Tijd voor de huisarts

Vossiuspers UvA is een imprint van Amsterdam University Press.
Deze uitgave is totstandgekomen onder auspiciën van de Universiteit van Amsterdam.

Omslag: Colorscan, Voorhout
Opmaak: JAPES, Amsterdam
Foto omslag: Carmen Freudenthal, Amsterdam

ISBN 90 5629 259 5
© Vossiuspers UvA, Amsterdam, 2002

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 882, 1180 AW Amstelveen). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Tijd voor de huisarts

Rede

uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van
strategisch hoogleraar Huisartsgeneeskunde, in het bijzonder
het Wetenschappelijk Onderzoek in de Huisartsgeneeskunde,
aan de Universiteit van Amsterdam
op donderdag 26 september 2002

door

Patrick J.E. Bindels

Vossiuspers UvA

Mijnheer de Rector Magnificus,
Mevrouw de Decaan van de faculteit der Geneeskunde,
Hoogleraren van de Universiteit van Amsterdam en zusterfaculteiten,
Leden van de Raad van Bestuur van het Academisch Medisch Centrum,
Geachte collegae, Familie, Vrienden en Kennissen,
Dames en Heren,

Inleiding

Momenteel zijn er rond de 8000 praktiserende huisartsen in Nederland. Daarmee is de huisartsgeneeskunde in absolute zin het grootste klinische specialisme in ons land.[1,2] Gemiddeld heeft de Nederlander vier keer per jaar contact met zijn of haar huisarts. Voor de allerjongsten en de oudere groepen ligt dit aantal relatief wat hoger. Voor de meeste van u hier in de zaal, gezien de leeftijdsopbouw, waarschijnlijk wat lager.[1] Het vakgebied van de huisartsgeneeskunde is welomschreven, gericht op alledaagse klachten en chronische aandoeningen. Het werkveld van de huisarts ligt buiten de muren van het ziekenhuis; 80% tot 90% van de problemen waarmee patiënten op het spreekuur van de huisarts komen, wordt door de huisarts afgehandeld, zonder dat daarbij verwijzing een rol speelt. De huisarts van nu heeft een centrale positie in ons gezondheidszorgsysteem en functioneert als gids in, en als specialist op het gebied van de eerstelijns gezondheidszorg. Het aantal 'met patiënten bezette bedden' waarvoor de huisarts dagelijkse zorg heeft, doet niet onder voor menig intramurale klinische afdeling. Ons spreekuur functioneert adequaat en kent geen noemenswaardige wachtlijst. Het is het enige specialisme dat nooit kan zeggen: 'op mijn gebied geen afwijkingen, ik verwijs patiënt terug naar uw spreekuur.'

Het zal u zeker niet ontgaan zijn dat er in de afgelopen jaren in de gezondheidszorg, en meer in het bijzonder in de huisartsenzorg, veel is veranderd, zeker op het

gebied van praktijkvoering en praktijkorganisatie. Voorbeelden hiervan zijn de centrale huisartsenpost voor de avond-, nacht- en weekenddiensten, de komst van de praktijkverpleegkundige en het elektronisch voorschrijfsysteem. Ik wil het echter in mijn rede, getiteld *Tijd voor de huisarts* niet over deze ontwikkelingen hebben, maar mij richten op datgene waarvoor wij tijdens onze studie zijn opgeleid, het geneeskundig handelen.

Door middel van een aantal intermezzo's wil ik u kennis laten maken met drie huisartsen en één potentieel huisarts. De eerste drie huisartsen zijn op verschillende momenten in de afgelopen 45 jaar met het vak begonnen, de laatste doet dit mogelijk over twintig jaar. Een kleine reis door de tijd dus. Aan allen is voorgelegd op welke wijze zij in de beginjaren hun praktijk uitoefenden. Op deze manier wil ik u laten zien hoe het takenpakket van de huisarts in de afgelopen decennia essentiële veranderingen heeft doorgemaakt, vooral in de diagnostische en therapeutische fase. Ik zal dit illustreren aan de hand van drie aandoeningen: suikerziekte, astma/COPD en een miskraam. Na het eerste intermezzo zal ik u redenen noemen waarom onderzoek in de eerste lijn nodig is, na het tweede welke kant dit onderzoek zou kunnen opgaan, en na het derde intermezzo hoe de resultaten van onderzoek hun weg vinden naar de dagelijkse praktijk van de huisarts. Verder zal ik u een aantal voorbeelden presenteren van lopend en reeds uitgevoerd wetenschappelijk onderzoek van de afdeling huisartsgeneeskunde van het AMC-UvA. Daarmee wil ik u tevens de richting tonen van ons toekomstig onderzoek, nodig voor de verdere onderbouwing en ondersteuning van het medisch diagnostisch handelen van de huisarts.

Maar eerst *terug in de tijd, de verleden tijd.*

Intermezzo 1

Ik wil u in dit eerste intermezzo, laten kennismaken met Lou Trompenaars. Hij is een van de voorgangers in de praktijk waar ik zelf parttime als huisarts werk. Trompenaars heeft zich in 1957, mijn geboortejaar, vrij gevestigd in Amsterdam hetgeen direct na de studie Geneeskunde mogelijk was. Een aanvullende opleiding tot huisarts bestond toen nog niet. Hij is inmiddels tien jaar gepensioneerd, maar zijn patiënten vragen nog regelmatig naar hem.

Zijn stadspraktijk telde op het hoogtepunt 4500 zielen. De verloskunde was toen een vanzelfsprekend en veel tijd vragend onderdeel van het huisartsenvak. Trompenaars vrouw speelde een cruciale rol in de praktijk. De diensten kluisterden haar aan huis in de functie van achter-

wacht. Indien een spoedgeval zich aankondigde, fietste zij haar visite rijdende man achterna om hem dit te melden. Zij was zeer mobiel, hij had er nog geen.

Ik ben met hem, in gedachten, teruggegaan naar de beginjaren van zijn praktijk en was geïnteresseerd in de diagnostische mogelijkheden voor de toen praktiserende huisarts. Al snel werd duidelijk dat anamnese en een gedegen lichamelijk onderzoek zijn belangrijkste hulpmiddelen waren. In de eigen praktijk werd naast onderzoek van de urine, de bloedbezinking ingezet en in de eerste enthousiaste jaren werden ook de leucocyten zonodig nog handmatig geteld. Maar daar hield het eigenlijk wel mee op. Wanneer een patiënt ervan verdacht werd suikerziekte onder de leden te hebben, betekende dit een gang naar de internist voor verdere diagnostiek en eventuele behandeling. Hetzelfde gold voor verdenking op astma of longemfyseem waarbij de longarts vrijwel direct werd ingeschakeld. Bloedverlies in het eerste trimester van de zwangerschap, toen ook veel veroorzaakt door complicaties van illegale abortuspraktijken, betekende verwijzing naar de gynaecoloog. Toch werd ook toen het overgrote deel van de patiënten door hemzelf behandeld.

De noodzaak van eigen wetenschappelijk onderzoek in de huisartsenpraktijk

Zoals uit dit eerste intermezzo blijkt, waren in de jaren vijftig en beginjaren zestig voor de huisarts anamnese en lichamelijk onderzoek de belangrijkste hulpmiddelen. En hij kwam er in zijn grote praktijk ver mee. Aanvullende diagnostiek was alleen mogelijk na verwijzing naar de specialist in het ziekenhuis of op zeer beperkte schaal in beginnende laboratoria buiten het ziekenhuis. Het wetenschappelijk onderzoek ter onderbouwing van het huisartsgeneeskundig handelen, vond slechts schoorvoetend plaats. Een jaar voordat Trompenaars begon, werd de noodzaak hiertoe in huisartsenkring al wel onderkend met de oprichting van een wetenschappelijke vereniging, het Nederlands Huisartsen Genootschap (het NHG). Het medisch wetenschappelijk onderzoek werd tot dan toe hoofdzakelijk uitgevoerd binnen de muren van het ziekenhuis. Nieuwe (diagnostische) ontwikkelingen en het onderzoek naar de werkzaamheid van nieuwe geneesmiddelen werden nu eenmaal eerst in beter controleerbare settings bij geselecteerde intramurale patiënten uitgevoerd. Op zich is dit niet bevreemdend maar ook niet strikt logisch. Het was Huygen, actief binnen het net opgerichte NHG en later een van de eerste hoogleraren Huisartsgeneeskunde in Nederland, die in deze periode aangaf dat de huisarts-

geneeskunde een specialisme is als alle andere specialismen en dat, gezien de specifieke taak en het eigen terrein van de huisarts, ook een eigen wetenschappelijke onderbouwing noodzakelijk was. Het startschot voor meer eerstelijnsonderzoek was hiermee gegeven. En met resultaat: in de afgelopen decennia heeft het klinisch wetenschappelijk onderzoek *buiten het ziekenhuis* zich sterk ontwikkeld en is een stevige fundering gelegd onder het huisartsenvak.

Misschien zult u zich toch afvragen waarom dat nu nodig is. Als een wetenschappelijk onderzoek in de tweede lijn is uitgevoerd, waarom dit dan 'herhalen' in de eerste lijn. De gegevens zijn toch toepasbaar voor iedere arts? Dat deze vraag ontkennend beantwoord moet worden, is voor de huisartsen hier aanwezig in de zaal, en in toenemende mate voor onze intramurale collega's, zo klaar als een klontje. Zonder volledig te kunnen zijn, zal ik u een aantal redenen geven waaruit blijkt dat het eigen karakter van de huisartsgeneeskunde ook eigen onderzoek vraagt.

Nu is het ook weer niet zo dat al het tweedelijns onderzoek per definitie niet toepasbaar zou zijn door de huisarts. Tenslotte komt een deel van de patiënten geïncludeerd in tweedelijns onderzoek uit het domein van de eerste lijn. Echter, juist patiënten met een sterk positief symptoom of positief testresultaat worden door de huisarts vaker doorverwezen naar de tweede lijn dan patiënten met een minder uitgesproken positieve klacht of een negatief testresultaat. Daardoor stijgt de positief voorspellende waarde van een symptoom of test op ziekte in het traject van eerste naar tweede lijn. En daar zit nu meteen het probleem. Ik neem een symptoom als voorbeeld. Pijn op de borst kan een belangrijk symptoom zijn van een hartinfarct. Dat hoef ik niemand hier aanwezig uit te leggen. Maar welke van de vele patiënten met pijn op de borst die de huisarts bezoeken, moeten verwezen worden omdat er een reële kans op een infarct bestaat, en wanneer kan de huisarts met een gerust hart afwachten omdat een cardiale oorzaak niet waarschijnlijk is? Wanneer de huisarts bij zijn beslissing om te verwijzen, de hogere voorspellende waarde zoals gevonden in een geselecteerde tweedelijnsonderzoekspopulatie, zou toepassen in de eerste lijn, zouden veel patiënten onnodig verdere diagnostiek ondergaan. Er zou in die tweede lijn een groot logistiek probleem ontstaan en de toevoerkanalen naar het ziekenhuis zouden zeker dichtslibben. Eigen onderzoek naar de voorspellende waarde van klachten en symptomen in de eerste lijn is daarom dus noodzakelijk.

Een tweede, hiermee samenhangend verschil is dat vooral het uitsluiten van de aanwezigheid van ziekte een belangrijke doel van de huisarts is. Een test die met zekerheid ziekte uitsluit, is in de eerste lijn van grote waarde. Zo'n test voorkomt

onnodige verwijzing en rechtvaardigt afwachten. En een in eerste instantie afwachtend beleid speelt een zeer belangrijke diagnostische rol in het huisartsgeneeskundig handelen. De factor tijd wordt daarmee een test voor de huisarts. In dit kader wordt wel, enigszins schamper, gesteld dat 'in de huisartsgeneeskunde bijna alles vanzelf overgaat tenzij men er te snel bij is'. Daarmee wordt bedoeld dat onnodige diagnostiek of therapie, voortkomend uit fout positieve testresultaten, ook schadelijk kan zijn. En juist bij lage prevalenties is de kans op fout positieve uitslagen en daardoor onnodig ingrijpen veel groter. Door de tijd te betrekken in het beleid, probeert de huisarts de gezonde beter te onderscheiden van de mogelijk niet gezonde. Patiënten die voor een tweede maal het spreekuur bezoeken omdat de klacht niet is overgegaan, zijn een geselecteerde groep met mogelijk betere testkenmerken.

De voorspellende waarde van klachten op een aandoening enerzijds en het afwachten anderzijds komen samen in de, op het eerste gezicht weinig wetenschappelijk klinkende, termen 'pluis' en 'niet-pluis'. Het wordt door sommigen gezien als een klinisch gevoel maar het zijn in mijn ogen termen die alles te maken hebben met diagnostiek. Het is het eindresultaat van een wiskundige logistische functie die de clinicus als het ware onbewust in zijn hoofd berekent. Een diagnostisch model dat bestaat uit variabelen waaronder leeftijd en geslacht, aspecten uit de voorgeschiedenis, in combinatie met gegevens uit anamnese en onderzoek en, meer specifiek voor de huisarts, het feit dat hij/zij deze patiënt als familie-arts al langer kent en een (lichamelijke) verandering daardoor eerder opvalt. Aan de variabelen in deze logistische functie wordt onbewust een gewicht gekoppeld met als resultaat een zogenaamde posterior- of achterafkans op ziekte die zodanig hoog ('niet-pluis') is dat verdere stappen in de vorm van aanvullende diagnostiek, acuut insturen of instellen op medicatie ondernomen dienen te worden, of zodanig laag dat afwachten gerechtvaardigd is. Een belangrijk doel van het wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde dient gericht te zijn op het expliciteren van detecteerbare variabelen die een diagnose met redelijke zekerheid bevestigen of een afwachtend beleid onderbouwen.

Een derde belangrijke reden voor eigen onderzoek in de eerste lijn is het geheel andere morbiditeitspatroon in de huisartsenpraktijk. De huisarts ziet voor het merendeel zogenaamde alledaagse klachten. En het zijn nu juist deze alledaagse klachten die nooit of slechts zelden in het ziekenhuis terechtkomen, laat staan dat er in die

setting onderzoek naar gedaan wordt. Een alledaagse klacht als moeheid is meestal voorbijgaand maar kan ook het eerste symptoom zijn van een scala aan aandoeningen, variërend van een chronische leverontsteking tot kanker, die verwijzing naar en behandeling in de tweede lijn rechtvaardigen.

Ondanks de hierboven geschetste noodzaak tot het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek specifiek gericht op de eigen huisartsgeneeskundige discipline, is samenwerking met de andere medische disciplines onontbeerlijk en, zeker als het gaat om transmuraal diagnostisch onderzoek, noodzakelijk. Sterker nog, juist in onderzoek op de scheidslijn tussen eerste en tweede lijn komt de factor 'spannend en uitdagend' extra naar boven.

Intermezzo 2

Maar laten we in de tijd verder gaan, een kleine twintig jaar nadat Lou Trompenaars begon. We komen uit in de nog onvoltooid verleden tijd en wel bij Nico Mensing van Charante, eveneens werkzaam als huisarts in Amsterdam en een van mijn huidige collega's. Inmiddels 55 jaar, al zou je dat niet zeggen. Hij nam in 1975 de praktijk van zijn vader over nadat hij, na de studie Geneeskunde, de net ingestelde eenjarige opleiding tot huisarts had gevolgd. Een vestigingsvergunning was nog niet nodig. Stadspraktijken hadden toen gemiddeld zo'n 2500 patiënten. De rol van de partner in de praktijk was al afgenomen, alhoewel de achterwachtfunctie tijdens diensten er in de meeste gevallen nog is. Maar niet bij Nico. Hij was de eerste in Amsterdam die met een mobiele telefoon rondreed. De verloskunde, zeker in de grote stad, wordt door steeds minder huisartsen uitgeoefend en gaandeweg overgenomen door de verloskundige. Ook Nico is gevraagd naar het diagnostisch en therapeutisch handelen in zijn beginjaren bij suikerziekte, astma/COPD en een miskraam. Alhoewel anamnese en lichamelijk onderzoek nog steeds de belangrijkste pijlers zijn, komt aanvullende diagnostiek, in de vorm van bloed- en röntgenonderzoek, steeds beter beschikbaar en wordt deze directer toegankelijk voor de huisarts.

Het was voor hem inmiddels mogelijk een verhoogde suikerwaarde te laten diagnosticeren in het laboratorium, waarna de patiënt nog standaard een suikerbelastingstest (de gtt) onderging. Kort na zijn start was het meten van glucose mogelijk met zogenaamde 'kleurstripjes' in urine en later in het bloed. Het instellen op orale medicatie bij ouderdomssuikerziekte, het zogenaamde type 2, ging tot zijn taken behoren. Daarvoor werd de patiënt niet meer verwezen. Alleen wanneer het een type 1 betreft en/of insuline spuiten noodzakelijk wordt, vindt nog di-

recte verwijzing naar de internist plaats. Het instellen van astma- en COPD-patiënten, toen nog CARA geheten, op orale en later inhalatiemedicatie begint langzamerhand een specifieke taak van de huisarts te worden. Rond de jaren tachtig werd het mogelijk voor hem om zelf diagnostische allergietesten aan te vragen en daardoor gerichte adviezen te geven ten aanzien van sanering. Bij bloedverlies in het eerste trimester van de zwangerschap is afwachten en het natuurlijk beloop volgen eigenlijk de eerste keus. Verwijzing is zeker geen standaard meer. Er begint zich een controverse met de gynaecoloog af te tekenen.

De consequenties van het uitbreiden van het diagnostisch arsenaal van de huisarts

Uit dit tweede intermezzo wordt duidelijk dat de diagnostische faciliteiten van de huisarts zich in de loop van de jaren gestaag hebben uitgebreid, zowel direct in het ziekenhuis als in de inmiddels opgerichte eigen huisartsenlaboratoria. Dit wordt onderbouwd door cijfers uit de Continue Morbiditeitsregistratie van de afdeling Huisartsgeneeskunde in Nijmegen waaruit blijkt dat de totale hoeveelheid aanvullend onderzoek door de huisarts, vooral op het gebied van screening en monitoring, in de periode 1971-1990 sterk is gestegen. Het klinisch-chemisch onderzoek en het echo-onderzoek zijn daarbij de sterkste stijgers.[3] Daarmee dient zich een interessant onderzoeksterrein aan.

Mijn stelling is dat bij elk diagnostisch onderzoek dat routine is geworden voor de specialist, overwogen dient te worden deze faciliteit direct toegankelijk te maken of beschikbaar te stellen aan de huisarts. Deze faciliteiten kunnen direct transmuraal aangevraagd worden, waarbij de beoordeling van de test door de specialist plaatsvindt of in aparte diagnostische centra buiten het ziekenhuis, dan wel in de praktijk van de huisarts onder diens eigen verantwoordelijkheid. Essentieel hierbij is wel dat het om diagnostiek gaat waarbij het stellen van de diagnose ook daadwerkelijk relevante therapeutische of prognostische consequenties heeft, of dat bij het uitsluiten van ziekte verder te ondernemen stappen achterwege kunnen blijven en onderbouwd en terecht afgewacht kan worden. Indien de uitslag van de test een verwijzing naar de specialist nodig maakt, is een voorbereidende stap in het diagnostisch proces door de huisarts reeds gedaan, en wordt beter onderbouwd verwezen.

Wanneer dit soort diagnostische testfaciliteiten beschikbaar zouden komen voor de huisarts, betekent dit dat de plaatsbepaling in de eerste lijn van deze test wetenschappelijk onderzocht moet worden en dat de huisarts geschoold moet worden in een correct gebruik. De redenen voor eigen onderzoek in de eerste lijn heb ik u na het eerste intermezzo al geschetst. Het toegankelijk maken van een diagnostische faciliteit zal ook een aanpassing vragen van de specialist. Het valt mij op dat bij de specialist in het begin nog de nodige koudwatervrees bestaat om een diagnostische test te beoordelen zonder dat de patiënt uitgebreid is onderzocht of gezien. Dat dit echter in veel gevallen kan, heeft het verleden al voldoende bewezen.

De methodologie voor dit diagnostisch procesonderzoek ontwikkelt zich de laatste jaren snel. In het dit voorjaar verschenen boek *The evidence base of clinical diagnosis*, met vele bijdragen van onderzoekers uit de eerste lijn, wordt specifiek aandacht geschonken aan diagnostisch onderzoek en worden de ins en outs van de methodologie beschreven.[4] In het eerste hoofdstuk beschrijven Knottnerus en van Weel op heldere wijze dat het instellen van een effectieve en efficiënte therapie, inclusief het mogelijk juist afzien van therapie, voor een belangrijk deel afhankelijk is van de accurate interpretatie van de uitkomsten van het diagnostisch proces. De uitslag van elke test moet geëvalueerd worden in samenhang met het doel waarmee de test is uitgevoerd, oftewel wat is de toegevoegde waarde van de test bij het in te zetten vervolgbeleid. Diagnostiek is een zich steeds verder uitbreidende en belangrijke taak van de huisarts en een essentiële stap in het verdere medisch handelen. En daarmee wordt het grote belang van onderzoek op dit terrein duidelijk.

Ook al voldoet de test aan de net genoemde voorwaarden, dan nog dient een belangrijke factor in het diagnostisch proces in de huisartsenpraktijk niet vergeten te worden: de patiënt. De patiënten zijn in de laatste decennia ontegenzeggelijk mondiger geworden, zien de huisarts als gesprekspartner en zullen de huisarts uitleg vragen over het waarom van een test of behandeling, niet zelden nadat zij zichzelf grondig voorbereid hebben met behulp van medische sites op het internet. Deze 'professionalisering van de patiënt' maakt dat de mening van de patiënt in het te volgen diagnostisch traject niet moet worden genegeerd. Een test met een hoge relevantie voor het verdere beleid zal, hoe vervelend de uitvoering van de test ook voor hem is, door de patiënt gewenst worden. Maar niet altijd. Menig huisarts zal bijvoorbeeld de situatie herkennen dat bejaarde patiënten geen onderzoek ter uitsluiting of aantoning van een kwaadaardige ziekte wensen, ook al zou een positieve testuitslag relevant kunnen zijn voor verder therapeutisch beleid en daardoor mogelijk

voor een betere prognose. Zij kunnen hun leven als (bijna) afgerond beschouwen en daarom geen verdere diagnostiek meer willen ondanks de volle wetenschap dat dit het leven kan bekorten. Toch is deze vraag ook bij andere, jongere patiëntengroepen mogelijk. Het laten uitvoeren van een test op antistoffen tegen HIV stuit nog steeds op weerstand bij een deel van de personen uit de hoge risicogroepen voor deze infectie terwijl de therapeutisch mogelijkheden en daarmee de prognose toch sterk zijn verbeterd.

Helaas komt andersom ook voor: ook als bekend is dat een test bij een bepaalde klacht geen enkele toegevoegde waarde heeft, wordt deze soms toch door een patiënt min of meer opgeëist. 'Dokter ik heb de laatste tijd wat hoofdpijn en ik zat zelf aan een Ct-scannetje te denken' zijn helaas woorden die menig huisarts bekend zullen voorkomen en het consult langer laten duren dan gepland.

Intermezzo 3

Maar laten we, in het derde intermezzo, weer twintig jaar verder gaan. Hoe heeft het takenpakket zich verder ontwikkeld in die jaren. We komen uit in de tegenwoordige tijd en wel bij een vrouwelijke huisarts die eind jaren negentig van de vorige eeuw gestart is, Fere van Loenen Martinet. Zij was tot voor kort als huisarts in dienstverband werkzaam in onze praktijk, en heeft nog de tweejarige opleiding tot huisarts gevolgd – een opleiding die nu inmiddels drie jaar duurt. Fere werkt parttime. Haar partner, zelf fulltime werkend, heeft geen enkele bemoeienis meer met de praktijk. De achterwachtfunctie is overgenomen door het 'mobieltje' en de centrale doktersdienst. In Amsterdam is verloskunde geen taak van de huisarts meer. Het omgaan met de toegenomen mondigheid van de patiënt daarentegen is een nieuwe taak geworden. Aanvullende diagnostiek is een vanzelfsprekend onderdeel geworden van haar takenpakket, en wordt uitgevoerd in de eigen praktijk, het huisartsenlaboratorium of transmuraal. De standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap zijn een belangrijke leidraad geworden bij het medisch handelen. Aan haar is ook gevraagd wat zij doet bij een patiënt met suikerziekte, met COPD/astma, of een vrouw met een miskraam.

De diagnostiek, de behandeling, inclusief het instellen op insuline en de begeleiding van patiënten met suikerziekte is een vast onderdeel van het vak. De glucosemeter behoort tot de standaarduitrusting van de huisarts en wordt zelfs al aan patiënten verstrekt. Verwijzing naar de tweede lijn vindt nog maar zelden plaats. Sterker nog, de routinecontroles worden inmiddels verzorgd door de diabetes praktijkverpleegkundige en niet meer door de huisarts zelf. Bij verdenking op astma maar meer bij COPD, vraagt zij, conform de NHG-standaard,[5] een long-

functieonderzoek aan zonder dat verwijzing naar de longarts nodig is. Tenslotte: meten is weten en een diagnose COPD heeft vergaande consequenties die de test rechtvaardigen. Ruim 80% van de patiënten met astma/COPD wordt inmiddels in de eerste lijn behandeld en gevolgd. Alleen bij diagnostische problemen, zeer ernstige afwijkingen of bij niet goed reageren op medicatie verwijst zij nog naar de longarts. Op korte termijn zal zij ook de routinecontroles bij astma en COPD aan de praktijkverpleegkundige overdragen. Bij een vrouw met bloedverlies in het eerste trimester van de zwangerschap wordt, indien een diagnose gewenst is, een transvaginale echo aangevraagd om onderscheid te maken tussen een miskraam en een vitale zwangerschap. Bij een vastgestelde miskraam beslist de vrouw over de verdere behandeling.[6] *Evidence speelt een belangrijke rol in haar medisch beslisproces.*

Evidence based medicine (EBM)

Zoals uit dit derde intermezzo blijkt, werkt de huisarts inmiddels met behulp van de standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Deze standaarden zijn door de eigen beroepsgroep ontwikkeld en behandelen diagnostiek, therapie en verwijsindicaties voor de meest voorkomende problemen in de huisartsenpraktijk. *Evidence based medicine* (EBM) en *evidence based practice* zijn sleutelwoorden in het huidige medisch handelen, zo ook in dat van de huisartsgeneeskundige discipline.[7] Hiermee wordt bedoeld dat het handelen – en dit geldt ook voor onze standaarden – zoveel mogelijk is gebaseerd op uitkomsten van degelijk wetenschappelijk onderzoek. Medline, de Cochrane Library en andere medisch-wetenschappelijke informatiebronnen worden steeds bekender en ook daadwerkelijk vaker geraadpleegd door medici. Ook op de afdeling huisartsgeneeskunde van het AMC-UvA wordt de staf getraind in het praktiseren van EBM en bij het toepassen ervan in het onderwijs, krijgen huisartsen in opleiding een cursus kritisch lezen van wetenschappelijke literatuur en speelt EBM een rol tijdens het co-schap huisartsgeneeskunde en in het basiscurriculum. De basis van *evidence based practice* is het voortdurend formuleren van klinische vragen, de zogenaamde PICO, voortkomend uit het dagelijks handelen en beslissen van de medicus practicus.[7] Het expliciteren van deze vragen en het vervolgens concluderen dat het antwoord nog ontbreekt in de beschikbare wetenschappelijke literatuur of dat er alleen consensus bestaat, is in feite de basis – of zou dit moeten zijn – van het toekomstig wetenschappelijk onderzoek in elke medische discipline.

Het onderzoek bij de afdeling Huisartsgeneeskunde van het AMC-UvA

Waar zijn we nu in de tijd? Ik heb u laten zien dat eigen onderzoek in de eerste lijn noodzakelijk is, dat het diagnostische procesonderzoek daarbij een belangrijke rol zou moeten spelen en dat de resultaten van onderzoek hun weg naar de praktijk van de huisarts hebben gevonden. In het hiernavolgende wil ik u, ter illustratie, een aantal voorbeelden geven van reeds uitgevoerd, thans lopend en binnenkort te starten onderzoek op de afdeling huisartsgeneeskunde van het AMC-UvA. Ik wil daarbij de nadruk leggen op onderzoek waarbij de diagnostiek een belangrijke rol speelt, daarbij vermeldend dat dit een van de onderzoekslijnen is die momenteel op onze afdeling worden uitgevoerd.

Eigen eerstelijns onderzoek naar de voorspellende waarde van klachten en bevindingen bij het lichamelijk onderzoek is, zoals reeds aangegeven, van groot belang. In dit kader wil ik het onderzoek naar 'bloedverlies in het eerste trimester van de zwangerschap' noemen dat door Margreet Wieringa-de Waard van onze afdeling is uitgevoerd, in samenwerking met de afdeling gynaecologie/verloskunde van het AMC. Een belangrijke vraag in deze studie was of door de huisarts onderscheid gemaakt kan worden tussen een vitale zwangerschap en een zekere miskraam, uitsluitend gebaseerd op voorgeschiedenis, gepresenteerde klachten en bevindingen bij lichamelijk onderzoek. Dat is een belangrijk onderscheid aangezien in het geval van een vitale zwangerschap vanzelfsprekend wordt afgewacht en in het geval van een miskraam het verdere beleid in overleg met de vrouw kan worden besproken. In het kader van dit onderzoek zijn de resultaten van meer dan tweehonderd vrouwen die zich in de eerste lijn presenteerden met bloedverlies in de eerste drie maanden van de zwangerschap onderzocht. Afhankelijk van het gebruikte voorspellingsmodel werd geen relevante of bruikbare stijging van de zogenaamde achterafkans of *posttest probability* gevonden.[8] Helaas blijkt het niet mogelijk te zijn een onderscheid te maken tussen een vitale en niet-vitale zwangerschap uitsluitend op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek. Indien een diagnose noodzakelijk of gewenst is, moet de huisarts aanvullende diagnostiek in de vorm van echografisch onderzoek laten uitvoeren.

O ja, herinnert u zich nog die controverse die ontstond tussen huisartsen en gynaecologen over afwachten of curetteren bij een miskraam? Dat is ook onderzocht

in dit onderzoek door middel van een gerandomiseerde trial. Als het gaat om veiligheid en complicaties zijn de behandelingen gelijkwaardig, hetgeen betekent dat niet de huisarts of gynaecoloog mag beslissen welke behandeling wordt uitgevoerd, maar de voorkeur van de vrouw wordt gevolgd nadat zij goed is voorgelicht.[6,9]

Een tweede voorbeeld dat ik u wil geven, heeft te maken met de toegevoegde waarde van aanvullende bloedonderzoek in het diagnostisch proces van de huisarts. Het betreft het door onze afdeling, in samenwerking met de afdeling Allergie van het Centraal Laboratorium van de Bloedtransfusiedienst, uitgevoerde en het door het Astmafonds gesubsidieerde onderzoek naar de voorspellende waarde van specifiek IgE – zeg maar het aantonen van allergie in het bloed – voor de diagnose astma bij jonge kinderen. Zeker onder de leeftijd van 6 jaar is de diagnose astma vaak moeilijk te stellen en kan dat alleen gebeuren op basis van de luchtwegklachten van het kind. Longfunctieonderzoek ter bevestiging van de diagnose is bij deze kleine kinderen nog niet mogelijk. Onderzoek naar het verbeteren van de astmadiagnostiek bij kleine kinderen is een belangrijk onderwerp van onderzoek op onze afdeling.[10] Zo bestaat er over het nut van het doen van bloedonderzoek naar de aanwezigheid van allergie tegen huisstofmijt, kat en hond bij deze kleine kinderen nog onduidelijkheid.[11] De resultaten van dit door ons uitgevoerde onderzoek toont aan dat bij kinderen die met langdurige hoestklachten (> 5 dagen) op het spreekuur komen maar liefst 1 op de 5 IgE positief is en dat deze kinderen een tot vijfmaal hogere kans hebben om astma te ontwikkelen dan kinderen met een negatieve test op IgE. Dus het uitvoeren van deze test kan de huisarts daadwerkelijk helpen in het diagnostisch proces, het heeft een toegevoegde waarde. Het ondersteunt de huisarts bij een actiever medicamenteus ingrijpen bij deze kinderen met als doel een betere prognose.[12]

Een derde voorbeeld dat ik u wil geven, heeft ook te maken met bloedonderzoek maar dan meer met de plaatsbepaling in de tijd van dit onderzoek. Wanneer moet de huisarts het doen, direct bij het eerste consult of is eerst een afwachtend beleid gerechtvaardigd? In dit kader wordt momenteel een onderzoek uitgevoerd in samenwerking met de afdeling huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Maastricht naar de waarde van bloedonderzoek bij onbegrepen klachten, fraai het 'Vampire project' gedoopt. Dit onderzoek wordt gefinancierd door het College voor Zorgverzekeringen. Een onbegrepen klacht is een klacht waarvoor ondanks een goed uitvragen en een gedegen lichamelijk onderzoek door de huisarts, geen verklaring gevonden kan worden en waarbij de huisarts tevens de kans op een ernstige

aandoening zeer klein acht. Dit zijn bij uitstek de klachten die vanzelf overgaan, tenzij… Zo'n veel gepresenteerde onbegrepen klacht is moeheid. Hoewel in dit geval veel patiënten waarde hechten aan 'het nakijken van het bloed' en hier door huisartsen vaak in het eerste consult gehoor aan wordt gegeven, is het nog onduidelijk of dit wel zinvol is en of er niet beter eerst afgewacht kan worden. Wij onderzoeken in een gerandomiseerde trial in hoeverre het vier weken uitstellen van dit bloedonderzoek verantwoord is. Worden hierdoor ernstige aandoeningen gemist of er te laat door gediagnosticeerd? Als dit niet het geval is, dan zal uitstel tot een vermindering van het aantal fout positieve uitslagen leiden en tot een kostenbesparend afstel, oftewel 'de klacht is vanzelf overgegaan zonder onnodige verdere diagnostiek'. De plaats in de tijd van het bloedonderzoek wordt onderzocht en zo het afwachtende beleid van de huisarts mogelijk verantwoord en beter nog door wetenschappelijk onderzoek onderbouwd.

Het volgende voorbeeld dat ik u wil geven, heeft te maken met de verschuiving van diagnostische routineverrichtingen van tweede lijn naar eerste lijn. De waarde en de plaats van deze faciliteiten in de eerste lijn moeten dan opnieuw vastgesteld worden. Het eerste voorbeeld dat ik wil geven, betreft het onderzoek naar de waarde van transvaginaal echografisch onderzoek bij abnormaal vaginaal bloedverlies bij vrouwen in de vruchtbare levensfase. Dit onderzoek wordt gefinancierd door het Fonds Alledaagse Ziekten van het Nederlands Huisartsen Genootschap, een prima fonds ingesteld door mensen die weten waar de prioriteiten voor de huisarts liggen. In veel ziekenhuizen kan de huisarts tegenwoordig direct zo'n transvaginaal echo-onderzoek aanvragen zonder de patiënt te hoeven verwijzen. In de NHG-standaard 'vaginaal bloedverlies' wordt dit onderzoek pas geadviseerd wanneer er sprake is van verdenking op afwijkingen bij inwendig onderzoek en bij persisterende klachten.[13] Een wetenschappelijke onderbouwing ontbreekt vooralsnog. Een belangrijke vraag is of met dit afwachten vrouwen onnodig lang met een in principe behandelbare afwijking rondlopen. Is het beter om meteen echografie uit te voeren en niet af te wachten? In samenwerking met de afdeling huisartsgeneeskunde van de Vrije Universiteit van Amsterdam wordt dit probleem momenteel onderzocht. In het onderzoek van de VU wordt drie maanden afgewacht alvorens de echografie wordt aangevraagd; in ons onderzoek zullen vrouwen met abnormaal bloedverlies direct de echografie aangeboden krijgen. De belangrijkste vraag is: op welk moment wordt de meeste diagnostische en therapeutische winst geboekt?

Oftewel: wanneer is het uitvoeren van de echografie het meest waardevol voor huisarts en patiënt.

Een laatste voorbeeld dat ik wil geven, heeft ook te maken met het beschikbaar komen van een nieuwe diagnostische faciliteit voor de huisarts. Het betreft de diagnostiek bij aanvalsgewijs optredende hartritmestoornissen. Momenteel moet de huisarts de patiënt verwijzen naar de cardioloog wanneer verdere diagnostiek gewenst is. Naast een soms onbegrijpelijk lange lijst van onderzoeken krijgt de patiënt van de cardioloog ook een zogenaamde *event recorder* mee. De *event recorder* is een apparaat dat het hartritme registreert, op het lichaam gedragen wordt en door de patiënt geactiveerd kan worden zodra de klachten zich voordoen – een routineonderzoek voor de cardioloog. Wij onderzoeken in het 'Beat-project' of het zinvol is om deze *event recorder* direct toegankelijk te maken als diagnostisch middel voor de huisarts. Patiënten in de eerste lijn die verdacht worden van aanvalsgewijs optredende hartritmestoornissen worden gerandomiseerd, waarbij de helft van de patiënten een recorder meekrijgt en de andere helft niet. De vraag is hoeveel relevante ritmestoornissen in deze interventiegroep worden gevonden in vergelijking met de controlegroep die *usual care* heeft gehad, en of de huisarts ook op correcte wijze met de uitslag van de *event recorder* weet om te gaan. Helpt het ter beschikking stellen van deze diagnostische faciliteit de huisarts in het terecht afzien van verwijzing naar de cardioloog of in het onderbouwd verwijzen? Het antwoord op deze laatste vragen moet ik u nog schuldig blijven aangezien de reeds verzamelde gegevens nog geëvalueerd moeten worden.

De zojuist gegeven voorbeelden zijn illustratief voor de richting waarin het wetenschappelijk onderzoek van de afdeling huisartsgeneeskunde van het AMC-UvA de komende jaren zal gaan: onderzoek naar het diagnostisch proces in de eerste lijn. Hierbij moet gedacht worden aan het gehele traject van aantonen of uitsluiten van ziekte door middel van een test, de bijdrage van een test in het beslisproces om therapie te starten, tot aan het uiteindelijke effect op de gezondheid van de patiënt. Ook de waarde van het herhalen van testen ter evaluatie van therapie of in de monitoringsfase moet hiertoe gerekend worden. De huisarts fungeert als 'verwijsfilter' naar de tweede lijn. Ook het doorlatend vermogen van dit filter behoeft verder onderzoek. Wat kan de huisarts zelf aan zinvolle diagnostiek doen alvorens te besluiten om te verwijzen? Reeds bestaande elektronische verwijssystemen kunnen hierin een belangrijke rol gaan spelen en zelfs een uitgelezen mogelijkheid zijn om

het verwijzen naar de tweede lijn te protocolleren en te stroomlijnen. In dit kader is het verheugend dat het programma Doelmatigheidsonderzoek van ZonMw voor de periode 2003-2006 onder meer aan 'de diagnostiek in de huisartsenpraktijk' prioriteit heeft gegeven.

Infrastructuur voor het onderzoek

Voor het doen van wetenschappelijk onderzoek is een goede onderzoeksinfrastructuur nodig. Ook hieraan is de laatste jaren in huisartsenland hard gewerkt. In de jaren negentig heeft de computer zijn intrede gedaan in de Nederlandse huisartsenpraktijk en heeft het merendeel van de huisartsen de overstap gemaakt van de 'groene kaart' naar het elektronisch medisch dossier (EMD). Anamnese, lichamelijk onderzoek, eventuele diagnose en ingesteld beleid inclusief medicatie worden standaard geregistreerd. Een deel van de Nederlandse huisartsen is gaan participeren in elektronische huisartsenregistratienetwerken.[14] Net zoals vele andere faculteiten heeft ook de afdeling Huisartsgeneeskunde van het AMC-UvA zo'n registratienetwerk – het Hag-net-AMC – waarin dertig praktijken (34 huisartsen) de belangrijkste gezondheidsproblemen van ruim 45.000 patiënten vastleggen op de probleemlijst. Dit netwerk vormt een essentiële infrastructuur voor het verrichten van wetenschappelijk onderzoek in de huisartsenpraktijk.[15] Daarnaast is wetenschappelijk onderzoek niet mogelijk zonder de bereidheid van vele huisartsen, ook van buiten het Hag-net-AMC, om te participeren in onderzoek. En dit gebeurt gelukkig vaak, maar is gezien de toegenomen taken van de huisarts voorwaar niet altijd eenvoudig.

Positie van de huisarts in het huidige gezondheidszorgsysteem

Ik wil nog even met u kijken naar de positie van de huisarts. Tenslotte wordt de positie van de huisarts in het huidige gezondheidszorgsysteem beïnvloed door vele nieuwe ontwikkelingen. Hoewel er in mijn ogen boze tongen zijn die betwijfelen of de huisarts over twintig jaar nog bestaat, ben ik ervan overtuigd dat deze personen zich danig vergissen in de sterke en centrale positie van de huisarts-specialist en het

eigen karakter van het werkveld. Ook het belang dat patiënten zullen blijven hechten aan deze voor hem of haar vertrouwde arts, wordt daarbij ernstig onderschat. Dat de komende jaren de gezondheidszorg zal gaan veranderen is vrijwel zeker; dat is niets anders dan wat er de afgelopen decennia is gebeurd en op zich ook een goede zaak. Maar deze veranderingen zullen de positie van de huisarts mijns inziens alleen maar versterken.

Bij 10 à 20% van de aan de huisarts gepresenteerde klachten wordt uiteindelijk de hulp van de intramuraal specialist ingeroepen. Om er voor te zorgen dat deze verwijzingen terecht plaatsvinden, is de functie van poortwachter, of zo u wilt 'trechter- of filterfunctie', zeker van toepassing op de huisarts. De huisarts staat daarmee binnen het diagnostisch proces figuurlijk aan de voordeur van het ziekenhuis. Een logische consequentie van deze positie bij de voordeur is dat de huisarts een soortgelijke positie aan de achterdeur heeft, bij het ontslag uit het ziekenhuis. Dit betekent dat de huisarts meebeslist of ontslag bij deze patiënt verantwoord is. Het aantal keren dat een huisarts, bij voorkeur op vrijdagmiddag, overvallen wordt door een uit het ziekenhuis ontslagen patiënt met een grote zorgbehoefte en een matige of zelfs ontbrekende mantelzorg is nog te groot. Alhoewel dit probleem met het instellen van transferverpleegkundigen in veel ziekenhuizen is verbeterd, is de positie van de huisarts aan de achterdeur van het ziekenhuis nog onduidelijk en verdere uitwerking gewenst. Juist om het ontslag van de patiënt te optimaliseren, is tijdens de opname een frequenter contact met patiënt en specialist nodig. Dit zou kunnen betekenen dat de huisarts in de toekomst ook zeggenschap *in* het ziekenhuis zou moeten krijgen. Mogelijk dat de huisarts in de toekomst ook ziekenhuisbedden zou moeten hebben waar hij zelf en onder eigen verantwoordelijkheid patiënten kan opnemen. In een recent door onze afdeling uitgevoerde evaluatie van de huisartsenkliniek in IJmuiden – een unieke situatie ontstaan door het sluiten van het Zeeweg Ziekenhuis – blijkt deze behoefte aan intramurale huisartsenbedden wel degelijk te bestaan en ook in een behoefte te voorzien.[16,17] Deze ontwikkelingen hebben vanzelfsprekend consequenties voor de werkbelasting van de huisarts en zijn alleen mogelijk wanneer hiervoor in het huidige takenpakket ruimte wordt gemaakt.

Intermezzo 4

Ik kom nu aan bij het laatste intermezzo waarin ik met u naar de toekomstige tijd ga en u voorstel aan een potentiële huisarts: Karlijn Bindels, momenteel 4 jaar. Zij wil naast prinses misschien ook wel dokter worden, maar dan wel een met een witte jas want anders is het geen echte. Bestaat de huisarts over twintig jaar nog, vraagt u zich af? Ik twijfel daar niet aan. De huisarts levert nog steeds, als eerstelijnsspecialist en samen met inmiddels voldoende collega's, continue zorg. Karlijn is dan de medische spil in diverse ketenzorgsystemen. Vele van haar routinetaken, maar ook een deel van de triage aan de voordeur van haar praktijk, heeft zij overgedragen aan de medisch assistent of praktijkondersteuner. En sommige patiënten 'managen' inmiddels hun chronische aandoening zelf en sturen hun resultaten elektronisch ter controle naar de praktijk van de huisarts. Een breed scala van aanvullende, transmurale, diagnostische verrichtingen staat haar ter beschikking. Het nut van de verrichting binnen het diagnostisch proces is onderzocht en iedere verrichting wordt doelmatig gebruikt. Het elektronisch medisch dossier van de huisarts is gekoppeld aan het inmiddels toch ook ontwikkelde elektronisch medisch dossier van het ziekenhuis. Ter voorkoming van dubbele aanvragen is diagnostiek die is aangevraagd door de huisarts te allen tijde beschikbaar voor de intramuraal werkende specialist en vice versa. Verwijzing vindt elektronisch plaats en volgens protocol. Een deel van de huisartsen heeft zich verder gedifferentieerd in bijvoorbeeld diabeteszorg of palliatieve zorg, een ander deel heeft een parttime taak in het ziekenhuis en heeft zitting in het stafbestuur. Roulatie tussen differentiaties is goed mogelijk en houdt het vak levendig.

Karlijns vader, die inmiddels net met pensioen is gegaan, vertelt haar nog wel eens over de stakingen van huisartsen aan het begin van de eeuw – stakingen nodig om de misstand in de financiële vergoeding voor huisartsen recht te trekken. Ze glimlacht dan. Dat probleem is opgelost en al lang verleden tijd.

Slotwoord

Dames en Heren, in de afgelopen drie kwartier heb ik u meegenomen in de tijd en de verandering in het takenpakket van de huisarts-specialist beschreven. Ik heb u het eigen karakter van ons specialisme laten zien, en aangegeven wat de noodzaak is van het uitvoeren van eigen onderzoek en welke richting dat onderzoek in de komende jaren moet opgaan. Ik heb mij daarbij gericht op het wetenschappelijk onderzoek naar het diagnostisch proces en u voorbeelden gegeven van dit soort

onderzoek op onze afdeling. Tevens heb ik u laten zien dat de resultaten van wetenschappelijk onderzoek in toenemende mate hun weg vinden naar de dagelijkse praktijk van de huisarts en daarmee het medisch handelen van de huisarts onderbouwen.

In de afgelopen 45 jaar heeft er een duidelijke verschuiving plaatsgevonden van zorg en taken van de tweede naar de eerste lijn. Maar ook in de eerste lijn treedt er inmiddels een verplaatsing van zorg op van huisarts naar praktijk-ondersteuner waar het gaat om de routinetaken bij chronische aandoeningen zoals suikerziekte en astma/COPD. En de volgende stap wordt al gemaakt: een deel van de zorg wordt al door de patiënt zelf uitgevoerd.

Tijd speelt een belangrijke diagnostische rol bij het huisartsgeneeskundig handelen. De huisarts zal zich bij elke nieuwe klacht afvragen of aanvullende diagnostiek nodig is of dat een afwachtend beleid terecht is, een afweging die in de praktijk dagelijks meerdere malen moet worden gemaakt. Het medisch-diagnostisch handelen van de huisarts is, door de continue uitbreiding van aanvullende diagnostische mogelijkheden, steeds complexer geworden. Het betekent dat de huisarts voortdurend moet zoeken naar de balans tussen onder- en overdiagnostiek. Wetenschappelijk onderzoek ter onderbouwing van ons handelen is daarom voortdurend nodig.

Dat gezien de snelle ontwikkelingen en de huidige perikelen in ons gezondheidszorgsysteem ook de overheid meer 'tijd voor de huisarts' moet gaan nemen, staat wat mij betreft buiten kijf.

Dankwoord

Nu ik aan het eind van mijn rede ben gekomen, wil ik nog graag een aantal mensen bedanken.

Het college van bestuur van de Universiteit van Amsterdam en de Raad van Bestuur van het AMC dank ik voor het in mij gestelde vertrouwen.

Mijn opleider Jan Numan, huisarts in Olst, wil ik in dit kader zeker bedanken. Nadat ik in een regionaal ziekenhuis anderhalf jaar als arts-assistent een volwaardige klinische tropenopleiding had gevolgd, dacht ik dat een jaartje huisartsopleiding eigenlijk overbodig was. Ik had het vak toch onder de knie? Hoe anders bleek echter de inhoud van het huisartsenvak te zijn. De omschakeling van de intramurale naar

de extramurale kliniek werd door jou voortreffelijk begeleid en maakte het eigen karakter van de huisartsgeneeskunde duidelijk. Het was een mooi en leerzaam jaar.

Hooggeleerde Coutinho, beste Roel. Na een kort verblijf in Afrika waar ik voor het eerst met AIDS geconfronteerd werd, en mede gedreven door een slechte arbeidsmarkt voor huisartsen in de tweede helft van de jaren tachtig, was de baan bij de toen door jou geleide afdeling infectieziekten van de GG & GD Amsterdam een prima plek. Na verschillende functies binnen de afdeling bekleed te hebben, rolde ik min of meer automatisch in een promotietraject en werd en passant opgeleid tot epidemioloog. Exact zes jaar geleden, op donderdag 26 september 1996 (maar dan een uur vroeger) stond ik op deze plaats mijn proefschrift te verdedigen waar jij de promotor van was. Hoe belangrijk mijn tijd bij de GG & GD Amsterdam is geweest voor mijn verdere functioneren en de nu gezette stap in mijn carrière realiseer ik mij terdege. Nogmaals bedankt voor een uitstekende tijd binnen de muren van de GG & GD.

Hooggeleerde Schadé, beste Bert. Toen ik medio 1996 bij jou kwam informeren naar een werkplek op de afdeling huisartsgeneeskunde, was het jou geloof ik eerder duidelijk dan mijzelf welke kant dat op zou gaan. Dat ik vijf jaar later strategisch hoogleraar zou zijn, stond toen al helemaal niet op mijn briefje, maar was uiteindelijk wel een gevolg van het vele werk dat in die periode verzet is. En daar heb jij een zwaar steentje aan bijgedragen. Jouw voor mij uiterst prettige wijze van leidinggeven, helpt daarbij enorm. Ik hoop nog lang met je samen te mogen werken, ook al ben je inmiddels opa geworden.

Alle medewerkers van de afdeling huisartsgeneeskunde van het AMC-UvA, in het bijzonder de onderzoekers en onderzoeksstaf, wil ik enorm bedanken voor de samenwerking en inzet in de afgelopen jaren. De flinke groei in onderzoeksprojecten en het stijgend aantal wetenschappelijke publicaties heeft de afdeling nog beter op de onderzoekskaart gezet. Ik hoop dat we in de komende jaren zo door kunnen gaan. Ook de huisartsen die participeren of hebben geparticipeerd in onze onderzoeken wil ik bedanken. En de huisartsen die dat nog nooit gedaan hebben? Jullie zijn zeer welkom.

Lou Trompenaars, Nico Mensing van Charante en Fere van Loenen Martinet en Karlijn Bindels wil ik bedanken voor hun bereidheid mee te werken aan deze rede.

Mijn ouders hebben er voor gezorgd dat studeren mogelijk was. Wat is het fantastisch dat jullie hier vandaag bij kunnen zijn. En natuurlijk ook een speciaal woord voor mijn broers en zusters. Jullie hebben het 'masterplan' perfect verborgen ge-

houden en uitgevoerd. Ik wist het echt niet en kan jullie er dan ook nu pas voor bedanken.

Kitty, jou wil ik in het bijzonder danken voor alles wat je doet, en dat is heel veel, en de ruimte die je mij geeft om mijn werk te kunnen doen. Zoals je mij en vele anderen in jouw werk leert, moet er wel een balans zijn tussen belasting en belastbaarheid. Oftewel: voldoende ontspanning. Ik zal ervoor zorgen dat er tijd voor is en wil die momenten van ontspanning graag samen met jou delen.

Bas, Simone en Karlijn. Jullie zijn voor mij van onschatbare waarde, mijn grote schatten. Daar kan geen enkel onderzoeksresultaat tegenop.

Geachte toehoorders, ook u wil ik bedanken voor uw aanwezig zijn hier vandaag. Ik heb u mijn ideeën en visie gegeven ten aanzien van het huisartsenvak in het algemeen en het wetenschappelijk onderzoek in deze discipline in het bijzonder. Ik hoop dat ik met velen van u in de komende tijd meer interactief over de inhoud mag discussiëren. Vooralsnog geldt,

ik heb gezegd.

Referenties

1. Vraag en aanbod huisartsen. Bronnenoverzicht en raming 2000-2010. Nivel. Utrecht, 2001.
2. Capaciteitsplan 2002 voor de medische en tandheelkundige vervolgopleidingen. Advies 2002. Nivel. Utrecht 2002.
3. Bosch, W.J.H.M. van den, Bor, J.H.J., Lisdonk, E.H. van den. Twintig jaar aanvullende diagnostiek in de huisartspraktijk. Cijfers uit de Continue Morbiditeitsregistratie, 1971-1990. *Huisarts en Wetenschap* 1993;36:365-9.
4. The evidence of base of clinical diagnosis, red. J.A. Knottnerus, BMJ books 2002.
5. Geijer, R.M.M., Thiadens, H.A., Smeele, I.J.M., Zwan, A.A.C. van der, Sachs, A.P.E., Bottema, B.J.A.M. et al. NHG-standaard COPD en astma bij volwassenen: Diagnostiek. *Huisarts en Wetenschap* 1997;40:416-29.
6. Wieringa-de Waard, M., Hartman, E.E., Ankum, W.M., Reitsma, J.B., Bindels, P.J.E., Bonsel, G.J. Expectant management versus surgical evacuation in first trimester miscarriage: health related quality of life in randomised and non-randomised patients. *Human Reproduction*. 2002;17(6):1638-1642.
7. Sackett, D.L., Straus, S.E., Richardson, W.S., Rosenberg, W., Haynes, R.B.. Evidence based medicine. How to practice and teach EBM. Churchill Livingstone 2000.
8. Wieringa-de Waard, M., Bonsel, G.J., Ankum, W.M., Vos, J., Bindels, P.J.E. Threatened miscarriage in general practice: diagnostic value of history taking and physical examination. *Britisch Journal of General Practice* 2002;52:825-9.
9. Wieringa-de Waard, M., Vos, J., Bonsel, G.J., Bindels, P.J.E., Ankum, W.M. Management of miscarriage: a randomized controlled trial of expectant management versus surgical evacuation. *Human Reproduction* 2002;17(9):2445-2450.
10. Eysink, P.E.D., Bindels, P.J.E., Huisman, J.S., Bottema, B.J.A.M., Aalberse, R.C., Schadé, E. Development of specific IgE in coughing toddlers: a medical records review of complaints in general practice. *Pediatric Allergy and Immunology* 2001;14:133-141.
11. Dirksen, W.J., Geijer, R.M.M., Haan, M. de, Koning, G. de, Flikweert, S., Kolnaar, B.G.M. NHG-standaard astma bij kinderen. *Huisarts en Wetenschap* 1998;41:130-43.
12. Bindels, P.J.E., Eysink, P.E., Ter Riet, G. The predictive value of specific IgE for the development of asthma in children younger than 5 years presenting with persistent cough in general practice. Eindverslag Astmafonds Project AF97.36. 2002.
13. Meijer, L.J., Zwart, S., Wemekamp, H., Boukes, F.S., Burgers, J.S.. NHG-standaard Vaginaal bloedverlies. *Huisarts en Wetenschap* 2001;44:260-6.
14. Metsemakers, J.F.M. Huisartsgeneeskundige registraties in Nederland, 3e editie. Maastricht/Rotterdam 1999.

15. Brouwer, H.J., Weert, H.C.P.M. van, Vintges, M.M.Q., Bindels, P.J.E. De betekenis van interpraktijkvariatie in registratienetwerken. *Huisarts en Wetenschap* 2000;43(10): 426-429.
16. Moll van Charante, E.P., IJzermans, C.J., De huisartsenkliniek in IJmuiden. Een inventariserend onderzoek. Amsterdam 2001.
17. Moll van Charante, E.P., IJzermans, C.J., Bindels, P.J.E. Huisartsenbedden in een ziekenhuis. *Medisch Contact* 2000;55:502-4.