Huisarts moet ook over praktische wijsheid beschikken

Ruimte rond de richtlijn

Annette K. Offringa-Hup,
aios huisartsgeneeskunde,
Nijmegen

Correspondentieadres:
akoffringa@hotmail.com;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

Een huisarts die louter richtlijnen toepast, is geen goede huisarts. Voor kwalitatief goede zorg is meer nodig dan het in praktijk brengen van evidence-based medicine. Hij moet ook praktische wijsheid in zijn oordeel betrekken.

De huisarts heeft de afgelopen jaren de regie over het consult met de patiënt goeddeels uit handen gegeven. Vooral de overheid, zorgverzekeraars en de beroepsvereniging (NHG) sturen zijn handelen. De overheid heeft een en ander vastgelegd in de WGBO en stelt dat richtlijnen van de beroepsgroep de basis moeten vormen voor contracten tussen zorgaanbieders en verzekeraars.[1] De verzekeraars bepalen door contracten met zorgaanbieders vooral hoe huisartsen (kosten)efficiënt moeten werken. Het NHG wil met standaarden, certificering en nascholing zorgen voor betere kwaliteit, uniforme praktijkvoering en transparantie. Dit is gunstig voor de kosten, de kwaliteit en de beheersbaarheid, en dus in het belang van patiënt én maatschappij. Echter, er zijn ook nadelen.

Het autonome denken van de huisarts wordt onderbelicht

Het succes van een consult hangt namelijk ook af van factoren als vertrouwen in een individuele huisarts, zijn klinische expertise (autonoom handelen) en het levenslange leerproces van de arts. Deze waarden komen onder druk te staan als de huisarts de regie in de spreekkamer verliest.

De huisarts combineert de informatie van en over een patiënt met evidence-based kennis, klinische expertise en 'actief-bereflecteerde' ervaring. Het lijkt er echter op dat de waarde van klinisch inzicht en klinische besluitvorming op de achtergrond raakt door de opmars van evidence-based medicine (EBM). De bijdrage van parate (evidence-based) kennis wordt zwaar overschat, en de waarde van klinisch inzicht en klinische besluitvorming (dus het autonome denken van de huisarts) wordt onderbelicht.

Methodologisch fundamentalisme

In de literatuur woedt een heftige discussie tussen voorstanders van verregaand geprotocolleerd EBM en aanhangers van de intellectuele integriteit van de arts en goed vertrouwen.[2] De laatste noemen EBM 'methodologisch fundamentalisme, een totalitaire ideologie'.

Ik denk dat we het goede van beide moeten verenigen. David Sackett definieerde EBM als: 'integratie van individuele klinische expertise met het best beschikbare externe bewijs uit wetenschappelijk onderzoek'.[2] Daarin past dus niet het opstellen en toepassen van allesomvattende huisartsenstandaarden waarvan nauwelijks mag worden afgeweken. Maar wél: het faciliteren van de klinische besluitvorming door de arts, door middel van kritisch beoordeelde evidence, zoals verzameld in huisartsenstandaarden. Zo zijn de standaarden oorspronkelijk bedoeld. Zoals het NHG schrijft: 'NHG-Standaarden bevatten *richtlijnen* voor de behandeling en diagnostiek van een groot aantal aandoeningen die zich kunnen aandienen in de huisartsenpraktijk. Het gaat daarbij om een bundeling van *adviezen* om de kwaliteit van het medisch handelen te verbeteren.'[4] Het zou kwalijk zijn als een huisarts stopt met autonoom

denken en zich beperkt tot het implementeren van standaarden.

Parate kennis

Elke huisarts stuit jaarlijks op meer dan 500 klinische onderwerpen. Ervaren artsen gebruiken zo'n 2 miljoen informatiebronnen in hun zorg voor de patiënten. Het leeuwendeel hiervan komt uit het geheugen en is, helaas, gedeeltelijk obsoleet of fout.[5] Een huisarts krijgt per 10 patiënten te maken met gemiddeld 1,8 vragen die hij met zijn parate kennis niet kan beantwoorden. Bij de Landelijke Huisartsgeneeskundige Kennistoets (LHK) beantwoorden derdejaars aios ruim tweederde van de 160 vragen goed. Dat is een goede score. Maar wat doen de aios (en de zelfstandig praktiserende huisartsen) met de vragen die ze niet kunnen beantwoorden. En wat doen ze met de bijna 20 procent vragen die ze fout beantwoorden? Krijgt 1 op de 5 patiënten een fout advies? Vervolgens kunnen we nog kijken naar de waarde van de beschikbare kennis. De werking van antidepressiva bijvoorbeeld, wordt in de literatuur ernstig overschat door een publicatiebias waarbij onderzoeken met een negatieve uitkomst niet zijn gepubliceerd en negatieve resultaten ten onrechte als positief zijn gebracht.[6] De Engelse huisarts Iona Heath waarschuwt voor een kloof tussen wetenschap en klinische praktijk. De kennis in richtlijnen en protocollen conflicteert regelmatig met de klinische praktijk.[7] [8]

En in hoeverre passen wij de beschikbare kennis toe? Onderzoek wijst uit dat artsen bewezen effectieve methoden prefereren boven kennis die deskundigen aanreiken.[9] En hoewel de standaarden veel draagvlak hebben onder huisartsen, worden ze gelukkig (nog) niet blindelings opgevolgd. Uit onderzoek naar het effect van drie verschillende vormen van deskundigheidsbevordering op het handelen naar de standaarden, bleek dat het doen van aanbevolen handelingen steeg van 66,8 procent naar 76,6 procent.[10] Dus hoewel de standaarden goed toepasbaar zijn, zien huisartsen hun vak blijkbaar niet als een exacte wetenschap, die volledig wordt beschreven in standaarden.

Een huisarts krijgt per 10 patiënten te maken met gemiddeld 1,8 vragen die hij met zijn parate kennis niet kan beantwoorden.

beeld: Nationale Beeldbank



SAMENVATTING

- Overheid, zorgverzekeraars en de beroepsvereniging (NHG) sturen steeds meer het handelen van de huisarts.
- Deze instanties gebruiken de beroepsrichtlijnen voor controle en kostenbeheersing.
- De bijdrage van parate kennis aan de huisartsenzorg wordt zwaar overschat en de waarde van klinisch inzicht en klinische besluitvorming ernstig onderbelicht.
- In het competentieprofiel van de huisarts ontbreekt de competentie 'praktische wijsheid'.

Risico

Uiteraard wil een arts risico's vermijden. Risico's kunnen tot schade leiden en artsen hebben beloofd of gezworen patiënten niet te schaden. Het NHG kan artsen hierbij helpen door ervaringen met goed en fout medisch handelen en de daaraan verbonden adviezen te bundelen. Deze ervaringen kunnen komen uit wetenschappelijk onderzoek en uit consensus, gebaseerd op de alledaagse praktijk.

Wat niet altijd is te voorkomen, is onzekerheid. Onzekerheid is niet te elimineren door meer kennis te verwerven. Een jongetje van 5 met een ongecompliceerde otitis media acuta (OMA) hoeven we niet met antibiotica te behandelen. Dat is goed 'evidence-based practice'. Maar dit is een beslissing op macroniveau. De kennis van artsen komt uit wetenschappelijk onderzoek en is kennis over de 'gemiddelde patiënt'. Maar dit jongetje van 5 ís niet de gemiddelde patiënt. Misschien heeft dít specifieke jongetje wél baat bij antibiotica. Voldoet hij überhaupt wel aan de inclusiecriteria voor de onderzoeken waarop de standaard-OMA is gebaseerd?

Dergelijke afwegingen maakt een arts dagelijks en indachtig de artseneed. Maar met het beschikbaar worden van steeds meer richtlijnen en standaarden, en met het verheffen van EBM tot een soort 'gegeneraliseerde waarheid', lijkt het beroep van huisarts een stuk minder onzeker te worden. Je kunt je verantwoordelijkheid voor de onzekerheid lekker afschuiven: 'Ik heb gehandeld volgens de standaard, dús het is niet mijn schuld dat het fout ging.' Aan de andere kant wordt het riskanter om op grond van je eigen ervaring af te wijken van de standaard. Gaat er dan iets mis, dan sta je er alleen voor. Er is geen bescherming van collega's die in goed vertrouwen, geheel lege artis, een behandeling-op-maat toepassen, maar daarbij afwijken van de standaard, zonder dat dat wetenschappelijk verantwoord is te funderen. Daarvoor missen we de beschrijving van een belangrijke competentie van de huisarts.

Het wordt riskanter om op grond van ervaring af te wijken van de standaard

Ontbrekende competentie

In het 'Competentieprofiel van de Huisarts', opgesteld onder regie van het Project Vernieuwing Huisartsopleiding (PVH), wordt voornamelijk gesproken over het toepassen van evidenced-based kennis en het wetenschappelijk verantwoord onderbouwen van de geleverde zorg.[11] Of het denken van de huisarts en de opgedane persoonlijke ervaring ook gelden als wetenschappelijk verantwoord, wordt niet vermeld. Ook staat niet beschreven hoe de competentie 'de huisarts betrekt de patiënt actief bij de besluitvorming' zich verhoudt tot EBM. Het toepassen van beschikbare evidence suggereert dat er een beperkt arsenaal aan 'juiste' oplossingen is voor de patiënt: wat valt er dan voor de patiënt nog te kiezen?

De competentie die ik in dit profiel mis, is moeilijk in woorden te vatten. Het heeft te maken met een klinische blik, intuïtie, fingerspitzengefühl, klinisch inzicht. Het is de competentie waarmee we alle beschikbare informatie over de klachten, de hulpvraag, de persoon, context en wensen van de patiënt, diens omgeving, onze eigen kennis, ervaring, normen en waarden en parate (evidence-based) kennis met behulp van ons gezonde verstand en academisch denkniveau kritisch beoordelen, combineren en op waarde schatten, om daarmee tot een weloverwogen advies te komen. Dit is de paraplu-competentie die maakt dat elke huisarts uniek is in de uitoefening van het vak. Ik stel voor deze competentie phronesis te noemen, naar een term van Aristoteles die staat voor praktische wijsheid.

Ik pleit ervoor deze competentie te onderzoeken, te beschrijven, verder te ontwikkelen en uit te dragen naar instanties als de overheid en verzekeraars. We moeten het belang van onze individuele patiënt vooropstellen, zonder te worden beperkt door een van hogerhand opgelegde standaardbehandeling van een virtuele gemiddelde patiënt. Dus: we moeten autonoom blijven in onze klinische besluitvorming. Maar we moeten deze competentie wel inzichtelijk maken voor patiënten. Zoals in de Nederlandse Artseneed staat: 'Ik zal mij open en toetsbaar opstellen.'

Beter instrument

De minister heeft ons terecht aangesproken op onze verantwoordelijkheid, door te stellen dat de richtlijnen van de beroepsgroep de basis moeten vormen voor contracten tussen zorgaanbieders en verzekeraars en als vergoedingscriteria voor bepaalde medicatie. Velen van u zullen het met mij eens zijn dat de NHG-Standaarden niet geschikt zijn als basis voor vergoedingscriteria.[1] Artsen moeten zich bezinnen op een beter instrument voor dit doel. Dan behouden de standaarden hun oorspronkelijke doel als bundeling van adviezen. En dan kunnen wij weer doen waar we goed in zijn, en waar we voor hebben gekozen: Het zo goed mogelijk uitoefenen van de *geneeskunst*.

De literatuurlijst vindt u via: www.medischcontact.nl.

De auteur is initiatiefnemer van huisartsforum.nl, zie blz. 456.

Referenties
1. Smulders YM. Vrijheid om af te wijken. Medisch Contact 2008; 43: 1763-6.
2. Murray SJ, Holmes D, Perron A and Rail G. No exit? Intellectual integrity under the regime of 'evidence' and 'best-practices'. Journal of evaluation of clinical practice ISSN 1356-294.
3. David Sackett (1934) is een Canadese arts en grondlegger van de evidence-based medicine. Hij richtte de eerste afdeling klinische epidemiologie in Canada op aan de McMaster universiteit, evenals het Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. Hij is bekend door zijn handboek 'Clinical Epidemiology: A Basic Science for Clinical Medicine'. (Bron: wikipedia).
4. http://nhg.artsennet.nl/content/resources//AMGATE_6059_104_TICH_R157555858792378//
5. Annals of family medicine 2007; 5 (4): 345-52. Information needs and information-seeking behavior of primary care physicians.
6. NTvG 2008;152 (25) 1406-8. Selectieve publicatie van onderzoek met antidepressiva: gevolgen voor de richtlijn 'depressie'.
7. BMJ 2008; 337; 434. Dare to use your own intelligence.
8. Broersen S. Ziekte te koop. Medisch Contact 2009; 1: 20-2.
9. Can.Fam.Physician vol 33: 1987. The medical anecdote: a teaching resource?
10. Dalhuysen. Richtlijnenproject. De effectiviteit en bruikbaarheid van methoden van toetsing van het medisch handelen in de huisartspraktijk. WOK KUNRL, NHG. 1994.
11. PVH: Project Vernieuwing Huisartsopleiding, een initiatief van de opleidingsinstituten, de SBOH en de HVRC.