

## Interview met René Bijkerk: 'De huisarts is specialist in functionele klachten'



René Bijkerk is huisarts in Julius Gezondheidscentrum Terwijde in de Utrechtse wijk Leidsche Rijn. Namens de huisartsen uit die wijk is hij lid van een stuurgroep met de opdracht de academisering van de Julius Gezondheidscentra vorm te geven. Ook is hij bestuurslid van de huisartsencoöperatie Noord-West Utrecht met als taak ketenzorgprogramma's te ontwikkelen en voor de leden te contracteren.

Vorig jaar promoveerde Bijkerk op het proefschrift *Irritable bowel syndrome in primary care*. In dit interview vertelt hij over zijn bevindingen.

### Link met het verleden

Tijdens zijn basisopleiding ontwikkelde Bijkerk zijn belangstelling voor het huisartsenvak, maar ook voor het onderwerp prikkelbaredarmsyndroom. 'Als agnio zat ik zowel op de afdelingen Interne Geneeskunde als Psychiatrie. Op beide afdelingen kom je heel veel patiënten tegen met buikklachten. Toen er dus vanuit het Julius Centrum belangstelling was voor een onderzoek naar de haalbaarheid van behandeling van PDS in de huisartsenpraktijk, wilde ik dat graag doen. We wilden kijken naar de verwachtingen van de patiënt, naar behandelingsmogelijkheden en – wat de methodiek betreft – naar wat de goede eindpunten van het onderzoek zouden moeten zijn. De focus van het onderzoek moest komen te liggen op de effecten van behandeling van PDS in de eerste lijn en dan vooral het effect van oplosbare en onoplosbare vezels op de klachten.'

Het onderwerp prikkelbaredarmsyndroom had dus duidelijk de belangstelling van Bijkerk. Of had zijn onderzoek ook over een ander onderwerp kunnen gaan? 'Er was inderdaad een duidelijke link naar mijn verleden in het ziekenhuis, maar een ander onderwerp was ook prima geweest. Naar PDS was echter nooit goed onderzoek gedaan, en je ziet als huisarts toch heel veel patiënten met buikklachten. Dan is er onzekerheid: is er niet toch een andere oorzaak? Je wilt patiënten niet somatiseren, maar je geruststelling over de klachten moet wel gefundeerd zijn. Vaak geef je een dieetadvies, maar doet dat nou werkelijk iets? Je ziet dat patiënten anders reageren op oplosbare en onoplosbare vezels; ik wilde de effectiviteit van beide *once and for all* uitzoeken.'

### Financiële struikelblokken

Zoals zo vaak was de financiering van het onderzoek een groot probleem. 'Het voorstel voor het onderzoek werd door het CVZ afgewezen.. Het onderzoeksidee heeft toen een tijd in de ijskast gelegen, maar tijdens het laatste jaar van mijn opleiding ben ik er toch weer werk van gaan maken. Uiteindelijk kwam er financiering vanuit het Programma Alledaagse Ziekten van ZonMw, dat ooit een initiatief is geweest van het NHG. Weliswaar ging het om een kleine subsidie, maar toch kon ik er mijn onderzoek mee afronden. Al met al werd het dus een soort aiotho-constructie, want een deel van het onderzoek deed ik nog tijdens mijn opleiding. Maar in de tijd dat ik een praktijk opzette én het promotieonderzoek erbij deed, had ik mijn handen wel heel erg vol. Gelukkig kwam er snel een collega bij en ging het wat beter; toen deed ik twee dagen onderzoek en drie dagen praktijk. Omdat er niet voldoende financiering was voor het onderzoek was het al met al een heel gedoe om de balans tussen werk en privé goed te houden.'

### Vezels of psychische benadering?

Het belangrijkste symptoom van het prikkelbaredarmsyndroom is buikpijn en vervolgens het afwijkende ontlastingspatroon. Vermindering van de buikpijn is in dit onderzoek dus als belangrijkste uitkomstmaat genomen, want: 'Vezels veranderen het ontlastingspatroon en daarmee neemt de pijn ook af. De belangrijkste vraag was dus of oplosbare of onoplosbare vezels het meest effectief zijn. Bijna alle huisartsen geven voedingsadviezen en de laatste tijd zie je een duidelijke verschuiving naar het adviseren van psylliumzaad, ofwel oplosbare vezels. Volgens mijn onderzoek is die verschuiving terecht. We hadden aanwijzingen dat tarwezemelen ook goed zouden werken, maar dat hebben we niet kunnen aantonen, terwijl veel patiënten intolerant bleken voor tarwezemelen. Gebaseerd op deze resultaten lijkt een aanpassing van de NHG-Standaard noodzakelijk, namelijk met de aanbeveling om voor symptoomvermindering psylliumzaad te proberen.'

Zou een psychische benadering niet beter zijn bij deze toch duidelijk functionele klacht? 'Dat was niet het uitgangspunt van dit onderzoek. Ik wilde uitsluitend uitzoeken of de benadering die we heel vaak toepassen in de huisartsenpraktijk al dan niet werkt. Maar er is zeker een subgroep patiënten bij wie een psychische benadering heel zinvol zou zijn, vooral als er sprake is van ernstige en aanhoudende klachten, en veel comorbiditeit. Ik zou beginnen met geruststelling en uitleg hoe de darm werkt, gecombineerd met het adviseren van psylliumgebruik. Pas als er onvoldoende effect is, zou ik een psychische benadering toepassen. Wel moet

dan eerst weer worden uitgezocht welke benadering het best is. Hypnotherapie is effectief, en dat lijkt ook het geval bij cognitief gedragstherapie. Het is nog niet duidelijk of *problem solving treatment* een goede benadering is.'

### **Puzzelstukjes**

In vele proefschriften luidt de conclusie dat er meer onderzoek nodig is. Zo ook bij Bijkerk. 'Je moet eerst kijken voor welke groep patiënten aanvullend onderzoek nodig is. Het is immers belangrijk om onderscheid te kunnen maken met andere klachten en dus moet je kunnen bepalen wie bijvoorbeeld coloscopie krijgt. Verder is meer onderzoek nodig naar de etiologie, want we weten helemaal niet wat de oorzaak is van deze klachten. Ook het onderzoeken van andere behandelingsmogelijkheden is belangrijk, bijvoorbeeld de werkzaamheid van probiotica. En tot slot moet je de diverse psychiatrische interventies tegen elkaar afgewegen. Het is allemaal dus nog een puzzel en daar moeten nog veel stukjes van worden gezocht.'

Bijkerk is dan ook nog niet van plan om het onderwerp los te laten. 'Ik ben zojuist gevraagd voor een NHG-werkgroep over dit onderwerp. Ik weet nog niet precies wat die precies gaat aanpakken; ik denk herziening van de standaard. Maar ik heb al wel ja gezegd. Dan zullen we in elk geval verder graven in het onderwerp.'

### **Enkele stellingen**

Een van de stellingen bij het proefschrift luidt: 'De huisarts is ook specialist in functionele aandoeningen.' Wat bedoelt Bijkerk daar precies mee? 'Maar liefst 30% van de patiënten in de huisartsenpraktijk heeft een klacht waarvoor we geen lichamelijke oorzaak vinden. Als patiënt zoek je bij klachten als eerste contact met de huisarts, en dus is die ook de aangewezen persoon om hier adequaat mee om te gaan. Dus: geruststellen en uitleg geven. Dan blijft er altijd een kleine groep over die een andere behandeling nodig heeft, die de huisarts in veel gevallen zelf kan geven. Let wel, ik denk niet dat de huisarts zelf bijvoorbeeld cognitief gedragstherapie moet gaan toepassen, maar dat kan wel heel goed onder diens vleugels gebeuren, bijvoorbeeld door de praktijkondersteuner of SPV'er. Voor de patiënt werkt dat vaak beter dan doorverwijzen, want dan krijg je al gauw te horen: "Ik ben toch niet gek!" De eigen huisartsenpraktijk is lekker laagdrempelig en ik ben ervan overtuigd dat daar goede hulp kan worden gegeven bij het omgaan met dit soort klachten.'

Een andere stelling die wel wat toelichting behoeft, luidt: 'Nieuwe media doen oude tijden herleven'. Bijkerk: 'Door de enorme toename van e-mail, portals, communities, weblogs en noem maar op, wordt het contact steeds onpersoonlijker. En ook de dokter komt meer op afstand nu steeds meer communicatie langs de elektronische weg gaat. Maar de kracht van de huisarts is juist dat het contact zo persoonlijk is. Ik denk dat hoe anoniemer de omgeving wordt, hoe meer mensen op zoek gaan naar een vertrouwd contact.'

### **Rustiger vaarwater**

De promotie is nu bijna een jaar geleden, waarmee een ongetwijfeld zeer drukke periode is afgesloten. 'Ja, het werd wel wat rustiger, maar op de praktijk was het heel erg druk. Ik heb op een gegeven moment zelfs even geen nieuwe dingen meer aangenomen omdat ik me wilde bezinnen op wat ik nu zou gaan doen. Dat is nog niet helemaal uitgekristalliseerd. Voorlopig doe ik even geen nieuw onderzoek, maar dat komt later zeker wel weer eens, want ik heb heel erg genoten van het promotietraject. Ook al was het soms zwaar, omdat er wegens het gebrek aan financiering geen ondersteuning mogelijk was. Het Programma Alledaagse Ziekten geeft wat dat betreft een goed signaal af, en het is ook prima dat de UMC's nu geld moeten gaan vrijmaken voor onderzoek naar alledaagse aandoeningen.'

Het was overigens niet alleen Bijkerk die plezier had in het onderzoek. 'Ik vond het vooral leuk dat zoveel huisartsen, praktijkassistentes en praktijkondersteuners er met heel veel enthousiasme aan hebben meegewerkt. Iedereen heeft er zijn best voor gedaan en dat vond ik heel bijzonder, want er stond geen enkele vergoeding tegenover. En het is nu eenmaal erg belangrijk dat huisartsen zich inzetten voor onderzoek.'

### **Hoe nu verder?**

Tot slot geeft Bijkerk desgevraagd zijn visie op de toekomst van het huisartsenvak. 'Ik denk dat differentiatie een belangrijke rol gaat spelen. Bij de Julius Gezondheidscentra zijn we heel actief op dit gebied. We hebben de mogelijkheid om consultants aan te stellen voor hart- en vaatziekten, diabetes, GGZ, astma/COPD, en infectieziekten. Die consultants zullen in samenwerking met het Julius Centrum actief zijn in het opzetten van zorgprogramma's, onderzoek en onderwijs. Dan ontwikkel je dus ketenzorg. Ik zie zeker gebeuren dat je huisartsenklinieken krijgt - de "anderhalfste lijn" - waarin huisartsen behandelingen gaan geven voor specifieke aandoeningen.

Voor de patiënt zit nu een financiële brug verankerd in de ketenzorg en dat zou moeten veranderen. Als je bijvoorbeeld vanuit de huisartsenpraktijk wordt verwezen, verschuif je van een verrichtingentarief naar een budgetteringstarief. En als het budget op is, worden er geen handelingen meer verricht. Dat is onlogisch. Om de zorg betaalbaar te houden, moet er in het belang van de patiënt meer van de tweede lijn verschuiven naar de eerste lijn en de financiering moet "ontschot" worden. Dan zullen we als huisartsen ook goede zorg moeten verlenen en daarin ook transparantie moeten bieden. De NHG-Praktijkaccreditering is daartoe heel belangrijk.

En tot slot zullen praktijken ook een bijdrage moeten leveren aan onderzoek en onderwijs. Daar ligt in elk geval mijn eigen toekomst.'

*Ans Stalenhoef*