

Interview met Paul Houben:

# ‘Als je geen pathologie hebt kunnen aantonen, begint het probleem pas’



Op 17 september promoveerde Paul Houben op zijn proefschrift *Interpretation of diagnostic test results. Pretest expectations, test interpretation and management decisions in routine general practice*. Elders in dit nummer is zijn onderzoeksartikel opgenomen. In een interview vertelt hij wat zoal bij zijn onderzoek kwam kijken.

## Blanco gebied

Gevraagd naar de reden waarom hij dit onderwerp voor zijn onderzoek heeft gekozen, vertelt Houben: ‘In Maastricht en Nijmegen is er al langere tijd een onderzoekslijn gaande naar het huisartsgeneeskundig gebruik van laboratoriumdiagnostiek, vooral ook gericht op het rationeel aanvragen daarvan. Het blijkt steeds dat verbeteringen op zich wel mogelijk zijn, maar dat het lastig is om in de praktijk het aanvragen van laboratoriumonderzoek terug te dringen. Het was dus interessant om eens te bezien wat er precies gebeurt bij de diverse onderzoeken die huisartsen laten doen. We bekeken daartoe de literatuur over dit onderwerp en zagen dat het een behoorlijk blanco gebied was.’

## Veronderstellingen ontkracht

‘Op medisch-besliskundige gronden kun je als huisarts veelal wel een afwachtend beleid voeren en vaak is laboratoriumonderzoek dus niet nodig’, stelt Houben. ‘Maar of overbodig laboratoriumonderzoek ook nadelig zou zijn, wat vaak wordt gedacht, was nooit echt onderzocht. Verondersteld werd bijvoorbeeld dat dikwijls het zogenoemde “cascade-effect” zou optreden bij fout-positieve uitslagen, maar mijn onderzoek toont aan dat dit erg meevalt. Ook werd verondersteld dat de tests veel afwijkingen zouden aantonen en dat deze het beleid van de huisartsen zouden beïnvloeden, maar die blijken daar weloverwogen en rationeel mee om te gaan.’

Huisartsen doen het dus niet zo slecht. Je wilt natuurlijk liever iets kunnen publiceren waaruit blijkt dat iets anders of beter moet, maar de Nederlandse huisarts is al heel terughoudend met het aanvragen van laboratoriumdiagnostiek vergeleken met andere landen. Wel zijn er grote verschillen tussen huisartsen onderling: sommige vragen heel veel aan, andere bijna niets. We weten niet precies waarom; wellicht heeft het met onzekerheid van de huisarts zelf te maken.’

## Intuïtie van de huisarts

Wat zijn volgens Houben de belangrijkste bevindingen uit zijn onderzoek? ‘We hebben nu meer inzicht gekregen in de redenen waarom het moeilijk is om aanvraaggedrag van huisartsen te veranderen. Een belangrijk gegeven daarbij is dat huisartsen zélf geen problemen of nadelen zien van hun laboratoriumaanvragen. Bovendien wordt de waarde van een test, en of deze al dan niet zinvol is, vrijwel altijd berekend aan de hand van medisch-besliskundige redenen, maar die spelen in de praktijk nauwelijks een rol. Huisartsen hebben nu eenmaal over het algemeen een sterk ontwikkelde intuïtie, en ze dóén daar ook iets mee. Het gevoel dat ze in de spreekkamer krijgen bij een patiënt is heel belangrijk voor het verdere beleid.’

Waarom vragen huisartsen dan toch vaak laboratoriumonderzoek aan terwijl ze hun voorgenomen beleid alleen maar wijzigen als de testuitslagen sterk afwijken van hun eigen vooronderstellingen? ‘Ter geruststelling van de patiënt, om hun eigen onzekerheid weg te nemen, of om het pad te effenen als de patiënt moet worden meegenomen naar het tweede spoor. Dat laatste speelt heel vaak een rol. Met een negatieve testuitslag in de hand is het makkelijker om met de patiënt de volgende stap in het behandelingsproces te zetten.’

## Voor- en nadelen aiothotraject

In 2001 begon Houben met zijn onderzoek, een jaar voor hij aan de huisartsenopleiding begon en dus het aiothotraject kon afleggen. Heeft hij de combinatie van een promotieonderzoek en de opleiding zwaar gevonden? ‘Nee, dat viel op zich wel mee. Je bent met beide onderdelen parttime bezig en die twee inspireren en stimuleren elkaar. Nadeel is wel dat je wat minder gefocust bent. Maar een voordeel is dat je soms gaten kunt opvullen; de dataverzameling bij een onderzoek duurt bijvoorbeeld soms erg lang en dan is het fijn om je te kunnen bezighouden met je opleiding. Veel zwaarder vond ik de periode vanaf 2006, toen ik huisarts werd. Ik denk dat als je eenmaal een praktijk hebt, het heel lastig is om nog aan een promotieonderzoek te beginnen. Ik ben dus blij dat ik het op deze manier heb aangepakt. Bovendien heb ik heel veel geleerd van het promotietraject; daar heb je de rest van je leven wat aan.’

Kan Houben voorbeelden geven van wat hij zoal heeft geleerd tijdens het promotietraject? ‘Schrijven, bijvoorbeeld, want je wilt in je proefschrift je boodschap goed formuleren en de kern kort en duidelijk kunnen weergeven. Ook ben je als huisarts vaak productiegericht aan het denken, maar bij het maken van een proefschrift moet je juist procesmatig denken. Het zijn twee volkomen

verschillende manieren van werken, en die combinatie is heel leerzaam.'

### Promotie en carrière

Houben was nog lang niet klaar met zijn promotie in Maastricht toen hij al verhuisde naar Amsterdam, waar hij inmiddels praktiseert én als universitair docent werkt bij VUmc. Vanwaar die snelle ommezwaai? 'Tijdens het promoveren merkte ik al dat mijn hart ligt bij het onderwijs. Onderzoek is een traag, stroperig proces. Onderwijs is veel concreter; je bent dan direct met studenten bezig. Overigens woonde ik niet in Maastricht, maar in Eindhoven en het op-en-neer reizen tussen die twee steden was echt geen pretje. Ik wilde dus best in Amsterdam gaan wonen.'

Zou Houben deze functie ook hebben gekregen als hij niet was gepromoveerd; met andere woorden, is een promotie goed voor je carrièrekansen? 'Zonder promotie zou het misschien wel lastiger zijn om deze functie te krijgen, want binnen de universitaire hiërarchie wordt promoveren belangrijk gevonden. Het is natuurlijk een wetenschappelijke wereld en met een promotie heb je in elk geval bewezen dat je procesmatig kunt denken en boven de stof kunt staan. Je hebt, kortom, dan al wat bagage. Maar een promotie is heus niet voor alle onderdelen van onderwijs nodig.'

### Naast je patiënt staan

Een van de stellingen bij het proefschrift luidt: *Patiënten zijn maar matig geïnteresseerd in wat ze niet hebben, ze willen vooral weten waar hun klachten wél vandaan komen. Bij het ontbreken van aanwijzingen voor pathologie, is het de kunst om dit als huisarts goed uit te leggen.* Heeft Houben er ideeën bij hoe dit laatste goed kan worden aangepakt? 'Het is de kunde van de huisarts om de klachten van de patiënt in een kader te plaatsen. Het is niet goed om te zeggen: "We kunnen niets vinden, dus er is niets aan de hand." Daarmee doe je een patiënt veel tekort. Als je ziekten kunt aantonen, is het natuurlijk allemaal makkelijk. Maar zo niet, dan begint het probleem eigenlijk pas. Waaróm is die patiënt dan bijvoorbeeld toch zo moe? Zit die wel goed in z'n vel; slaapt hij wel genoeg? Je kunt als huisarts in zo'n situatie naast je patiënt gaan staan, ondersteuning geven, meedenken over mogelijkheden. Vroeger konden dokters helemaal niets, behalve een prognose geven en hun patiënten ondersteunen. En dokters waren toen net zo belangrijk als nu.'

### Dommer in Engels?

Een andere interessante stelling is: *In het Engels schrijven verstoort de natuurlijke gedachtegang van de Nederlandstalige onderzoeker en dit ver-*

*mindert de inhoudelijke kwaliteit van het geschreven werk.* Daarmee zegt Houben nogal wat, aangezien bijna alle Nederlandse onderzoeken in het Engels worden gepubliceerd. 'Ja. Niemand verplicht je daartoe, maar iedereen doet het. Maar je gedachten zijn minder rijk als je moet formuleren in een andere taal. Als je nog maar over een kwart van je Nederlandse vocabulaire beschikt, ben je daardoor behoorlijk gehandicapt. Bovendien zal een Engelstalig iemand zijn artikelen veel sneller schrijven dan wij. En ongetwijfeld is mijn inleiding nu minder kleurrijk en bloemrijk dan wanneer ik die in het Nederlands had kunnen schrijven. We hebben in Nederland als onderzoekers dus echt meteen al een achterstand!' Moet onderzoek dan toch maar weer in de eigen taal worden gepubliceerd? 'Nee, het is natuurlijk wel belangrijk dat alle onderzoeken in een en dezelfde taal worden gepubliceerd. Ik heb alleen willen aangeven dat dit consequenties heeft voor de kwaliteit van onze publicaties. Je hoort daar heel weinig over, maar ik kan me niet voorstellen dat andere onderzoekers daar nooit problemen mee hebben. Taal is voor een wetenschapper volgens mij heel belangrijk.'

### Afrekening op EBM

Nog een derde stelling vraagt om nadere toelichting: *De mate van evidence-based handelen is slechts een onderdeel van goede kwaliteit van zorg, desondanks wordt kwaliteit van zorg steeds meer beoordeeld naar de mate van evidence based handelen.* Nu steeds meer kwaliteitsindicatoren van buitenaf worden geformuleerd en opgelegd, is dit een interessante uitspraak. Houben: 'Evidence-based medicine heeft vaak te maken met uitslagen. Hoeveel diabeten hebben een statine, hoe hoog is hun bloeddruk? Et cetera. Daarop word je dan afgerekend en dat is een verkeerd gebruik van evidence-based medicine. Want EBM gaat niet over de patiënt die tegenover je zit. Voor die individuele diabetespatiënt is het misschien veel belangrijker om te stoppen met roken of een halfuurtje per dag te gaan bewegen. Wat je met dat ene individu in je spreekkamer moet doen, wordt niet in strakke richtlijnen beschreven.

Huisartsen moeten de kwaliteit van zorg in hun eigen praktijk bewaken en verbeteren. Dat moeten ze goed en kritisch in de gaten houden. En van huisartsen mag verwacht worden dat ze hun zorg goed organiseren. Maar dat alles moet de verantwoordelijkheid zijn van een kritisch naar zichzelf kijkende beroepsgroep en niet worden afgedwongen door een verkeerd gebruik van evidence-based medicine, want die is daarvoor niet bedoeld.'

*Ans Stalenhoef*