

# Gastroscoopie is vaker afwijkend dan de huisarts verwacht

## Een observationeel onderzoek in de huisartspraktijk

AO Quartero,  
ME Numans,  
NJ de Wit

### Inleiding

Hoewel bovenbuikklachten veelvuldig in de huisartspraktijk worden gepresenteerd,<sup>1</sup> consulteert ruim driekwart van de mensen met bovenbuikklachten de huisarts hiervoor nooit.<sup>2</sup> Ten hoogste 10% van de gepresenteerde klachten berust op een peptisch ulcus; bij ongeveer 30% is sprake van gastro-oesofageale reflux. Het merendeel van de bovenbuikklachten heeft een onduidelijke oorzaak en wordt aangeduid als 'functionele dyspepsie'.<sup>3</sup> Voor het beleid bij niet-acute bovenbuikklachten bestaat sinds

1993 een NHG-standaard Maagklachten, waarvan een herziene versie in 1996 is gepubliceerd.<sup>4</sup> De standaard geeft onder andere advies over de aard en indicatie van aanvullende diagnostiek bij bovenbuikklachten. In de meeste gevallen betreft het aanvullend onderzoek een duodeno-gastro-oesofagoscopie die door de Nederlandse huisarts vrijwel overal zelf kan worden aangevraagd. Vanuit het oogpunt van kosteneffectiviteit en doelmatigheid wordt gezocht naar beleidsstrategieën waarbij minder vaak gastroscopie behoeft te worden verricht.<sup>5,6</sup> De indruk bestaat dat de Nederlandse huisarts terughoudend is met het aanvragen van gastroscopie.<sup>7-9</sup> Er zijn echter geen gegevens over de motieven van de Nederlandse huisarts om een gastroscopie aan te vragen, over de verwachtingen van de huisarts over de diagnostische opbrengst, en of die verwachtingen overeenstemmen met de werkelijke uitkomst van de scopie. Mogelijk wordt een scopie vooral aangevraagd om organische pathologie uit te sluiten en de patiënt en de huisarts zelf gerust te stellen.

In dit observationele onderzoek zochten wij een antwoord op de volgende vragen:

- ▶ Welke patiënten worden door de huisarts geselecteerd voor gastroscopie?
- ▶ Wat zijn de beweegredenen van de huisarts om gastroscopie aan te vragen?
- ▶ Hoe frequent worden klinisch relevante afwijkingen gevonden bij gastroscopie, in relatie tot de verwachtingen hierover bij de huisarts?

### Methode

#### Insluiting

In dit onderzoek participeerden 128 huisartsen. Ze werden in verschillende stappen geselecteerd op basis van vrijwilligheid. De precieze methoden hebben we elders beschreven.<sup>10</sup> Bij de inclusie bleek de kans op deelname afhankelijk van de variabelen 'affiniteit met onderzoeksgroep' en 'affiniteit met onderwerp'. Vergeleken met de gemiddelde Nederlandse huisarts hadden zij minder praktijkervaring (53% versus 23% < 15 jaar ervaring). Tussen juni '96 en januari '98 vroegen de huisartsen patiënten met een nieuwe episode maagklachten deel te nemen aan een cohortonderzoek met een follow-up-periode van één jaar. Nieuwe klachten moesten ten minste twee weken aanwezig zijn en patiënten moesten bereid zijn aan het onderzoek mee te wer-

### Samenvatting

Quartero AO, Numans ME, De Wit NJ. Gastroscoopie is vaker afwijkend dan de huisarts verwacht. Een observationeel onderzoek in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 2001;44(13):590-4.

**Achtergrond** Sinds ruim een decennium kunnen huisartsen in ons land een gastroscopie. De effectiviteit van aanvragen wordt geëvalueerd in de context van de indicaties uit de NHG-standaard.

**Methode en patiënten** Van 854 patiënten die deelnamen aan een cohortonderzoek naar het beloop van maagklachten werd geregistreerd wat de motieven voor de scopieaanvraag waren; de huisarts schatte vooraf de kans op aanwezigheid van relevante slijmvliesafwijkingen in. De uitkomsten werden hiermee vergeleken.

**Resultaten** Patiënten bij wie scopie werd aangevraagd hadden vaker een ulcus in de voorgeschiedenis en hadden langer klachten. Motieven waren de lange duur en het recidiverende karakter, slechte respons op therapie of onduidelijkheid van het beeld. Bij een geschatte kans op organische afwijkingen lager dan 25%, werden deze toch bij 40% gevonden.

**Conclusie** De motieven van huisartsen om scopie aan te vragen sluiten goed aan bij de richtlijnen van de standaard; de kans op organische aandoeningen wordt wel onderschat. Huisartsen zijn terughoudend met het aanvragen van gastroscopie; ook in kwalitatief opzicht lijkt de diagnostiek doelmatig te worden gebruikt.

Julius Centrum voor Huisartsgeneeskunde en Patiëntgebonden Onderzoek, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht; dr. A.O. Quartero, dr. M.E. Numans en dr. N.J. de Wit, allen huisarts.  
Correspondentie: dr. A.O. Quartero, e-mail: a.o.quartero@med.uu.nl

### Wat is bekend?

- ▶ Nederlandse huisartsen zijn terughoudend met het aanvragen van gastroscopie.

### Wat is nieuw?

- ▶ De indicatiestelling voor een scopieaanvraag in Nederland is in grote lijnen in overeenstemming met de NHG-standaard.
- ▶ Relevante afwijkingen worden bij ruim 40% van de verrichte scopieën gevonden.
- ▶ Het vermoeden van oesofagitis is geen indicatie voor een scopieaanvraag aangezien de behandeling hiervan uitsluitend symptomatisch is.

ken. Patiënten met ernstige (bijvoorbeeld cardiale of pulmonale) comorbiditeit, met belangrijke chirurgische abdominale ingrepen (appendectomie, hernia inguinalis en laparoscopische cholecystectomie niet inbegrepen) en zwangeren werden uitgesloten van het onderzoek.

### Gegevensverzameling

De betrokken huisartsen registreerden de consulten van alle ingesloten patiënten, het beleid en de overwegingen hierbij. Ook schatten zij steeds bij iedere patiënt de kans in op de aanwezigheid van een organische aandoening. Deze kans moest worden aangegeven in een van de volgende categorieën: 0-10%, 10-25%, 25-75%, >75%.

Tijdens het eerste consult werden een aantal basiskenmerken van de patiënt (leeftijd, geslacht, medische voorgeschiedenis, duur en frequentie van klachten) genoteerd, alsmede de functionele gezondheidsstatus en psychische gezondheid. Tevens verrichtte de praktijkassistente steeds een vingerpriktest voor diagnostiek van *H. pylori*-infectie; de uitslag hiervan werd niet mee gedeeld aan de huisarts. Aanvullend onderzoek werd op indicatie van de huisarts volgens de gebruikelijke routine aangevraagd en verricht bij de lokale ziekenhuizen, met behulp van een gestandaardiseerd formulier voor aanvraag en verslag. Zowel voor de reden voor aanvraag als de uitslag van de scopie waren er de categorieën: geen afwijkingen, klinisch minder relevante afwijkingen (onder andere hernia diaphragmatica, chronische niet-erosieve gastritis), klinisch relevante afwijkingen (peptisch

ulcus, refluxoesofagitis graad I-IV inclusief Barrett-oesofagus, maligniteit, overige relevante afwijkingen).

### Analyse

Alle geregistreerde gegevens werden ingevoerd en geanalyseerd (SPSS, Windows versie 9.0). Beschrijvende variabelen van patiënten die voor gastroscopie werden gestuurd werden vergeleken met de gehele groep ingesloten patiënten met behulp van de chi-kwadraattoets voor dichotome variabelen (geslacht, voorgeschiedenis, comorbiditeit), t-test voor continue variabelen (leeftijd, psychische gezondheid) en Mann-Whitneytest voor ordinale variabelen (duur en frequentie van klachten, symptoomgroepen, functionele gezondheid, kans op organische aandoening). De endoscopische bevindingen werden biviaat vergeleken met de reden voor aanvraag en met de vooraf ingeschatte kans op organische afwijkingen.

### Resultaten

Aan het cohortonderzoek deden 854 patiënten mee: 664 niet-gescopieerde en 184 gescopieerde patiënten. Bij de niet-gescopieerde patiënten was de gemiddelde leeftijd 43,4 jaar, bij de gescopieerde patiënten 45,3 jaar (sd 13,2,  $p=0,11$ ). Bij 215 patiënten (25%) werd aanvullende diagnostiek verricht. Bij 184 (86%) betrof het een gastroscopie. De gemiddelde tijd na insluiting tot scopie bedroeg 6,7 weken ( $P_{25}=0$ ,  $P_{50}=4$ ,  $P_{75}=7,75$ ). Gescopieerde patiënten hadden langer klachten (44% versus 30% > 6 maanden;  $p=0,001$ ), maar niet frequenter ( $p=0,57$ ) en hadden vaker een ulcus in de voorgeschiedenis ( $p=0,004$ ). Zij verschilden niet van niet-gescopieerden in geslacht, leeftijd, algemene gezondheid, psychische gezondheid of comorbiditeit (hart- en vaatziekten, diabetes mellitis, astma/COPD, gewrichtsklachten). Vijfentwintig procent van alle patiënten had een positieve test voor infectie met *H. pylori*, gescopieerde patiënten even vaak als niet-gescopieerde ( $p=0,102$ ). Het aantal aangevraagde scopieën per huisarts varieerde van 0 tot 4, met enkele uitschieters van 8 (2 huisartsen), 9 (1 huisarts) en 14 scopieën (1 huisarts) (tabel 1). De motieven van de huisarts om een gastroscopie aan te vragen staan vermeld in tabel 2. Vooral de lange duur en het recidiverende karakter, maar ook het falen van de proefbehandeling en onduidelijkheid over de diagnose stimuleerden de huisarts tot aanvragen van aanvullende diagnostiek.

**Tabel 1** Basiskenmerken van 848 patiënten met maagklachten in de huisartspraktijk

	Percentage niet-gescopieerde patiënten n=664	Percentage gescopieerde patiënten n=184	p-waarde
% Man	47,1	49,5	0,62
Positieve test <i>H. pylori</i>	23,8	29,9	0,10
Peptisch ulcus in voorgeschiedenis	2,7	7,6	0,004
Alarmsymptomen aanwezig	0	3,8	0,002
Ulcusachtige klachten aanwezig	10,5	17,9	0,01

**Tabel 2** Redenen voor scopieaanvraag bij 184 patiënten met maagklachten

Reden	Aantal	%
Recidiverende klachten	83	43
Lange duur klachten	77	40
Onvoldoende resultaat therapie	77	40
Onduidelijk ziektebeeld	57	30
Op verzoek patiënt	19	10
Verhoogd risico op complicaties	17	9
Alarmsymptomen	7	4
Anders*	21	11

\* o.a. verzoek bedrijfsarts, advies specialist

## Beschouwing

### Bevindingen

Uit dit onderzoek blijkt dat huisartsen over het algemeen een gastroscopie aanvragen bij patiënten die al langer klachten hebben met een ulcusachtig karakter of met ulcusziekte in het verleden. De motieven van de huisarts voor een scopieaanvraag slopen aan bij de adviezen van de NHG-standaard: recidiverende dan wel langdurige klachten, onvoldoende respons op medicamenteuze behandeling en onduidelijkheid ten aanzien van het ziektebeeld. Bij 45% werd een verklarende afwijking aangetroffen, maar in de groep patiënten bij wie die kans kleiner dan 25% werd geschat, werden bij 40% relevante aandoeningen aangetroffen. Dit lijkt vooral te berusten op onderschatting van de diagnose oesofagitis. Had de huisarts echter een sterk vermoeden van objectiveerbare afwijkingen, dan werd er in 80% van de gevallen ook wat gevonden.

Opvallend, want niet in overeenstemming met de NHG-standaard, is dat de gescopieerde populatie in leeftijd niet verschilt van de niet-gescopieerde patiënten. Leeftijd speelt dus geen rol bij selectie voor endoscopie, terwijl in alle (inter)nationale algoritmen de leeftijd van 45-50 jaar wordt gehanteerd als op zichzelf staand criterium voor een scopie omdat patiënten in die leeftijdscategorie een verhoogde kans op maagkanker en maagulcus hebben.<sup>11,12</sup>

De cijfers uit dit onderzoek hebben betrekking op het deel van de patiënten bij wie door de huisarts een scopie werd aangevraagd. Het onderzoek beperkt zich tot de motieven, inschatting en uitkomst op het moment dat de scopie werd uitgevoerd; er kan dus geen uitspraak worden gedaan of de scopie wellicht in een eerder stadium aangevraagd had moeten of kunnen worden. Er is geen verdenking op belangrijke vertekening door selectie bij insluiting voor dit onderzoek: de verdeling van endoscopische diagnoses in ons onderzoek kwamen in grote lijnen overeen met die van andere auteurs, hoewel een onderzoek in het Verenigd Koninkrijk 10% minder oesofagitis vond.<sup>13</sup>

Het selectieproces dat direct voorafgaat aan endoscopische diagnostiek is niet eerder onderzocht. Gezien de discussie in veel

Van 154 gescopieerde patiënten (van de 184) had de huisarts de kans op aanwezigheid van een organische aandoening vermeld. Zoals uit tabel 3 blijkt, werd de kans op aanwezigheid van een relevante aandoening onderschat. Bij twee patiënten (1,1%) werd endoscopisch een maligniteit gevonden. Wanneer de huisarts de kans op organische aandoening kleiner dan 10% schatte, werden vaker geen afwijkingen gevonden ( $p=0,006$ ), en minder vaak een ulcus duodeni (UD) ( $p=0,000$ ). Bij een ingeschatte kans op organiciteit >75% werden vaker organische afwijkingen van welke aard dan ook gevonden (oesofagitis, ulcus, maligniteit of overige) ( $p=0,000$ ). Een peptisch ulcus werd vaker gevonden wanneer een hoger risico op organiciteit als reden voor de scopie werd aangegeven ( $p=0,038$ ) en minder vaak gevonden wanneer de scopie vanwege 'onvoldoende resultaat' werd aangevraagd. Patiënten bij wie een ulcus werd aangetroffen bleken niet ouder dan patiënten bij wie geen ulcus werd gevonden (48,3 versus 44,6;  $p=0,14$ ). De helft van de peptische ulcera werd gevonden bij patiënten bij wie de kans op relevante aandoeningen klein werd geacht. De kans op oesofagitis was niet geassocieerd met de inschatting van de huisarts ( $p=0,08$ ) en ook de graad van oesofagitis niet ( $p=0,55$ ). Slechts 7% van de patiënten met oesofagitis had een graad II of hoger volgens Savary-Miller.

**Tabel 3** Gastroscopische bevindingen naar geschatte kans op relevante afwijkingen (aantallen en percentages,  $n=154$ )

Geschatte kans op organische afwijking	Geen afwijkingen	Geringe relevantie*	Oesofagitis gr I – IV	Peptisch ulcus†	Maligniteit‡	Totaal	Relevante afwijking gevonden
<10%	22 (37)	16 (27)	17 (28)	5 (8)	-	60 (39)	22 (37)
10-25%	7 (17)	14 (34)	11 (27)	9 (22)	-	41 (27)	20 (49)
26-75%	9 (23)	14 (36)	6 (15)	9 (23)	1 (3)	39 (25)	16 (41)
>75%	1 (7)	2 (14)	5 (36)	6 (43)	-	14 (9)	11 (79)
Totaal	39 (25)	46 (30)	39 (25)	29 (19)	1 (1)	154 (100)	69 (45)

\* Hiatus hernia, niet-erosieve gastritis en bulbitis, incompetentie cardia

† Inclusief erosieve gastritis en bulbitis

‡ Bij één patiënt met maligniteit heeft de huisarts geen inschatting van kans op organische afwijking genoteerd.

landen over het doelmatige gebruik van de endoscopische faciliteit is het van groot belang te inventariseren hoe die selectie momenteel plaatsvindt. Zo werd in twee derde van de scopieaanvragen in dit onderzoek door de huisarts de kans op een relevante afwijking kleiner geacht dan 25%; desalniettemin werd scopie aangevraagd. De bevindingen illustreren dat juist het bevestigen van de afwezigheid van organische pathologie voor het verdere beleid in de huisartsen praktijk belangrijk is.<sup>14</sup>

#### Onderdiagnostiek

Het recente rapport van de Gezondheidsraad over Maagklachten acht nut van de ulcusanamnese als selectie criterium klinisch van gering belang.<sup>15</sup> De praktiserende huisarts in ons onderzoek denkt daar duidelijk anders over. Numans toonde al eerder aan dat het relatief risico van een ulcusanamnese in de orde van 1,9 bedraagt.<sup>11</sup> De geringe voorspellende waarde van anamnese en het recidiverende karakter van maagklachten roepen de discussie op of gastroscopie niet juist sneller als diagnostisch instrument moet worden ingezet. Deens onderzoek toonde aan dat dit vanuit de ziekenhuissetting waarschijnlijk kosteneffectief is, aangezien een meerderheid van de patiënten die niet endoscopisch onderzocht werden, binnen een jaar alsnog gescopieerd werd. Binnen de huisartspraktijk lijkt een directe gastroscopie echter geen duidelijke voordelen te bieden: in een gerandomiseerd onderzoek naar beleid volgens de NHG-standaard versus directe endoscopie vond Lewin geen verschil in klachten, consumptie of satisfactie op korte (twee, acht en veertien weken), noch op lange (een jaar) termijn.<sup>16</sup>

Dat in dit onderzoek vaker relevante afwijkingen gevonden werden dan werd vermoed is een belangrijk feit dat huisartsen zich ter harte moeten nemen. Ofschoon 80% van de gastroscopieën volgens de bestaande NHG-richtlijn wordt aangevraagd, is er ook reden aan onderdiagnostiek te denken. Zo vonden wij in ander onderzoek dat bij een derde van de chronische gebruikers van maagzuurremmende medicatie nooit aanvullende diagnostiek is verricht, terwijl hier op grond van het chronische gebruik wel aanleiding toe is.<sup>17</sup> Het vermoeden van oesofagitis is op zich geen indicatie voor endoscopische diagnostiek. De behandeling van deze afwijking in de huisartspraktijk is puur symptomatisch. Bij refluxziekte is klachtenreductie het doel, en de endoscopische diagnose oesofagitis heeft geen invloed op dit beleid. Ook internationaal pleit men voor minder diagnostiek bij klachten die wijzen op refluxziekte.<sup>18</sup>

Gezien het belang van eradicatie van *H. pylori* bij een gediagnosticeerd ulcus en de zinloosheid van eradicatie bij functionele maagklachten is eventuele onderdiagnostiek van het peptisch ulcus veel relevanter.<sup>19</sup> De gegevens uit dit onderzoek geven geen aanleiding te vermoeden dat huisartsen de aanwezigheid van een ulcus onderschatten bij patiënten die regelmatig op het spreekuur verschijnen, maar eerdergenoemd eigen onderzoek liet wel zien dat 18% van de chronische gebruikers van maagzuurremmers een peptisch ulcus in het verleden heeft.<sup>17</sup> Deze patiënten verschijnen vaak niet op het spreekuur vanwege hun

maagklachten, maar vragen herhalingsrecepten van maagzuurremmers aan.

Honderdeen scopieën werden verricht bij patiënten bij wie de huisarts de kans op een relevante afwijking laag inschatte; desalniettemin werd bij veertien van hen een peptisch ulcus aangevraagd. Inperking van de indicatiecriteria voor gastroscopie zal leiden tot verdere onderdiagnostiek van peptische ulcera, tenzij niet-invasieve tests (bijvoorbeeld serologische, fecale of ademtest) naar infectie met *H. pylori* hun waarde voor het beleid bij maagklachten bewijzen. De bijdrage van *H. pylori* aan het ontstaan van peptische ulcera neemt echter relatief af, hetgeen de betrouwbaarheid van een diagnostisch model dat *H. pylori*-infectie meeweegt, zou kunnen doen afnemen.<sup>20</sup>

#### Conclusie

Gastroscopie is niet meer weg te denken uit het diagnostisch arsenaal van de Nederlandse huisarts. De efficiëntie van de voorziening laat zich niet alleen afmeten aan de opbrengst aan relevante aandoeningen, maar ook aan de betekenis die een normale uitslag of een goedaardige aandoening als refluxziekte graad I-II voor de huisarts en de patiënt heeft. De kwaliteit van het leven van de patiënt is daar uiteindelijk zeer mee gebaat.<sup>14</sup>

#### Abstract

Quartero AO, Numans ME, De Wit NJ. More abnormalities at upper endoscopy than expected by the General Practitioner. *Huisarts Wet* 2001;44(13):590-4.

**Background** Open-access endoscopy has been available to the Dutch GPs for more than a decade; many suggest that the use of this facility could be more efficient. We describe the efficiency of an open access gastroscopy against the existing guidelines for dyspepsia from the Dutch College of General Practice.

**Methods** From a cohort of 854 dyspeptic patients in general practice, the GPs' motivation and expectation with regard to gastroscopy have been registered and compared to the diagnostic results.

**Results** During one year after consultation, additional investigations were requested in 25%. Of those 86% underwent gastroscopy. Patients who were selected for gastroscopy more often had a history of peptic ulcer, and had symptoms for a longer period of time. Repetitive symptoms and a longer duration, but also poor treatment response and unclear symptoms were reasons for endoscopy. Patients with an estimated risk of organic abnormalities of less than 25%, still have abnormalities in 40% of the cases; very often it appears to be oesophagitis.

**Conclusion** Reasons for gastroscopy requests are in 80% of the cases in accordance with the guidelines, but the risk of organic conditions is underestimated. Endoscopy requests in general practice are limited; with regard to the diagnostic yield the facility seems to be used efficiently.

## Literatuur

- 1 Lamberts H. In het huis van de huisarts: verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1990.
- 2 Jones RH, Lydeard S, Hobbs FDR, Kenkre JE, Williams EI, Jones SJ, et al. Dyspepsia in England and Scotland. *Gut* 1990;31:401-5.
- 3 Heikkinen M, Pikkarainen P, Takala J, Raesaenen H, Julkunen R. Etiology of dyspepsia: four hundred unselected consecutive patients in general practice. *Scand J Gastroenterol* 1995;30:519-23.
- 4 Numans ME, De Wit NJ, Geerdes RHM, Muris JWM, Starmans R, Postema PhJ, et al. NHG-Standaard Maagklachten. *Huisarts Wet* 1996;39:565-77.
- 5 Talley NJ, Holmann G. AGA technical review: evaluation of dyspepsia. *Gastroenterology* 1998;114:582-95.
- 6 Talley NJ, Stanghellini V, Heading RC, Koch KL, Malagelada J-R, Tytgat GNJ. Functional gastroduodenal disorders. *Gut* 1999;45(Suppl 2):II37-II42.
- 7 Axon ATR, Bell GD, Quine MA, McCloy RF. Guidelines on appropriate indications for upper gastrointestinal endoscopy. *BMJ* 1995;330:853-6.
- 8 Froehlich F, Burnand B, Pache I, Gonvers JJ. Overuse of upper gastrointestinal endoscopy in a country with open-access endoscopy: a prospective study in primary care. *Gastroint End* 1997;45:13-9.
- 9 Ottolander GJH. Gastroscopie-onderzoek in de eerste lijn; een kosten-baten analyse. *Med Cont* 1994;49:297-300.
- 10 De Wit NJ, Quartero AO, Numans ME. Determinants of successful patient recruitment in primary care research. *Fam Pract* 2001 (*in press*).
- 11 Numans ME, Van der Graaf Y, De Wit N, Touw-Otten FWMM, De Melker RA. How much ulcer is ulcer-like? Diagnostic determinants of peptic ulcer in open access gastroscopy. *Fam Pract* 1994;11:382-8.
- 12 Ofman JJ, Etchason J, Fullerton S, Kahn KL, Soll AH. Dyspepsia algorithms and the value of endoscopy. *Gastroenterology* 1997;113:1801-6.
- 13 Hungin APS, Thomas PR, Bramble MG, Corbett WA, Idle N, Contractor BR, et al. What happens to patients following open access gastroscopy? An outcome study from general practice. *Br J Gen Pract* 1994;44:519-21.
- 14 Jones R. What happens to patients with non-ulcer dyspepsia after endoscopy? *Practitioner* 1988;232:75-8.
- 15 Gezondheidsraad. Maagklachten. Den Haag: Gezondheidsraad, publicatie nr 2000/26, 2000.
- 16 Lewin-van den Broek NTh, Numans ME, Buskens E, De Wit NJ, Verheij ThJM, Smout AJPM. Treatment of dyspeptic patients in primary care: early endoscopy or empirical therapy? [Dissertatie] Utrecht: Julius Centrum voor Huisartsgeneeskunde en Patiëntgebonden Onderzoek, UMC, 2000:65-78.
- 17 De Wit NJ, Quartero AO, Numans ME. Helicobacter pylori treatment instead of maintenance therapy for peptic ulcer disease. *Aliment Pharmacol Ther* 1999;13:1317-22.
- 18 Talley NJ, Silverstein MD, Agreus L, Sonnenberg A, Holtmann G. AGA technical review: evaluation of dyspepsia. *Gastroenterology* 1998;114:582-95.
- 19 Danesh J, Pounder RE. Eradication of Helicobacter pylori and non-ulcer dyspepsia. *Lancet* 2000;355:766-7.
- 20 Van der Weerd NC, Cats A, Thijs JC, Festen HPM, Meuwissen SGM, Kuipers EJ. Dalende prevalentie van Helicobacter pylori: consequenties voor de behandeling van gastroduodenale ulcera. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000;144:1385-8.

---

# Tussen paternalisme en consumentisme Het dilemma van de huisarts

Hans Peter Jung,  
Michel Wensing,  
Richard Grol

## Inleiding

De rol van patiënt en huisarts is in de loop van de vorige eeuw sterk veranderd. Aan het begin van de vorige eeuw was de inbreng van de patiënt eigenlijk beperkt tot het geven van informatie tijdens het afnemen van de anamnese en het lichamelijk onderzoek. De vraag 'Doet het pijn als ik hier druk?' was relevant omdat deze aanvullende informatie gaf over de onderzochte pathologische afwijking in het lichaam. De inbreng van de patiënt was noodzakelijk om de goede diagnose te kunnen stellen.<sup>1</sup> De rol van de patiënt bestond er uit bij klachten deskundige hulp te zoeken, de noodzakelijke informatie te verstrekken, en zich te houden aan behandelingsvoorschriften.<sup>2</sup> De rol van de huisarts hierbij was een paternalistische.

Sinds de laatste decennia van de vorige eeuw is er een belangrijke verschuiving opgetreden in de rol van huisarts en patiënt. De geneeskundige zorg werd patiëntgericht.<sup>3</sup> De vraag aan de patiënt 'Wat denkt u zelf dat er aan de hand is' werd relevant omdat daarmee duidelijk kon worden wat het denkkader van de

patiënt zelf was. Van de huisarts wordt nu verwacht dat hij de ideeën van de patiënt over de klacht en de wensen van de patiënt met betrekking tot behandeling respecteert. Hij moet daarvoor zijn medische bevindingen op een voor de patiënt begrijpelijke manier bespreken. Hij moet de voor- en nadelen van behandelingsopties met de patiënt op een rijtje zetten en zich ervan overtuigen dat de voorkeuren van de patiënt gebaseerd zijn op feiten en niet op een te optimistische kijk op de mogelijkheden van de geneeskunde.<sup>4</sup>

Er waren belangrijke redenen voor deze verschuiving. Allereerst, redenerend vanuit het ethische principe van het recht op zelfbeschikking, groeide het besef dat het uiteindelijk de patiënt zelf is die uit zou moeten maken wat goed en slecht voor hem is. Daarnaast werd duidelijk dat een meer patiëntgerichte benadering zou kunnen leiden tot een betere therapietrouw, minder verwijzingen naar de tweede lijn, minder aanvragen van laboratoriumonderzoek en een grotere tevredenheid van patiënten over de huisartsenzorg.<sup>5</sup> De patiënt zelf is daarbij (post aut propter)