

Is het gras aan de overkant groener?

I De huisartsgeneeskunde.*

DOOR DR. H. LAMBERTS, HUISARTS TE ROTTERDAM**

Het is zeer de vraag of er internationaal gezien – ondanks alle inspanningen daartoe – ooit overeenstemming zal ontstaan over „de” inhoud van „de” huisartsgeneeskunde. Ik heb in toenemende mate het gevoel dat dit niet alleen niet nodig maar zelfs ook niet gewenst is. Wanneer men het feit accepteert dat de sociale en economische verschillen tussen de verschillende landen enorm zijn en wanneer men daarnaast begrijpt dat de gezondheidszorg aan deze verschillen actief bijdraagt en daarvan ook de gevolgen ondergaat, dan is de eerste plaats waar men deze verschillen operationeel zou kunnen maken de eerstelijns gezondheidszorg.

Het bovenstaande houdt niet in dat er ondanks alles niet talrijke min of meer generaliseerbare aspecten zijn waarop een discussie over „de” huisartsgeneeskunde internationaal kan plaatsvinden. Dit geldt dan vooral voor het somatische gedeelte en voor een aantal punten betreffende de opleiding tot huisarts. Daarnaast is er een aantal, actuele opvattingen betreffende het gezondheidszorgsysteem in haar geheel, waardoor de aandacht op de eerstelijns gezondheidszorg kan vallen.

Tal van landen komen juist nu tot de conclusie dat het met de gezondheidszorg gemoede totale bedrag te hoog wordt en dat het volume van de intramurale zorg moet worden teruggedrongen. Op zulke momenten dient zich als redende engel aan de idee van de „primary health care”, om aan het ongerief van het terugdrijven van het ziekenhuis tegemoet

te komen. Tevens is de discussie over de verschuiving van de steeds weer falende „cure” naar de – ut aliquid fiat – „care” en over de zogenaamde „achterliggende psychische problematiek” langzamerhand zo stereotiep geworden, dat ook op dit terrein de huisartsgeneeskunde in tal van landen wortel heeft geschoten. Vooral de Amerikaanse situatie maakt duidelijk dat deze wortels in veler ogen (vooral binnen de ziektezorgindustrie) eerder lijken toe te behoren aan een getolereerd en op dit moment nuttig onkruid dan aan een welbewust gekozen gewas dat met zorg moet worden gecultiveerd.

Dit leidt er toe dat een groot aantal medische faculteiten het bestaan van de huisartsgeneeskunde als omschreven professionele bezigheid niet erkennen en zich voor de vervulling van de taak binnen de „primary health care” beperken tot de opleiding van eerstelijns internisten en kinderartsen.

Op tal van plaatsen komt er echter ook een specifieke opleiding tot „family physician” van de grond en de Rochester Medical School (New York) behoort wat dit betreft tot de koplopers, niet alleen chronologisch maar ook wat betreft de kwaliteit. Gene Farley en Jack Froom vormen in de eerste plaats de motor van de „family practice group” in Rochester en het is indrukwekkend wat zij de afgelopen jaren hebben gepresteerd. Ondanks het feit dat de praktische handiaps voor het functioneren van de huisarts in de Verenigde Staten al bijzonder groot zijn, zijn zij er in geslaagd de essentie van hun conceptie over de inhoud van de huisartsgeneeskunde in de opleiding te baseren op de uitkomsten van wetenschappelijke arbeid door henzelf gedaan. Het gaat daarbij vooral om de probleemoriëntatie, de medical audit, de registratie en de classificatie van problemen in de eerstelijns gezondheidszorg. De opleiding tot huisarts duurt in hun situatie drie jaar en vindt volledig plaats binnen de groepspraktijk en binnen het universitaire ziekenhuis. Dit betekent dat de staf van de „family practice group” constant tussen de 30 en 40 assistent-huisartsen actief in opleiding heeft.

Een belangrijke rem op het functioneren van de huisarts in de Verenigde Staten (en dat geldt in minder uitgesproken mate ook voor Canada) is dat de gehele tweedelijns gezondheidszorg buiten de huisarts om toegankelijk is. Er bestaat geen expliciete, gefixeerde huisarts/patiënt-relatie zoals in Nederland en ook in Engeland. Iedereen kan – als hij zich dat financieel kan veroorloven – in het gezondheidszorgsysteem gaan en staan waar hij wil. Van continuïteit in de gezondheidszorg – laat staan van continuïteit in de registratie van medische gegevens – is dan ook geen sprake. Deze situatie is een essentiële belemmering voor het ontwikkelen van de huisartsgeneeskunde en ik kon mij de vreugde in de groep in Rochester dan ook goed voorstellen toen zij de gehele populatie van de gevangenis in de staat New York in hun morbiditeitsonderzoek konden betrekken. Immers, daarmee was eindelijk een constante populatie gegeven waarbij het ziektegedrag in volle omvang kon worden geanalyseerd zonder dat er informatie verloren gaat en zonder dat er een duplicatie van onderzoek en behandeling plaatsvindt.

De communicatie tussen specialisten en huisartsen is namelijk van dien aard, dat de weg naar eindeloos herhaald en overvloedig onderzoek wijd openstaat.

Bijna alle ziekenhuizen hebben „emergency departments” waarbij de nadruk vaak allerminst valt op de „emergency” van de aangeboden klacht, doch waarbij er in feite sprake is van incidentele, verknijpte en inadequate primaire zorg. De waarde, door de artsen toegekend aan het „vrij” zijn van de patiënt, doet ons paradoxaal aan omdat het in feite neerkomt op de vrijheid van de arts zich zeer afstandelijk ten opzichte van de patiënt te gedragen en zich in slechts zeer beperkte mate verantwoordelijk te voelen voor zijn aandeel in het ziektegedrag.

Enkele aspecten van vooral de Amerikaanse en in mindere mate ook van de Canadese huisartsgeneeskunde, zoals die in de literatuur en tijdens congressen en „workshops” naar voren komen, heb ik tot voor deze reis nooit goed begrepen.

* Onder deze titel schreef auteur een verslag van een studiereis gedurende oktober 1975 in Canada en de Verenigde Staten. In twee afleveringen worden achtereenvolgens twee hoofdstukken, huisartsgeneeskunde en toetsing, uit dit reisverslag in dit tijdschrift gepubliceerd. Een aantal hoofdstukken dat niet zozeer op de huisartsgeneeskunde als wel op de algemene gezondheidszorg betrekking heeft, zal elders verschijnen.

** Afdeling Gezondheidscentrum Ommoord van de Rotterdamse Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst.

Ik heb nu geleidelijk aan een soort legpuzzel-gevoel gekregen, waarbij veel stukjes van mijn onbegrip in elkaar grijpen en, in mijn gevoel, samen naar meer duidelijkheid tenderen. Ik denk dat men eigenlijk – tenminste op dit moment – geen andere huisarts/patiënt-relatie wenst of aankan dan er nu in feite bestaat. Dit gevoel berust op een groot aantal ervaringen welke ik in heel verschillende werksituaties heb opgedaan, tijdens de opleiding van huisarts-assistenten, tijdens het meedoen aan spreekuren als „preceptor” en tijdens de gesprekken met tal van huisartsen. Dit gevoel laat zich ongeveer als volgt samenvatten.

Er is in de relatie met de patiënt sprake van een overduidelijke koelheid en afstandelijkheid. Het mag dan moeilijk zijn om de mate van empathie, echtheid en „non possessive warmth” in de praktijk-situatie te meten, de afwezigheid van deze eigenschappen treft je als een natte washand. Deze afstandelijkheid hangt samen met de algemene opvatting dat het missen of „verkeerd” behandelen van een lichamelijke afwijking een afschuwelijke zonde is en dat de patiënt zo’n misser niet neemt en zijn „falende” arts vervolgt. Elk arts/patiënt-contact wordt op deze manier in beginsel een meer of minder uitgesproken duel, waarbij, naar mijn mening, het gedrag van de patiënt in belangrijke mate een „selffulfilling prophecy” is van de problematiek van de huisarts. De huisarts moet zijn eigenwaarde en zijn professionele identiteit in belangrijke mate putten uit zijn klinische competentie, uit de erkenning daarvan door zijn gespecialiseerde collega en door de leden van zijn eigen beroepsgroep. Daarom vecht de huisarts ook, zowel in Amerika als in Canada, als een leeuw voor het recht patiënten in een ziekenhuis zelf te behandelen. Onder het grote aantal uit Engeland afkomstige huisartsen treft men er velen aan die nog met verbittering kunnen spreken over de invoering van de National Health Service en het daarmee gepaard gaande verlies van ziekenhuis-faciliteiten.

Op basis van hetgeen hiervoor is beschreven is er een systeem ontstaan, waarin op praktisch elke klacht van de patiënt het klinisch-chemische, röntgenologische, bacteriologische en elektro-fysiologische onderzoekapparaat in aanzienlijke omvang wordt losgelaten. De S.M.A.-12 pathologie, berustend op

de massale hoeveelheid ongevraagde laboratoriumuitslagen welke het gebruik van de „auto-analyser” met zich brengt, is indrukwekkend. Bijna overal is de stelregel wanneer de patiënt een trauma aan de huisarts aanbiedt: altijd een röntgenologisch onderzoek doen, je kunt het risico van een vervolging anders nooit dragen. Het feit dat de premies voor de wettelijke aansprakelijkheid voor huisartsen in de Verenigde Staten tussen de 3000 en 4000 dollar per jaar schommelen, is tekenend voor de emotionele afstand tussen patiënt en huisarts. De dreiging van een proces staat steeds op de achtergrond bij alles wat er in de spreekkamer gebeurt.

Veel beter ben ik ook de weerstanden gaan begrijpen tegen onze conceptie van probleemgedrag als een essentieel onderdeel van de huisartsgeneeskunde. Men erkent de grote betekenis van psychosociale factoren bij het ziektegedrag zonder meer en legt daarop tijdens de opleiding tot huisarts naar mijn mening voldoende nadruk. Men acht het echter niet tot zijn professionele verantwoordelijkheid te behoren om buiten het strikte terrein van de lichamelijke afwijking – al dan niet gekleurd door het bestaan van psychosociale factoren – te treden en te komen tot een expliciete hulpverlening bij leefproblematiek. In feite wordt de relatief grote gevoeligheid van de assistent-huisartsen voor het bestaan van sociale problematiek bij de patiënt als een soort jeugdzonde beschouwd, Jack Fromm heeft deze merkwaardige situatie nader geanalyseerd (tabel 1) en het is duidelijk dat de „echte” professionals, zoals de faculteitsleden en de „nurse practitioner”, uitermate zelden de diagnose van een leefprobleem overwegen.

Men ziet dan ook dat in de dagelijkse gang van de praktijkuitoefening bijna elke poort, waarlangs, ondanks alles, de leefproblematiek van patiënten toch zou kunnen binnensluipen, wordt afgesloten. De praktijkorganisatie op basis van een hele reeks zeer medisch-technisch ingerichte onderzoekkamertjes, waarover de patiënten door de praktijkzuster worden verdeeld, het afwezig zijn van een geschikte ambiance om met elkaar te praten, het ontbreken van persoonlijk instrumentarium van de huisarts zelf en bovenal het aanrakingstaboe accentueren dit.

Dit laatste element heb ik zelf als bijzonder storend ervaren. De verpleegster mag de patiënt aanraken, vasthouden en strelen, de dokter mag dat niet. Het sys-

teem dat men heeft ontwikkeld om een vrouwelijke patiënt te onderzoeken vind ik ronduit stuitend. Nadat de praktijkzuster heeft nagevraagd op welk lichaamsdeel het onderzoek moet worden gericht tijdens het consult met de huisarts, wordt de vrouw, nadat zij zich heeft ontkleed, in een disposable jas of laken gehuld, waarin op allerlei strategische plaatsen spleten en flappen zijn aangebracht. Het lichamelijk onderzoek, meermalen in aanwezigheid van een chaperonnerende verpleegster als het om een inwendig onderzoek gaat, wordt op deze manier beladen met een allerarmoedigste erotische sfeer.

Wanneer, ondanks alles, de patiënt zijn problematiek zo keihard op tafel legt dat het onmogelijk is daar als huisarts aan voorbij te gaan, ontstaat er meermalen een patsituatie. Omdat hulpverlening aan „neurotische mensen” (het aanbieden van problematiek is immers gestoord gedrag en je verdient dan ook het etiket „neurotisch”) thuis behoort binnen het overgeprofessionaliseerde raam van de „mental health care”, wordt eigenlijk alleen maar overlegd over de beperkte mogelijkheden tot verwijzing naar een psychiater, psycholoog, groeps-therapeut of orthopedagoog.

En dan zijn er niettemin toch nog situaties, waarin huisarts en patiënt praten over leefproblematiek. Op dat moment komt er op gang wat ik het „feeling nice”-syndroom zou willen noemen. Het zijn namelijk deze situaties waarin de huisarts het gevoel heeft dat hij „nice” is, dat hij iets extra’s doet wat hij helemaal niet zou behoeven te doen en dat hij tevens iets doet waarvoor hij geen professionele verantwoordelijkheid draagt in tegenstelling tot zijn optreden bij lichamelijke klachten. Niemand zal hem ter verantwoording roepen wanneer hij in de relatie met zijn patiënt tekort schiet en een inadequate rol in het probleemgedrag vervult. Daarmee wordt ook de enorme weerstand tegen het probleemgedrag-hoofdstuk in de „International Classification of Health Problems in Primary Care” verklaard. Alles wat kan worden geclassificeerd behoort potentieel tot het professionele arbeids-terrein van huisarts. Daarom is het beter leefproblematiek niet in een classificatie op te nemen of op zodanige wijze er in onder te brengen dat het niet „echt” tot het werkterrein van de huisartsgeneeskunde behoort te worden gerekend.

Men krijgt de consequenties hiervan heel duidelijk te zien wanneer men nader

ingaat op de classificatie, welke nodig is in het „fee for service“-systeem dat in Canada bestaat. Voor elke verrichting moet een klein formulier worden ingevuld waarop de diagnose van de behandelde klacht in code staat aangegeven. Het honoreringssysteem is globaal voor de verschillende diagnoses gedifferentieerd. Indien men een probleemgedragdiagnose stelt dan betekent dit dat men met een relatief geringe honorering genoeg moet nemen. Maar zelfs als men dat op de koop toe neemt schuilt er een adder onder het gras. Want de mogelijkheid bestaat dat, wanneer verscheidene artsen regelmatig leefproblematiek op hun declaraties zouden coderen, het uitbetalend en controlerend apparaat als richtlijn gaat hanteren dat de benadering van leefproblematiek wel degelijk tot de taak van de huisarts behoort. Een dergelijke beslissing van dit uitbetalend en controlerend apparaat wordt dan vervolgens in het Medical Audit-systeem (waarover later meer) tot stelregel verheven. Uiteraard zijn vertegenwoordigers van de groep huisartsen zelf nauw bij dit audit-systeem en bij het classificatiesysteem betrokken. Daarmee is de cirkel gesloten. Er is een sterke sociale druk binnen de groep huisartsen om diagnoses, welke tot verschuivingen in het honoreringssysteem of tot als ongewenst beoordeelde wijzigingen in het hulpverleningspakket kunnen bijdragen, achterwege te laten.

Een tweede onderdeel van het „feeling nice“-syndroom heeft te maken met het „fee for service“-systeem en met de wijze waarop veel mensen, vooral in de Verenigde Staten, wel of juist niet tegen ziektekosten zijn verzekerd. Met name het Medicaid-systeem heeft tot zeer ingewikkelde problemen aanleiding gegeven. Het is niet mijn bedoeling om op de inhoud van dit systeem hier uitvoerig in te gaan. Genoeg is dat de zeer uiteenlopende honorering in dit systeem er in de ogen van een groot aantal huisartsen toe leidt dat er een onevenredig hoge honorering van zeer banale werkzaamheden kan plaatsvinden. Huisartsen, die juist in dit Medicaid-systeem verzekerde patiën-

Tabel 1. De mate waarin de verschillende werkers in de „eerste lijn“ leefproblematiek bij patiënten classificeren. (J. Froom).

Provider	Social problems		
	Number this diagnosis	Number of diagnoses	Percent of total
Faculty	79	4,910	1.60
Intern*	114	5,352	2.13
Resident 1*	243	10,978	2,21
Resident 2*	184	8,220	2.23
Nurse Practitioner	59	4,323	1.36

* De intern is de eerstejaarsassistent in de huisartsgeneeskunde; resident 1 de tweedejaars en resident 2 de derdejaars.

ten behandelen, wordt dan ook verweten dat zij een „Medicaid Mill“ exploiteren.

Daarnaast zijn er tallozen die niet zijn verzekerd en in 't geheel niet bij machte zijn ook maar op enige manier een tegemoetkoming voor de geleverde zorg te bieden. Om het schuldgevoel over het incasseren van het Medicaid-honorarium wat af te zwakken behandelt men dan af en toe de „arme patiënten“ een aantal keren gratis. De huisarts komt dan in de positie van de filantroop, die zich „nice“ voelt en zich op een subtiele manier kan koesteren in de uitingen van dankbaarheid van zijn patiënt.

Deze gang van zaken is hier wel erg cynisch weergegeven en het is beslist niet mijn bedoeling hiermee een zeer algemeen gevolgde praktijk bij de Amerikaanse huisartsen aan te geven. Het gaat mij er vooral om duidelijk te doen uitkomen dat een systeem, waarin de huisarts potentieel de rol van filantroop kan vervullen en waarin de patiënt potentieel tot dankbaarheid kan worden gedwongen, schadelijk is voor een goede huisarts/patiënt-relatie.

Om alle misverstanden te voorkomen wil ik er de aandacht op vestigen dat in het hiervoor geschilderde beeld op een heel beperkt aantal aspecten van het functioneren van de huisarts sterk de nadruk is gelegd. Ik ben er volstrekt van overtuigd dat er geen sprake is van verschillen in oprechtheid, motivatie, goede wil en de wens een goede huisarts te zijn tussen de Nederlandse huisartsen en die

in de Verenigde Staten of in Canada. Het gaat mij er vooral om te zeggen dat het geen duidelijk waarneembaar in de eerstelijns gezondheidszorg gebeurt, geen losstaand evenement vormt maar te maken heeft met het hele maatschappelijke gebeuren en met de manier waarop men in dat maatschappelijke systeem met elkaar omgaat en met de waarde welke men daarbinnen aan elkaar toekent.

Bovendien ben ik van mening dat niet al deze dingen voor de Nederlandse situatie irrelevant zijn. Het „feeling nice“-syndroom bestaat ook bij ons. De weerstand tegen de rol van de huisarts bij probleemgedrag doet zich ook in Nederland voor, niet het minst bij de zwijgende meerderheid van de huisartsgroep. De storm van protest, opgestoken tegen de inhoud van het rapport Hoe helpt de dokter?, heeft daarmee veel te maken. Ik ben in het geheel niet bang dat de situatie, zoals deze in de Bronx bestaat, zich ook in Nederland snel zou kunnen gaan voordoen, maar ik acht het heel goed mogelijk dat de relatie tussen patiënt en huisarts zich ook bij ons ontwikkelt in de richting zoals hiervoor is aangegeven. Ook in een wijk als Ommoord, waar blijkens de uitkomsten van het geïntegreerd milieuhygiënisch onderzoek door het Openbaar Lichaam Rijnmond, de mate van vervreemding relatief laag is, zien wij allerlei aanzetjes voor een veranderende relatievorming. Het geldt dan niet alleen de huisarts of de hulpverleners in het algemeen doch ook de manier waarop men bijvoorbeeld in een flat met elkaar omgaat. Agressieve gevoelens worden in de hulpverleningssituatie naar mijn mening van beide zijden openlijker geuit. Het feit trouwens dat men als hulpvrager aan iemand – een hulpverlener – hulp moet vragen leidt natuurlijk altijd tot gemengde gevoelens. Het gezondheidszorgsysteem als appaaiseringsinstrument voor allerlei maatschappelijke onlustgevoelens, staat terecht aan kritiek bloot. Ik vind echter de mogelijkheden, welke er in Nederland nog zijn om hieraan bewust tegemoet te komen, groter dan in de Verenigde Staten en Canada. Wat dat betreft is het gras aan de andere kant van de oceaan niet groener.