

In deze rubriek vatten we iedere maand relevant nieuws voor de huisartsgeneeskundige praktijk bondig samen.

DE DERDE MAAR 'STILLE' PARTNER IN HET ARTS-PATIËNTCONSULT



Lown BA, Rodriguez D. Commentary: lost in translation? How electronic health records structure communication, relationships, and meaning. *Acad Med* 2012;87:392-4.

In de meeste huisartsenpraktijken heeft de pc stilaan zijn plaats verworven en verdringt het elektronisch medisch dossier (EMD) ook steeds meer het papieren dossier naar het achterplan. Maar zijn we ons wel voldoende bewust hoe deze stil zoemende machine ook een derde partner geworden is in ons arts-patiëntcontact? Dit was het uitgangspunt van een boeiend editoriaal in het laatste aprilnummer van *Academic Medicine*.

Een deskundig gebruik van het EMD en het 'on the spot' gebruikmaken van de mogelijkheden van internet tijdens de consultaties heeft van de pc een handig hulpmiddel gemaakt om de kwaliteit van

de zorg naar hogere niveaus op te krikken. Maar patiënten zijn niet onverdeeld gelukkig met de aanwezigheid van deze derde partij. Het belangrijkste nadeel is dat de pc de aandacht van de arts kan afleiden (naar zich toe kan zuigen) met als gevolg dat de patiëntgerichtheid van de arts-patiëntcommunicatie er flink op achteruitgaat: er is minder oogcontact met de patiënt, de arts luistert minder goed, mist belangrijke hints in het verhaal van de patiënt en maakt minder tijd vrij om psychosociale of emotionele onderwerpen te bespreken. Aan de andere kant kan de computer ook actief en constructief betrokken worden in het arts-patiëntgesprek: de arts kan aankondigen

het scherm te raadplegen, kan de patiënt uitnodigen om mee te kijken naar labo-resultaten, RX-beelden, grafieken, educatief beeldmateriaal en dergelijke meer. Nieuwe technologie creëert ook nieuwe mogelijkheden zoals het verschaffen van links vanuit het EMD naar geheugensteuntjes (prompts) om bijvoorbeeld bepaalde klachten beter te bevragen. Dit kan dan wel behulpzaam zijn, maar tegelijk houdt dit het risico in om te eng en te gesloten de patiënt te bevragen en dit is dan weer een gekende bron van diagnostische fouten. Op een competente professionele manier praten met de patiënt en tegelijk het EMD (en pc) gebruiken, vraagt dus om deskundige 'multitasking'. In het huidige onderwijs komt de integratie van deze verschillende vaardigheden nog maar zelden aan bod. Het wordt dus een uitdaging om studenten (maar ook artsen) enerzijds voldoende bewust te maken van de impact die de computer heeft als 'stille derde aanwezige' en om anderzijds tegelijk de mogelijkheden ervan optimaal te benutten.

M. Van Nuland

ONCOLOGEN ZIJN OOK MAAR MENSEN



Granek L, Tozer F, Mazzotta P, Ramjaun A, Krzyzanowska M. Nature and impact of grief over patient loss on oncologists' personal and professional lives. *Arch Intern Med* 2012; 0:1-3, doi 10.1001/archinternmed.202.1426.

Het zorgen voor ernstig zieke en terminale patiënten kan reacties van verdriet veroorzaken bij de gezondheidswerkers. Terwijl alle gezondheidswerkers mogelijk verdriet ervaren bij het sterven van een patiënt, kan dit bij oncologen uitzonderlijke druk veroorzaken.

Deze studie wil deze rouw bij oncologen onderzoeken en nagaan welk impact dit

heeft, zowel op hun professioneel als hun persoonlijk leven.

Twintig oncologen werden geïnterviewd in oncologische centra in Ontario in Canada tussen november 2010 en juli 2011. Deze rouw is moeilijk waarneembaar voor buitenstaanders maar toch wordt het verdriet meegedragen naar huis en heeft dit impact zowel op professioneel

gebied als privé. Ze willen hun volgende patiënten nog beter behandelen. In de eindfase van het leven van de patiënt gaan ze minder naar het ziekenbed en spreken ze minder met de patiënt en met de familie. Ze spenderen minder energie aan de stervende patiënt.

Op gebied van affect proberen oncologen een balans te zoeken tussen dichtbij de patiënt staan en toch voldoende afstand om de pijn niet te voelen. Ze zoeken ook hun vlucht in 'compartimentalisering'.

Als oplossing brengen de auteurs naar voren dat oncologen een opleiding zouden moeten volgen om met deze gevoelens om te gaan en dat deze opleiding ook tijdens hun carrière zou worden voortgezet.

L. De Deken

CAMPAGNE CHOOSING WISELY®



An initiative of the ABIM Foundation

Op 4 april 2012 werd in de Verenigde Staten de nationale campagne 'Choosing Wisely®' ingeluid met een persconferentie. Het is een vrij merkwaardig initiatief dat onmiddellijk weerklank vond in enkele belangrijke medische bladen zoals *JAMA*¹ en *BMJ*².

Negen Amerikaanse specialiteiten waaronder huisartsen, representatief voor 374 000 artsen, hebben samen een lijst van 45 items opgesteld (elk vijf). Elk item is een veel voorgeschreven technisch onderzoek en/of behandeling die eigenlijk niet nodig zijn.

De campagne is een 'Quality of care and patient safety'-initiatief, maar heeft ook tot doel de kosten in de gezondheidszorg te beheersen. Naar schatting wordt 30% van alle middelen onnodig verspild door nutteloze onderzoeken of behandelingen.³ Niet alleen kunnen die massale sommen geld niet meer voor nuttige onderzoeken of behandelingen worden aangewend, bovendien kunnen onnodige behandelingen en onderzoeken ook (onnodige) verwickelingen en gezondheidsproblemen veroorzaken. Volgens de website www.choosingwisely.org heeft de campagne 'Choosing Wisely®' als doel de gesprekken tussen artsen en patiënten op gang te brengen ter bevordering van kwaliteitsvolle zorg, dit wil zeggen het promoten van tests die evidence-based zijn, niet overlappen met eerdere tests, geen schade berokkenen en die echt nodig zijn.

Patiënten zullen ook via andere kanalen zoals pers en consumentenorganisaties aangemaand worden om wijs te kiezen.

Zowel artsen als patiënten worden in deze campagne aangesproken. Allereerst de artsen, die volgens onderzoek voor 80% verantwoordelijk zijn voor de gezondheidskosten.⁴ Het probleem ligt echter niet enkel bij hen: *'Uit onderzoek blijkt dat veel artsen zich gedwongen voelen tegemoet te komen aan een verzoek van de patiënt voor een bepaald type van interventie, zelfs al denken ze dat het geen voordeel biedt.'* Dat zei Christine Casse, voorzitter van de American Board of Internal Medicine Foundation op de persconferentie. Artsen hebben behoefte aan hulp in de communicatie met patiënten: *'Meer zorg is niet altijd betere zorg. Als artsen moeten we het belang van deze gesprekken herkennen en ervoor zorgen dat de juiste patiënt de juiste zorg op het juiste moment krijgt.'*

De campagne is er uiteraard niet zomaar gekomen. Het prille begin gaat terug tot een artikel in 2002: *'Medical professionalism in the new millennium: a physician charter'*.⁵ In 2010 verscheen in de *New England* een oproep tot responsabilisering van de artsen door middel van een 'Top 5 List'⁶ en in 2011 werd de Top 5 List voor huisartsen gepubliceerd.⁷

De problemen van onnodige onderzoeken en behandelingen, onnodige kosten en onnodige verwickelingen zijn uiteraard niet specifiek voor de Verenigde Staten. De meeste topics in die top 5-lijsten zijn ook perfect toepasbaar op de Belgische situatie. Ook

TOP 5-LIJST VOOR HUISARTSEN

- 1 Vraag geen medische beeldvorming aan voor lagerugpijn binnen de zes weken tenzij bij aanwezigheid van 'red flags' (alarmsymptomen).
- 2 Schrijf routinematig geen antibiotica voor bij acute milde tot matige sinusitis tenzij de symptomen langer duren dan zeven dagen of meer of als de symptomen verergeren na initiële beterschap.
- 3 Schrijf geen botdensitometrie (DEXA) voor om osteoporose te screenen bij vrouwen jonger dan 65 jaar of mannen jonger dan 70 jaar zonder risicofactoren.
- 4 Voer geen jaarlijkse ECG's noch enige andere harttests uit bij laagrisicopatiënten zonder symptomen.
- 5 Doe geen PAP-tests bij vrouwen onder de 21 jaar of bij vrouwen met een voorgeschiedenis van hysterectomie wegens niet-cancerogene aandoening.

ANDERE INTERESSANTE TOP 5-ITEMS

- Voer geen inspanningsproef of niet-invasieve beeldvorming uit bij de initiële evaluatie van asymptomatische patiënten behalve als ze een hoog cardiovasculair risico hebben.
- Stel de diagnose van astma niet en behandel de aandoening niet zonder voorafgaande spirometrie.
- Vraag geen medische beeldvorming aan voor niet-gecompliceerde hoofdpijn.
- Vraag geen screeningtests voor kanker aan bij dialysepatiënten met een beperkte levensverwachting zonder symptomen.
- Vermijd non-steroïdale anti-inflammatoire middelen (NSAID) bij patiënten met hoge bloeddruk, hartdecompensatie of chronische nierlijden ten gevolge van een der welke oorzaak, diabetes inbegrepen.
- Doe geen screeningtest meer binnen de tien jaar bij patiënten met een gemiddeld risico op colonkanker bij wie een colonoscopie negatief was.
- Geef de laagst mogelijke effectieve dosis aan maagzuurwerende medicatie (protonpompinhibitoren of antihistaminica) voor de chronische behandeling van refluxoesofagitis.

de wijze waarop de campagne is tot stand gekomen, kan leerrijk zijn. Organisaties die bezorgd zijn om de kwaliteit van zorg te verbeteren en te vrijwaren, kunnen ook in België de koppen bijeen steken om op diverse terreinen een top 5-lijst samen te stellen.

G. Goderis

Literatuur

- 1 Cassel CK, Guest JA. Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care. *JAMA* 2012;307:1801-2.
- 2 Roehr B. US specialties list five tests and treatments that doctors and patients can safely avoid. *BMJ* 2012;344:e2601.doi: 10.1136/bmj.e2601.
- 3 Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. *JAMA* 2012;307:1513-6.
- 4 Crosson F. Change the microenvironment: delivery system reform essential to controlling costs. *Modern Healthcare* and The Commonwealth Fund. www.commonwealthfund.org/Content/Publications/Commentaries/2009/Apr/Change-the-Microenvironment.aspx (laatst geraadpleegd op 27/4/2009)
- 5 Project of the ABIM Foundation AFaEFoIM. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Annals of Internal Medicine* 2002;136:243-6.
- 6 Brody H. Medicine's ethical responsibility for health care reform: the top five list. *N Engl J Med* 2010;362:283-5.
- 7 The Good Stewardship Working Group. The 'top 5' lists in primary care: meeting the responsibility of professionalism. *Arch Intern Med* 2011;171:1385-90.

ANTIBIOTICA IN PLAATS VAN HEELKUNDE VOOR ONGECOMPLICEERDE ACUTE APPENDICITIS?



Varadhan KK, Neal KR, Lobo DN. Safety and efficacy of antibiotics compared with appendectomy for treatment of uncomplicated acute appendicitis: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2012;344:e2156.

Hoewel acute appendicitis klassiek wordt beschouwd als een aandoening die vaak overgaat van een ongecompliceerd stadium naar een geperforeerde appendicitis zonder heekunde, ondersteunen recente observationele en gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT's) de rol van antibiotica als belangrijkste behandeling voor ongecompliceerde appendicitis. De resultaten van deze studies zijn echter beperkt door de kwaliteit van deze studies en hun opzet, en daarom heterogeen.

Deze meta-analyse van vier gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT's) met robuuste methodologie vergeleek een antibioticabehandeling (parenteraal in het ziekenhuis en oraal na ontslag) met appendectomie voor ongecompliceerde appendicitis. Ze toont een significante vermindering van het risico op compli-

caties bij antibioticabehandeling en geen verschillen in verblijfsduur in het ziekenhuis, op vlak van effectiviteit of risico op gecompliceerde appendicitis (perforatie, peritonitis) tussen beide behandelingen. Antibiotica kunnen dus worden overwogen als initiële behandeling van ongecompliceerde appendicitis wegens effectief en veilig. Starten met antibiotica wanneer ongecompliceerde appendicitis is gediagnosticeerd, met herevaluatie van de patiënt, zal de meeste appendectomieën voorkomen en de morbiditeit bij patiënten verminderen. Orale antibiotica-behandeling na ontslag uit het ziekenhuis kan de verblijfsduur in het ziekenhuis mogelijk nog verkorten.

Aangezien een appendectomie een van de meest uitgevoerde operaties voor acute appendicitis is, zou een kleine verbetering in het beleid van deze aandoe-

ning een aanzienlijke gezondheidswinst kunnen betekenen. Voor huisartsen zou dit kunnen betekenen dat meer en meer patiënten met (vermoeden van) appendicitis na ziekenhuisontslag hun appendix nog wel zullen hebben.

S. Coenen

ONDERWIJS IN KLEINE GROEPEN BEVORDERT PROFESSIONALISME



Monrouxe LV, Rees CE, Hu W. Differences in medical students' explicit discourses of professionalism: acting, representing, becoming. *Med Educ* 2011;45:585-602.

Van studenten geneeskunde wordt verwacht dat ze zich niet alleen professioneel voordoen, maar ook zijn. Een gepaste professionele identiteit uitbouwen is echter niet zo eenvoudig, als er duizend en geen definities bestaan van dit complexe concept. Te midden deze conceptuele verwarring worden medische onderwijzers met de moeilijke taak belast om studenten op te leiden tot 'professionals', één van de beroemde CanMEDS-rollen.

Deze studie van Monrouxe, Rees en Hu analyseert conversaties van studenten geneeskunde om te begrijpen hoe zij professionalisme conceptualiseren en wat hieraan ten grondslag ligt. Conversatieanalyse is een kwalitatieve onderzoeksmethode die zich specifiek richt op gesproken of geschreven taal om vandaaruit te begrijpen hoe individuen en groepen in de samenleving betekenis geven aan hun ervaringen en te begrijpen hoe kennis wordt opgebouwd. Een aspect betreft het bestuderen van wat er gezegd wordt: de tekens (zoals woorden) en de betekenissen die daarachter schuilgaan (concepten). Even belangrijk is aandacht hebben voor wat niet gezegd wordt. Zo toont *'language-in-use'* welk gedrag en welke waarden openlijk gesteund en welke afgewezen, genegeerd of verborgen worden.

De auteurs kijken in de inleiding van hun artikel door deze theoretische bril naar

'medisch professionalisme' en onderscheiden vier bestaande manieren van converseren hierover. De individualistische conversatie construeert 'professionalisme' als een set van individuele eigenschappen (persoonlijke attitudes, waarden, gedrag zoals humaan zijn, klinisch competent zijn, patiëntgericht communiceren). Het collectief professionalisme focust meer op eigenschappen die de collectieve aard bevestigen van het beroep, waarin de maatschappij haar vertrouwen stelt. Binnen dit kader wordt 'maatschappijgerichtheid' bijvoorbeeld een collectieve eigenschap en professionalisme een soort van sociaal of moreel contract. De interpersoonlijke conversatie beschrijft professionalisme dan weer aan de hand van eigenschappen van de sociale interactie tussen individuen, bijvoorbeeld teamwerking. Ten slotte stellen de auteurs de conversatie van complexiteit voor: professionalisme is een dynamisch construct van actoren en structuren dat voortdurend in verandering is. Deze manier van converseren stelt veel explicieter dat principes en eigenschappen constant in conflict liggen en (her)onderhandeld worden afhankelijk van de context.

In hun zoektocht naar de manier waarop medische onderwijzers en onderzoekers 'professionalisme' definiëren in de literatuur, viel het de auteurs op dat ze vooral de 'individuele' en 'collectieve' conversatie voeren. Meer nog, bij het rapporteren van interviewresultaten bijvoorbeeld, reduceren ze de soms meer genuanceerde conversaties van studenten tot de eigen bekende en vertrouwde conceptualisering van professionalisme. Dit prikkelde Monrouxe et al. om de conversaties van 200 studenten geneeskunde in verschillende stadia van hun opleiding en met verschillende curricula te bestuderen en te vergelijken. Ze namen hiertoe maar liefst 32 groeps- en 22 individuele interviews af in drie verschillende universiteiten. Ze vroegen de studenten om uit te leggen wat professionalisme voor hen betekende en spraken met hen over ervaren professionele dilemma's. Met behulp van conversatieanalyse gingen de onderzoekers na welke van de

vier hierboven beschreven conversaties gebruikt werden door de studenten. Tevens onderzochten ze de relatie met hun opleidingsstadium, de specifieke onderwijssetting en met de universitaire beleidsdocumenten over professionalisme. Zeer boeiend is het verschil dat de onderzoekers vonden tussen studenten die professionalisme vooral ex cathedra aangeleerd krijgen versus op basis van kleine reflectiegroepjes en vroege interactie met patiënten. De tweede groep studenten demonstreerde een diepgaand inzicht in wat professionalisme betekent door een complexe en gesofisticeerde conceptualisering, hierbij steunend op de vier conversatiemanieren – vooral in de groep klinische studenten. Professionalisme leek een deel van hun identiteit geworden te zijn. De eerste groep studenten daarentegen sprak in verhouding veel meer over 'zich professioneel kleden' of 'voordoen' en verwees dikwijls naar professionalisme als iets dat hen door het onderwijs opgelegd was. Opvallend was ook dat het aantal gebruikte conversatieregisters in deze groep nog verder afnam van de preklinische naar de klinische fase toe. Volgens de auteurs illustreert dit het falen van deze toekomstige artsen om de verbinding te maken tussen wat ze theoretisch over professionalisme op de schoolbanken leren en professionalisme in de praktijk. Daartegenover blijken kritische gesprekken in kleine tutorgroepjes studenten te wapenen tegen de erosie van professionalisme in de klinische arena. De auteurs pleiten in hun conclusie dan ook voor kleinengroepenonderwijs met reflectie tussen peers en een tutor zowel in de preklinische als in de klinische opleiding tot arts.

Deze studie is een mooi voorbeeld van hoe kwalitatief onderzoek ontwikkelingsprocessen zichtbaar kan maken en zelfs de impact van verschillende onderwijsmethodes op een complex en abstract construct als professionalisme kan beschrijven. Wie durft nog stellen dat 'meten' voorbehouden is aan het kwantitatieve onderzoeksparadigma?

K. Bombeke