

De ontwikkeling van de arts-patiënt-relatie in de huisartsgeneeskunst*

DOOR DR. H. J. DOKTER, HUISARTS TE AMSTERDAM

Wanneer men Van Dale opslaat vindt men onder het hoofd geneeskunde de volgende omschrijving: geneeskunde is de wetenschap die zich ten doel stelt de kennis van de gesteldheid en de werking en van de aard en de oorzaken der ongesteldheden van het menselijk lichaam en van de middelen om die te genezen. Even verder staat bij geneeskunst dat dit woord weinig gebruikelijk is en synoniem aan geneeskunde. Men bedoelt er volgens Van Dale meestal mee de praktijk der geneeskunde en de therapie. Dit te moeten lezen was voor mij een ietwat teleurstellende ervaring.

Wibaut schrijft in zijn boek over „De methode der geneeskunde” ook over deze woordenstrijd. Volgens hem is de definitie van geneeskunde een zo goed mogelijke beschrijving van het geheel van kunnen en kennen, hetwelk wij voor de directe uitoefening en voor de verdere ontwikkeling van ons vak nodig hebben. De definitie van geneeskunst is moeilijker. Taalkundig is er geen verschil tussen beide termen. Veelal bedoelen wij er mee het vermogen om veelzijdige problemen tot een persoonlijke oplossing te brengen. Daarbij speelt dan de persoon van de arts een grotere rol dan in andere beroepen het geval is. Anderen, schrijft Wibaut, spreken van kunst omdat een zekere mate van intuïtie van invloed is op diagnostiek en therapie. Tenslotte wordt er van kunst gesproken omdat een aantal handgrepen en eenvoudige regels op het ambachtelijke vlak zijn terug te voeren.

Het blijkt dus dat men bij gebruik van het woord kunst aan een aantal onbewuste eigenschappen en bekwaamheden een grote rol wenst toe te schrijven. Indien men stelt, dat deze eigenschappen en bekwaamheden al a priori aanwezig zouden moeten zijn bij degene die een goed arts wil worden, dan zou ons verhaal snel kunnen worden beëindigd. Indien men „het” heeft is het goed, wie „het” mist, slaagt nooit. Het adagium „Nur ein guter Mensch kann ein guter Artz sein” gaat min of meer van deze vooronderstelling uit en laat weinig ruimte voor mensen die niet goed zijn. Bij deze veronderstelling is het nauwelijks mogelijk te spreken van bewuste kennis, die toch de basis zou moeten zijn van het verantwoord optreden van de arts. De vraag komt bovendien naar voren of deze niet-bewuste eigenschappen en dit niet-bewuste kennen reproduceerbaar en overdraagbaar zijn. Het feit, schrijft Wibaut, dat de arts zich niet bewust is van

de grondslagen van zijn werk, heeft een verkeerde uitwerking op zijn zelfvertrouwen. Veelal vinden wij teveel vertrouwen in de moderne ontwikkelingen van de geneeskunde en een te gering vertrouwen in de eigen mogelijkheden.

Uit de discussie over geneeskunde en geneeskunst komt naar mijn mening één belangrijk aspect naar voren, namelijk de figuur van de arts zelf. Hij is het immers die, veel meer dan de onderzoekers in de exacte wetenschappen, persoonlijk is betrokken in positieve en negatieve zin, bij onderzoek en behandeling van mensen. Wij weten hoe moeilijk het zelfs voor de wetenschapsbeoefenaar is zich volkomen objectief ten opzichte van zijn onderzoeksobject te gedragen. Veelal spelen in deze, uiterlijk zo exacte omgeving, vele onbewuste factoren een rol. A fortiori geldt dit voor de arts, die zowel in zijn wetenschapsbeoefening als in de uitoefening van zijn praktijk met mensen heeft te maken. Bij elke relatie met mensen speelt immers de houding en het handelen van de in deze situatie betrokken medemensen een rol. Voor de arts geldt dit des te meer, daar zijn medemens iets van hem verwacht dat alleen hij in staat is hem te verstrekken.

Wat de huisartsgeneeskunde betreft, De Vries komt in zijn recente publikatie over de methoden van de huisarts tot de conclusie, dat de huisartsgeneeskunde nog niet kan worden geduid als een wetenschap, zolang er nog geen overeenstemming bestaat over de inhoud van deze geneeskunde. In de huisartsgeneeskunde ligt het accent sterk op de werkmethode van de arts en op zijn persoonlijkheid. Hij is zelf mede instrument.

Het is opvallend dat zowel uit de discussie over geneeskunde en geneeskunst bij Wibaut en uit de discussie over de huisartsgeneeskunde, de persoon van de arts zelf naar voren komt. Mogelijk verklaart dit gedeeltelijk de onrust en de onzekerheid die in de kring van de huisartsen hebben geheerst na de laatste wereldoorlog. Deze situatie is mede aanleiding geweest tot het oprichten van het Nederlands Huisartsen Genootschap (N.H.G.). Men kan het N.H.G. en zijn oprichters niet dankbaar genoeg zijn, dat zij deze daad hebben gesteld en dat zij daarmee een poging hebben willen doen de huisartsgeneeskunde wetenschappelijk te benaderen en vast te leggen, terwijl zij anderzijds de huisarts een zekere mate van zekerheid hebben verschaft.

Een ontwikkeling die zich gelijktijdig met de oprichting van het N.H.G. voordeed, dient hier even-

* Voordracht, gehouden op het elfde N.H.G.-congres, Amsterdam, november 1966.

eens nader te worden besproken. Balint ontdekte namelijk tijdens het groepswork met artsen, dat de dokter zelf het meest gebruikte geneesmiddel is en dat er geen farmacologie van dit geneesmiddel bestaat. Tot ongeveer tien jaar geleden diende de huisarts door zijn ervaring en door gebruik te maken van zijn „gezonde verstand” de arts-patiëntrelatie te beheersen. Het zal duidelijk zijn dat dit met vallen en opstaan moest worden geleerd en tevens dat deze periode schadelijk moet zijn geweest voor de patiënten. Balint heeft ons de spiegel voorgehouden teneinde ons zelf te leren kennen in onze relatie met de medemens en met de patiënt. Wij mogen niet verhehlen, dat wij ons lange tijd hebben verschanst achter een façade van kennis en technisch kunnen, welke in meerdere of mindere mate aanwezig waren. Dat juist de huisarts de eerste is geweest die in de spiegel der zelfkennis heeft gekeken, is naar mijn mening te danken aan zijn geïsoleerde positie.

In Nederland hebben de studiegroepen voor medische psychologie een enorme vlucht genomen, zodanig dat in de Franse literatuur wordt gesproken van „Le Phénomène Hollandais” (Gelly). Dat dit in een dergelijke mate het geval is geweest is volgens de meeste onderzoekers te danken aan het feit, dat de huisartsen zelf het initiatief hebben genomen tot de oprichting van deze studiegroepen en verder aan het feit, dat ongeveer tegelijkertijd het N.H.G. ontstond. Zowel de studiegroepen als het N.H.G. hebben elkaar wederzijds sterk beïnvloed in die zin, dat beide zich voorspoedig hebben ontwikkeld. Het werk in de studiegroepen heeft de huisarts uit zijn isolement gehaald. Wanneer men in de eenzaamheid van de plattelandspraktijk, maar eveneens wanneer men in de gejaagde activiteit van de stadspraktijk werkt, komen er wel eens twijfels op aan het eigen kunnen en kennen. De grenzen van ons werk zijn veelal snel bereikt en kunnen aanleiding geven tot het ontstaan van onlustgevoelens. Indien men zich deze onlustgevoelens bewust wordt en men zich realiseert wat in wezen de oorzaak is, kan men komen tot een zekere mate van zelfkennis, die onontbeerlijk is voor een verandering van de persoonlijkheid van de huisarts.

Balint schrijft: „The ability to listen is a new skill, necessitating a considerable though limited change in the doctor's personality”. Wij mogen ons in Nederland gelukkig prijzen, dat de studiegroepen in zo grote mate er toe hebben bijgedragen deze verandering te begeleiden. Door het werk in de studiegroepen zijn bij een aantal artsen de bovengenoemde onlustgevoelens weggenomen of verminderd. Bovendien hebben zij in de loop der jaren een verhoogde tolerantie ontwikkeld bij het luisteren naar de patiënt. Wij kunnen leren de patiënt datgene te laten vertellen wat hij wil vertellen en niet datgene wat wij willen dat hij vertelt. De anamnese-techniek is ons geleerd, maar op een naar huidige inzichten en opvattingen volkomen onvoldoende manier. Ik herinner mij nog duidelijk hoe een

van mijn leermeesters ons er op wees, hoe het gesprek met de patiënt te leiden, gerichte vragen te stellen en vooral uitweidingen van de zijde van de patiënt af te breken. Toch blijft de anamnese voor de huisarts een van de belangrijkste mogelijkheden om ziekten te herkennen en op te sporen. Hij zal echter de techniek van de anamnese dienen aan te passen aan de behoefte van de patiënt en niet in de eerste plaats aan zijn eigen behoefte. Hij kan beter eerst luisteren dan vragen.

Het volgende voorbeeld demonstreert naar mijn mening een en ander nog eens duidelijk.

Mevrouw A is een jonge vrouw met drie kinderen die normaal en zonder moeite zijn geboren. Zij bezoekt het spreekuur wegens buikklasten en menstruatiestoornissen. Er zijn geen organische afwijkingen. Nadat zij tweemaal op het spreekuur is geweest, geef ik haar een briefje voor de gynaecoloog. Is dit gedaan ter geruststelling van de patiënte, of omdat ikzelf niet verder kwam? De gynaecoloog schreef mij, dat mevrouw A inderdaad geen afwijkingen heeft, maar dat ik er goed aan zal doen eens met haar over haar seksuele problemen te praten. Inderdaad blijken er nogal wat problemen op dit gebied te bestaan, waarmede de buikklasten in oorzakelijk verband zouden kunnen staan. Gelukkig ben ik op tijd gewaarschuwd. De mogelijkheid zou anders niet uitgesloten zijn geweest, dat de klacht werd „georganiseerd”, waardoor het later veel moeilijker zou zijn geworden deze „organisatie” te doorbreken.

Bij het opnemen van de anamnese en ook bij het onderzoek zijn de negatieve vondsten minstens zo belangrijk als de positieve. Balint heeft er ook op gewezen, dat de arts niet alleen begrip moet hebben voor de emotionele problemen van de patiënt, maar evenzeer voor de emotionele problemen van hemzelf, die kunnen optreden in aansluiting aan het opnemen van de anamnese en het onderzoek van de patiënt. Is het voor mij bij het onderzoek van bovengenoemde mevrouw A moeilijk geweest te vragen naar seksuele problemen? Heb ik mij daarvoor gegeneerd? Opkomende onlustgevoelens, een gevoel van irritatie, zijn symptomen van relatiestoornissen in de arts-patiëntrelatie. Verschillende huisartsen getuigen hiervan in proefschriften en publikaties.

Uit het voorgaande wordt naar mijn mening duidelijk, hoezeer zelfkennis noodzakelijk is voor een beter hanteren van de arts-patiëntrelatie. Het zwaartepunt ligt bij de arts zelf. Deze zelfkennis is tevens de voorwaarde voor de verandering in de persoonlijkheid, waar Balint over spreekt.

In de jeugdijaren van het Genootschap is nog iets gebeurd, dat hier moet worden vermeld: Querido publiceerde zijn boek over Integrale Geneeskunde. Deze geneeskunde wordt wel het specialisme van de huisarts genoemd. Ik ben het met Mertens eens, dat wij geen specialisten zijn, maar algemene artsen, gespecialiseerd in gezinsgeneeskunde en dat wij bereid moeten blijven de mens te helpen op een zo breed mogelijk terrein. De studie van Querido heeft laten zien, dat de gespecialiseerde geneeskunde niet die resultaten afwerpt, welke de specialisten zelf ervan verwachten. De oorzaak hiervan is de te eenzijdige benaderingswijze. Een integrale benadering kan ons voor

mislukkingen vrijwaren. Het is de huisarts die hier grote kansen heeft, daar hij de man is die op de hoogte kan zijn van de psycho-sociale achtergronden van zijn patiënten. Hij kent de gezinnen waaruit de patiënten komen; hij kent het tweede milieu en hij is daardoor in staat tot een bredere benadering van de patiënt te komen dan de specialist.

Een deel van onze onlustgevoelens is weggenomen door de introductie van het begrip integrale geneeskunde. Bovendien krijgen wij op dit gebied naar mijn mening naast integrale diagnostiek, ook integrale therapie en behandeling toe te passen. Mijns inziens is samenwerking met anderen een noodzakelijke voorwaarde; ik denk hierbij speciaal aan samenwerking met de maatschappelijk werker.

Men kan zich afvragen of blijkt, dat de arts-patiënt-relatie thans in ontwikkeling is en dat zij verandert als gevolg van de reeds gesignaleerde verandering in de persoonlijkheid van de arts. Volgens mijn mening is dit inderdaad het geval en ik zou dit als volgt willen toelichten. Van den Berg heeft een zeer instructief boekje geschreven over de sociologie van de hulpverlening. Hij beschrijft daarin waarmee de hulpverlener bezig is. Daartoe maakt hij onderscheid tussen macht en hulp. Hij beschrijft macht als de mogelijkheid om in overeenstemming met de doeleinden van een persoon of groep, de gedragalternatieven van andere personen of groepen te beperken. Hulp is de mogelijkheid om in overeenstemming met de doeleinden van een andere persoon of groep, de gedragalternatieven van die andere persoon of groep te verruimen. In de machtsverhouding staan de doeleinden van het ik centraal, niet die van de ander. In de hulprelatie staan de doeleinden van de ander centraal, niet die van het ik. In de geneeskunde spelen naar mijn mening macht en hulp in de arts-patiënt-relatie door elkaar. De arts is niet in staat te werken zonder in bepaalde omstandigheden de patiënt dwingend iets voor te schrijven. Anderzijds kan hij het niet zonder de hulpverlening stellen. Men kan zich voorstellen, dat in de loop der jaren het accent in de arts-patiënt-relatie zal verschuiven van macht naar hulp. De autoriteit van de arts helpt hem zijn macht uit te oefenen. De huisarts is in staat geweest te onderkennen, dat dit accent van de relatie veelal niet die resultaten afwerpt welke de autoriteit ervan verwacht. De pillen, poeders en dranken die respectievelijk in de afvallemmer of de gootsteen verdwijnen, zijn het symptoom van het autoriteitsconflict tussen arts en patiënt, waarbij de laatste zich de machtspositie van de arts niet laat welgevallen.

Wij moeten veel meer dan vroeger wellicht het geval is geweest, helpend naast de patiënt staan, waarbij de doeleinden van de ander voorop staan. Mijns inziens is er een verandering in de relatie opgetreden van macht naar hulp, waarbij vooral de huisarts in de gelegenheid is geweest in de studiegroepen voor medische psychologie zichzelf de

spiegel voor te houden. Trouwens de wereld verandert snel en in deze veranderende wereld zal ook de relatie tussen de huisarts en zijn patiënt aan stormen bloot staan. Wij mogen aannemen, dat de autoriteit van de arts niet meer die zwaarte heeft, welke zij wellicht vroeger heeft gehad.

Winkler Prins wijst er op, dat het beeld, hetwelk men zich van de huisarts vormt, als gevolg van de maatschappelijke differentiatie is veranderd. Tot de oorzaken daarvan moet volgens hem in de eerste plaats worden gerekend het feit, dat een aantal niet-medische hulpverleners zijn gaan optreden op gebieden waar vroeger uitsluitend de huisarts werkzaam was. In de tweede plaats heeft de medische specialisatie de positie van de huisarts veranderd en tenslotte heeft ook de veranderde positie van de patiënt ertoe bijgedragen, dat het beeld van de huisarts veranderingen onderging. Het is bekend, dat de arts vaker dan voorheen te maken krijgt met psycho-sociale stoornissen. De getallen welke in dit verband worden genoemd variëren van 30 tot 50 procent. Volgens Winkler Prins is het zeer goed mogelijk, dat de patiënten niet vaker dan voorheen deskundigheden van de huisarts verwachten op niet-somatisch terrein, maar dat de huisarts veel meer dan vroeger de psycho-sociale achtergronden van het ziekzijn herkent.

Uit een Engels onderzoek van Kessel en Shepherd is gebleken, dat er grote verschillen bestaan tussen de percentages neurotische stoornissen, die in de diverse huisartspraktijken voorkomen. Huisartsen met een organisch ingestelde visie op de praktijk vermelden tien procent, terwijl huisartsen met interesse voor psycho-sociale achtergronden twintig procent opgeven. Psycho-analytisch geschoolde artsen zagen veertig procent neurotische stoornissen in de praktijk. Het karakter en de aanleg van de arts zijn naar mijn mening verantwoordelijk voor deze verschillen. Wij mogen aannemen dat een scholing in de medische psychologie er toe kan bijdragen psycho-sociale stoornissen op het spoor te komen.

In zijn rapport over de studiegroepen voor medische psychologie in Nederland vermeldt Veldhuyzen van Zanten de publikaties van Walton in Edinburgh. Ook medische studenten kunnen worden onderscheiden in „affective” georiënteerden en in „physical” georiënteerden. Daarnaast blijkt er een verschil te bestaan tussen „science-centered” en „patient-centered” studenten. Tijdens de medische opleiding dient er een adaequate training in medische psychologie te zijn, die moet beginnen „before the hardening of the heart and the skin of the medical student”, (Spock). De training in medische psychologie, de psychologie van de medische situatie, is noodzakelijk en mogelijk. Zij kan er toe bijdragen dat alle artsen en studenten beter in staat zijn psycho-sociale stoornissen te onderkennen. Ook predikanten zijn tot het inzicht gekomen, dat pastorale psychologie voor hen onontbeerlijk is, getuige de bijdrage van Faber in het maandblad huisarts en wetenschap. Indien ech-

ter Drogendijk van mening is, dat de medische psychologie op alle curricula van de universiteiten voorkomt en dat zulks voldoende is, ben ik geneigd mijn stem daartegen te verheffen. Het onderwijs en de voordrachten ex cathedra zijn niet in staat „the change in the doctor's personality” te bewerkstelligen.

Aan het rapport van Veldhuyzen van Zanten moge hier nog een citaat worden ontleend. Main, directeur van het Cassel Hospital voor neurosepatiënten, zegt: „The method is not concerned with intellectual knowledge nor increasing the size of the intellect, but is concerned with enlarging that part of the personality concerned with skill. These simple statements are important not only for our own work but for all training methods in psychology”. En verder: „... this work is not done to cure the individual doctor for his own sake but rather to alter him for better work!”

Het voorgaande overziende blijkt, dat er eigenlijk grotendeels over de dokter is gesproken en niet over de patiënt. Misschien is de arts-patiëntrelatie voor de dokter zo belangrijk, omdat hij deze moet kunnen hanteren. Mogelijk is daardoor de patiënt zelf wat op de achtergrond geraakt. Toch

spelen in de medische situatie zowel de arts als de patiënt beiden een rol en is het ook voor de laatste van uitermate groot belang, dat de arts in staat is deze relatie goed te hanteren. Bovendien is de arts-patiëntrelatie in wezen een ik-gij-verhouding, die een hoge mate van intimiteit toelaat, welke elders in de veranderende maatschappij weinig meer wordt aangetroffen.

Morell zegt in „The Art of General Practice”, dat de huisartsgeneeskunde een studie is van het leven zelf en dat de dokter vaak sterk emotioneel is betrokken bij het leven en sterven van de mensen. Het valt hem dikwijls moeilijk daarbij een zekere mate van afstand te bewaren. Het is dan ook voor de huisarts dringend geboden dat hij een levensfilosofie ontwikkelt, die hem in staat stelt in deze emotioneel geladen sfeer boven de dingen te blijven staan. Ik ben van mening dat de liefde, zoals de apostel Paulus deze heeft omschreven, in staat is de bovengeschetste situatie, dus mede de arts-patiëntrelatie, te dragen. De liefde is in staat de ik-gij-relatie boven het grof-structurele niveau te verheffen en de mogelijkheid te scheppen voor een wezenlijke ontmoeting met de medemens. Hulp zal dan prevaleren boven macht.

*Het hanteren der medische literatuur door huisartsen**

DOOR DR. F. J. A. HUYGEN, HUISARTS TE LENT

Bijblijven ten aanzien van de vorderingen van de medische wetenschap is voor iedere arts tegenwoordig een grote opgave. Dit geldt wel in het bijzonder voor de huisarts, daar zijn werkterrein zo breed is. Hij kan zich niet tot één specialisme beperken. De aard van zijn werk brengt met zich, dat hij elk ogenblik bij zijn patiënten een probleem kan ontmoeten, waarvoor inmiddels nieuwe mogelijkheden zijn gekomen. Hij dient dus de vorderingen van de geneeskunde over het gehele terrein in grote lijnen bij te houden. Het belangrijkste middel hiertoe is nog steeds het lezen. Hetgeen hierover zal worden opgemerkt, geeft uiteraard een persoonlijke opvatting weer en houdt een persoonlijke keuze in, waarover andere collegae verschillend kunnen denken.

Ons onderwerp valt in enkele delen uiteen, namelijk wat te lezen, hoe te lezen en hoe terug te vinden wat men heeft gelezen.

Wat te lezen? Hierbij kan een onderscheid worden gemaakt naar analogie met de verhelderende gedachte van Groen over de nascholing. Hij onder-

scheidt nascholing A en B. Nascholing A omvat het onderwijs dat de arts wordt gegeven om hem op de hoogte te brengen van de vorderingen der geneeskunde in het algemeen. Deze kennis zal voor iedere arts van belang zijn, al zal hij deze misschien zelf nooit in de praktijk toepassen. Nascholing B betreft het onderwijs dat de huisarts nodig heeft om zijn eigen vak beter te kunnen uitoefenen. In het algemeen betreft dit dus kennis welke hij zelf kan toepassen.

Nascholing A. Het lijkt mij nodig dat de huisarts minstens één goed algemeen medisch tijdschrift leest. In Nederland komt het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde in de eerste plaats in aanmerking. Het postulaat van Hulst van drie tot vier weekbladen en vijf tot tien maandbladen lijkt mij wat overdreven. Het is wel zeer aanbevelenswaardig naast het Nederlandse een goed buitenlands algemeen tijdschrift te lezen. Ik zou hiervoor met name The Lancet of The British Medical Journal willen aanbevelen, omdat in deze beide tijdschriften ook geregeld onderwerpen worden behandeld, die voor de huisarts van groot belang zijn, zoals groepspraktijken, „views on general practice”. The Lancet heeft een grote verspreiding over de

* Naar een voordracht, gehouden op de Tweede Oriëntatiecursus voor huisartsen 1965.