

Visie (1)

Ik kan mij volledig vinden in de teleurstelling van Zaat omtrent de uitkomst van de nieuwe conceptvisie op de huisartsenzorg (H&W 2002;45(5):230-1) De kracht van de huisartsenzorg ligt vooral in de opbouw van een totaal overzicht in de continuïteit van de ziektegeschiedenis, de bewaking van een steeds zuiverder bijgesteld risicoprofiel, waardoor een steeds trefzekerder inschatting van de aard, de ernst en de omvang van ziekteprocessen en hun prognose kan worden bereikt. Wij zijn goed in snelle triage en de inschatting van morbiditeit en uiteindelijk nog in gezinsprocessen/gezinsgeneeskunde, de sociale context en functionele beperkingen. Als we ons laten verwanselen tot een gratis eerstelijns preventievoorziening, gerund door via de DHV en zorgverzekeraars aangestuurde hbo-praktijkverpleegkundigen, dan is het hek van de dam en worden wij gereduceerd tot een uitstervende, ooit zeer breed georiënteerde, maar te idealistische soort projectambtenaren.

André Smit

Visie (2)

Met de inhoud van het commentaar op de *Visie op de Huisarts* (H&W 2002;44(5):230-1) ben ik het geheel eens. Toen ik de eerste bijeenkomst van het NHG hierover in het KNMG-gebouw bijwoonde, kreeg ik uit de discussie al de indruk die in het rapport *Huisartsenzorg 2012* wordt bevestigd: een rapport over organisatie, niet zozeer over de wezenlijke taak van de huisarts en zijn relatie tot de patiënt en beider plaats in de samenleving. Als NHG-lid met bijna 56 'dienstjaren' waarvan 13 jaar als adviserend bestuurslid herinner ik mij maar al te goed de jaren zeventig waarin een bevlogen voorhoede – de 'gideonsbende' – in zijn idealistische ijver als kopgroep vaak de richting van het grote peloton van huisartsen uit het oog verloor. Gaat dit nu weer gebeuren? Gelukkig zie ik ook in de huidige generatie

huisartsen mensen die ondanks de bureaucratische regelgeving nog plezier in het vak hebben in dezelfde kritische geest waarin Frans Huijgen ons Genootschap leidde. Ook in het recente artikel van Ruut de Melker in *Medisch Contact* van 5 april 2002 pleit hij ervoor dat de huisarts zich richt op de wezenlijke kerntaken (immers het meesterschap komt tot uiting in de beperking) en dat LHV en NHG een wetenschappelijk gefundeerd tegenwicht bieden tegen de hoge verwachtingen die media en topgeneeskunde wekken. Met De Melker zeg ik: beroepstrots kan niet worden opgelegd, maar moet wel worden bevorderd door haalbare, duidelijke en goed gemotiveerde keuzen.

H. Roelink

Leren met verouderde kennistoetsen en standaarden?

In het meinummer van H&W¹ staat een storende fout in de kennistoets. Op de vraag welke diagnostiek een huisarts naar een chlamydia-trachomatis(CT)-infectie bij een 32-jarige man met urethritisklachten laat verrichten, wordt een ELISA-test als 'juist' antwoord gegeven. Dit is volstrekt verouderde informatie. Amplificatietests zoals PCR en LCR zijn al jaren standaard bij CT-diagnostiek omdat deze veel sensitiever en specifiek zijn dan ELISA of kweek. Twee jaar geleden werd in het *Nederlands Tijdschrift van Geneeskunde* de huisartsen al onwetendheid over CT-diagnostiek verweten omdat 80% abusievelijk de 'kweek' als diagnostische test rapporteerde.² Bij het (vermeend) 'juiste' antwoord van de kennistoets over deze urethritiscasus bij een man wordt vreemd genoeg verwezen naar de NHG-Standaard voor vrouwen met fluor vaginalis (1996). Veel verder zou men overigens niet gekomen zijn als men gezocht had in de NHG-Standaard Urethritis (1996). Ook deze bevat sterk verouderde informatie, raadt diagnostiek af en wijkt af van de actuele multidisciplinaire soa-richtlijn zoals onlangs gepubliceerd door het CBO-kwaliteitsinstituut van de zorg.³

Het is niet wenselijk om huisartsen met verouderde kennistoetsen en standaarden de illusie te geven up-to-date te zijn. Indien standaarden meer dan vijf jaar oud zijn, of ongefundeerd afwijken van recente professionele en evidence-based multidisciplinaire richtlijnen, is kritische herziening nodig. Ook dat is kwaliteitsmanagement van de beroepsgroep.⁴

Jan van Bergen

- 1 Kennistoets. *Huisarts Wet* 2002;45(5):266,272.
- 2 Henquet CJM, Jansen MWJ, Buwalda PJS, et al. *Seksueel overdraagbare aandoeningen in Limburg in 1997*. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000;144(13):606-612.
- 3 Wittenberg J, Van Bergen JEAM, Bleker OP, et al. *Nieuwe CBO-richtlijn SOA en herpes neonatorum*. *SOA-bulletin* 2002;23(1):4-6.
- 4 Van Bergen JEAM. *Nieuwe CBO-soa-richtlijn voor de praktijk (redactioneel)*. *SOA-bulletin* 2002;23(1):3.

Antwoord 1

Wij danken collega Van Bergen voor zijn reactie op de kennistoets. Wij hadden vragen over soa in de kennistoets opgenomen, omdat wij menen dat soa een belangrijk onderwerp voor huisartsen zijn. U heeft gelijk dat het uit educatief oogpunt juist was geweest om de ELISA te vervangen door de moderne(re), valide en betrouwbare PCR- of LCR-testen. Naar de letter genomen is het antwoord op de vraag correct: een van de voordelen van zowel de ELISA als de recent gangbaar geworden PCR en LCR ten opzichte van de kweek zijn de minder strenge eisen die gesteld hoeven te worden aan het transport. De vraag was niet of het afnemen van de ELISA-test in dit verband het enig juiste beleid was. Als makers van de kennistoets hanteren wij het uitgangspunt dat de (Nederlandse) referenties bij voorkeur niet ouder mogen zijn dan vijf jaar. Wij vragen niet naar kennis die korter dan een half jaar geleden is gepubliceerd omdat kennis eerst geconsolideerd moet zijn voordat deze getoetst kan worden. Als toevoeging bij de NHG-Standaard was de nieuwe CBO-richtlijn SOA en herpes neonatorum welkom geweest; de tijd tussen publicatie van deze richtlijn in het