

# We moeten langzamerhand wel erg veel...

## Over het actief controleren van chronisch zieken

*Van alles wat zou moeten, moet eerst de effectiviteit bewezen zijn.  
Wat effectief is, moet ook kunnen.  
En dan moeten we het ook nog willen.*

Iedere huisarts moet al zijn CVA-patiënten actief controleren, zo betogen *Loor & Schuling*, en wel anticiperend, volgens een behandelplan.<sup>1</sup> Vergelijkbare geluiden zijn te horen over veel andere ziekten, zoals COPD, hypertensie, demenzie, en ga zo maar door. Elk betoog apart klinkt alleszins redelijk voor wie principieel geen bezwaar heeft tegen bemoeizorg. Of minder negatief geformuleerd: voor wie voorstander is van een actief volgbeleid van chronisch zieken.<sup>2</sup> Dit actieve volgbeleid op initiatief van de huisarts staat tegenover de loketgeneeskunde waarbij de dokter alleen in actie komt als de patiënt zich meldt aan het loket met een concrete hulpvraag.

Deze twee stromingen – een actief volgbeleid versus loketgeneeskunde – kunnen op verschillende vlakken onderbouwd worden met argumenten. Het gaat om de zelfbeschikking van de patiënt en om de taakopvatting van de huisarts. Beide zijn principiële zaken, of, zo men wil, politieke kwesties. Het gaat ook om de effectiviteit van een actief volgbeleid vergeleken met een afwachtend beleid. Dit is een wetenschappelijke kwestie. Vervolgens gaat het om de uitvoerbaarheid.

### Principieel tegen een actief volgbeleid

De patiënt is verregaand autonoom, ook als dit niet spoort met de opvattingen van hulpverleners. Een voorbeeld: een patiënte wordt gezegd over twee weken de uitslag van het uitstrijkje te vragen bij de assistente. Ze belt niet. Wat moet de huisarts doen? Haar bellen als het een Pap IIIA is of alleen bij Pap IV en V? En wat te doen als het een Pap O is? Moeten al die competente maar niet-compliantie patiënten, met afwijkende uitstrijkjes, met hypertensie, met diabetes, achter de broek gezeten worden als ze niet voor controle komen? Velen zal dit te ver gaan. Dat is de verantwoordelijkheid van de patiënt zelf, zo stellen ze.

Zo zijn er CVA-patiënten die altijd al een tamelijk non-chalant leven hebben geleid, waarin geen plaats was voor bloeddrukcontrole en medicijnen. Veel van zulke patiënten zullen er na hun CVA nog meer een rommeltje van maken, een beetje vervuilen en niet wekelijks gewassen willen worden. Huisartsen die vinden dat patiënten een ruime mate van zelfbeschikking hebben, zullen deze groep patiënten gauw met rust laten.

Bij duidelijk incompetente patiënten zullen dergelijke verschillen in taakopvatting veel kleiner zijn. Waarschijnlijk heeft niemand er bezwaar tegen verantwoordelijkheid te nemen voor een dementerende alleenstaande man. Deze behoeft niet zelf zijn recept op te halen, want dat vergeet hij of hij verdwaalt. De medicijnen worden bezorgd door de

apotheek, op initiatief van de huisarts. De wijkverpleegkundige zet de medicijnen per week uit en controleert of ze gebruikt worden.

Maar op het overgangsgebied tussen competentie en in-competentie blijven er verschillen tussen huisartsen in hun opvattingen over de grenzen van de autonomie van de patiënt. De ene huisarts accepteert geen enkele kakkerlak bij de buren van een minder competente patiënt; de andere huisarts tobt over de afweging tussen de hoeveelheid zelfbeschikking en de aantallen kakkerlakken.

Hoe men hier ook over moge denken, erg sterk is het argument van de autonomie van de patiënt niet. Wie een actief volgbeleid voorstaat en tegelijk de zelfbeschikking van de patiënt hoogacht, kan namelijk iedere patiënt een actief volgbeleid aanbieden, en vervolgens non-compliantie respecteren. Zo bezien is het argument van de zelfbeschikking onvoldoende om een actief volgbeleid af te wijzen.

Er is een ander principieel argument tegen een actief volgbeleid in te brengen: de taakopvatting van de huisarts. De ene taakopvatting is dat de huisarts de spil van de gezondheidszorg is, de centrale figuur die alle zorg coördineert. De huisarts controleert zelfs alle andere spelers op het veld, ook de tweedelijnscollega's. De huisarts als klassieke vader- of moederfiguur, die het hele gezin bestiert. *Loor & Schuling* lijken deze opvatting toegeedaan.

Volgens de andere taakopvatting ziet de huisarts zich als een gelijkwaardige speler op het veld van de gezondheidszorg. Andere zorgverleners doen hun werk ook naar beste kunnen, ieder met zijn eigen verantwoordelijkheid en zijn eigen beperkingen. Zelfs de coördinerende rol is een kwestie van goede afspraken maken of van praktische mogelijkheden. Volgens deze opvatting is de huisarts niet eindverantwoordelijk voor alle zorg van alle patiënten bij alle chronische ziekten. Bij deze opvatting past ook dat men keuzen maakt binnen het takenpakket, professionele hobbies heeft of gewoon om 6 uur thuis wil zijn.

Als *Loor & Schuling* betogen dat een afwachtend beleid bij een deel van de CVA-patiënten tot matige kwaliteit van zorg leidt, dan zullen de huisartsen met de eerste taakopvatting zich schuldig voelen, die met de tweede taakopvatting niet.

### Principieel voor het actief volgen van patiënten

Omdat mensen verschillen, leidt loketgeneeskunde tot slechtere zorg voor de wat minder compliantie patiënten. Die mindere compliantie kan bijvoorbeeld komen door een grote bescheidenheid van de patiënt, door taalzwakte of door angstigheid. Voor sommigen is het leven te zwaar en te vol om zich te kunnen houden aan afspraken met hun dokter. Niet iedereen kan de rol van de ideale patiënt aannemen, maar iedereen heeft wel recht op een goed zorgaanbod.

Huisartsen met deze opvatting noteren in hun computersysteem de patiënten met Pap II, en roepen ze op. Het is een kleine moeite, vinden ze, en het is een goede service voor patiënten ten dienste van een adequaat screeningsbeleid. Deze huisartsen voeren een actief controlebeleid bij alle diabeten, ook als de patiënt bepaald onverstandig met zijn chronische ziekte omgaat. In dezelfde sfeer controleren deze huisartsen de incompetente patiënten. Ze doen huisbezoek als de schizofreen niet voor zijn wekelijkse medicijnen is langsgekomen. En na lezing van het artikel van *Loor & Schuling* maken ze voortaan een behandelplan voor CVA-patiënten, samen met de thuiszorg, de ergotherapeut en de fysiotherapeut. Zij zien ook het belang in van goede praktijkassistentes en een goed geautomatiseerde huisartsendossiers. Oproepen, controles uitvoeren, bijhouden welke patiënten een extra visite of telefonische oppepper nodig hebben, is een kwestie van een efficiënte praktijkorganisatie.

Dit standpunt ten gunste van een actief volgbeleid van chronisch zieken lijkt het standpunt te zijn van de protocolmakers, de preventieprojectleiders en de bestuurders. Maar ook voorstanders van een actief volgbeleid van chronisch zieken verschillen onderling in taakopvatting. Nog steeds kan een huisarts kiezen voor hetzelfde centrale, controlerende rol in de gezondheidszorg, hetzelfde de rol van me despeler op het veld zonder eindverantwoordelijkheid.

#### **Effectiviteit van een consequent volgbeleid**

Een andere vraag is of een actief volgbeleid voor een chronische ziekte werkt. Strikt genomen zou er voor zo'n beleid, met een oproepsysteem en een geprotocolleerde aanpak, onderzocht moeten worden wat het effect ervan is. Dat kan door een actief volgbeleid experimenteel te vergelijken met loketgeneeskunde.

Voor diabetes en hypertensie geldt dat met een oproepsysteem een groter aantal patiënten gecontroleerd zal worden. De gewenste effecten zijn er, maar ze zijn klein en vergen een aanzienlijke inspanning, van de huisarts, van de praktijkassisteente of verpleegkundige en niet te vergeten van de patiënt. Desondanks is zo'n actief volgbeleid op populatieniveau waarschijnlijk toch zinvol, omdat het om grote groepen patiënten gaat. Een vergelijkbare redenering geldt voor het oproepen voor influenza.

In feite is een actief volgbeleid door de huisarts een soort screening en zou dat beleid dus dienen te voldoen aan de tien criteria van *Wilson & Jungner*:

- 1 The condition sought should be an important health problem.
- 2 There should be an accepted treatment for patients with the recognized disease.
- 3 Facilities for diagnosis and treatment should be available.
- 4 There should be a recognizable latent or early symptomatic stage.
- 5 There should be a suitable test or examination.
- 6 The test should be acceptable to the population.
- 7 The natural history of the condition, including development from latent to declared disease, should be adequately understood.
- 8 There should be an agreed policy on whom to treat as patients.
- 9 The cost of case-finding (including diagnosis and treatment of patients diagnosed) should be economically balanced in relation to possible expenditure on medical care as a whole.
- 10 Case-finding should be a continuing process and not a 'once for all' project.<sup>3</sup>

Voor screening op dodelijke ziekten voldoen deze criteria. Voor het toetsen van een actief volgbeleid ter opsporing van een groot aantal gevallen van een chronische ziekte zou hieraan echter een elfde criterium kunnen worden toegevoegd: er moet overeenstemming bestaan over wat goede zorg is.

Het probleem is dus: wat is een relevante uitkomst om de inspanningen van een actief volgbeleid te rechtvaardigen? Waarschijnlijk zijn een vermindering van de (co)morbideiteit en een betere kwaliteit van leven de belangrijkste uitkomsten voor een actief volgbeleid. Sommigen zullen vinden dat een verhoogd welbevinden van de patiënt of alleen tevredenheid over de zorg al voldoende is om zo'n actief volgbeleid te rechtvaardigen. Het argument komt dan dicht in de buurt van patiëntvriendelijkheid als zelfstandig kwaliteitskenmerk. Als patiëntvriendelijkheid en dienstverlening de argumenten zijn om alle chronisch zieken actief op te roepen voor controle, ongeacht de medische effecten, dan is er in feite sprake van een uitsluitend morele en politieke opvatting. De criteria van *Wilson & Jungner* zijn dan overbodig. Een kabinetbesluit is voldoende.

Een ander, evenzeer politiek argument voor een actief volgbeleid is het streven naar een rechtvaardige verdeling van de zorg. Ook de minder complante en zeker de minder competente patiënten hebben immers recht op goede zorg.

#### **Willen en kunnen we een actief volgbeleid voeren?**

Alles bijeen wordt het tijd de discussie over een actief volgbeleid van een groeiend aantal patiënten met een groeiend aantal chronische ziekten vaart te geven. Elke ziekte heeft zo langzamerhand zijn pleitbezorgers. Deze pleitbezorgers geven de huisartsen – die het allemaal moeten doen – voornamelijk een schuldgevoel. Ook de goedwillende huisarts lijkt het nooit goed te doen. Tegelijkertijd proberen de LHV en het NHG de positie van de huisarts te verbeteren met het argument dat we pas een actief volgbeleid kunnen uitvoeren als we de middelen krijgen.

Deze beleidsmakers uit eigen kring voelen zich gesteund door actieve patiëntengroeperingen en andere vertegenwoordigers van de publieke opinie. De beleidsmakers in de onderzoeksWereld voegen zich in dit koor.<sup>4</sup> In die zin worden de randen van het takenpakket van huisartsen maatschappelijk bepaald, of we dat nu leuk vinden of niet.

Maar voordat we ons op laten jagen door de publieke opinie, moet er eerst een moreel standpunt worden ingenomen over de mate waarin we welke patiënten achter de broek gaan zitten, en voor welke chronische ziekten. Ons standpunt is dat de ruimte die competentie patiënten hebben om onverstandig om te gaan met hun gezondheid maximaal is, totdat de eerste kakkerlak in de pan van de buurvrouw valt. Wij vinden ook dat de huisarts, bij toenemende incompetente van de patiënt, toenemend verantwoordelijk is voor de afweging tussen zelfbeschikking en gezondheidsbevordering.

Ten tweede is er een positiebepaling nodig over de taakopvatting van huisartsen: een centrale, controlerende rol met eindverantwoordelijkheid of een collegiale rol zonder eindverantwoordelijkheid. Wij vinden dat de huisarts een van de spelers is op het veld van de gezondheidszorg; niet de scheidsrechter, noch de teamleider. En daarin kan alleen verandering komen, als dat wordt afgesproken; het is in ieder geval niet vanzelfsprekend.

Na deze standpuntbepaling kan er beslist worden wat een goede maat is voor de effectiviteit van een actief volgbeleid. Wij vinden dat een verminderde morbiditeit in

combinatie met een betere kwaliteit van leven de enige goede uitkomst is om een actief volgbeleid op te beoordelen. Vervolgens kan onderzocht worden of een actief controlebeleid werkt. Wij vinden dat een actief volgbeleid bij chronisch zieken getoetst moet worden aan de criteria van *Wilson & Jungner*: werkt een actief volgbeleid bij deze chronische ziekte? En pas dan kan de hoeveelheid extra werk berekend worden waarmee onze vertegenwoordigers van de LHV de onderhandelingen met de overheid kunnen ingaan.

Dr. N.P. van Duijn, huisarts  
 S. Mentink, co-assistent  
 Afdeling Huisartsgeneeskunde,  
 Divisie Public Health, Academisch Medisch Centrum,  
 Universiteit van Amsterdam  
 Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam  
 e-mail N.P.vanDuijn@AMC.UvA.NL.

- 1 Loor HI, Schuling J. CVA-patiënten in de chronische fase: mogelijkheden en valkuilen voor de huisarts. *Huisarts Wet* 1998;41(12):576-81.
- 2 Meyboom-de Jong B. Van loketgeneeskunde tot consequent vervolgs beleid. *Huisarts Wet* 1996;39:309-11.
- 3 Habbema JDF, De Jong GA, Van der Maas PJ, Van Oortmarsen GJ. Be sluitvorming over bevolkingsonderzoek. *Tijdschr Soc Geneesk* 1978; 56:33-43.
- 4 Zaat J. Tussen volkorenbrood en cake. De spagaat van het huisarts geneeskundig onderzoek. *Huisarts Wet* 1998;41(9):369-71. ■