



De wetenschap van de huisarts

Op 25 november aanvaardde voormalig H&W-hoofdredacteur Henk van Weert het ambt van hoogleraar Huisartsgeneeskunde aan de UvA. In zijn inaugurele rede beschrijft hij drie lopende onderzoeken waarin de kernwaarden van de huisarts tot uiting komen. Daarna gaat hij in op onderwijs en praktijk. Hieronder is het betreffende deel van zijn oratie voor u samengevat. De volledige versie is beschikbaar via www.oratiereeks.nl.

Verdiensten van de huisarts

Dat een sterke eerstelijnszorg leidt tot doelmatigheid weten we door vele wetenschappelijke publicaties. Een vergelijking tussen achttien landen wees uit dat de levensverwachting niet alleen samenhangt met economische ontwikkeling en de omvang van de gezondheidszorg, maar vooral ook met de eerstelijnsoriëntatie binnen de zorg. Dit is goeddeels te verklaren door een afname van verloren levensjaren vanwege behandelbare of voorkombare aandoeningen. Bovendien leidde in de Verenigde Staten de toename met één huisarts per tienduizend verzekerden tot afname van mortaliteit en morbiditeit én tot een kostenbesparing van \$ 684 per verzekerde per jaar. Dit laatste vooral door een reductie van de zorgkosten in het laatste halve levensjaar en een betere inzet van kosteneffectieve, deels preventieve interventies. Nader onderzoek liet zien dat vier kenmerken daarbij een rol spelen:

- *Drempelloze toegang* en een *poortwachtersfunctie* geven betere, snellere diagnostiek en minder onnodige, dure specialistische zorg. Bovendien ontvangt degene met de grootste zorgbehoefte de meeste zorg, onafhankelijk van inkomen of maatschappelijke status.
- De – vooral persoonlijke – *continuïteit* en *persoonsgerichte benadering* leiden tot meer op behoeften toegesneden zorg met adequatere interventies, doorverwijzingen en preventie.

Deze kenmerken zijn terug te vinden tijdens het spreekuur. Per dag bezoeken ongeveer 35 patiënten de spreekkamer, 30 van hen hebben nieuwe vragen of klachten, waarvan de huisarts meer dan 90% zelf afhandelt. Ondanks de recente aandacht voor zorgprogramma's voor chronisch zieken blijft dat spreekuur de kern van het vak.

De poortwachter

Vroeger namen huisartsen soms in het ziekenhuis ontwikkelde diagnostische strategieën over. Een strategie bij een vermoedelijke longembolie, bestaande uit een beslisregel en D-dimeertest, is in het ziekenhuis veilig gebleken. Bij toepassing van het theorema van Bayes zou deze strategie ook in de huisartsenpraktijk veilig moeten zijn; je kunt immers de achterafkans op ziekte berekenen als de voorafkans en testeigenschappen bekend zijn. Alle artsen gebruiken dergelijke berekeningen dagelijks, al dan niet bewust. De voorafkans is in een specialistische setting hoger dan bij de huisarts. De positief voorspellende waarde van eenzelfde test zal bij de specialist dus hoger zijn en de negatief voorspellende waarde zal bij de huisarts hoger zijn. Dit sluit aan bij de praktijk: huisartsen sluiten veelal ziekten uit, specialisten tonen die aan.

Omdat de voorafkans in de huisartsenpraktijk lager ligt, zou het aantal patiënten bij wie een longembolie wordt gemist ook lager moeten zijn bij toepassing van dezelfde strategie. De huisarts wil echter zo'n ernstige aandoening niet missen en daarbij is de sensitiviteit van de strategie van belang. Door ons verricht literatuuronderzoek toonde aan dat niet alleen de achterafkans, maar ook de testeigenschappen van diagnostische tests, zoals een beslisregel, afhankelijk zijn van de voorafkans, ook bij toepassing van alleen objectieve tests. De sensitiviteit blijkt geringer bij een lage prevalentie en juist in het huisartseneeskundig prevalentiegebied zijn de testeigenschappen van de vijf bestaande beslisregels het meest variabel.

Maar als de testeigenschappen niet stabiel zijn, kan de huisarts niet zo-

maar een diagnostische strategie uit het ziekenhuis gebruiken. De eigenschappen van een test zijn blijkbaar afhankelijk van de eigenschappen van de geteste patiënten. Wetenschappelijk onderzoek ten behoeve van huisartsen zal dan ook in een huisartseneeskundige setting moeten plaatsvinden.

Inmiddels hebben wij onderzoek gedaan waaruit blijkt dat de combinatie van een beslisregel met een D-dimeersneltest wel veilig is in de huisartsenpraktijk. Dit ondersteunt de stelling dat de waarde van een test pas goed kan worden vastgesteld in samenhang met een complete diagnostische strategie. Daar ligt nog een andere belangrijke taak voor de academische huisartseneeskunde: diagnostisch onderzoek moet zich ontwikkelen van testonderzoek naar strategieonderzoek.

Ons onderzoek kan de poortwachtersrol van de huisarts versterken. Die kan met relatief eenvoudige diagnostiek bij de helft van de patiënten een longembolie veilig uitsluiten en dus een gang naar het ziekenhuis voorkomen. Bovendien neemt de efficiëntie van de specialistische diagnostiek toe: de specialist ziet immers alleen nog een evidence-based geselecteerde patiëntenpopulatie met een tweemaal zo grote voorafkans. Zo loopt hij minder kans zieken te missen, want de sensitiviteit neemt toe bij een hoge voorafkans. Een fraai voorbeeld van diagnostische ketenzorg!

Continuïteit en context

Huisartsen werd vaak verweten dat ze depressies over het hoofd zagen en steeds lichamelijke klachten behandelden. We deden daarom samen met psychiaters een onderzoek naar screening op depressie bij hoogrisicopatiënten: veelkomers en mensen met onverklaarde lichamelijke klachten of psychosociale problemen. Meer dan 20% leed aan een depressie en, verrassend genoeg, een merendeel wilde de lichamelijke klachten wel in het licht van een psychiatrisch probleem zien.

Toch voelde men niets voor psychiatrische behandeling, vaak uit twijfel over het effect daarvan. Terecht, want slechts een op de vijf patiënten met depressie heeft baat bij psychiatrische behandeling. In zo'n geval spreekt de huisarts af de patiënt regelmatig te zien, heeft hij aandacht voor de psychische achtergronden van lichamelijke klachten en past *problem solving therapy* toe bij sociale problematiek. Welnu, een dergelijke benadering blijkt even goed te helpen als een cognitief-gedragsmatige interventie door psychologen, zo blijkt uit ons onderzoek.

Continuïteit van zorg, kennis van de context van de patiënt en een integrale benadering dragen ertoe bij dat deze patiënten niet verdwalen in de geneeskunde. Wetenschappelijk onderzoek legt hiervoor de basis.

Ongeveer de helft van de depressies in de eerste lijn kent een *self-limiting* beloop en dan is een korte, steunende benadering voldoende. Verergeren de klachten, dan kan de huisarts altijd nog ingrijpen: *disease management* en *stepped care*.

Integrale geneeskunde

Soms bestaat er weinig evidence over veelvoorkomende klachten. Dat is wel begrijpelijk als er geen eenduidige diagnose is; diagnostisch en therapeutisch wetenschappelijk onderzoek is dan moeizaam. Samen met de VU onderzochten we de klacht duizeligheid bij ouderen, te beginnen met een inventarisatie van alle mogelijk bruikbare diagnostische tests. Deze werden afgenomen bij ouderen die de huisarts consulteerden vanwege duizeligheid. Hun klachten waren uiteen te rafelen in zes verschillende profielen, maar de meeste patiënten hadden meer dan één profiel. Vaak speelden cardiovasculaire, psychiatrische en vestibulaire aandoeningen en bijwerkingen van geneesmiddelen een rol, dikwijls een combinatie hiervan. Dat gaf geen duidelijk handvat voor een diagnose.

Uit analyse bleken sedatievegebruik, polyfarmacie, angst, depressie en beperkte mobiliteit de meeste hinder te geven en dit alles kwam heel

vaak voor. Veel ouderen gebruiken meerdere geneesmiddelen: slaap- en kalmeringspillen, maar bijvoorbeeld ook cardiovasculaire medicatie. Zo biedt ons onderzoek de huisarts een handvat. Deze kan zijn kennis over de voorgeschiedenis van de patiënt inzetten bij de diagnostiek en behandeling en vanuit zijn kennis van de context proberen de medicatie aan te passen. De patiënt blijft dan een dwaaltocht langs enkele specialisten bespaard.

Van onderzoek naar onderwijs en praktijk

Onze onderzoeksprojecten kunnen dus de basis van de huisartsgeneeskunde effectief ondersteunen. Ze sluiten aan bij de kenmerken van de huisartsgeneeskunde. Omdat de huisartsgeneeskunde aantoonbaar een positief effect op de volksgezondheid heeft, is dergelijk onderzoek dus belangrijk. Nederlandse eerstelijns-onderzoekers produceren internationaal gezien een zeer hoog aantal wetenschappelijke publicaties. En al is correlatie geen bewijs van causaliteit, het samengaan van goede zorg en goed onderzoek kan bijna geen toeval zijn. Wetenschappelijk onderzoek heeft behoefte aan een goede infrastructuur en die biedt het huisartsgeneeskundig veld blijkbaar.

Maar ook de mooiste artikelen in de beste tijdschriften bieden geen garantie voor acceptatie door het werkveld. Het NHG is zich dan ook gaan richten op implementatie. Via de NHG-Standaarden komt wetenschappelijke kennis, gewogen op relevantie, terecht in de huisartsgeneeskundige praktijk. Bovendien bevat H&W vaak vertalingen van relevante Engelstalige artikelen. En er verschenen leerboeken, veelal geschreven door stafleden van afdelingen Huisartsgeneeskunde, die wetenschappelijke gegevens combineren met klinische ervaring en context. Standaarden en leerboeken leggen een stevig fundament onder de praktijk én het medisch onderwijs.

Onze afdeling heeft een forse inbreng in het onderwijs van het basiscurriculum, met een focus op

diagnostiek en het leren maken van afwegingen. Het onderwijs oriënteert zich sterk op *evidence* en integreert de resultaten van wetenschappelijk onderzoek met klinische ervaring. Misschien zullen er ooit voor alle klachten diagnostische algoritmes zijn, maar dan nog moeten keuzes worden gemaakt door artsen met verstand van zaken en een visie op de gehele mens. Daarom is klinisch redeneren zo belangrijk: een goede arts past evidence toe in de context van de individuele patiënt. Dat proberen we onze studenten te leren. En daarbij is de huisartsenpraktijk complementair aan de specialistische.

Maar hoe goed onze opleiding ook functioneert, de wetenschap is daarin onvoldoende aanwezig. Op termijn zullen er meer gepromoveerde docenten zijn en zullen zich meer promovendi onder de aios bevinden. Onderzoekers zullen zich moeten inspannen voor deze verdere academisering. Ze worden betrokken bij onderwijs aan huisartsopleiders, wat vermoedelijk zal leiden tot verwetenschappelijking van het onderwijs en de praktijkvoering, én tot bevruchting van het onderzoek door de praktijk. Een innige samenwerking tussen de secties wetenschappelijk onderzoek, het basisonderwijs en de huisartsopleiding is nodig.

Samenwerking

De besproken onderzoeksprojecten worden uitgevoerd in samenwerking met specialistische afdelingen binnen en buiten het AMC en afdelingen Huisartsgeneeskunde buiten het AMC. Het zijn drie voorbeelden van succesvol onderzoek waaraan één enkele afdeling zich waarschijnlijk zou hebben vertild. Dit succes vormt een krachtig pleidooi voor verdere samenwerking. Stappen daartoe worden dan ook steeds vaker op landelijk niveau gezet; een ontwikkeling die mogelijk leidt tot een nog krachtiger huisartsgeneeskundig onderzoeksveld. ■

Ans Stalenhoef