Poortwachtersfunctie moet blijven

De leuze van Terluin 'Weg met de poortwachter!' is uitdagend en eenzijdig. Zulke leuzen roepen ergernis en verzet op, in ieder geval bij mij en dat is misschien ook wel de bedoeling. 'Wat levert het poortwachtersgedoe op? Geen beperking van kosten en ook niet minder medicalisering,' zo schrijft hij. Het lijkt wel een grap en ik neem aan dat het NHG-bestuur zijn leuze ook als niet-helemaal-serieus zal opvatten.

Met mijn boeren-huisartsenverstand moet ik aannemen dat bezoeken aan poliklinieken, fysio- en andere therapeuten zonder een drempel de kosten zullen doen stijgen. Volgens Terluin kunnen die zelf wel uitmaken, wie ze kunnen behandelen, maar volgens mij kunnen die alles behandelen tegen betaling per verrichting. En van die behandelingen is het nut – behalve tevredenheid van de patiënt – in vele gevallen dubieus of niet aangetoond.

Vervelend die verwijsbriefjes die je toch niet kunt weigeren, maar dat is toch onderdeel van de verwijsfunctie? De voordelen van de poortwachtersfunctie voor maatschappij en patiënt worden door Terluin (expres?) niet genoemd: de kostenbesparing, het gericht verwijzen naar de juiste specialist, de informatie aan de specialist en minder overbelasting (wachtlijsten) van de tweede lijn. In het aloude boek van Bremer staat het goed beschreven: 'Zeer in het algemeen kan men zeggen, dat het verwijzen een selectie moet zijn zodanig, dat de specialistische geneeskunde haar toepassing vindt waar dat nodig is. De huisarts moet er voor zorgen voor zover dat in zijn vermogen ligt, dat het voor de curatieve gezondheidszorg bestemde geld komt waar dit het meest nodig is.'[1]

Naar mijn mening zou nu al wettelijk bepaald moeten worden dat patiënten die op eigen initiatief zonder spoedeisende reden poliklinieken bezoeken de kosten van een of twee consulten contant moeten betalen met het verbod van de mogelijkheid zich daarvoor te verzekeren. Niet dringend polikliniekbezoek zou ook kunnen worden afgeremd met een eigen bijdrage van de patiënt.

Poortwachters dragen bij aan een nuttige selectie naar de tweede lijn en remmen ongebreidelde kostenstijgingen in de gezondheidszorg. Deze nuttige taak zal de positie van de huisarts beslist niet ondermijnen.

Ad van Dongen

1 Bremer G.J. Het verwijzen in de huisartspraktijk. Proefschrift 1964.

Antwoord

Er is bijna 40 jaar verstreken sinds het proefschrift van Bremer. Het is collega Van Dongen kennelijk ontgaan dat er in die tijd veel is veranderd, zowel in de maatschappij als in de gezondheidszorg. Het nut van de poortwachter lijkt zo logisch, maar ik geloof er niks van. In elk geval ontbreekt elke *evidence* voor kostenbeheersing en andere veronderstelde voordelen. Voor wat betreft verwijzen, moeten we wel een onderscheid maken tussen de gidsfunctie en de poortwachtersfunctie. Het verschil zit hem in het verplichte karakter van de poortwachter. Ik ben ervan overtuigd dat veel patiënten uit zichzelf een beroep blijven doen op de gidsfunctie van de huisarts, ook als dat niet meer verplicht is. Weg met de poortwachter, lang leve de gids!

Berend Terluin

Cochrane-reviews

Screening en het geven van informatie over persoonlijke risico's

Edwards A, Unigwe S, Elwyn G, Hood K. Personalised risk communication for informed decision making about entering screening programs (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1 2003. Oxford: Update Software.

Achtergrond Er is weinig bekend over de wijze waarop voor- en nadelen van een screeningsprogramma het best besproken kunnen worden. Veel screeningsprogramma's noemen gemiddelde risico's in de discussie over deelname aan screening. Sommige screeningsprogramma's spitsen de informatie over risico's toe op de persoonlijke risico's van elke individuele deelnemer.

Doel Het doel was om het effect te bepalen van verschillende manieren van communicatie over persoonlijke risico's met mensen die moeten beslissen of zij deelnemen aan een screeningsprogramma.

Zoekstrategie en insluiting Er werd systematisch gezocht in de 'Cochrane Consumers and Communication Review Group', MEDLINE, EMBASE, CancerLit, CINAHL, ClinPSYC, en de 'citation Index Expanded'. De auteurs zochten naar RCT's waarin de beslissing van een mogelijke deelnemer om zich wel of niet te laten screenen werd voorafgegaan door een interventie waarin een *'personalised risk communication element'* was opgenomen. Een persoonlijk risico moest zijn gebaseerd op risicofactoren van de deelnemer zoals leeftijd, familieanamnese etc. Het effect van informatie over persoonlijke risico's moest zijn vergeleken met het effect van informatie over algemene risico's.

Uitkomstmaten De belangrijkste maten waren perceptie van risico, angst, tevredenheid met de genomen beslissing, kwaliteit van leven, kosten van de interventie en deelname aan screening.

Resultaten Dertien RCT's werden ingesloten; in tien onderzoeken ging het over borstkankerscreening. Twee onderzoeken onderzochten informatie bij cholesterolscreening, één screening bij cervixcarcinoom, één bij prostaatcarcinoom en één