

'Epidemiologische kennis behoort tot de kroonjuwelen van de huisarts'

Op 19 april aanvaardde Marjolein Berger de leerstoel Huisartsgeneeskunde aan de Universiteit Groningen. In haar inaugurale rede bepleitte zij dat aan de huisartsgeneeskundige kernwaarden 'continue en persoonlijke zorg' ook de 'epidemiologische kennis' wordt toegevoegd. Alleen dan kan de huisarts zorg-op-maat verlenen tijdens een klachtenepisode. Onderstaand is het betreffende deel van de rede voor u samengevat.

DEAR WATSON...

Het team in een huisartsenpraktijk is momenteel uitstekend in staat om de zorg voor chronisch zieken uit te voeren, maar wat kunt u in de toekomst van uw huisarts verwachten? U vult een vragenlijst in op internet, krijgt op basis daarvan een streepjescode en neemt die mee naar de huisartsenvoorziening om de hoek. Daar geeft u de code aan Watson, die soms een receptje uitschrijft dat u kunt afhalen bij de apotheek in de hal, en soms een foldertje met leefstijladviezen meegeeft voor thuis. Soms ook verwijst Watson u naar een kamertje. Er zijn kamertjes voor de beste zorg bij chronische longziekten, bij hartfalen en bij diabetes, om een paar voorbeelden te noemen. En het maakt niet uit of u nu tijdens de lunch langskomt of vrijdagmiddag om vijf voor vijf: Watson blijft altijd vriendelijk. Watson is namelijk een computer.

En waar is de huisarts gebleven? Die voert de regie, beheert de gegevens en geeft deze door aan de zorgverzekeraar. Die controleert of de huisartsenvoorziening wel goede zorg levert: zijn er voldoende lage bloedsuikers, goede longfuncties en normale bloeddrukken?

Zo staan Watson, de huisarts en de zorgverzekeraar ervoor garant dat u de best mogelijke zorg krijgt.

KLOPPEND HART VAN DE HUISARTSGENEESKUNDE

In dit toekomstscenario is de best mogelijke zorg de zorg met meer voor- dan nadelen en een goedkope versie krijgt de voorkeur boven een duurdere variant.

Met dit in gedachten hebben huisartsen meer dan negentig richtlijnen geschreven; voor de overheid een prachtige kapstok om alleen nog zorg te vergoeden die in deze richtlijnen wordt aanbevolen. Aandacht voor de huisarts-patiëntrelatie is er niet meer, terwijl die toch het kloppend hart van de huisartsgeneeskunde vormt. De kracht daarvan ligt immers in het leveren van optimale, op maat gesneden zorg voor de individuele patiënt.

Het leveren van generalistische, persoonlijke en continue zorg, zie hier de 'kroonjuwelen' van de huisartsgeneeskunde. Maar door het glitteren daarvan wordt een prachtige groeidiament vaak over het hoofd gezien: de epidemiologische kennis van de huisarts en het gebruik daarvan in het contact met de patiënt. Want zonder deze kennis kan nooit optimale zorg aan individuele patiënten worden verleend.

CONTINUÏTEIT VAN ZORG

Vroeger betekende continuïteit dat de zorg 24/7 werd verleend door één huisarts. Dit veronderstelt impliciet een vertrouwensband en bekendheid met de patiënt; twee ingrediënten die de kwaliteit van zorg bevorderen. Immers, onderzoek laat zien dat een vertrouwensrelatie tussen patiënt en arts leidt tot verbetering van de klachten van de patiënt.

Tegenwoordig betekent continuïteit dat de zorg wordt verleend door één huisartsenvoorziening, compleet met praktijkondersteuners en -assistentes. Is continuïteit dan nog wel een unieke kernwaarde van de huisartsgeneeskunde? Ieder ander specialisme biedt dergelijke 24-uurszorg immers ook.

Het toevoegen van epidemiologische kennis geeft een nieuwe dimensie aan het begrip continuïteit, namelijk dat het gaat om het beloop van een klacht. Gaat deze over of wordt deze erger? Werkt de behandeling? Kan de patiënt nog met zijn klacht omgaan? Om dit beloop te kunnen volgen, moet de huisarts continuïteit van zorg bieden tijdens een klachtenepisode.

BEKENDHEID MET DE PATIËNT

Ook bekendheid met de patiënt en zijn omgeving is tegenwoordig niet meer vanzelfsprekend. Families hebben niet langer een en dezelfde huisarts, de patiënt is mobieler geworden en blijft niet meer levenslang bij dezelfde huisarts en het ontbreekt de huisarts aan tijd om patiënt en omgeving te leren kennen. Maar kenmerken van de patiënt en zijn omgeving beïnvloeden het beloop van de klacht, zo toont epidemiologisch onderzoek aan. Kennis daarvan geeft de huisarts de mogelijkheid het beloop en de impact van een klacht te voorspellen, dus zal ze hier actief naar moeten blijven informeren én tijd moeten investeren om de context van de patiënt te leren kennen.

EEN KIND MET KOORTS...

Ongeveer 1 op de 10 telefoontjes op de huisartsenpost betreft jonge kinderen met koorts. De huisarts ziet meer dan 70% van deze kinderen. De kans op een ernstige infectie is minder dan 1%, maar je wilt als huisarts die ene long- of hersenvliesontsteking niet missen... Helemaal is het erg moeilijk om een ernstige infectie in een vroeg stadium te herkennen en hieraan overlijden in Nederland dan ook nog steeds 26 kinderen per jaar. Huisartsen geven daarom uit voorzorg bij een kwart van de kinderen met koorts antibiotica. Maar uit onderzoek blijkt dat bijna de helft van de kinderen met een ernstige infectie géén antibiotica kreeg. Willekeurig preventief voorschrijven voorkomt dus geen complicaties, terwijl je wel een heleboel kinderen onnodig opzadelt met vervelende bijwerkingen.

De huisarts die gebruikmaakt van haar epidemiologische kennis, zou zich realiseren dat ze antibiotica voorschrijft omdat ze onzeker is over de diagnose; de momentopname waarin zij het kind ziet geeft vaak geen mogelijkheden om die onzekerheid te verminderen. Maar deze huisarts weet ook dat het onderscheid tussen ernstig en niet-ernstig in het beloop van de koorts duidelijk wordt. Op basis van dit inzicht kan ze afspreken bij

welke symptomen de ouders opnieuw contact moeten opnemen, of ze kan een vervolgspraak maken om het beloop zelf in de gaten te houden.

Continue zorg tijdens een klachten-episode wordt dan een instrument om zorg-op-maat te kunnen leveren en daarmee de kwaliteit van het handelen van de huisarts te verbeteren. Dan moet de huisarts het kind dus wel terug kún- nen zien.

... EN EEN KIND MET BUIKPIJN

Ook het kroonjuweel 'bekendheid met de patiënt' gaat pas glimmen als dit wordt gekoppeld aan epidemiologische kennis. Bij meer dan de helft van de kinderen die met buikpijn naar de huisarts komen, bestaat de klacht langer dan drie maanden. Bij niet-acute buikpijn is de kans heel klein dat hieraan een ernstige aandoening ten grondslag ligt. Maar die ene ziekte van Crohn of colitis ulcerosa wil je als huisarts niet missen... Ook hier weer zijn de symptomen van een ernstige darminfectie niet te onderscheiden van onschuldige klachten en bieden aanvullende tests geen uitkomst.

Het profiel van het kind en zijn omgeving kan wél helpen het onderscheid te maken. Kinderen met niet-specifieke buikpijn komen vaker bij de huisarts en hebben vaker ook andere niet-specifieke klachten zoals hoofdpijn. Bovendien hebben hun ouders vaak óók last van chronische buikklachten. Een huisarts die ouders en kind kent, kan dit allemaal weten. Toch doen huisartsen bij bijna de helft van deze kinderen aanvullend onderzoek.

Kinderen die onzeker zijn over de oorzaak en het beloop van hun buikpijn blijven vaker thuis van school en hebben langer last van hun klachten. Bovendien zoekt een deel van hen heil bij alternatieve geneeswijzen. Of ze gaan naar buikpijn- en poeppoli's, initiatieven uit het ziekenhuis waarvoor je je via internet kunt aanmelden. Na een soms langdurig traject bevestigt de kinderarts dan bij talloze kinderen de diagnose niet-specifieke buikpijn. Maar de kinderarts neemt wél de tijd voor uitleg over oorsprong en beloop van de klacht

en voor begeleiding van kind en ouders.

De huisarts laat hier een kans liggen. Jammer, want gebruik van kennis over het gezin en het beloop van niet-specifieke buikpijn kan wellicht leiden tot minder diagnostiek, een groter welbevinden van het kind én minder consultatie van kinderarts en ziekenhuis.

SAMENWERKING MET DE TWEDE LIJN

De huisarts ziet veel niet-specifieke, somatisch of lichamelijk onverklaarde klachten. Een goede samenwerking met de tweede lijn is nodig om klachtspecifieke continuïteit te kunnen bieden. Voor medisch specialisten geldt: geen ziekte, geen financiering. Die zijn dus geneigd niet zo lang door te testen tot ze 'iets' vinden. Bij een kind met chronisch buikpijn heeft dat 'iets' meestal geen relatie met de klacht. Daarom zijn afspraken nodig tussen huisarts en medisch specialist over het beleid bij deze klachten.

ORGANISATIE EN ONDERZOEK

Voor zorg-op-maat is meer nodig dan het jongleren met epidemiologische kennis. De organisatie moet aan vier randvoorwaarden voldoen: de mogelijkheid een patiënt te volgen tijdens een klachten-episode, afspraken met de tweede lijn, tijd om een patiënt en zijn omgeving te leren kennen, en een patiëntendossier waarin relevante informatie over familie en omgeving kan worden opgeslagen en overgedragen. Het is aan de toekomstige huisartsen en de beroepsverenigingen om ervoor te zorgen dat aan deze randvoorwaarden wordt voldaan.

Voor onderzoekers betekent zorg-op-maat dat het steeds weer uitvoeren van cross-sectionele diagnostische onderzoeken misschien niet de kennis oplevert waaraan huisartsen behoefte hebben. Diagnose en prognose zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Prospectief onderzoek naar het ziektebeloop levert vaak meer zinvolle informatie op.

PREVENTIE VERSUS ZORG OP MAAT

Tot op heden was de patiënt degene die het initiatief nam tot een gesprek met

de huisarts. Binnenkort wordt dat anders. U krijgt een uitnodiging van de huisarts voor een PreventieConsult om uw gezondheidsrisico's te bepalen. Voor u op deze uitnodiging ingaat, moet u weten dat als u niet gaat roken of onmiddellijk stopt, u uw kans op overlijden aanzienlijk verlaagt. Als u vanaf nu op de fiets naar uw werk gaat en een paar kilo verliest, verhoogt u uw kans op een gezond leven. Deze leefstijlinterventies leveren veel meer winst op dan het slikken van pillen.

Daarom zou preventie van hart- en vaatziekten vooral een taak van de overheid moeten zijn. Immers, het verbieden van roken in openbare ruimten zal vele malen meer ziekte en sterfte voorkomen dan het geploeter van een huisarts om een handjevol patiënten van het roken af te helpen. Helaas stelt onze minister van Volksgezondheid in haar brief aan de Nederlandse zorgverleners 'Zorg loont' dat ieder individu vrij is in het kiezen van z'n eigen levensstijl. Dus weg met het rookverbod!

Het is goed dat de huisarts haar maatschappelijke verantwoordelijkheid neemt en het PreventieConsult aanbiedt. Maar we weten dat degenen die er het meest baat bij kunnen hebben, het minst geneigd zijn om op zo'n uitnodiging in te gaan. Bovendien, als huisarts moet je je wel realiseren dat het PreventieConsult een maatschappelijk belang dient, en niet het belang van de individuele patiënt. Wél heeft de patiënt belang bij een gesprek over de consequenties van levenslang pillen slikken als je niet ziek bent: veel last en weinig opbrengst. En al ondermijnt het je preventieve strategie, optimale zorg-op-maat betekent dat huisarts en patiënt samen kunnen besluiten om van de richtlijnen af te wijken.

LIEVER SHERLOCK HOLMES

Terug naar Watson, maar nu in zijn rol van de onontbeerlijke assistent van Sherlock Holmes. Alleen met de kunde van Sherlock Holmes om feiten creatief te heroverwegen kan de kennis van Watson een passende oplossing bieden voor het probleem waar ze samen voor staan. ■