

Standaarden, patiëntgerichte benadering, stoppen met roken

Juridische aspecten standaarden

Van Wijmen & Grol komen tot de conclusie dat het gebruik van standaarden voor de huisartsen geen bedreiging oplevert in juridische zin.¹ Helemaal gerustgesteld ben ik door dit artikel niet. Toen er nog geen standaarden waren, oordeelde de (tucht)rechter in voorkomende gevallen naar datgene wat in de behandeling voor beroepsgenoten gebruikelijk was. Deze omschrijving is vaag; het lijkt me dat een rechter hiermee moeilijk uit de voeten kan, en hij zal dus vaak ad hoc deskundigen moeten raadplegen. Dezen kunnen een zodanige uitleg verstrekken dat de rechter een beter zicht op de zaak krijgt en daardoor een oordeel zou kunnen vellen. Nu echter in de standaard nauwkeurig wordt omschreven wat er in het onderhavige geval van de huisarts wordt verlangd, wordt er van de huisarts ook verwacht dat hij duidelijk kan maken waarom hij van de standaard is afgeweken. Een standaard is geen minimum en geen maximum, maar heeft toch onmiskenbaar een duidelijk normerende werking, zo stellen de schrijvers.

Ook civiele rechters kunnen hiervan gebruik maken bij claims wegens niet-optimaal medisch handelen. Naar mijn gevoel zullen ook de mogelijkheden voor verzekeraars om huisartsen aan te spreken op hun medisch handelen worden vergroot. Dat zou tevens een negatieve invloed kunnen hebben op het afsluiten van contracten voor huisartsen, wat immers in de toekomst meer in regioverband zal geschieden.

We blijven proberen elkaar met kracht van argumenten te overtuigen, maar de consequenties zullen voorlopig wel in de schoot der toekomst verborgen blijven. De tijd zal het leren.

A.C.J. Gerritsen,
huisarts te Slochteren

¹ Van Wijmen F, Grol R. Juridische aspecten van standaarden in de huisartsgeneeskunde. *Huisarts Wet* 1992; 35(6):235-9.

Naschrift

De door Gerritsen verwoorde gedachtengang bevestigt ons betoog. Rechters en anderen die tot beoordeling van het medisch handelen van huisartsen geroepen zijn, hebben tot nog toe gewerkt met open en abstracte normen en waren voor de toetsing van deskundigheid en zorgvuldigheid in concreto afhankelijk van het deskundigenoordeel van collegae. De zorg voor de kwaliteit staat er borg voor, dat het handelen, onder andere met behulp van standaarden, steeds inzichtelijker wordt.

Een naar eer en geweten handelend huisarts die de ontwikkelingen in het vak redelijk bij-

houdt, heeft naar onze mening nog steeds niets te vrezen. Als hij van de standaard afwijkt, zal hij dat ongetwijfeld goed kunnen motiveren. Een rechter zal dat respecteren. Verzekeraars zullen bij het sluiten van contracten vooral geïnteresseerd zijn in de bereidheid om overeenkomstig standaarden te werken; slechts als zou blijken dat een huisarts regelmatig ten onrechte van de standaard afwijkt, zal dat repercussies in de contractensfeer hebben.

F.C.B. van Wijmen

Paradox 1

Hofmans-Okkes et al. beschrijven in 'De paradox van de patiëntgerichte benadering' het door hen gelaakte methodisch werken onder andere op de volgende manieren:

- 'In deze visie gaat men ervan uit dat een patiënt niet altijd goed kan of wil zeggen wat hem precies dwarszit; de huisarts moet daarom niet alleen goed luisteren, maar ook actief op zoek gaan naar diepere – met name emotionele, psychologische of sociale – oorzaken of factoren.'
- 'De contactredenen die de patiënt zelf naar voren brengt, ... veeleer een metafoor (is) voor wat "eigenlijk" aan de hand is.'
- 'De opvatting dat huisartsen altijd moeten vragen naar emotionele problemen en naar de situatie thuis.'

De auteurs geven zich met verve over aan wat de Engelsen noemen: 'to set up a straw man and shoot him'. Bij deze drogreden wordt van het standpunt van de tegenpartij een karikaturale vogelverschrikker gemaakt, die vervolgens wordt neergemaaid. Dit heeft zeker enige amusementswaarde, maar is voor een wetenschappelijke discussie wellicht minder geschikt.

Peter Bügel,
coördinator Beroepsopleiding tot Huisarts,
Groningen

¹ Hofmans-Okkes IM, Lamberts H, Hofmans EA. De paradox van de patiëntgerichte benadering. *Huisarts Wet* 1992; 35: 281-6.

Paradox 2

De beschrijving die *Hofmans-Okkes et al.* geven van de patiëntgerichte benadering, klopt niet met wat men hieronder verstaat in het kader van methodisch of systematisch werken. Voorts gebruiken de schrijvers de termen 'contactredenen' en 'verhelderde hulpvraag' door elkaar. Dit leidt tot begripsverwarring, waarmee de discussie

rond de kwaliteit van consultvoering vertroebeld wordt.

Zowel in het artikel als in de dissertatie van de eerste auteur (pag. 12) wordt een omschrijving van het begrip patiëntgerichte benadering gegeven: 'Mocht een huisarts bij een patiënt vaststellen dat er geen ziekte valt te diagnostiseren, dan zal hij als hij "patiënt centered" werkt, trachten vast te stellen waarom de patiënt gekomen is, en welke psychische en/of sociale achtergronden daarbij eventueel een rol gespeeld hebben.'²

Bij veel huisartsen én bij de schrijvers bestaat misverstand over het doel van systematisch werken. De door de auteurs beschreven methode betitelen wij in de beroepsopleiding in Utrecht als 'psychosociaal vissen'. Dit rekenen wij niet tot een goede methode van consultvoering. Het doel van systematisch werken is het bevorderen van een functionele arts-patiënt relatie.³ Het belangrijkste hulpmiddel hierbij is de structurering van het consult in een aantal fasen (intake, diagnostiek, probleemformulering, beleidsplan en evaluatie), waardoor het hulpverleningsproces beter bewaakt kan worden.

De patiëntgerichte benadering komt vooral in de intake-fase tot uiting. In deze fase is het de taak van de huisarts te exploreren, wat er zich in de zogenaamde 'premedische fase' heeft afgespeeld, dat wil zeggen wat de patiënt tussen het moment van ontstaan van de klacht en het moment van betreden van de spreekkamer heeft meegemaakt, gedacht en gedaan ten aanzien van zijn klacht. In deze fase staan de ideeën en verwachtingen van de patiënt centraal. Wat de huisarts aan de orde kan stellen om hier zicht op te krijgen, staat helder beschreven in de toelichting op de UCEM, de Utrechtse Consult Evaluatie Methode.³ Het zal duidelijk zijn dat dit iets heel anders inhoudt dan een exploratie van psychische en/of sociale achtergronden. Blijkbaar is dit de auteurs ontgaan.

Uit de manier waarop in het artikel over de contactredenen en de verhelderde hulpvraag geschreven wordt,¹ blijkt dat de schrijvers deze begrippen als identiek beschouwen. In de dissertatie van de eerste auteur wordt dit op pag. 25 zelfs expliciet gesteld: 'De contactredenen is dus datgene wat de dokter ná een eventuele toelichting door de patiënt als zodanig beschouwt; het gaat om de verhelderde hulpvraag. Contactredenen zijn dus qualitate qua niet alleen afhankelijk van wat de patiënt zegt; ze worden in de loop van het gesprek mede door de dokter geconstitueerd. Hier ligt een potentieel probleem: "verhelderen" en "een diagnostische interpretatie uitproberen" kunnen in de praktijk heel dicht bij elkaar liggen.'

Bij systematisch werken wordt onder de verhelderde hulpvraag verstaan het antwoord op de

vraag: 'wat komt deze patiënt nu bij mij doen?' Als deze manier van werken methodisch juist wordt uitgevoerd, zit er in de formulering van het antwoord niets van een diagnostische interpretatie van de huisarts. Het gaat er tijdens de intake juist om wat er allemaal door het hoofd van de patiënt is gegaan en niet wat de huisarts denkt of vindt.

Veel huisartsen hebben al in een heel vroeg stadium van het consult een vermoeden over de diagnose. Dit noemen wij de vroeghypothese en wij trainen de aanstaande huisartsen erin deze pas te toetsen in de diagnostische fase en deze niet te verwarren met de hulpvraag. De essentie van de patiëntgerichte benadering is juist dat de huisarts eerst luistert naar de ideeën van de patiënt en daarna pas z'n eigen ideeën toetst. Dat is ook de essentie van onbevooroordeeld en goed luisteren: open staan voor de gedachten van de ander en even niet met de eigen gedachten bezig zijn. Weliswaar is dit voor veel huisartsen moeilijk, maar het blijkt een vaardigheid die goed is aan te leren.

De hulpvraag is dus niet hetzelfde als de klacht; de contactreden is vaak identiek aan de klacht, of soms een diagnostische interpretatie daarvan door de huisarts.

Ter verheldering hiervan laat ik twee voorbeelden volgen:

- Een 17 jarige jongen komt bij de huisarts met de klacht keelpijn. Wanneer de huisarts er nu impliciet van uitgaat dat deze jongen graag zo snel mogelijk van deze lastige klacht verlost wil worden, zal hij na anamnese en lichamelijk onderzoek de patiënt waarschijnlijk een advies en/of recept geven. Nadere exploratie van de verwachtingen van deze jongen ten aanzien van zijn huisarts levert echter op, dat hij zich bezorgd maakt dat hij de ziekte van Pfeiffer heeft. Zijn vriendin was ook al enkele keren bij haar huisarts geweest en toen ze uiteindelijk naar het lab werd gestuurd, bleek ze Pfeiffer te hebben. Zijn verzoek aan de huisarts is nu of hij een briefje voor het lab kan krijgen om zijn bloed te laten onderzoeken. Zijn hulpvraag betreft dus een briefje voor bloedonderzoek, niets meer of minder dan dat. (Wat nu de reactie van de dokter hierop verder is, doet voor de onderhavige discussie niet ter zake). Dit alles heeft dus niets te maken met psychische of sociale achtergronden maar alles met de bredere context rond de klacht, die op een patiëntgerichte manier wordt geëxploreerd.
- Een 60-jarige man komt op het spreekuur met als klacht trillende vingers sinds enige maanden. Hij vermeldt spontaan dat hijzelf denkt dat dat van spanningen zou kunnen komen, maar vraagt zich ook af of dit een eerste verschijnsel van de ziekte van Parkinson kan zijn. Bij zijn baas is deze ziekte kort geleden geconstateerd en hij is

hier erg van geschrokken. Zijn vraag aan de huisarts is of die hem eens wil onderzoeken of hij ook Parkinson heeft.

In dit geval luidt de hulpvraag dus: verzoek om lichamelijk onderzoek ter uitsluiting of bevestiging van M. Parkinson. De klacht is hier dus 'tremor manuum', de hulpvraag 'verzoek om lichamelijk onderzoek'. Het is goed voor te stellen dat de hypothese van de huisarts over wat er aan de hand is, de uiteindelijke codering van de contactreden zal beïnvloeden (bijvoorbeeld angst voor ernstige ziekte of psychosociaal bepaalde klacht of M. Parkinson of verzoek om een counsellend gesprek).

De schrijvers concluderen in hun artikel dat er aanleiding is de opvattingen en uitgangspunten waarop de opleiding tot huisarts op het punt van consultvoering berust, opnieuw te bezien. Dit lijkt mij niet juist. Het is wel waar dat veel (aanstaande) huisartsen systematisch werken opvatten als een legitimatie voor psychosociaal vissen, maar met wat extra aandacht en training is hen dit goed af te leren. Een totale revisie van opvattingen en uitgangspunten is daarvoor niet nodig.

Luc van Berkestijn,
huisarts UHI

¹ Hofmans-Okkes IM, Lamberts H, Hofmans EA. De paradox van de patiëntgerichte benadering. Huisarts Wet 1992; 35(7): 281-6.

² Hofmans-Okkes IM. Op het spreekuur. Oordelen van patiënten over huisartsconsulten. Lelystad: Meditext, 1991.

³ Pieters HM. Utrechtse consult evaluatie methode. Vaardigheden in consultvoering van huisartsen in opleiding getoetst. Lelystad: Meditext, 1991: 23,144.

Naschrift

Wij zijn het hartgrondig eens met Bügels suggestie dat het onbehoorlijk is het standpunt van een opponent niet juist weer te geven. Speciaal voor hem lichten we daarom nog een enkel punt uit ons artikel toe.

- Wij omschrijven Methodisch Werken met de volgende twee zinnen (en dus allerminst zoals Bügel weergeeft): 'Belangrijk hierin zijn een anti-autoritair benadering van het verhelderen van de hulpvraag van de patiënt, en veel aandacht voor de psychosociale componenten van de hulpvraag. Dit geheel is ingebed in een sterk gestructureerd model voor gespreksvoering'. Een juistere en redelijker beschrijving van wat Methodisch Werken altijd heeft bepleit, valt in een dergelijk kort bestek naar onze mening niet te geven. Mochten we ons vergissen, dan verneemen we dat gaarne aan de hand van citaten.

- Wij laken Methodisch Werken niet. Wat wij wél laken – en wat we ter voorkoming van misverstanden ook herhaaldelijk expliciet stellen – is de *invulling* die het 'psychosociale paradigma' gaandeweg heeft gekregen; daarbij worden psychosociaal georiënteerde richtlijnen in *elk* consult obligaat gesteld. Wij documenteren dit laatste – niet alleen met parafrases, maar ook met een aantal *letterlijke citaten*. Dat is dus iets anders dan het creëren van een 'straw man': die truc is immers per definitie strijdig met het geven van citaten.

We moeten vaststellen dat Bügel citaten van andere beroepsopleiders en zijn eigen voormalige hoogleraar afdoet als 'karikaturale vogelverschrikkers'. Ook aan deze conclusie valt een zekere amusementswaarde niet te ontzeggen.

Waartegen Van Berkestijn zich precies verzet, is ons is niet duidelijk.

Hij zegt: 'de door de auteurs beschreven methode betitelen wij in de beroepsopleiding in Utrecht als "psychosociaal vissen".' Als hij daarmee doelt op het 'psychosociale paradigma', dan zijn we het daarover eens. Wij hebben er dan ook voor gepleit (aanstaande) huisartsen niet te leren dat ze *altijd* iets moeten dat *soms* gewenst is (en soms dus niet). In dat verband hebben wij de in Utrecht gehanteerde UCEM met ere genoemd: 'De UCEM steekt op dit punt gunstig af: bij alle items kan de beoordelaar aangeven of een en ander *in relatie tot de inhoud van het consult* adequaat is uitgevoerd.' Dat neemt niet weg dat ook in de UCEM de mogelijkheid ontbreekt om gevallen waarin *te veel* wordt doorgevraagd ('psychosociaal vissen') als zodanig te scoren.

Van Berkestijn zegt verder dat bij systematisch werken bij de intake antwoord gezocht moet worden op de vraag 'wat komt deze patiënt nu bij mij doen?' Dat vinden wij ook.

Hij voegt eraan toe dat er in het antwoord op die vraag niets van een diagnostische interpretatie van de arts mag doorklinken. Dat vinden wij ook.

Dan tekent Van Berkestijn bezwaar aan tegen onze omschrijving van het begrip contactreden: 'De contactreden is dus datgene wat de dokter na een eventuele toelichting door de patiënt als zodanig beschouwt; het gaat om de verhelderde hulpvraag...'.¹ Het gaat hier echter niet om een *opvatting*, maar om een *definitie*, en wel uit de ICPC.² Binnen die definitie kan de contactreden de vorm aannemen van een klacht of symptoom (ik heb hoofdpijn, ik voel me gedeprimeerd), en/of van een ziekte (ik kom voor m'n hoge bloeddruk, mijn suikerziekte) en/of van een gerichte vraag om hulp (ik wil verwezen worden voor bloedonderzoek, ik wil een recept). Wat de contactreden in elk geval nooit kan zijn, is een diagnostische interpretatie – en dat kan volgens

Van Berkestijn nu juist wél, zoals blijkt uit de zin die voorafgaat aan zijn voorbeelden.

Het is moeilijk uit te maken of het hier zuiver om een definitiekwestie gaat of om een echt verschil van inzicht. We neigen, vooral door de twee voorbeelden die de auteur geeft, naar het eerste, met name op grond van de wijze waarop hij bij het tweede voorbeeld de mogelijkheden voor het coderen van de contactreden beschrijft. Binnen de ICPC zou de contactreden van dit consult – afhankelijk van wat de patiënt precies zegt – luiden: N06 (abnormal involuntary movements) én N27 (fear of a neurological disease) en/of N31 (request for examination). Het lijstje mogelijkheden dat Van Berkestijn presenteert, kan binnen de ICPC-terminologie alleen slaan op de *diagnose*: wat de huisarts denkt dat er aan de hand is (de huisartsgeneeskundige interpretatie). De definities waarover het hier gaat, hebben wij elders overigens al uitvoerig beschreven en toegelicht.¹⁻³

Eén ding moet ons tenslotte nog van het hart. Beide reacties gaan nauwelijks in op de kern van ons betoog, namelijk dat allerlei richtlijnen voor consultvoering niet zonder meer obliagaat zouden moeten zijn. Het is in dit verband bepaald opmerkelijk dat Van Berkestijn zelf moet vaststellen dat veel (aanstaande) huisartsen in systematisch werken een legitimatie tot 'psychosociaal vissen' zien. Het is mogelijk dat hen dit inderdaad 'met wat extra aandacht en training' goed is af te leren. Wij zouden er echter de voorkeur aan geven aanstaande huisartsen dat vissen niet eerst – bedoeld of onbedoeld – aan te leren.

I.M. Hofmans-Okkes
H. Lamberts
E.A. Hofmans

¹ Hofmans-Okkes IM. Op het spreekuur. Oordelen van patiënten over huisartsconsulten. Lelystad: Meditekst, 1991.

² Lamberts H, Wood M, eds. ICPC. International Classification of Primary Care. Oxford: Oxford University Press, 1987.

³ Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.

Stoppen met roken

Geen enkele preventieve activiteit van de huisarts kan zoveel rendement in gezondheid geven als stimuleren het roken te stoppen.

Aandachtig lezend, stuitte ik op enkele onduidelijkheden in het artikel van *Pieterse et al.*¹ Het blijkt mij niet uit de tabel dat de experimentele en de controlegroep vergelijkbaar waren; de

tabel geeft kenmerken voor de totale populatie. Verder zijn de effectiviteitscijfers van het onderzoek mij niet duidelijk:

- Hoe kan na één maand 6 procent van de controlegroep niet meer roken, aan het einde van de follow-up (twaalf maanden) 9 procent en uiteindelijk bij alle metingen maar 2 procent?
- Uiteindelijk bleek 11 procent (29 personen) van de leden van de experimentele groep bij alle metingen – dus na één, zes en twaalf maanden – niet te roken. In de volgende alinea staat echter dat ze in het voorafgaande jaar gemiddeld 31 weken niet gerookt hadden. Hoe moet ik twaalf maanden niet roken rijmen met gemiddeld 31 weken niet roken?

De resultaten van het onderzoek bij rokers 'met een tamelijk hoge motivatie' vallen mij bepaald niet mee. Als ik het goed begrijp, deed 56 procent van de 269 leden van de experimentele groep een stoppoging (148 personen). Na één maand was 28 procent (75 personen) gestopt.

Dat binnen één maand de helft alweer ging roken, is veel meer dan in de vier cursussen die wij gegeven hebben.² De slechtst scorende cursus kende na één maand 17,5 procent afvallers-rokers; de best scorende 0,5 procent! Onze opzet was wel geheel anders. Wij zijn met onze cursus ongeveer 20 avonden zoet, maar de resultaten zijn er dan ook naar. De succespercentages lagen bij de eerste drie cursussen tussen 60 en 70 procent, de cursus van 1992 scoorde 'maar' 54 procent (van de 34 deelnemers). Als we de groepen een half jaar na het einde van de cursus oproepen, blijkt 50-60 procent nog steeds gestopt te zijn.

Van de groepen '88 en '90 bleek in december 1991 nog tussen 40 en 50 procent gestopt te zijn.

Als de schrijvers een hoger percentage definitieve stoppers willen bereiken, dan leert de ervaring van onze vier cursussen dat de actievare zorg meer moet bestaan in het stimuleren van een groepsgebeuren van de stoppers, dan in bemoeienissen van de assistentes. Als bovendien elke participerende huisarts de tijd die men nu voor vervolgsconsulten wil vragen, zou gaan besteden aan begeleiding van de stoppersgroep, dan zal er veel meer bestendinging plaatsvinden van de effecten.

G.J.C.M. van Lieshout

¹ Pieterse ME, Boekema AG, Mudde AN, et al. Stoppen met roken via de huisartspraktijk. Uitvoerbaarheid en effectiviteit van een eenvoudig interventieprogramma. Huisarts Wet 1992; 35(9): 338-41.

² Van Lieshout GJCM, Boesten JNJ. Een 'stop met roken'-cursus. Huisarts Wet 1990; 33: 358-9.

Naschrift

In de tabel worden inderdaad cijfers van de totale populatie weergegeven. Waar significante verschillen optraden tussen experimentele en controlegroep, is dit gemerkt; bij de overige variabelen waren beide groepen dus vergelijkbaar. De informatie bij de tabel geeft dit inderdaad niet aan.

Over de wisselende stoppercentages in de controlegroep kan het volgende gezegd worden. De groep respondenten die na 1 maand (6 procent) gestopt was, is slechts voor een deel dezelfde als de groep ex-rokers bij de 6 maanden (6,3 procent) en de 12 maanden (9 procent) follow-up (de gegevens van de 6 maanden follow-up zijn overigens niet in het artikel vermeld). Dit blijkt wanneer de drie nametingen per respondent naast elkaar gelegd worden. Hiervoor worden de respondenten die alle nametingen geretourneerd hebben, geselecteerd (n=288). Dan blijkt dat slechts 2 procent van de controlegroep met een volledige respons op alle meetmomenten niet rookte. Dat betekent dat van de 9 procent gestopte controles na 12 maanden, 7 procent dat niet gedurende het hele jaar non-stop volhield.

Eenzelfde probleem doet zich voor bij de meting van de totale rookvrije periode van de experimentele respondenten die bij alle nametingen niet rookten (n=29). Het betreft drie momentopnamen, waartussen blijkbaar nog wel eens wat misgaat. Van deze groep hebben enkelen tussen twee van de nametingen door weer gerookt. Dit verklaart dat de gemiddelde rookvrije periode van deze groep lager is dan de verwachte 45-50 weken.

Van Lieshout berekent op grond van de gegeven percentages, dat er binnen een maand al een terugval van rond de 50 procent plaatsvindt bij de stoppers in de experimentele groep. Dit berust op een misverstand. Niet 56 procent van alle 269 experimentele respondenten deed een stoppoging, maar 56 procent van de 66 procent respondenten (n=177) die een stopafspraak met hun huisarts maakten. Dit levert het volgende beeld: 33,6 procent van alle experimentele rokers heeft in de eerste maand een stoppoging gedaan en 28 procent houdt dat vol tot het moment van de eerste nameting. Er vindt dus een onmiddellijke terugval plaats van 17 procent van alle experimentele stoppers.

Inderdaad 'scoren' Van Lieshout & Boesten goed met 40-50 procent langdurige stoppers, zeker als men bedenkt dat het vooral 'zware gevallen' betreft, die op geen andere wijze van het roken af waren gekomen. Daarbij lijkt de netto 10 procent gestopten van ons programma mager af te steken. Ons programma is echter toegesneden op de dagelijkse praktijkvoering van een door-