

over patiënten plaatsvindt, het is even duidelijk dat het werken in één gebouw, de gezamenlijke ochtendkoffie en de ruime toegankelijkheid van iedereen dit bevorderen.

Duidelijk is ook dat formele casuïstiekbesprekingen deze grote hoeveelheid informatie nooit kunnen kanaliseren. Het is trouwens onze ervaring dat casuïstiekbesprekingen vooral dan zinvol zijn, wanneer het leereffect ervan op de voorgrond staat en in perioden waarin wordt gezocht naar nieuwe samenwerkingsstrategieën. Naar mijn mening moet er voor worden gewaakt dat casuïstiekbesprekingen te lang worden voortgezet en verworden tot een gestereotypeerde discommunicatie.

Een team bestaat uit volwassen, zelfstandige mensen, die een voor een verantwoordelijk zijn voor hun aandeel in het uitvoeren van de gemeenschappelijke doelstelling. De beschrijving en de typologie van de individuele communicatiepatronen, welke hiervoor is gegeven, vormt echter wel degelijk aanleiding te bezien in hoeverre – bijvoorbeeld door gerichte casuïstiekbesprekingen – bepaalde teamleden gesteund kunnen (en willen) worden.

Onze verwachting, dat het contact met de overige hulpverleners binnen en buiten de wijk (dienstencentrum, gezinszorg, sociaal raadsman, LM-bureaus en M.O.B.'s, controlerende- en bedrijfsartsen, sociale psychiatrische dienst, priesters, vormingswerkers, enzovoort) een zeer eenzijdig verloop zou hebben, is be-

vestigd. Het zijn in de eerste plaats de teamleden zelf die actief met anderen buiten het team contact zoeken over patiënten. De respons daarop van buitenaf is zeer gering in omvang.

Zeer gering in omvang is de communicatie over patiënten met de „overige huisartsen”. Wanneer men zich realiseert dat het aantal contacten over de wijkverpleging, de kinderhygiëne, de verloskunde en het maatschappelijk werk voor 8.000 wijkbewoners praktisch te verwaarlozen klein is, dan is het duidelijk dat daar iets aan moet worden gedaan. Overigens komt deze conclusie goed overeen met de uitkomsten van het rapport Wijkverpleegkundige en huisarts in de Huisgezondheidszorg.* De helft van alle wijkverpleegkundigen – volgens dit rapport – zegt gemiddeld twee keer per maand of nog minder contact te hebben met één of meer huisartsen en voor eenkwart is dat zelfs maximaal eenmaal per maand. Slechts eentiende rapporteerde in totaal ten minste negen contacten per maand, hetgeen neerkomt op een gemiddelde van ongeveer tweemaal per week. In grote steden is een en ander dan nog weer slechter dan op het platteland.

Er zijn onvoldoende aanwijzingen voor de conclusie dat de drempel, welke het Gezondheidscentrum in Ommoord oplevert voor de hulpverleners erbuiten, hoger is dan de drempel welke moet worden overschreden in wijken waar geen samenwerkingsverband bestaat.

Tenslotte is het nuttig er de nadruk op

te leggen, dat niet elk contact over een patiënt tussen hulpverleners, identiek is aan een betere behandeling of aan een beter resultaat. Maar wat dit probleem betreft is er praktisch geen enkele behandeling in de hulpverlening, welke wel kan bogen op een goed omschreven en gekwantificeerd oordeel over het effect ervan. Ook de vraag welke contacten essentieel voor de hulpverlening zijn, welke overbodig en welke misschien zelfs ongewenst, wordt met dit onderzoek niet beantwoord.

Wanneer men er van uitgaat dat onderling contact over patiënten nuttig is – en die mening wordt algemeen beleden – dan is in elk geval aangetoond dat, wat dit betreft, het kernteam in Ommoord goed aan het doel beantwoordt.

Summary. Talking about patients: a quantitative approach to communication within a multidisciplinary team. This paper describes the extent to which and manner in which members of the multidisciplinary permanent team in the Ommoord district health centre communicate about patients. Contacts about patients prove to be frequent; there is mainly personal across-the-table contact about progress of therapy. Five patterns of communication are distinguished. It is concluded that the Ommoord permanent team fills the bill if one maintains that frequent inter-helper contact about patients is useful.

* Instituut voor toegepaste sociologie, Nijmegen, 1975.

Huisartsen en hun probleempatiënten: kwaliteit van de arts-patiënt communicatie

DOOR C. J. J. M. IJZERMANS EN H. C. SCHOUWENBURG*

INLEIDING

In het kader van een exploratief onderzoek naar eigenschappen van patiënten, die volgens hun huisarts hun psychische of sociale problemen tot uitdrukking schijnen te brengen in vage

* Instituut voor huisartsgeneeskunde universiteit van Amsterdam (directeur: B. S. Polak).

lichamelijke klachten (*Van Loon en Schouwenburg*), werd de betreffende patiënten een lijst voorgelegd van mogelijke persoonlijke probleemgebieden (*bijlage 1*). Daarop kon worden aangegeven welke probleemgebieden de patiënt op zichzelf van toepassing achtte in een periode van anderhalf jaar, voorafgaand aan het moment waarop de vragenlijst werd ingevuld. Vervolgens werd een

soortgelijke lijst (met dezelfde vragen) aan hun respectieve huisartsen voorgelegd (*bijlage 2*). Op deze wijze kon per probleemgebied afzonderlijk worden nagegaan hoeveel de betreffende huisarts van zijn individuele patiënten wist of dacht te weten met betrekking tot hun psychosociale achtergrondproblematiek. De gemiddelde overeenstemming tussen de dokter en zijn patiënten aan-

gaande de problematiek van deze patiënten kan voor een gezinsarts worden geïnterpreteerd als een index voor de kwaliteit van de arts-patiënt communicatie.

STEEKPROEF

Vier huisartsen, respectievelijk praktijk uitoefenend in Zaanstad, Haarlem, een oude wijk in Amsterdam en een nieuwe wijk in Amsterdam, allen als staf lid verbonden aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam, werd verzocht aan het onderzoek deel te nemen. Vooraf was uit gesprekken gebleken dat alle vier positief dachten over de taak van de huisarts bij patiënten met psychosociale problemen en dat ieder van deze artsen zichzelf min of meer als gezinsarts beschouwde.

Aan ieder van deze vier huisartsen werd gevraagd uit hun patiëntenbestand twee even grote groepen patiënten te selecteren. Deze groepen, bestaande uit evenveel mannen als vrouwen in de leeftijd van 18 tot 55 jaar, dienden te voldoen aan respectievelijk de volgende criteria:

Probleemgroep: patiënten, van wie de arts weet dat zij te maken hebben met psychische of sociale problematiek in hun persoonlijke omstandigheden en die dit al dan niet tot uitdrukking brengen in vage lichamelijke klachten.

Controlegroep: patiënten, van wie de huisarts op goede gronden aanneemt dat zij in hun persoonlijke omstandigheden niet met psychosociale problematiek te maken hebben en die óf gezond óf somatisch ziek zijn.

De steekproef omvatte in totaal 128 personen.

RESULTATEN

Combinatie van de gegevens uit de beide vragenlijsten levert per probleemgebied afzonderlijk vier categorieën op:

- 1 overeenstemming tussen de dokter en de patiënt met betrekking tot de aanwezigheid van het betreffende probleem;
- 2 aanwezigheid van het betreffende probleem volgens de dokter, hetgeen

Samenvatting: Naar aanleiding van een exploratief onderzoek naar eigenschappen van patiënten, die volgens hun huisarts vage lichamelijke klachten tot uitdrukking brengen, werd aan de betreffende patiënten een lijst van mogelijke probleemgebieden voorgelegd en door hen ingevuld. Hierna werd een lijst met dezelfde onderwerpen aan hun huisarts voorgelegd en onafhankelijk van de antwoorden van de patiënt ingevuld. Door vergelijking van de antwoorden werd nagegaan hoeveel de huisarts wist of meende te weten van zijn patiënten.

Het onderzoek werd gedaan in vier huisartspraktijken in Noord-Holland met een controlegroep en een groep probleempatiënten. Ondanks de kleine getallen bleek verdere analyse mogelijk. Gemiddeld bleek slechts in 22 procent van de gevallen overeenstemming tussen arts en patiënt over de aanwezigheid van een probleem; in gemiddeld 37 procent van de gevallen gaf de probleempatiënt problemen aan, die zijn huisarts onbekend waren; in gemiddeld 41 procent van de gevallen gaf de huisarts problemen aan, die door zijn probleempatiënt niet waren vermeld. Met een correctie voor onjuiste invulling van de lijst door de patiënten, wordt geconcludeerd dat er weinig reden is voor optimisme wat betreft de communicatie tussen huisarts en patiënt inzake de psychosociale problematiek van de patiënt.

Bijlage 1. AAN DE PATIËNT UITGEREIKTE VRAGENLIJST

Wilt u de volgende vragen alleen beantwoorden als de gebeurtenis, waarnaar gevraagd wordt, het afgelopen anderhalf jaar (1973/1974) heeft plaatsgevonden of nog plaatsvindt. Anders niet beantwoorden.

- | | | |
|---|----|-----|
| 1. Bevalt het werk u? | ja | nee |
| 2. Is er iemand van uw naaste familie overleden? | ja | nee |
| 3. Is er iemand van uw naaste familie ernstig ziek of ernstig ziek geweest? | ja | nee |
| 4. Is er een goede vriend(in) van u overleden? | ja | nee |
| 5. Heeft u problemen met alcohol en/of drugs? | ja | nee |
| 6. Heeft u te veel kennissen en te weinig goede vrienden en vriendinnen? | ja | nee |
| 7. Heeft u vaak moeilijkheden met uw ouders? | ja | nee |
| 8. Heeft u seksuele moeilijkheden met uw echtgeno(o)t(e) of vriend(in)? | ja | nee |
| 9. Heeft u vaak ruzie met uw echtgeno(o)t(e) of vriend(in)? | ja | nee |
| 10. Heeft u vaak moeilijkheden met uw kinderen? | ja | nee |

Bijlage 2. AAN DE HUISARTS UITGEREIKTE VRAGENLIJST.

Scoring:
Patiënt: Groep: 1=ja
Geb.jaar: Proefpersoonnr.: 2=nee

Hebben – naar uw weten – de volgende gebeurtenissen bij bovenstaande patiënt de afgelopen anderhalf jaar plaatsgevonden of vinden ze nog plaats?

- | | | |
|---|---|---|
| 1. Het werk bevalt hem niet | 1 | 2 |
| 2. Er is iemand van zijn naaste familie overleden | 1 | 2 |
| 3. Er is iemand van zijn naaste familie ernstig ziek (geweest) | 1 | 2 |
| 4. Een goede vriend(in) van hem is overleden | 1 | 2 |
| 5. Hij heeft problemen met alcohol en/of drugs | 1 | 2 |
| 6. Hij heeft te veel kennissen en te weinig goede vrienden en vriendinnen | 1 | 2 |
| 7. Hij heeft vaak moeilijkheden met zijn ouders | 1 | 2 |
| 8. Hij heeft seksuele moeilijkheden met zijn echtgenote of vriendin | 1 | 2 |
| 9. Hij heeft vaak ruzie met zijn echtgenote of vriendin | 1 | 2 |
| 10. Hij heeft vaak moeilijkheden met zijn kinderen | 1 | 2 |

- echter niet door de patiënt wordt bevestigd;
- 3 aanwezigheid van het betreffende probleem volgens de patiënt, hetgeen echter niet bij de dokter werd geverifieerd;
- 4 overeenstemming tussen de dokter en de patiënt met betrekking tot de afwezigheid van het betreffende probleem.

In dit onderzoek zijn wij slechts geïnteresseerd in die gevallen, waarin er op de een of andere wijze (hetzij volgens de patiënt zelf, hetzij volgens zijn huisarts, hetzij volgens beiden) sprake is van een probleem. In dat geval immers dient de huisarts (of andere hulpverlener) desgevraagd actief te worden. De overeenstemming tussen arts en patiënt inzake de afwezigheid van problemen (categorie 4) wordt in de analyse dan ook niet betrokken.

Tabel 1 geeft een overzicht van de betreffende probleemgebieden, alsmede van de frequenties (de categorieën 1, 2 en 3 samengenomen) per probleemgebied, voor de beide patiëntengroepen afzonderlijk. Uit deze tabel blijkt onder meer

dat de hiernavolgende analyse van de communicatie tussen de huisarts en zijn patiënten met betrekking tot de in de tabel genoemde probleemgebieden, gebaseerd is op relatief kleine getallen. Zo is er per probleemgebied gemiddeld bij slechts 21 patiënten uit de probleemgroep en bij slechts 7 patiënten uit de controlegroep op de een of andere manier sprake van aanwezigheid van dat probleemgebied. Desondanks blijft een verdere analyse mogelijk.

Over de tien probleemgebieden samen genomen werden de percentages berekend in elk van de drie „overeenstemmings”-categorieën (tabel 2). Deze tabel laat zien dat er gemiddeld in de probleemgroep in slechts 22 procent van de gevallen overeenstemming tussen de dokter en de patiënt was met betrekking tot de aanwezigheid van een bepaald probleem. In gemiddeld 37 procent van de gevallen in de probleemgroep bleek de huisarts niet op de hoogte van de betreffende problematiek en in gemiddeld 41 procent van de gevallen in de probleemgroep gaf de huisarts problemen aan, die niet door de patiënt werden bevestigd. Deze verdeling is voor de beide geslachten ongeveer gelijk. Uit tabel 2 blijkt voorts dat de huisarts in bijna twee-derde van het aantal gevallen in de controlegroep niet op de hoogte is van achterliggende problematiek bij deze patiënten. Op zichzelf lijkt dit gegeven niet zorgwekkend. Deze problemen zijn immers kennelijk in de spreekkamer nooit onderwerp van gesprek geweest, dan wel zijn daaruit geen vragen om hulp voortgekomen. Bovendien ligt het voor de hand dat patiënten, die op grond van niets-weten over psychosociale achtergrondproblemen door hun huisarts voor deze groep werden geselecteerd, achteraf toch wel problemen blijken te hebben. Bij de probleemgroep ligt dit anders. Waar een huisarts zich als gezinsarts beschouwt, geldt dit vooral met betrekking tot zijn probleempatiënten, die hij als regel lang en intensief kent. Bovendien is hier wél sprake van een vraag om hulp, die – althans in de perceptie van de huisarts – voortkomt uit de achterliggende problematiek.

Van de probleemgebieden waarover de meeste overeenstemming (categorie

Tabel 1. *Probleemgebieden en frequentie van voorkomen in probleemgroep (n=64) en controlegroep (n = 64).*

Probleemgebied	Probleemgroep	Controlegroep
Het werk bevalt niet	29	6
Seksuele moeilijkheden met echtgenoot of vriend	29	3
Vaak ruzie met echtgenoot of vriend	27	2
Iemand van naaste familie ernstig ziek	25	22
Iemand van naaste familie overleden	22	15
Moeilijkheden met ouders	20	2
Moeilijkheden met de kinderen	18	4
Te veel kennissen, te weinig goede vrienden	16	16
Een goede vriend is overleden	13	2
Problemen met alcohol/drugs	9	0

Tabel 2. *Overeenstemming tussen arts en patiënt, gemiddeld over de tien probleemgebieden, in percentages van het aantal gevallen per groep.*

Categorie	Probleemgroep	Controlegroep
1 Volledige overeenstemming	22	11
2 Alléén volgens arts	41	25
3 Alléén volgens patiënt	37	64

Tabel 3. *Probleemgebieden waarover gemiddeld de meeste overeenstemming is geconstateerd (in percentages).*

Probleemgebied	Overeenstemming	
	Probleemgroep	Controlegroep
Problemen met alcohol/drugs	44	–
Vaak ruzie met echtgenoot of vriend	33	–
Het werk bevalt niet	31	–
Seksuele moeilijkheden met echtgenoot of vriend	28	33

Tabel 4. *Probleemgebieden waarover gemiddeld de minste overeenstemming is vastgesteld (in percentages).*

Probleemgebied	Overeenstemming	
	Probleemgroep	Controlegroep
Een goede vriend is overleden	0	0
Moeilijkheden met de kinderen	11	–
Iemand van naaste familie overleden	14	13
Moeilijkheden met ouders	15	50
Te veel kennissen, te weinig goede vrienden	19	6
Iemand van naaste familie ernstig ziek	20	14

1) is geconstateerd, geeft tabel 3 een overzicht.

Vervolgens geeft tabel 4 een overzicht van de probleemgebieden waarover de minste overeenstemming (categorie 1) is vastgesteld.

Het is vanzelfsprekend dat de huisarts relatief goed is geïnformeerd voor wat betreft de probleemgebieden uit tabel 3. In deze problemen liggen voor de hedendaagse huisarts uitstekende aanknopingspunten voor verdere begeleiding. Het gebrek aan overeenstemming voor andere problemen, zoals weergegeven in tabel 4, is ten dele mogelijk toe te schrijven aan gebrek aan informatie bij de huisarts. Tabel 5 gaat hierop nader in en weerspiegelt de lacunes in de kennis van de huisarts inzake de achtergrond-

problematiek van zijn probleempatiënten. Dit betreft vooral de familieomstandigheden en de vrienden- en kennissenkring van de patiënt. Voorts blijkt dat het geconstateerde gebrek aan overeenstemming voor wat betreft de probleemgebieden „goede vriend overleden”, „naaste familielid overleden” en „naaste familielid ernstig ziek” aan de hand van tabel 5 kan worden verklaard uit het feit dat de huisarts van deze zaken niet op de hoogte was. De lage overeenstemming voor de resterende drie onderwerpen kan niet worden verklaard uit gebrek aan kennis hieromtrent bij de huisarts.

Tabel 6 tenslotte geeft een overzicht van de problematiek, die volgens de huisarts bij de betreffende patiënten wél

aanwezig zou zijn, maar die door deze patiënten zelf niet als probleemgebied werd aangegeven (categorie 2). De gegevens van deze tabel kunnen op tweërlei wijze worden geïnterpreteerd. Enerzijds is het mogelijk dat de tabel een soort standaard-verklaringsmodel van de betreffende huisartsen weerspiegelt en zij zou dan kunnen worden opgevat als een explicitering van het bij de betreffende huisartsen aanwezige vooroordeel aangaande de achterliggende problematiek van hun probleempatiënten. Anderzijds ligt een aantal probleemgebieden duidelijk in de sociale taboe-sfeer. Daarom zou kunnen worden verwacht dat de patiënten het vragenformulier niet in alle gevallen naar waarheid hebben ingevuld.

Dit laatste is niet denkbeeldig. Voor het zo op het oog het meest met taboe beladen probleemgebied „seksuele moeilijkheden met echtgenoot of vriend” werden de antwoorden in deze categorie bij één van de deelnemende huisartsen achteraf aan de hand van zijn kaartstelsel gecontroleerd. Hierbij bleek dat de helft van de betreffende patiënten de vragenlijst op dit punt niet naar waarheid had ingevuld.

DISCUSSIE

Ook dit onderzoek werpt het probleem op van de validiteit van het zogenaamde testgedrag: het blijkt dat antwoorden op vragenlijsten niet in alle gevallen met de realiteit overeenkomen. Dit ondanks de zorgvuldige testprocedure. Met de patiënten werd tevoren een schriftelijke afspraak gemaakt, waarbij de mogelijkheid werd aangegeven medewerking aan het onderzoek te weigeren. Vervolgens werden de patiënten thuis namens hun eigen huisarts bezocht. Bij de invulling van de vragenlijst droeg de onderzoeker er zorg voor dat alléén de patiënt zicht had op de in te vullen vragenlijst. Na het invullen werd de vragenlijst in een blanco envelop gedaan en dichtgeplakt. Deze procedure was de betreffende patiënten aangekondigd. De artsen vulden hun vragenlijst in aan de hand van de betreffende patiëntenkaarten. De uitslag van de kleine controle achteraf maakt echter de gegevens van tabel 6 en daarmee de waarde van tabel

Tabel 5. Door patiënten aangegeven probleemgebieden en percentage van het aantal gevallen waarin de arts hiervan niet op de hoogte was (categorie 3).

Probleemgebied	Arts niet op de hoogte	
	Probleemgroep	Controlegroep
Een goede vriend is overleden	92	100
Iemand van naaste familie overleden	77	73
Iemand van naaste familie ernstig ziek	64	77
Te veel kennissen, te weinig goede vrienden	38	69
Problemen met alcohol/drugs	33	–
Seksuele moeilijkheden met echtgenoot of vriend	24	33
Moelijkheden met de kinderen	22	–
Het werk bevalt niet	21	67

Tabel 6. Door huisartsen aangegeven probleemgebieden en percentage van het aantal gevallen waarin dit door de betreffende patiënten niet werd bevestigd (categorie 2).

Probleemgebied	Niet bevestigd	
	Probleemgroep	Controlegroep
Moelijkheden met de kinderen	67	100
Moelijkheden met ouders	65	50
Vaak ruzie met echtgenoot of vriend	59	100
Seksuele moeilijkheden met echtgenoot of vriend	48	33
Het werk bevalt niet	48	33
Te veel kennissen, te weinig goede vrienden	44	25

2 twijfelachtig.

Dit neemt niet weg dat – ons beperkend tot de probleemgroep – de geconstateerde overeenstemming van 22 procent kan worden gehandhaafd als een onderschatting van de werkelijke overeenstemming. De uitslag van de controle achteraf kan dienen om een bovenschatting hiervan te berekenen. Er van uitgaande dat „seks” het meest met taboe beladen probleemgebied is en dat daarom juist op dit punt het meest door de betreffende patiënten wordt verzwegen, levert een schatting van 50 procent onjuiste invullingen in categorie 2 een overschatting van het aantal onjuiste invullingen. Wanneer dit aantal vervolgens wordt opgeteld bij het aantal in categorie 1 (volledige overeenstemming), dan komt een bovenschatting van de overeenstemming tussen huisarts en patiënt inzake problemen neer op 40 procent. De werkelijke overeenstemming zal dus ergens tussen 22 en 40 procent liggen.

CONCLUSIE

Als zowel een probleempatiënt als zijn huisarts onafhankelijk van elkaar aangegeven welke psychosociale problematiek voor de betreffende patiënt actueel is (geweest), dan blijkt gemiddeld slechts in 22 procent van de gevallen dat de dokter en de patiënt hetzelfde aangeven. In gemiddeld 37 procent van de gevallen geeft de probleempatiënt problemen aan die

zijn dokter onbekend zijn en in gemiddeld 41 procent van de gevallen geeft de huisarts problemen aan, die niet door zijn probleempatiënt worden bevestigd. Uit deze gegevens kan worden geconcludeerd dat het met de communicatie tussen

Summary. General physicians and their problem patients; quality of physician-patient communication. In the context of an exploratory study of characteristics of patients who, according to their family doctor, express vague physical complaints, these patients were given a list of possible problem areas and asked to indicate the relevant areas. Next, a list of the same subjects was offered to the family doctor, who was asked to indicate the relevant problem areas regardless of the patient's replies. Comparison of the two sets of replies indicated how much the family doctor knew or believed to know about his patients. The study was carried out in four general practices in North Holland, with a control group and a group of problem patients. In spite of limited numbers, further analysis was found possible. Agreement between physician and patient about the presence of a problem was found in an average of only 22 per cent of cases; in an average of 37 per cent of cases the problem patient indicated problems of which the physician was unaware; in an average of 41 per cent of cases the physician indicated problems which his patient had not mentioned. After correction for incorrect completion of the list by patients, it is concluded that there is little reason for optimism concerning the communication between family doctor and patient about the patient's psychosocial problems.

huisarts en patiënt inzake de psychosociale problematiek van die patiënt niet zo goed is gesteld. Ten dele is dit terug te voeren op het feit dat de dokter op bepaalde punten onvoldoende geïnformeerd blijkt (tabel 5), ten dele echter ook op de mogelijkheid dat patiënten niet in alle gevallen de vragenlijst naar waarheid invullen. Hiervoor is enige evidentie. Uit deze evidentie vloeit een gecorrigeerde (bovenschatting van) overeenstemming

voort van 40 procent. De werkelijke overeenstemming zal in dit onderzoek ergens tussen de 22 en de 40 procent liggen.

Overigens is het de vraag in hoeverre het hier geconstateerde patroon ook voor andere huisartsen opgaat. Wellicht vertegenwoordigen de vier in dit onderzoek betrokken huisartsen, voor wat betreft patiënten met psychische of sociale problematiek, een tamelijk positieve se-

lectie uit het totale bestand van Nederlandse huisartsen. Daarom lijkt er voorts nog weinig reden voor optimisme. Een replicatie van dit onderzoek is echter in voorbereiding.

Loon, Th. J. P. van en H. C. Schouwenburg
Psychologische karakteristieken van patiënten met vage lichamelijke klachten. Heymans Bulletins Psychologische Instituten R.U. Groningen, nr. HB-75-187 EX, april 1975.

Zienswijzen zonder huisarts; overpeinzingen bij twee inaugurele redes

DOOR DR. H. G. M. VAN DER VELDEN

In de geneeskunde treedt een steeds verdergaande differentiatie op. Er bestaat thans voor elke medische beroepsbeoefening een min of meer specifieke beroepsopleiding. Sommige medische „disciplines” richten zich op een bepaalde categorie patiënten (kinderen, vrouwen, bejaarden), andere bepalen zich tot een bepaald soort aandoeningen (reumatische ziekten, longziekten) of zijn geordend naar de aard van de therapie (chirurgie) of van de diagnostiek (röntgenologie). Met name op universitair niveau gaat de differentiëring nog verder en richt zich op kwantitatief kleine onderdelen van een medische discipline, bijvoorbeeld kindercardiologie of endocrinologie van de zwangerschap.

Ongetwijfeld draagt deze concentratie bij tot intensief wetenschappelijk onderzoek en tot een uitstekende medische zorg met alle vruchten vandien voor de geneeskunde als geheel. In andere opzichten biedt deze ontwikkeling echter nadelen. Het is twijfelachtig of een dergelijke concentratie en differentiatie in voldoende mate tegemoet komt aan de meest dwingende behoeften die er vanuit de gezondheidszorg bestaan terzake van medisch onderwijs en medische opleiding.

Morbiditeit en mortaliteit in onze maatschappij worden in kwantitatief belangrijke mate bepaald door stoornissen welke in mindere mate een intensief medisch-biologisch wetenschappelijk onderzoek dan wel een geïntegreerde diagnostische en therapeutische benadering vereisen. Hoe noodzakelijk het eerste ook is, het is langzamerhand de vraag of en in hoeverre de ontwikkeling van hooggedifferentieerde specialisaties verenigbaar is met de opleiding van medische studenten tot basisarts. De in kwantitatief opzicht meest urgente pro-

blemen waarvoor de geneeskunde van heden ten dage zich gesteld weet, zijn slechts op te lossen door een geïntegreerde geneeskunde. Problemen zoals invalidering door psychische en sociale stress-situaties, verslaving en iatrogene schade zijn slechts tot aanvaardbare proporties terug te brengen door een geneeskunde welke zich niet alleen in de diepte doch ook in de breedte ontwikkelt en opstelt.

Het ironische is echter dat een dergelijke integrale benadering steeds moeilijker is te verwerkelijken. Toekomstige artsen worden opgeleid aan instellingen die een aantal in wezen incompatibele doelstellingen nastreven. Allerlei moeilijkheden treden hierdoor aan het licht. Niet het minst is dit het geval bij pogingen het medisch onderwijs een nieuwe vorm en inhoud te geven. Ondanks de reeds gerealiseerde veranderingen kenmerkt menig onderwijsprogramma zich meer door toevoeging van deelaspecten dan door werkelijke vernieuwing.

Men spreekt thans van „basisarts”, waar het gaat om het eindprodukt van de medische opleiding. De behoeften van deze algemene arts worden misschien het best begrepen vanuit de huisartsgeneeskunde, thans een gespecialiseerde „niet-specialisatie”. Met name het functioneren van de huisarts, op het brede terrein van de gehele geneeskunde en haar randgebieden, kan als model dienen voor de opzet van een basisprogramma waarbij de student inzicht wordt verschaft in de meest essentiële aspecten van het medisch handelen. Men zou derhalve mogen verwachten dat met name medische docenten bijzondere aandacht hebben voor de taken en functies van de huisarts en dat zij de studenten reeds vroegtijdig vertrouwd trachten te maken met de wijze waarop specialist en huisarts moe-

ten samenwerken om tot optimale diagnostiek en therapie, en bovenal optimale preventie te komen. Het is echter teleurstellend deze verwachtingen of veronderstellingen niet of nauwelijks beantwoord te vinden in recente openbare lessen en inaugurele redes van nieuw benoemde docenten aan onze medische faculteiten.

Twee inaugurele redes wil ik in dit verband bespreken. De eerste betreft de rede van Dr. L. J. L. *Koekenberg* ter gelegenheid van de aanvaarding van diens ambt van buitengewoon hoogleraar in de orthopedie van de Vrije Universiteit te Amsterdam. Prof. *Koekenberg* signaleert een achterstand van de orthopedie in Nederland en bepleit meer aandacht voor zijn vakgebied, „een der basisvakken van de geneeskunde”. Nu mag er voor de orthopedie wellicht een relatief grote achterstand bestaan ten opzichte van een aantal buitenlandse centra, het is anderzijds welhaast gewoonte geworden dat iedere nieuw benoemde hoogleraar op een achterstand of liever op achterstelling van zijn vakgebied wijst. Belangrijker is dat *Koekenberg* de aandacht vestigt op „het denkpatroon van de orthopaed”, dat anders zou zijn dan van „de geneeskunde in het algemeen”. Hierbij kent hij een relatief grote plaats toe aan het inzicht en de beleving van de patiënt betreffende diens eigen klacht. Deze beleving is inderdaad meer bepalend voor het gedrag van de patiënt, waaronder het inroepen van medische hulp, dan de objectieve ernst van de klacht op zich. *Koekenberg* wijst in zijn oratie op een van de grootste problemen waarvoor de geneeskunde zich ziet gesteld: het grote en toenemende aantal mensen dat de arts raadpleegt met klachten, waarvoor geen of geen afdoende