

keraars blijken in de praktijk ook te werken. In Zuid-Limburg bijvoorbeeld krijgen huisartsen een prestatiebeloning als zij doelmatig voorschrijven.¹¹ Een andere mogelijkheid is een regelmatig terugkerende toets 'wetenschappelijk redeneren' voor deelnemers aan de huisartsenopleiding. WDH's zouden ook een bepaald percentage van de verplichte nascholingen kunnen laten bestaan uit cursussen 'kritisch lezen' of 'wetenschappelijk redeneren'.

Voor het voorschrijven van TCA's bij depressie valt wetenschappelijk gezien nog steeds evenveel te zeggen als voor SSRI's. Laten we proberen weer *zelf* grip te krijgen op ons voorschrijfgedrag zodat dat zinnig en zuinig is en ons niet laten sturen door beeldvorming alleen. Er zijn allerlei soorten, goedkope en dure wasmiddelen, maar ze wassen allemaal even wit.

Literatuur

- 1 Kerremans ALM. De vervanging van klassieke middelen door nieuwe. *Gebu* 1996;30:63-70.

- 2 Packard V. *The hidden persuaders*. New York: Pocket Books, 1958.
- 3 Van Dijk L. Het voorschrijven van antidepressiva in de huisartspraktijk in 1999 en 2000. *Huisarts Wet* 2002;45:289.
- 4 Brinkhuijsen M, Van Orden RJ, Koes BW. Voorschriften voor antidepressiva in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 2002;45:404-5.
- 5 Verhaak PFM, Bartelds AIM, Schellevis FG. Hoe behandelt de huisarts nieuwe gevallen van depressie? *Huisarts Wet* 2002;45:722-5.
- 6 Van Marwijk HWJ, Bijl D, Ader HJ, De Haan M. Antidepressant prescription for depression in general practice in the Netherlands. *Pharm World Sci* 2001;22:46-9.
- 7 Van Marwijk HWJ, Grundmeijer HGLM, Brueren MM, Sigling HO, Stolk J, Van Gelderen MG, et al. NHG-Standaard Depressie. *Huisarts Wet* 1994;37:482-90.
- 8 Bijl D, Verhoeven WMA. Antidepressiva bij depressie: een kritische beschouwing. *Gebu* 2002;36:51-9.
- 9 Kerremans ALM. Overtuigen. *MFM* 2002;40:3-4.
- 10 Haaijer-Ruskamp FM, Denig P. Invloeden bij het kiezen van geneesmiddelen. *Gebu* 2001;35:37-42.
- 11 Gruisen WJAM, Muijers PEM. Doelmatig voorschrijven. Verzekeraar stimuleert huisartsen met geld. *Med Contact* 2002;57:714-7.

Weg met de poortwachter!

Berend Terluin

'Dokter, ik kom een verwijzing naar de Riagg halen. Mijn kind is op school getest en nu moet ze naar een kinderpsycholoog.'

'Ik heb bij het voetballen mijn enkel verzwikt en nu zegt onze masseur dat ik zo snel mogelijk fysiotherapie moet hebben. Ik heb al een afspraak gemaakt.'

'Bij de whiplash-vereniging hebben ze mij het adres gegeven van een neuroloog die gespecialiseerd is in whiplash. Daar wil ik naar toe.'

Ziedaar, een dagje poortwachteren. De huisarts-poortwachter is niet meer wat hij geweest is. Dat komt door maatschappelijke ontwikkelingen, door geïnformeerde en mondiger patiënten en door het marktdenken bij de zorgverzekeraars. Patiënten hebben recht op een *second opinion*. Vroeger konden we nog gewoon weigeren een patiënt naar de specialist te verwijzen als we daar niet achter stonden. Maar nu?

De poortwachtersfunctie is niet meer van deze tijd. Ooit waren wij huisartsen er trots op dat we als poortwachters medicalisering konden voorkomen en de kosten van de gezondheidszorg in de hand konden houden. Tegenwoordig gaat het anders. Verwij-

zingen zijn formaliteiten. Zeker, soms kan een informatief gesprek een gewenste verwijzing nog terugdraaien, maar als het er op aankomt, heeft de huisarts weinig in te brengen aan de poort. We schrijven briefjes voor de logopediste en ondertekenen taxibriefjes. Patiënten gaan zonder verwijzing naar de fysiotherapeut en de verwijskaarten worden achteraf geregeld. Terwijl het draagvlak voor de huisarts als poortwachter bij onze patiënten gestaag afbrokkelt, doen specialisten er juist steeds meer een beroep op. 'De assistente van de oogarts zei dat als de huisarts belt, ik eerder terecht kan.'

Wat levert het poortwachtersgedoe op? Geen beperking van kosten en ook niet minder medicalisering. De explosieve groei van CT- en MRI-scans hebben we niet tegen kunnen houden. Zonder enige medische noodzaak gaan bijna alle zwangeren toch onder de echo. Medicalisering is een basiskenmerk van onze samenleving geworden.¹ De poortwachtersrol levert ons alleen ergernis, discussies in de spreekkamer en ontevreden patiënten op. Van de zorgverzekeraars hoeft het ook al niet meer. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) stelt zelfs voor de exclusieve poortwachtersrol van de huisarts los te laten.² Argumenten zijn de toenemende werkdruk bij huisartsen en het maatschappelijk draagvlak. Het rapport geeft voorbeelden van 'alternatieve poortwachters'. De schoolarts of praktijkverpleegkundige verwijst rechtstreeks naar de logopedist, fysiotherapeut of psychotherapeut en

Auteursgegevens

dr. B. Terluin, huisarts, Rotterdamweg 4, 1324 LN Almere.

Correspondentie: b.terluin@wolmail.nl

Mogelijke belangenverstremming: niets aangegeven.

bedrijfsartsen verwijzen naar tweedelijns deskundigheid voor diagnostiek, consultatie en behandeling.

Is er nog leven voor de Nederlandse huisarts na het beëindigen van de gedwongen winkelnering? Jazeker, en nog een leuker leven ook! Het NIVEL heeft onderzoek gedaan in verschillende Europese landen.³ In België, Duitsland en Zwitserland, waar de huisarts geen poortwachtersfunctie heeft, gaan patiënten met een meer gerichte vraagstelling en positievere verwachtingen naar de huisarts. Ze verwachten – en krijgen – goede hulp van hun huisarts die ze immers zelf hebben uitgezocht. De huisartsen kennen hun patiënten zelfs beter dan in de poortwachterslanden Nederland, Groot-Brittannië en Spanje. Het ontbreken van de poortwachtersfunctie is goed voor de huisarts-patiëntrelatie. Niettemin pleiten Assendelft et al. in hun reactie namens het NHG op dit NIVEL-onderzoek voor bedachtzaamheid.⁴ Wat dan de (beoogde) voordelen van de poortwachtersrol tegenwoordig (nog) zijn, maken ze helaas niet duidelijk. Grote verschuivingen in de zorgconsumptie zijn er na het afschaffen van de *gatekeeper* in een HMO niet gevonden.⁵ De kosten van de gezondheidszorg worden voor het grootste deel door de welvaart bepaald en helemaal niet door de aan- of afwezigheid van poortwachters in de zorg.⁶

Laten wij dus voortaan alleen nog onze eigen poort bewaken en laten andere zorgverleners hetzelfde doen met hún poort. De assistente van de oogarts kan best zelf triage toepassen en ook

fysiotherapeuten kunnen wel zelf uitmaken wie ze kunnen behandelen.

De meeste mensen hebben veel vertrouwen in hun huisarts en raadplegen hem of haar maar al te graag om een generalistische behandeling of deskundig advies te krijgen, inclusief voorlichting over mogelijkheden en onmogelijkheden in de gezondheidszorg. Wij danken onze uitstekende 'marktpositie' aan onze deskundigheid en onze positie dicht bij de mensen. Die poortwachtersrol hebben we helemaal niet nodig, sterker nog, die ondermijnt onze positie. Weg ermee.

Literatuur

- 1 Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* 2002;324:886-91.
- 2 Zorgverzekeraars Nederland. Visie zorgverzekeraars op herstructurering Eerstelijnszorg. Zeist: ZN, 2002. (http://www.zn.nl/actueel/leeszaal/LZ09_rapporten.asp).
- 3 Van den Brink-Muinen A, Van Dulmen AM, Bensing JM. De invloed van de poortwachtersrol op de huisarts-patiëntcommunicatie in West-Europa. *Huisarts Wet* 2002;45:592-8.
- 4 Assendelft P, Timmermans A, Voorn T, In 't Veld K. De poortwachter moet blijven. *Huisarts Wet* 2003;46:46-7.
- 5 Ferris TG, Chang Y, Blumenthal D, Pearson SD. Leaving gatekeeping behind; effects of opening access to specialists for adults in a health maintenance organization. *N Engl J Med* 2001;345:1342-3.
- 6 Groenewegen PP, Delnoij DMJ. Waar zou Nederland zijn zonder de huisarts? De positie van huisartsen in relatie tot aard en kosten van zorg. Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom, 1997.

Nieuwe richtlijnen voor rapportage over diagnostisch onderzoek

Terluin draagt hierboven de poortwachter al ten grave en zelfs de deftige Raad voor de Volksgezondheid adviseerde begin januari om de geneeskundige taken opnieuw te verdelen. Misschien verdwijnen straks hele delen van de behandeling naar anderen, maar diagnoses stellen blijft ons vak en het wordt misschien wel onze hoofdtaak.

Goed onderzoek naar diagnostische methoden is dan ook belangrijk. Of het nu om de diagnostische waarde van de anamnese, lichamelijk onderzoek, simpele laboratoriumbepalingen of heel ingewikkelde scans gaat, alleen op basis van adequaat onderzoek kunnen we ons vak goed doen. Aan veel onderzoek over diagnostiek – ook in artikelen in H&W – mankeert het een en ander. Onderzoek over diagnostiek is ook lastig, al ontwikkelt de methodologie zich snel.

In januari 2003 verschenen gelijktijdig in een groot aantal tijdschriften nieuwe richtlijnen voor de rapportage van diagnostisch onderzoek.^{1,2} De *Standards for Reporting of Diagnostic Accuracy* (STARD)-groep ontwikkelde een lijst met 25 aandachtspunten voor de rapportage van diagnostisch onderzoek. De lijst is gebaseerd op literatuuronderzoek en consensusbijeenkomsten. De verwachting is dat door een duidelijker rapportage van onderzoek ook de kwaliteit van diagnostisch onderzoek verbetert. Dat is door

het invoeren van richtlijnen voor RCT's immers ook gebeurd.

Ook H&W zal zich vanaf nu conformeren aan deze richtlijnen. We vragen auteurs over diagnostisch onderzoek zich voortaan te houden aan deze STARD-richtlijnen. Dat betekent dat er bij een onderzoeksartikel in ieder geval een overzichtelijk stroomdiagram over de patiëntenstroom gepubliceerd zal worden. We raden auteurs aan om de items bij het schrijven van hun artikel als leidraad te gebruiken.

Onze referenten zullen we vragen diagnostisch onderzoek volgens de 25 items te beoordelen.

Iedereen kan de richtlijnen en allerlei voorbeelden vinden bij www.consort-statement.org/stardstatement.htm.

Op diezelfde site staan ook de richtlijnen voor RCT's. Ook die willen we hier nogmaals aanbevelen als leidraad voor de rapportage van RCT's in H&W.

Joost Zaaij

1 Bossuyt PM, Reitsma JB, Bruns DE, Gatsonis CA, Glaziou PP, Irwig LM et al. Towards complete and accurate reporting of studies of diagnostic accuracy: the STARD initiative. *BMJ* 2003;326:41-4.

2 Rennie D. Improving reports of studies of diagnostic tests. The STARD initiative. *JAMA* 2003;289:89-90.