

De overgang breidt uit

In deze H&W wordt de NHG-standaard menopauze gepubliceerd. De medicalisering van de overgang loopt in Nederland gelukkig wat achter. In de VS hield de North American Menopause Society een consensusbijeenkomst over de periode voor de menopauze.¹ De perimenopauze is nog te weinig onderzocht. Zowel de afbakening van de periode als therapie bij klachten zijn niet geheel duidelijk, maar dat deert de deskundigen niet om aanbevelingen te doen. Bij de therapie baseert men zich vooral op extrapolaties van onderzoek bij postmenopauzale vrouwen. Vrouwen vanaf een jaar of veertig zouden jaarlijks gescreend moeten worden (leefstijl, risicofactoren, compleet lichamelijk onderzoek inclusief vaginaal onderzoek, uitgebreid laboratoriumonderzoek). Vooral de voorlichting over alle aspecten van de naderende menopauze zou een belangrijke plaats in dit jaarlijkse doktersbezoek moeten hebben.

Als je op die manier al jaren van te voren de overgang als een gevaar gaat zien, zullen de klachten tegen die tijd ook wel niet uitblijven. Dubbel werk: eerst vrouwen ongerust maken en ze jaren later daarvoor weer behandelen. Laten we nog maar vasthouden aan het traditionele terughoudende beleid. (JZ)

1. *Clinical challenges of perimenopause: consensus opinion of the North American Menopause Society. Menopause 2000;7:5-13.*

Wonca 2002



Van 19 tot 23 juni 2002 is het WONCA-Europe congres 'Promoting excellence in family medicine' in Londen. Belangrijke thema's zijn: internationale samenwerking in het onderzoek, kernbegrippen in de huisartsgeneeskunde, patiëntenparticipatie, huisartsgeneeskunde als carrière, informatica, kwaliteit en organisatie. Informatie inwinnen of abstract indienen? Kijk op: www.woncaeurope2002.com

Een Amerikaans Woudschoten

In oktober 2000 werd in Keystone voor de derde keer een discussiebijeenkomst gehouden over de stand van zaken in de huisartsgeneeskunde in de VS. Huisartsgeneeskunde legt ook volgens onze Amerikaanse collega's het accent op zorg voor en het gesprek met de patiënt in zijn context, ongezien diens leeftijd, geslacht of aandoening. *Family Medicine* wijdt een heel nummer aan deze bijeenkomst.¹ Alle bijdragen zijn ook te vinden op www.aafppolicy.org.

Toen in 1969 'huisartsgeneeskunde' in de USA als specialisme werd erkend, stonden sociaal-geneeskundige hervormingen hoog op de politieke agenda. De toegankelijkheid van de gezondheidszorg moest voor iedereen gegarandeerd zijn en huisartsen zagen zichzelf in de positie van eerstelijns-arts. Vanaf de zeventiger jaren keerde het tij, waardoor er in de USA een zekere spanning bestaat tussen 'family practice', de huisartspraktijk als sociaal-geneeskundige en maatschappelijke geïnspireerde hervormingsbeweging, en 'family medicine' als één van de erkende en goed af te grenzen specialismen. Huisartsen moeten om hun klandizie te werven concurreren met hun specialistische collega's. Een aantal van die specialisten, met name de interne geneeskunde, de kindergeneeskunde, de obstetrie en de psychiatrie, claimt 'primary care' ook als werkterrein. Aan de universiteiten moest een plaats bevochten worden op de andere specialismen. Tientallen jaren heeft de American Medical Association gewaarschuwd voor de verandering die 'socialistische' geneeskunde zou brengen en bestempelde die als een Britse mislukking en een communistisch complot. Veel erger is wat nu gebeurt: de draconische

inbreuk van een geïndustrialiseerde geneeskunde op vrije artsenuitvoering en op de privacy van mensen. Amerikaanse huisartsen weten van de kwetsbaarheid van mensen, van gezinnen en van de gemeenschap. Maar ze spreken ook onverbloemd over macht, machtsongelijkheid en machtsmisbruik. In de VS werd aangevoerd dat discontinuïteit van zorg leidt tot hogere kosten, meer diagnostiek, meer ziekenhuisopnames en tot meer defensief handelen door artsen. Veertig miljoen mensen zijn in de VS niet verzekerd voor ziektekosten. Voor hen is continuïteit van zorg überhaupt niet gegarandeerd. Maar wie een baan heeft moet soms van verzekering en van arts veranderen omdat die verzekering de werkgever meer voordeel biedt.

Om tijdens de visiedagen van NHG en LHV goed beslagen ten ijs te komen is het zinvol in deze H&W te lezen hoe de mythe van ons eigen Woudschoten tot stand kwam en op een vrije middag ook te lezen wat de Amerikaanse huisartsen over het vak te zeggen hebben. (GW)

1. *Special dedicated issue; the Keystone papers: formal discussion papers from Keystone III. Fam Med 2001; 33(4):230-327.*

Woudschoten in Canada

Het College of Family Physicians in Canada, CFPC, benadrukt in een nota over de toekomst van de huisarts dat de huisarts de patiënt centraal moet stellen door integrale en continue zorg aan te bieden.¹ Voor een breed vakgebied als de huisartsgeneeskunde is samenwerking van meerdere huisartsen met praktijkverpleegkundigen in een 'Family Practice Network' noodzakelijk. Voor iedere patiënt moet één huisarts primair verantwoordelijk zijn voor de zorg. Het lijkt wel Nederland. Maar behalve meer middelen en meer menskracht pleit de CFPC ook voor een centrale en gerespecteerde rol voor huisartsen in het ziekenhuis. En daar hoor je bij ons toch nooit over. (GW)

1. *Gutkin C. Who are we and what are we doing here? Revisiting the definition of family practice in Canada. Canadian Family Physician/Le Medecin de Famille Canadien 2001;47:911-2.*