

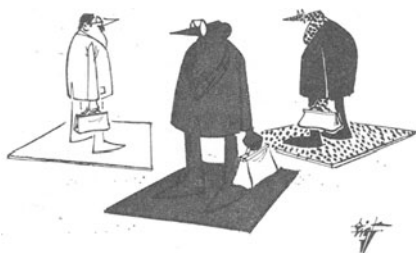
De huisartsgeneeskunde als leer der kruispunten in de gezondheidszorg

Een beschouwing over de culturele functie van de huisarts

DR. H. LAMBERTS, HUISARTS TE ROTTERDAM*

Hubert Anvil, de jongenssopraan in één van de laatste boeken van Kingsley Amis „The alteration”, wordt getroffen door een dubbelzijdige testikel torsie. Een weinig geïnspireerde chirurg – de enige arts in het verhaal – kan het lot niet keren. Hubert zal een sopraan blijven en dat is tevens het thema waar het om draait in het gefantaseerde verhaal van Amis. De tijd is 1976 maar het grote verschil met het „echte” 1976 is dat de reformatie niet is doorgegaan. Het is al katholicisme wat de klok slaat. De wereld ziet er volstrekt anders uit maar toch is veel hetzelfde. De geschiedenis heeft een andere loop genomen maar zonder veel moeite kunnen wij ons daarin toch verplaatsen. Alles kan immers anders terwijl de herkenbaarheid en de geloofwaardigheid van wat er gebeurt daar niet onder behoeft te lijden.

Amis heeft in zijn boek – waarschijnlijk mede door de overloed aan priesters – geen huisarts ten tonele gevoerd om het gezin Anvil bij te staan. Maar het is niet moeilijk om in gedachte een omschreven, door de bijzondere maatschappelijke omstandigheden ingegeven, huisartsgeneeskundig handelen in het verhaal in te vullen.



Huisartsen zijn kameleons

Chirurgen blijven chirurgen, reformatie of niet. Bacteriologen veranderen nauwelijks. Specialisten blijven in beginsel hetzelfde ondanks maatschappelijke veranderingen. De huisartsgeneeskunde verdient zijn eigenheid juist dankzij maatschappelijke veranderingen. Huisartsen zijn zowel de kameleons als de mede-

* Afdeling Gezondheidscentrum Ommoord van de Rotterdamse GG en GD.

„Unless you were better off where you've been, you're always better off where you are. But no matter where you've been or where you are, you'll never know if you'll be better off where you're going.”

J. P. Donleavy – *The destinies of Darcy Dancer, Gentleman* (1977)

„Scientists and artists are men devoted to what we vaguely call an ideal. But what is an ideal? An ideal is merely the projection, on an enormously enlarged scale, of some aspect of personality.”

Aldous Huxley – *After many a summer* (1939)

Wanneer men de functie van de huisarts ziet als die van een behoeder van het omvangrijke en heterogene geneeskundige referentiekader – zij het op huis-, tuin- en keukenniveau – dan vervalt zijn specifieke, eigen functie. Wenst men dit niet en dicht men de huisarts een eigen professionele rol toe welke daarvan duidelijk onderscheiden kan worden, dan lijkt het moeilijk dit precies voor iedereen begrijpelijk te formuleren. De paradigmadiscussie is weer opgelaaid.

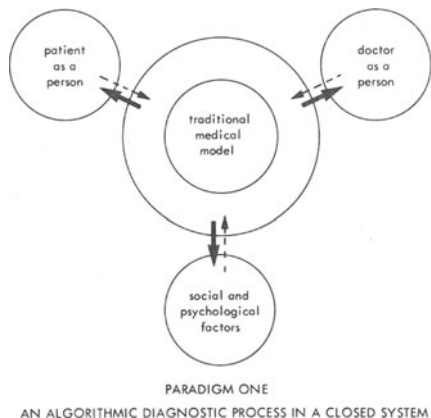
Het paradigma als steen des aanstoots

J. E. Gordon schreef een boekje met als titel, „Structures of why things don't fall down”. De huisartsgeneeskunde houdt zich tenminste met een dergelijke vraag bezig. De structuur van waarom dingen in het leven van mensen, die problemen met hun „gezondheid” hebben, juist wel of juist niet uiteenvallen en aan een schijnbaar onontkoombaar lot onderworpen zijn. Binnen deze structuur past ook het praktische huisartsgeneeskundige handelen.

Ooit hebben wij ons in de huisartsgeneeskunde druk kunnen maken over de vraag of de huisartsgeneeskunde wel een paradigma bezit. Achteraf gezien is er nauwelijks sprake geweest van een discussie maar veeleer van een uitwisseling van emoties en gevoelens van onmacht.

In een redactioneel commentaar, „huisarts en wetenschap: een paradigma?”, zijn wij daarop ingegaan (*Lamberts en Van Weel*): „In het augustusnummer 1977 van de *Journal of the Royal College of General Practitioners* schrijft *Stevens* (1977) dat paradigma's geen theorieën zijn, maar denkpatronen over het doen van onderzoek dat, wanneer het wordt uitgevoerd, kan leiden tot de ontwikkeling van een theorie. Een paradigma verschaft een bruikbaar handvat wanneer wordt gewerkt op het terrein der twijfel. Vraag is ook niet

Figuur 1



of er één paradigma voor de huisartsgeneeskunde bestaat, het gaat erom aan te geven welke paradigma's in de huisartsgeneeskunde belangrijk zijn. Wij denken daarbij bijvoorbeeld aan probleemgedrag, interdoctorvariatie, „illness-diversity”, gezinscoïncidentie, continue zorg, open contact, definitie van gezondheid, samenwerking in de eerstelijns, „compliance”.

Figuur 1 en 2 geven de door Stevens (1977) geformuleerde paradigma's van het open en het gesloten contact weer.

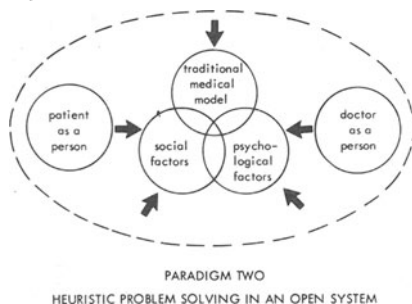


Het open en het gesloten contact

En verderop:

„Er bestaat land en er bestaat zee. Daarover is geen twijfel. De grens tussen beide wordt gevormd door de kustlijn. Direct aan de kust – en daar gaat het om in de eerstelijns gezondheidszorg – bestaat een gebied met onduidelijkheid. Er is afhankelijkheid van het getij, de maanstand, de

Figuur 2



windkracht en de windrichting, van natuurrampen en van tal van andere factoren, die maken dat wat zoëven land was nu weer zee is. De overgang is vloeiend maar toch in beginsel voorspelbaar.

Heeft het zin de kustlijn te definiëren in termen van zee of in termen van land? Of heeft het juist zin de kustlijn te definiëren in termen van de kustlijn?”

De theoretische problemen in de huisartsgeneeskunde liggen naar mijn mening niet zozeer in het vinden van „de” gemeenschappelijke basis als juist in het ontwikkelen van de diversiteit. Feiten zijn er maar niet zomaar, feiten zijn geen realiteiten waarover je struikelt of je wilt of niet, feiten worden geconstitueerd in zeer specifieke situaties.

De huisarts is bij zulke situaties betrokken. De manier waarop waarnemingen gedaan worden en de manier waarop waarnemingen gerangschikt worden, leidt geleidelijk tot een verzameling feiten. Popper verdedigt de manier van denken waarbij hypothesevorming en deductie centraal staan. Het proces van gissen en missen vindt in de huisartsgeneeskunde een vruchtbare bodem.

Verbrugh heeft in een erg mooie dissertatie veel aan de discussie over het paradigma bijgedragen en – belangrijker nog – hij voorkomt met zijn benadering een hernieuwde vruchteloze haarkloverij zoals in maart 1973 tijdens de conferentie, „huisarts en wetenschappelijk onderzoek”. Hij schrijft:

„In ruimere zin kan een paradigma worden omschreven als een soort „code”, d.w.z. een netwerk van deels ongeschreven uitgangspunten, voorstellingen, methoden en gedragsregels die voortkomen uit een of meer van deze historische verworvenheden, waardoor een bepaald soort problemen oplosbaar wordt en waaraan de beoefenaren van dit vakgebied, d.w.z. de personen die verantwoordelijk zijn voor (onderzoek en) onderwijs erin, samen een „scientific community” vormend, elkaar (h)erkennen en hun activiteiten legitimeren. Aard en omvang van de consensus die deze beoefenaren bereiken omtrent hun vakgebied specificeren deze paradigma's in ruimere zin, terwijl de inhoud ervan aan de hand van teksten van leer- en handboeken kan worden gereconstrueerd.”

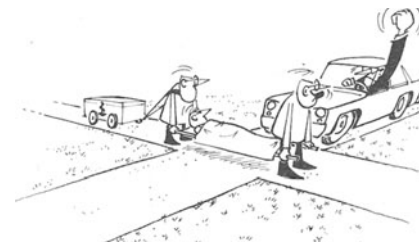
Vanuit dit uitgangspunt heeft het zin een reeks persoonlijke ervaringen, gedurende een tiental jaren in de eerstelijns gezondheidszorg in Ommoord opgedaan, op een rij te zetten en te zoeken naar een patroon. Of dit patroon er werkelijk is, of het de leer der kruispunten mag heten en of het een paradigma is, het zijn alle vragen die de

lezer als lid van dezelfde „scientific community” zelf moet beantwoorden.

De huisartsgeneeskunde als leer der kruispunten in de gezondheidszorg

Bijna nooit klopt wat men wil doen met hetgeen men achteraf blijkt te hebben gedaan. Vaak is het verschil tussen verwachting en werkelijkheid groot. Wij vinden dat vervelend, ons verlangen naar een heldere structuur, waarin oorzaak en gevolg een herkenbare en te voorspellen relatie onderhouden, is groot.

In het dagelijks leven en dus ook in de



Huisartsgeneeskunde als het kruispunt tussen het gezondheidszorgsysteem en de maatschappij

gezondheidszorg bestaan talrijke discrepanties tussen verwachting en werkelijkheid. Wanneer men daarbij de huisartsgeneeskunde – als onderdeel van de eerstelijns gezondheidszorg – ziet als het kruispunt tussen het gezondheidszorgsysteem en de maatschappij dan mag men verwachten dat er op dat kruispunt een ingewikkelde en warrige situatie bestaat.

Dat is ook het geval. Ik zie de huisartsgeneeskunde als een leer der kruispunten in de gezondheidszorg, als het gaat om herkenbare mensen en om situaties waarbij de persoon centraal staat. (De sociale geneeskunde houdt zich natuurlijk ook bezig met kruispunten maar daar gaat het om niet herkenbare mensen die gezamenlijk een groep vormen).

De theorie van de huisartsgeneeskunde houdt zich in mijn ogen dan ook vooral bezig met het benaderen van enkelvoudige of meervoudige kruisingen, bij het kiezen van de richting, bij het verblijven op of het passeren van de kruising en bij het voortzetten van de gekozen richting.

Kruispunten waarmee de huisartsgeneeskunde zich bezighoudt, kunnen zich op verschillende niveaus bevinden. Op het micro-niveau gaat het om kruispunten voor de patiënt en het gezin waartoe hij behoort. Op het meso-niveau is de wijk, het dorp of de buurt in het geding met de erbij behorende eerstelijns gezondheidszorg, gezien als een systeem. Op het macro-niveau tenslotte is de plaats

van de eerstelijns gezondheidszorg bin- nen het geheel van het gezondheids- zorgsysteem – ook in politieke zin – aan de orde. (Zie bijvoorbeeld *Lamberts en Sanders-Glasbergen*).

In het verkeer gaat op simpele kruispunten al veel fout. Onze kruispunten zijn ingewikkelder. Meestal zijn zij niet gelijkvloers, vaak zijn er meer dan twee of drie dimen- sies in het geding. Iets blijft echter hetzelfde. Een kruispunt – hoe ingewikkeld ook – houdt steeds een keuze in maar het vormt niet op zichzelf een discrepantie. Het wordt een discrepantie als gevolg van een waarde-oordeel, dat gekoppeld wordt aan de keuze waarvoor iedere kruising de passant nu eenmaal plaatst.

Het idee kruising kan er toe leiden dat men overschakelt naar de analogie van het dualisme. Kruispunten in de huisarts- geneeskunde zijn zelden of/of-situaties. De cartesische scheiding tussen lichaam en geest heeft ons voldoende ellende be- zorgd om nu een dergelijke „dialectische” benadering van de huisartsgeneeskunde aantrekkelijk te vinden. Te veel kruisingen blijken zich op verschillende niveaus tegelijkertijd af te spelen, te veel wegen blij- ken direct na een kruising toch weer sa- men te komen. Te vaak wordt met de ene hand teruggenomen wat zojuist met de andere is gegeven.

Met een vijftal concrete voorbeelden uit Ommoord worden kruispuntsituaties toe- gelicht:

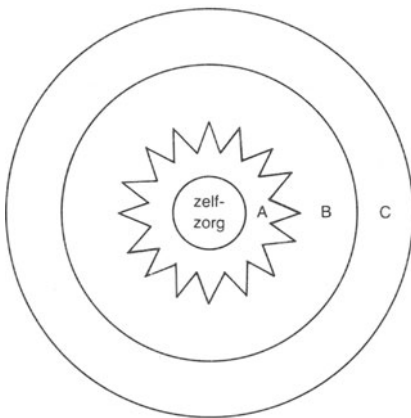
- Het gezondheidscentrum en de solo hulpverlener;
- Probleemgedrag;
- Een definitie van gezondheid;
- De patiënt als consument;
- Informatie, classificatie en toetsing;

Het gezondheidscentrum en de solo hulpverlener

Wanneer men de eerstelijns gezond- heidszorg ziet als het organisatiebeginsel om mensen geïnstitutionaliseerde man- telzorg (*figuur 3*) te bieden en niet als een deviantie-verwerkende industrie dan doet zich een aantal problemen voor.

Waarom zou een huisarts, een fysiothera- peut of een maatschappelijk werker met anderen in de eerstelijns gezondheids- zorg samenwerken, ja zelfs samen ver- antwoordelijkheid dragen, indien het on- miskenbaar verlies van vrijheid niet op- weegt tegen een bewezen nuttig effect? Dit lijkt een gemakkelijke vraag maar dat is het niet. Veel loopt door elkaar heen. Aan de wens tot samenwerken en ook aan de noodzaak om dat te doen is een reeks aspecten te onderscheiden. Het gaat daarbij in de eerste plaats om proces-ele- menten, in mindere mate om structuur-

Figuur 3. Voor verklaring, zie tekst.



A = spontane mantelzorg (het onderling hulpbetoon);

B = geïnstitutionaliseerde mantelzorg, beroepsmatige hulp (kruisverenigingen, maatschappelijk werk, huisarts, etc.)

C = specialistische hulpverlening (ziekenhuis, verpleeghuis, etc.).

Ontleend aan het rapport „Alleen Samen”.

elementen en eigenlijk nauwelijks om om- schreven „outcome”-maten.

Aan samenwerking ligt een inhoudelijke bedoeling ten grondslag. Het meest bes- cheiden doel is wel om het proces van de hulpverlening gemakkelijker, efficiënter en aangenamer – zowel voor de hulp- verlener als voor de consument – te doen verlopen. Hiermee is niet direct het effect van de hulpverlening in het geding.

Natuurlijk is het goed om te streven naar een beter product („outcome”). Dit zou kunnen betekenen dat er door samen- werking effecten mogelijk zijn welke in de solo-situatie uitgesloten zijn. Het is de vraag of er voor dit laatste voldoende aanwijzingen zijn. Het bewijs ervoor is naar mijn mening niet geleverd.

Hetzelfde geldt voor de idee van het ge- zondheidscentrum. Een gebouw is een in- strument en het is geen doel op zichzelf. De ervaringen welke in een aantal ge- zondheidscentra zijn opgedaan wijzen daarop. Het samenwerkingsverband maakt het domein van de twijfel toegan- kelijk en het maakt het mogelijk om aan de hand van niet- vervulde verwachtingen nieuwe verwachtingen te formuleren. Het samenwerkingsverband is een ingewik- kelde kruispuntsituatie waarbij de zorg- vuldigheid van de verschillende teamle- den een voorwaarde is voor een geregeld verkeer.

Een team dient een extra dimensie aan het verkeer in de eerstelijns toe te voegen, wel- ke niet beperkt kan blijven tot het opvijze- len van de satisfactie van de teamleden. Proces- en structurelementen als teamvorming en gezondheidscentra heb- ben vooral zin als zij aantoonbaar bidra- gen aan het veranderbaar, beïnvloedbaar en liefst stuurbaar maken van de ontmoe-

ting van het gezondheidszorgsysteem en de maatschappij. De bewijslast hiervoor ligt echter niet steeds bij de gezondheids- centra. Ook solo-hulpverleners en home- teams hebben de plicht om de manier waarop zij werken zichtbaar te maken.

Op geen van beide rust de plicht het sa- menwerkingsparadigma op te vatten als identiek met de wens de kosten, welke vooral in de hogere lijnen van de gezond- heidszorg gemaakt worden, te beperken. Met het beperken van kosten is uiteraard op zichzelf geen oneerbaar doel in het ge- ding, maar het kruist met de inhoudelijke aspecten van de eerstelijns gezondheids- zorg. De kruising tussen een volumedaling in de gezondheidszorg en de maats- chappelijke betekenis van een dergelijke daling bevindt zich grotendeels op het terrein van de eerstelijns gezondheids- zorg.

De eerstelijns kan in de vorm van gezond- heidscentra effectiever en duidelijker dan de verzameling solo-hulpverleners mede bepalend zijn voor wat er op deze kruising gebeurt. De eerstelijns heeft macht. Na-

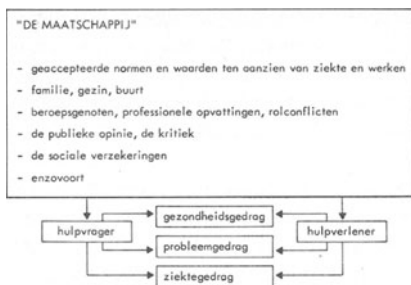


De eerste lijn heeft macht

varro stelt in zijn boek „Medicine under capitalism” dat de algemene politiek vast- stelt hoe het gezondheidszorgsysteem eruit ziet en dat iedere poging daarin ver- andering aan te brengen door mensen in de gezondheidszorg zelf futiel is. In een kapitalistische maatschappij is de uit- komst ervan, voorzover het progressieve wijzigingen van de gezondheidszorg be- treft, in zijn ogen dan ook voorspelbaar: de moeite niet waard.

De gebeurtenissen gedurende de afgelo- pen jaren in de Nederlandse situatie laten naar mijn mening duidelijk zien dat dit niet waar is. Het zich richten op de werkers en de krachten in de gezondheidszorg is niet op voorhand het stellen van een foute vraag zodat er niet anders dan een fout antwoord kan komen.

De historie van de samenwerking in Om- moord gedurende de afgelopen tien jaar verschaft inzicht in de verbijzondering van wat in het voorgaande is gesteld. Onze belangstelling is vooral gericht op de



Figuur 4

maatschappelijke aspecten van de eerstelijns gezondheidszorg en op de mogelijkheid om gerichte veranderingen aan te brengen in de inhoud en de omvang van de geboden zorg (figuur 4).

Kwesties als de financiering van gezondheidscentra in de zestiger jaren, het gemeentelijk dienstverband, de formalisering van samenwerkingsrelaties met wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers en vooral ook hun werkgevers, de stimuleringsregeling en veel belangrijker, de recente richtlijnen van de Ziekenfondsraad over de financiering van gezondheidscentra – het zijn stuk voor stuk kruispunten. Politieke opvattingen, belangen van beroepsgroeperingen, wisselingen in de publieke belangstelling en in de benaderingswijze van de pers, de Structuurnota, de 4% – beddennorm en de ontwerp-wetten gezondheidszorgvoorzieningen en -tarieven kruisen met veranderde opvattingen over de betekenis van ontwikkelingen in de gezondheidszorg, met veranderingen in de gezondheidsbeleving en met verschuivende normen over de waarde van het leven, van de ongeboorte vrucht en van doodgaan.

Probleemgedrag

Een onbetwistbaar paradigma voor de hele gezondheidszorg en dus ook voor de huisartsgeneeskunde is het medische model (zie ook figuur 1). Er is sprake van een ziekte die ergens in het individu zit en binnen diens structuur gelokaliseerd en aangepakt dient te worden.

De benadering van iemand binnen het medische model is in beginsel algoritmisch van aard. Het aanleren van deze algoritmen neemt een belangrijke plaats in de medische opleiding in. Iedere omschreven ziekte kent niet slechts een anatomisch of anderszins organisch substraat, langs een aantal omschreven stappen – het diagnostisch proces – kan men met grote zekerheid tot de diagnose komen.

De goede en de slechte clinicus onderscheiden zich zodoende naar gelang van het aantal stappen dat zij op weg naar de diagnose maken (De Vries Robbé). Er is

(1978) huisarts en wetenschap 21, 468

trouwens gerede twijfel over de mate waarin „keiharde” somatische diagnoses ook werkelijk zo keihard zijn. Maar er bestaat overeenstemming over dat veel mensen de gezondheidszorg binnenstapen bij wie geen „medisch model”-diagnose is te vinden.

Op deze kruising met het medische model dienen zich verschillende andere modellen aan, zoals het sociale model, het consumentenmodel of – ter vervanging van het algoritmisch denken – het heuristische open contactmodel (figuur 2).

In Ommoord is het probleemgedrag-paradigma (figuur 5) ontwikkeld (Lamberts 1975). De morbiditeitsanalyse-1972 levert



Probleemgedrag is heel iets anders dan ziektegedrag

daarvoor de basis. Van de bijna 30.000 problemen – ziekten, klachten, leefproblemen en anderszins – welke bijna 11.000 mensen in één jaar aan vier huisartsen aanboden kon 41 procent van een duidelijke somatische diagnose worden voorzien.

Tabel 1.

30.000 classificaties van problemen.

41% duidelijke somatische diagnose (5% met nadelige invloed op het dagelijks leven gedurende langere tijd)

31% probleemgedrag en psychische reacties. (6% reactievormen, 6% psychosomatische diagnose, 7% omschreven leefproblemen, 11% functionele klachten)

10% proceduraal. (CB's, verklaringen enzovoort)

18% vaag, onduidelijk.

31% van de problemen viel in het domein van het probleemgedrag, 11 procent van

de problemen is proceduraal van aard zoals consultatiebureau-bezoek, orale anticonceptie en screening. Tenslotte blijft er 18 procent van de problemen over die vaag en wisselend van inhoud is. Het is als het ware het cement tussen de verschillende vormen van gedrag.

Tabel 2. Schattingen van het aantal mensen (per jaar per 1000) met probleemgedrag-contacten met verschillende werksorten.

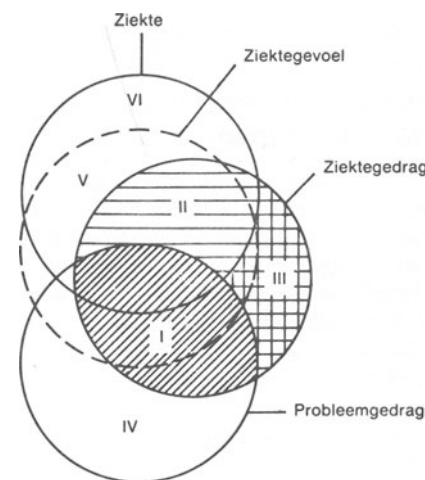
Huisarts	180
Fysiotherapeut	50
Wijkverpleegkundige:	
– kinderhygiëne	20
– curatief	15
Maatschappelijk werker	9

Geïstitutionaliseerde GGZ (ambulant en klinisch), psychiaters

16

Overal hoort men de opvatting dat de eerstelijns de plaats bij uitstek is waar mensen met probleemgedrag of mensen met niet-duidelijk omschreven lichamelijke problemen het best geholpen kunnen worden. Uit tabel 2 blijkt dat dit in Ommoord ook tastbaar vorm heeft gekregen. Algemeen is men van mening dat de eerstelijns het kruispunt dient te vormen tussen de benadering van hen die om-

Figuur 5. Schematische voorstelling van de onderlinge positie van de begrippen ziekte, ziektegevoel, ziektegedrag en probleemgedrag.



I - ziektegedrag dat ook probleemgedrag is.

II - ziektegedrag op basis van ziekte, geen probleemgedrag.

III - ziektegedrag zonder ziekte en geen probleemgedrag.

IV - probleemgedrag zonder ziektegedrag.

V - ziekte met ziektegevoel zonder ziektegedrag.

VI - ziekte zonder ziektegevoel en zonder ziektegedrag.

schreven lichamelijke afwijkingen hebben en hen die veelal op basis van het rijke scala aan maatschappelijke spanningen gedwongen zijn tot ziektegedrag. Maar hoe vanzelfsprekend is dit eigenlijk?

De omvangrijke interdoctor-variatie bij het totstandkomen van probleemgedrag is door ons beschreven. Het feit echter dat mensen zelf minstens even vaak als de hulpverlener dit denkt (ITOBA-rapport, wachtkameronderzoek door *Boom* en *anderen*) aangeven met een leefprobleem en niet met een ziekte te komen, sluit goed aan op de literatuurgegevens (*Wolfe* en *Badgley*, *Regier* en *anderen*, *Cooper* en *anderen*).

Wanneer men de ogen niet sluit en wanneer men geen barrière voor de patiënten opwerpt, dan is het heel gewoon wanneer ieder jaar ongeveer twintig procent van de mensen met een leefprobleem – al dan niet in verholde vorm aangeboden – bij de huisarts komt.

Vervolgens is gebleken dat probleemgedrag de belangrijkste vormfactor is voor de inhoud van de huisartsgeneeskunde. Het is een paradigma waarbinnen het zoet onderzoeken is. Probleemgedrag is de belangrijkste factor bij het verklaren van variantie in consumptie in de eerstelijns. (tabel 3) (*Van der Gaag* en *Van de Ven*; *Lamberts* 1975).

Tabel 3. Maximum invloed van iedere variabele apart op het aantal huisarts-patiënt contacten per jaar terwijl de overige variabelen op het gemiddelde gefixeerd blijven (*Van der Gaag* en *Van de Ven*).

Geslacht	57%
Sociale klasse	13%
Verzekeringsvorm	13%
Woonvorm	14%
Interdoctor variatie	14%
Belangrijke ziekte	112%
Probleemgedrag	140%
Probleemgedrag van een gezinslid	10%

Tenslotte is het voor iedereen duidelijk dat mensen die geen ziekte hebben maar eventueel wel probleemgedrag vertonen in de hogere lijnen van de gezondheidszorg veel kosten veroorzaken die „onnodig” zijn en mede daarom bij voorkeur in de eerstelijns thuishoren (*Rutten* en *Van der Gaag*).

Het ziet er naar uit dat probleemgedrag een voorrangskruising is die tot een duidelijk verkeer in de gezondheidszorg aanleiding geeft en leidt tot een omvangrijke wederzijdse tevredenheid. Maar is dat ook zo?

Twee problemen doen zich voor. Eerst de vraag of probleemgedrag een echt

eerstelijns gezondheidszorgprobleem is en vervolgens de vraag of er wel iets zinvol aan te doen is. Wij hebben een groep mensen met probleemgedrag gedurende bijna vier jaar gevolgd, gedurende welke de huisartsen probeerden hen te helpen (*Lamberts* 1975). Of men daar nu het begrip psychotherapie, het woord „counselen” of gewoon hulpverlening op wil plakken blijft mij om het even. Wat niet om het even blijft is de duidelijke conclusie dat ongeveer de helft van de mensen met probleemgedrag deze vorm van gedrag continueren gedurende tenminste drie jaar. Er is sprake van een harde kern mensen voor wie het bespreken van leefproblemen met hun huisarts tot een vaste gewoonte is geworden.

Nu zal de feitelijke inhoud van het probleem daarbij best een rol spelen, tal van problemen zijn immers niet op te lossen, maar ook de persoon van de huisarts



Navelstreng tussen huisarts en patiënt

speelt bij dit voortzetten van probleemgedrag duidelijk een rol. Het begrip „navelstrengsituatie” dekt hier wellicht de lading.

Huisartsen hebben bepaalde mensen met bepaalde problemen nodig om zelf goed te functioneren. Wij hebben er in Ommoord veel moeite mee gehad om in een aantal gevallen de navelstreng door te knippen. De bedoeling daarbij was zowel de hulpvrager als de hulpverlener in de hulpverleningssituatie te emanciperen. Een navelstrengsituatie is nu éénmaal het tegenovergestelde van een volwassen relatie. Vooral het werken met groepen patiënten heeft hierbij een belangrijke bijdrage geleverd (*Van Weel* 1977). De groepen leveren de munitie op tegen de algemene drang naar medicalisering, naar professionalisering en naar het zo specifiek mogelijk maken van alles wat in het leven maar als onaangenaam of bedreigend wordt ervaren.

Daarmee komt de vraag op of probleemgedrag wel in de eerstelijns thuishoort. Ik betwijfel dat in toenemende mate. Ik bedoel daarmee niet dat mensen die leven in de stille wanhoop van het leven van alle-

dag er geen recht op hebben om ergens begrip en steun te ontvangen. De vraag is alleen of dat geïnstitutionaliseerd en georganiseerd in de ondanks alles hiërarchische situatie van de eerstelijns moet gebeuren.

Ik vind dat wij op het kruispunt staan van enerzijds „la condition humaine” en anderzijds de „psychopathologie” van alle dag. Het is immers vaak helemaal geen psychopathologie waarmee mensen in de knel zitten. Dat wordt het pas wanneer zij om professionele hulp (moeten) vragen. Voor sommigen van ons is het leven af en toe, voor anderen heel vaak en voor weinigen constant moeilijk en pijnlijk. De vraag hoe mensen met elkaar omgaan wanneer zij het voor de kiezen krijgen is in eerste instantie een ethische en dus een politieke vraag en geen huisartsgeneeskundige. Toch is de eerstelijns de plaats bij uitstek om de vragen waar het om gaat in duidelijke stukken te splitsen en daarna als een serie in beginsel beantwoordbare vragen naar voren te brengen.

Een definitie van gezondheid

Als er ergens een kloof bestaat tussen verwachting en werkelijkheid dan is dat wel bij de bekende definitie van gezondheid van de Wereldgezondheidsorganisatie. Als er ook ergens ruimte is voor veranderingen in opvattingen en doelstellingen dan heeft dat opnieuw te maken met de definitie van „gezondheid”. Historisch gezien heeft de W.G.O.-definitie na de Tweede Wereldoorlog een belangrijk tijdperk geopend maar eveneens historisch gezien vormt zij een vanzelfsprekend einde van het tijdperk dat ermee is ingeluid. Het is niet alleen de tegenstelling tussen de rijke (westerse) wereld en het veel minder welvarende deel ervan, die de W.G.O.-definitie tot een onwerkbaar heeft gemaakt. Juist de gang van zaken in de ontwikkelde landen heeft het gezondheidsbegrip zoals dat bestond, ondermijnd. Bij het kiezen van een nieuwe definitie bevindt men zich op een zeer ingewikkeld kruispunt waarbij veel belangen en talrijke ethische en filosofische opvattingen elkaar raken.

In Ommoord is een definitie van gezondheid ontwikkeld, welke zich in de eerste plaats richt op de ervaringen en de gevoelens van de mensen zelf (*Lamberts* 1977): „Gezondheid is die manier van zijn waarbij het individu zich goed voelt en waarbij zijn lichaam hem niet tot last is. Daarbij is hij lichamelijk fit en in staat zo te leven, dat dit voor hemzelf bevredigend is, waarbij rekening wordt gehouden met de beperkte mogelijkheden, die voortkomen

Tabel 4. Verschillen in respectievelijk, hetgeen ten aanzien van de behandeling werd verwacht en gekregen, verwacht en niet gekregen en niet verwacht, wel gekregen, tussen patiëntengroepen uit Ommoord (N=272) en Rochester (N=320). In procenten.

	Ommoord			Rochester		
	verwacht, gekregen	verwacht, niet gekregen	niet verwacht, wel gekregen	verwacht, gekregen	verwacht, niet gekregen	niet verwacht, wel gekregen
Recept	45	6	11	22	10	16
Gratis monster	0	1	1	0	1	1
Injectie	2	1	1	2	4	2
Fysiotherapie	1	2	1	0	< 1	0
Uitleg, gesprek, begeleiding	7	6	7	25	6	21
Advies, leefregel	2	6	5	14	5	8
Wat anders	0	2	3	2	4	4

uit de vaak moeilijke leefsituaties, kenmerkend voor het menselijk bestaan."

Zonder moralistische tendensen is onze definitie zeker niet maar in ieder geval is er enige ruimte gecreëerd om een meer gelijkwaardige relatie tussen hulpvrager en hulpverlener mogelijk te maken. De positie van de arts als dubbelagent in een verregaand vermedicaliseerde wereld komt ermee op de tocht. Wij vleien ons beslist niet met de hoop dat de introductie van een nieuwe definitie op zichzelf enige verandering brengt in de machtsverhoudingen in de gezondheidszorg zoals deze nu zijn. Maar enig optimisme is gerechtvaardigd over de mogelijkheden om wat meer ruimte te maken op het gebied der twijfel, der onduidelijkheid en der discrepantie. Dit is opnieuw een culturele functie van de huisartsgeneeskunde. Een belangrijk kruispunt tussen het geneeskundig systeem en de maatschappelijke verhoudingen wordt weliswaar niet gemakkelijk passeerbaar gemaakt, doch een markering van de te verwachten onoverzichtelijke verkeerssituatie met alle gevaren vandien wordt aangeboden. Degeen die echter in eerste instantie met deze markering te maken krijgt is de patiënt, al dan niet samen met zijn huisarts. Maar de opvattingen en verwachtingen van de patiënt als consument zijn ons goeddeels onbekend.

De patiënt als consument

Boom, Lamberts, Froom en Blondell beschreven een „transcultureel" wachtkameronderzoek in Rochester (VS) en in Ommoord. De uitkomsten zijn opmerkelijk. In de eerste plaats blijkt het dat de culturele verschillen tussen Noord Amerika en Nederland weerspiegeld worden in de uiteenlopende verwachtingen waarmee mensen naar hun huisarts gaan. In de Verenigde Staten verwacht – en verkrijgt men ook goeddeels – een technische, geprofessionaliseerde, klinisch georiënteerde benadering. In Nederland geeft ruim 30 procent van de mensen op voorhand aan dat zij direct of indirect voor een leefprobleem komen. Voorzover de mensen exacte verwachtingen uitspreken (bijvoorbeeld over het verkrijgen van een recept, over een lichamelijk onderzoek, over het krijgen van een genezing of van een geruststelling) blijkt dat deze verwachtingen in 30 – 50 procent van de gevallen niet vervuld worden.

Ook het ITOBA-onderzoek dat in Ommoord en Hoensbroek is verricht naar de opvattingen en ervaringen van patiënten van beide gezondheidscentra leidt tot de conclusie, dat er een discrepantie bestaat tussen wat mensen zeggen dat zij wensen en wat zij krijgen. Eveneens is er een dis-

crepantie tussen wat hulpverleners verwachten dat consumenten willen en wat er zich werkelijk afspeelt. Vooral als het gaat over leefproblematiek bestaan er discrepanties bij de vleet (tabel 6).

Uit het ITOBA-onderzoek blijkt dat de consumenten weliswaar het bestaan van bijvoorbeeld hulpverlening voor huwelijksproblemen als een mogelijkheid erkennen – naast de omschreven mogelijkheid tot zelfhulp – maar dat zij daarvoor de huisarts veel meer als de hulpverlener zien dan de maatschappelijk werker die nu juist door de hulpverleners in de eerstelijns als de eerst aangewezen wordt gezien wanneer het om relationele problematiek gaat (tabel 6).

Uit figuur 6 blijken dezelfde opvattingen in de praktijk van het maatschappelijk werk naar voren te komen. De case-load (met



Verschuiving naar zelfzorg

praktisch alleen relationele problemen (Lamberts en Op 't Root) komt na verwijzing tot stand. Het „free access" is praktisch te verwaarlozen.

Figuur 6 presenteert echter nog andere aanwijzingen voor de culturele functie van de eerstelijns. De beruchte vakaturestop voor het algemeen maatschappelijk werk slaat bij ons toe in de tweede helft van 1977. Verder blijkt dat de case-load door de jaren onafhankelijk is van de omvang van het patiëntenbestand van de groepspraktijk, van het aantal inwoners van Ommoord en van de hoeveelheid relationele problematiek welke vooral aan de huisartsen en de fysiotherapeuten wordt aangeboden (Buyten en anderen). De case-load is steeds precies zo groot als de beschikbare „mankracht" van het maatschappelijk werk. De patiënt/cliënt vervult zijn rol als consument kennelijk niet in volle vrijheid doch hij doet dit binnen het keurslijf van een zorgdistributiesysteem. De huisarts heeft opnieuw een uitgesproken culturele functie bij het regelen van

Tabel 5. Verschillen in respectievelijk, hetgeen ten aanzien van onderzoek en hulp werd verwacht en gekregen, verwacht en niet gekregen en niet verwacht, wel gekregen, tussen patiëntengroepen uit Ommoord (N=272) en Rochester (N=320). In procenten.

	Ommoord			Rochester		
	verwacht, gekregen	verwacht, niet gekregen	niet verwacht, wel gekregen	verwacht, gekregen	verwacht, niet gekregen	niet verwacht, wel gekregen
Lichamelijk onderzoek	22	5	14	25	6	11
ECG	0	2	<1	1	1	1
Laboratoriumonderzoek	3	2	4	17	6	15
Anticonceptie	9	2	2	3	2	1
Check up	0	2	2	19	3	8
Prenataal onderzoek	1	1	<1	6	2	1
Wat anders	3	4	4	16	8	8

Tabel 6. ITOBA-onderzoek. Opvattingen van consumenten en hulpverleners.

	A Wat is de reden? (oordeel consument)	B Discrepantie in A met oordeel hulpverlener?	C Wie is de hulpverlener? (oordeel consument)	D Wie is de hulpverlener? (oordeel hulpverleners)	E Discrepantie tussen C en D
Functionele en psychosomatische klachten	Lichamelijk	+	HA	HA	0
Psychische problemen	Psychisch	0	HA	HA+ MW	±
Relatie-problemen	Relationeel	0	Niemand of HA	MW	+

consumptiestromen, bij het afstemmen, oproepen, remmen van verwachtingen van patiënten, van anderen in de gezondheidszorg en van de „grote” maatschappij. Interessant is daarbij de in luidheid en omvang toenemende discussie over de verschuiving tussen zelfzorg en mantelzorg enerzijds en professionele zorg anderzijds (Levin en anderen; Levin; Williamson en Danaher).

Het is een historische paradox dat eens de ontwikkeling van professionele zorg een sterke stimulans kreeg door het te kort schieten van zelfzorg en mantelzorg, terwijl nu juist de teleurstelling over het gebrek aan succes van de professionele geneeskunde bijdraagt aan een ontwikkeling weg van medicalisering en specialisatie, in de richting van zelfzorg.

Elders heb ik uiteengezet dat juist bij deze verschuiving de eerstelijns het „ieders land” tussen gespecialiseerde en niet-professionele zorg is. Het is een culturele functie om de wens tot verschuiven in een vroeg stadium aan te voelen en er op in te spelen. Het is een onderdeel van onze professie om het dilemma op deze kruis-

sing te hanteren. Wat speelt zich op deze kruising af? De professionalisering van de huisartsgeneeskunde en het ontwikkelen van de „eigen” methoden hebben een aspect met het specialiseren van functies gemeen. Haaks erop staat de behoefte zelfzorg en niet-professionele zorg te respecteren en te bevorderen. Bij het benaderen van probleemgedrag hebben wij dit dilemma aan den lijve ondervonden.

Een andere illustratie heeft te maken met de anticiperende benadering. Van Weel (1978) heeft erop gewezen dat deze vorm van preventie voor de huisarts zou kunnen leiden tot het verkrijgen van meer macht, ten koste van de patiënt.

Wil er in de huisartsgeneeskunde sprake zijn van een professioneel hanteren van anticiperende methoden dan gaat het er niet slechts om of een bepaalde handeling – bijvoorbeeld bloeddruk meten – praktisch mogelijk is maar vooral hoe gehandeld wordt. Verschillende tegenstrijdige belangen van de „patiënt” zijn aan de orde.

Naast het feit dat na het anticiperen de interventie effectief dient te zijn, spelen

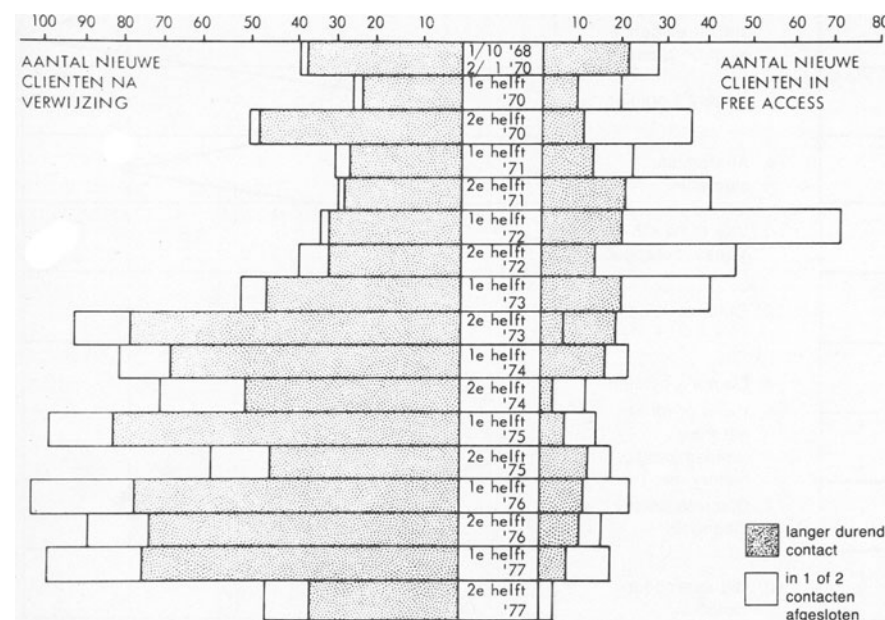
het stigmatiseren of labelen van iemand en het afhankelijk maken van een „professional” een rol. Juist in het kader van de iatrogenese is het belangrijk om een niet-volgbaar zijn van patiënten (non-compliance) zonder vooringenomenheid tegemoet te treden. Van Weel (1978) verduidelijkt dat een moralistische benadering van compliance kan leiden tot éénrichtingsverkeer.

Een tweede paradox is dat in de directe contacten met de „eigen” patiënten weinig of niets blijkt van een verminderde vraag naar professionele zorg. Consumentenparticipatie – de ervaringen in Ommoord wijzen daarop – kan zelfs een belemmering vormen voor een verschuiving.

Een belangrijke stimulans voor zelfzorg en mantelzorg kan echter uitgaan van een verminderde toegankelijkheid, een geringere aantrekkelijkheid en een kleiner volume van professionele gezondheidszorg. Opnieuw een rol voor de eerstelijns.

Het is mijn overtuiging dat er voldoende ruimte en flexibiliteit zit in het gehele gezondheidszorgpakket en in de eerstelijns gezondheidszorg. Ook de gebrekkige overeenstemming tussen de verwachtingen en de ervaringen van patiënten enerzijds en hulpverleners anderzijds onderstreept dit. Deze ruimte kan beter niet weer opgevuld worden met nieuwe vormen van zorg (screening, periodiek geneeskundig onderzoek, grotere rol in het

Figuur 6. „Case-load” van de maatschappelijk werkers in Ommoord.



Het plakken van een label op de problemen van mensen

ziekenhuis), tenzij de behoefte eraan onduidelijk vaststaat. Dit is slechts zelden het geval.

Een van de wijzen waarop de huisarts aan een verschuiving kan bijdragen is een doelgericht hanteren van het hem door de wet, de cultuur en de geneeskunde verleende recht om problemen van mensen met een diagnose te tooien. Het plakken van een label op iets wat tevoren nog niet officieel en op maatschappelijk aanvaarde wijze benoemd was, is een van de meest uitgesproken kruispuntsituaties waar de culturele functie van de huisarts duidelijk en stuurbaar is.

Informatie en classificatie

Het benoemen van een probleem staat centraal in de hulpverlening. De diagnose of probleemclassificatie heeft belangrijke gevolgen voor wat er met een patiënt gebeurt. Het is bekend dat de hardheid van talrijke diagnoses in alle sectoren van de geneeskunde veel te wensen overlaat. Wat dat betreft maakt de huisartsgeneeskunde beslist geen uitzondering.

Toch is het belangrijk op welke wijze de problemen van de patiënt worden geclassificeerd omdat tegelijk met een bepaalde diagnose een bepaald aanvalsplan op tafel wordt gelegd. Uit onze morbiditeitsanalyse is gebleken dat bepaalde mensen en bepaalde huisartsen gezamenlijk tot bepaalde diagnoses komen of bepaalde diagnoses juist ontlopen.

Probleemgedrag blijkt essentieel te zijn bij het opplakken of juist achterwege laten van bepaalde labels. Met de duidelijkheid ervan is het echter slecht gesteld. Teamgenoten verstaan elkaar ternauwernood, definiëren van diagnoses stuit op grote problemen en de achtergrondinformatie welke wij op de patiëntenkaart schrijven verklaart slechts een zeer beperkt deel van de variantie in classificaties.

In 1977 hebben alle kernteamleden in Ommoord zich gebogen over de International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC) (Lamberts en

Sloot). Zij gaven aan in welke mate de eigen discipline bij ieder probleem een wezenlijke rol kan of dient te vervullen. Het werd alras duidelijk dat er een ongelijkvloerse kruising bestaat tussen wat de huisartsen zelf als professionele verantwoordelijkheid beschouwen en hetgeen de overige teamleden opeisen respectievelijk tot het arbeidsterrein van de huisartsen rekenen.

Tabel 7. Aantal diagnoses uit de ICHPPC dat door de niet-huisartsen in het team wordt „geclaimd”.

Claim	Huisartsen eens	Huisartsen oneens
geen ander	92	6
1 ander	40	119
2 anderen	66	33
3 anderen	9	4
4 anderen	2	0

De verschillen in opvattingen zijn zeer groot. Vooral de wijkverpleegkundige blijkt het bij de verdeling slecht getroffen te hebben. Het is duidelijk dat wanneer in een lang bestaand en goed functionerend team als het onze zulke discrepanties bestaan over een basale aangelegenheid, men er zich niet over verbazen moet dat er tussen hulpvrager en hulpverlener een bijna onoverbrugbare kloof kan bestaan. Deze gaat in beide gevallen dan ook verder dan „semantische” problemen of een „gebrekkige” communicatie.



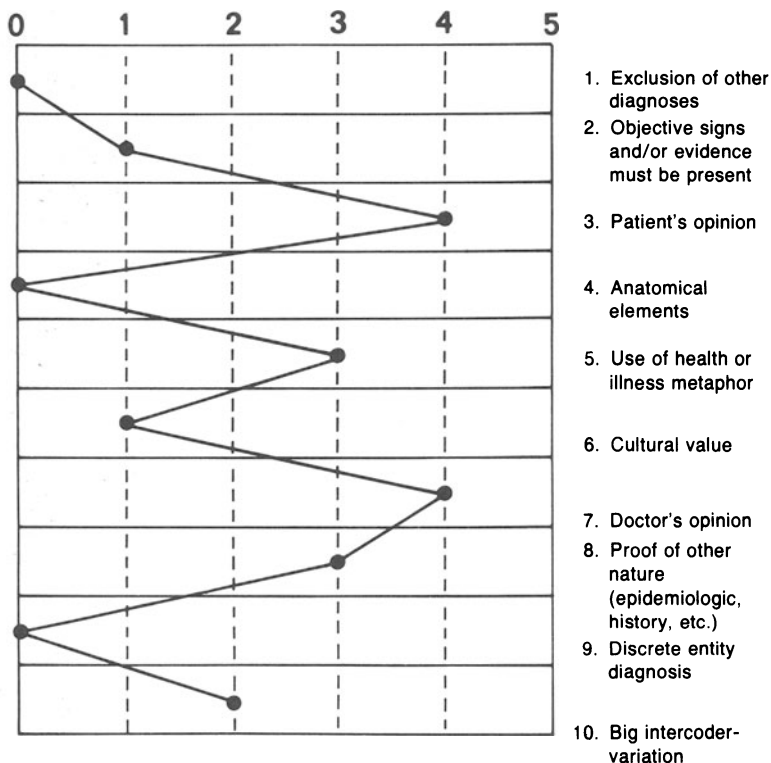
Ceci n'est pas une pipe.

René Magritte. *L'usage de la parole* 1928-29 (uit Suzi Gablik. *Magritte. Thames and Hudson, London, 1977*) Magritte schildert Wittgenstein. Deze pijp is geen pijp maar de afbeelding van een pijp.

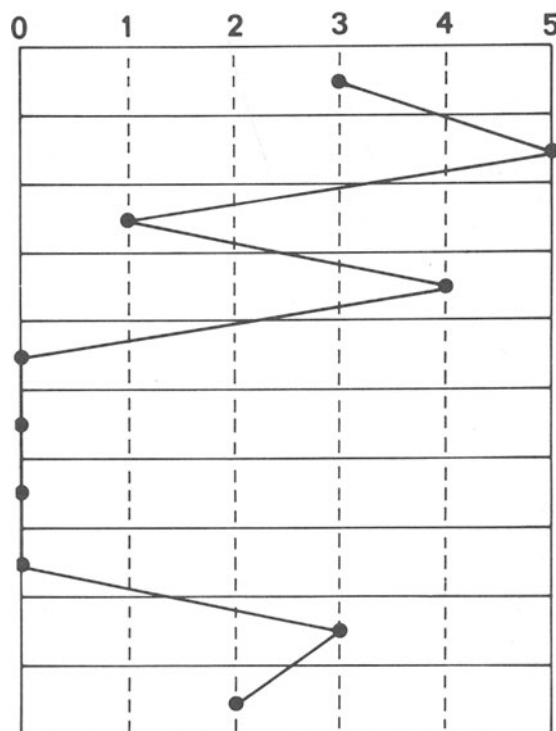
Onder het motto „Popper is painful but Wittgenstein is worse” heb ik in Montreux de definitie-problematiek van de ICHPPC belicht (tabel 8 en figuur 7 en 8).

Met figuur 7 en 8 worden twee voorbeelden van de spreiding in gehanteerde criteria geïllustreerd. (Lamberts 1978). Van de tien gebruikte beoordelingscriteria vertoonden zes een flinke variantie. Een onderverdeling van de ICHPPC in tenminste vier – en wellicht zes – groepen met rubrieken benadrukt de heterogene samenstelling van de op dit moment best bruikbare classificatie in de huisartsgeneeskunde. Alsof dit allemaal nog niet erg genoeg is,

Figuur 7. Toepassing van de dimensies of beoordelingscriteria – zie tabel 8 – voor de diagnose school- en opleidingsprobleem (364).

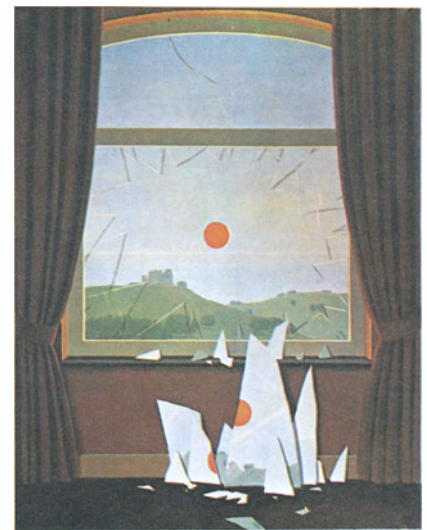


Figuur 8. Toepassing van de dimensies of beoordelingscriteria – zie tabel 8 – voor de diagnose hemorroïden (130).



Tabel 8. Omschrijving van de tien in figuur 7 en 8 toegepaste dimensies of beoordelingscriteria.

1. *Exclusion of other diagnoses* – inclusion in a rubric is determined by ruling out alternative or related diagnoses. Therefore, what is not included in the rubric becomes as important as what is included. For instance, pulmonary heart disease does not include conditions due to a primary heart disease.
2. *Objective signs or evidence present* – inclusion in the rubric depends on identification of specific clinical investigative signs which are considered more or less pathognomonic for the disorder. For instance, auscultating, X-ray or respirometric evidence are required for a diagnosis of chronic bronchitis.
3. *Patient's opinion* – inclusion in the rubric depends on the subjectively defined complaint or symptomatic presentation of the patient regardless of objective clinical or investigative evidence and of course checked for communicative accuracy anamnestically by the doctor. For instance, headache, abdominal pain.
4. *Anatomical elements* – specific structures or locations in the human body are an essential part of the definition, for instance haemorrhoids.
5. *Use of health or illness metaphor* – inclusion in the rubric requires that an essentially social or psychological problem is seen by the doctor or patient or both as a problem affecting the health or producing illness in the patient.
6. *Cultural value* – inclusion in the rubric is dependent to a significant degree on the definition containing an important element based on a particular cultural setting or bias.
7. *Doctor's opinion* – inclusion in the rubric depends on the doctor's judgment apart from the patient's subjective claims or objective evidence.
8. *Proof of other nature (Epidemiologic History)* where epidemiologic factors, family history or other such supportive diagnostic indications are important to inclusion in the rubric. For instance, intestinal disease – presumed infectious or viral when there is a cluster of similar cases in the community.
9. *Discrete Entity Diagnosis* – when the diagnosis in question rests on identification of specific etiological agents (measles) or failing this, a simple pathophysiological disturbance (excess wax in the ear canals).
10. *Big, essential intercoder (interdoctor) variation* – when there are numerous or important divergences between the authors of the definitions in their use of or omission of the above themes and/or in terms of other disagreements.



René Magritte. *Le soir qui tombe* 1964 (uit *Suzi Gablik. Magritte. Thames and Hudson, London, 1977*)

schappelijk gewenste en aanvaarde, maar ook over de schaal van de stand van de „common science” en de opvattingen van de „scientific community” der huisartsen. Er wordt een nieuwe realiteit geconstrueerd. Maar deze realiteit welke de huisarts ziet, hoeft niet dezelfde realiteit te zijn welke de patiënt ervaart. Magritte laat met „le soir qui tombe” zien hoe ingewikkeld verschillende realiteiten en het beeld daarvan zich tot elkaar kunnen verhouden. Een plaatje van een pijp is nog geen pijp.

Toetsing is te vergelijken met het calibreren van de bovengenoemde ampèremeter en opnieuw beschilderen van de twee wijzerplaten met symbolen, de maatschappelijke en de huisartsgeneeskundige. Een goed voorbeeld is het voorschrijven van minor tranquillizers (*Lamberts*) (figuur 10).

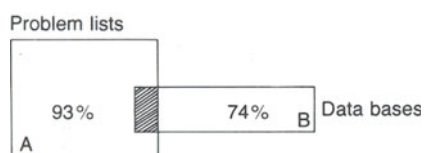
Kennelijk zijn huisartsen het erover eens dat het niet goed is wanneer mensen met leefproblemen deze verstoppertjes onder de kunstmatige ontspanning door een tranquillizer gegeven. Er moet immers aan de



De ampèremeters

leerde de morbiditeitsanalyse dat de ons zo vertrouwde basisgegevens (geslacht, leeftijd, verzekeringsvorm, zie verder tabel 3) slechts een teleurstellend klein deel van de variantie in de samenstelling van probleemlijsten verklaren kan (figuur 9). Het is niet de bedoeling om met de drie genoemde, uit het leven van de huisarts gegrepen voorbeelden, een atmosfeer

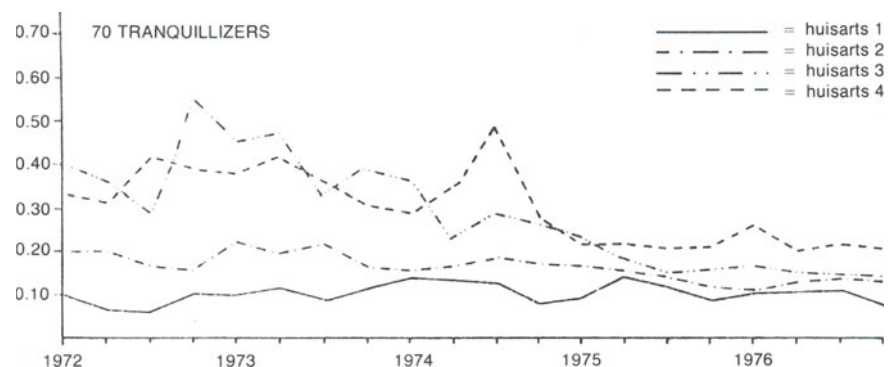
Figuur 9. Variantie gedeeld door respectievelijk de basisgegevens en de probleemlijsten.



van machteloosheid enerzijds en van het positivisme van een lonkend toekomstperspectief waarin alles beter is anderzijds, op te roepen. Het is duidelijk dat mensen met problemen, met onlustgevoelens, met twijfel en ook met ziekten zich in de huidige Nederlandse cultuur tot huisartsen wenden, soms met omschreven en soms met uiterst onduidelijke vragen en verwachtingen.

Als een wat vertraagde maar gevoelige ampèremeter slaat de naald van het diagnostisch- of labelinggedrag van de huisarts uit over de schaal van het maat-

Figuur 10. Kosten in guldens per maand per ziekenfondspatiënt van door vier huisartsen voorgeschreven minor tranquillizers.



problemen gewerkt worden, er moet geconfronteerd worden, er moeten oplossingen tot stand gebracht worden. Echt-therapieën, groepstherapieën en wat al niet zijn er om actief de problematiek aan te pakken en niet een laf beroep op een hele of halve „gele” te doen.

Maar opnieuw bevinden wij ons op een kruising. Voor heel veel mensen is het leven helemaal niet zo'n lolletje, is het een bestaan van stille wanhoop en er zijn voor veel problemen niet echt oplossingen te vinden. En op grond van welke gevoelens van onszelf ontzeggen wij de patiënt een klein genoeg dat hij zo graag wil smaken. Wat is eigenlijk op de keper beschouwd het verschil tussen een halve „gele” en 1 of 2 glazen bourgogne? Waarom zijn wij tot spugens tolerant tegenover de sigarettenroker en waarom heffen wij de bestraffende vinger tegen degene die een tranquillizer prettig vindt en degene die de tranquillizer voorschrijft? Opnieuw een kruispunt.

In ieder geval bestaat in Ommoord na de knellende omarming van de toetsing van voorschrijfgedrag en na het nivelleren (zie *figuur 10*) nu het gevoel dat het taboe op de tranquillizer is verminderd.

Discussie

De zekerheid dat het classificeren van problemen en het daarop afstemmen van de hulpverlening een cultureel gebeuren is, maakt het verzamelen van informatie (basisgegevens, problemenlijsten, contactgegevens, consumptiegegevens) de analyse ervan en de effecten van terugkoppeling (toetsing) tot de hoeksteen van de huisartsgeneeskunde als leer der kruispunten in de gezondheidszorg.

De ruimte om de vigerende paradigma's in



de huisartsgeneeskunde (medisch model, psychosociale hulp „à tout prix”, eerstelijns als enige invalspoor voor hulpverlening, compliance, verantwoordelijkheid van de arts voor de gezondheid van de patiënt) te vervangen door andere is groot.

Tijdens de promotie van *Verbrugh* ontstond er een discussie met Geurts over de incommensurabiliteit waarover Kuhn spreekt. *Verbrugh* vindt een harmoniemodel mogelijk bij de invoering van een nieuw paradigma in afwijking van de door zijn opponent naar voren gebrachte opvatting van Kuhn, dat juist het feit dat de vertegenwoordigers van de vigerende „normal science” eenvoudigweg niet zinvol spreken kunnen met hen die een nieuw paradigma formuleren, benadrukt. De overgang is dan revolutionair en gaat gepaard met strijd waarbij de strijdenden elkaar niet kunnen verstaan omdat hun woorden niet over en weer vertaalbaar zijn.

Voor dit gat hoeft onze discussie echter niet gevangen te worden. De paradigma-vraag is in de huisartsgeneeskunde interessant, maar het kan in mijn ogen geen struikelblok vormen. Er zijn verschillende opvattingen en gedachtenschema's die zonder al te veel wringen het etiket „paradigma” verdienen. Er is overlap, er is tegenstrijdigheid en soms onverenigbaarheid.

In deze bijdrage wordt een gedachtenschema naar voren geschoven dat zeker niet „incommensurabel” is met reeds langere bestaande opvattingen. De praktische gevolgen echter, die uit een huisartsgeneeskundige leer der kruispunten voortkomen, geven de maat voor de nadruk op de culturele functie van de huisarts. Dit betekent een toekomst vol ver-

rassingen. Wellicht kan de huisarts als een nieuwe Houdini een aantal boeien – die sommigen niet eens als zodanig ervaren – verbreken.

Er zijn in mijn ogen verschillende boeien die een verdere ontwikkeling bemoeilijken. Sommige ervan zijn in het voorgaande genoemd. Het noemen van een boei houdt ook in het noemen van een vrijheid, welke ontstaat na het slaken van de boei. Labelen is ook een vorm van boeien. Als er geen diagnose is, is er geen therapie, ook geen psychotherapie. Wanneer iemand een probleem heeft dat niet is gelabeld als „neurotisch”, „depressief” of „abnormaal” dan spelen andere strategieën een rol. Het gaat dan om veranderingen in gedrag en in verwachtingen, om probleemoplossen, om het bereiken van een bepaald doel, om het zich bevrijden van iets, om tevredenheid en om zelfverwerkelijking. Het gaat dan om strategieën van zelfzorg en mantelzorg (*Guerney*).

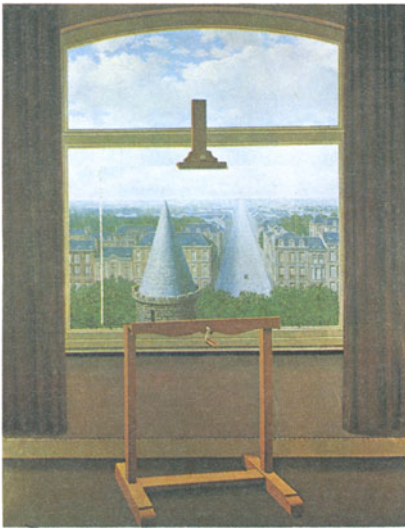
Overigens heeft ook de „welzijnszorg” er een handje van problemen te labelen (vrouwen in de overgang, WAO-ers, werkelozen, bejaarden, homoseksuelen, continu-arbeiders), te institutionaliseren en er zich meester van te maken („expropriation of well being”).

Loskomen uit een stramien, verschuiving van waarden, het vinden van een nieuw stramien, steeds moet het zichtbaar gemaakt worden in tastbare vorm. Veranderingen in het labelingsgedrag, verschuiving van professionele zorg naar zelfzorg en mantelzorg, het losmaken van de nauwe band tussen bepaalde diagnoses en de er bijna als vanzelfsprekend op volgende handelwijze, het gericht opwerpen van drempels voor bepaalde vragen om hulp, het afzien van uitbreiding van het takenpakket van de huisarts en zelfs een inkrimpen ervan, het loslaten van de schuldbeladen wens mede verantwoordelijk te zijn voor het gezondheidsgedrag van mensen, het verdunnen van de „medische” verantwoordelijkheid (zowel in teams als naar consumenten en „alternatieve” hulpverleners toe), het tegengaan van het consumentisme – vooral in de specialistische geneeskunde – het werken met een ander gezondheidsbegrip en het ontmedicaliseren van leefproblemen: het zijn stuk voor stuk verschuivingen, welke in de culturele functie van de huisartsgeneeskunde hun plaats kunnen vinden.

De argumentatie ervoor is in het voorafgaande ten dele gegeven. Er zijn daarnaast vele andere overwegingen welke niet in de eerste plaats zichtbaar zijn in de eerstelijns hulpverlening maar daarbuiten – in literatuur, politiek, film, nieuwsgaring, de „publieke opinie”.



Incommensurabiliteit
incommensurabiliteit



René Magritte. *Les promenades d'Euclide* 1955 (uit Suzi Gablik. *Magritte. Thames and Hudson, London, 1977*)

Magritte schilderde behalve „de vallende avond” ook de „euclidische wandelingen”. Wanneer wij naar beide schilderijen kijken dan realiseren wij ons gemakkelijker dat de huisarts voor de patiënt een nieuwe realiteit mee constitueert maar dat hetgeen hij ervan ziet nog niet de realiteit van de patiënt is. Wat kan dit in de dagelijkse praktijk betekenen?

Het is natuurlijk niet mogelijk van de ene op de andere dag het huisartsgeneeskundige handelen te veranderen, voorzover dat al nodig is. Het gaat vooral om een andere benaderingswijze. Om daarmee uit de voeten te kunnen is ruimte nodig en dat betekent onder meer tijd.

In het contact met de patiënt is vaak heel wat tijd te winnen. Een goed deel van ons snelle diagnostiseren, snelle behandelen en direct vooruitlopen op mogelijke verwachtingen en mogelijke problemen van de patiënt, verdraagt vertraging. Een nieuw adagium kan zijn: baat het niet, het schaadt in ieder geval waarschijnlijk wel. En, van uitstel komt heel wat afstel.

De vijftigjarige boekhouder met hoofdpijn en een probleem op het werk heeft hoofdpijn door gespannen nekspieren en een werkprobleem en geen osteochondrosis cervicalis en geen cervicobrachiaal syndroom en geen depressieve reactie op een krenking van zijn IK.

Het is als met „de vallende avond”: iedere toevoeging verandert het beeld, zelfs als de ruit breekt blijft daarop iets achter. Onze boekhouder is beter af zonder röntgenfoto als een defensieve openingszetsel onzerzijds, hij is ook niet vanzelfsprekend arbeidsongeschikt en daarmee in de ban van de loondervingswetgeving en van het tanende vaderlandse arbeidsethos. Hij heeft geen middelen als fenylbutazon en

geen diazepam nodig en ook geen ultrakorte golf, tractie of manuele therapie. Hij hoeft niet in psychotherapie, niet in groepstherapie en de maatschappelijk werker hoeft niet onmiddellijk zijn empathie over hem uit te storten. Evenmin wordt hij gediend met het anticiperen op hypertensie, glaucoom of een prostaatacarcinoom, met een algemeen onderzoek of met het advies te stoppen met roken en zemelen te eten. Hij is niet ziek, hij heeft een probleem, hij is zelf verantwoordelijk voor het oplossen ervan en hij maakt zelf uit hoe en eventueel met wie.

Natuurlijk heeft hij ook hoofdpijn en dat kan eventueel nog wel een tijdje duren. De huisarts heeft hem tweeërlei te bieden. De weg naar medicalisering van het probleem wordt niet geopend. Daarnaast kan hij als hij de patiëntenrol wil aannemen een omschreven beroep op hulp van de huisarts doen.

Het is geen toeval dat dit geval overeenkomstig vertoont met de gang van zaken zoals in het recente NHG-rapport, *Methodisch Werken*, wordt geschilderd. Langs verschillende wegen wordt op verschillende kruispunten een overeenkomstige richting gekozen.

De culturele functie van de huisarts houdt ook in dat hij zijn overwegingen duidelijk maakt aan de patiënt. Het spook van de „gemiste pathologie” wordt niet minder spookachtig door er het laken van de defensieve geneeskunde overheen te gooien. Een goede relatie laat toe dat in overlappende tijd passeert. Bij het schatten van de verschillende kansen is de kans, dat er in deze tijd een afwijking over het hoofd wordt gezien, waarvoor nu juist in diezelfde „periode de meditation” een afdoende en doeltreffende therapie bestaat, de afgelopen jaren duidelijk gedevalueerd. Dit inzicht kan de huisarts met zijn patiënten delen. Het is belangrijk om over en weer duidelijk te maken dat de minimale therapie – zowel naar omvang en inhoud als naar kosten en sociale status van de hulpverlener – de voorkeur verdient.

Tenslotte houdt de patiënt zelf – voorzover hij dat kan – de maatschappelijke gevolgen van zijn problemen in toom. Het kan bijvoorbeeld duidelijk worden dat arbeidsongeschiktheid sterk gerelativeerd kan worden. Een echte „medische indicatie” ervoor is vaak zo manifest dat een arts de laatste is om zich daarover bij de uitvoering der sociale wetgeving nog eens uit te spreken. Gaat het juist om andersgeaarde elementen dan is het evenmin de eerstelijns gezondheidszorg welke koste wat het kost de huidige arbeidsverhoudingen in stand moet houden.

Als iemand niet kan, niet mag of niet wil werken dan is dat niet identiek met ziek-



Jan Vermeer? Nee, Han van Meegeren. *Meisje in blauw*

zijn. De torenpunt en de naar de horizon lopende straat in de euclidische wandeling vertonen overeenkomsten maar zij verschillen in veel meer opzichten. Huisartsen maken niet uit hoe in de komende jaren de betekenis van arbeid wordt hergewaardeerd. Huisartsen zijn er wel bij betrokken en zij kunnen een herwaardering – en dat geldt voor allerlei andere waarden ook – zowel bemoeilijken als vereenvoudigen. Dit maakt het zo ingewikkeld voor ons om echt en onecht, waardevol en zonder betekenis, logisch en irrationeel van elkaar te onderscheiden.

Hoe moeilijk dat is laat van Meegeren ons zien. Hij vervalst een Vermeer, die tevoren niet bestond. Het is een mooi schilderij maar het is een metafoor.

Samenvatting. De huisartsgeneeskunde wordt gezien als de leer der kruispunten in de gezondheidszorg. In dit kader wordt de culturele functie van de huisarts benadrukt. Er is juist nu aanleiding ons intensief met de theoretische aspecten van de huisartsgeneeskunde bezig te houden en te proberen de verschillende opvattingen welke daarover bestaan in een tastbare vorm naar voren te brengen.

In dit artikel wordt aan de hand van verschillende concrete ervaringen, welke de afgelopen tien jaar in het gezondheidscentrum Ommoord te Rotterdam, zijn opgedaan, een bepaalde opvatting over de inhoud van de huisartsgeneeskunde weergegeven.

Summary. General practice as crossroads theory in health care. This article emphasizes the cultural function of the general practitioner. There is reason for intensive concern with the theoretical aspects of family medicine and for at-

tempting to give tangibility to the various pertinent views.

On the basis of actual experience gained in the past decade in the Ommoord health centre in Rotterdam, a particular view on the substance of family medicine is presented.

- Boom W. H., H. Lamberts, J. Froom en R. Blondell. (1978) huisarts en wetenschap 21, 246.
- Bremer, G. J. (1978) huisarts en wetenschap 21, 477.
- Buyten, N. T., R. van der Hoogen, A. E. Monteny, H. O. in 't Veld en H. Lamberts. (1977) huisarts en wetenschap 20, 237.
- Cooper, B., J. Fry en G. Kalton. (1969) Brit. J. prev. soc. Med. 23, 210.
- Gaag, J. van de en W. van der Ven. (1978) Medical Care 16, 299.
- Gallacher, H. P. (1976) huisarts en wetenschap 19, 224.
- Guernsey, B. The relationship enhancement program as an example of the skill-training approach to self-help. Int. Workshop „Changing Care and Cure” I.W.Z. - Maastricht, 1978
- Hodgkin, K. Towards earlier diagnosis.

- Vierde druk. Churchill Livingstone - London, 1978.
- Huygen, F. J. A. Family Medicine, the medical life history of families. Dekker en Van der Vegt - Nijmegen, 1978.
- ITObA-rapport. Evaluatie gezondheidscentra. Amsterdam - ITObA, 1975.
- Lamberts, H. (1974) huisarts en wetenschap 17, 455; (1975) Ibidem 18, 7; (1977) Ibidem 20, 11; (1978) Ibidem 21, 194.
- Lamberts, H. en H. G. Sanders-Glasbergen. (1977) huisarts en wetenschap 20, 387.
- Lamberts, H. en E. Sloot. (1978) huisarts en wetenschap 21, 53.
- Lamberts, H. en C. van Weel. (1978) huisarts en wetenschap 21, 82
- Lamberts, H. en N. L. Wolgast. (1978) Medisch Contact 33, 1167.
- Levin, L. S., A. H. Katz en E. Holst. Self Care. Croom Helm, London, 1977
- Levin, L. S. (1976) Public Health Report 91, 206.
- Methodisch werken - rapport van de gelijknamige werkgroep van het N.H.G. (1978) huisarts en wetenschap 21, 322.
- Navarro, V. Medicine under Capitalism. Croom Helm, London, 1976.

- Popper, K. R. The logic of scientific discovery. Hutchinson, London, 1959.
- Regier, D. A., I. D. Goldberg en C. A. Taube. (1978) Arch. gen. Psychiat. 35, 685.
- Rutten, F. H. en J. van de Gaag. (1977) Health Services Res. 12, 233.
- Stevens, J. L. (1974) J. roy. Coll. Practit. 24, 5.
- Stevens, J. L. (1977) J. roy. Coll. Practit. 27, 455.
- Verbrugh, H. S. Paradigma's en begripsoontwikkeling in de ziekteleer. Dissertatie Erasmus Universiteit Rotterdam. Uitgever de Toorts, Haarlem, 1978.
- Verslag Huisarts en Sociaal Wetenschappelijk Onderzoek. N.H.I., Utrecht, 1973.
- Vries Robbé, P. F. de. Medische besluitvorming - een aanzet tot formele geneeskunde. Dissertatie R.U. Groningen, 1978
- Weel, C. van. (1977) huisarts en wetenschap 20, 313.
- Weel, C. van. (1978) huisarts en wetenschap 21, 370.
- Williamson J. D. en K. Danaher. Self Care in Health. Croom Helm, London, 1978.
- Wolfe, S. en R. F. Badgley. (1972) Milbank mem. Fd Quart, L, nr 2, part 2.

Adres van de auteur: Amiranten 18, Capelle aan den IJssel

Boekbespreking

N. H. Hart. Hartbewaking in de pre-hospitale fase. Academisch proefschrift Rotterdam. Gemeentedrukkerij Rotterdam, 1978; 156 bladzijden.

Sinds de publikaties van Pantridge - waarbij is gebleken dat vijftig tot zestig procent van alle sterfgevallen tengevolge van een acuut hartinfarct buiten het ziekenhuis plaatsvindt - is naarstig gezocht naar methoden dit hoge percentage terug te dringen. Daartoe heeft de auteur gedurende twaalf maanden een onderzoek verricht bij de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst te Rotterdam naar het „total delay”, de toegediende medicamenten en de mate, waarin ritmestoornissen bij het begin aanwezig zijn. Voorts is nagegaan waaruit de behandeling door personeel van de ambulancedienst bestaat, respectievelijk kan bestaan en welke resultaten deze bemoeienissen hebben opgeleverd. Een beoordeling van vraag en aanbod van bedden in de Coronary Care Units besluit dit onderzoek.

Het „total delay” is opgebouwd uit vertragingfactoren, die gelegen zijn bij de patiënt, de huisarts, de ambulance en het

ziekenhuis. De grootst vertragende factor na het „patient delay” blijkt het „doctor delay” te zijn, terwijl het „ambulance delay” ongeveer tien procent van de totale vertraging uitmaakt.

De intensieve zorg van de patiënt met een acuut hartinfarct dient voornamelijk op preventie en behandeling van aritmieën te zijn gericht. Daarbij kan de radio-telemetrie voor consultatie met een cardioloog in het ziekenhuis goede diensten bewijzen, alsmede het snel toedienen van de daartoe geëigende medicamenten c.q. defibrillatie.

De pre-hospitale mortaliteit bedraagt in het onderzoekjaar op 2907 verzoeken tot opname bij 2731 patiënten 46,4 procent. Bijna zeventig procent van de overledenen komt niet aan een melding toe. Het „total delay” van de onderzoekpopulatie bedraagt vier en een half uur. In 52,5 procent is de huisarts bij de opname thuis aanwezig; 17,7 procent van de huisartsen regelt wel de opname, maar is bij aankomst van de ambulance reeds verdwenen. In 35 procent kon na defibrillatie succes worden geboekt.

Het verloochent zich niet dat de auteur gedurende achttien jaar huisarts is ge-

weest. Op vele plaatsen in zijn proefschrift wordt de rol en de betekenis van de huisarts in de strijd tegen de pre-hospitale mortaliteit nader uitgewerkt. Zo kan de „free call” het „doctor delay” uitschakelen. Weekend- en avonddiensten bieden soms een onvoldoende vertrouwensrelatie, waardoor het „patient delay” wordt verlengd.

Toen werd besloten de huisartsen in de gelegenheid te stellen een korte bijscholingscursus in de behandelingsmogelijkheden voor acute hartpatiënten te laten volgen, heeft vijftien procent van de ongeveer tweehonderdvijftig huisartsen hieraan gevolg gegeven.

De huisarts blijkt goed bereikbaar te zijn, want in vierentachtig procent van de boodschappen is de huisarts in gemiddeld drie minuten op de hoogte.

Kernpunten van de hartbewaking vóór de opname blijven de „free call”, beperking van het „patient delay” door voorlichting, cardio-pulmonaire resuscitatie en legitiemer van levensreddende handelingen door de ambulancedienstopleegkundige bij afwezigheid van een arts.

K. Gill