

Inhoud

Voorwoord – 9

Inleiding – 11

Deel 1 Competentie Medisch handelen

1 Welke vragen en problemen dienen zich aan bij de huisarts? – 21

Frank Buntinx, Chris van Weel, François Schellevis

2 Het diagnostisch proces in de spreekkamer – 31

Henk de Vries, Patrick Bindels

3 Het eerste contact – 51

Ann Van den Bruel, Erik Stolper

4 Het vervolgcontact – 63

Mattijs Numans, Marc Van Nuland

5 Het beleid van de huisarts – 73

An De Sutter, Toine Lagro-Janssen

Deel 2 Competentie Communicatie

6 Communicatie: de basis van elk arts-patiëntcontact – 89

Marcel Reinders, Marc Van Nuland

7 Specifieke aspecten van de arts-patiëntcommunicatie – 101

Trudy van der Weijden, Birgitte Schoenmakers

8 Slechtnieuwsboodschappen – 117

Myriam Deveugele, Evelyn van Weel-Baumgarten

9 Preventie van en omgaan met conflicten – 127

Simone van den Hil, Henriëtte van der Horst

10 Communicatie met anderen dan de patiënt – 139

Sandra van Dulmen, Jochen Cals

Deel 3 Competentie Samenwerking

11 Inzicht in groepsprocessen – 149

Lieve Peremans, Henk Schers

12 Samenwerken in de zorg – 161

Lodewijk Schmit Jongbloed, George Smits

Deel 4 Competentie Kennis en wetenschap

13 Belang van wetenschappelijk onderzoek in de huisartsenpraktijk – 181
Geert-Jan Dinant, Rogier Hopstaken

14 Systematische reviews: de uitgangspunten – 193
Floris van de Laar, Bert Aertgeerts

15 'Wetenschappelijke houding' van de huisarts – 209
Henriëtte van der Horst, Thierry Christiaens

Deel 5 Competentie Maatschappelijk handelen

16 Optimaal toegankelijke huisartsgeneeskunde, nu en in de toekomst – 221
Niek de Wit, Sara Willems

17 De positie van de huisarts in de gemeenschap – 237
Arno Timmermans, Jan De Maeseneer

18 De huisarts helpt de patiënt om voor zichzelf op te komen – 245
Dirk Van Duppen, Jozien Bensing

19 Verantwoordelijkheid en toetsbaarheid – 259
Margriet Bouma, Otto Maarsingh, Piet Vanden Bussche

20 De juridische context van de huisarts in Nederland – 275
Roelf Norg

21 Huisarts en wetgeving in Vlaanderen – 287
Patrik Vankrunkelsven, Dirk Devroey

Deel 6 Competentie Organisatie

22 Visie, doelstelling en strategie – 299
Paul Van Royen, Eloy van de Lisdonk

23 Kwaliteitszorg in de praktijk – 307
Kees in 't Veld, Luc Seuntjens

24 Huisarts en informatietechnologie – 319
Huibert Tange, Stefaan Bartholomeeusen

Deel 7 Competentie Professionaliteit

25 Professionele ontwikkeling – 335

Anneke Kramer, Joke Denekens

26 Bevoegd en bekwaam – 349

Roy Remmen, Annette Berendsen

27 Ethisch handelen – 357

Dick Willems, Paulus Lips

28 De belangrijkste beroepsorganisaties in Nederland en Vlaanderen – 369

Pieter van den Hombergh, Piet Vanden Bussche

Personalia – 389

Register – 391

Voorwoord

Precies veertig jaar geleden verscheen *Patiënt en huisarts: een leerboek huisartsgeneeskunde* van Jan van Es. Het is het eerste en – tot nu toe – enige leerboek huisartsgeneeskunde dat een volledig beeld schetst van de huisartsgeneeskunde. Sinds die tijd zijn er veel boeken verschenen waarin diverse aspecten van de huisartsgeneeskunde uitgewerkt worden, zoals het diagnostisch proces, de arts-patiëntcommunicatie, de praktijkorganisatie, het beleid bij chronische aandoeningen, enzovoort, maar het boek van Van Es is na een eerste herziening in 1984 niet meer opnieuw uitgekomen.

De huisartsgeneeskunde heeft in die veertig jaar, zowel in Nederland als in Vlaanderen, een stormachtige ontwikkeling doorgemaakt en is een volwaardige academische discipline geworden. Alle reden dus om een nieuw leerboek huisartsgeneeskunde uit te brengen.

De redactie heeft een groot aantal auteurs, de meesten zijn verbonden aan Vlaamse of Nederlandse universiteiten, bereid gevonden om een bijdrage te leveren aan dit nieuwe leerboek huisartsgeneeskunde. Bijna alle hoofdstukken zijn door een duo van een Nederlandse en een Vlaamse auteur geschreven. Met de keuze voor deze opzet hoopt de redactie een groot draagvlak voor het leerboek te creëren in Nederland en Vlaanderen. Wel brengt deze keuze met zich mee dat de individuele hoofdstukken vaak een eigen signatuur hebben, met de ene keer een meer Vlaamse en de andere keer een meer Nederlandse kleur.

We hopen dat het *Leerboek huisartsgeneeskunde* zijn weg vindt in de medische curricula van de Nederlandse en Vlaamse universiteiten en gebruikt zal worden in de opleiding tot huisarts, maar ook in de praktijk werkzame huisartsen kan boeien.

De redactie

Inleiding

De geboorte van de huisartsgeneeskunde

In zekere zin is de huisartsgeneeskunde al zo oud als de geneeskunde zelf, maar als academische discipline is huisartsgeneeskunde een relatief jonge loot aan de geneeskundige stam. Pas vanaf de jaren zestig van de vorige eeuw kwamen er leerstoelen en academische afdelingen Huisartsgeneeskunde bij de diverse Nederlandse universiteiten en werd de huisartsenopleiding vormgegeven. Tot die tijd kon iedere arts die het artsexamen had behaald, zich vestigen als huisarts.

De huisartsgeneeskunde ontleent haar kracht aan drie kernwaarden: generalisme, continuïteit en persoonlijke zorg. Die drie kernwaarden werden voor het eerst geformuleerd tijdens de Woudschotenconferentie in 1959 door de grondleggers van de moderne huisartsgeneeskunde in Nederland.¹ Die drie kernwaarden zijn ook nu nog het fundament van de huisartsgeneeskunde, in 2011 opnieuw verwoord in het standpunt *Kernwaarden huisartsgeneeskunde* van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de wetenschappelijke vereniging van de huisartsgeneeskunde.² In minder dan vijftig jaar heeft de huisartsgeneeskunde zich niet alleen ontwikkeld tot een volwaardige en succesvolle academische discipline, maar heeft ze ook op een aantal gebieden een voorlopersrol gespeeld. Dat gold bijvoorbeeld voor de introductie van praktijkcomputers en informatiesystemen vanaf het begin van de jaren tachtig van de vorige eeuw, de systematische bevordering van de kwaliteit van de zorg en het zich snel ontwikkelende standaardenbeleid. Als een van de eerste wetenschappelijke verenigingen ontwikkelde het NHG in Nederland standaarden die aanbevelingen bevatten, zo veel mogelijk gebaseerd op kennis verkregen uit wetenschappelijk onderzoek, voor het handelen van de huisarts in de dagelijkse praktijk. Inmiddels heeft elk medisch specialisme zijn eigen richtlijnen en zijn er veel multidisciplinaire richtlijnen ontwikkeld. Huisartsgeneeskunde vormt ook al decennialang de basis van de gezondheidszorg in Nederland. De huisartsgeneeskunde zoals die zich ontwikkelde in Nederland, bleek internationaal toonaangevend.³

In Vlaanderen heeft de academische stroomversnelling zich meer geleidelijk en wat later voorgedaan dan in Nederland. De Wetenschappelijke Vereniging voor Vlaamse Huisartsen en de eerste leerstoel huisartsgeneeskunde werden in de jaren zestig van de vorige eeuw opgericht, maar discussies over vrijheid van artskenkeuze, vrijheid van diagnose en vrijheid van therapie bleven elke structurering en een duidelijke positionering van de huisarts in de gezondheidszorg lange tijd verhinderen. De laatste decennia heeft echter een grote inhaalslag plaatsgevonden. Daarin hebben de snelle adoptie van het gedachtegoed van *evidence-based medicine*, de introductie van het globaal medisch dossier (GMD) en de consolidatie en continue verbetering van huisartsgeneeskundig onderwijs en onderzoek aan alle Vlaamse universiteiten een belangrijke rol gespeeld. De combinatie van professionaliteit en aandacht voor de individuele patiënt staat centraal in de Vlaamse huisartsgeneeskunde.

De ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde in Nederland en België was van groot belang, want landen met een sterke eerste lijn blijken in internationale vergelijkingen er steeds weer goed af te komen als er naar gezondheidsuitkomsten en doelmatigheid op populatieniveau gekeken wordt.⁴

Veranderingen in zorgbehoefte en zorgorganisatie

In het snel veranderende zorglandschap zal naar verwachting ook in de toekomst de huisartsgeneeskunde de basis blijven van het gezondheidszorgsysteem in Nederland. Het belang van een laagdrempelig toegankelijke, goed uitgeruste eerstelijnsvoorziening is door opeenvolgende kabinetten onderschreven. Ook in België wordt de belangrijke rol van de huisartsgeneeskunde in het gezondheidszorgsysteem steeds meer onderkend en gewaardeerd. In de afgelopen decennia is veel van de tweedelijnszorg naar de eerste lijn gebracht (substitutie). De zorg voor mensen met diabetes bijvoorbeeld vindt in Nederland bijna geheel in de eerste lijn plaats waarbij specialistische inbreng gecontracteerd wordt door huisartsengroepen of

-coöperaties (ketenzorg). Vooral de dubbele vergrijzing – er komen steeds meer ouderen en ouderen leven langer – en het streven om mensen zo lang mogelijk in hun eigen omgeving te laten wonen, zullen leiden tot een sterker beroep op de eerste lijn. De huisarts zal samen met specialisten Ouderengeneeskunde en paramedisch beroepsbeoefenaren die zorg moeten leveren. De zorg voor mensen met een oncologische aandoening zal steeds vaker in de eerste lijn gaan plaatsvinden, nu kanker steeds vaker een chronische aandoening is met een lange overlevingstijd. Ook preventie krijgt nadrukkelijker een plaats in de eerste lijn in de vorm van geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. Huisartsen kunnen immers juist door de langdurige band met hun patiënten goed inschatten welke mensen meer risico lopen op bijvoorbeeld hart- en vaatziekten. Patiënten stellen het vaak op prijs als hun huisarts ze adviseert, motiveert tot en behulpzaam is bij nodige gedragsverandering. Ook patiënten veranderen, willen vaker actief betrokken zijn bij hun behandeling, samen beslissen met hun arts of behandeling nodig of gewenst is en welke behandeling dan het best past bij hun doelen en hun leven. Vergelijkbare ontwikkelingen doen zich voor in Vlaanderen.

In de toekomstvisie *Modernisering naar menselijke maat. Huisartsenzorg in 2022* die NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) en LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging) in 2012 uitbrachten, worden deze thema's uitgewerkt.⁵ Veel deze thema's worden ook teruggevonden in het *Zorgmodel 2020* van Domus Medica, de Belgische vereniging van huisartsen en huisartsenkringen.⁶

De grote toename van wetenschappelijke kennis over ziektemechanismen, over de genetische en moleculaire basis van veel ziekten, en over behandelingen, heeft geleid tot een verregaande specialisatie. Elk specialisme kent inmiddels een aantal sub- of superspecialisaties. Daarmee dreigt het overzicht verloren te gaan, vooral bij mensen met multimorbiditeit, en neemt de behoefte aan generalisten juist weer toe. Generalisten zijn nodig om klachten te kunnen duiden en om de regie in een ingewikkeld zorgproces, samen met de patiënt, te houden en bewaken.⁷ In Nederland zijn anno 2014 meer dan 2400 zorgberoepen en ruim 1700 zorgopleidingen, wat nogal eens leidt tot gefragmenteerde zorg voor met name de kwetsbare groepen. Ook daarvoor kan een sterke eerste lijn de broodnodige regiefunctie vervullen.

Waarom een leerboek huisartsgeneeskunde?

In een leerboek kan het vak niet alleen beschreven worden als een momentopname; daarvoor gaan de ontwikkelingen, zoals eerder is beschreven, te snel. Het gebodene moet toekomstbestendig zijn, zinvolle richtingen aangeven waarmee men langere tijd vooruit kan. Het moet een fundament bieden waarop de gebruiker kan voortbouwen. Jan van Es realiseerde zich dat al tijdens het schrijven van het eerste Nederlandstalige leerboek huisartsgeneeskunde, *Patiënt en huisarts*.⁸ Hij besteedde veel aandacht aan het expliciteren van dat fundament, voordat hij inzoomde op specifieke onderdelen. Dat was essentieel, want in die tijd moest de huisartsgeneeskunde zich nationaal en internationaal profileren als zelfstandige medische discipline te midden van de al veel eerder academisch erkende medische specialismen. Het lukte daarmee de specifieke medische inhoud van het vak helder te definiëren: speciale aandacht voor de vroege fasen van het ziek-zijn en de specifieke diagnostische, therapeutische en prognostische vaardigheden die daaruit voortvloeiden; maar ook de medische nazorg en thuiszorg, de langdurige begeleiding van de chronisch zieke, en de coördinatie van complexe zorgprocessen vielen als vanzelfsprekend binnen het domein van de huisarts. De positionering van de huisarts in de geneeskunde en in de zorg, met name ook in de zich multidisciplinair ontwikkelende eerste lijn, werd duidelijk beschreven en bood houvast voor de huisartsenopleiding, deskundigheidsbevordering en de wetenschappelijke karakterisering van het vak.

In dit boek bouwen we voort op het fundament dat Van Es heeft gelegd en breiden we het uit. Die uitbreiding is noodzakelijk vanwege de enorme uitbouw van de professie die plaatsvindt. We hebben gekozen voor een pragmatische invalshoek die dicht bij de huisarts staat: het boek is geordend naar de kerncompetenties, de zeven CanMEDS-competenties, die vereist zijn voor het adequaat uitvoeren van het dagelijks werk.⁹ Op het eerste gezicht lijkt die ordening een andere dan de trias van toegankelijkheid, generalisme en continuïteit. Maar het zal snel duidelijk worden dat deze trias in de kerncompetenties voluit en op een verfrissende manier terugkomt, passend bij de huisartsgeneeskunde van nu en in de toekomst. Hieronder beschrijven we kort de zeven kerncompetenties.

De zeven CanMEDS-competenties

Medisch handelen

De centrale competentie, want kenmerkend voor het artsberoep, is het medisch handelen. Huisartsen hebben te maken met een brede waaier van vragen en problemen. Het is nuttig in het begin van dit boek een overzicht te geven van de belangrijkste vragen, klachten en aandoeningen die de huisarts op zijn bord krijgt en de frequentie waarmee dat gebeurt. Hoewel sommige klachten en aandoeningen, zoals rugpijn en bovensteluchtweginfecties vrij veel voorkomen, zijn veel aandoeningen waar mensen hun huisarts voor raadplegen redelijk zeldzaam. Huisartsgeneeskunde wordt dan ook weleens 'lageprevalentiegeneeskunde' genoemd. Juist het goed detecteren en adequaat behandelen van, dan wel verwijzen bij relatief zeldzame aandoeningen, is bij uitstek een klinische competentie van de huisarts. De huisarts is in het algemeen goed in staat om de 5% ernstige hart- of longaandoeningen bij mensen met pijn op de borst te onderkennen, en de enkele longkankerdiagnosen op de vele honderden langdurig hoestende mensen in een praktijk of de minder dan 1% gevallen van meningitis of sepsis tussen de zo vele zieke kinderen. Het omgaan met kleine kansen op ernstige ziekte is voor de huisarts alledaagse praktijk.

Patiënten benaderen de huisarts niet alleen voor het stellen van een diagnose, maar ook met allerlei andere vragen en problemen. Soms brengt de huisarts ook zelf onderwerpen ter sprake. Preventie is vaak een onderdeel van 'gewone' consulten. Individuele risico-inschattingen worden daarbij steeds belangrijker. De toenemende kennis van genetische ziektedeterminanten en van gen-omgevingsinteracties maakt de schattingen ook steeds nauwkeuriger. Een huisarts werkt nooit op basis van geïsoleerde klachten of symptomen. Alles vindt plaats in een bepaalde context: de geschiedenis van de patiënt, de familieanamnese, de werk- en leefsituatie, de epidemiologische achtergrond (zoals het seizoen, de plaats waar men woont of de culturele groep waarvan men deel uitmaakt). In de huisartsgeneeskundige diagnostiek wordt met deze context en met de epidemiologische gegevens rekening gehouden, en contextuele factoren bepalen ook de manier waarop de zorg op de patiënt toegesneden wordt. De huisarts gaat anders om met kinderen dan met volwassenen, anders met een kwetsbare oudere dan met een actieve senior, anders met een verslaafde dan met iemand die plotseling door een ernstige aandoening overvallen wordt. Maar ook binnen deze groepen heeft iedereen een eigen verhaal, eigen verwachtingen, mogelijkheden en beperkingen, die in de diagnose meegenomen moeten worden.

Gegevens uit de anamnese, het lichamelijk onderzoek en aanvullende onderzoeken zijn evenzoveel tests die belangrijk zijn in het diagnostisch proces, maar steeds tegen de achtergrond van wat al bekend is uit het verleden of van wat er zich presenteert. Het is niet altijd gemakkelijk een optimale weg te vinden tussen een veelheid van informatie. Soms blijft het beeld vaag. Het 'niet-pluisgevoel' van de ervaren huisarts blijkt soms onmisbaar in de zoektocht. Soms kan beter gewoon afgewacht worden en wordt de tijd een waardevol diagnosticum.

Soms moet het allemaal erg snel gaan en werkt de huisarts onder druk omdat de situatie levensbedreigend is. Soms lijkt het primair allemaal onschuldig, maar kan bij nader inzien een ernstige afloop toch niet volledig uitgesloten worden. Tijdige informatie over veranderingen in de toestand van de patiënt moet dan gegarandeerd zijn. *Safety netting* noemt men dat in het Engels.

De huisarts heeft ook een belangrijke taak bij het begeleiden van patiënten met ernstige of chronische aandoeningen. Interventies van de huisarts of anderen kunnen de situatie verbeteren, maar soms ook onverwachte effecten uitlokken. Enerzijds moet medicalisering, een teveel aan medische zorg, voorkomen worden, maar anderzijds moet een initiële bescheiden behandeling zo nodig aangevuld of bijgestuurd worden. Regelmatig is ook een intensieve begeleiding nodig, somatisch en psychosociaal, soms een leven lang. Vaak werkt de huisarts samen met (verschillende) specialisten, maar ook met andere eerstelijns hulpverleners, die vaak elk vanuit hun eigen referentiekader werken. Coördinatie en afstemming zijn van groot belang om te voorkomen dat mensen tegenstrijdige adviezen krijgen of zelfs behandelingen die elkaar tegenwerken. De huisarts speelt een essentiële rol in die coördinatie en afstemming. Leven met een ingrijpende aandoening kan moeilijk zijn. Met name de diagnose 'kanker' kan aanvankelijk als een doodvonnis beleefd worden, ook al wordt kanker steeds meer een chronische ziekte in plaats van een dodelijke ziekte.

Multimorbiditeit komt steeds meer voor naarmate onze bevolking verouderd en beïnvloedt de behandel-mogelijkheden. Soms moet er minder genezen en meer gezorgd worden, en soms moeten mensen op een rustige en waardige wijze naar de dood begeleid worden.

Communicatie

Communicatie vormt de basis voor het (huisarts)geneeskundig handelen. Zonder communicatie is het nauwelijks mogelijk een juiste diagnose te stellen, laat staan een op de patiënt toegesneden beleid in te stellen. Bij communicatie is er per definitie sprake van tweerichtingsverkeer. Beide betrokken partijen moeten in staat en bereid zijn om met elkaar te communiceren. De communicatieve vaardigheden van patiënten kunnen meer of minder ontwikkeld zijn of beïnvloed worden door emoties, pijn of ander licha-melijk ongemak. De huisarts dient over voldoende en gevarieerde communicatieve vaardigheden te beschikken om onder alle omstandigheden aan alle patiënten adequate hulp te kunnen verlenen, ongeacht hun communicatieve vaardigheden. Afhankelijk van de context, de aard en urgentie van het probleem, en de mate van ongerustheid van de patiënt, zal de huisarts specifieke communicatieve vaardigheden inzetten.

Communicatieve vaardigheden spelen een doorslaggevende rol in het opbouwen van een goede arts-patiëntrelatie en wederzijds vertrouwen die beide belangrijke voorwaarden zijn voor de persoonlijke, continue en integrale zorg die huisartsen willen leveren.

Om adequate zorg te kunnen verlenen, moet de huisarts nagaan welke vragen en welke verwachtingen ten aanzien van de zorg de patiënt heeft. Door daaraan in de communicatie tijdens alle fasen van het hulpver-leningsproces aandacht te besteden, kan de huisarts de zorg optimaal laten aansluiten bij de wensen en behoeften van de patiënt met inachtneming van zijn medische deskundigheid (*patient centeredness*). Voor de diagnostische fase is het cruciaal dat de huisarts in staat is alle relevante informatie boven tafel te krijgen. Hij moet alle klachtdimensies (SCEGS: somatiek, cognities, emoties, gedrag, sociale dimensie) exploreren, voordat hij tot een diagnose of probleemomschrijving kan komen.

Om tot een gezamenlijk besluit te komen over het te volgen beleid dient de huisarts in staat te zijn om de patiënt mee te laten denken over wat voor hem of haar (gezien voorkeuren, leefsituatie, werk en andere relevante factoren) de beste optie is (*shared decisionmaking*).

De huisarts kan communicatievaardigheden inzetten om de patiënt meer zeggenschap over eigen lijf en leven te geven, hetgeen vooral voor mensen met chronische klachten of aandoeningen van wezenlijk belang is (*empowerment*).

Het belang van risicocommunicatie neemt toe, nu steeds meer risicofactoren geïdentificeerd kunnen worden die beïnvloedbaar zijn. Dit *person centered* communiceren over de risico's en mogelijke risico-verminderingen vereist specifieke kennis en vaardigheden. A-prioriantwoorden zijn immers onvoldoende; elke individuele patiënt heeft recht op specifieke antwoorden van de huisarts op zijn vragen, zodat mensen een eigen keuze kunnen maken: wat zijn voor hen acceptabele risico's, en wat is onacceptabel?

Als er sprake is van slecht nieuws, dan heeft de huisarts natuurlijk ook specifieke communicatieve vaardig-heden nodig. Hetzelfde geldt voor het omgaan met conflicten in de arts-patiëntrelatie.

Ten slotte stelt ook de communicatie met collega's, andere zorgverleners en instanties, zoals zorgverzeke-raars, specifieke eisen aan de communicatievaardigheden van de huisarts.

Samenwerking

Het merendeel van de huisartsen is allang geen solist meer. En al helemaal niet automatisch meer een man met een echtgenote die idealiter ook nog eens als telefoniste, assistente en boekhoudster functioneert. Tegenwoordig werkt hij, en steeds vaker zij, in een groepspraktijk, een zogenaemde HOED (meerdere huisartsenpraktijken onder een dak) of een gezondheidscentrum. In Nederland zijn praktijkassistenten nu al jaren gemeengoed; ze voeren zelfstandig een grote verscheidenheid aan taken uit. Ook in Vlaanderen werken huisartsen meer en meer samen in netwerkpraktijken en groepspraktijken of met andere disciplines in interdisciplinaire eerstelijnspraktijken (IELP) en wijkgezondheidscentra. Bovendien wordt er meer en meer gebruikgemaakt van praktijkondersteuning – die door de overheid trouwens financieel ondersteund wordt. De gestructureerde aanpak van de zorg voor chronische patiënten met diabetes mellitus, COPD of hartfalen, heeft in Nederland geleid tot de introductie van praktijkverpleegkundigen en praktijkonder-

steuners. Ook psychologen, psychiatrisch verpleegkundigen en POH-GGZ zijn steeds meer in de praktijk aanwezig. Ook in België ontstaan meer en meer praktijken waarin verschillende disciplines werkzaam zijn. De samenwerking tussen de eerste en tweede lijn en tussen verschillende disciplines in de eerste lijn wordt steeds meer gestructureerd via zorgtrajecten of eerstelijns-overleg. Enerzijds kan in de steeds complexere zorg nu beter dan vroeger de juiste deskundige worden ingezet, anderzijds dreigt het verlies van overzicht en regie. Ook verschillen van inzicht over de te volgen aanpak of therapie kunnen optreden.

Om dit te voorkomen, is samenwerking noodzakelijk en deze competentie zal de huisarts daarom goed moeten beheersen. Daarbij gaat het om inzicht in de wijze waarop groepsprocessen verlopen. De vaardigheid om samen te werken houdt onder andere in: de taken zorgvuldig verdelen of vervullen en conflicten voorkomen dan wel oplossen. Belangrijk bij de samenwerking in interdisciplinaire teams is het vermogen om te reflecteren op eigen grenzen en de mening van andere teamleden te accepteren. Een vaardige huisarts kan delegeren en kan zo nodig ook leiding geven.

De ontwikkelingen in de gezondheidszorg waarbij samenwerking in grotere zorggroepen, coöperaties en stichtingen – ontstaan ten behoeve van verschillende praktijkoverstijgende activiteiten zoals huisartsenposten, ketenzorg en diagnostische centra – vereisen verdere vaardigheid in samenwerking met onder andere specialisten en ziekenhuisdirecties; daarbij spelen ook economische inzichten een belangrijke rol. In België zullen de ontwikkeling van lokale multidisciplinaire netwerken en zorgtrajecten en de professionalisering van de lokale huisartsenkringen, deze evolutie nog versterken.

Kennis en wetenschap

Huisartsgeneeskunde is een wetenschappelijke discipline. Huisartsen worden, net als andere artsen, geacht hun vak zo veel mogelijk uit te oefenen op basis van kennis die via wetenschappelijk onderzoek vergaard is. Sinds 1989 stelt het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) standaarden op die zo veel mogelijk gebaseerd zijn op een synthese van de beschikbare wetenschappelijke kennis over een aandoening. Voor een aantal aandoeningen en problemen bestaan multidisciplinaire richtlijnen, ontwikkeld door de Stichting kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO en het Trimbos-instituut. In Vlaanderen ontwikkelt Domus Medica sinds meer dan tien jaar praktijkaanbevelingen voor optimaal huisartsgeneeskundig handelen. Het CEBAM (Belgisch centrum voor *evidence-based medicine*) valideert deze aanbevelingen. Ook deze richtlijnen zijn gebaseerd op een synthese van de beschikbare wetenschappelijke kennis. Als geen standaard beschikbaar is en het onwaarschijnlijk is dat een collega of een andere specialist het antwoord weet, dan kan een huisarts die competent is op het terrein van kennis en wetenschap, zelf in databases van wetenschappelijke tijdschriften op zoek gaan naar een oplossing voor een patiëntenprobleem. Hij moet wel altijd kritisch reflecteren op de gevonden of aangereikte kennis, al dan niet verwerkt in een standaard, om te kunnen beoordelen of die kennis voor deze patiënt in deze specifieke situatie van toepassing is. De kern van *evidence-based medicine* is: op basis van klinische expertise en wetenschappelijke kennis een optimaal antwoord vinden voor het probleem van de patiënt, rekening houdend met zijn specifieke situatie, verwachtingen en voorkeuren. Als wetenschappelijk opgeleide artsen hebben huisartsen de taak bij te dragen aan:

- de wetenschappelijke onderbouwing van hun vak;
- de verspreiding van wetenschappelijke kennis;
- de vertaling van wetenschappelijke kennis naar de praktijk;
- de toepassing ervan in de praktijk.

Om voor de huisarts relevante kennis te genereren, is wetenschappelijk onderzoek in de huisartsenpraktijk van groot belang. Huisartsen kunnen hieraan een bijdrage leveren door actief te participeren in relevant en methodologisch verantwoord onderzoek op het terrein van epidemiologie, etiologie, diagnostiek, prognostiek en therapie van klachten en aandoeningen waarmee huisartsen in de dagelijkse praktijk te maken hebben. Ook een goede registratie van alle relevante patiëntgegevens in het elektronisch medisch dossier (EMD) kan een belangrijke bijdrage leveren aan huisartsgeneeskundig wetenschappelijke kennis.

Evenals voor andere professionals is levenslang leren een belangrijke opdracht voor huisartsen. Alleen dan kunnen zij hun kennis up-to-date houden en vergroten. Dit vereist ook dat ze zich bewust zijn van de lacunes in hun kennis en deze proberen op te heffen, als dat noodzakelijk is voor hun werk als huisarts.

Voor het in stand houden van de professe en de verdere ontwikkeling ervan, is het leveren van een bijdrage aan of het faciliteren van de opleiding van studenten en basisartsen onmisbaar. Ook voorlichting en/of onderwijs geven aan patiënten, collega's en anderen is een onderdeel van deze competentie. In de toekomstvisie *Modernisering naar menselijke maat. Huisartsenzorg in 2022* van NHG en LHV staat als een van de ambities van de beroepsgroep dat elke praktijk meewerkt aan onderzoek en onderwijs.

Maatschappelijk handelen

De maatschappelijke uitdagingen zijn groot. Mensen staan onder druk door wisselende gezinsverbanden, afgenomen sociale cohesie, minder werkzekerheid, grotere arbeidsflexibiliteit en migratie. Een sedentaire leefstijl, suboptimale voedingsgewoonten, milieuverontreiniging, moeilijke woonomstandigheden en verkeersonveiligheid bedreigen de gezondheid. Mensen worden overspoeld door vaak commercieel geïnspireerde en misleidende gezondheidsinformatie.

De ontwikkelingen in de geneeskunde maken de gezondheidszorg ook complexer met het ontstaan van nieuwe (sub)specialisaties en meer technische mogelijkheden. Tegelijkertijd wordt er voortdurend een beroep op de zorg gedaan om doelmatiger en zuiniger te werken.

De huisarts staat midden in deze maatschappij en speelt hierin, samen met andere zorgverleners in de eerste lijn, een belangrijke rol. Voor de individuele patiënt is hij het eerste – laagdrempelige en nabije – aanspreekpunt in de gezondheidszorg, ook voor mensen die in moeilijke sociaaleconomische omstandigheden verkeren of voor mensen zonder papieren. Waar nodig kan hij de patiënten verder gidsen naar andere hulpverleners of instanties in de eerste lijn en toegang creëren voor tijdige en gepaste zorg. In de coördinatie van de zorg speelt de huisarts een belangrijke rol, en verzekert op deze manier continuïteit en overzicht via het bijhouden van het medisch dossier. Hij kan mensen aanzetten om gezonder te leven via individuele gezondheidsvoorlichting en -opvoeding en stimuleert mensen ook om hun gezondheid en problemen zo veel mogelijk zelf in handen te nemen. Indien nodig zal hij echter ook hun belangen ter harte nemen en als hun pleitbezorger erop toezien dat hun rechten gerespecteerd worden.

In de gemeenschap kan de huisarts een belangrijke signaalfunctie uitoefenen: hij krijgt immers te maken met de pijnpunten in de zorg en met ziekmakende factoren zowel op biologisch, psychosociaal als economisch gebied en hij kan samen met andere zorgverleners actief meezoeken naar oplossingen.

De huisarts heeft verder de maatschappelijke verantwoordelijkheid om zorg van goede kwaliteit te leveren en tevens zorgvuldig om te springen met gemeenschapsgelden en kostenbewust te handelen. Hij moet ernaar streven de beschikbare middelen zo efficiënt mogelijk in te zetten.

Ten slotte werkt de huisarts binnen een door de maatschappij vastgelegd wettelijk kader dat de patiëntenrechten en kwaliteitsnormen vastlegt waaraan hij zich moet houden. Dit omvat ook de regelgeving rond belangrijke ethische beslissingen zoals euthanasie en abortus.

Organisatie

De traditionele solistische huisartsenpraktijk wordt steeds meer een instelling waar meer personen werken dan alleen de huisarts met zijn praktijkassistent. Het wordt een zorgorganisatie waaraan door andere betrokkenen in de gezondheidszorg (patiënten, zorgverzekeraars, andere zorgverleners, de Inspectie voor de Gezondheidszorg) eisen worden gesteld. Hoewel de huisarts niet per se alle vaardigheden die voor de aansturing van een dergelijke organisatie nodig zijn in volle omvang hoeft te beheersen, moet hij wel op de hoogte zijn van de processen die daarbij spelen.

Het gaat daarbij om het conceptueel kunnen formuleren en vaststellen van visie, doelstelling en strategie van de organisatie. Daarbij behoren vaardigheden als:

- een SWOT-analyse kunnen maken;
- projectmatig kunnen werken;
- draagvlak zoeken voor strategie en beleid;
- effectief middelen kunnen benutten.

Tot de te beheersen vaardigheden behoren het vaststellen van rollen en verantwoordelijkheden binnen de praktijkorganisatie, leiderschap tonen, maar ook het superviseren van anderen.

Zoals elke organisatie zal ook de huisartsenpraktijk aan continue kwaliteitsbevordering moeten doen. De huisarts moet het kwaliteitsmodel kunnen overzien en toepassen met alle daarbij behorende stappen zoals

analyses, prioriteiten stellen en verbeterplannen opstellen, compleet met de mechanismen die de betreffende processen kunnen borgen.

Een gedegen gebruik van de in de praktijk verzamelde informatie over de geleverde zorg, zowel inhoudelijk als procesmatig, is daarbij noodzakelijk. De huisarts moet daarom adequaat leren omgaan met de informatietechnologie zoals zijn elektronisch medisch dossier (EMD) of zijn huisartsinformatiesysteem (HIS), met de daarbij behorende aspecten van privacy.

Professionaliteit

Het professionele kader van de huisartsgeneeskunde draagt zorg voor interactie tussen huisartsen en hun praktijk, waardoor zorg die in één praktijk geboden wordt, ook in andere praktijken kan worden geboden. Dit bevordert het maatschappelijk karakter van de huisartsgeneeskundige zorg en daarmee ook het vertrouwen waarmee de patiënten hun huisarts benaderen.

In de professionaliteit komt ook naar voren dat huisartsen alle zorg bieden in overeenstemming met ethische normen. Thema's als zelfbeschikking, integriteit, en het recht op *informed consent* (het recht van de – optimaal geïnformeerde – patiënt om te beslissen over het al dan niet ondergaan van behandelingen) zijn maatschappelijk actueel en bepalen daardoor het huisartsgeneeskundig handelen. Een terugkerende discussie is daarbij de spanning tussen het 'doen wat goed is' voor de patiënt en het rekening houden met de wensen en preferenties van de patiënt. Tegenover de wenselijkheid van het ongevraagd aanbieden van preventie staat bijvoorbeeld de ethisch-filosofische vraag of de huisarts tegenover een patiënt wel zijn 'broeders hoeder' moet zijn.

Bij deze vragen is het niet slechts een reageren op een gedefinieerd ethisch kader; professionaliteit leidt er ook toe dat huisartsen ook het initiatief nemen om het medisch kunnen aan ethische wenselijkheid te toetsen en daarover een maatschappelijk debat te voeren.

Collectief beschikt de huisartsgeneeskunde over een schat aan ervaring en kennis. Het is, niet alleen om professionele redenen, vanzelfsprekend dat deze empirische schatkamer optimaal toegankelijk moet zijn voor medeberoepsbeoefenaren en (huis)artsen in opleiding. De professe draagt actief bij aan scholing en bijscholing, via de academische opleiding en via *professional development*.

Evenzeer behoort het tot de professionaliteit om de eigen grenzen te kennen en erkennen, en om er steeds alert op te zijn om waar nodig grenzen te verleggen en de huisartsgeneeskunde verder te ontwikkelen. Bijdragen aan wetenschappelijk onderzoek wordt door velen daarom zelfs als een professioneel imperatief gevoeld.

Onder professionaliteit van de huisarts wordt het vermogen verstaan om de inhoudelijke medische kennis, kunde en vaardigheden te vatten in een maatschappelijk kader. Daarmee wordt de verbinding gelegd tussen het op de individuele patiënt gerichte handelen (in spreekkamer of tijdens huisbezoek) en de rol, functie en taak van huisartsen in de samenleving. Om professionaliteit handen en voeten te geven, zijn organisaties onontbeerlijk: nationaal en internationaal, en gericht op maatschappelijke en wetenschappelijke belangen.

Indeling van het boek

Hoewel we de competenties in deze inleiding apart beschreven hebben, liggen sommige competenties dicht tegen elkaar aan en zijn ze onderling sterk verbonden. Bij de uitwerking bleek dat in bijzondere mate te gelden voor de competenties samenwerken en communicatie en voor de competenties organiseren en maatschappelijk handelen, enige overlap in de tekst van deze delen is dan ook niet te vermijden.

De redactie heeft ervoor gekozen om in dit leerboek het taalgebruik synchroon te laten lopen met de taalregels. Het woord 'huisarts' is mannelijk en daarom wordt consequent gekozen voor de hij-vorm, ondanks het feit dat er statistisch veel te zeggen zou zijn voor de zij-vorm. Zowel in Nederland als in Vlaanderen is het aantal huisartsen-in-opleiding in meerderheid vrouw.

Henriëtte van der Horst, Frank Buntinx, André Knottnerus, Job Metsemakers, An De Sutter, Chris van Weel

Literatuur

- 1 Huygen FJA. Nederlands Huisartsen Genootschap, quo Vadis? Huisarts en Wetenschap 1958/1959;2: 187-191.
- 2 NHG-standpunt Kernwaarden Huisartsgeneeskunde. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap; 2011. Beschikbaar via: https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/toekomstvisie_-_nhg-standpunt_kernwaarden_huisartsgeneeskunde_juli_2011.pdf.
- 3 Glanville J, Kendrick T, McNally R, Campbell J, Hobbs FDR. Research output on primary care in Australia, Canada, Germany, the Netherlands, the United Kingdom, and the United States: bibliometric analysis. BMJ 2011;342:d1028.
- 4 Health Council of the Netherlands. European primary care. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2004; publication no. 2004/20E.
- 5 NHG-LHV. Toekomstvisie Huisartsenzorg. Modernisering naar menselijke maat. Huisartsenzorg in 2022. Utrecht: LHV, NHG; 2012.
- 6 Domus Medica. Zorgmodel 2020. Antwerpen: Domus Medica; 2011. Beschikbaar via: <http://www.domusmedica.be/domusmedica/missie/visieteksten/3509-zorgmodel-2020.html>. Geraadpleegd op 11 februari 2014.
- 7 Groenewegen P, Plochg T, Batenburg R. Beroepen en opleidingen: passend voor de toekomstige zorgvraag? In: Bakker DJ, Post D, Polder JJ, Verkerk MJ. Een vitale toekomst: onze gezondheidszorg in 2040 (p. 202-8). Amsterdam: Reed Business; 2012.
- 8 Van Es JC. Patiënt en huisarts: een leerboek huisartsgeneeskunde. Utrecht: Oosthoek, Scheltema en Holkema; 1974.
- 9 LHV-NHG. Competentieprofiel van de huisarts. Utrecht: LHV/NHG; 2005.

Personalia

- Prof.dr. B (Bert) Aertgeerts, huisarts, gewoon hoogleraar huisartsgeneeskunde, diensthoofd huisartsgeneeskunde KU Leuven, voorzitter CEBAM, Belgian Branch of the DCC.
- Dr. S.J.A. (Stefaan) Bartholomeeusen, huisarts, wetenschappelijk onderzoeker, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven.
- Prof.dr. JM (Jozien) Bensing, buitengewoon programmaleider Communicatie en gezondheidspsychologie NIVEL, hoogleraar klinische en gezondheidspsychologie; Universiteit Utrecht.
- Dr. A.J. (Annette) Berendsen, huisarts, afdeling Huisartsgeneeskunde, UMC Groningen.
- Prof.dr. P.J.E. (Patrick) Bindels, hoogleraar huisartsgeneeskunde, hoofd afdeling huisartsgeneeskunde; Erasmus MC, Rotterdam.
- Dr. M. (Margriet) Bouma, senior wetenschappelijk medewerker. Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht.
- Dr. A. (Ann) Van den Bruel, Academic Clinical Lecturer, Department of Primary Care Health Sciences, University of Oxford.
- Prof.dr. F.J.V.M. (Frank) Buntinx, buitengewoon hoogleraar, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven en de Universiteit Maastricht.
- Dr. P. (Piet) Vanden Bussche, huisarts, assistent vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent.
- Dr. J.W.L. (Jochen) Cals, huisarts, universitair docent, vakgroep huisartsgeneeskunde, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Universiteit Maastricht.
- Prof.dr. T. (Thierry) Christiaens, huisarts, vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnszorg, Universiteit Gent.
- Prof.dr. J.P.M. (Joke) Denekens, huisarts, hoogleraar huisartsgeneeskunde, Centrum voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit Antwerpen.
- Prof.dr. M. (Myriam) Deveugele, communicatieleer in de gezondheidszorg, vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent.
- Prof.dr. D. (Dirk) Devroey, huisarts, hoofddocent huisartsgeneeskunde, hoofd vakgroep Huisartsgeneeskunde en Chronische zorg, Vrije Universiteit Brussel.
- Prof.dr. G. (Geert-Jan) Dinant, hoogleraar huisartsgeneeskunde, Universiteit Maastricht.
- Prof.dr. A.M. (Sandra) van Dulmen, psycholoog, programmaleider NIVEL, Utrecht; hoogleraar communicatie in de gezondheidszorg, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, Radboudumc, Nijmegen; professor II Afdeling gezondheidswetenschappen, Buskerud and Vestfold University College, Drammen, Noorwegen.
- Dr. D. (Dirk) Van Duppen, huisarts, auteur en politicus.
- Drs. S. (Simone) van den Hil, trainer coach en supervisor; VUmc, Amsterdam.
- Dr. P. (Pieter) van den Hombergh, huisarts, wetenschappelijk docent Huisartsenopleiding, AMC, Universiteit van Amsterdam, tot 2012 Beleidsadviseur LHV, Utrecht.
- Dr. R.M. (Rogier) Hopstaken, huisarts, vakspecialist POCT en huisartsgeneeskundige diagnostiek, Saltro diagnostisch centrum, Utrecht.
- Prof.dr. H.E. (Henriëtte) van der Horst, huisarts, hoofd afdeling Huisartsgeneeskunde & Ouderengeneeskunde; VUmc, Amsterdam.
- Prof.dr. J.A. (André) Knottnerus, huisarts, hoogleraar, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Universiteit Maastricht; Voorzitter Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, Den Haag.
- Dr. A.W.M. (Anneke) Kramer, huisarts, coördinator onderzoek van onderwijs huisartsenopleiding, Radboudumc, Nijmegen.
- Dr. F.A. (Floris) van de Laar, huisarts, docent en onderzoeker, Radboudumc, Nijmegen en Academisch Gezondheidscentrum Thermion, Lent.
- Prof.dr. A.L.M. (Toine) Lagro-Janssen, huisarts, hoogleraar Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, hoofd Centrum Seksueel en Familiaal Geweld Radboudumc, Nijmegen.
- Drs. P. (Paulus) Lips, huisarts, MA.

- Dr. E.H. (Eloy) van de Lisdonk, huisarts, universitair hoofddocent afdeling Huisartsgeneeskunde, Radboudumc, Nijmegen.
- Dr. O.R. (Otto) Maarsingh, huisarts-onderzoeker, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde/EMGO+, VUmc, Amsterdam.
- Prof.dr. J.M. (Jan) De Maeseneer, hoogleraar Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent.
- Prof. dr. J.F.M. (Job) Metsemakers, huisarts, hoogleraar Huisartsgeneeskunde, hoofd vakgroep Huisartsgeneeskunde, Caphri, Universiteit Maastricht.
- Mr.dr. R.J.C. (Roelf) Norg, huisarts, Haelen.
- Dr. M. (Marc) Van Nuland, huisarts, wetenschappelijk medewerker en praktijkassistent, Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde, KU Leuven.
- Prof.dr. M.E. (Mattijs) Numans, huisarts, hoogleraar huisartsgeneeskunde, hoofd afdeling Public Health en Eerstelijns Geneeskunde, LUMC, Leiden.
- Prof.dr. L. (Lieve) Peremans, huisarts, professor aan de Universiteit Antwerpen en de Vrije Universiteit Brussel.
- Dr. M.E. (Marcel) Reinders, huisarts, projectleider Toetsing Huisartsopleiding Nederland, Wetenschappelijk medewerker VUmc, huisartsgeneeskunde basiscurriculum.
- Prof.dr. R. (Roy) Remmen, diensthoofd Centrum voor Huisartsgeneeskunde, voorzitter vakgroep Eerstelijns en Interdisciplinaire Zorg, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Antwerpen.
- Prof.dr. P. (Paul) Van Royen, hoogleraar Huisartsgeneeskunde, Universiteit Antwerpen; voorzitter van Psynet.
- Prof.dr. F.G. (François) Schellevis, hoofd onderzoeksafdeling NIVEL, Utrecht en hoogleraar Huisartsgeneeskunde VUmc, Amsterdam.
- Prof.dr. H. (Henk) Schers, huisarts, senior onderzoeker, Radboudumc, Nijmegen.
- Dr. L.J. (Lodewijk) Schmit Jongbloed, arts, MBA.
- Prof. B. (Birgitte) Schoenmakers, huisarts, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven.
- Dr. L. (Luc) Seuntjens, huisarts, auteur en afgevaardigde van Domus Medica.
- Drs. G. (George) Smits, GZ-psycholoog, mediator, trainer.
- Dr. C.F. (Erik) Stolper, huisarts-onderzoeker, Maastricht University, hoogleraar huisartsgeneeskunde, Universiteit Antwerpen.
- Prof.dr. A. (An) De Sutter, vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg Universiteit Gent.
- Prof.dr. H. (Huibert) Tange, associate professor, Universiteit Maastricht.
- Dr. A.E. (Arno) Timmermans, bestuursvoorzitter Westfriesgasthuis, Hoorn.
- Prof.dr. P. (Patrik) Vankrunkelsven, huisarts, docent huisartsgeneeskunde, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, Katholieke Universiteit Leuven.
- Dr. C.J. (Kees) in 't Veld, huisarts, wetenschappelijk medewerker ErasmusMC, afdeling Huisartsgeneeskunde.
- Prof.dr. H. (Henk) de Vries, huisarts, hoogleraar huisartsgeneeskunde in het bijzonder voor onderwijs, hoofd sectie studentenonderwijs, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde; VUmc, Amsterdam.
- Dr. E.M. (Evelyn) van Weel-Baumgarten, huisarts, universitair hoofddocent afdeling Eerstelijns geneeskunde, Radboudumc, Nijmegen.
- Prof.dr. C. (Chris) van Weel, emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde, Radboud Universiteit Nijmegen; hoogleraar primary health care research, Australian National University, Canberra, Australië.
- Prof.dr. T. (Trudy) van der Weijden, arts-epidemioloog, hoogleraar Implementatie van richtlijnen in de geneeskunde, afdeling Huisartsgeneeskunde, MUMC+, Maastricht.
- Prof.dr. D.L. (Dick) Willems, hoogleraar Medische ethiek, Universiteit van Amsterdam.
- Prof.dr. S. (Sara) Willems, sociaal wetenschapper, docent, opleiding Geneeskunde, Universiteit Gent; teamleider Equity in Healthcare Research Group, vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent.
- Prof.dr. N.J. (Niek) de Wit, hoogleraar en afdelingshoofd Huisartsgeneeskunde, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, UMC Utrecht.