

Het gezamenlijk consult: een effectieve methode om de ervaringskennis van de huisarts te vergroten

Hans Vlek, Yvonne van Leeuwen, Harry Crebolder

Leren omgaan met twijfels

Het maken van de vertaalslag van de resultaten van grote trials en onderzoeken naar de individuele casus in de spreekkamer is een steeds terugkerende uitdaging voor de huisarts.¹ Stel: een man van 43 jaar meldt zich bij de huisarts in verband met specifieke pijnklachten op de borst die niet duidelijk zijn gerelateerd aan inspanning. Volgens de NHG-Standaard Angina Pectoris voldoet het klachtenpatroon niet aan de definitie van angina pectoris. De voorafkans dat er sprake is van een coronaire sclerose bedraagt 14% tot 46% afhankelijk van de gehanteerde definitie: 14% bij geen AP-pijn en 46% bij specifieke pijn.² De NHG-Standaard helpt de kans op coronaire hartziekte in te schatten, maar er is niet uit af te leiden hoe in deze individuele casus op grond van die kansberekening tot adequaat beleid te komen is. Waarom heeft de ene huisarts bij een dergelijke casus een 'niet-pluis'-gevoel en een andere huisarts niet? Knottnerus et al. onderzochten in 1985 de variantie in het huisartsgeneeskundig handelen bij de klacht pijn op de borst.³ Zij concludeerden dat het omgaan met twijfels en onzekerheden bij deze klacht niet te omzeilen is. Hoe leert de huisarts om te gaan met twijfel? Feitenkennis is daarvoor een eerste vereiste. Deze kennis kan op haar beurt ook weer bijdragen aan twijfel, zoals in de casus werd aangegeven. De huisarts hanteert bepaalde strategieën om met deze twijfel om te kunnen gaan. Hij kan bijvoorbeeld raad vragen aan een collega. Daarnaast zal de huisarts zich vaak laten leiden door wat de ervaring hem geleerd heeft. Ervaringskennis wordt dan ingezet. Zowel *personal knowledge*, op te vatten als kennis van de context, als *process knowledge* vallen hieronder. Process knowledge is verwant aan het begrip 'vaardigheden' en betreft meer het 'weten hoe' dan het 'weten dat'.⁴ De basis voor ervaringskennis wordt toegeschreven aan de vorming van *illness scripts*, stukjes casuïstiek die de huisarts in de loop van zijn carrière in zijn geheugen opslaat en mobiliseert op het moment dat deze nodig zijn.^{5,6}

Auteursgegevens

dr. H. Vlek, directeur Quartz transmuraal centrum voor de regio Helmond (voorheen SCDC), Arenborgweg 85, 5916 NL Venlo; Capaciteitsgroep huisartsgeneeskunde Universiteit Maastricht; mw dr. Y.D. van Leeuwen, hoofd huisartsopleiding; prof.dr. H.F.J.M. Crebolder, emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde.

Correspondentie: hans.vlek@planet.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

seert op het moment dat deze nodig zijn.^{5,6} 'Ervaringskennis stoelt op ervaring met een veelheid van factoren: de persoonlijkheid van de patiënt en diens omgaan met ziekte, familieomstandigheden en sociale context, maar ook: de veelsoortige manieren waarop ziekten zich manifesteren afgeleid uit eerdere situaties en soortgelijke ervaringen.'⁷

Er is een nauwe verwevenheid van de twee onderscheiden begrippen, *evidence based knowledge* en *experience based knowledge*, die samen de vakbekwaamheid, de *professional knowledge* van de huisarts vormen.⁸ Die verwevenheid blijkt onder meer uit het feit dat oudere artsen een grotere diagnostische trefzekerheid hebben ondanks een afnemende evidence-based kennis. Dit fenomeen wordt toegeschreven aan de ervaringskennis die toeneemt met het stijgen van het aantal werkzame jaren.⁹

Voor het begrippenpaar evidence-based kennis en experience-based kennis geldt waarschijnlijk dat door training van één van beide onderdelen het andere gemakkelijker gebruikt wordt. Van het evidence-based deel is men zich veelal beter bewust dan van het andere. Zo is de huisarts zich er niet van bewust waarom welke stukjes uit het reservoir aan *casememories* gelicht worden, noch van de momenten waarop hij er een beroep op doet.⁸

De (na)scholing van huisartsen en, in dat kader, de keuze van onderwijsvormen en -programma's dienen gericht te zijn op verbetering van beide kennisdimensies. Voor een gerichte verbetering van ervaringskennis is het noodzakelijk dat de huisarts zich bewust wordt van onzekerheden, twijfels en kennislacunes. Het gezamenlijk consult van huisarts en specialist kan daaraan bijdragen.

Het gezamenlijk consult van huisarts en specialist

Het gezamenlijk consult (GC) van huisarts en specialist is een al lang bekende werkwijze waarvan de effecten in verschillende trials op orthopedisch, cardiologisch en reumatologisch gebied zijn onderzocht.¹⁰⁻¹²

Het GC houdt het volgende in. Groepjes van drie tot vijf huisartsen hebben maandelijks de gelegenheid om enkele door hen geselecteerde patiënten gezamenlijk met een specialist te onderzoeken en te bespreken. Het gaat meestal om patiënten over wie zij zich niet zeker voelen ten aanzien van de diagnose of in te stellen behandeling. Gedurende één jaar wordt een reeks van meestal niet meer dan tien sessies van anderhalf uur gehouden.

Deze werkwijze kan onnodige verwijzingen helpen voorkomen, de

samenwerking tussen huisartsen en specialisten verbeteren, de deskundigheid van de huisartsen bevorderen en de patiëntenzorg ten goede komen.

In een trial over GC bij cardiologie participeerden 56 huisartsen die ruim 300 patiënten voor deelname aan het onderzoek selecteerden. In 67% van de gevallen was onzekerheid over de diagnose ten minste één van de redenen om de patiënt te selecteren, terwijl dat in 58% van de gevallen onzekerheid over de behandeling was; in 19% van de gevallen ging het om defensieve redenen.¹¹

De meest voorkomende klacht die tot selectie leidde, was pijn op de borst, vervolgens in afnemende frequentie klachten over het hartritme, kortademigheid, moeheid en overige klachten. In slechts 56% van de gevallen was de cardioloog het eens met de waarschijnlijkheidsdiagnose van de huisarts. In 62% van de gevallen leverde het GC de huisartsen naar eigen zeggen meer diagnostische zekerheid op.¹³

De resultaten van genoemde trials leidden tot de introductie van de 'GC Carrousel', eerst in Noord-Limburg,¹³ later in de regio's Heuvelland en Helmond.¹⁴ In elk van deze regio's participeren maximaal 15 huisartsgroepen en 6 tot 8 specialistische vakgroepen. Een groepje huisartsen heeft in de Carrousel gedurende een jaar GC-sessies met één specialisme en in het jaar daarna een cyclus gezamenlijke consulten met een ander specialisme.

Het gezamenlijk consult als nascholingsmethode

Een opmerkelijke bevinding in de GC-cardiologietrial was dat er geen toename in evidence-based kennis kon worden aangetoond. De huisartsen vonden zonder uitzondering echter dat zij veel hadden geleerd van de gezamenlijke consulten; sommigen meenden dat deze werkwijze een optimale vorm van nascholing bood. Een steekproef van 11 huisartsen van de 56 die in de trial participeerden, werd in een semi-gestructureerd interview ondervraagd over hun waardering van de GC-werkwijze. De geïnterviewden werden in drie categorieën ingedeeld naar de intensiteit waarmee zij aan gezamenlijke consulten hadden deelgenomen. Drie dimensies werden in de antwoorden onderscheiden: de ervaren toename van kennis, veranderingen door bijdragen van het GC aan het huisartsgeneeskundig handelen en de relevantie van de werkwijze. De huisartsen die met gemiddelde of meer dan gemiddelde intensiteit (77% van de steekproef) hadden deelgenomen aan de gezamenlijke consulten waren in 83-100% van de gevallen positief in hun oordeel over elk van de dimensies.

De huisartsen hadden het gevoel meer greep te hebben gekregen op de cardiale problemen waarmee zij in de dagelijkse praktijk te maken krijgen en hadden meer vertrouwen in eigen kunnen op cardiologisch gebied. Zij leerden onzekere situaties bij specifieke klachten te hanteren. Geconcludeerd werd dat de kenniswinst die het GC onmiskenbaar oplevert, ervaringskennis betreft.¹³

Verscheidene elementen in de werkwijze onderscheiden het GC van andere scholingsmethoden. De werkwijze sluit nauw aan bij de praktijk van alledag en de leerbehoeften van de huisarts: de

deelnemende huisarts selecteert zelf de patiënten die hij wil bespreken. De patiënt is bij de bespreking aanwezig. Er is zo een directe, intensieve betrokkenheid van de patiënt en diens huisarts die tot een degelijke voorbereiding en grote oplettendheid leidt. Het GC heeft dus direct consequenties voor het verdere huisartsgeneeskundige handelen, meer dan welke andere nascholingsmethode ook. Dat huisartsen herhaaldelijk bepaalde thema's kunnen aansnijden en deze niet alleen per ziektegeval, maar ook meer thematisch met de consulent kunnen bespreken, zorgt mogelijk voor een extra reliëf aan de *illness scripts* die tijdens de gezamenlijke consulten tot stand komen.

De werkwijze van het GC voldoet daarmee in hoge mate aan de eisen die aan effectieve nascholing worden gesteld.^{15,16}

Het GC is veelal aanleiding tot een professioneel dispuut tussen de huisartsen en de betrokken specialist voor wie dit waarschijnlijk net zo leerzaam is als voor de huisarts. De specialisten geven aan dat zij veel leren van de werkwijze en specifieke huisartsgeneeskundige invalshoeken en contextuele benadering. Er zijn duidelijke aanwijzingen dat de specialist tijdens een GC een andere diagnostische strategie hanteert dan wanneer hij dezelfde patiënt in de eigen poliklinische setting gezien zou hebben. De GC-setting lijkt aan te sporen tot een behoudender gebruik van diagnostische middelen.¹²

Beschouwing

Het gezamenlijk consult van huisarts en specialist is een goede methode om huisartsen te helpen meer greep te krijgen op tal van medische vraagstukken en hun onzekerheden op dat gebied te reduceren. Dit mechanisme lijkt geschraagd door een toename van ervaringskennis. Duidelijke bewijzen voor deze conclusies zijn er echter nog niet. Dat in geen van de trials een toename van evidence-based kennis kon worden aangetoond, kan wijzen op het gebruik van toetsen die niet maten wat er gemeten moest worden, of dat er geen overdracht van dit type kennis had plaatsgevonden. De betrokkenen beschouwen het nascholingseffect voor de huisarts evenwel als belangrijkste effect van de werkwijze. In de genoemde regio's is het GC dan ook geaccepteerd als geaccrediteerde nascholing. Op beperkte schaal zijn ervaringen opgedaan met het uitvoeren van bredere nascholingsprogramma's over thema's die vaak tijdens gezamenlijke consulten aan de orde werden gesteld. Zo werden er in Noord-Limburg regionale werkafspraken over diagnostiek en behandeling van boezemfibrilleren ontwikkeld en gepresenteerd. Er zijn nog vele mogelijkheden denkbaar om de GC-werkwijze zinvol toe te passen, bijvoorbeeld bij de implementatie van LTA's. Het maken van werkafspraken over de uitvoering van de LTA COPD zou een uitstekend thema kunnen zijn voor gezamenlijke consulten met longartsen.

Een andere mogelijke toepassing betreft gezamenlijke consulten in de (poli)kliniek. Net zoals het voor de specialist van belang is kennis te nemen van de specifieke kenmerken van het huisartsgeneeskundig handelen, is het voor de huisarts van belang meer inzicht te krijgen in het specialistisch handelen. De deelnemers

aan een GC-cyclus kunnen daartoe afspreken enkele gezamenlijke consulten in het ziekenhuis te laten plaatsvinden om daar bepaalde onderzoeksmethoden gedemonstreerd en toegelicht te krijgen. Een demonstratie 'in vivo' van een echocardiografisch onderzoek bijvoorbeeld is zeer instructief.

Er zijn nog tal van onderzoeksvragen. De precieze wijze waarop de kennis wordt opgedaan, is nog niet duidelijk. Voegt het GC illness scripts toe aan de database of helpt het de huisartsen bestaande illness scripts effectiever te gebruiken? Nader onderzoek hiernaar verdient aanbeveling.

Meer duidelijkheid over deze punten zal de betekenis van ervaringskennis kunnen onderstrepen. In hoeverre het GC voor de specialist ook leerzaam is, is evenzeer een aantrekkelijk onderzoeksonderwerp.

Literatuur

- 1 Goodlee F. The Cochrane collaboration. *BMJ* 1994;309:969-70.
- 2 Rutten FH, Bohnen AM, Hufman P, Bruinsma M, Leerink HJG, Strootman FA, et al. NHG-Standaard Angina pectoris. *Huisarts Wet* 1994;37:398-406.
- 3 Knottnerus JA, Ebbens E, Govaert TME, De Geus CA. Klachten op de borst: omgaan met onzekerheden. *Huisarts Wet* 1985;28:159-64.
- 4 Eraut M. Developing professional knowledge and competence. London: Falmer Press, 1994.
- 5 Schmidt HG, Norman GR, Boshuizen PA. A cognitive perspective on medical expertise: theory and implications. *Acad Med* 1990;65:611-21.
- 6 Hobus P. Expertise van huisartsen. *Praktijkervaring, kennis en diagnostische hypothesevorming* [Proefschrift]. Maastricht: Universiteit Maastricht, 1994.
- 7 Van Leeuwen Y. De ervaringskennis van huisartsen. *Huisarts Wet* 1998;41:80-4.
- 8 Robinson P, Heywood P. What do GPs need to know? The use of knowledge in general practice consultations. *Br J Gen Pract* 2000;50:56-9.
- 9 Van Leeuwen Y, Mol SSL, Pollemans MC, Drop MC, Grol R, Van der Vleuten CPM. Change in knowledge of general practitioners during their professional careers. *Fam Pract* 1995;12:313-7.
- 10 Vierhout WPM, Knottnerus JA, Van Ooij A, Crebolder HFJM, Pop P, Wesselingh-Megens AMK. Effectiveness of joint consultation sessions of general practitioners and orthopaedic surgeons for locomotor system disorders. *Lancet* 1995;346:990-4.
- 11 Vlek JFM, Vierhout WPM, Knottnerus JA, Schmitz JF, Winter J, Wesselingh-Megens AMK, et al. A randomised controlled trial of joint consultations with general practitioners and cardiologists in primary care. *Br J Gen Pract* 2003;53:108-12.
- 12 Schulp GJC, Vierhout WPM, Van der Heijde DM, Landewé RB, Winkens RAG, Wesselingh-Megens AMK. Joint consultation of general practitioner and rheumatologist: does it matter? *Ann Rheum Dis* 2003;62:159-61.
- 13 Vlek JFM. *Cardialogue. Joint consultation of general practitioners and cardiologists in a primary care setting* [Proefschrift]. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2000.
- 14 Schulp GJC, Vlek JFM, Vierhout WPM, Wesselingh-Megens AMK, Crebolder HFJM. Het win-win consult. *Transmurale samenwerking tussen huisartsen en specialisten. Med Cont* 2002;57:423-5.
- 15 Smith F, Singleton A, Hilton S. General practitioners' continuing education: a review of policies, strategies and effectiveness, and their implications for the future. *Br J Gen Pract* 1998;48:1689-95.
- 16 Cantillon P, Jones R. Does continuing medical education in general practice make a difference? *BMJ* 1999;318:1276-9.

Het HoutenBeenTheater

Op zoek naar hoe het kan

Kees Deenik, Peter Schepp

Inleiding

Oefenen en uitproberen van levensechte situaties in een veilige sfeer, dat is de kern van het HoutenBeenTheater. Uitproberen wat wel en wat niet werkt in communicatie. Optimaal gebruikmaken van je zintuigen. Niet uitleggen en discussiëren hoe het anders kan, maar laten zien. Een zin, een gebaar, een houding, een ge-

Auteursgegevens

Kees Deenik, huisarts te Capelle a/d IJssel; Peter Schepp, huisarts, districtscoördinator Rotterdam, Barbizonlaan 45, 2908 ME Capelle a/d IJssel. Correspondentie: pschepp@carnascholing.nl
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

sprek. Niet je best doen. Er mag gelachen worden. Een werkplaats voor nascholing.

De locatie

De onderwijsruimte is niet meer een traditioneel cursusaaltje. Een berg kleurige krukjes ligt te midden van een aantal decorstukken in de verder lege zaal. Er klinkt muziek, soms een kakofonie. De voorstelling lijkt al begonnen, maar toch staat ook de koffie uitnodigend klaar.

De spelverdeler

De spelverdeler kondigt zich aan en vraagt de deelnemers op een krukje rond hem plaats te nemen. Hij is de presentator. Hij legt uit wat er gaat gebeuren, bezweert dat niemand iets gaat doen