

Bewust in beweging

NHG-Congres – 4 december 1992 – MECC Maastricht

Als verslaggever moet je je in de eerste plaats de vraag stellen: 'Voor wie schrijf ik mijn verslag eigenlijk?'. Welnu, wat het NHG-congres betreft is dit minder duidelijk dan het lijkt. Het kan zijn voor de ongeveer 1000 bezoekers, huisartsen en fysiotherapeuten, die nog eens aangenaam herinnerd willen worden aan een plezierige, perfect verlopen dag in het onvolprezen Maastricht. Het kan ook zijn voor alle thuisblijvers, die zich bij afwezigheid van de anderen moesten wijden aan de continue zorg, waar we als huisartsen nu eenmaal voor stáán. Of het is voor een enkele geïnteresseerde beleidsbepaler, die kennis wil nemen van de visie van een vereniging die van deskundigheidsbevordering haar dogma heeft gemaakt.

Ik weet het niet en ik betwijfel, of ik elk van deze lezers gepast zal kunnen bedienen. Want ik kan niet meer doen, dan een persoonlijke impressie geven van wat een gewone huisarts is tegengekomen op deze manifestatie. Het NHG-congres is immers al jaren uitgegroeid boven een eenvoudige lezingencyclus. In parallelprogramma's kan men talrijke bijdragen op zich laten inwerken, waarbij men zich noodgedwongen moet beperken in de keuze.

Contactmedium

Het Congres profileert zich vooral als contactmedium: in de spreekwoordelijke wandelgangen treft men elkaar en discussieert men over de waarde van de bijgewoonde sessies. Als bezoeker vang je dan ook een indruk op van datgene, wat je helaas moest missen, hetgeen soms prettig, maar meestal frustrerend aanvoelt. Maar zoals Congresvoorzitter George Beusmans aankondigde: de abstracts van alle lezingen zijn bij het NHG-bureau op te vragen. Ik zou ze echter liever gewoon beschikbaar zien komen, in dit tijdschrift, of desnoods bij de uitgang van het Congres.

Het Congres 1992: een in veel opzichten perfecte gebeurtenis. Wat een opkomst, wat een indrukwekkende omgeving, wat een enthousiasme, wat een perfecte organisatie, wat een kwaliteit! De Congrescommissie (zijn er overigens geen capabele vrouwen vinden in het zuiden?) en haar medewerkers achter de schermen verdienen alle lof.

Was er nu helemaal niets aan te merken? Toch wel. Want al was het eerste congresoptreden van NHG-voorzitter Frans König van hoog gehalte en noemde hij terecht de handhaving van inschrijving op naam en het principe van de verwijzing de hoeksteen van de positie van de huisarts, waarom maakte hij geen gebruik van de gelegenheid om opnieuw de visie

van ons genootschap op deskundigheidsbevordering en -handhaving te benadrukken? We willen grensverleggend bezig zijn, maar dit kost tijd, geld en inspanning. Het is van eminent belang, dat elke beleidsmaker zich de grote waarde én de kwetsbaarheid van deze situatie realiseert.

Maar genoeg hierover, laten we ons beperken tot het Congres. Het is daarbij ondoenlijk om verslag te doen van alle aangeboden informatie. Ik volsta dan ook met een aantal opmerkingen, die zeker niet beogen te kort te doen aan de niet genoemde.

De Heert Dokterprijs krijgt volgens juryvoorzitter De Melker steeds meer het karakter van een Oscar, Grammy Award of Edison. Winnaar 1992 werd het artikel 'Het onderzoek van de fluor bij vaginale klachten in de huisartspraktijk', geschreven door J.H. Dekker, A.J.P. Boeke, M.H.J. den Hollander en J.Th.M. van Eijk.

Ziektelast

Tijdens de plenaire ochtendzitting tekende Prof. dr. J.A. Knottnerus op basis van uitgebreide studies de omvang van de ziektelast door aandoeningen van het bewegingsapparaat. De jaarlijkse sterfte aan deze aandoeningen is slechts een fractie van de sterfte aan hart- en vaatziekten (900 versus 52.350), maar het bewegingsapparaat neemt wel een derde van de totale arbeidsongeschiktheid voor zijn rekening. In vele statistieken behoren deze aandoeningen tot de top-10 van de actieve problemen en gaan ze bovendien gepaard met een hoge comorbiditeit. Knottnerus pleit voor regionale categorale zorgteams, waarin op basis van case-management voldoende aandacht aan vooral de chronische aandoeningen wordt gegarandeerd. De generalistische zorg sluit hierbij aan en kan zich profileren door een groter aantal standaarden met betrekking tot het bewegingsapparaat te ontwikkelen.

Parallelsessies

In de parallelsessies werden een groot aantal eigen onderzoeksgegevens gepresenteerd betreffende schouder-, rug- en knieproblemen.

A.C. de Jongh, R. Grol en A.N. de Wolf hielden lezingen over respectievelijk classificatie, diagnostiek en behandeling bij schouderklachten. Daarbij blijkt het probleem al te liggen bij de naamgeving. Vooral internationaal is er welhaast sprake van een Babylonische spraakverwarring. Gedetailleerd omschreven subdiagnosen van de periarthritis humerosca-

pularis blijken nog te worden gehanteerd. De NHG-Standaard 'Schouderklachten' blijkt goed hanteerbaar, maar vereist veel oefening.

A.W. Chavannes, A. Faas en N.H. Groenman gingen in op respectievelijk beleidskwesities, oefentherapie en preventie van chroniciteit bij specifieke lage rugklachten. Het natuurlijk beloop van deze rugklachten (80 procent klachtenvrij binnen vier weken) blijkt veel moeilijker gunstig te beïnvloeden dan wij (en de ons vergezellende fysiotherapeuten) dachten. De rol van de huisarts blijkt daarbij niet beter of slechter dan die van menig therapeut. Om chroniciteit te voorkomen blijkt de rol van de huisarts belangrijk: het roer mag om. Niet meer doseren op geleide van de klacht, maar een voorgeschreven schema van korte bedrust; medicatie voldoende lang en volgens voorschrift afgebouwd. Een directieve aanpak dus.

H.M. Smeets besprak de ontwikkeling van een diagnostisch en therapeutisch knieprotocol. Ook mét protocol blijven acute letsels moeilijk te diagnosticeren. Punctie bij de acuut gezwollen knie is in elk geval aan te raden. Herhaling van onderzoek na enkele dagen blijkt heel zinvol.

H. Inklaar toonde ons indrukwekkende getallen over het aantal sportletsels en de samenhangende kosten op het gebied van medische behandeling en arbeidsverzuim. Alle kosten gesaldeerd reesteerde in 1989 voor sporters toch een positief saldo van NLG 155 miljoen ten opzichte van niet-sporters.

F.W.J. Gribnau en P.A.G.M. de Smet relativerden allerlei opvattingen over medicatie en lokale applicaties. Uit de bijdrage van W. Vierhout bleek een positief effect op de patiëntencarrière van gezamenlijke consulten van huisarts en orthopedisch chirurg.

Workshops

Een vijftiental workshops en een drietal klinische presentaties boden gelegenheid kennis te nemen van een veelheid van onderwerpen en vaardigheden betreffende diagnostiek, behandeling en preventie van aandoeningen van het bewegingsapparaat. Dit herinnert me aan het feit, dat ik zelf ongeveer tien jaar geleden op een NHG-congres leerde bandageren volgens Coumans, hetgeen nog steeds zijn waarde bewijst in de dagelijkse praktijk. Over leereffecten gesproken.

Een speciale vermelding verdient de theatergroep 'Maatwerk', die er opnieuw in slaagde om praktijksituaties in de huisartspraktijk op rake wijze te typeren. Zo raak, dat je er als huisarts volledig in opgaat, je kritiek spuit en

Standaarden

vervolgens ter plekke mag demonstreren hoe het wél had gemoeten. Het is net Alice in Wonderland: we kijken in de spiegel en stappen er vervolgens dóór in een opbouwende sfeer, die mede te danken is aan de scherpe procesbewaking van de leider van de groep.

Leerpunten

Prof. dr. Theo Voorn organiseerde aan het eind van de Congresdag een sessie, waarin eerst een aantal leerpunten werd geformuleerd, zoals ze de Congrescommissie voor ogen stonden bij de uitwerking van het programma. Deze leerpunten kregen we op originele wijze bij de afsluiting mee naar huis. Ze kwamen voor het grootste gedeelte al aan de orde.

Maar wat vonden de bezoekers ervan? Op briefjes werden razendsnel de nodige opmerkingen genoteerd en verzameld. Een paar opvallende uitspraken:

- huisarts wees duidelijk en toch hoffelijk;
 - mijn moeder had toch gelijk: trek een hemd aan;
 - naarmate ik ouder word, wordt veel in het leven smaller;
 - directief zijn mag weer, hoera!
- Het is toch waarlijk te hopen, dat men nog wat meer heeft opgestoken!

Tot slot konden wij allen constateren, dat het met de Alzheimer van Sinterklaas wel is meegevallen, hoewel het optredende decorumverlies voor de toekomst het ergste doet vermoeden. Een heerlijk diner-dansant in het met een prachtig uitzicht over het verlichte Maastricht begiftigde Fort Sint Pieter besloot dit plezierige evenement.

Het Congres is geworden tot een fenomeen. En dit Congres in het bijzonder was een uitstekende opmaat tot de grootse manifestatie in de zomer van 1993: het WONCA/SIMG/NHG-congres in Den Haag. Wij rekenen erop dat u ook komt.

Jaap Haije,
huisarts te Emmen

Standaarden

De inhoud van de NHG-standaarden is in de regel onderbouwd met medisch-wetenschappelijke literatuur, waarbij bewezen werkzaamheid leidraad voor het advies is. De rechtheid in de leer gaat zelfs zo ver, dat in de NHG-Standaard Hypertensie bètablokkers en diuretica als eerste keuze worden genoemd en ACE-remmers niet, omdat weliswaar verlagings van de bloeddruk door deze middelen is aangetoond, maar niet het verlagen van morbiditeit en mortaliteit op termijn; verlagen van de bloeddruk kan immers een parallel lopende lijn zijn, zonder dat sprake is van een oorzakelijke factor.¹ Een puriteinse gedachte, maar ik kan de redenering volgen.

Maar hoe kan het, volgens dezelfde lijn gedacht, dat in de NHG-Standaard Cholesterol² voedingsadvies en advies voor cholesterolverlagende middelen worden gegeven? Dit lijkt geen standaard van het NHG. Ten eerste is nooit bewezen dat een hoog cholesterolgehalte oorzaak van een hogere sterfte is. Ten tweede is nooit bewezen dat verlagings van het cholesterolgehalte de kans op morbiditeit en mortaliteit verkleint; sterker nog, de interventiestudies wijzen erop dat de mortaliteit wordt verhoogd.

In de lijn van de NHG-standaarden, gebaseerd op bewezen werkzaamheid als leidraad voor medisch handelen, kan niet anders dan worden geconcludeerd dat behandeling van een hoog cholesterolgehalte door middel van voedingsadvies of medicament niet zinvol is. Daarmee kunnen we de hele standaard met zijn indelingen op basis van cholesterolgehalten, waaraan ook geen enkel wetenschappelijk bewijs ten grondslag ligt, van tafel vegen.

Wat mij steekt is niet zozeer de inhoud van de cholesterolconsensus, want die heeft mogelijk toch zijn waarde, maar het meten met twee maten. Enerzijds het wetenschappelijk bewijs als leidraad tot handelen, anderzijds het spontaan aanvoelen dat iets wel goed zal zijn. Deze tweespalt lijkt me ook voor de geloofwaardigheid van de NHG-standaarden niet goed en dient op zijn minst geëxpliciteerd te worden.

J.G.J.M. te Dorsthorst,
huisarts te Loosbroek

1 Van Binsbergen JJ, Grundmeyer HGLM, Van den Hoogen JPH, et al. NHG-Standaard Hypertensie. Huisarts Wet 1991; 34: 389-95.

2 Van Binsbergen JJ, Brouwer A, Van Drenth BB, et al. NHG-Standaard Cholesterol. Huisarts Wet 1992; 34: 551-7.

Naschrift

Deze reactie biedt ons de gelegenheid een aantal afwegingen die bij het maken van standaarden aan de orde komen, nog eens te expliciteren. NHG-standaarden zijn richtlijnen voor het handelen van huisartsen. Richtlijnontwikkeling in het kader van kwaliteitsbeleid voor medici vindt momenteel overal in de westerse wereld plaats. In Nederland zijn NHG-standaarden en consensusrichtlijnen van het Centraal Begeleidings Orgaan voor de intercollegiale toetsing (CBO) de bekendste voorbeelden. Een gemeenschappelijk kenmerk van medische richtlijnen is, dat ze gebaseerd zijn op een combinatie van argumenten, wetenschappelijke en 'niet-wetenschappelijke'. De 'niet-wetenschappelijke' zijn ingegeven door:

- conventies (het op een gegeven moment gangbare beleid);
- consensusuitspraken over zaken waarover geen wetenschappelijk onderzoek voorhanden is;
- gezondheidspolitieke opvattingen;
- ethische overwegingen.

Voorbeelden van de laatste twee categorieën zijn:

- 'in dubio abstine';
- voorkeur voor behandelen in de eerstelijns gezondheidszorg bij gelijkwaardigheid van kwaliteit;
- verweer tegen overmatige benadrukking van onderdelen van de zorg door belangengroepen.

De menging van wetenschappelijke en 'niet-wetenschappelijke' argumenten valt bij verschillende typen richtlijnen nogal eens verschillend uit, afhankelijk van de instantie die ze heeft gemaakt en de doelgroep waarvoor ze zijn ontworpen. Voorbeelden daarvan zijn de NHG-Standaarden en CBO-consensusrichtlijnen over de onderwerpen hypertensie en cholesterol.¹ Het is dit verschil in menging dat Te Dorsthorst in het verkeerde keelgat is geschoten en waarvoor hij – terecht – opheldering vraagt.

Bij 'hypertensie' kon de keuze van de medicatie wetenschappelijk worden gefundeerd, doordat er bewijsmateriaal voorhanden was. Een dergelijke fundering heeft bij het standaardbeleid altijd de voorkeur boven argumenten van niet-wetenschappelijke aard. Bij 'cholesterol' ligt die bewijsvoering op dit moment anders. Aan de eerder gemelde positieve effecten van cholesterolverlagings bij mensen die niet lijden aan de familiale vorm van hypercholesterolemie, wordt getwijfeld op grond van nieuw onderzoek² en nadere beschouwingen over ouder onderzoek.^{3,4} Bij het uitkomen van de standaard was dat niet bekend. Toen werd