

Visusmeting onder de loep

Met belangstelling las ik het artikel 'Visusmeting onder de loep' van J.E. Koster et al. (H&W 2004;47:80-2). Uit het onderzoek blijkt dat 96% van de huisartsen de visus niet op de juiste afstand of bij onvoldoende belichting meet. Dit geeft behoorlijke verschillen bij het meten van de visus vergeleken bij meting volgens de NHG-Standaard (22% verschil). De conclusie van de auteurs is dat bijna alle huisartsen aanpassingen zullen moeten doen om tot een verantwoorde visusmeting te komen. Naar mijn idee is dit een wat voorbarige conclusie. Uit de gegevens blijkt dat er weliswaar 22% verschil is tussen de meting in de huisartsenpraktijken en de meting volgens de NHG-Standaard, maar de p-waarde is slechts 0,12. Naar mijn idee is er dan geen duidelijk significant verschil. Opvallend is bovendien dat de meting bij de oogarts ook afwijkt van de meting volgens de NHG-Standaard en min of meer overeenkomt met de visusmeting in de huisartsenpraktijken. Is het dus echt zo somber gesteld met de visusmeting in de huisartsenpraktijk of valt het bij nader inzien toch wel mee?

Rutgerjan van Orden

Antwoord

Ondanks de kritische noot van Van Orden blijven wij van mening dat 96% van de huisartsen aanpassingen zal moeten maken om tot een verantwoorde visusmeting te komen.

De gemeten 22% is het verschil tussen alle visusmetingen verricht bij de huisartsen en de visusmetingen volgens de NHG-Standaard. Dit is inclusief de metingen die te dicht bij de kaart worden verricht. Dit is de enige meting waar ten onrechte een betere visus wordt gemeten dan de daadwerkelijke visus. Omdat dit 'op een hoop gooien' de zaken vertroebelt, hebben wij gekeken naar de afzonderlijke invloeden van de afwijkende meetmethoden. De meetafstand en de verlichting bleken daarbij statistisch significante en klinisch relevante factoren, die tevens eenvoudig aan te passen zijn.

Bovendien is het verschil van 22% weliswaar niet statistisch significant, maar volgens ons wel klinisch relevant. Zeker gezien de kleine investering die nodig is om het te verbeteren.

Dat de meting bij de oogarts ook afwijkt van de meting volgens de NHG-Standaard, heeft ook ons verrast. Dat wij het als huisartsen even goed (of slecht?) doen als de oogarts, wil nog niet zeggen dat we het goed genoeg doen. De mogelijke consequenties van een verkeerd gemeten visus (zie *Praktische gevolgen* in het artikel) rechtvaardigt de eenvoudige aanpassing van verlichting en juiste afstand.

Annet Lieveense

De Nederlandse huisarts in Europees perspectief

Met belangstelling las ik het artikel 'De Nederlandse huisarts in Europees perspectief' (H&W 2004;47:266-73). De auteurs schetsen hierin een helder beeld van de Nederlandse huisarts in relatie tot zijn Europese collega's. Als apotheker ben ik vooral geïnteresseerd in het stukje over het voorschrijven van geneesmiddelen. Nederlandse huisartsen schrijven weinig recepten per consult, maar wat betreft de kosten van geneesmiddelengebruik per inwoner hoort Nederland in de middenmoot, wat de schrijvers doet concluderen dat, aangezien het volume laag is en de kosten niet, de geneesmiddelenprijzen aan de hoge kant zijn. Het is deze conclusie die, naar mijn mening, niet uit deze gegevens getrokken mag worden. Wat wel uit deze gegevens blijkt, is dat er dure geneesmiddelen in Nederland worden voorgeschreven. Het volume is immers laag en de kosten zijn dat niet.

Een voorbeeld uit mijn eigen praktijk: uit de kengetallen van mijn apotheek blijkt dat de kosten per verzekerde onder het landelijk gemiddelde liggen terwijl de kosten per voorschrift daar ruim bovenuit steken. Huisartsen in mijn omgeving schrijven weinig recepten uit, maar kiezen wel dure middelen. Of de gemiddelde prijzen van geneesmiddelen in Nederland

aan de hoge kant zijn, kan mijns inziens alleen blijken uit een rechtstreekse vergelijking van die prijzen.

Rik Muller, apotheker

Antwoord

De heer Muller heeft gelijk; mijn conclusie is iets te breed geformuleerd. Essentieel in ons beider betoog is dat de kosten van geneesmiddelen vooral door de prijs ervan worden bepaald, en niet door het volume. Of vergelijkbare geneesmiddelen bij ons duurder zijn dan in het buitenland of dat (huis)artsen in Nederland naar verhouding dure middelen voorschrijven of dat beide verklaringen van toepassing zijn, heb ik inderdaad voor dit artikel niet uitgezocht.

Jouke van der Zee

Onze (her)registratie en accreditering in internationaal perspectief

De herregistratie van huisartsen is in Nederland niet in 1988 ingevoerd zoals Hobma et al. melden (H&W 2004;47:279-83), maar in 1978, vijf jaar na het instellen van het register van huisartsen.¹ Het artikel dat de auteurs hierbij aanhalen, heeft alleen betrekking op het verbinden van de verplichting tot het deelnemen aan deskundigheidsbevordering aan de herregistratie van huisartsen.² Het is niet juist zoals in de tabel om te stellen dat bij de herregistratie van huisartsen in ons land de beroepsgroep wel en de overheid niet is betrokken. Sinds 1998 valt het oorspronkelijk door de beroepsgroep opgezette systeem van (her)registratie van specialisten, waaronder huisartsen, onder de Wet BIG.³ Dit nu publiekrechtelijke systeem is wel gebaseerd op de inhoudsdeskundigheid van de beroepsgroep, maar de beleidsverantwoordelijkheid berust bij de overheid.

De auteurs kiezen ervoor om accreditering en certificering niet te definiëren. Dat is begrijpelijk, maar ook jammer, omdat deze begrippen in verschillende landen (en talen) een verschillende betekenis hebben. Dat maakt de vergelijking

van de systemen in de verschillende landen moeilijk.

In België en Duitsland is er geen sprake van herregistratie zoals in Nederland. Het deelnemen aan deskundigheidsbevordering leidt in deze landen tot accreditatie en daarmee tot meer inkomen; er is geen gevaar voor verlies van de specialistentitel. Tsjechië daarentegen kent, anders dan Hobma et al. aangeven, wel een enigszins met Nederland vergelijkbaar systeem, evenals Hongarije, Letland, Litouwen, Slowakije en Slovenië.⁴ Deze voormalige Oostbloklanden hebben herregistratie ingevoerd bij het herzien van hun gezondheidszorg in de jaren negentig.

Ik vind ook dat ons systeem van een verfrissende eenvoud is, maar dat andere, met name Angelsaksische landen de huidige inzichten over kwaliteit van zorg beter toepassen en integreren. In Nederland is bewust gekozen voor herregistratiecriteria die zijn gericht op *competence*, terwijl de criteria van het Verenigd Koninkrijk en Canada op *performance* zijn gericht. De herregistratie heeft in Nederland ook geen selectief doel – het opsporen van disfunctionerende dokters –, maar een educatief doel: de competentie van dokters verbeteren. Ons systeem heeft echter wel een selectief effect: als dokters niet voldoen aan de herregistratie-eisen, kan hun registratie beperkt worden of vervallen. En dat gebeurt ook. Een herregistratiesysteem zoals in het Verenigd Koninkrijk en Canada bestaat, kan in ons land niet worden gerealiseerd omdat de registratie van artsen, het toezicht op de beroepsuitoefening en het tuchtrecht zijn belegd bij afzonderlijke autoriteiten die zich bovendien bijna alle met meer beroepen in de gezondheidszorg bezighouden. In het Verenigd Koninkrijk en Canada zijn deze functies ondergebracht in één organisatie (de General Medical Council respectievelijk het College of Physicians and Surgeons) die zich slechts met artsen bezighoudt. Dat laat onverlet dat wij veel kunnen leren van het Canadese systeem. Al is het ook duur. De vijfjaarlijkse herregistratie van huisartsen kost in Nederland op dit

moment € 310. Het verplichte lidmaatschap van het College in Canada kost, inclusief de kosten van herregistratie en fitness-to-practiceprocedures, circa € 1200 per jaar. Maar daar krijg je dan ook wat voor.

L.R. Kooij, *secretaris HVRC*

- 1 Kooij LR. Herregistratie van huisartsen. *Med Contact* 1993;48:1405-6.
- 2 Kooij LR. Huisartsen, kwaliteitseisen en herregistratie. *Med Contact* 1995;50:1251-3.
- 3 Legemaate J. Een nieuwe regeling voor de opleiding en (her)registratie van specialisten. *Med Contact* 1998;53:1170-2.
- 4 Rowe A. Regulation and licensing of physicians in the European region of the WHO. *World Health Organization* 2003.

Antwoord

Collega Kooij geeft enkele waardevolle aanvullingen en nuanceren. Natuurlijk heeft hij gelijk wat betreft de invoeringsdatum van onze herregistratie. Sinds 1988 verzamelt de HVRC informatie over nascholingsactiviteiten. De overheid is via de Wet BIG inderdaad bij registratie betrokken, maar toetst feitelijk alleen of de vereiste opleidingen zijn gevolgd. De professionele inbreng domineert.

Het is lastig om verschillende landen te vergelijken en wij meenden dat het gedetailleerd definiëren van de begrippen accreditering en herregistratie de verwarring eerder zou vergroten dan verkleinen. Toch is in onze tekst over Tsjechië een onjuistheid geslopen. De Tsjechische artsenkamer regelt de (her)registratie van alle artsen, maar er is geen apart systeem voor huisartsen. Veel 'huisartsen' werken zowel in de eerste als de tweede lijn, en vallen dus tevens binnen de intramurale accrediteringsregelingen.

Wat betreft het Verenigd Koninkrijk lijkt Kooij de positie van de General Medical Council te overschatten. Deze is beperkt door de grote invloed van de regionale eerstelijnsorganisaties en door het instellen van een publiekrechtelijke mogelijkheid van beroep.

Belangrijker is de Nederlandse situatie, waar afzonderlijke autoriteiten zich met de diverse taken bezighouden en er nau-

welijks onderlinge uitwisseling van informatie is. Ons systeem van herregistratie heeft – ook volgens Kooij – een educatieve functie en moet dus de meest effectieve nascholing stimuleren. Wij denken dat het systeem van accreditering heeft bijgedragen aan een hogere kwaliteit van deze nascholing, bijvoorbeeld door zich te richten op de NHG-Standaarden. Maar zoals Wensing en Van der Weijden laten zien, zijn de inzichten over kwaliteitsverbetering voordurend in beweging.¹ Deze veranderingen kunnen het noodzakelijk maken om het accrediteringssysteem aan te passen.² Scheiding hiervan in meerdere autoriteiten staat flexibiliteit in de weg. In 1995 schreef Kooij: 'Doordat een groot aantal ontwikkelingen gelijktijdig plaatsvindt, lijkt het soms alsof het kwaliteitsbeleid van huisartsen uit losse elementen bestaat. De komende jaren is het van groot belang alle elementen samen te smeden tot een goed samenhangend geheel.'³ Naar onze smaak is dit nog altijd waar.

Sjoerd Hobma, Johannes Dalhuijsen

- 1 Wensing M, Van der Weijden T. Kwaliteitsverbetering: over heilige huisjes en voortschrijdend inzicht. *Huisarts Wet* 2004;47:263-5.
- 2 Hobma S, Dalhuijsen J, Engels Y. Onze (her)registratie en accreditering in internationaal perspectief. *Huisarts Wet* 2004;47:279-83.
- 3 Kooij LR. Huisartsen, kwaliteitseisen en herregistratie. *Med Contact* 1995;50:1251-3.

Nekpijn

Het diagnostiekartikel over nekpijn (H&W 2004;47:306-9) vermeldt dat domperidon torticollis kan veroorzaken. Dit moet volgens mij metoclopramide zijn. Helaas wordt dit laatste wel vergoed en het eerste niet.

M.A.J. Veldhuijzen van Zanten