, bevorderen compliantie;
- planning van extra activiteiten voor continue zorg (ziekenhuisbezoek, kraambezoek, enz.);
- management van het praktijkgebeuren: actieve en controlerende rol in de praktijkvoering;
- administratief beheer.

Praktijkorganisatie
- bereikbaarheid, toegankelijkheid voor patiënten, vermijden wachttijden;
- hanteren van controle-afspraken, bewaken van nakoming hiervan, planmatige terugbestelling van risicopatiënten;
- gebruik maken van (signalerende waarde van) huisbezoek, ruimte maken voor kennismakingsbezoek, ziekenhuisbezoek, condoleance- of kraambezoek, bijpraatconsulten, enz.

Samenwerking met andere hulpverleners
- kennis van mogelijkheden van andere hulpverleners in eerste en tweede lijn;
- coördinerende rol in hulpverleningsproces als daarbij meerdere hulpverleners zijn betrokken;
- goed functionerende waarneemgroep;
- samenwerken met medische specialisten, volgen van patiënt na verwijzing of ziekenhuisopname, nazorg.

Consequenties voor praktijk, onderwijs en onderzoek

Ons model behoeft verdere uitwerking, maar kan nu al een kader bieden voor het formuleren van aandachtspunten voor de praktijk, het onderwijs en onderlinge toetsing en voor het formuleren van relevante onderzoeksvragen.

Praktijk

In de praktijk dienen zich tal van mogelijkheden aan om de continuïteit in de zorg te verbeteren. Zo kunnen verwijzingen naar specialisten, ziekenhuisopnamen, afwezigheid van de eigen huisarts tijdens de avonden, nachten, weekeinden of vakanties misschien ernstige bedreigingen vormen voor de continuïteit in de zorg.

Een goede samenwerking met de tweede lijn en een goede waarnemingsregeling met een groep huisartsen die gelijke opvattingen hebben over werkwijze, taakopvatting en omgang met patiënten, kan deze mogelijke breekpunten helpen opvangen. Toegankelijkheid van de registratie en nauwgezette terugrapportage zijn daartoe belangrijke voorwaarden.

Bij complexe problematiek kan het waardevol zijn op gezette tijden een consult of visite expliciet te wijden aan het continuïteitsaspect in de zorg ('bijpraten'). De planmatige benadering op het niveau van de praktijkpopulatie zou in de vorm van 'jaarplannen' en 'jaarverslagen' kunnen worden geëxpliciteerd.

Dit zijn slechts enkele voorbeelden. Centraal staat echter dat de huisarts op dit punt een actieve instelling moet hebben, een bereidheid om niet alleen te reageren op hulpvragen, maar ook zelf initiatieven te nemen, zowel op patiënt- als op praktijkniveau. Dit hoeft niet ten koste te gaan van het delen in de verantwoordelijkheid of van de keuzevrijheid van de patiënt, als de huisarts een open houding, een methodische aanpak en goede voorlichting aan en overleg met de patiënt combineert met initiatieven die vanuit zijn huisartsgeneeskundige deskundigheid nodig zijn.

In het huidige gezondheidszorgsysteem zijn er weinig prikkels om zo'n houding om te zetten in daden. Als er in de toekomst meer differentiatie in de honoreringsstructuur komt, zou een extra honorering – als een soort 'good practice allowance'[23] – als beloning voor een actieve benadering en meer continuïteit in de patiëntenzorg de huisarts kunnen stimuleren een en ander te realiseren.

Onderwijs

Het studentenonderwijs biedt ruimschoots gelegenheid om bij iedere patiëntbespreking of gedemonstreerd gezondheidsprobleem aan te geven hoe belangrijk voorgeschiedenis en voorkennis voor de huisarts zijn. Het denken in termen van risicofactoren, risicocategorieën, ziektebeloop en ziekte-episoden moet de arts in opleiding zich geleidelijk eigen maken. Hij moet leren gebruik te maken van het gezinssysteem als bron van informatie voor toekomstige risico's in alle arts-patiënt contacten. Aan te bevelen is studenten gedurende de opleiding een aantal patiënten of gezinnen te laten volgen en begeleiden.

In de huisartsopleiding, de nascholing en de toetsing dient de 'continue zorg' meer aandacht te krijgen. De tot nu toe gehanteerde optiek is vooral gericht op het ad hoc handelen in een omschreven consult. De nagesprekken tussen huisartsopleiders en huisartsen in opleiding lenen zich bijzonder goed voor het aandacht besteden aan voorkennis, risicofactoren, ziekteverloop en planmatig handelen. De toekomstige meerjarige opleiding biedt ook meer mogelijkheden een aantal patiënten en hun gezinnen gedurende langere tijd te volgen.

Bij toetsing kan de aandacht gericht

worden op het handelen van huisartsen in een serie consulten, op ziekte-episoden en op praktijkvoeringsaspecten. Systematische monitoring op het niveau van de praktijkpopulatie kan hierbij relevante gegevens bieden. Onder meer kan gebruik worden gemaakt van normen, die ontwikkeld worden op basis van de aandachtspunten op pagina 277.

Onderzoek

Het onderzoek in de huisartsgeneeskunde tenslotte zal een breder draagvlak moeten bieden voor het onderbouwen en implementeren van de continuïteit in de zorg. Voorbeelden van relevante onderzoeksthema's zijn:

- op ziekteniveau: het beloop van aandoeningen als hypertensie, diabetes, luchtwegaandoeningen of aandoeningen van het bewegingsapparaat. Het gaat hierbij om de ontwikkeling van een longitudinale epidemiologie;[22]
- op hulpverleningsprocesniveau: onderzoek ten behoeve van het onderbouwen van normen voor 'basisvaardigheden' in de continue zorg en het uitproberen van bruikbare toetsingsmethodieken hiervoor; met name het effect van een dergelijke continue zorg op de gezondheidstoestand en het ziektegedrag van de patiënten kan hierbij worden betrokken.
- op praktijkpopulatie- en praktijkvoeringsniveau: onderzoek naar de bruikbaarheid en implementatie van 'monitoringsystemen' en naar de rol van praktijkmanagement en inschakeling van de praktijkassistente bij langdurige behandeling.

1 Commissie Takenpakket LHV. Basistakenpakket van de huisarts. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1983.
2 Huygen FJA. NHG: Qou vadis. Huisarts Wet 1958; 2: 187-91; 1959; 3: 12-4.
3 Morrell DC. The art of general practice. Edinburgh, London: Livingstone, 1965.
4 Van Es JC. De toekomst van de huisarts in Nederland. Huisarts Wet 1963; 277-83.
5 Fransen H. De continuïteit in de huisartsgeneeskunde [Scriptie]. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1985.
6 Van den Dool CWA. Surveillance van risicogroepen: anticiperende geneeskunde. Huisarts Wet 1970; 13: 3-9.
7 Van den Dool CWA. Opsporing van chronische ziekten in de huisartspraktijk; mogelijkheden tot secundaire preventie. Huisarts Wet 1970; 13: 59-62.
8 Huygen FJA. Anticiperende geneeskunde, een nieuwe denkwijze voor de huisarts. Huisarts Wet 1971; 14: 447-51.
9 Stott N, Davis R. The exceptional potential in each primary care consultation. J R Coll Gen Pract 1979; 29: 201-5.
10 Rogers J, Curtis P. The concept and measurement of continuity in primary care. Am J Publ Health 1980; 70: 122-7.
11 Ejlertsson G, Berg S. Continuity-of-care measures: an analistic and empirical comparison. Med Care 1984; 22: 231-9.
12 Dietrich A, Marton K. Does continuous care from a physician make a difference? J Fam Pract 1984; 15: 929-37.
13 Freeman G. Continuity of care in general practice: a review and critique. Fam Practice 1984; 1: 245-52.
14 Starfield B, Simborg D, Horn S, Yourtee S. Continuity and coordination in primary care: their achievement and utility. Med Care 1976: 625-36.
15 Bogaartz WLI. Sterk gestructureerde samenwerking: noodzaak of tijdsverschijnsel. Huisarts Wet 1984; 27(suppl 8): 26-30.
16 Van Veen WA. Preventie en praktijkvoering [Redactioneel commentaar]. Huisarts Wet 1985; 28: 118-20.
17 Van Ree J, Van den Bosch W, Rutten G. Praktijkmanagement en hypertensiebeleid. Huisarts Wet 1985; 28: 133-6.
18 Van Ree JW, Van Gerven W, Van den Hoogen B. Interventie bij verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Huisarts Wet 1985; 28: 21-4, 53-8.
19 Schouwstra C. De continuïteit: 'een zorg voor de huisarts'. Huisarts Wet 1976; 19: 386-90.
20 Grol R, red. Huisarts en somatische fixatie. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983.
21 Grol R, Mesker P. Huisarts en onderlinge toetsing. Utrecht: Bunge, 1986.
22 Van Weel C. Alledaagse ziekten en een gezond verstand [Inaugurele rede]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1986.
23 Hasler J. Supporting good practice. J R Coll Gen Pract 1986; 36: 394.
24 Van Weel C. Anticiperende geneeskunde in de praktijk [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1981.

Stuikelblok

Een geïsoleerde verhoogde waarde

Mevrouw Koster, een 63-jarige vrouw die zelden de dokter nodig heeft, komt met de klacht dat ze zich zo wiebelig voelt. Het gevoel is niet nader te preciseren. Ze voelt het ook niet voortdurend, maar een paar keer per dag, gedurende enige minuten. Het is begonnen toen ze de griep had, vier weken geleden. Ik was toen bij haar, en herinner me dat ze het bij die gelegenheid heeft verteld. Ik vond het toen niet vreemd, maar nu verontrust het me wel een beetje. Ik stel nog een aantal vragen, maar er is verder niets verdachts. Ik besluit bloedonderzoek te laten verrichten met in mijn achterhoofd het idee dat er misschien ergens een tumor zit.

Een week later komt ze terug. Ik bekijk de uitslagen van het laboratorium. Alles is in orde, op twee dingen na. Het LDH (lactaat dehydrogenase) is licht verhoogd, evenals het alkalisch fosfatase. Ik zeg haar dat ik moet nakijken wat dat betekent en eventueel zal overleggen met een collega. We maken een afspraak voor de volgende week.

De week erop komt ze terug met de mededeling, dat de klachten verdwenen zijn: ze voelt zich weer kiplekker. Ik heb verzuimd na te zoeken wat de licht verhoogde waarden, als geïsoleerde bevinding, voor betekenis kunnen hebben. Dat zeg ik tegen haar. Ze vindt het niet erg, omdat ze zich nu toch weer goed voelt. Van haar hoef ik er niet meer naar te zoeken. Ik ben toch niet helemaal tevreden en maak een afspraak voor controle over een maand.

Twee weken later hoor ik van mijn associé dat ze bij hem is geweest met buikklachten. Gezien mijn aantekeningen op de kaart had hij echografie van de buik laten verrichten: hij was ook enigszins ongerust geworden. Er bleek een sterk voor Grawitz-tumor verdachte afwijking zichtbaar te zijn aan de linker nier. Hij had haar dit nieuws al meegedeeld en haar verwezen naar het ziekenhuis.

Ik ben flink geschrokken en voel me tekortgeschoten. Ik had op mijn gevoel van ongerustheid moeten varen en niet op het feit dat ze zich weer kiplekker voelde. Natuurlijk tracht ik het met mezelf op een akkoordje te gooien: eenmalig licht verhoogde waarden als geïsoleerd gegeven zeggen toch niet zoveel? Wat blijft is het gevoel dat de klinische blik, het niet-pluis idee, doorslaggevend moet zijn in dit soort situaties.