

# huisarts en wetenschap



MAANDBLAD

VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

## Wat en Hoe? - Enkele beschouwingen over het werk van de huisarts

DOOR G. J. BREMER, HUISARTS TE NIEUWKOOP

*„Zijn er nog organen in ons lichaam, wier behandeling aan de huisarts wordt toevertrouwd?” A. F. Soer (1924)\**

Dit artikel wil een poging zijn antwoord te geven op de vraag: „Wat doet de huisarts eigenlijk en hoe doet hij het?” De eerste vraag heeft dus betrekking op het werk dat gedaan wordt, de tweede op de methode. Het is duidelijk, dat de eerste vraag, ook van betekenis wanneer men praat over honorering, bij het oplossen van het probleem van de scholing en nascholing zo belangrijk is, dat zij zelfs centraal dient te staan.

Gaat men af op het werk, waartoe de arts bevoegd is, dan komt men voor de beantwoording van de vraag niet veel verder. De geneeskunst uitoefenen „in haar volle omvang” (wet van 25 december 1878, Staatsblad 222) is een formulering, die niets zegt over wat wordt gedaan. De wet suggereert meer dat iedere arts de vrijheid heeft een verantwoorde keuze te doen uit de mogelijkheden, die hem door zijn arts-zijn worden geboden. Men doet beter de vraag anders te formuleren: „Welk werk ligt er voor de huisarts te doen in een bepaalde praktijk?”

Neemt men ter algemene oriëntatie en als voorbeeld Dr. X, een huisarts met een praktijk van 2.500 zielen. Voor ons doet het er nu weinig toe of dit ziekenfondsleden zijn of niet. Heeft deze praktijk dezelfde leeftijdsopbouw als Nederland in zijn geheel, dan heeft deze arts bij een geboortecijfer van 21,2 en een sterftecijfer van 7,5 (Nederland 1957) 53 bevalingen en 19 sterfgevallen per jaar. Met behulp van de cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek voor het gehele land als maatstaf kan men ongeveer

\* Moderne aforismen uit de interne kliniek. Derde bundel. W. L. en J. Brusse, Rotterdam.

berekenen welke doodsoorzaken hier een rol spelen. Van de 19 mensen zijn er dan vier overleden tengevolge van carcinoom, drie aan een apoplexie en vijf aan een hartziekte of hypertensie. Als deze medicus tien jaar in de praktijk zit, heeft hij dus 40 patiënten zien overlijden aan carcinoom, negen aan maagcarcinoom, zes aan longcarcinoom, drie aan mammacarcinoom, twee aan rectumcarcinoom en twee aan prostaatcarcinoom; drie patiënten aan maligne bloedziekten, een aan een maagzweer en een aan levercirrose. In die periode pleegden een à twee mensen zelfmoord en veroorzaakte het straatverkeer vier slachtoffers. Opgemerkt moet worden, dat ongeveer 35 procent van deze overlijdensgevallen in een ziekenhuis plaats vindt.

Indien voor Dr. X het verrichtingscijfer 5 is, dat wil dus zeggen 5 verrichtingen per patiënt per jaar, dan heeft hij 12.500 verrichtingen per jaar en bij een aantal van iets meer dan 2,5 verrichtingen per „probleem” ziet hij dus ongeveer 5.000 problemen per jaar. Bij een verwijlspercentage van 29,7 — cijfer ontleend aan gegevens over 1957 van het centraal bureau voor administratie der specialistenhonorering — stuurt Dr. X ongeveer 740 patiënten per jaar naar een specialist, hetgeen betekent dat hij in ongeveer 15 procent van de problemen specialistische hulp nodig heeft.\*\* Dit leidt er toe, lettende op het opnamecijfer van ongeveer 7 per 100 inwoners per jaar, dat er van deze 740 door Dr. X naar specialisten verwezen patiënten, 175 in een ziekenhuis worden opgenomen; dit is 3,5 procent van de problemen. Ongeveer 6 van deze 175 patiënten overlijden in een ziekenhuis.

\*\* De verwijzingen naar academische ziekenhuizen zijn hierin niet meegerekend.

Verdeelt men de verwijzingen naar de specialismen in percentages, dan krijgt men de volgende tabel:

interne geneeskunde *	13,87
chirurgie	20,12
gynaecologie en verloskunde	5,73
zenuwziekten	5,49
oogheelkunde	34,76
keel-, neus-, oorheelkunde	10,40
kindergeneeskunde	2,62
huidziekten	7,01
totaal	100,00

Ook wanneer Dr. X alle bevallingen in zijn praktijk zelf wil doen ligt, zie onder andere *De Snoo*, het aantal klinische verlossingen op sociale of medische indicatie tussen de 10 en 15 procent. Wat men in zijn verloskundige praktijk zoal te wachten staat heeft *De la Tour Malett* beschreven.

Heeft men nu iets aan deze cijfers om tot een antwoord te komen op de eerste vraag? Niet zo heel veel. De model-arts is alleen maar tot voorbeeld gekozen om te demonstreren hoezeer in de realiteit een praktijk verschilt van deze fictieve situatie. Praktisch geen enkel getal zal met de situatie waarin de huisarts-lezer verkeert overeenkomen: praktijkgrootte, leeftijdsopbouw (en daardoor geboorte- en sterftecijfer), verrichtingscijfer, aantal verrichtingen per probleem en verwijsperscentage, al deze getallen verschillen van praktijk tot praktijk, en geven tenslotte aan hoeveel werk er in een bepaalde praktijk wordt gedaan.

De oorzaken van bovengenoemde verschillen zijn veelal duidelijk. Behalve de praktijkgrootte spelen een rol: lokalisatie van de praktijk, stad of platteland, met of zonder apotheek, met of zonder vroedvrouw in het praktijkgebied. Afgezien de leeftijdsopbouw is, zoals *Buma en Bak* ook naar voren hebben gebracht, de aard van de bevolking van grote invloed (godsdienst, economische status), terwijl vragen als: hoeveel keuringen en controles worden er per jaar gedaan, ook zeer verschillend zullen worden beantwoord. Er zijn echter ook minder duidelijke oorzaken voor deze onderlinge verschillen. Zo speelt onder andere de „self-selection” van *Balint* een rol, dat wil zeggen, iedere arts trekt een bepaald soort patiënten tot zich.

Het verschil in morbiditeit zou van praktijk tot praktijk ook zeer groot zijn, doch deze morbiditeit is weer, ook volgens *Taylor*, althans voor een deel van de reeds genoemde factoren afhankelijk. In de sociologie spreekt men van onderlinge interdependentie, waarbij men — onder andere *Steinmetz* — steeds wijst op de enorme ingewikkeldheid van de op elkaar inwerkende factoren. Om een enkele illustratie te geven het volgende lijstje (ontleend aan Documentatie (1959) uitgave Gemeenschappelijk Overleg Ziekenfondsorganisaties):

\* Onder interne geneeskunde zijn begrepen: cardiologie, longziekten, maag-, darm- en stofwisselingsziekten en reumatologie. Onder heelkunde zijn begrepen: urologie, orthopedie, neurochirurgie en plastische chirurgie. Ook hier zijn de verwijzingen naar de academische ziekenhuizen buiten de berekening gebleven.

aantal ziekenhuisopnamen per honderd inwoners per provincie (1956)

Groningen	6,01
Friesland	6,04
Drente	5,85
Overijssel	6,93
Gelderland	7,36
Utrecht	7,67
Noord-Holland	7,29
Zuid-Holland	6,94
Zeeland	8,54
Noord-Brabant	7,39
Limburg	7,65
Noordoostpolder	5,30
Nederland	7,13

\*\*\*

Niet alleen het te verrichten medische werk zal van praktijk tot praktijk verschillen, ook datgene wat de arts hiervan zelf doet varieert sterk. Vooral op het gebied van de meer technische handelingen, bijvoorbeeld aanmeten van brillen, kleine chirurgie enz., is er een groot onderling verschil.\*\*

De conclusie is dus, dat op de vraag: „Wat doet de huisarts?” geen voor allen geldend antwoord kan worden gegeven. De werkzaamheden van de huisartsen variëren onderling zo sterk, dat een impliciete taakomschrijving onmogelijk is. Het woord huisarts duidt geen beroep aan, doch een verzameling beroepen, uitgeoefend door personen met dezelfde wettelijke bevoegdheid. Indien men daarbij rekening houdt met het feit, dat slechts zeer weinigen tevoren weten, waar zij zullen gaan praktiseren, kan men zeggen, dat de opleiding slechts „materiaal” levert; welk materiaal men nodig heeft, bepaalt de praktijk en de arts.

\*\*\*

De tweede vraag: „Hoe doet de huisarts zijn werk?” is minder gemakkelijk te beantwoorden. Viel in het voorgaande de nadruk vooral op het onderlinge verschil tussen de huisartsen en hun praktijk, hier moet de aandacht worden gevestigd op gemeenschappelijke factoren. Om te beginnen: essentieel in de huispraktijk is de ontmoeting arts-patiënt. Deze ontmoeting ontstaat door de aanwezigheid van een probleem, waar de patiënt kennelijk niet alléén uit kan komen. Het is de taak van de arts zoveel mogelijk te pogen dit probleem op te lossen. Dat de patiënt soms een ander probleem aanbiedt (*Balint*) dan dat, wat moet worden opgelost, doet niets ter zake; ook hier geldt, dat het formuleren van de juiste probleemstelling het halve werk is.

\*\*Voor de artsen aangesloten bij het ziekenfonds Alphen en Omstreken, waaronder ook mijn praktijk ressorteert, varieerde het verwijsperscentage in 1957 van 38,1 als maximum tot 7,1 als minimum. („Medische Statistiek over 1957” van het algemeen ziekenfonds Alphen en Omstreken). Voor het gehele land geldt als gemiddelde 29,7%. (Statistisch overzicht van de specialistische hulp over 1957. Uitgave centraal bureau voor de administratie der specialistenhonorerings).

De methode volgens welke de huisarts de problemen moet oplossen, is vaak geheel anders dan hij tijdens zijn opleiding heeft geleerd. Eén van de grootste onzekerheden, waarmee men als jong medicus in het begin heeft te kampen is de onwetendheid omtrent het vóórkomen van de diverse ziekten in de algemene praktijk. Men heeft geen vaag vermoeden met wélke problemen men vooral te maken zal krijgen en hoe vaak. Hierover zouden morbiditysonderzoekingen iets kunnen leren, ware het niet, dat elke praktijk op dit gebied weer anders is. Grijpt men terug naar het voorbeeld van Dr. X, dan geldt bijvoorbeeld voor de maligne bloedziekten: in tien jaar, dus op 50.000 problemen, drie overlijdensgevallen. Hoeveel keer per jaar Dr. X een pneumonie zal zien kan echter niemand hem bij benadering voorspellen. Deze onwetendheid verdwijnt echter al werkend in de eigen praktijk spoedig: over drie acute appendicitides op één dag vertelt men op een artsvergadering; vijf gevallen van angina tonsillaris op één dag verwekken géén sensatie.

Men kan zodoende in het huisartsenwerk twee periodes onderscheiden: de beginperiode, waarin men enige ervaring verkrijgt, en daarna de tijd, waarbij een van de moeilijkste problemen ligt in het doseren van de visites en consulten bij iedere patiënt weer opnieuw: de moeilijkheid ligt in het doseren van zichzelf (*Balint*).

De medische problemen lost men in de beginperiode vooral op door te veel te doen (de overdosering): de onzekerheid en de „neurasthenie” drijven de arts te vaak naar de zieke. Op deze manier werkt men echter aan zijn ervaring en men leert de patiënten wat beter kennen. Vooral dit laatste is zeer belangrijk. De mensen, die de huisarts consulteren, doen dit op eigen indicatie. Het is dus geen wonder, dat deze indicatie, ondanks alle medische encyclopedieën, vaak niet juist is gesteld. Ook dit hangt weer af van zeer veel factoren, die nu niet ter zake doen. Een feit is, dat men in de praktijk vrij snel een aantal patiënten, respectievelijk gezinnen leert kennen, bij wie deze indicatiestelling ruim of zeer ruim is. Deze groep nu, de mensen of gezinnen die „a lower threshold of complaint” (*Balint*) hebben, eisen een andere benadering. De klachten zijn hier vaak uiterst vluchtig en wisselend, de angst voor wat kan komen is hier vaak ernstiger dan wat komt. Met onder andere deze empirisch verkregen kennis omtrent zijn patiënten is de huisarts in een groot aantal van de gevallen in staat psychogene klachten op positieve gronden te onderkennen en niet, zoals het in klinieken dikwijls geschiedt, per exclusionem, nadat vele kostbare onderzoekingen niets hebben opgeleverd.

In 1949 schreef *Mejler* een klinische les, die begon met de zin: „Bij de opleiding van de aanstaande artsen wordt de meeste aandacht besteed aan het doceren van de diagnostiek.” De student wordt gesuggereerd dat de arts de man is, die met behulp van de moderne apparaturen zijn onderzoek verricht of laat verrichten om via de diagnose tot een therapeutisch handelen te komen. De wetenschappelijke

methode van het medisch handelen verloopt langs de bekende paden anamnese - onderzoek - diagnose - therapie. Het diagnostiseren wordt soms zo primair gesteld, dat men wel eens vergeet dat de diagnose geen doel, maar een middel is om het doel, het helpen van de patiënt, te bereiken.

Eenmaal geplaatst in de algemene praktijk zijn er voor de arts echter heel wat onzekerheden, vooral op diagnostisch gebied, te overwinnen. Overdreven geformuleerd zou men kunnen zeggen: De huisarts staat alleen, zonder technische outillage en hulp tegenover ziekten, die hij nimmer zag tijdens zijn opleiding.

Geheel in tegenstelling tot de wetenschappelijke methode moet de huisarts soms handelen zonder diagnose, dat wil zeggen zonder een diagnose waarmee men in een therapie-compendium een bijpassend medicament kan opzoeken. Dit heeft verschillende oorzaken, zowel technische als economische. De huisarts ziet de patiënt in het beginstadium van zijn kwaal en dit beginstadium is vaak weinig typerend. Zo wordt het begin van vele infectieziekten gekenmerkt door een gemeenschappelijk syndroom, het „vitale syndroom” (zie onder andere *Sillevis Smitt*): slapeloosheid, anorexie, zweten, hartkloppingen, obstipatie en psychisch het hyperesthetisch-emotionele syndroom. In dit stadium is buiten een epidemie zelden een diagnose te stellen. Ondanks het ontbreken hiervan moet echter al iets worden gedaan: de patiënt moet naar bed.

Soms kan een diagnose niet volledig worden gesteld, omdat dit praktisch onmogelijk is. Men denke aan het voorbeeld aan het symptoom keelpijn, een verschijnsel waarmee iedere huisarts dagelijks wordt geconfronteerd. Etiologisch moeten hier zuiver wetenschappelijk worden overwogen virusinfecties: adenovirusgroep, poliomyelitis, hepatitis, parotitis, influenza, rubeola, ziekte van Pfeiffer, Coxsackie- en ECHO-virus; verder moet men denken aan streptokokken-infecties, difterie, angina Plaut-Vincent, leptospirosis en lues (*Roden*). Wetenschappelijk mag dit juist zijn, in de praktijk komt het erop neer, dat enkele virologen nog aan het speuren zijn, terwijl de patiënt alweer aan het werk is.

Voor de huisarts is van belang: waar moet ik op mijn hoede zijn, waar ga ik nog eens kijken, waar geef ik medicamenten?

In de huisartsenpraktijk komt bovendien de patholoog-anatoom zelden aan bod. Indien geen ziekenhuisopname vooraf is gegaan, ziet de huisarts vrijwel nooit een obductieverslag noch andere resultaten van pathologisch-anatomisch onderzoek. Een zekere diagnose bij een onverwachte dood of bij een doodgeboren vrucht is daardoor al onmogelijk; zelfs bij een sterfgeval na een langdurig ziekbed kan het invullen van de overlijdensverklaring moeilijk zijn en zou een obductie wel eens tot bescheidenheid kunnen nopen. „Men heeft op de duur meer vertrouwen in zijn diagnoses wanneer zij niet door secties worden gecontroleerd,” zegt *Meijler*.

Hoe komt de huisarts nu toch, dus zonder diagnose, tot handelen? Voorop moet worden gesteld, dat in

gevallen, waarbij de huisarts niet tot een zekere diagnose kan komen, terwijl dit voor de patiënt toch van belang is, de specialist te hulp moet worden geroepen. Niet alleen de grotere technische mogelijkheden in een kliniek dwingen de huisarts tot een verwijzing, ook zijn geringere kennis van zeldzame ziektebeelden leidt wel eens hiertoe. Er zijn speciaal op het terrein van de dermatologie en de ophthalmologie diagnoses, die hij zelden zal stellen.

In een groot aantal gevallen roept de huisarts „de Tijd” in consult: de tijd, die alle wonden heelt. Hij wacht af. Elke ziekte is een proces, verlopend in de tijd: stadium incrementi — fastigium — stadium decrementi. Dit geldt ook voor de „minor ailments”. Speciaal bij deze „kleine kwalen” roept de patiënt dikwijls als het fastigium al voorbij is. Hoofdzaak is, te beoordelen of men de tijd kan laten werken en hoe lang. In feite komt dit weer neer op hetzelfde probleem als reeds is genoemd: moet men deze patiënt nog eens zien en zo ja, wanneer?

Men kan de tijd laten helpen de diagnose te stellen. Soms zijn enkele uren nodig. Staat bijvoorbeeld de diagnose appendicitis om acht uur niet vast, om twaalf uur kan het gemakkelijker zijn. Soms zijn enkele dagen nodig zoals bij infectieziekten vaak het geval is.

Men kan de tijd ook als therapeutische factor inschakelen. Patiënten met onschuldige pijnen en pijntjes (fibrositis, epicondylitis, periostalgie, myalgie of hoe men dit alles noemen mag) bestelle men niet te snel terug. De tijd moet de tijd hebben en vier à vijf dagen doen soms veel. Ziet men deze patiënten elke dag dan is de indruk van verbeteren bij patiënt en arts niet evident; beiden worden ongeduldig, de polypragmasie dreigt met het gevaar van fixaties, over en weer ontstaan protesthoudingen, uitlopend op „hoger op willen”, foto’s maken enzovoort.

Zeer veel klachten verdwijnen spontaan na enkele

weken. Met eenvoudige medicamenten, tact, en naast zich de consulent „tijd” maakt de huisarts de patiënt weer gezond. \*

Sommige verwijzingen naar een specialist vinden alleen plaats omdat de ziekte te lang duurt. De specialist heeft dan het voordeel weer opnieuw te kunnen beginnen.

Tenslotte een enkele opmerking over het contact tussen huisarts en patiënt. De formulering van Rümke: „maximale nadering met behoud van distantie” is, behalve voor de psychiater, zeker ook voor de huisarts van toepassing. Tot deze maximale nadering kan de huisarts gemakkelijker komen dan de specialist, want tussen huisarts en patiënten staan geen of zeer weinig toestellen en cijferreeksen, die het gevaar meebrengen de zieke geheel als object te beoordelen. De huisartsen mogen dan zeer verschillend werk doen, essentieel voor allen is de ontmoeting arts-patiënt. Dit contact, zo oud als de geneeskunde zelf, verandert, ondanks alle technische vindingen, niets.

\* Het is gebleken, dat meer dan 70 procent van de toegekende ziektegevallen ressorterend onder de „ziektewet” een uitkeringsduur hebben van minder dan veertien dagen.

Balint, M. (1957) The doctor, his patient and the illness. Pitman medical publishing Co. Ltd. Londen.

Buma, J. T. en L. Bak (1952) Tijdschrift voor sociale geneeskunde, 30, 327.

Meijler, L. (1949) Ned. T. Geneesk. 93, 238.

Roden, A. T. (1957) Practitioner 197, 659 (ref. (1958) huisarts en wetenschap 2, 37.)

Rümke, H. C. (1948) Studies en voordrachten over psychiatrie. Scheltema en Holkema. Amsterdam.

Sillevis Smitt, W. G. (1949) Ned. T. Geneesk. 93, 3057.

Snoo, K. de (1946) Leerboek der Verloskunde. J. B. Wolters. Groningen.

Steinmetz, S. R. (1958) Inleiding tot de sociologie. Erven F. Bohn. Haarlem.

Taylor, S. (1955) Good general practice. Oxford university press. Londen.

Tour Malett, A. E. de la (1958) Practitioner 180, 277 (ref. (1958) huisarts en wetenschap 1, 242.)

## *Enkele medische, sociaal medische en psychologische aspecten van de onrust bij bejaarde patiënten*

DOOR DR. D. BROUWER, GERIATER\*

Door de nog steeds toenemende leeftijdsverwachting in de westerse wereld komt de arts meer en meer in contact met bejaarde patiënten. Iedere huisarts met wat langere ervaring ziet het percentage van deze patiënten in zijn praktijk gestadig toenemen. Behalve voor lichamelijke klachten wordt hij verhoudingsgewijs steeds meer geconsulteerd voor geestelijke stoornissen, minder door de patiënten zelf dan door de huwelijkspartner, verwanten of anderen uit de naaste omgeving van de zieke.

\* Uit de afdeling Geestelijke Hygiëne (hoofd J. H. Gravestein) van de Gemeentelijke Geneeskundige- en Gezondheidsdienst te Amsterdam (directeur K. Ittmann).

De onrustige bejaarde is tot een ernstig probleem geworden. Hij is thuis moeilijk te handhaven, kan dag en nacht storend zijn voor zijn directe omgeving, terwijl de opnamemogelijkheid zeer klein is. Hij behoort tot de groep van de moeilijk plaatsbaren. Het is mogelijk onder deze categorie in de praktijk een viertal groepen te onderscheiden.

*Groep 1* patiënten met een *behandelbare organische afwijking*, die een opname nodig hebben in een interne of andere specialistische afdeling van een algemeen ziekenhuis. Deze groep is moeilijk te verplegen, niet zelden met weinig kans op volledig