

Interview met Roelf Norg:

‘Het werk van huisartsen én urologen leuker maken’



In januari van dit jaar promoveerde Roelf Norg op zijn proefschrift *A general practitioner's approach to lower urinary tract symptoms*. Elders in dit nummer doet hij verslag van zijn onderzoek. Hieronder vertelt hij over zijn bevindingen en over de ideeën die geen plek vonden in het proefschrift.

Boeiende trial

Norg noemt de keuze voor het onderwerp ‘bemoeilijkte mictie’ een samenloop van omstandigheden. ‘Eigenlijk wilde ik een onderzoek doen naar hartfalen, maar dat liep stuk op geldproblemen. Bovendien had ik eerst een wat uitdagender onderzoeksopzet, namelijk een cohortstudie plus twee trials, één naar mensen met en één naar mensen zonder klachten. Dat was wat al te ambitieus; daarvoor waren twee onderzoekers nodig. Toen de collega met wie ik dat samen zou doen uitviel, werd het onhaalbaar om het onderzoek in m'n eentje te doen. Het was nu ook al heel veel werk! Maar ach, ruimte is er eigenlijk altijd als je die maakt. En gelukkig kon ik er toch een heel boeiende trial voor mezelf uithalen.’

Huisartsgeneeskundige patiënten

Het onderzoek begon in 1999 toen 14 praktijken (26 huisartsen) uit Zuidoost-Nederland al hun mannelijke patiënten van 55 jaar en ouder aanschreven. Uiteindelijk kwamen daaruit 208 mannen naar voren die aan het onderzoek deelnamen: 104 in de interventiegroep en 104 in de controlegroep. Norg: ‘Het ging om mannen zoals je ze op het spreekuur zou kunnen krijgen en waar je als huisarts iets mee moet doen. Als je bijvoorbeeld prostaatcancer vermoedt, wordt de patiënt verwezen en dan is het geen huisartsgeneeskundige patiënt meer.’ De 104 mannen in de controlegroep kregen *care as usual*; bij de 104 mannen in de interventiegroep werd gepoogd ‘doelmatiger’ zorg te verlenen. ‘We probeerden meer geselecteerd aan die mensen die er baat bij hebben een behandeling voor te schrijven en dan ook de juiste behandeling. We gingen ervan uit dat je dan winst zou moeten boeken ten opzichte van de huidige praktijk. Maar dat bleek niet het geval. We weten feitelijk nog steeds niet wie nou welke behandeling moet krijgen. Je staat als huisarts voor het dilemma dat je zelf niet of heel moeilijk kunt meten of je op een doelmatige manier bezig bent. In de praktijk wacht je tot mensen klachten hebben, dan geef je ze een proefbehandeling die je continueert bij succes of verandert als er geen verbetering is. Dat houdt een risico in op onder- én overbehandeling. Want maar een deel van de patiënten heeft baat van de medicatie.’

Behandeling en diagnostiek

Bij bemoeilijkte mictie zijn er vier soorten behandeling. Allereerst het ‘watchful waiting’, inclusief geruststelling en voorlichting, wat in veel gevallen het beleid van de huisarts zal zijn. Ook alfablokkers worden veelvuldig voorgeschreven. Dan zijn er nog mogelijkheden van een operatie of het voorschrijven van 5-alfareductaseremmers, maar deze laatste zijn volgens diverse richtlijnen geen huisartsgeneeskundig medicament. ‘Die werken alleen bij een vergrote prostaat en die diagnose kun je als huisarts moeilijk stellen. Er zijn door ons onderzoek hier inmiddels enkele huisartsen met veel ervaring in rectaal toucher en die kunnen dat wel beoordelen. Maar de meeste huisartsen hebben die ervaring niet, zo blijkt, want er is weinig correlatie tussen de uitslagen van de rectale touchers en echografieën. Helaas kunnen huisartsen dit soort echodiagnostiek meestal niet in eigen beheer doen.’

Minder naar de uroloog!

Norg vindt het jammer dat huisartsen zo frequent hun patiënten voor diagnostiek naar de uroloog moeten verwijzen. ‘Dan zal namelijk de uroloog bijna altijd ook de plasklachten aanpakken. Overigens niet alleen omdat de uroloog dat zelf wil, maar ook omdat de verwijzingen vaak niet specifiek genoeg zijn. Urologen melden vaak dat de vraagstelling in verwijsbrieven niet concreet is verwoord. Dat is jammer, want als je specifieke vragen stelt en goed geprotocolleerd werkt, kun je ook heldere afspraken maken over verwijzen en terugverwijzen, en ook over wat je als huisarts wel en niet zelf doet. Dan kun je meer in de richting van transmurale zorgstraten en DBC's gaan denken. Het werkerrein van de huisartsen zou daarmee kunnen veranderen, en volgens mij zou dat leuker zijn voor zowel de huisarts als de uroloog.’ Desgevraagd wil Norg die gedachtegang wel wat concreter maken. ‘Stel, je vermoedt prostaatcancer bij een patiënt. Behalve een rectaal toucher, laat je ook het PSA bepalen én een biopsie doen. Die uitslagen gaan dan terug naar de huisarts. Zijn deze uitslagen negatief, dan moet de huisarts zich afvragen of de klachten nog wel actueel zijn. Want uit diverse onderzoeken is gebleken dat mannen met plasklachten vooral naar de huisarts gaan uit angst voor prostaatcancer. Als je zo'n man kunt geruststellen, is de hulpvraag vaak al verholpen en heeft de patiënt helemaal geen behoefte aan een medicamenteuze behandeling voor de plasklachten. Het maken van zo'n tussenstap zou de efficiency dus verhogen en het zou ook kosteneffectiever zijn. Het werk van de huisarts wordt leuker, want die doet zélf iets met die klachten. En het werk van de uroloog wordt ook leuker, want die hoeft niet talloze malen hetzelfde te doen en houdt zo meer tijd over om

geavanceerder urologische behandelingen te doen. Het zou volgens mij goed zijn als huisartsen en urologen daarover afspraken met elkaar zouden maken.'

Angst voor prostaatkanker

Norg vindt dat er meer aandacht en erkenning zou moeten zijn voor de factor angst voor prostaatkanker in de richtlijnen voor bemoeilijkte mictie. Prostaatkanker en bemoeilijkte mictie zouden in één standaard moeten worden opgenomen. 'De standaard *Bemoeilijkte mictie* zegt bijna terloops ook nog iets over screening op prostaatkanker, alsof het er niet helemaal bij hoort. Maar voor mannen met plasklachten hoort dat er nadrukkelijk wél bij, want het is hun grootste angst. We zouden eigenlijk elk consult over plasklachten moeten beginnen met de vraag naar de angst voor prostaatkanker, want die bepaalt mede de gehele verdere diagnostiek en behandeling. We moeten accepteren dat de angst voor prostaatkanker een maatschappelijk feit is. Daarom heb ik in mijn proefschrift een veel genuanceerder standpunt ingenomen over de PSA-bepaling dan de standaard voorschrijft. Vanmorgen las ik een kop in *Trouw* dat we niet alleen vrouwen moeten screenen op borstkanker, maar dat we net zoveel aandacht zouden moeten besteden aan mannen met prostaatkanker. Dat past gewoon bij de realiteit van de patiënt, die ook niet onterecht is als je kijkt naar de sterftcijfers: het is een van de belangrijkste doodsoorzaken bij mannen. Weliswaar komt slechts een minderheid van de plasklachten door prostaatkanker, maar het staat wel bovenaan het lijstje van de patiënt.'

Niet placebogecontroleerd

Bijzonder aan het onderzoek van Norg is dat het niet 'gewoon placebogecontroleerd' was. 'Bij de interventiegroep heeft de huisarts alle vier de behandelingen overwogen. Dat is een belangrijk verschil met placebogecontroleerde medicatieonderzoeken, want die zijn heel nuttig, maar vaak ook heel erg niet nuttig. Want je kiest in de praktijk zelden tussen a of niets. Je kiest tussen a en b. Je zoekt naar de onderlinge effectiviteit van behandelingen, klachten en patiënten. Soms is een operatie bijvoorbeeld de meest effectieve behandeling, maar dat is wel erg ingrijpend. Dan kies je misschien voor een minder effectieve medicamenteuze behandeling, afhankelijk van wat de patiënt wil.'

Die pragmatische aanpak, uitgaande van de eerstelijns populatie, werd nadrukkelijk nagestreefd in Norgs onderzoek. 'We gingen uit van de beslissingsmogelijkheden die de huisarts daadwerkelijk heeft. De kern van het onderzoek zat in de onderlinge samenhang van de vier behandelingsmogelijkheden van de huisarts bij bemoeilijkte mictie. Daarbij was een logische rangorde belangrijk. Om die reden kozen we in een ander gedeelte van het onderzoek voor het uitwerken van twee behandelingsstrategieën:

- begin met selecteren wie je wilt verwijzen en schrijf aan de rest medicatie voor;
- begin met een proefbehandeling en verwijs pas als die geen effect heeft.

Voor beide strategieën is iets te zeggen. Als je start vanuit het

patiëntenperspectief, dan verschillen mensen heel erg in dit soort voorkeuren. Sommigen willen de meest zekere oplossing, dus een operatie, en sommigen willen de minst ingrijpende. De patiënt kan heel andere ideeën hebben dan jij als huisarts. Het is goed om de patiënt daarin een duidelijke stem te geven.'

Weg met de alfablokkers?

Opvallend is echter dat de effectiviteit van de medicatie erg klein blijkt te zijn. Norg: 'Je zou zelfs kunnen zeggen dat die effectiviteit voor huisartsen bijna onmeetbaar is. Althans, de objectieve urineflow zal met alfablokkers dan wel verbeteren, maar dat verschil is door de patiënt meestal niet te voelen. De IPSS (International Prostate Symptom Score) is ook niet heel erg geschikt om de effectiviteit van de medicatie vast te stellen.'

Laat die alfablokkers dan maar zitten? 'Nee, dat is een wat al te boude uitspraak. Alfablokkers kunnen de klachten wel degelijk reduceren, maar ze doen dat slechts bij een beperkt aantal mensen. Bij een deel van hen kun je niet echt vaststellen of de situatie verbeterd is, zowel als het gaat om niet merkbaar/wel meetbaar als bij wel merkbaar/niet meetbaar. Feit blijft dat alfablokkers de langetermijncomplicaties van plasklachten niet verbeteren, dus moet je je beperken tot de mensen die de verbetering merken, en dat is een minderheid.'

Eenzaamheid meewegen

Een opmerkelijke stelling bij het proefschrift luidt: 'In huisartsgeneeskundig onderzoek verdient "eenzaamheid" als determinant, confounder en/of uitkomstmaat een belangrijker plaats.' Desgevraagd licht Norg toe: 'Ik denk dat eenzaamheid veel voorkomt en mensen die eenzaam zijn doen volgens mij minder aan dit soort onderzoeken mee. Dan krijg je dus een selectie. Bovendien bepaalt eenzaamheid de manier waarop klachten worden ervaren en dus ook de ervaren effectiviteit van de behandeling. Eenzaamheid is een ander concept dan angst of depressie, die wel vaak worden meegewogen. Eenzame mensen hoeven niet depressief te zijn, terwijl ze toch vaak een negatieve stemming hebben die hun kijk op hun gezondheid sterk beïnvloedt. Dat zou je in gedachten moeten houden als je je inspant om die gezondheid te verbeteren. Ik ben ervan overtuigd dat eenzaamheid een sterke determinant is van ziekten en kwalen.'

En nu: de nieuwe praktijk!

Het onderzoek is afgelopen, het proefschrift klaar en de promotie een feit. Maar van rust was niet echt sprake na januari. 'Nota bene op de receptie van de promotie kwam de architect van ons nieuwe praktijkgebouw met me overleggen. Het ging dus wat je noemt naadloos in elkaar over: onderzoek eindigt, verbouwing begint.' De praktijk in Haalen is dan ook gloednieuw; die is 1 juli geopend. En eerlijk is eerlijk, het ziet er mooi ruim en licht uit, met een aparte spreekkamer voor de praktijkondersteuner en – anticiperend op de toekomst – ook een spreekkamer voor de aios die Norg en zijn eveneens praktiserende echtgenote in hun praktijk willen gaan opleiden. 'We zijn er ook best trots op!', aldus Norg.

Ans Stalenhoef