

Standaardisering van zorg en de arts-patiëntrelatie: wél verzakelijking, geen bedreiging

TJERK WIERSMA

Wiersma Tj. Standaardisering van zorg en de arts-patiëntrelatie: wél verzakelijking, geen bedreiging. Huisarts Wet 1999;42(12):561-5.

Er is weinig grond voor beduchtheid voor een algehele teloorgang van de huisarts-patiëntrelatie onder invloed van standaarden. Wel stellen standaarden huisartsen en patiënten voor de taak een nieuw evenwicht te vinden tussen hulpaanbod en hulpvraag. Voorzover standaarden fungeren als instrument om geneeskundig kaf van geneeskundig koren te scheiden, zullen zij veranderingen aanbrengen in het aanbod van huisartsgeneeskundige zorg. Het contact met de patiënt zal daardoor een veel zakelijker karakter krijgen. Te verwachten is dat de patiënt, na een periode van gewenning, zijn verwachtingen zal aanpassen aan het gewijzigde aanbod. Deze ontwikkeling heeft echter zijn grenzen. Implementatie van richtlijnen blijkt alleen mogelijk indien de geboden hulp niet te veel divergeert van de hulpbehoefte van de patiënt. Deze beslist immers of hij belangstelling heeft door de aangeboden hulp, en of hij de adviezen van de huisarts opvolgt. Beide partijen blijven daardoor afhankelijk van elkaar.

dr. Tj. Wiersma, huisarts-filosof, De 3 kogels, Straatweg 45, 8535 WG Follega.

Inleiding

Tot vóór korten tijd hechte men de grootste waarde bij het ziekbed aan de klachten, die de zieken uitten over pijn, benaauwdheid, drukking en wat dies meer zij. De Geneesheer deed vragen aan den lijder en bekwam antwoorden: ..., om een zoo groot mogelijk aantal subjectieve teekenen te verzamelen, waaruit dan vooral omtrent den aard der ziekte een besluit werd opgemaakt. ... Welnu! Gij bedriegt U dikwerf in Uw gevoel van benaauwdheid en pijn; dus is dat geene waarneming van den geneesheer; indien deze dit zelfbedrog van u overneemt.

Gelukkig is men ... aan ... waarnemen ..., eene zuiverder beteekenis gaan hechten ... Objectieve waarneming noemt men ze ten onregte, als of de subjectieve eene waarneming ware. Men onderzoekt den lijder; betast hem, hoort de verscheidenheid der geluiden, gaat alles zorgvuldig na, wat te zien, te voelen, te ruiken, te hooren is, en neemt eerst in de laatste plaats de klachten van zieken of omstanders op, die echter voor den geoeffenden arts meestal nutteloos zijn.

Dit citaat uit de inaugurele rede van *Von Baumhauer*¹ beschrijft de omwenteling die de geneeskunde in de eerste helft van de negentiende eeuw heeft doorgemaakt. De klacht van de patiënt en de communicatie daarover verloren aan gewicht ten gunste van het lichamenlijk onderzoek. Dit onderzoek was gericht op de detectie van de aard van de ziekte die in het lichaam verborgen zat, waarbij vooral werd gedacht aan macroscopische, pathologisch-anatomische afwijkingen. Paradigmatisch voor de door *Von Baumhauer* aangeduide nieuwe richting is de ontwikkeling van de stethoscoop door *Laënnec*. Diens instrument – de naam zegt het al – stelde de arts in staat reeds bij leven van de patiënt in diens borstkas te ‘kijken’.

Het citaat van *Von Baumhauer* laat zien aan dat veranderingen in de relatie tussen geneesheer en patiënt onder invloed van medisch-wetenschappelijke ontwikkelingen allerminst een nieuw fenomeen zijn. Vermoedelijk geeft iedere geneeskundige

voortgang de arts-patiëntrelatie een nieuwe kleur. Opmerkelijk is daarbij dat *Von Baumhauer* het verminderde belang van de communicatie met de patiënt over diens klachten verwelkomde, aangezien al dat gepraat vaak bedrieglijke gegevens bleek op te leveren.

Hoe houdt de huisarts de huisarts-patiëntrelatie overeind, wanneer standaarden de zorg vergaand gaan decreteren?

Om deze vraag te beantwoorden zal ik allereerst schetsen welk type medisch-wetenschappelijke kennis ten grondslag ligt aan standaarden. Daarna beschrijf ik de consequenties die deze medisch-wetenschappelijke basis zou kunnen hebben voor het aanbod aan huisartsgeneeskundige zorg en de interactie tussen huisarts en patiënt. Ten slotte zal ik ingaan op de vraag of er reden is tot zorg over de toekomst van de arts-patiëntrelatie en of het nodig is bijtijds maatregelen te treffen.

De medisch-wetenschappelijke basis van standaarden

Standaarden geven richtlijnen voor het handelen van de huisarts die zoveel mogelijk gebaseerd zijn op medisch-wetenschappelijke inzichten; in zoverre sluiten zij aan bij een al veel langer bestaand streven om het geneeskundig handelen een objectieve basis te verschaffen. Wat echter verandert, zijn de opvattingen over wat geldt als medisch-wetenschappelijk bewezen. Terwijl diagnostische of therapeutische activiteiten tot voor kort voor een groot deel werden gebaseerd op pathofysiologische inzichten of overtuigingen van ervaren clinici, wordt sinds het begin van de jaren negentig vaak gesteld dat het bij richtlijnen gaat om ‘evidence-based medicine’.² Binnen deze stroming wordt ernaar gestreefd aanbevelingen omtrent diagnostische procedures zoveel mogelijk te baseren op besliskundige analyses, waarbij begrippen als priorkans, sensitiviteit, specificiteit en voorspellende waarde of posterior kans een voorname rol spelen. Bij het maken van therapeutische keuzen en aanbevelingen wordt de meeste waarde

gehecht aan de uitkomsten van randomized controlled clinical trials of hun summatie: de meta-analyse. Als die er niet zijn, kan eventueel worden uitgeweken naar ongecontroleerde studies of resultaten van observationeel onderzoek, maar de bewijskracht daarvan wordt duidelijk lager gewaardeerd. Ook de uitkomsten van trials waarin gewerkt wordt met veelal op pathofysiologische inzichten gebaseerde surrogaat-parameters die niet onmiddellijk klinisch relevant zijn – zoals cholesterolverlaging in plaats van minder hartinfarcten of vermeerdering van de botdichtheid in plaats van minder fracturen – gelden geenszins als doorslaggevend.

Deze waarderingsregels voor medisch-wetenschappelijk onderzoek begrenzen de speelruimte bij het opstellen van richtlijnen. Diagnostische procedures of therapieën die niet over de vereiste bewijzen van goed gedrag blijken te beschikken, zullen niet licht een plaats in de aanbevelingen verwerven. Standaarden fungeren als instrument om geneeskundig kalf van geneeskundig koren te scheiden. Daar standaarden in brede kring worden beschouwd als richtinggevend voor goede huisartsgeneeskundige zorg, heeft de voorkeur voor evidence-based medicine potentieel gevolgen voor het aanbod aan huisartsgeneeskundige zorg.

Consequenties voor het diagnostisch handelen

Zolang diagnostische procedures overwegend gestoeld waren op opvattingen over de kenmerken van 'klassieke' ziektebeelden waaraan de casus in kwestie in meerdere of mindere mate kon voldoen, kon ieder positief symptoom gelden als ondersteuning voor de aanwezigheid van de aandoening. Het was dus zaak zoveel mogelijk van die positieve symptomen te verzamelen. En zolang de inhoud van het laboratoriumonderzoek vooral werd bepaald door kennis over bij de betrokken kwaal betrokken pathofysiologische mechanismen, kon een afwijkende uitslag van willekeurig welke bepaling, min of meer gelijk staan met de aanwezigheid

van ziekte. Kenmerkend voor dergelijke mechanismen is immers dat zij algemene geldigheid bezitten.

Met de opkomst van de klinische beslis-kunde wordt diagnostiek in toenemende mate een zaak van kansberekening. De betekenis die moet worden verbonden aan de uitslag van een test, wordt niet meer alleen bepaald door de testuitslag zelf, maar ook door het 'gedrag' dat deze test voorheen vertoonde bij andere patiënten, of zelfs het gedrag van andere patiënten: een kwaal waarvoor andere mensen vrijwel nooit een dokter consulteren, heeft immers een lage priorkans en zal navenant lastiger worden herkend.

Een belangrijke boodschap van de klinische besliskunde is dat informatie die van individuen kan worden betrokken, met een zeker wantrouwen moet worden tegemoetgetreden. Een groot deel van de anamnestiche vragen, aandachtspunten bij het lichamelijk onderzoek of laboratoriumbepalingen die voorheen vooral niet moesten worden overgeslagen om niet het risico te lopen de juiste diagnose te missen, kunnen nu beter achterwege worden gelaten, omdat zij de arts op het verkeerde been dreigen te zetten.

Voorbeelden daarvan zijn er inmiddels voldoende. In de NHG-Standaard Reumatoïde Artritis is laboratoriumonderzoek naar de aanwezigheid van reumafactoren slechts een beperkte plaats toebedeeld, aangezien hun aanwezigheid bij een lage priorkans op reuma dan wel hun afwezigheid bij een hoge priorkans op reuma onvoldoende bewijzend is. Om dezelfde redenen is het beluisteren van de carotiden bij een vermoede TIA in de gelijknamige standaard van betrekkelijke waarde en niet doorslaggevend voor de beslissing omtrent verwijzen voor eventuele carotis-chirurgie. Eigenlijk moet er vooral veel niet gebeuren.

In deze nieuwe diagnostische constellatie zal de patiënt meer dan voorheen verschijnen als exemplaar van een collectief, wiens individuele eigenaardigheden op de keper beschouwd niet zo veel terzake doen daar er toch geen consequenties aan kunnen worden verbonden.

Consequenties voor het therapeutisch handelen

Zeker voor nieuwe geneesmiddelen en nog weinig gangbare vormen van therapie geldt als uitgangspunt dat deze niet worden aanbevolen zolang geen effectiviteitsonderzoek gebaseerd op randomized controlled clinical trials beschikbaar is. De gevolgen daarvan worden op pregnante wijze zichtbaar in de NHG-Standaard Osteoporose. Daarin wordt geadviseerd geen etidronaat voor te schrijven, omdat wél het effect van dit middel op de botdichtheid overtuigend is bewezen, maar niet het effect op fractuurincidentie. Soortgelijke overwegingen leiden in dezelfde standaard tot terughoudendheid inzake het gebruik van vitamine D.

Daar het bij randomized controlled clinical trials gaat om een kostbare vorm van effectiviteitsonderzoek, moet bij de ontwikkeling van standaarden, in het bijzonder bij therapieën die al langer meegaan, dikwijls genoeg worden genomen met minder overtuigende vormen van effectiviteitsonderzoek. Anderzijds worden echter met een zekere regelmaat trials gepubliceerd waaruit blijkt dat behandelingen die al geruime tijd algemeen worden toegepast, veel minder effectief zijn dan veelal op pathofysiologische gronden werd aangenomen. Zo blijken antibiotica weinig heilzaam bij self-limiting aandoeningen als otitis media acuta, keelpijn en sinusitis en is fysiotherapie van weinig nut bij de behandeling van pijnklachten aan onderdelen van het bewegingsapparaat.

De strenge eisen die in standaarden gesteld worden aan nieuwe therapieën, betekenen dat er veel nog niet hoeft. De geringe effectiviteit van ingeburgerde therapieën die af en toe aan het licht komt, leidt ertoe dat soms iets niet meer hoeft. Daardoor propageren standaarden nu voor veel kwalen een grotere therapeutische terughoudendheid dan voorheen.

Er is echter nog een ander gevolg van de voorkeur voor randomized controlled clinical trials. Door trials is het mogelijk op groepsniveau relatief geringe effecten van behandelingen aan te tonen die in de zorg voor individuele patiënten onzichtbaar

blijven en die, indien het zou gaan om de behandeling van patiënten met klachten, verwaarloosbaar zijn. Dit is vooral van belang bij het voorkómen van belangrijke gezondheidsschade op de lange termijn, zoals hart- en vaatziekten. Zo blijkt het binnen bepaalde groepen mogelijk jaarlijks bij circa 1 procent van de behandelde personen een hartinfarct te voorkomen door behandeling met cholesterolsyntheseremmers. Hoewel het nut van de behandeling voor de betrokken individuen nauwelijks merkbaar is, gaat deze strategie gepaard met een aanmerkelijke reductie van het aantal hartinfarcten op populatieniveau. Trials bevorderen aldus een verschuiving van de aandacht van individuele patiëntenzorg naar populatiegeneeskunde.³

Naar een nieuw type patiënt

Terughoudendheid op diagnostisch en therapeutisch gebied blijft bij vergaande implementatie van standaarden natuurlijk niet zonder gevolgen voor de gang van zaken in de spreekkamer. De patiënt die uit onzekerheid omtrent de aard van zijn kwaal naar de dokter gaat, loopt grote kans te horen te krijgen dat de klachten die hij heeft meestal onschuldig zijn, en dat het pas de moeite loont om verder te kijken als spontane verbetering uitblijft. In de meeste gevallen kan worden volstaan met een symptoomdiagnose als lage-rugpijn of hoofdpijn, en kan het stellen van een echte nosologische diagnose achterwege blijven. De patiënt die met een alledaagse aandoening naar de dokter gaat in de hoop een middel te krijgen dat hem spoedig geneest, loopt grote kans dat de therapie vooralsnog bestaat uit afwachten, desgewenst ondersteund met enige symptomatische medicatie, zoals een pijnstillers die ook bij de drogist kan worden gekocht. De impliciete boodschap van veel evidence-based standaarden is dat men voor veel klachten niet naar de huisarts hoeft te gaan. Natuurlijk zal de patiënt aan het nieuwe beleid moeten wennen, zoals hij ook heeft moeten wennen aan lichamelijk onderzoek in de tijd van Von Baumhauer.

Anderzijds geven standaarden ruimte aan de ontplooiing van nieuwe huisartsgeneeskundige activiteiten. De dokter zal graag van de gelegenheid gebruik maken om – als de patiënt er toch is – te onderzoeken of er misschien risicofactoren aanwezig zijn die de gezondheid van de patiënt op langere termijn bedreigen, ook al heeft hij geen klachten. Volgens verschillende standaarden – in het bijzonder die over hypertensie en diabetes mellitus – dient de huisarts bij bepaalde spreekuurbezoekers met een zekere frequentie aandacht te besteden aan het cardiovasculaire risicoprofiel. De huisarts zal over niet al te lange tijd worden geadviseerd over te gaan tot het periodiek oproepen van patiënten voor het verzamelen van de gewenste informatie, omdat het ongeregelde spreekuurbezoek daartoe onvoldoende mogelijkheden biedt. Het NHG-project 'Preventie: maatwerk' levert reeds een aanzet in die richting.

Beide ontwikkelingen tezamen leiden ertoe dat de huisarts in de toekomst minder bezocht zal worden door patiënten die op eigen initiatief met klachten naar de praktijk komen. Zieken worden ten dele vervangen door potentieel zieken.

Naar een nieuw type huisarts

Het nieuwe beleid betekent dat de huisarts zich in toenemende mate zal moeten richten op het management van gezondheidsrisico's. Zijn werk zal voor een groot deel gaan bestaan uit actief oproepen, en het opsporen, behandelen en geregeld controleren van mensen wier gezondheid gevaar dreigt te lopen. De noodzaak aanzienlijke groepen potentiële zieken periodiek te bewaken stelt hoge eisen aan praktijkorganisatie en -administratie. Het werk van de huisarts krijgt een bureaucratischer karakter en kan tijdens kantooruren worden verricht. De klassieke rol van de huisarts als hulpverlener die altijd en overal voor de mens in nood klaarstaat, verliest daarentegen aan gewicht.

Dit proces wordt verder in de hand gewerkt doordat het beleid van huisartsen onderling, door de regulerende werking

van standaarden, in toenemende mate een uniform karakter krijgt en minder bepaald wordt door persoonlijke voorkeuren en voorafgaande ervaringen. Hetzelfde medisch-wetenschappelijk onderzoek dat ten grondslag ligt aan de richtlijnen, wijst immers tevens uit dat het beleid van een huisarts die de resultaten van dat onderzoek veronachtzaamt, aanzienlijk kan ontsporen. Een individuele huisarts kan bij onderzoek naar bloedarmoede bij vermoeide patiënten nog zo vaak een anemie hebben weten vast te stellen en daardoor de indruk hebben gekregen dat bepaling van het Hb bij deze klacht een relevant onderzoek betreft; wetenschappelijk onderzoek wijst uit dat anemie bij vermoeide mensen niet vaker voorkomt dan bij de rest van de bevolking, zodat een causale relatie – en dus ook een nuttig effect van behandeling – afwezig moet worden geacht. Microscopisch onderzoek van het urinesediment heeft vaak een bedroevend lage specificiteit, doch zonder kwaliteitscontrole kon de overbehandeling die daarvan het gevolg is, jarenlang onopgemerkt blijven, aangezien een en ander zich niet vertaalde in minder tevreden patiënten.

Deze uniformering van beleid van huisartsen betekent uiteindelijk dat het van weinig belang meer is door welke huisarts de patiënt wordt gezien. Met andere woorden: huisartsen zullen in toenemende mate uitwisselbaar worden. Het toenemende aantal in deeltijd werkende huisartsen en centrale voorzieningen voor diensten buiten kantooruren zijn daarvan de voorbode.

Gevolgen voor de huisarts-patiëntrelatie

De geschetste veranderingen betekenen dat de profilering van de huisarts als leverancier van persoonlijke, integrale en continue zorg, zoals die de afgelopen decennia de boventoon heeft gevoerd, in de toekomst niet langer als adequaat kan worden beschouwd. Waar tot voor kort, dankzij de 'patient-centered' oriëntatie van de dokter, vrijwel ieder ongerief van de patiënt op een begripvolle ontvangst kon rekenen

en in beginsel voor een vorm van hulp in aanmerking kwam, kreeg het contact van de patiënt met zijn huisarts karakteristieken van een relatie, soms met inbegrip van alle emotionele connotaties van dien.⁴

Het ziet ernaar uit dat de huisarts-patiëntinteractie een zakelijker karakter zal krijgen, waarbij de zin van hulp overwegend bepaald wordt door de medische wetenschap, en de patiënt de dokter raadpleegt om te vernemen of er voor zijn geval zinvolle hulp beschikbaar is. De toekomstige huisarts is niet langer bereid op ieder moment voor willekeurig welke kwaal voor zijn patiënten klaar te staan, en de doorsnee patiënt heeft weinig behoefte meer aan een aan de persoon gebonden relatie met zijn huisarts. In de praktijk blijkt hij zelfs bereid veel van diens onhebbelijkheden voor lief te nemen, als er maar adequate hulpverlening geboden wordt. De deskundigheid van de huisarts zal prevaleren boven diens persoonlijkheid.

Het blijvende belang van communicatie

Ook bij een zakelijker arts-patiëntrelatie blijft aandacht voor de communicatie met de patiënt van belang. Aan de huisarts de taak de patiënt gedegen voor te lichten omtrent de achtergronden van de diagnostische of therapeutische terughoudendheid die in standaarden tot uiting komt.⁵ Zo zal hij moeten uitleggen dat het een taak van de huisarts blijft om pluis van niet-pluis te onderscheiden, en dat niet-pluis te weinig voorkomt om daar steeds al onmiddellijk serieus rekening mee te houden. Hij zal moeten uitleggen dat 'paardenmiddelen' beter gereserveerd kunnen blijven voor situaties waarin deze werkelijk noodzakelijk zijn, en dat deze in andere gevallen meer kwaad dan goed doen.

De ervaring wijst uit dat een dergelijk beleid zijn vruchten afwerpt. Ondanks de aanvankelijke vrees dat patiënten de afschaffing van de periodieke pilcontroles niet zouden accepteren, zijn deze in tien jaar tijds vrijwel geheel van het toneel verdwenen. Terughoudendheid bij het voorschrijven van antibiotica bij keelpijn blijkt

in korte tijd te leiden tot vermindering van aan aantal consultaties van de huisarts voor deze klacht.⁶

Ook in situaties waarin er volgens de richtlijnen wel iets moet gebeuren, blijven communicatieve vaardigheden van belang. Anders dan standaarden – veelal impliciet – lijken te veronderstellen, is het niet vanzelfsprekend dat een patiënt zich zal onderwerpen aan een therapie waarvan de effectiviteit wél bewezen wordt geacht. De patiënt is meer en meer consument geworden die zelf zijn behoefte bepaalt.⁷ Dit wordt krachtig ondersteund door ons rechtsbestel, waarin de beslissing over het starten van een behandeling in laatste instantie berust bij het desbetreffende individu, een uitgangspunt waaraan tot op heden niet serieus getornd wordt. De huisarts zal zich er dan ook steeds van moeten vergewissen of en in hoeverre de aanbevolen hulp tegemoetkomt aan de noden van de patiënt, en dienen te overwegen of het beleid van de standaard – dat immers stoelt op gegevens over de algemene of gemiddelde patiënt – in het concrete geval bijstelling behoeft.⁸

Beschouwing

Uiteindelijk blijft het ook in een huisarts-geneeskunde die beheerst wordt door standaarden, van belang vraag en aanbod met elkaar in overeenstemming te brengen.⁹ Soms zal het niet lukken de patiënt te overtuigen van de juistheid van het beleid dat in de standaard is bepleit, bijvoorbeeld omdat de standaard te zeer uit de pas loopt met de verwachtingen waarmee de patiënt naar de huisarts komt. Het kan dan raadzaam zijn wat water bij de huisartsgeneeskunde wijn te doen om de communicatie niet te zeer te vertroebelen.

Er zijn voldoende aanwijzingen dat huisartsen in voorkomende situaties feitelijk ook zo handelen. Met een zekere regelmaat trekken huisartsen de uitvoerbaarheid van een deel van de in de standaarden vervatte richtlijnen in twijfel, omdat de doorsnee-patiënt in hun ogen nu eenmaal andere wensen op zijn verlanglijstje heeft staan. Uitlatingen daarover

wijzen erop dat zij zich niet zelden genoodzaakt zien aan dergelijke verlangens tegemoet te komen. Zo blijkt de implementatie van de NHG-Standaard Reumatoïde Artritis ernstig te wensen over te laten: enerzijds wil de patiënt die lijdt aan deze potentieel invaliderende ziekte, uit angst voor erger het liefst zo snel mogelijk 'hogerop'; anderzijds voelt de huisarts zich ook niet meer zo heel zeker van zijn zaak door berichten dat vroegtijdige agressieve behandeling met 'disease modifying antireumatic drugs' gepaard zou gaan met minder gewrichtsdestructie. Een wending ten goede wat dit betreft zien we in de herziene versie van de NHG-Standaard (Dreigende) Miskraam, waarin de mogelijkheden tot echografie aanzienlijk ruimer zijn geworden, hoewel onmiddellijke medische consequenties ontbreken. In de nieuwe versie is meer rekening gehouden met het gegeven dat veel vrouwen met bloedverlies niet langer dan noodzakelijk in onzekerheid willen verkeren omtrent de afloop van hun zwangerschap.¹⁰

Alles wijst erop dat het aanbod van hulp zoals neergelegd in de standaarden, en de hulpvraag van de patiënt niet al te zeer mogen divergeren. Eerder heb ik al eens voorgesteld om in de richtlijnen niet alleen melding te maken van het beleid dat volgens de dokter het beste is, maar ook beleidsvarianten die in de ogen van de patiënt de voorkeur verdienen, expliciet in de overwegingen te betrekken. Dat zou de toepasbaarheid, bruikbaarheid en acceptatie van standaarden aanmerkelijk kunnen bevorderen.¹¹ Deze veronderstelling blijkt inmiddels te worden geschraagd door de literatuur over de implementatie van richtlijnen.¹²

Literatuur

- 1 Von Baumhauer E.J.G. De noodzakelijkheid, die er bestaat, om klinisch onderwijs op eene ruime schaal te geven, en de behoefte, die daaruit voortvloeit, om groote verzamelpaatsen voor zieken op te rigten. Inwijdingsrede, bij het aanvaarden van het hoogleeraarsambt aan de Utrechtsche Hoogeschool, uitgesproken 22 juni 1848. Tiel: C. Campagne, 1848.
- 2 Thomas S. Transparante geneeskunde: evidence-based medicine voor de dagelijkse praktijk [Inaugurale rede Erasmus Universiteit Rotter-

- dam]. Utrecht: De Wordenwinkel, 1997.
- 3 Tonelli MR. The philosophical limits of evidence-based medicine. *Acad Med* 1998;73:1234-40.
 - 4 Rutten GEHM, redactie. *Huisarts en patiënt. Richtlijnen en uitgangspunten*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1996.
 - 5 Van der Voort HPM, Grundmeijer HGLM, Hendrick JMA. NHG-NIPO-enquête 'Huisarts en zinvol handelen'. *Huisarts Wet* 1995;38:351-4.
 - 6 Little P, Gould C, Williamson I, et al. Reattendance and complications in a randomised trial of prescribing strategies for sore throat: the medicalising effect of prescribing antibiotics. *BMJ* 1997;315:350-2.
 - 7 Kenter EGH. Nieuwe trends in de geneeskunst. *Med Contact* 1992;47:1479-80.
 - 8 Mant D. Can randomised trials inform clinical decisions about individual patients? *Lancet* 1999;353:743-6.
 - 9 Hofmans-Okkes IM. De vraag van de patiënt: belangrijke determinant voor de kwaliteit van het geneeskundig handelen. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1992;136:858-60.
 - 10 Fleuren M, Wijkkel D, De Haan M, et al. Feasibility of guidelines for the management of threatened miscarriage in general practice/family medicine. *Eur J Gen Pract* 1998;4:11-7.
 - 11 Wiersma Tj. Methodisch werken en werken met standaarden. *Gescheiden ontwikkeling of symbiose?* *Huisarts Wet* 1992;35:352-4.
 - 12 Dowie J. 'Evidence-based', 'cost-effective' and 'preference-driven' medicine: decision analysis based medical decision making is the pre-requisite. *J Health Serv Res Policy* 1996;1:104-13.

Het elektronisch medisch dossier en de arts-patiëntrelatie in de huisartspraktijk

Vervolg literatuur

- 20 Legler JD, Oates R. Patients' reactions to physician use of a computerized medical record system during clinical encounters. *J Fam Pract* 1993;37:241-4.
- 21 Ridsdale L, Hudd S. Computers in the consultation: the patient's view. *Br J Gen Pract* 1994;44:367-9.
- 22 Ridsdale L, Hudd S. What do patients want and not want to see about themselves on the computer screen: a qualitative study. *Scand J prim Health Care* 1997;15:180-3.
- 23 Ornstein S, Bearden A. Patient perspectives on computer-based medical records. *J Fam Pract* 1994;38:606-10.
- 24 Meeuwesen L. Sekseverschillen in de communicatie tussen arts en patiënt. In: Lagro-Janssen T, Noordbos G, redactie. *Sekseverschillen in ziekte en gezondheid*. Nijmegen: SUN, 1997: 63-77.
- 25 Meyboom-de Jong B. Wat levert de computer op? *Huisarts Wet* 1986;29:363.
- 26 Willems D. Tools of care [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1995.

Ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde en de relatie tussen patiënt en huisarts

Vervolg literatuur

- 9 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief. Zoetermeer: RVZ, 1998.
- 10 Van den Bosch WJHM. Huisarts en poortwachter. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1994;138:2646-9.
- 11 Meyboom-de Jong B. Feminisering van de geneeskunde. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1999;143:1134-6.
- 12 Vroom ThM. Vrouwen in deeltijdarbeid in het medische beroep. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1999;143:1161-6.
- 13 KNMG. *Managed care*, Utrecht: KNMG, 1998.
- 14 Kruijff AF, Schreuder RF. *Managed care en 'disease management' in Nederland*. Zoetermeer: STG, 1997.
- 15 Zorgverzekeraars Nederland. *Zorgverzekeraars en disease management*. Zeist: ZN, 1998.
- 16 Timmermans AE. 'Disease management' en huisartsgeneeskunde. *TSG* 1999;77(1):45-7.
- 17 KNMG, OMS, LHV, NHG. FTTO 'Klaar voor de start'. Utrecht: OMS, 1999.
- 18 Hogerzeil HHW. Morbiditeit en verrichtingspercentage bij avond- en nachtvisites. *Huisarts Wet* 1957;1:25-32.
- 19 Meyboom-de Jong B. De huisarts als poortwachter. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1994;138:2668-73.
- 20 Van de Lande S, Van Everdingen JJE, Krol LJ. Op zoek naar een tweede mening. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1993;137:1836-40.
- 21 Van der Voort HPM, Grundmeijer HGLM, Hendrick JMA. NHG-NIPO-enquête 'Huisarts en zinvol handelen'. *Huisarts Wet* 1995;38:351-4.
- 22 Post D. Veranderende patiënten in een veranderende omgeving. *Patient Care* 1999;5:8-10.
- 23 Van den Brand A, Schwartz K. De pillen voor plezier. *Dagblad Trouw* 1999;21 april.
- 24 Kenter EGH. Nieuwe trends in de geneeskunst, van patiënt naar consument. *Med Contact* 1992;47:1479-80.
- 25 Kerkhoff AHM, Reinders Folmer HA, Reinders Folmer-Spaans I. De toekomst van de huisarts. *Modern Medicine* 1998;12:16-26.