

Samenwerking tussen huisarts en specialist bij Cara

Een literatuuronderzoek

D. WILLEMS
C.L.M. APPELMAN

Willems D, Appelman CLM. Samenwerking tussen huisarts en specialist bij Cara. Een literatuuronderzoek. *Huisarts Wet* 1994; 37(1): 25-9.

Samenvatting Met behulp van een Medline-search en aanvullende zoekprocedures is gezocht naar onderzoekspublikaties over de samenwerking tussen huisarts en specialist bij Cara. Het aantal gevonden publikaties over 1983-1993 was gering, en er vielen weinig harde conclusies te trekken. De mogelijkheden voor de huisarts om de diagnostiek te verfijnen, nemen toe door samenwerking met de specialist (longfunctiemeting en bepaling van de bronchiale hyperreactiviteit). Een geprotocolleerde, gezamenlijke behandeling door huisarts en specialist van ernstige Cara-patiënten leidt volgens de huisartsen tot een betere behandeling, terwijl de longartsen van mening zijn dat de samenwerking met de huisarts verbetert. Consultatiebijeenvakkomsten van huisartsen en specialist, en medebehandeling blijken zinvolle aanvullingen op de bestaande samenwerkingsvormen. De toepassing van het thuiszorgconcept, vooral bij ernstige emfyseempatiënten, beïnvloedt in gunstige zin de ernst van de ziekte en de kwaliteit van het leven van de patiënt.

D. Willems, huisarts, Wijkgezondheidscentrum Bovenmaat, Wadden 34, 1274 GK Huizen. Dr. C.L.M. Appelman, huisarts te Utrecht.
Correspondentie: D. Willems.

Inleiding

Het grootste deel van de Cara-patiënten staat onder behandeling van de huisarts. Schattingen omtrent het aantal verwezen patiënten variëren van 5 tot 10 procent,^{1,2} en van de verwezen patiënten blijft ongeveer tweederde onder specialistische behandeling. Bij de helft van de contacten met specialisten gaat het om longartsen, bij een kwart om kinderartsen. Specialistische hulp wordt vooral ingeroepen bij volwassenen in de leeftijdsgroep van 45-64 jaar en bij kinderen.³ Longartsen besteden het grootste deel van hun tijd aan mensen met Cara, en naar schatting 10 procent van de kosten voor huisartsenhulp wordt uitgegeven aan Cara.⁴ In een Brits onderzoek naar verwijscijfers voor kinderen bleek astma de meest voorkomende reden om de kinderarts te bezoeken.⁵

Over de noodzaak van een goede samenwerking tussen specialisten en huisartsen behoeft dus geen twijfel te bestaan. Bovendien is de overheid voorstander van substitutie van zorg van specialist naar huisarts en van ziekenhuis naar thuis situatie, met behoud van de huidige kwaliteit. In het 'zorg op maat'-concept staat de patiënt niet langer onder behandeling van óf de eerste óf de tweede lijn, maar ontvangt hij zorg van de deskundige die op dat moment het meest effectief en efficiënt aan de vraag kan voldoen. In de woorden van *Lamberts*: 'De relatie tussen huisarts en specialist is dus in beginsel complementair en wordt in geen geval gekenmerkt door competitie.'⁶

De samenwerking tussen huisarts en specialist rond mensen met Cara kan, zo blijkt uit de (schaarse) literatuur,^{3,7} verbeterd worden. Vaak gesignaleerde knelpunten zijn (vanuit de huisarts gezien) de neiging van de specialist om patiënten langer in behandeling te houden dan noodzakelijk is, en het feit dat de specialist vaak moeilijk bereikbaar is voor overleg; veel gehoorde kritiek is de veronderstelde neiging van de specialist tot overdiagnostiek en/of overbehandeling. Omgekeerd hebben specialisten weinig vertrouwen in de competentie van de huisarts en andere hulpverleners in de eerstelijnszorg, onder

andere omdat huisartsen vaak te laat zouden verwijzen (pas wanneer er al irreversibele veranderingen zijn). Specialisten klagen vooral over het gebrek aan controlebeleid bij de huisarts; ze hebben het gevoel dat terugverwezen patiënten te vaak aan hun lot worden overgelaten. Volgens specialisten laat ook de bereikbaarheid van de huisarts te wensen over.

In de NHG-Standaarden Cara bij Volwassenen: Diagnostiek en Astma bij Kinderen worden wel verwijzredenen, maar geen aanknopingspunten voor samenwerking gegeven.⁸⁻¹⁰ Dit was de reden om een literatuuronderzoek te ondernemen, met de volgende vraagstellingen:

- Welke vormen van samenwerking tussen huisartsen en specialisten in de zorg voor mensen met Cara kunnen worden onderscheiden naar doel en tijdsduur, en wat is er bekend over de effecten van deze vormen van samenwerking?
- Wat is er bekend over strategieën om tot een vruchtbare samenwerkingsrelatie te komen?

Literatuur

Voor het onderzoek is een Medline-zoekprocedure uitgevoerd over de jaren 1983-1993. Een probleem hierbij is het gebrek aan overeenstemming over de terminologie; in Nederland is de afkorting Cara gangbaar als aanduiding voor een groep ziektebeelden die in de rest van de wereld met een groot aantal onderscheiden termen worden benoemd.¹¹ In eerste instantie is gezocht met de trefwoorden 'asthma', 'COPD', 'chronic bronchitis' en 'emphysema'.¹² Nadat was gebleken dat 'chronic bronchitis' en 'emphysema' geen nieuwe referenties opleverden, is verder gezocht met alleen de trefwoorden 'asthma' en 'COPD': deze werden achtereenvolgens gecombineerd met twee sleuteltermen voor het begrip samenwerking, 'referral' en 'cooperation', en met de term 'home care'. Vervolgens zijn de literatuurlijsten van de opgespoorde Nederlandstalige artikelen gescreend op relevante artikelen. Tenslotte zijn enkele verslagen van samenwerkingsexperimenten opgevraagd bij de uitvoerende instanties of personen.

De term 'cooperation' bleek slechts publikaties over 'patient cooperation' op te leveren, hetgeen buiten de vraagstelling van dit artikel valt. 'Referral' bleek de vruchtbaarste zoekterm: 42 publikaties over 10 jaar, waarvan echter 31 bleken te gaan over verwijzing van specialist naar sub-specialist; slechts 11 artikelen bespraken geheel of gedeeltelijk het verwijspatroon van huisarts naar specialist. De term 'home care' leverde 30 publikaties op, waarvan er 26 werden uitgesloten, omdat ze handelden over technische kwesties rond het gebruik van zuurstof thuis, en niet over samenwerking.

Diagnostische verwijzingen

Als een patiënt zich herhaaldelijk met luchtwegklachten op het spreekuur meldt, is de huisarts in beginsel in staat vast te stellen of het om Cara gaat. Volgens de standaarden kan de aanvullende diagnostiek bij (vermoeden op) Cara vrijwel geheel door de huisarts worden verricht; allergie-onderzoek en piekstroommeting behoren tot zijn diagnostisch arsenaal.

Anders ligt het voor uitgebreidere vormen van longfunctie-onderzoek. Voor spirometrie en meting van bronchiale hyperreactiviteit – volgens de Standaard Diagnostiek geïndiceerd bij een discrepantie tussen klachten en onderzoeksbevindingen – is meestal een verwijzing naar de kinder- of longarts noodzakelijk. Hoewel het bepaald niet onmogelijk is om functie-onderzoek in de huisartspraktijk zelf uit te voeren,¹³ beschikt slechts een klein aantal huisartsen over de benodigde apparatuur en vaardigheid. De standaard kiest dan ook voor een andere mogelijkheid om longfunctie-onderzoek voor de huisarts toegankelijk te maken: 'Het is wenselijk dat iedere huisarts de mogelijkheid heeft longfunctie-onderzoek door een longfunctielaboratorium te laten verrichten, zonder verwijzing naar de specialist'.

Al voor het uitkomen van de standaarden waren huisartsen en specialisten doende hierover afspraken te maken en die te evalueren. In het Universitair Longcentrum Dekkerswald, Nijmegen, bestaat sinds 1987 de mogelijkheid voor huisart-

sen om longfunctie-onderzoek aan te vragen zonder dat daarvoor een verwijzing noodzakelijk is; contact tussen longarts en patiënt vindt niet plaats en er wordt geen behandelingsadvies gegeven.¹⁴ Op de longfunctie-afdeling van de kliniek voor longziekten in het Academisch Medisch Centrum van de Universiteit van Amsterdam bestaat sinds 1989 een soortgelijk project met de huisartspraktijken rond het ziekenhuis. In beide projecten worden de resultaten van het functie-onderzoek voorzien van een interpretatie door de longarts. Deze vorm is het best te vergelijken met bijvoorbeeld het aanvragen van gastroscopie¹⁵ of röntgendiagnostiek door de huisarts. In het Rotterdamse huisartsenlaboratorium bestaat de afspraak, dat de resultaten van longfunctie-onderzoek *zonder* interpretatie door de specialist aan de huisarts worden toegezonden, zoals dat gebruikelijk is met laboratoriumuitslagen en met ECG's.

In sommige gevallen is er reden om te verwijzen, omdat de anamnese onvoldoende duidelijk is en het onderzoek van de huisarts te weinig grond geeft voor de diagnose. De NHG-Standaarden 'Cara bij volwassenen' en 'Astma bij kinderen' noemen als verwijfsredenen in de diagnostische fase (verkort weergegeven):

- te kort schietende diagnostische mogelijkheden (bij kinderen vooral onder de 6 maanden);
- complicerende afwijkingen (coronairlijden, cor pulmonale, polyglobulie, respiratoire insufficiëntie).

In de Engelstalige literatuur worden op het gebied van de diagnostiek voorts de volgende verwijfsredenen genoemd: longfunctie- en allergie-onderzoek bij patiënten met ernstige klachten,¹⁶ patiënten met atypische klachten, patiënten met mogelijk arbeidsgebonden klachten,¹⁷ patiënten met een onverklaarbare chronische hoest en rokers met obstructieve klachten.¹⁸

In Groot-Brittannië en in Nieuw-Zeeland is onderzoek verricht naar effecten van verschillende verwijfspatronen. In één van de onderzoeken was de vraag of de toename van het aantal ziekenhuisopnamen van kinderen met astma (tussen 1978 en 1985 een toename van 186 procent in

de groep 0-4-jarigen, en van 56 procent in de groep 5-14-jarigen) te wijten kon zijn aan een gewijzigd verwijfsbeleid. Dit bleek niet aantoonbaar.¹⁹ In een ander onderzoek werd getracht een samenhang aan te tonen tussen verwijfspercentages in Engeland en Nieuw-Zeeland en het verschil in ziekenhuisopnamen en in mortaliteit bij kinderen met astma tussen beide landen. Geconstateerd werd dat Nieuw-Zeeland een hoger aantal ziekenhuisopnamen en een hogere mortaliteit had, en daarbij een geringere neiging van huisartsen om kinderen te verwijzen. Ook in dit onderzoek was geen oorzakelijk verband aantoonbaar. Interessant in dit onderzoek was een enquête onder 400 huisartsen om hun mening over verwijzing en samenwerking te peilen. Hoewel er grote verschillen tussen de redenen van verwijzing bestonden, was er een even grote eensgezindheid in de opvattingen over de controle ná verwijzing: minder dan 10 procent van de huisartsen vond dat de controle van kinderen met ernstig astma geheel door de specialist diende te gebeuren. De overige 90 procent was voorstander van een vorm van gezamenlijke controle.²⁰

Therapeutische verwijzingen

Volgens de standaarden is het doel van de behandeling dat de patiënt klachtenvrij wordt en de longfunctie verbetert tot een acceptabel niveau. Indien dat niet lukt, zal de hulp van de specialist moeten worden ingeroepen. De standaarden noemen als verwijfsredenen:

- Bij de behandeling van volwassenen:
 - bij maximale therapie geen optimaal resultaat;
 - indicatie voor onderhoudstherapie orale corticosteroïden of zuurstofsuppletie;
 - voortdurend maximale inhalatiecorticosteroïden nodig;
 - acute ernstige therapieresistente dyspnoe.
- Bij de behandeling van kinderen:
 - te kort schieten van therapeutische mogelijkheden bij exacerbaties;
 - te kort schieten van zorgmogelijkheden thuis.

Op deze indicaties is van specialistische zijde commentaar gekomen: op zijn minst zouden Cara-patiënten eenmalig moeten worden gezien door de longarts voor een 'inkaarting'; daarbij zijn vooral het onderzoek van de bronchiale hyperreactiviteit en het uitsluiten van andere pathologie van belang.²¹ Volgens deze auteur gaan de standaarden voorbij aan de noodzaak van een goede samenwerking tussen eerste en tweede lijn. De auteurs van de twee standaarden Cara bij Volwassenen zijn het hiermee niet eens; zij baseren zich op het grote aantal te verwachten fout-positieve uitslagen, wanneer bij iedere patiënt uittuttend onderzoek zou worden gedaan naar andere pathologie dan Cara; het huisartsgeneeskundig onderzoek is volgens hen afgestemd op de huisartsgeneeskundige epidemiologie.²² In de standaarden is gekozen voor welomschreven *problemen* bij de behandeling van Cara – los van de ernst van de ziekte – als reden voor verwijzing naar de specialist.

Een andere benadering van het verwijzen is gekozen door huisartsen en longartsen in Eindhoven en in 's-Gravenhage: zij pleiten ervoor om de *ernst* van de Cara – uitgedrukt in leeftijd, frequentie van klachten en mate van longfunctieverlies – te nemen als criterium.^{23,24} Daarbij worden drie (of vier) graden van ernst gehanteerd: patiënten met ernstige Cara (graad III) worden vrijwel steeds door de specialist behandeld en gecontroleerd; de midden-groep (graad II) wordt meestal afwisselend door huisarts en specialist gezien, en de patiënten met lichte Cara (graad I) worden geheel door de huisarts behandeld.

Soortgelijke afspraken zijn gemaakt en geëvalueerd in een project van 20 huisartsen en 5 specialisten (long- en kinderartsen) in Deventer.^{25,26} Volgens een protocol voor verwijzing en terugverwijzing worden patiënten met – volgens de huisarts – meer dan licht astma voor evaluatie verwezen; bij het bestaan van COPD of ernstig astma wordt de patiënt vervolgens door huisarts en specialist gezamenlijk behandeld. De belangrijkste conclusies uit de evaluatie luiden dat de huisartsen menen Cara beter te behandelen dan voorheen, en dat de longartsen de samenwer-

king met de huisartsen verbeterd achten. Als onderdeel van dit project werd aan patiënten gevraagd bij wie zij het liefst onder controle zouden zijn: de helft van de patiënten (n=63) die alleen door de huisarts gecontroleerd werden, zouden het liefst (ook) bij een specialist komen; andersom gold echter hetzelfde (n=57).

Consultatie

Consultatie van een specialist kan op verschillende manieren gebeuren. Bij een duidelijke vraag die door de specialist kan worden beantwoord zonder dat hij de patiënt ziet, is een eenmalige telefonische consultatie voldoende. Soms kan niet met consultatie worden volstaan, maar is het nodig of gewenst dat de specialist zelf contact heeft met de patiënt.

Bij een eenmalig consult kan het gaan om het uitsluiten van andere dan obstructieve longafwijkingen, of om de vraag of een door de huisarts ingestelde behandeling optimaal is. In zo'n geval zal de huisarts in de verwijfsbrief duidelijk moeten aangeven dat het hier om een eenmalig consult gaat. Het is raadzaam dit ook met de patiënt te bespreken. Duidelijke afspraken en inzicht in elkaars mogelijkheden zijn noodzakelijk voor het slagen van een dergelijke vorm van samenwerking. Een goede persoonlijke relatie tussen huisarts en specialist kan hierbij van belang zijn. 'Nadat een karakterisering van het ziektebeeld en een behandelingsstrategie zijn vastgesteld, kan voor de uitvoering vaak naar de eerstelijns gezondheidszorg worden terugverwezen, mits deze hiervoor voldoende aandacht heeft',²⁷ zo betoogde een drietal specialisten in 1983. In een Amsterdams zorgprotocol voor volwassenen met Cara is de specialist een dergelijke consultatieve functie toebedeeld.¹³

Een interessante mogelijkheid die zou kunnen bijdragen aan de verbetering van de samenwerking tussen huisartsen en specialisten, is de *consultatiebijeenkomst*. Aan de Vrije Universiteit is in 1985 begonnen met een consultatieproject rond kinderen met luchtwegproblemen, waarvan in 1989 verslag werd gedaan. Consultatiegroepen, bestaande uit vier tot zes

huisartsen en één of twee specialisten, bespraken in maandelijkse bijeenkomsten gedurende één à twee uur met kinderarts of KNO-arts hun problemen bij de behandeling van kinderen met luchtwegaandoeningen. Andersom, zij het minder frequent, werd door de specialist ook consultatie gevraagd aan de huisartsen. Per bijeenkomst kwamen drie patiënten aan de orde. De meest voorkomende redenen voor consultatie waren:

- herhaalde ernstige benauwdheden bij jonge kinderen;
- slecht gecoördineerde zorg bij kinderen met hoge consumptie, maar zonder ernstige klachten;
- kinderen met Cara die (nog) niet onder behandeling waren.

De uitkomsten van deze vorm van samenwerking moeten met enige reserve worden bekeken, aangezien ze werden gemeten in interviews met de deelnemers. De gerapporteerde effecten bleken vooral te liggen op het gebied van de afspraken over taakverdeling en inhoud van de zorg. De feitelijke uitvoering van de gemaakte afspraken bleek nog weleens een knelpunt.²⁸

Langdurige samenwerking

In de standaarden wordt niet over langdurige samenwerking rond Cara-patiënten gesproken, terwijl 60 procent van de verwezen patiënten onder specialistische behandeling blijft.² Hoewel hierover geen onderzoek bestaat, wordt er in de reeds geciteerde voorstellen uit Eindhoven, 's-Gravenhage en Deventer van uitgegaan, dat in sommige gevallen wel langdurige bemoeienis van de specialist gewenst is. Het gaat daarbij om moeilijk optimaal in te stellen patiënten of patiënten die bij voortduring maximale therapie nodig hebben. Ook behandeling met langwerkende β -mimetica (salmeterol en formoterol) zal vooralsnog in samenwerking met de specialist gebeuren.

Te vaak betekent een verwijzing in zulke gevallen overname van de behandeling door de specialist: exit huisarts. Dat dit niet nodig is, laten de protocollen uit Eindhoven en Deventer zien: daarin wordt voorgesteld om patiënten uit de midden-

groep (graad II) deels door de specialist en deels door de huisarts te laten controleren.²⁵ Dit komt neer op *medebehandeling*, een vorm van samenwerking die gangbaar is tussen tweede- en derdelijns-specialisten, maar tussen huisartsen en specialisten nog niet. Waarschijnlijk zijn zulke afspraken vooral nuttig bij ernstige Cara-patiënten. Essentieel voor gezamenlijke behandeling is een goede communicatie: beide behandelaars zouden bij ieder consult op de hoogte moeten zijn van de bevindingen en eventuele beleidswijzigingen van de ander. Dit vraagt van de huisarts meer dan een eenmalige verwijfsbrief, en van de specialist meer dan een jaarlijkse rapportage.

Thuiszorg

Intensieve begeleiding kan nodig zijn voor mensen met ernstig emfyseem. Eén van de belangrijkste ontwikkelingen in de zorg voor deze patiënten is dat zuurstoftoediening thuis steeds hanteerbaarder is geworden.²⁹ In de literatuur wordt melding gemaakt van enkele evaluaties van thuiszorgprojecten. De meeste van deze projecten zijn georganiseerd vanuit het ziekenhuis, waarbij de medische 'poot' van de thuiszorg in handen blijft van de longspecialist.

In het project 'Respi-Care' in Norwalk, VS, geldt dat ook voor de verpleegkundige zorg. Patiënten worden wekelijks bezocht door de verpleegkundige en eens per twee weken door de fysiotherapeut en een maatschappelijk werkende. Voorts is het binnen het programma mogelijk andere disciplines in te schakelen, zoals een diëtiste en een ergotherapeut. Na drie jaar is het project geëvalueerd, waarbij het aantal ziekenhuisopnamen en bezoeken aan de eerste hulp, de duur daarvan, de gebruikte extra thuiszorgvoorzieningen en de kosten golden als *outcome*-variabelen. Hoewel enig voorbehoud op zijn plaats is, wijzen de resultaten in de richting van een verlaging op al deze punten.³⁰

Zowel in het Noorden als in het Zuiden van ons land vinden op dit moment experimenten plaats met thuiszorg voor ernstige emfyseempatiënten. Bij beide experimenten gaat het vooral om de organisatie

van de verpleegkundige thuiszorg, als alternatief voor een benadering waarbij die zorg vanuit het ziekenhuis wordt geregeld. In Groningen wordt getracht, in samenwerking met drie astmacentra, de thuiszorg rond genvalideerde patiënten zodanig te structureren, dat het aantal complicaties en ziekenhuisopnamen vermindert, terwijl de kwaliteit van leven van zowel de patiënt als diens huisgenoten verbetert. Elementen van dit thuiszorgprogramma zijn de aanwezigheid en het gebruik van de noodzakelijke technische hulpmiddelen, het opzetten van een reactiveringsprogramma en het bewaken van de gezondheidstoestand van de patiënt om snel ingrijpen bij dreigende exacerbaties mogelijk te maken.³¹

Een longrevalidatieprogramma dat werd geïnitieerd vanuit het ziekenhuis Beatrixoord, en uitgevoerd door huisarts, fysiotherapeut en verpleegkundige, leek een gunstig effect te sorteren op de inspanningstolerantie van dertig COPD-patiënten.³²

Het astmacentrum Hornerheide in Limburg heeft in samenwerking met de regionale Kruisvereniging een project opgezet, waarin wordt onderzocht wat het effect is (in termen van kwaliteit van de zorg en toestand van de patiënten) van het inzetten van gespecialiseerde Cara-verpleegkundigen in de zorg voor mensen met ernstig emfyseem, die na een revalidatiebehandeling in het astmacentrum naar huis mogen. Resultaten van dit onderzoek zijn nog niet beschikbaar.³³

Zowel in het Amerikaanse project als in twee van de genoemde Nederlandse projecten is geen duidelijke rol voor de huisarts geformuleerd; de medische functie in deze projecten wordt steeds door de specialist vervuld. Vanuit economisch perspectief is gesuggereerd dat thuiszorg vanuit het ziekenhuis meer kosten-effectief zou zijn dan vanuit de eerstelijnszorg.³⁴ Daarbij moet worden opgemerkt dat economische studies vooral verricht zijn in de VS, waar de eerstelijnszorg anders gestructureerd is dan in Nederland.

Beschouwing

De conclusie uit dit literatuuronderzoek moet zijn – zoals immer – dat er nog veel onderzoek gedaan moet worden. Wij willen enkele terreinen noemen.

- Er is opvallend weinig bekend over de redenen waarom huisartsen mensen met Cara verwijzen; in ieder geval lijkt een eenduidige relatie met de ernst van de aandoening te ontbreken.
- Ook over de strategieën om een verbeterde samenwerking vorm te geven, en over de voordelen van intensieve samenwerking tussen huisarts en longarts/kinderarts is nog weinig bekend.
- Het lijkt niet denkbeeldig dat ook in ons land de thuiszorg voor ernstige Cara-patiënten vanuit het ziekenhuis georganiseerd zal worden, zonder dat is aangetoond dat dit werkelijk de beste vorm is. Het is daarom van belang onderzoek te doen naar de mogelijkheden van de thuiszorg, zoals wij die kennen (dus met een belangrijke rol voor de huisarts).

Verder onderzoek is dus noodzakelijk, maar daar kan niet op gewacht worden bij het organiseren van de samenwerking. Daarom ook enkele aanbevelingen en suggesties met betrekking tot het organiseren en instandhouden van samenwerking rond mensen met Cara.

- Teneinde de kwaliteit van de zorg voor Cara-patiënten te waarborgen, is voortdurende bijstelling van kennis en vaardigheid van de behandelaar een vereiste. Hiervoor zijn een continue relatie tussen huisarts en specialist, en een goede wederzijdse bereikbaarheid van belang. Het verdient aanbeveling hierover op lokaal niveau afspraken te maken.³⁵
- Alleen wanneer huisartsen(groepen) zichtbaar (ook voor patiënten) over voldoende expertise beschikken, zal het mogelijk zijn afspraken te maken met specialisten over longfunctie-onderzoek en over consultatie en/of gezamenlijke behandeling. Eén van de mogelijkheden om dit te realiseren, is dat één van de huisartsen in een groep zich specifiek met deze materie bezighoudt en als consulent kan fungeren.
- Een goede mogelijkheid om tot zo'n

samenwerking te komen, lijkt het – op bescheiden schaal – organiseren van consultatiebijeenkomsten. Een nadeel is de benodigde tijdsinvestering, zeker omdat Cara niet het enige ziektebeeld is dat voor deze benadering in aanmerking komt.

Het is niet mogelijk ten behoeve van behandelingsprotocollen in algemene zin een voorkeur uit te spreken voor hetzij de ernst van de Cara (Eindhoven/Deventer), hetzij de ondervonden problemen bij diagnostiek of behandeling (NHG-standaarden) als reden voor samenwerking met de specialist. Verwijzing op grond van ernst heeft het voordeel dat de afspraken helder en ondubbelzinnig kunnen zijn, maar het nadeel dat ook de matige tot ernstige patiënten die probleemloos door de huisarts behandeld kunnen worden, naar de specialist moeten worden verwezen. Verwijzing op grond van problemen lijkt logischer, maar heeft het nadeel dat de verwijzindicaties zelden volledig zullen zijn (men kan niet alle denkbare problemen in een protocol opnemen) en verschillende interpretaties toelaten.

Uitgaande van een indeling naar ernst (de meest gangbare schalen gaan van licht via matig tot ernstig), zal men meestal kunnen overeenkomen dat de lichte Cara-patiënten geheel onder de hoede van de huisarts blijven en dat bij patiënten met een ernstig ziektebeeld gezamenlijke behandeling aangewezen is, waarbij de specialist een zwaardere rol heeft. Bij mensen met matige Cara zou de samenwerking in de vorm van consultatie kunnen plaatsvinden. Hoe deze afspraken er precies uit komen te zien, is afhankelijk van de lokale situatie. Daarbij spelen de wensen van patiënten vanzelfsprekend een belangrijke rol.

Dankbetuiging

De auteurs van dit artikel zijn in het kader van het SGO-programma 'Kadertraining huisartsen' gedurende een half jaar tot een jaar naast hun functioneren als huisarts werkzaam geweest op verschillende poliklinieken voor longziekten bij volwassenen en kinderen. Zij hebben op deze manier goed zicht gekregen op

de samenwerking tussen huisarts en specialist.³⁶

Met dank aan Dr. A. Bohnen en Prof. dr. H.F.M.J. Crebolder voor hun commentaar op een eerdere versie van deze tekst.

Literatuur

- 1 Littlejohns P, Ebrahim S, Anderson R. Treatment of adult asthma: is the diagnosis relevant? *Thorax* 1989; 44: 797-802.
- 2 Van Schayk CP. Treatment of asthma and chronic bronchitis in patients from general practice [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1990.
- 3 Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Chronische ziekten in het jaar 2005. Deel 2: Scenario's over Cara 1990-2005. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum, 1990.
- 4 Schadé E, Sluiter HJ. Cara tussen huisarts en specialist – het is tijd voor overleg. *Med Contact* 1990; 45: 1289-91.
- 5 MacFaul R, Long R. Paediatric outpatient utilisation in a district general hospital. *Arch Dis Child* 1992; 67: 1068-72.
- 6 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Lelystad: Meditekst, 1991: 212.
- 7 Anoniem. Beleidsnota Extramurale CARA-zorg. Leusden: Nederlands Astma Fonds, 1990.
- 8 Bottema BJAM, Fabels EJ, Van Grunsven PM, et al. NHG-Standaard Cara bij Volwassenen: Diagnostiek. *Huisarts Wet* 1992; 35: 430-6.
- 9 Van der Waart MAC, Dekker FW, Nijhoff S, et al. NHG-Standaard Cara bij Volwassenen: Behandeling. *Huisarts Wet* 1992; 35: 437-43.
- 10 Dirksen WJ, Geyer RMM, De Haan M, et al. NHG-standaard Astma bij Kinderen. *Huisarts Wet* 1992; 35: 355-62.
- 11 Willems D. Namen voor een ziekte. *Gezondheid* 1993; 1(2): 11-8.
- 12 Pride NB, Vermeire P, Allegra L. Diagnostic labels applied to model case histories of chronic airflow obstruction. Response to a questionnaire in 11 North American and Western European countries. *Eur Resp J* 1989; 2: 702-9.
- 13 Van Hensbergen W, De Haan M, Van Eijk J. Gedeelde zorg voor volwassen CARA-patiënten. *Med Contact* 1993; 48: 752-3.
- 14 Smits MPF, Van Haren FMP, Folgering HThM. Het aanvragen van longfunctieonderzoek in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1992; 35: 209-11.
- 15 Numans ME, De Melker RA. Gastroscopie

op verzoek van de huisarts. *Huisarts Wet* 1990; 33: 174-8.

- 16 US Department of Health and Human Services. Guidelines for the diagnosis and management of asthma. Bethesda, Md: National Asthma Education Program, 1991.
 - 17 Bucknall CE. Who needs referral to the hospital asthma specialist? *Respir Med* 1991; 85: 453-5.
 - 18 Anonymous. Guidelines for management of asthma in adults: I. Chronic persistent asthma. *Br Med J* 1990; 301: 651-3.
 - 19 Anderson HR. Increase in hospital admissions for childhood asthma: trends in referral, severity, and readmissions from 1970 to 1985 in a health region of the United Kingdom. *Thorax* 1989; 44: 614-9.
 - 20 Mitchell EA, Anderson HR, Freeling P, White PT. Why are hospital admission and mortality rates for childhood asthma higher in New Zealand than in the United Kingdom? *Thorax* 1990; 45: 176-82.
 - 21 Jansveld CAF. Cara-standaarden [Ingezonden]. *Huisarts Wet* 1993; 36: 113.
 - 22 Van Hensbergen W, Rosmalen CFH. Naschrift [Ingezonden]. *Huisarts Wet* 1993; 36: 113.
 - 23 Schipper RM. CARA in kaart – samenwerkingsproject van huisartsen en longartsen in Eindhoven. *Med Contact* 1988; 43: 1347-9.
 - 24 Roldaan AC, Spelt IC. Huisarts, longarts en patiënten met astma. *Med Contact* 1993; 48: 997-9.
 - 25 Wesseling M. Protocollaire samenwerking huisarts-longarts/kinderarts CARA. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1992.
 - 26 Wijnands WJA, Voorhoeve A, Wesseling MF, et al. Protocollaire samenwerking bij CARA. *Med Contact* 1993; 48: 993-5.
 - 27 Neijens HJ, Duiverman EJ, Kerrebijn KF. Samenwerking met de tweede lijn bij de behandeling van kinderen met Cara. *Huisarts Wet* 1982(Suppl 6): 66-8.
 - 28 Werkgroep 'luchtwegproblematiek bij kinderen'. Consultatieproject rond luchtwegproblemen bij kinderen. Eindverslag. Amsterdam: VU-ziekenhuis, 1989.
 - 29 Petty TL. Home oxygen – a revolution in the care of advanced COPD. *Med Clin North Am* 1990; 74: 715-29.
 - 30 Respi-Care. An innovative home care program for the patient with chronic obstructive pulmonary disease. *Chest* 1991; 100: 607-12.
 - 31 Thie J. Het programma Longaandoeningen in de Thuisituatie van het KITZ. *Huisartsen College* 1993; 2: 19-20.
- Vervolg** op pag. 38.

Beroepsleiding

Waarom geen vierjarige opleiding?

Met groeiende belangstelling zien wij de discussie rond de invoering van een driejarige beroepsopleiding tot huisarts opflakkeren. Niet alleen is de huidige tweejarige opleiding de kinderziekten nog maar nauwelijks te boven, de financiering kost de huisartseninstituten nu al veel hoofdbrekens. Zo heeft een aantal instituten verplichte vakantieperiodes voor huisartsen-in-opleiding (HAIO's) ingesteld om met de zo uitgespaarde vergoedingen voor stageinstellingen onderdelen van de opleiding (zoals de consultatiebureau-cursus) te bekostigen. Vóór aanvang van zijn opleiding betaalt de HAIO een bedrag van rond de vierhonderd gulden, waarvan de bestemming per instituut varieert van kopieerkosten (Utrecht) tot koffiegeld (Groningen). De vraag dringt zich op hoe instituten die zo moeten sjoemelen met hun middelen een verlenging van de opleiding gaan financieren.

De Stichting Beroepsopleiding Huisartsen heeft inmiddels, op zoek naar betalende stageadressen, praktisch alle gezondheidsinstellingen in Nederland een brief doen toekomen. Hierin worden de HAIO's van de driejarige opleiding aangeprezen als door voorgaande klinische ervaring reeds gelouterde aanstaande huisartsen, die de produktie kunnen draaien waar ziekenhuizen en specialisten zo om verlegen zitten. Een klein onderzoek in onze dertien personen tellende HAIO-groep (gemiddelde leeftijd boven de dertig) leverde inderdaad een totale klinische ervaring op van bijna zestig jaar. Navraag leerde dat wij zeker niet extreem ervaren zijn in vergelijking met andere groepen.

Het is ons volstrekt onduidelijk waarom aanstaande huisartsen – die gezien de huidige samenstelling van de opleidingsgroepen kennelijk al geselecteerd worden op klinische ervaring – een jaar extra gekweld moeten worden met poortarts of zaalarts werk tegen (uiterst schrale) HAIO-beloning. Het is ons eveneens onduidelijk waarom de bestaande situatie niet geformaliseerd wordt: stel een klinische ervaring van twee jaar verplicht voor de sollicitatie tot huisarts en je hebt plotseling het equivalent van een vierjarige opleiding zonder iets aan de huidige situatie te veranderen. De voordelen van deze constructie zijn duidelijk:

- op simpele wijze wordt een aanzienlijke kostenbesparing ten opzichte van het huidige concept voor een driejarige opleiding teweeggebracht;

- junior-coschappen-stof als het meten van de bloeddruk, het inbrengen van infusen en de techniek van ausculteren, nu nog ergerniswekkend onderdeel van de huisartsenopleiding, kunnen veilig vervangen worden door zinniger tijdsbesteding.

Namens de huisartsen in opleiding van groep 93-I te Utrecht,
G.J. van Holten

VERVOLG

Samenwerking tussen huisarts en specialist bij Cara

Vervolg van pag. 29

- 32 Strijbos JH, Koëter GH, Meinesz AF. Home care rehabilitation and perception of dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease (COPD) Patients. *Chest* 1990; 97(3 suppl): 109S-110S.
- 33 Ketelaars C, Schröder M, Van Houts A. Kwaliteitseisen voor de wijkverpleegkundige CARA-nazorg. *MGZ* 1993; 21: 32-5.
- 34 Rutten van Mólken MPMH, Van Doorslaer EKA, Rutten FFH. Economic appraisal of asthma and COPD care. A literature review 1980-1991. *Soc Sci Med* 1992; 35: 161-75.
- 35 Meulenberg F, Zandvliet J. Samenwerking tussen eerste en tweede lijn rond NHG-standaarden. *Med Contact* 1992; 47: 1260-2.
- 36 Dinant GJ, Crebolder HFJM, Op 't Root J, De SGO-kaderopleiding huisartsen – een eerste verslag. *Med Contact* 1992; 47: 913-4. ■

Tolerance to the nonbronchodilator effects of inhaled β_2 -agonists in asthma

O'Connor BJ, Aikman SL, Barnes PJ. *N Engl J Med* 1992; 327: 1204-8

Een enkele dosis van een β -agonist beschermt astmapatiënten tegen bronchoconstrictieve stimuli. Deze studie was erop gericht om na te gaan of bij regelmatig gebruik gewenning optreedt. Men onderzocht het effect van een enkele dosis terbutaline op de bronchoconstrictie na toediening van AMP (een indirecte bronchoconstrictor die via de mestcellen werkt), en van metacholine (een directe bronchoconstrictor), voor en na zeven dagen regelmatig gebruik van terbutaline of placebo. Twaalf atopici deden mee aan deze dubbelblinde, cross-over studie. Voordat ze een week lang dagelijks 4 maal 500 μ g terbutaline kregen, bleek het beschermend effect van een éénmalige dosis terbutaline tegen de werking van AMP groter dan tegen de werking van metacholine. Het beschermend effect was na één week dagelijks terbutalinegebruik voor beiden verminderd. Hierdoor was er na deze week geen verschil meer in de beschermende werking van terbutaline tegen de werking van AMP en metacholine.

De vermindering in korte-termijnbescherming tegen metacholine was wel statistisch significant, maar klinisch gezien niet van groot belang. Na langer gebruik van langer werkende inhalatie- β -agonisten kan dit mogelijk wel klinisch van belang worden. De vermindering in korte-termijnbescherming tegen AMP was wel al behoorlijk groot. Dit suggereert dat gewenning aan de mestcel-stabiliserende effecten van β -agonisten kan ontstaan. Deze gewenning zou een verklaring kunnen zijn voor het feit dat regelmatige behandeling met β -agonisten kan leiden tot een ontregeling van de controle van astma.

Germa Joppe

Long-term effects of a long-acting β_2 -adrenoceptor agonist, salmeterol, on airway hyperresponsiveness in patients with mild asthma

Cheung D, Timmers MC, Zwinderman AH, et al. *N Engl J Med* 1992; 327: 1198-203

In deze Nederlandse studie is gekeken naar de effecten van langdurige therapie met een langwerkend β_2 -sympaticomimeticum op de bronchodilatatie en op de hyperreactiviteit van de luchtwegen bij astmapatiënten. Vierentwintig volwassene met een lichte vorm van astma