

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 top-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.