

## Huisarts staat er alléén voor

**P**ret op de Afdeling Interne Geneeskunde van de Vrije Universiteit Amsterdam. Internist Van der Meer spreekt met enkele collega's en assistenten over het beleid bij urineweginfecties. 'Waarom geef je in dit geval niet gewoon trimethoprim of sulfamethizol?', vroeg Van der Meer zich hardop af. Spot viel hem ten deel. Dat was zelfs zo ouderwets dat 'waarschijnlijk huisartsen dat ook nog doen', zo merkte een collega op. De NHG-Standaard werd erbij gehaald: ja, hoor.

Deze anekdote, door de betrokkene met een minzame glimlach verteld, doet vermoeden dat althans deze specialist het eens is met het voorgestane huisartsenbeleid.

Wij lijken het met elkaar eens te zijn. Maar overeenkomsten zijn de schaduwen van de verschillen. En die zijn er wel degelijk.

Prof. dr. J. van der Meer (hij heet Jan, maar van tutoyeren komt het niet) is sinds 19 jaar internist aan de VU. Zijn werkkamer heeft sobere blauw-groene wanden. Op de boekenplank, achter zijn bureau, behalve de Harrison vooral veel farmacotherapie (Amery). De grote boekenkast aan de zijwand bevat jaargangen tijdschriften, keurig geordend.

Over de rol van de huisarts: 'Natuurlijk ben ik positief over het fenomeen "huisarts" in ons gezondheidszorgbestel. In de loop der jaren heb ik de rol van de huisarts sterker zien worden, naarmate die rol meer en meer verankerd werd in datzelfde bestel. Voeg daarbij het feit dat de huisartsgeneeskunde, politiek gezien, de wind mee heeft en dan lijkt een succesverhaal compleet.'



Hij zwijgt en kijkt naar buiten. Dat zal hij tijdens het gesprek nog vaker doen. Niet versend, maar nadenkend, zijn woorden zorgvuldig wegend, gaat Van der Meer steeds op zoek naar de adstructie van zijn stelling.

'Kijk', zo vervolgt hij, 'er schuilt een valkuil in de ontwikkeling die de huisartsgeneeskunde doormaakt. Het is voor mij zeer de vraag of de huisarts dezelfde weg moet afleggen die wij internisten hebben afgelegd. Ook in dit ziekenhuis dachten de artsen dat ze niets mochten missen, met als gevolg dat zij om alle laboratoriumonderzoeken vroegen die aan te vragen waren. Pas daarna leerden zij, schoorvoetend, mondjesmaat, de beperkingen van alles in te zien. Het is daarbij vooral de verdienste geweest van de klinische epidemiologie dat ze de intuïtieve notie dat niet alles bepaald hoefde te worden, kon onderbouwen.'

Is dit een pleidooi voor terughoudendheid?

'Zeker, maar de werkelijkheid is helaas te vaak anders. In mijn omgeving zie ik huisartsen derde generatie antibiotica voorschrijven waarvan ik denk: schrijf nou gewoon die middelen voor waarmee al jaren ervaring is opgedaan en waarvan het effect duidelijk is. Laat die nieuwe ontwikkelingen over aan de specialist. Maar in feite bestaat er geen rem op huisartsen. In de kliniek hebben wij de afgelopen jaren te maken gekregen met sterk regulerende maatregelen. Het voorbeeld van de budgettering ligt hier voor de hand. Inmiddels is duidelijk geworden dat binnen die krappe jas de discussie over wat echt zinvol is, goed gestalte kan krijgen. Vragen als: is die CT-scan nu wel nodig?, wat voegt een foto nu wezenlijk toe aan de diagnostiek en de behandeling? In feite is zo een platform gecreëerd waarbij specialisten elkaar corrigeren. Dit mechanisme ontbreekt bij de huisarts.'

Hij doceert niet maar argumenteert. Daarom gaat hij verder in op dit standpunt, opnieuw adstruerend: 'De huisarts heeft het ook veel moeilijker. Hij is en blijft solist, waarbij een corrigerende of reflecterende functie, waarmee hij tenslotte in de opleiding is grootgebracht, ontbreekt. De huisarts hoort het niet of niet voldoende van zijn collega of van een specialist. Ik betreur dat.'

Er lijkt in zijn betoog bijna sprake te zijn van twee werelden. 'Wat mij als specialist beleidsmatig vooral boeit, is het continu aftasten van elkaars grenzen. Hoe ver gaan onze verantwoordelijkheden? Als voor-

malig bestuurslid van de Nederlandse Internisten Vereniging heb ik jaren geleden al eens getracht, de vakgebieden wat nader tot elkaar te brengen. Chiel Springer, nu hoogleraar in Leiden, was daar ook bij betrokken. Maar wij hadden het tijd niet mee. Onlangs, toen ik mijn kamer opruimde, stuitte ik nog op de oude mappen daarover', glimlacht hij. 'En toen zette u de mappen op straat?' Voluit lachend nu: 'Nee, ik heb ze toch nog maar even bewaard.'

'Dus u bent een gelovige op het vlak van samenwerking?', luidt mijn vraag.

De ironie ontgaat hem niet. 'Neem nu bijvoorbeeld die schildklierstandaard van jullie. Persoonlijk ben ik van mening dat een huisarts nimmer voldoende ervaring kan opdoen om alle patiënten goed en adequaat te adviseren. Aan de andere kant is het mij ook zeer duidelijk dat er een einde moet komen aan die vele onnodige vervolgschetsen bij internisten die alsmaar wachten op het moment dat de hyperthyreoïdie weer de kop opsteekt.'

Deze dubbelzijdige schets van de schildkliermedaille is een helder voorbeeld van het samenspel dat specialist en huisarts kunnen vertonen. Hij betoont zich nadrukkelijk een practicus: 'Ik zou willen dat huisarts en specialist bij iedere patiënt beter zouden communiceren. Vaak is dat moeilijk, zeker wanneer je als ikzelf in een grote stad verbonden bent met een leger, vaak anonieme, huisartsen of waarneemers. Het contact is summier. Ik betreur dat. Want het kan toch geen kwaad wanneer de huisarts tijdens

het spreekuur in het bijzijn van de patiënt een specialist raadpleegt? Natuurlijk is bereikbaarheid vaak een struikelblok. Maar het blijft de moeite waard dat huisarts en specialist een band opbouwen.'

Maar hoe zit het dan met samenwerking op verenigingsniveau, bijvoorbeeld over richtlijnen?

Weer kijkt hij naar buiten, kruist de armen voor zijn borst. Hij blijft trefzeker formuleren: 'Hoe meer ik erover nadenk, en dat is wat mij betreft ook de waarde van dit gesprek, des te terughoudender word ik. Consensus bereiken tussen huisartsen is moeilijk, maar mijns inziens is het bij internisten nog veel moeilijker. Ons vak is meerlijniër dan de huisartsgeneeskunde. Richtlijnen maken lijkt misschien wel mooi, maar de bundeling van de meningen van internisten kost zoveel energie dat ik denk dat hier sprake is van de wet van de verminderde meeropbrengst.'

Een stellige uitspraak waaraan niet te tornen valt, zo blijkt. Zelfs de rol van specialisten bij de totstandkoming van standaarden bestempelt hij als 'beperkt'.

'Wel zou ik, als ik jullie was, proberen de specialistenverenigingen commentaar op een standaard te laten geven. Reacties van enkele individuele specialisten vragen is misschien wel mooi, maar ik denk dat een wetenschappelijke vereniging er niet aan ontkomt, of ontkomen mag, haar mening te formuleren, als zij daarom wordt gevraagd.'

Het uur is om. Het is gevaarlijk in gemeenplaatsen te denken, maar o zo verleidelijk. Hij heeft niets van

het heroïsche van een chirurg of de warmzachte blik van een gynaecoloog.

Aan het einde van het gesprek staat hij op, steekt zijn lange handen in de witte jas, de duimen ferm over de rand: duidelijk een internist. Hij begeleidt me naar de lift. Buiten wacht een verrassing in de vorm van een Hollandse moesson. (FM)

## Automatisering Labcod

### Labcodetabel

Het Labcodeplatform, een werkgroep van de WCIA, heeft recent de eerste versie van de labcodetabel geproduceerd. In deze werkgroep hebben vertegenwoordigers van laboratoria en klinisch chemici zitting en vertegenwoordigers van huisartsenorganisaties.

De tabel bevat momenteel ruim 450 codes voor laboratoriumaanvragen en -uitslagen en ruim 200 codes die alleen voor uitslagen worden gebruikt.

Er is voorzien in leesbare memocodes en in een selectiemechanisme dat kan worden gebruikt om in eerste instantie alleen de meest gebruikte of voorkeursbepalingen op het aanvraag scherm van het HIS te laten verschijnen.

De labcodetabel is in brochurevorm te bestellen bij het NHG, en kost fl. 12,- voor leden en fl. 16,- voor niet-leden. (Dit is inclusief BTW en exclusief verzendkosten.)