

Nieuwe afspraak met verzekeraar: een echte kwaliteitsverbetering?

Sinds enige tijd werken wij in de hele regio van de huisartsenkring Noordoost Nederland met de 'module prescriptie afspraak'. Hierbij stimuleert de grootste ziektekostenverzekeraar huisartsen om voor te schrijven op financiële gronden door middel van 'prestatie-indicatoren' ontwikkeld door het DGV (Nederlands Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik, zie www.medicijngebruik.nl). Als je als huisarts aan de indicatoren voldoet, krijg je 1 euro extra uitbetaald per patiënt die in je praktijk ingeschreven staat.

Het gaat om de volgende indicatoren:

1. Inhalatiecorticosteroiden bij astma; volgens de norm moet je bij minstens 85% van de astmapatiënten een inhalatiecorticosteroid voorschrijven.
2. Statines bij diabetes; minstens 74% van je diabetespatiënten schrijf je een statine voor.
3. Generiek SSRI; minstens 90% van de voorgeschreven SSRI's moet generiek zijn.
4. Statines bij nieuwe gebruikers; minstens 80% daarvan moet pravastatine of simvastatine zijn.
5. Niet vroegtijdig stoppen met antidepressiva; minstens 72% van de antidepressiva-gebruikers stopt hier niet binnen een half jaar mee.
6. Geriatrische dosering temazepam; minstens 81% van de 75-plussers die temazepam gebruiken, slikken temazepam 10 mg en niet 20 mg.

Als principieel NHG-lid koester ik het principe dat je het middel voorschrijft dat volgens jou het beste is voor de patiënt. Uitgangspunt daarbij is je eigen medische werkhouding, onafhankelijk en zuiver, en niet een eventuele extra financiële beloning.

Men schroomt niet deze heilloze corrumpering onder de vlag van de NHG-Standaarden te brengen, terwijl het volgens dezelfde NHG-Standaarden juist om maatwerk gaat, waarbij je de relevante

factoren in de concrete situatie van je patiënt afweegt.

Er zijn andere methoden om te zorgen dat er niet onnodig allerlei dure specialités worden afgeleverd. Met een generiek preparaat zouden bijvoorbeeld de meerkosten van het duurdere specialité gewoon niet meer vergoed moeten worden. Hopelijk zijn we in 2009 verlost van deze onzinnige 'prescriptie-afpraak'!

Floris Strumphler

Enkelklachten

Van Rijn et al. (H&W 2008;51:330-3) pleiten voor onderzoek naar prognostische factoren voor aanhoudende enkelklachten na inversietrauma. Deze factoren zijn volgens mij subtiele functiebeperkingen die met specifieke manueel geneeskundige (MG) onderzoekstechnieken opgespoord en behandeld kunnen worden. Bij een MG behandeling wordt als het ware op de resetknop gedrukt; de functie van de enkel herstelt meestal onmiddellijk.

De functiestoornissen na een inversietrauma zitten meestal in het bovenste spronggewricht (BSG), het onderste spronggewricht (OSG) en het gewricht van het fibulakopje met de tibia. Ook elders in de bewegingsketen kunnen (onderhoudende) stoornissen optreden.

Screenende anamnese en onderzoek voor genoemde subtiele functiebeperkingen zijn bij het BSG vaak een strak of een bandgevoel om de enkel en moeite met dorsiflexie. Hurken gaat niet goed; de hak is aan de beperkte kant niet goed op de grond te plaatsen.

Bij een OSG is er vaak sprake van instabiliteitsklachten op oneffen terrein, en veel minder op vlakke grond. Mogelijk worden OSG-beperkingen vaak onterecht als instabiliteit aangemerkt. Als de patiënt niet op de laterale voetrand kan lopen, is de kans op een beperking van het OSG groter.

Functiebeperkingen van het tibiofibulaire gewricht gaan vaak gepaard met een strak of beurs gevoel rond het fibulakopje en met beperking van het BSG. Normaliter

exoroteert de fibula bij het strekken van de knie. Een verminderde exorotatie pleit voor functiebeperking van het fibulakopje. Indien genoemde beperkingen beiderzijds voorkomen, is herkennen vaak erg lastig.

Een arts MG kan deze beperkingen oplossen. Manueel fysiotherapeuten herkennen vaak genoemde beperkingen en/of resten hiervan niet. Als een beperking is opgelost, zijn mensen vaak verbaasd omdat de pijn, beperking en instabiliteitsgevoel ineens afnemen. Shinsplintsklachten verminderen vaak direct als genoemde beperkingen opgeheven worden. Mogelijk zijn dit soort klachten een gevolg van beperkingen die zijn ontstaan door een eerder opgelopen lateraal enkeltrauma.

Raoul Boot, huisarts/arts MG.

Antwoord

Collega Boot doet, in wat lijkt op een promotie voor de manuele geneeskunde, opzienbarende uitspraken over het oplossen van restklachten na een acuut lateraal enkeltrauma. De door hem aanbevolen behandeling zou dé oplossing zijn voor patiënten met aanhoudende klachten. Jammer dat elke wetenschappelijke onderbouwing ontbreekt en we zo verstoken blijven van argumenten die de oplossing van dit probleem ondersteunen. Want uit een recent gepubliceerde systematische review blijkt dat 1 jaar na het initiële enkeltrauma 5% tot 33% van de patiënten nog steeds pijn en instabiliteit rapporteert, dat 34% van de patiënten minstens 1 recidief oploopt, en dat zelfs na een periode van 3 jaar 15 tot 64% nog niet hersteld is.¹

De prognostische factoren waarover gesproken wordt in ons artikel zijn factoren die voorspellen of patiënten al dan niet herstellen. Ik ben het niet eens met Boot dat de functiebeperkingen, waarover hij het heeft, prognostische factoren zijn voor aanhoudende klachten, maar deel wel de mening dat deze functiebeperkingen er onder andere toe leiden dat patiënten niet herstellen. Prognostische factoren voor aanhoudende klachten