

# huisarts en weten- schap

MAANDBLAD VAN HET  
NEDERLANDS HUISARTSEN  
GENOOTSCHAP



## *Demonstratie van de werkwijze van de huisarts aan co-assistenten\**

DOOR DR. R. S. TEN CATE, PROF. DR. H. J. P. M. DIJKHUIS, P. K. VAN DER ENT BRAAT,  
DR. M. P. HENNINK EN S. VAN DER KOOLJ

*Inleiding.* In de geneeskundige praktijk wordt men geconfronteerd met het feit dat het ziekzijn van een bepaalde patiënt vaak veel ingewikkelder is dan uit een leerboek waarin ziektebeelden staan beschreven, kan blijken. Diverse factoren spelen hierbij een rol, zoals het stadium waarin de patiënt om hulp vraagt, vroeger doorgemaakte ziekten, persoonsstructuur en belastbaarheid, milieuomstandigheden en ziekteperceptie.

Om de werkwijze van de medicus practicus onder deze omstandigheden duidelijk te maken, moet om didactische redenen een zekere schematisering plaatsvinden om te voorkomen dat de co-assistent de indruk krijgt dat meer intuïtief dan weloverwogen wordt gehandeld.

Elke poging tot schematisering van een ingewikkelde werkwijze zal in min of meerdere mate aanleiding kunnen geven tot een niet geheel betrouwbare weergave van de werkelijkheid. Niettemin moet naar onze mening altijd aan een zeker schema worden vastgehouden, wil onderwijs mogelijk worden. In ons voorstel wordt ervan uitgegaan dat de huisarts het ziek zijn op meervoudige wijze benadert. Om didactische redenen wordt bij deze voorstelling van zaken een tegenstelling tussen klinische geneeskunde en huisartsgeneeskunde gesuggereerd die principieel niet bestaat en voor zover aanwezig door een goed samenspel dient te worden opgeheven.

*Medalie* onderscheidde in 1965 op een sympo-

sion over „The Art and Science of General Practice” vier niveaus waarop de huisarts werkzaam is, namelijk de „diagnostic level”, de „care-level”, de „personal level” en de „family-level”. Ook de verschillende benamingen die voor de huisartsen worden gebruikt, geven aan dat zij op verschillende niveaus tegelijkertijd werkzaam zijn namelijk als „primary physician”, „general practitioner”, „personal doctor”, „family physician” en als „community health physician”.

Bij de demonstratie van de huisartsgeneeskunde moet daarom onzes inziens een aantal processen afzonderlijk doorzichtig worden gemaakt namelijk

- 1 Het opstellen door de huisarts van medische werkhypothesen, dat wil zeggen het formuleren van symptomen, syndromen en diagnoses uit de geneeskunde waarop zijn selectiebeleid en zijn behandelingsbeleid voorlopig of definitief zijn gebaseerd.
- 2 Het verbreden van de medische diagnostiek en van de behandeling door het registreren en in de beschouwing betrekken van vroeger doorgemaakte ziekten; door het behandelen van chronische ziekten en multiple afwijkingen en door het opsporen van afwijkingen bij patiënten uit een bepaalde risico-groep.
- 3 Het individualiseren van de medische zorg door de persoonlijkheidsstructuur en de individuele levenspatronen van de patiënten in de diagnostische beschouwingen te betrekken; door de behandeling zoveel mogelijk bij de persoon van de patiënt aan te passen en doordat de arts zich persoonlijk als een sensitief medium aanbiedt.

\* Uit de zogenaamde perifere kliniek van het Leids Instituut voor Huisartsgeneeskunde (R.U. Leiden)

- 4 Het waarderen van de milieu-omstandigheden van de patiënt zowel bij de diagnostiek (pathogene factoren) als bij de behandeling (opvangmogelijkheden).
- 5 Het bevorderen van de volksgezondheid door individuele hygiënische voorlichting, door een goed samenspel met andere instellingen en door deelname aan activiteiten die zijn gericht op de bevordering van een geestelijk gezond klimaat.

Ervaren huisartsen zijn in staat om in snel tempo een groot aantal in de loop der jaren verzamelde gegevens bij hun werk te betrekken; zij combineren hun curatieve werk bijna onbewust met waardevolle psychotherapeutische, preventieve of sociaal-geneeskundige activiteiten.

Onder deze omstandigheden is het moeilijk om hun werk voor co-assistenten doorzichtig te maken en te laten waarderen. Bij de demonstratie van de huisartsgeneeskunde aan co-assistenten verdient het daarom aanbeveling om systematisch de elementen van de meervoudige zorg te belichten door duidelijk te maken waarmede de huisarts bezig is en door welk motief hij wordt geleid.

De huisarts zal er goed aan doen om gedurende enkele dagen uitsluitend te demonstreren hoe hij tot zijn medische werkhypothesen komt, om daarna gedurende enkele dagen speciaal aandacht te besteden aan de methoden die hij gebruikt om zijn medische zorg te verbreden en wat dies meer zij. Het is de bedoeling om de hierboven genoemde vijf processen aan een afzonderlijke beschouwing te onderwerpen omdat wij het van de grootste betekenis achten dat aan co-assistenten de elementen van de huisartsgeneeskunde afzonderlijk worden gedemonstreerd, opdat zij in hun latere beroep ertoe zullen komen om ziekten ook te zien als een „escalatie” van een probleem, dat om een goede analyse vraagt.

\* \* \*

ad 1 *Het opstellen van medische werkhypothesen.* De diagnostische methoden van de huisarts maken op de co-assistent de indruk inadequaat te zijn, omdat laatstgenoemde tijdens zijn opleiding alleen kennis heeft gemaakt met de werkwijze van specialisten.

De specialist streeft namelijk in principe naar het stellen van één diagnose om aan de hand daarvan een specifieke therapie te geven en/of het ziekteverloop met specifieke methoden te vervolgen. Het vaststellen van een dergelijke diagnose vereist vaak het verzamelen van een groot aantal gegevens die andere diagnoses uitsluiten en die aanwijzingen voor de uiteindelijke diagnose verschaffen.

De specialist blijft vasthouden aan een zo uitgebreid mogelijke diagnostiek omdat anders geen verantwoorde basis bestaat voor de technisch vaak moeilijke en medisch vaak ingewikkelde therapie. Natuurlijk is het de specialist niet ontgaan dat in

vele gevallen een ziekte atypisch verloopt, zich niet op de klassieke wijze voordoet of door diverse complicaties wordt vertroebeld. Geheel echt is namelijk alleen de ziekte van één bepaalde patiënt met zijn eigen voorgeschiedenis en zijn eigen afweermechanismen; de in leerboeken beschreven ziektebeelden zijn in wezen vereenvoudigde wetenschappelijke modellen.

Voor de specialist zijn echter in de positie waarin hij is geplaatst en voor de patiënten die hem worden aangeboden, deze wetenschappelijke modellen zo goed bruikbaar en onontbeerlijk gebleken, dat hij de neiging heeft deze modellen te overschatten en als hét ziektebeeld te duiden. Voor hem bestaan bijvoorbeeld een gastritis, een ulcus duodeni en een maagbloeding, maar geen ziektebeeld dat als het ware episodisch escaleert en dan aan bovengenoemde modellen beantwoordt.

Van de specialist wordt dan ook niet verwacht dat hij de patiënt continu en in zijn eigen milieu behandelt, zodat hij zich terecht tot taak rekent „diagnoses” te behandelen. De huisarts daarentegen is in principe in staat een zodanig overzicht van de ziektegeschiedenis, de levenspatronen en de belastbaarheid van een patiënt te verkrijgen, dat hij een andere werkhypothese kan opstellen voor een andere behandeling van de patiënt in een ander stadium van de ziekte. Niet zelden ondervindt de huisarts dat het ziektebeeld van zijn patiënt niet is te duiden in de termen van een bepaalde diagnose, maar dat veeleer sprake is van een multiconditioneel bepaald probleem, dat door de toepassing van een klinisch model slechts zeer ten dele kan worden opgelost.

Niettemin moet ook de huisarts een basis zoeken voor zijn behandeling, te weten zijn advies, therapie, ingreep, controle en zijn verwijzing. Hij verkrijgt deze basis door via een multidimensionale diagnostiek een werkhypothese op te stellen en deze hypothese tijdens het ziekteverloop te toetsen.

Bijna altijd vormt de klinische diagnostiek een onderdeel van zijn multidimensionale diagnostiek; een onderdeel dat onder bepaalde omstandigheden zelfs in belangrijke mate prioriteit verkrijgt, namelijk wanneer symptomen van een klinisch beschreven ziektebeeld optreden of niet kunnen worden uitgesloten. De meervoudige benadering wordt dan als het ware opgeschort om eerst deze kant van het probleem duidelijk te maken of op te lossen.

De prioriteit die dan aan de klinische diagnostiek wordt gegeven maakt het voor de co-assistent moeilijker om te ervaren dat de huisarts in wezen uit is op een werkhypothese die hem in staat zal stellen de patiënt eerder en breder te behandelen.

Van de huisartsen wordt verwacht dat zij op grote schaal morbiditeit bestrijden: zij behandelen zesmaal zoveel nieuwe patiënten als de specialisten. De huisartsen gebruiken dan ook globale werkhypothesen als basis voor deze morbiditeitsbestrijding op grote schaal. Bij een 30-jarige huisvrouw

met vier kleine kinderen en een man die in ploegendienst werkt, wordt bijvoorbeeld de moeheid noch verklaard noch verholpen door een wat laag hemoglobine-gehalte (bijvoorbeeld 68 procent) op peil te brengen; de werkhypothese kan echter zijn dat deze behandeling de belastbaarheid van deze patiënt zal vergroten.

Het opstellen van een werkhypothese door de huisarts is geen eenvoudige zaak, het vereist „gedifferentieerd” denken; maar juist omdat de vroegere ziekten, de persoonlijkheid en de milieu-omstandigheden in de beschouwing worden betrokken, dreigt dan weer het gevaar van vooroordeel, zo in de geest van „het zal wel weer etcetera”.

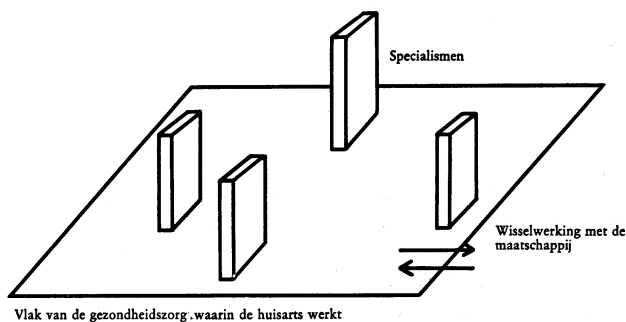
Specifiek klinisch onderzoek is voor de huisarts slechts op beperkte schaal mogelijk, zodat hij zijn patiënten moet behandelen op basis van een aantal weloverwogen medische veronderstellingen, welke hij zelf niet kan uitsluiten of bevestigen. De praktijk heeft geleerd dat hiertegen geen bezwaar bestaat, integendeel, dat het mogelijk is gebleken een behandeling thuis - waaraan toch zo mogelijk de voorkeur moet worden gegeven - op verantwoorde wijze te realiseren.

Wel rust een zware verantwoordelijkheid op de huisarts wanneer hij zijn werkhypothese opstelt; deze verantwoordelijkheid kan het beste worden gedragen door alle gegevens die beschikbaar zijn te benutten, door zich niet op een eenmaal opgestelde hypothese te fixeren, door zelf controlemechanismen in te bouwen en door een zekere systematiek te betrachten. Een voorbeeld van een zekere systematiek ligt bijvoorbeeld besloten in het motto: „Laat over een acute buik de zon niet op- of ondergaan”. Bij iedere patiënt en bij elk nieuw verschijnsel moet dus een medische werkhypothese worden opgesteld of herzien en de huisarts zal daarop zijn advies of zijn behandeling ad hoc baseren.

Aan de co-assistent moet duidelijk worden gemaakt dat het opstellen van werkhypothesen dient om een weloverwogen behandeling mogelijk te maken respectievelijk een zo goed mogelijke selectie voor specialistische behandeling te realiseren: een goede werkhypothese is beter dan een schijndiagnose.

Hierbij moet worden benadrukt dat de huisarts zijn handelen altijd baseert op een werkhypothese

*Figuur 1. Schematische voorstelling van de medische zorg.*



of op een voorlopige diagnose en dat zijn receptuur en afspraak voor een volgende visite of controle op een weloverwogen hypothese berust. Aan de co-assistent moet worden gedemonstreerd dat een dergelijke hypothese niet identiek is aan een onvolledige klinische diagnose, maar dat zij een eigen onvervangbare betekenis heeft.

\* \* \*

ad 2 *Het verbreden van de medische zorg.* De huisarts werkt op het grondvlak van de geneeskunde, een vlak dat in principe geen begrenzings kent. Op dit grondvlak kunnen wij ons de specialistische zuilen denken. (Figuur 1.)

Een specialist kan zijn onderzoek zover uitbreiden als hij zelf mogelijk acht; van hem wordt echter wel verwacht dat hij zich niet op het terrein van andere specialismen begeeft. Voor de huisarts bestaan deze beperkingen niet, hij kan het vlak waarin hij werkt uitbreiden voor zover hij dit zelf nodig acht met als begrenzing de andere disciplines in het maatschappelijke vlak (zie ook 5). Het is zelfs zijn taak om de contacten welke hij regelmatig met de patiënten heeft, zodanig te benutten dat een zo uitgebreid mogelijke medische zorg wordt gegeven.

In de eerste plaats gebeurt dit door voldoende aandacht te besteden aan de door de patiënt aangeboden klacht om met behulp van de hierboven aangegeven werkhypothesen te komen tot een weloverwogen behandeling. Hierbij blijkt, dat de huisarts een algemene geneeskunde uitoefent, dat wil zeggen dat hij alle facetten van de geneeskunde bij welk specialisme deze ook behoren, in zijn werkwijze kan betrekken, waarbij hij gebruik maakt van gegevens die hem van vroegere contacten bekend zijn, zoals allergische reacties, gebruik van medicamenten (orale anticonceptie) en dergelijke.

Daarnaast kan hij ook aandoeningen of klachten ontdekken of behandelen welke de patiënt niet heeft gepresenteerd, maar die bij het contact wel manifest zijn.

Een groot aantal aandoeningen wordt de huisarts niet via een directe klacht aangeboden. Dit is het „verborgen gedeelte” van de ijsberg en het is de taak van de huisarts deze aandoeningen op te sporen. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan anemieën, visusafwijkingen, glaucoom, diabetes, verhoogde bloeddruk, vetzucht, urineweginfecties, tumoren van het spijsverteringskanaal, cervixcarcinoom en ischemische hartziekten.

Een aantal methoden ter diagnostisering van dergelijke afwijkingen staat de huisarts ter beschikking. Men kan een bepaald deel van de praktijkpopulatie (bijvoorbeeld alle patiënten ouder dan 40 jaar) oproepen voor een breed opgezet periodiek geneeskundig onderzoek (p.g.o.). Dit is zeer tijdrovend (ongeveer een uur per patiënt) en daarom wordt dit onderzoek (nog) niet op grote schaal door de huisartsen toegepast.

Men kan ook een gedeelte van de praktijkpopu-

latie onderwerpen aan een zogenaamde multiple screening, waarbij uitsluitend op een aantal van de bovengenoemde aandoeningen wordt onderzocht. Deze methode eist een uitgebreide organisatie en wordt daarom nog slechts sporadisch verricht.

Men kan echter ook de patiënten wanneer deze de arts consulteren, uitgebreider onderzoeken dan met de aangeboden klacht overeenkomt en daarbij speciaal aandacht besteden aan die afwijkingen waarvoor de patiënt gezien de leeftijd en het geslacht een groter risico loopt. Een en ander staat bekend als surveillance en deze methode, wordt door iedere huisarts eigenlijk dagelijks in zijn praktijk toegepast. Onderzoekingen onder andere van Van den Dool leren dat bij mannen boven de 65 jaar en vrouwen onder de 55 jaar een groter risico voor anemie bestaat. Het is dus zinvol om bij deze patiënten een hemoglobinebepaling te verrichten. Bij vrouwen boven de 30 jaar bestaat een verhoogd risico voor cervixcarcinoom. Het is dus zinvol om bij gynaecologische patiënten, bij patiënten die voor controle in verband met orale anticonceptie komen en bij zwangeren een cervixuitstrijk te maken om deze op het bestaan van carcinoom te laten nazien.

In principe lenen zich alle aandoeningen waarop de screeningsmethodieken zijn toe te passen voor deze surveillance. De huisarts kan zijn zorg ook verbreden door chronische patiënten die hij regelmatig voor één bepaalde afwijking ziet, eens verder na te kijken, waardoor complicaties of bijkomstige afwijkingen in een vroegtijdig stadium kunnen worden ontdekt of verholpen.

Voor vele huisartsen is deze verbreding van de zorg een tweede natuur geworden en het is derhalve goed de co-assistent expliciet erop te wijzen wanneer de arts hiertoe overgaat. Bijvoorbeeld: de huisarts zal een hemoglobinebepaling doen bij een moeder die voor haar kind komt, maar zelf erg bleek eruitziet; hij zal een patiënt die erg hoest, maar eigenlijk voor een andere aandoening komt, even ausculteren; hij zal bij een bejaarde, die hij controleert voor zijn emfyseem en die hem kennelijk niet goed verstaat, de uitwendige gehoorgang inspecteren en zonodig het oor uitspuiten; bij een geopereerde carcinoompatiënt zal hij een fysiotherapeut inschakelen om de patiënt te reactiveren, zodat deze wat meer kan uitgaan in de laatste dagen die hem nog resten en dergelijke. Het is goed de co-assistent te leren dat het publiek vaak heimelijk hoopt op deze verbreding van de zorg.

De co-assistent moet leren inzien dat een goede medische registratie van belang is voor de verbreding van de medische zorg. Hij moet niet alleen zien hoe de huisarts de kaarten bijhoudt, het is leerzaam dat hij dit zelf ook eens oefent.

\* \* \*

ad 3 *Het individualiseren van de medische zorg.*  
Het individualiseren van de medische zorg betekent

dat de arts de persoonlijke omstandigheden van de patiënt laat meespreken bij diagnostiek en behandeling. Deze individualisering vindt in het merendeel der huisarts-patiënt-contacten plaats. Dit hangt samen met de grote hoeveelheid kennis van persoonlijke en milieu-omstandigheden van de patiënt, waarover de huisarts beschikt en van de persoonlijke relatie tussen huisarts en patiënt. Deze beide facetten: kennis en relatie hangen samen met de continue relatie die tussen huisarts en patiënt bestaat in tegenstelling tot de gewoonlijk tijdelijke relatie met een medische specialist; de relatie met de huisarts blijft trouwens vaak óók tijdens specialistische behandeling nog een zekere rol spelen.

Daarnaast is van belang dat de huisarts is betrokken bij hoogtepunten in het gezin en het verdere milieu van de patiënt: geboorte, huwelijk, sterfbed, ernstige ziekte. Bovendien zal bij veruit de meeste - ernstige - gezondheidsstoornissen op diverse terreinen de huisarts als eerste medicus worden geraadpleegd. Door dit alles ontstaat een sterk persoonlijke, vaak „vertrouwens”relatie tussen huisarts en patiënt die zich onder andere uit doordat de huisarts vaak wordt geraadpleegd op terreinen die eigenlijk niet meer strikt medisch zijn: opvoedingsproblemen, tienerproblematiek en andere generatieconflicten, beroepskeuze en wat dies meer zij.

Individualisering is een kenmerkend facet van de geneeskundige zorg van de huisarts; de patiënt verwacht van de huisarts deze zorg: „Iedereen heeft recht op een persoonlijk arts”. Dit is een van de redenen waarom in een groepspraktijk iedere arts toch zijn eigen patiëntenkring dient te blijven verzorgen. Wel geeft deze persoonlijke relatie de huisarts de mogelijkheid om de functionarissen met wie hij samenwerkt bij zijn patiënt te introduceren. Het is trouwens opvallend dat een patiënt de medewerkers van zijn „persoonlijke arts” gemakkelijk met deze identificeert: een geruststellend advies van de assistente of echtgenote van de eigen arts betekent veelal meer dan een consult van een onbekende arts. Overigens is individualisering van geneeskundige zorg niet exclusief voor de huisartsgeneeskunde! Vooral bij chronische en terminale ziekten kan ook de specialist een uitstekend geïndividualiseerde geneeskundige zorg bieden.

Door ons werd nagegaan hoe vaak de huisarts uitgesproken als „personal doctor” optreedt:

30 van de 120 opeenvolgende arts-patiënt-contacten in één praktijk waren uitsluitend ingegeven door het motief om een persoonlijke relatie tot stand te brengen ter voorkoming, behandeling of verzachting van ziekte en leed;

76 van de 120 contacten bleken bij nadere analyse duidelijk persoonlijke elementen te bevatten, waardoor het medische beleid werd aangepast aan individuele wensen en vermogens van de patiënt;

14 van de 120 contacten droegen geen enkel spoor van individualisering, dat wil zeggen zij droegen geen enkel kenmerk van aanpassing bij de pa-

tiënt en zij leverden geen enkele informatie over de levenspatronen van de patiënt.

Omdat bij een ervaren en enige tijd in dezelfde plaats gevestigde huisarts het individualiseren van de zorg een dergelijke tweede natuur is geworden, is het noodzakelijk dit facet van de huisartsgeneeskunde duidelijk te demonstreren zoals het laten komen van de schoondochter omdat de patiënt licht dement is en de instructies wellicht vergeet of het herhalen van een onderzoek naar een subjectief symptoom bij een debiele jongen.

Het individualiseren van de medische zorg vindt vooral plaats tijdens het gesprek: de anamnese, het advies of het zogenaamde therapeutische gesprek. Een goede gesprekstechniek van de arts betekent voor de patiënt de kans om zichzelf te presenteren en niet „een geval”.

De co-assistenten moeten leren om enkele belangrijke regels voor een goede gesprekstechniek in acht te nemen zoals bijvoorbeeld de patiënt niet interrumpen bij het voorleggen van zijn klacht;  
alleen herhalingen afkappen;  
de patiënt gelegenheid geven zijn eigen visie en verwachtingen uit te spreken;  
geen suggestieve vragen stellen;  
geen psychisch „geladen” vragen stellen;  
geen vragen stellen die voor tweërlei uitleg vatbaar zijn;  
geen onbegrijpelijke vaktaal bezigen;  
nagaan of de patiënt de vraag of het advies heeft begrepen;  
het gesprek gaande houden of spanning wegnemen door niet-irriterende „franje”.

Bij het individualiseren houdt de arts rekening met een groot aantal aspecten, zoals karakter, intelligentie, levensfase, frustratietolerantie, neiging tot depressie alsook opleiding en religie.

Stelt de arts zichzelf als „drug” beschikbaar, dan leert hij de co-assistent hoe hij rekening houdt met overdosering, verslaving en ongunstige bijwerkingen en tevens dat ook deze „drug” de diagnose niet kan vervangen! De huisarts moet de co-assistent erop wijzen dat niet alle methoden van individualisering zich voor reproductie lenen; de arts moet deze vorm van zorg toepassen in overeenstemming met zijn eigen karakter, wil het geen onechte vertoning worden.

Om te kunnen functioneren als sensitief medium ten behoeve van andere individuen is een goed vermogen tot relativeren en observeren noodzakelijk; de arts moet de co-assistent opmerkzaam maken op de betekenis van de humor en de emotionaliteit in de samenleving en ook op het verschil tussen bijvoorbeeld netheid en dwangmatigheid of tussen slordigheid en improvisatievermogen.

Het individualiseren van medische zorg heeft vele aspecten. De huisarts houdt rekening met de materiële potenties van de patiënt, hij licht de specialisten in over persoonlijke moeilijkheden en wensen, hij overlegt met de patiënt over de inlichtingen

die derden nodig hebben; in zeldzame gevallen laat hij de patiënt zijn of haar ziekte als middel tot zelf-handhaving of rechtvaardiging.

Niet zonder opzet wordt pas aan het einde van dit artikel over psychotherapie gesproken.

Het moet de co-assistent duidelijk worden dat de huisarts nooit begint met psychotherapie, nog daargelaten in hoeverre iedere huisarts daartoe competent is. Voorop staat de persoonlijke benadering, een levendige belangstelling, het openstaan voor de patiënt en het verzamelen van zoveel mogelijk informatie over de levensloop en de levenspatronen van de patiënt.

Op basis hiervan kan een persoonlijke begeleiding worden gegeven zowel bij een normale ziekte als bij ongeneeslijk en onbegrepen lijden. Een niet onaanzienlijk aantal patiënten komt namelijk in de medische consumptie met onvervulde behoeften waaraan ook de medicus niet kan beantwoorden; wanneer de medicus deze mensen een niet-directieve begeleiding verschaft, is het uitgesproken doel hiervan dat de patiënt tot een persoonlijke oplossing van het probleem komt. Deze wijze van begeleiden houdt dan ook een poging in om de patiënt zelf zijn problemen te laten formuleren, te laten analyseren en de gevolgen van alternatieve oplossingen te laten schatten.

Psychotherapie in engere zin zoals het methodische streven naar ontdekken, bedekken of suggestie bij een psychisch gestoorde patiënt kan onzes inziens tijdens een kortdurend co-assistentenschap niet worden gedemonstreerd.

\* \* \*

ad. 4 *Het waarderen van de milieu-omstandigheden van de patiënt.* Zowel bij de diagnostiek als bij de behandeling zijn de milieu-omstandigheden van de patiënt van grote betekenis. Deze omstandigheden bepalen bijvoorbeeld hoe de perceptie van een ziektebeeld bij de patiënt en zijn omgeving is; in hoeverre de gezinsleden een bijdrage tot het dulden van een ziekte of de verzorging van de patiënt kunnen geven; welke pathogene factoren een rol kunnen spelen.

De huisarts verkeert in de unieke positie deze milieu-factoren te onderkennen en te waarderen en mede op grond hiervan te adviseren welke behandeling voor deze patiënt onder deze omstandigheden is aangewezen.

Wanneer het erom gaat aan co-assistenten duidelijk te maken hoe de „family-doctor” werkt, moet worden geprobeerd deze functie doorzichtig te maken door het onderscheiden van een aantal elementen, namelijk de hetero-anamnese, de milieu-situatie en de milieu-manipulatie.

De hetero-anamnese in zijn klassieke vorm, bijvoorbeeld het verhaal van een moeder over de ziekte van een kind, kan aanvullende gegevens opleveren welke de patiënt niet heeft medegedeeld dan wel niet kan mededelen.

De huisarts interesseert zich echter niet alleen voor gegevens die hem in staat stellen beter te begrijpen wat de ziekte of de behandeling voor de patiënt betekent. Wanneer een oudere man na een operatie de neiging vertoont om verder maar thuis te blijven zitten, dan moet de aandacht zijn gericht op een resocialisatie om te voorkomen dat deze man voortijdig gaat dementeren. De milieu-situatie is vanouds in de geneeskunde geassocieerd met besmettelijke ziekten en onvoldoende verzorging en voeding; dit verband kan momenteel gelukkig niet meer zo vaak worden aangetoond. Helaas is daarentegen het milieu vaak pathogeen in geestelijk opzicht zoals hinder, lawaai, bedekte wrevel of openlijke pesterij; deze pathogene factoren zijn niet aan bepaalde sociale lagen gebonden.

Het beleid van de arts, dat wil zeggen zijn advies aan de gezinsleden of het inschakelen van familieleden, gezinsverzorgsters of maatschappelijke werkers kan daarom niet voor alle gezinnen hetzelfde zijn; het wordt bepaald door twee uitgangspunten: is er voldoende kennis van de omstandigheden en wat betekent zijn beleid voor de patiënt. Bij twijfel moet de patiënt het eerste en laatste uitgangspunt zijn, anders zal de (goedbedoelde) bemoeienis van de arts door de patiënt als „manipulatie” worden beleefd.

De systematische kennis over de gezinssociologie is groeiende, zodat de huisartsen hun observaties kunnen „ophangen” aan systematisch voorkomende patronen. Zo is een invalide kind minder belemmerend voor een jong gezin dan voor een ouder gezin en betekent de invaliditeit van een vrouw een ernstiger bedreiging voor een bejaard echtpaar dan de invaliditeit van de man.

Het valt buiten het bestek van dit artikel nader hierop in te gaan evenals op de beginselen van de groepsdynamica, waardoor in sommige gevallen de inductie van bepaalde ziekteverschijnselen in een gezin kan worden begrepen. Wat vooral aan de co-assistenten moet worden gedemonstreerd, is de levendige interesse van de huisarts voor het milieu, dat wil zeggen voor het gezin, de familie en de relaties van zijn patiënten; de kennis hierover wordt vaak in fasen en via diverse personen verkregen en dit moet aan de co-assistenten worden uitgelegd.

Daarnaast is er een aantal zaken die systematisch aan de orde komen. Zo zal de huisarts ernaar streven om elk gezin minstens eenmaal thuis te hebben bezocht; hij zal de eerste de beste gelegenheid aangrijpen om bij een nieuw gezin een „kennismakingsbezoek” af te leggen ook al zou hij normaliter een consult op het spreekuur - terecht - efficiënter hebben gevonden.

Bij het huisbezoek zal de huisarts - mede uit preventief oogpunt - een indruk over bepaalde punten proberen te verkrijgen, bijvoorbeeld over situaties die ongelukken kunnen veroorzaken zoals een sloot achter de (niet-omheinde) tuin of een trap met gladde of los beklede treden; de efficiency en de hygiëne van de huisvrouw; de voe-

dingsgewoonten; de leefgewoonten van het gezin (omvang, religie, opvattingen) en de levenspatronen van de gezinsleden (pendelen, ploegendienst). Wanneer later een van de gezinsleden ziek wordt, heeft de huisarts zodoende een indruk over de verzorgingsmogelijkheden thuis, de belastbaarheid van de huisvrouw en dergelijke.

De meeste huisartsen zijn zeer gewaardeerde adviseurs voor gezinsproblemen „bij leven en werk, welzijn en ziekte, lust en onlust”, zoals *De Vaal* in de ondertiteling van zijn boek samenvat. Hierin wordt op juiste wijze aangegeven op hoeveel onderwerpen een dergelijk advies betrekking kan hebben en hoezeer medische inzichten deze adviezen dienen te schragen.

\* \* \*

ad 5 *Het bevorderen van de volksgezondheid*. De systematische bevordering van de volksgezondheid met behulp van maatregelen en verordeningen die op een collectiviteit zijn gericht, wordt in Nederland opgedragen aan instellingen die artsen in dienst hebben of die om advies vragen. Van alle artsen mag worden verwacht dat zij deze maatregelen en activiteiten steunen door beïnvloeding vanuit de post welke zij in de gezondheidszorg innemen. De huisarts neemt hierbij een bijzondere plaats in, omdat de gezamenlijke huisartsen de gehele bevolking „dekken”.

Behalve voorlichting en informatie aan het publiek is signalering aan de gezondheidsautoriteiten van noden, misstanden en wensen, een taak van de huisarts.

In sommige plaatsen worden de huisartsen jaarlijks door het gemeentebestuur gehoord; in andere plaatsen vindt een frequenter contact plaats met bepaalde sociale en medische organisaties; in een enkele plaats functioneert een zogenaamde sociale sociëteit.

Hiermede komen wij op het gebied van de geestelijke volksgezondheid, die in onze samenleving door diverse versnelde ontwikkelingen en hergroeperingen wordt bedreigd. Het is duidelijk dat alle activiteiten die het geestelijke klimaat in een gemeenschap kunnen verbeteren in belangrijke mate preventief kunnen werken ten aanzien van optreden van psychoneurotische en psychosomatische stoornissen, frustratie en agressie.

Vele huisartsen nemen deel aan de werkzaamheden van maatschappelijke en culturele instellingen die direct of indirect het geestelijke klimaat trachten te verbeteren zoals oudercomité's, Kruisverenigingen, gezinszorg, open bejaardenwerk, wellfarewerk, jeugdwerk en toneelverenigingen.

Aan de co-assistenten moet worden duidelijk gemaakt dat deze activiteiten zinvol zijn en min of meer als een afgeleide taak van de huisartsen kunnen worden beschouwd.

*Het co-assistentschap*. Het co-assistentschap huis-

artsgeneeskunde moet onze inziens worden benut om alle aanstaande artsen - en met name de grote groep die geen huisarts zal worden - een inzicht te geven in de multicausaliteit van het ziek zijn en de betekenis van een meervoudige benadering door de huisarts. Het co-assistentenschap is te kort om de student ook nog vertrouwd te maken met de inhoud van het werk van de huisarts (morbiditeit en praktijkvoering); overigens lijkt ons dit sedert de invoering van een langere stage in het „zevende jaar” niet meer nodig.

Wordt de aandacht te veel gericht op de diagnostiek en therapie van ziekten die in de kliniek niet voorkomen, dan bestaat het gevaar dat de studenten de huispraktijk zien als de zoveelste afdeling waar ziekten worden behandeld; de korte duur van het co-assistentenschap zal bovendien de indruk versterken dat het hierbij om „eenvoudige” ziekten gaat. Een slechts enkele weken durend co-assistentenschap huisartsgeneeskunde zou daarom naar onze mening als volgt moeten verlopen.

In de eerste periode demonstreert de huisarts welke werkhypothesen hij gebruikt en hoe zijn beslissingen, adviezen, afspraken en controleconsulten op deze hypothesen zijn gebaseerd. Daarnaast maakt hij duidelijk hoe hij de arts-patiënt-contacten tevens benut voor verbreding van de medische zorg in de zin van screening en preventie (ook geestelijke preventie).

In de tweede periode demonstreert de huisarts hoe hij zijn medische zorg individualiseert door een goede gesprekstechniek, door aanpassing aan de mogelijkheden van de patiënt en door zichzelf als „geneesmiddel” beschikbaar te stellen. Tevens maakt hij de co-assistent duidelijk hoe hij de hetero-anamnese verkrijgt door contacten met gezinsleden en relaties en hoe hij de gezinssituatie schat en gebruikt ten dienste van de diagnostiek en behandeling.

In de laatste periode demonstreert de huisarts hoe hij bij vele contacten vanuit verschillende gezichtspunten tegelijkertijd zijn activiteiten ontplooit en hoe hij erop uit is bij elk contact dat zich daartoe

leent de diagnostiek te verdiepen, de hulp te verbreden, het persoonlijke karakter van de zorg te vergroten en de gezinssituatie relevant te gebruiken. Tevens demonstreert hij aan de co-assistent enige elementen van de verbetering van het milieu-hygiënische en psycho-hygiënische klimaat in zijn praktijk respectievelijk de schade die aan individuen vanuit de samenleving kan worden toegebracht (eenzaamheid, pressie, discriminatie, hinder en dergelijke).

Omdat wij nog geen ervaring hebben met co-assistentenschappen die op bovengenoemde uitgangspunten zijn gebaseerd, zal ten aanzien van de didactische methoden voorlopig worden volstaan met het maken van enkele korte opmerkingen.

Persoonlijke instructie is een goede didactische methode voor het leren zich te gedragen, het leren herkennen en het leren reproduceren van feiten. De huisarts zal dus moeten nagaan of de co-assistent vorderingen maakt in zijn gedrag, zijn herkenningvermogen en zijn vermogen om feiten te reproduceren. Hij kan dit doen door de co-assistent af en toe opdracht te geven in zijn bijzijn de anamnese op te nemen, een onderzoek te doen of een advies te formuleren.

Belangrijk is dat de huisarts zijn instructies aanpast bij de „feed-back” welke hij van de co-assistent heeft verkregen (en welke hij dus moet aanmoedigen).

Een geschikte vorm om de beslis-kunde bij samengestelde problemen in de huispraktijk te leren, is de zogenaamde „problem-solving” in een kleine groep of in een team. Deze methode kan zowel door een groep huisartsen aan co-assistenten worden gedemonstreerd als aan de hand van een „schriftelijke patiënt” in een huisartsen-instituut worden beoefend.

Van den Dool, C. W. A. (1970) huisarts en wetenschap, 13, 59.

Medalie, J. H. (1965) huisarts en wetenschap, 8, 333.

De Vaal, O. M. Modern Medisch Advies. Em. Querido's Uitgeverij, Amsterdam, 1967.