

huisarts en wetenschap



maandblad van het
nederlands huisartsen
genootschap

De co-assistent en het geval van de ingeknipte step-in

DOOR DR. H. LAMBERTS, HUISARTS TE ROTTERDAM

„Wat mij schokt, is dat bij de voorbereiding tot de psychiatrie van studenten in de geneeskunde men geen informatie krijgt over het limbische systeem.”

(Uit het verslag van de algemene ledenvergadering van de Nederlandse Vereniging voor psychosomatisch onderzoek op 25 mei 1971.)

„The other person's behaviour is an experience of mine. My behaviour is an experience of the other.

The task of social phenomenology is to relate my experience of the other's behaviour to the other's experience of my behaviour. Its study is the relation between experience and experience: its true field is inter-experience.”

R. D. Laing, in:
The politics of experience.

De eerste ontmoeting met een medische student die tijdens een co-assistentenschap in korte tijd een indruk wil verkrijgen van de gang van zaken in de huisartspraktijk en van de inhoud van de huisartsgeneeskunde — wat een ieder daaronder dan ook maar verstaat — is altijd enigszins spannend voor de ontvangende huisarts. Wat is het voor iemand, wil hij huisarts worden of beslist niet, op welke manier is hij van plan zijn ervaringen te rangschikken of is hij dat in het geheel niet van plan, is het iemand met wie enig affectief contact mogelijk is, kun je met hem borrelen?

De semi-arts, die in dit verhaal een rol speelt, is

afkomstig van een voor Rotterdamse begrippen verafgelegen universiteit, waarvan de afdeling huisartsgeneeskunde slechts bij uitzondering haar invloed in Rotterdam doet voelen. Hij kreeg een aantal richtlijnen mede die hem bij het „catalogiseren” van het dagelijkse werk in de huisartspraktijk ten dienste konden staan.

Daarnaast was hem op het hart gedrukt ernaar te streven zoveel mogelijk „kleine verrichtingen” te doen om zich aldus de in de huisartsgeneeskunde vigerende handvaardigheid meester te maken.

Bij mij doemden visioenen op waarin extra tijd werd gezocht voor het verwijderen van de bekende atheroomcyste, terwijl een wondtoilet minder snel aan de chirurg zou worden overgedragen. Ook het vervaardigen van een electrocardiogram, het maken van een cervixuitstrijk of het schoonmaken van een pessarium kan snel geschieden. Tevens zou het aanbeveling verdienen even na te gaan of de ofthalmoscoop nog een intact lampje bevatte. Twee weken gaan tenslotte snel voorbij en men kan de co-assistent toch niet teleurstellen.

De eerste dagen dat de semi-arts met mij spreekuur deed, viel er bijzonder weinig te „knutselen”. Toen mevrouw G samen met haar man de spreekkamer binnenstapte, verwachtte ik niet dat op dat moment daarin verandering zou komen.

Mevrouw G is een 41-jarige vrouw wier leven alderminst over rozen is gegaan. Een meer dan 15-jarig huwelijksleven heeft ondanks alle pogingen daartoe het echtpaar geen kinderen geschonken. De oorzaak van de kinderloosheid is ondanks de

talrijke, vaak ingrijpende onderzoeken door een keurcorps van gynaecologen en urologen in het vage gebleven. Een duidelijke „schuldige” is niet aangewezen. De vage hoop dat „het” toch nog zou lukken was wetenschappelijk gezien verdedigbaar, doch voor het echtpaar al bijna niet meer invoelbaar, ofschoon het geslachtsverkeer gewoontegetroouw nog het aura van de voortplanting droeg. De negenjarige pleegzoon heeft de laatste jaren een pleister op de wonde gelegd, het is een aardig ventje en het gezin vormde voor zover ik dit kon nagaan een hechte eenheid.

Een onverwachte nieuwe tegenslag vormde de noodzaak mevrouw G een abdominale uterusextirpatie te doen ondergaan in verband met een snel in omvang toegenomen myoom. (Zou dit myoom ondanks de fraaie foto's bij de hysterio-salpingografie toch de reden van de kinderloosheid zijn geweest?). Mevrouw G doorstond de operatie goed en zonder al te veel emoties; zij kende het gynaecologische verrichtingenpakket zo langzamerhand wel. Zij bezocht mij samen met haar man om verslag te komen doen van haar avontuur en ook om een voor haar hinderlijke klacht, welke zij als overigens weinig belangrijk presenteerde, te bespreken.

Wat was het geval?

Ter voorkoming van een littekenbreuk had de gynaecoloog haar geboden thuis nog enkele weken een stevige step-in te dragen. Het vervloekte ding zat echter te strak. Bijna woordelijk zei patiënte: „Het zit van onderen allemaal zo nauw, het lijkt wel of mijn benen worden afgeknepen, alles wordt samengesnoerd.”

Inspectie van de step-in leerde dat de pijpjes (het was dus technisch gezien eigenlijk een panty) een beetje snoerden. Het trof dat de co-assistent zich handvaardigheden die in de huisartspraktijk voorkomen, eigen wilde maken. Zorgvuldig hebben wij met schaar en pincet beide zijnamen een stuk ingeknipt. De aanvankelijk nog onzekere bewegingen van de semi-arts waren bij het incideren van de tweede naad al duidelijk meer trefzeker.

Met enige voldoening bezag de co-assistent de resultaten van zijn kennelijk zinvolle ingreep. De pijpjes snoerden niet meer. Mevrouw G was echter een beetje beteuterd. Zij was op haar wenken bediend, maar toch! Zij kwam natuurlijk voor totaal iets anders en dat lag nogal voor de hand ook. Een ongewenste kinderloosheid van vijftien jaar met een lijdensweg geflankeerd door tal van ingrepen, stond nog recht overeind: een seksueel leven waarvan het genoeg en het gewoon fijne werd overschaduwed door het feit dat men om kinderen te krijgen nu eenmaal met elkander naar bed moet. Haar leeftijd (41 jaar) bracht het definitieve eind van de „vruchtbare leeftijd” van de vrouw reeds in

het verschiep, de uterusextirpatie bevestigde dit nu nadrukkelijk. Zij was bang voor het moment dat de gynaecoloog het geslachtsverkeer weer „vrij” zou geven. Wat was er met haar vagina gebeurd, zou die nu niet te nauw en te klein zijn, was zij nog wel een vrouw, zou haar man nog wel met haar willen vrijen nu het niet meer „hoefde”. Daarom was de echtgenoot ook meegekomen naar het spreekuur, hij voelde zich eveneens onzeker.

Het gesprek met het echtpaar G verliep verder goed toen eenmaal duidelijk was waarover het eigenlijk ging. Het was mogelijk het echtpaar adequaat te helpen. De co-assistent had een belangrijke ervaring opgedaan. Een step-in was niet zinloos geofferd.

Wat is nu de moraal van het verhaal?

Iedere huisarts kent uit zijn praktijk talrijke situaties, niet ongelijk aan wat hierboven is beschreven. De essentie van de huisartsgeneeskunde is niet gelegen in het op huis-, tuin- en keukenniveau verrichten van een reeks meer of minder eenvoudige handelingen, in het geven van talrijke rechtstreekse antwoorden op rechtstreekse vragen. Het scala van klachten en van problemen van patiënten vormt een soort valutamarkt in het verkeer tussen huisarts en patiënt.

De waarde en de inwisselbaarheid van elke munt is echter lang niet altijd duidelijk. Onderwijs in de huisartsgeneeskunde houdt naast talrijke andere zaken — heel verdienstelijk en bijna uitputtend opgesomd door de staf van het Leids Instituut voor huisartsgeneeskunde — in elk geval in het scheppen van steeds weer nieuwe situaties waarin de student ziet dat „er staat wat er niet staat”; verder het duidelijk maken dat er een ingewikkeld valuta-verkeer bestaat tussen patiënt en huisarts en dat er een specifieke vaardigheid nodig is om de munten van de patiënt te accepteren, op waarde te schatten en om te wisselen in een voor de situatie adequate munteenheid.

Een en ander wordt nog eens gecompliceerd door het feit dat het momentane contact tussen patiënt en huisarts naast de „valuta”-dimensie tenminste nog drie extradimensies heeft: de tijdsdimensie, de gezinsdimensie en de samenwerkingsdimensie. Aan de hand van het wel en wee van het gezin A wordt thans geprobeerd iets van deze extradimensies duidelijk te maken. In *tabel 1* wordt een en ander schematisch weergegeven.

Opvallend is dat de tijdsdimensie zich hier niet verder uitstrekt dan over ruim twee jaar. *Colling* en ook *Querido* hebben schematisch levensgeschiedenissen gepresenteerd waarbij de gebeurtenissen gedurende een lang tijdsbestek tot hun recht kwamen. Het is sterk afhankelijk van de situatie en van het probleem, welke tijdsperiode relevant is voor

de benadering door de huisarts of door andere hulpverleners in de eerste lijn.

De leden van gezin A ontmoette ik (de huisarts)

gedurende twee jaar en drie maanden 52-maal. Dat is op zichzelf voor een gezin met zes leden niet bijzonder. De vader heeft een middelbare techni-

Tabel 1. Beschrijving contacten tussen gezin A en huisarts*

Vader 59 jaar	Moeder 56 jaar	Jan 26 jaar	Theo 24 jaar	Ank 19 jaar	Trudy 16 jaar	Kwartalen
			x Zwemmerseczeem	: x menstrua- : x tiepijn : x Moe Lusteloos	x Angina x x x	I
: x Hypertensie : x Nerveus : x Werkproblematiek : x Depressief : x : x			x Wondje	x Beter		II
: x : : x : : x Gaat wel weer beter :			x Recidief zwemmerseczeem		x Tonsillec- x tomie	III
: x		x Zweetklierabces				IV
				x Te dik - diëtiste		
x Opgewekt, werk veel prettiger						V
				x Blaren op voet x Knieklachten		VI
x Halswervel- afwijkingen x Duizelig						VII
x Fysiotherapeut : x Toenemend : x neurasteen : x en depres-	x Enkel verstuikt	: x Angst en : x Hyperventi- : latie; onte- : vreden met : leven		x Pil	x handeczeem x Pil	VIII
: x sief gespan- : x nen; gezins- : x crisis : x	: x Slecht slapen : : x Gezinscrisis			: x Identificatie : en seksuele : x problematiek; : x Gezinscrisis : x : x	: : : x Gezinscrisis : : x	IX

x = contact

: = psychosociale problematiek besproken

sche functie en is 59 jaar. De moeder is 56 jaar, Jan is 26, Theo 24 en de meisjes Ank en Trudy respectievelijk 19 en 16 jaar.

De kinderen zijn tijdens de opvoeding sterk geconfronteerd met de nogal rechtlijnige katholieke overtuiging van de ouders, de behoefte zich te confirmeren aan de bestaande maatschappelijke orde en aan geprononceerde opvattingen over goed en kwaad, flink en lui, vies en netjes. De sfeer thuis is doortrokken met een geur van oppassendheid en de wil om verder te komen. De jongens zijn daaraan vrijwel volledig tegemoetgekomen, de twee jongsten, Ank en Trudy, maken het hun ouders echter veel moeilijker zodat een gezinscrisis is ontstaan.

Uit het schema kan worden afgelezen, wat de huisarts globaal van het gezin heeft te zien gekregen. In het eerste kwartaal maakte Trudy een heftige angina door, die zich herhaalde in het derde kwartaal en toen werd bekroond met een tonsillectomie. Theo werd behandeld voor een zwemersezeem. Bij Ank lag de zaak minder simpel. Voor haar klachten over een pijnlijke menstruatie en lusteloosheid werd tijdens een aantal gesprekken geen duidelijke aanleiding aangegeven. Het ging trouwens snel weer veel beter met Ank.

In het tweede en derde kwartaal stond de problematiek van de vader sterk op de voorgrond. Hij vertoonde een wisselende hypertensie, was matig depressief en kampte vooral met insufficiëntiegevoelens in verband met een ingrijpende wijziging in de werksituatie. Daarnaast kwam hij in de reeks gesprekken met mij steeds terug op de voor hem oninvoelbare „verkeerde” en kwetsende maatschappijveranderingen en op de „jeugd van tegenwoordig”. Dit laatste betrok hij niet speciaal op zijn eigen kinderen. Achteraf gezien heb ik mij teveel laten beïnvloeden door de stress-situatie rond zijn werk.

In het vierde, vijfde, zesde en zevende kwartaal leek weinig aan de hand te zijn. Toch had de verwijzing naar de diëtiste van Ank, die zichzelf te dik vond en ontevreden over haar figuur was wat minder vlot moeten gebeuren. Ook de onbegrepen knieklachten van Ank hebben waarschijnlijk meer betekenis gehad dan op het moment zelf het geval leek. De ontknoping van het verhaal begint in het achtste en negende kwartaal.

Jan vertoonde 's nachts een flinke hyperventilatie-aanval met veel angstgevoelens. Later op het spreekuur wees hij elke relatie met psycho-sociale problematiek met kracht van de hand, terwijl hij aangaf ontevreden te zijn over zijn leven, weinig contacten te hebben en erg onzeker van zichzelf te zijn. Verder erover praten vond hij zinloos. De vader vertoonde klachten berustend — of liever samengaand — met afwijkingen van de halswervel-

kolom; hij werd naar de fysiotherapeut van ons team verwezen.

Vervolgens vervoegden beide meisjes zich op het spreekuur met de vraag naar de pil. Ank had haar eerste ervaringen gehad, Trudy sprak het vaste voornemen uit op korte termijn deze ervaring te delen. In een reeks gesprekken met Ank bleek een ernstige problematiek te bestaan, zowel wat de seksualiteit betrof alsook betreffende de relatie tot andere jonge mensen en met thuis. Er was sprake van duidelijke identiteitsproblematiek.

De ouders geraakten door het veranderde gedrag van hun dochters — en vooral van Ank — toenevend in paniek. De vader decompenseerde met een neurastheen gekleurd depressief beeld; hij bracht op een toon vol zelfbeklag de verstoorde relatie met Ank en Trudy, maar ook met Jan aan de orde.

De moeder struikelde eveneens — in dit geval ook letterlijk —, zij vroeg om slaaptabletten. Ook zij maakte duidelijk dat het voorheen zo hechte, aardige en gezellige gezin in een crisissituatie verkeerde. De sfeer thuis was om te snijden. De dochters hadden op koele toon mededeling gedaan van de gehanteerde anticonceptie en waren „dus” op het slechte pad. Tot overmaat van ramp trok Jan zich volkomen in zichzelf terug; hij meed elk wezenlijk contact, waaronder ook de frequente ruzies. Opvallend is dat Theo in het gehele verhaal niet lijkt voor te komen. De relatieproblematiek was omvangrijk, zowel tussen de ouders, als tussen de kinderen en tussen ouders en kinderen. In een reeks gesprekken met de ouders en de dochters probeerde ik de situatie en de samenhang van ieders onlustgevoelens met de bestaande relatieproblemen te verduidelijken. Ik bood het gezin aan om samen te overleggen of zij gebruik wilden maken van de hulpmogelijkheden van het team. Het gezin ontmoette daarvan reeds de huisarts, de fysiotherapeut en de diëtiste.

In concreto zou een en ander neerkomen op het creëren van een gezinstherapeutische gespreksituatie van alle leden van het gezin met een van de maatschappelijke werkers. In een dergelijke gespreksituatie zouden dan tal van voor het gezin actuele problemen naar voren komen zoals levensfaseproblematiek (involutie en adolescentie), generatieconflicten, verschuiving van normen en waarden, vrijheid en tolerantie, de rol van een ieder in het gezin, de verwachtingen en het beeld hetgeen men van elkander heeft.

De gesprekken zouden op de geluidsband worden vastgelegd ten behoeve van het gezin zelf, van de maatschappelijk werker en van de praktijkleider en eventueel van de huisarts, van de sociaal-psychochirurg of van de kinderpsychiater („mental health consultation”).

Na familieberaad besloot het gezin A tot de voor hen bijzonder moeilijke stap, namelijk een beroep te doen op deze vorm van hulpverlening omdat zij duidelijk zagen dat met het gehele gezin iets aan de hand was en dat daar het beste aangrijpingspunt lag.

De dimensie van de tijd en die van het gezinsverband komen in de geschiedenis van het gezin A onmiskenbaar naar voren. Ook de derde extradimensie, de samenwerkingsdimensie wordt gedemonstreerd. Het is duidelijk dat naast de huisarts vele anderen een plaats hebben of behoren te hebben in de wijkgezondheidszorg.

In de huisartspraktijk doen zich steeds weer situaties voor waarin een ander — diëtiste, fysiotherapeut, wijkverpleegster, maatschappelijk werker — beter en ook professioneler dan de huisarts hulp kan geven. Het ligt voor de hand dat de samenwerkingsdimensie gemakkelijk kan worden gedemonstreerd wanneer de huisarts in een breed samengesteld team is opgenomen.

Maar ook de solo-huisarts, die uiteraard minder geformaliseerde betrekkingen onderhoudt met de andere hulpverleners in het eerste echelon, kan de betekenis van de samenwerking aan de co-assistent demonstreren. Trouwens de meeste huisartsen zullen uit de grote reeks gezinnen waarvoor zij mede zorgdragen, zonder al te veel moeite net zulke „mooie” gevallen als dat van het gezin A kunnen presenteren. Dit is voor het onderwijs in de huisartsgeneeskunde van groot belang.

Er zijn echter ook gezinssituaties waar een en ander moeizamer verloopt en waar alles in het geheel niet zo duidelijk is, zodat zowel de huisarts als waarschijnlijk ook het gezin ermede blijven zitten. De lotgevallen van het gezin B doen op het eerste oog nogal aan die van het gezin A denken.

De heer B is een 44-jarige directeur van een middelgroot handelsbedrijf. Hij is een echte „bek op poten” zoals hij zichzelf met enige vertedering karakteriseert. Dat is hij niet alleen in zijn werk, maar ook thuis. Hij is iemand die duidelijk in de rol (gedrongen?) zit van een man met zo'n ruwe bolster, dat er wel een blanke pit onder moet zitten.

Mevrouw B (40 jaar) lijkt zich met de stereotiepe rolvervulling van haar man wel op haar gemak te voelen. Zij heeft thuis de touwtjes stevig in handen en het gezin laat in de voorkomende gevallen vader rustig uittrazen, waarna het weer overgaat tot de orde van de dag. Er zijn drie dochters — Carla (17 jaar), Laura (16 jaar) en Christine (13 jaar) — allen schoolgaand. De inhoud van de 71 contacten welke ik in bijna drie jaar met de vijf leden van het

gezin B heb gehad, wordt in *tabel 2* schematisch weergegeven.

Enkele dingen vallen op. Het lijkt alsof vader functioneert als een soort stoomfluit op de locomotief: hoe meer druk hoe meer lawaai. Aanvankelijk (kwartalen III, IV en V) lijken zijn agitatie, agressie en angst vooral betrekking te hebben op de wereld buiten het gezinsverband. In het negende kwartaal komt echter duidelijk naar voren dat hij zich onzeker voelt over de relatie met zijn vrouw en kinderen, vooral met de oudste dochter Carla.

Hij verdraagt het feit dat Carla bezig is zich los te maken van haar ouders en zich toenemend en intensief interesseert voor vriendjes, bijzonder slecht. Hij realiseert zich dat zijn kansen om de verstoorde of eigenlijk nooit erg intensieve relatie met Carla alsnog te verbeteren, uiterst laag moeten worden aangeschreven. Hij ontwikkelt een verliefdheidsgevoel ten opzichte van Carla; hij stort zich met de hem kenmerkende energie op het verbeteren van de relaties met de kinderen. De meisjes weten niet goed wat zij met de situatie aanmoeten; de wrijvingen thuis zijn niet van de lucht.

Mevrouw B zie ik met een duidelijke periodiciteit van ongeveer een half jaar. Verbazingwekkend is dat allerm minst, aangezien het nu eenmaal gebruikelijk is de pil voor zes maanden tegelijkertijd voor te schrijven. Tot aan het tiende kwartaal presenteert zij weinig opmerkelijks behoudens het getij van haar libido. Wel opvallend is de bijna onafzienbare reeks spier- en gewrichtsklachten welke moeder en dochters aanbieden (schouder, heup, elleboog, nek, voeten, grote teen, sesambeentje, tussenribspieren, knie, pols).

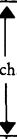
In het elfde kwartaal bezoeken zowel de ouders als de twee oudste dochters het spreekuur met actuele psycho-sociale problematiek. De mogelijkheid van hulp door een der maatschappelijke werkers die met de groepspraktijk samenwerken wordt besproken en het gezin B grijpt deze mogelijkheid voor hulpverlening aan.

In het tiende kwartaal vindt een aantal gezins-therapeutische contacten tussen maatschappelijk werker en alle leden van het gezin B plaats.

Er treedt verandering in de situatie op, de kinderen stellen zich toleranter op, zij „begrijpen” vader beter. Het aantal ruzies vermindert. Carla mag wat meer haar gang gaan. Na enige tijd krijgen de gesprekken met de maatschappelijk werker een chaotisch karakter, de betrokkenheid en de motivering van de gezinsleden neemt af. Het contact met de maatschappelijk werker wordt na onderling overleg „voorlopig” verbroken.

Hierna gaat het met de heer B slecht. Hij voelt

Tabel 2. Beschrijving contacten tussen huisarts en gezin B*

Vader 44 jaar	Moeder 40 jaar	Carla 17 jaar	Laura 16 jaar	Christine 13 jaar	Kwartalen
	: x PHS : x : x Pil; libidoverlies : x : : x	x Stijve nek		x Trauma grote teen	I
					II
: x Nervositas : x gespannen; : spastisch colon; conflict R.K. Kerk	x Pijn rechter heup x Pil x		x Handezeem		III
x Post-griep vage klachten	x Pil; slaapt slecht; erosie; seks beter	x Blefaritis; anti-conceptie besproken			IV
: x Cor-Fobie, zeer : Nerveus : : x Agressief; elektrocardiogram		x Ruggpijn, platvoeten; examenangst	x Trauma linker voet		V
	: x Pil, weer libidoverlies : x Cervixuitstrijk		x Wratten uitgelepeld		VI
	x Epicondylitis			x Platvoeten; x sesamoiditis x	VII
: x : x angst afglijden : maatschappij; re- : x latie kinderen; : x depressief.	x Idem - beter x Pil, seks weer beter	x Wil vermageren x Keelpijn; snotterig	x Wrat uitgelepeld x Acne gezicht	x Pols contusie	VIII
: x Angst aanvallen; : x over de toeren, : x Werkproblematiek : x Carla nieuwe : x vriend; gemotiveerd voor verwijzing maatschappelijk werk	: x Samen met man : : : x Samen met man : Pil, beginnende varicosis	: Spanningen thuis : : x Condooms; intercostaal pijn x Houdt intercostaal pijn	x Vage voetklachten : x Duizeligheid; bang voor anemie : x Geen anemie, gepraat over thuis	x Pijn linker knie x	IX
: x Gaat wel, faalangst : x Sportkeuringen		 Hulp door maatschappelijk werk			X
: x zelfbeklag; prop : x in de keel : x ontevreden : x over zichzelf; : x huilbui; angst-aanval; relatie vrouw slecht : x nieuwe vriend : Carla	: x Samen met man : : : x Idem				XI
: x Weer angstaanval : x : x : x		: x gaat trouwen			XII

x = contact

: = psychosociale problematiek besproken

zich ongelukkig en verongelijkt. Herhaalde malen heeft hij een angstaanval, ook in de auto en op het werk. Het is duidelijk geworden dat de relatie tussen man en vrouw is verstoord en niet is verbeterd in de gezinstherapeutische situatie. Vooral de vrouw is niet gemotiveerd daarop dieper in te gaan. Carla trouwt overhaast en ontvlucht daarmee de moeilijke situatie thuis. De huisarts houdt frequent contact met de man; hij ondersteunt hem zo goed en zo kwaad als het gaat.

* * *

Waarschijnlijk heeft de lezer een onbevredigd gevoel gekregen bij het kennis nemen van het geval B. Is de tijds- en de gezinsdimensie wel zo duidelijk? Had de samenwerking met de maatschappelijk werker inderdaad zoveel zin? Ontbreekt niet teveel informatie? Is de heer B eigenlijk niet de enige „zieke” en was het invoeren van de hulp van een psychiater niet juist geweest? Het lijkt een „typisch” geval om maar niet teveel meer aan te denken en zeker niet om te demonstreren. Er is zelfs niet eens een spectaculaire of interessante fout gemaakt die tot lering van de aanstaande huisarts kan strekken. Of is het toch een leerzaam geval? Natuurlijk zou het mogelijk zijn opnieuw te zoeken naar wegen om de situatie van het gezin B beter te begrijpen en te benaderen.

Dit is echter niet gebeurd; met een groot aantal probleemsituaties in de huisartspraktijk gebeurt dat evenmin. Steeds weer krijgt men te maken met gezinnen waarvan de leden met een probleem hebben te maken en waarbij het om de een of andere reden niet gelukt — ook al zijn zowel de huisarts als de gezinsleden van de beste bedoelingen vervuld — de vingers erachter te krijgen. Dit is een vijfde extradimensie in het werk van de huisarts, de machteloosheids- en onbegripsdimensie. *Van Beugen* wijst er in dit verband recent nog eens op dat motivering en hulpverlening nauwe relaties met elkaar onderhouden en dat dit niet alleen zo is voor de hulpvrager maar ook voor de hulpverlener.

Ook al beschikt men over een goede training om als adequaat hulpverlenend „instrument” werkzaam te zijn en ook al zijn er ruime consultatiemogelijkheden om selectieve perceptie en wat al niet op te sporen en te verhelpen, iedere huisarts heeft te maken met een groep patiënten over wie hij zich onbevredigd voelt, zonder precies te weten waarom.

Wanneer men het bovenstaande overziet, blijkt een aantal aspecten van de huisartsgeneeskunde naar voren te zijn gebracht, die naar de mening van de schrijver op zijn minst tijdens een co-assis-

tentschap — en a fortiori tijdens een assistentschap — in de huisartsgeneeskunde expliciet aan de orde behoren te komen.

De presentie van de inhoud van dit artikel sluit aan op wensen van lezers van „huisarts en wetenschap” die bij een enquête naar voren kwamen: voorkeur voor casuïstiek, afkeer van getallen en „statistiek”, liefst geen getheoretiseer. Alleen aan het laatste verlangen kan niet geheel en al worden tegemoetgekomen. Het heeft zin om toch wat meer te zeggen over de vijf extradimensies die aan de huisartsgeneeskunde worden onderkend, namelijk

- 1 de valutadimensie;
- 2 de tijdsdimensie;
- 3 de gezinsdimensie;
- 4 de samenwerkingsdimensie en
- 5 de machteloosheids- en onbegripsdimensie.

In welk opzicht zijn dit eigenlijk extradimensies? Het getuigt van weinig realiteitszin te stellen dat iedere arts, welke vorm van geneeskunde hij ook beoefent, rekening houdt of behoort te houden met de totaliteit van de patiënt die aan hem is toevertrouwd en daarmee met elke denkbare extradimensie. Een dergelijke opvatting vindt geen grond in het referentiekader van praktisch alle vormen van geneeskunde met uitzondering van de huisartsgeneeskunde. Het tragische is nu, dat het juist ook de huisartsgeneeskunde is waar niet kan worden beschikt over een duidelijk omschreven professioneel en „eigen” referentiekader. Dit draagt waarschijnlijk mede ertoe bij, dat gedurende de medische studie de studenten hun voorkeur voor de huisartsgeneeskunde laten wegglijden in de richting van een vorm van gespecialiseerde geneeskunde. *Becker en Geer* voegen daaraan toe, dat terzelfder tijd de medische student cynischer en minder idealistisch wordt.

Zoveel is echter wel duidelijk, dat de vijf hierboven genoemde extradimensies toch wel onderdeel zijn van datgene wat professioneel is in de denkwijze van de huisarts. Om misverstand te voorkomen: dit betekent niet dat niet nog meer extradimensies kunnen worden geformuleerd, bijvoorbeeld de spanning tussen het medische en het sociale model, de spanning tussen „need” en „demand”.

Evenmin houdt het in dat niet-huisartsen niet eveneens met elk van de genoemde dimensies worden geconfronteerd. Nu echter biedt de voorafgaande beschrijving van de casuïstiek het voordeel dat de lezer kan aanvoelen in welke „setting” de professionalisering van de huisartsgeneeskunde is geplaatst.

Maar wat dan nog?

Laat het dan zo zijn dat met de genoemde dimensies iets naar voren is gebracht dat de moeite waard is om in het onderwijs in de huisartsgenees-

kunde te verduidelijken. Kan dat niet even goed of beter aan de hand van een „echt” uitgewerkt onderwijsprogramma? Daarbij wordt dan vooral gedacht aan datgene wat de afgelopen tijd is geschreven vanuit het Leids instituut voor huisartsgeneeskunde. Het is overigens bijzonder jammer en eigenlijk ook pijnlijk dat de andere universitaire afdelingen voor huisartsgeneeskunde zo weinig gebruik hebben gemaakt van de ruimte in „huisarts en wetenschap” om hun opvattingen en ook twijfels over het onderwijs in de huisartsgeneeskunde te verduidelijken.

Van der Kooy en Dijkhuis schrijven: „Probleem-oriëntatie in plaats van ziekte-oriëntatie is in overeenstemming met ons streven naar grotere preventie, anticipatie en integratie bij de gezondheidszorg: „care” in plaats van „cure”. Even verder wijzen genoemde auteurs erop dat bij de „klassieke” behandeling — gebaseerd op het uitsluitend ziekte-georiënteerd zijn — door de huisarts, diverse leemtes dreigen te ontstaan en zij voeren direct al een extradimensie ten tonele in de vorm van de pathogene (toch nog ziekte-georiënteerd?) invloeden van het gezin, van de omgeving of van de samenleving. Het lijkt of nog maar een klein stapje moet worden gezet voordat op de betekenis van het sociale model of van het conflictmodel voor de huisartsgeneeskunde nadruk zal worden gelegd.

Voorop moet worden gesteld dat auteur dezes grote waardering heeft voor de aanpak van het Leids instituut voor huisartsgeneeskunde en voor het enthousiasme dat aan de dag wordt gelegd voor de probleem-oriëntatie. Trouwens ook *Byrne* kent aan de probleem-oriëntatie een belangrijke rol toe bij het onderwijs in de huisartsgeneeskunde. Sinds 1968 gebruikt hij zelfs een speciale patiëntenkaart („problem-sheet”) die op de „problem-solving” is gericht.

De vijf in dit artikel genoemde extradimensies kunnen zonder te veel wringen in deze methodiek van de probleem-oriëntatie worden ondergebracht, hoewel niet in hun geheel. De denkwijze waarop met de probleem-oriëntatie zoals beschreven door *Van der Kooy en Dijkhuis* de nadruk wordt gelegd, heeft een overwegend deductief karakter. Dit impliceert dat wordt uitgegaan van het bestaan van een referentiekader, waaraan de hardheid en de relevantie van informatie welke de huisarts verzamelt om het probleem op te lossen, kan worden afgemeten.

Deductie kan worden gekenschetst als een methode van kennisverwerving waarbij van algemene gezichtspunten uit, toepassingen op het bijzondere worden gemaakt. Deductie veronderstelt echter inductie. Inductie houdt in het opstellen van een algemene regel aan de hand van bijzondere gevallen.

Een afwisselend inductief-deductieve spiraal in de omgang met ervaringen kan leiden tot de totstandkoming van goed gefundeerde kennis.

Wat de huisartsgeneeskunde betreft staan wij nog maar aan het begin van die spiraal. De ervaringen die de afgelopen drie jaar door het team in Ommoord zijn opgedaan, wijzen in dezelfde richting. Onze voorkeur op dit moment gaat daarom — noodgedwongen — uit naar een inductieve benadering. Met name de evaluatie van een aantal samenwerkingsprojecten — maatschappelijk werk, diëtiste, fysiotherapeut, elektrocardiografie-consultatie — heeft ons bij herhaling geconfronteerd met het feit dat verwachtingen (hypothesen zo men wil) in de praktijk niet of nauwelijks bleken te worden bevestigd en dat zelfs een uitvoerige inductieve statistische benadering (bijvoorbeeld factoranalyse) ons betrekkelijk weinig aanknopingspunten heeft geboden om nieuwe hypothesen — die later deductief zouden kunnen worden getoetst — op te stellen. Ook de morbiditeitsanalyse die in Ommoord aan de gang is, gaat uit van deze ervaring.

In de genoemde vijf dimensies komt evenzeer een aantal aspecten daarvan naar voren. Een essentieel deel van de huisartsgeneeskunde als professionele vaardigheid is zelf het „valuta-stadium” nog niet te boven.

* * *

Het is van groot belang om dit gevoel en inzicht aan medische studenten over te brengen en het voor hen mogelijk te maken een attitude te verwerven, die de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde in de komende jaren bevordert („Attitudes may be regarded — over simply perhaps — as belief with an element of favourableness” *Byrne*). Dit is voor de opleidende huisartsen geen eenvoudige opgave, te meer omdat — hoe hard dat ook klinkt — een van de wezenlijke elementen van het onderwijs in de huisartsgeneeskunde moet zijn gebaseerd op het vermijden van „selfreplication”. *Byrne* zegt daarover: „All factors surely imply that the middle and older generations of general practitioners should not think of a proces of selfreplication in the production of the new general practitioner”. De methode van de probleem-oriëntatie kan het gevaar van de „selfreplication” in zich dragen, wanneer niet op voorhand rekening wordt gehouden met het feit dat iets dergelijks ongewenst is. Hoe moeilijk opleidingsituaties kunnen zijn demonstreert *Byrne*, wanneer hij een groep niet-rokende huisartsen een groep rokers laat leren hoe een sigaret moet worden gerold en een groep niet-vissende huisartsen vraagt een groep vissende collega's duidelijk te maken hoe een „blood knot” moet worden gemaakt.

Toch is noch het deductieve karakter noch het

gevaar van de „selfreplication” een werkelijk zwaarwegend bezwaar tegen toepassing van de probleem-oriëntatie in het onderwijs in de huisartsgeneeskunde. In toenemende mate raak ik overtuigd van de veelbelovendheid ervan, vooral wanneer het gaat om het onderwijs aan jonge medische studenten.

De amenderingen die in dit artikel aan de orde worden gesteld, kunnen naar mijn mening het best tot hun recht komen tijdens het co-assistentenschap en het assistentschap in de huisartsgeneeskunde. Het is echter allerminst mijn bedoeling om het daarbij te laten.

Het is opvallend hoe in de Engelse huisartsenliteratuur (*Journal of the Royal College of General Practitioners*, *Update*, *Practitioner*) de discussie over het onderwijs in de huisartsgeneeskunde reeds behoorlijk op gang is gekomen. In Nederland zijn door verschillende der universitaire huisartsinstituten „preludes” (zie literatuurlijst) gecomponeerd en uitgegeven. Tot een tastbare discussie over de doelstellingen, inhoud en methodiek van het onderwijs is het echter nog steeds niet gekomen. Wanneer wij het zozeer begeerde model Ia uit het interimrapport van de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening erdoor zouden krijgen, dan zouden wij nauwelijks weten wat daarmee moet gebeuren.

Huisarts en wetenschap is het aangewezen podium waarop de discussie zich kan afspelen. Vooral de universitaire huisartsinstituten, het N.H.I. en de experimentele gezondheidscentra die het feitelijke ontwikkelingswerk op gang proberen te bren-

gen, behoren zich daarbij te laten horen. Dit artikel is geschreven om daartoe vanuit Ommoord een aanzet te geven. Met opzet is het geen volledig afgewerkt artikel waarvan alle scherpe kantjes af zijn; het is ook geen onwrikbare stellingneming, het roept vooral vragen op terwijl het nauwelijks aan antwoorden toekomt.

Wie neemt de schaar op en helpt de knellende step-in van het onderwijs in de huisartsgeneeskunde in te knippen?

- Becker, H. S en B. Geer. *Medical Education in: Handbook of medical sociology*. Prentice Hall Inc., Englewood Cliffs, N. J., 1965.
- Beugen, M. van (1972). *T.M.W.* 26, 58.
- Byrne, P. S. (1969). *Update* 1, 367 en 461.
- Byrne, P. S. (1971), *Update Plus* 1, 793.
- Byrne, P. S. (1971). *J. roy. Coll. gen. Practit.* 21, 719.
- Colling, A. (1964). *J. roy. Coll. gen. Practit.* 14, 181.
- Colling, A. (1970). *J. roy. Coll. gen. Practit.* 13, 313.
- Encyclopedisch handboek van het moderne denken*. Van Loghum Slaterus N.V., Arnhem, 1950.
- Enquête „huisarts en wetenschap” (1971) *huisarts en wetenschap* 14, 70.
- Huisarts en medische faculteit Rotterdam. *Stichting Huisartsgeneeskunde Rotterdam en omstreken*, 1969.
- Informatie over de nieuwe opleiding*. Nijmeegs Universitair Huisartsen-Instituut, 1971.
- Interimrapport Staatscommissie medische beroepsuitoefening*, 12 januari 1971.
- Kooy, S. van der en H. P. J. M. *Dijkhuis* (1971) *huisarts en wetenschap* 14, 239.
- L. I. H. Nieuws, nummer 5 *Leids Instituut voor huisartsgeneeskunde*, 1971.
- Opleiding huisarts* (1971) *Instituut voor huisartsgeneeskunde van de R.U. Utrecht*, 1971.
- Querido, A. *Inleiding tot een integrale geneeskunde*, H. E. Stenfert Kroese n.v., Leiden, 1955.