

Gynaecardiologie: betere *awareness* bij patiënt en dokter

Maas AHM en Lagro-Janssen ALM, redactie. Handboek Gynaecardiologie. Vrouwspecifieke cardiologie in de praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2011. 177 pagina's, € 9,95, ISBN 978 90 313 87816.

Doelgroep Artsen in de eerste en tweede lijn.

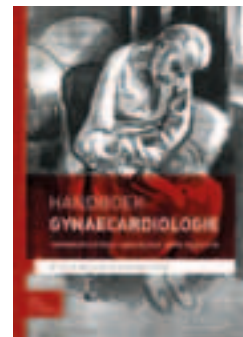
Inhoud Het boek dekt het volledige terrein van de vrouwspecifieke cardiologie. Aan bod komen genderverschillen bij aandoeningen als coronaire hartziekten, hartfalen, ritmestoornissen en veneuze trombo-emboliën, maar ook cardiovasculair risicomanagement bij vrouwen, cardiologische problemen in de zwangerschap, de veneuze trombo-embolieproblematiek en de specifieke cardiovasculaire aspecten van (peri)menopauze, premature ovariële insufficiëntie (POI) en polycysteus ovarium syndroom (PCOS). De informatiedichtheid is hoog, mede door de uitgebreide referenties. Het geheel is doorspekt met casuïstiek en elk hoofdstuk wordt afgesloten met een lijst van kernpunten. Voor de huisarts biedt het boek veel nuttige feiten en 'eyeopeners', ik noem er willekeurig enkele: vrouwen hebben vaker dan mannen microvasculaire angina pectoris met relatief weinig obstructieve veranderingen van de coronairen; door een langere QT-tijd hebben vrouwen een grotere kans op interactie met medicamenten die de

QT-tijd verlengen; de obstetrische anamnese en menopauzale status zijn een belangrijk onderdeel van cardiovasculair risicomanagement bij vrouwen; anticonceptiepillen en hormonale substitutietherapie zijn blijvend gecontraïndiceerd na een doorgemaakte veneuze trombo-embolie.

Oordeel Dit handboek geeft de wetenschappelijke stand van zaken actueel en volledig weer. Ondanks de 23 auteurs is de redactie erin geslaagd om grote overlap te voorkomen en de stijl redelijk uniform te houden. Niet alle informatie is gezien de doelgroep even nuttig voor de huisarts. Alhoewel een handboek meestal niet uitnodigt om van kaft tot kaft te lezen, is het huisartsen zeker aan te bevelen de kernpunten stuk voor stuk op zich in te laten werken. Bovendien is het boek een nuttig naslagwerk, geholpen door een uitgebreid register. Ter nuancering: het blijft lastig om epidemiologische data over groepen te vertalen naar die ene patiënt in de spreekkamer. In dat licht bezien zijn veel in het boek genoemde cardiovasculaire feiten over 'de vrouw' versus 'de man' voor de medicus practicus richtinggevend, maar niet allesbepalend. En dat houdt het vak gelukkig moeielijk en boeiend. ■

Wouter de Ruijter

Waardering: ●●●●●



Huisartsenzorg anno 2025

Dertien jaar geleden startte ik de opleiding tot huisarts met heel veel enthousiasme: ik zag mezelf als spin in het web voor de zieke medemens. Echter de huidige ontwikkelingen baren me zorgen, zowel voor mij als huisarts alsook voor mijn patiënten. Een toename van het aantal verschillende taken en hulpverleners in de huisartsenpraktijk zal uiteindelijk mijn rol van huisarts overbodig maken en is ongewenst.

In onze moderne huisartsenpraktijk wordt steeds meer gebruikgemaakt van categorale spreekuren die via een DBC-structuur worden uitgevoerd door praktijkondersteunend personeel. Met behulp van een hoop disciplines (medisch manager, kaderarts, prak-

tijkondersteuner, projectleider van de zorggroep, nurse practitioner, enzo-voort) is het mogelijk om tweedelijns zorg en diagnostiek (goedkoper) aan te bieden in de eerste lijn. Ik zal als huisarts steeds vaker moeten kiezen tussen patiëntencontact of praktijkorganisatie. De financiële prikkels en de dwang van de zorgverzekeraars om de zorg op bovenstaande manier vorm te geven, maken de keuze duidelijk: de patiëntencontacten worden ondergeschikt aan de praktijkvoering. Mijn grote angst is dat de huisarts verwordt tot manager en daardoor een slechtere dokter. Zowel betrokkenheid alsook kennis worden door deze ontwikkeling minder. Naarmate ik de patiënt steeds minder zelf zie, verdwijnt ook mijn kennis over hem. Er is dan niemand meer die een totaalbeeld heeft; we blijven hangen in de *disease centered approach*, in plaats van door te

ontwikkelen naar een *patient centered approach*. Als onze praktijk steeds meer een medisch centrum wordt waar patiënten diagnostiek kunnen laten verrichten en hun ziekten 'gemanaged' worden, zal mijn meerwaarde als huisarts snel afnemen en wordt het verschil met het technisch prima functionerende, maar veel minder persoonlijke ziekenhuis, steeds kleiner. Hierdoor wordt mijn plezier in het vak ondermijnd, verliest de zieke patiënt zijn spin in het web en zullen de kosten alleen maar stijgen.

Willen alle partijen maximaal gebruikmaken van de beste zorg met lage kosten, dan moet het huisartsenvak zijn oude waarden behouden: laagdrempelige, generalistische, betrokken en kundige zorg door de dokter zelf, waarbij de patiënt en niet zijn ziekte centraal staat! ■

Roel Smeijsters