

# Dokters in hun dagelijkse doen

DR. G. J. BREMER\*

„Een dag uit het leven van een huisarts”, zo luidde – geparafraseerd – het onderwerp van de prijsvraag, die in 1969 werd uitgeschreven door het Nederlands Huisartsen Genootschap. Bijna drie jaar later werden twee inzendingen (*Oosterhuis* en *Elting*) gepubliceerd in „huisarts en wetenschap”. Deze bijdragen waren voor mij aanleiding voor mijzelf een dag in de praktijk uitvoerig te beschrijven. Tot een bevredigende analyse van het bijeengebrachte materiaal kwam het echter niet.

Pas nu – vijf jaar na dato – acht ik mij in staat de beschreven dag beter te beoordelen. Uitgangspunt was de vraag in hoeverre de huisarts een wetenschappelijk beroep uitoefent en wat dan de aanrakingspunten zijn met de wetenschap.

Verscheidene huisartsen hebben getracht een beschrijving van hun werk te geven; een belangrijke rol daarbij speelde steeds het probleem, hoe de huisarts zijn werk zou moeten analyseren. De vraag die bij mij centraal stond, luidde: welke factoren en overwegingen zijn van belang bij de ontmoeting met de individuele patiënt? Na iedere ontmoeting heb ik getracht, déze overwegingen te formuleren. Een classificatie van deze overwegingen heb ik pas later aangebracht.

Het lag voor de hand, bij deze classificatie de bekende indeling van *Querido* in lichamelijke, psychische en sociale bevindingen te gebruiken. Daarbij bemerkte ik, dat deze bevindingen gemakkelijk nader onderscheiden kunnen worden in actuele en vroegere – dus op ervaringen met de patiënt berustende – gegevens. Men kan stellen, dat de drie genoemde aspecten altijd aanwezig zijn; dit is natuurlijk juist, maar ook is waar, dat in veel gevallen één bevinding duidelijk overheerst. Iemand die bij een dokter komt met een splinter in zijn vinger, zal misschien een beetje bang zijn dat de dokter hem pijn zal doen (psychische factoren) en het letsel zal zeker enige invloed hebben op de activiteiten van de patiënt, zijn werk bijvoorbeeld (sociale factoren), maar in eerste instantie gaat het hier toch om een somatisch probleem.

*Querido* spreekt in dit verband van parallelproblematiek: de problematiek is ook in de andere „velden” vrijwel steeds aanwe-

zig en een integrale beschouwing is daarom noodzakelijk, wil de somatische behandeling volledig tot haar recht komen.

Het beschrijven van een dag in een huisartspraktijk tijdens het werk is onmogelijk. Ik heb daarom bij iedere patiënt tijdens of onmiddellijk na het contact trefwoorden genoteerd en deze notities een week later uitgewerkt. Voor iedere patiënt gebruikte ik een pagina uit een losbladige klapper. Op een aparte bloknoot noteerde ik – behalve de tijd – opmerkingen tussendoor. En zo bezat ik na enige dagen tweeëndertig pagina's min of meer uitvoerige beschrijvingen van patiënten-contacten plus een aantal pagina's „opmerkingen tussendoor”.

Over deze aanpak zou al een artikel te schrijven zijn: waarom schrijf ik dit op en dat niet; waarom gebruik ik geen bandrecorder? Met alle wetenschappelijke risico's van dien ga ik hier echter niet in op deze methodologische problemen.

Kort nadat ik deze tweeëndertig „gevallen” beschreven had, heb ik de tekst aan vier ervaren huisartsen laten lezen en hen om een schriftelijk oordeel gevraagd. Vrijwel unaniem waren zij van oordeel dat de beschrijvingen te kort waren, dat ik veel meer wist van deze patiënten dan ik had opgeschreven, dat in een aantal gevallen achter het gepresenteerde probleem waarschijnlijk een ander probleem verborgen lag en dat hierdoor het somatische aspect van ieder geval te veel de nadruk

kreeg; hierdoor werd de indruk gewekt, dat het huisartsenwerk al te veel met de natte vinger werd gedaan. Voorts waren deze artsen van oordeel dat het probleem beter moest worden omschreven, dat de overwegingen van de dokter uitvoeriger ter sprake moesten komen en dat er te weinig ter discussie gesteld werd.

Oorspronkelijk was het mijn bedoeling, alle tweeëndertig contacten van die dag te beschrijven, zoals ook *Oosterhuis* gedaan heeft; uiteindelijk heb ik mij echter beperkt tot een meer systematische beschrijving van slechts vijf gevallen, die worden gebruikt als ondersteuning van mijn betoog (*schema 1*).

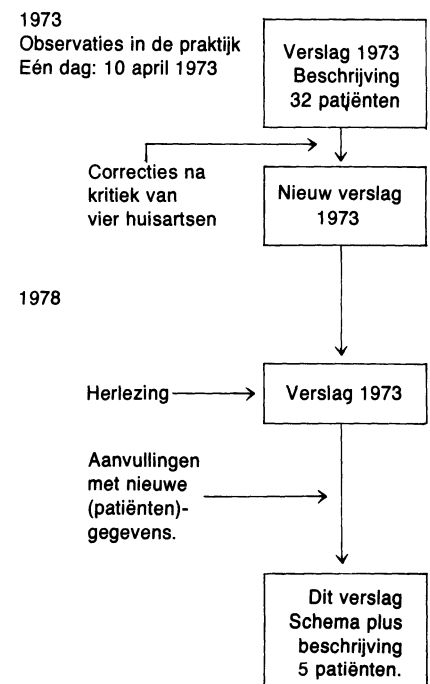
Bij het beschrijven van die vijf contacten (*bijlage 1*) houd ik steeds een vaste volgorde aan: beschrijving van de patiënt, factoren die van invloed zijn en overwegingen van de huisarts (traditionele diagnose, reden van het contact, „integrale diagnose”), activiteiten van de arts, bedoelingen van de arts, follow-up op korte en op lange termijn. Het komt erop neer, dat ik bij mijn beschrijving ongeveer het schema van *Greco* volg.

## Een werkdag

De dag was tevoren door iemand buiten de praktijk vastgesteld. 's Morgens kreeg ik bericht: vandaag is het de dag, 10 april 1973, een dinsdag.

Ik was in die tijd geassocieerd met H. J. W. Brinkman en de praktijk was toen 4500 zielen groot.

Schema 1. De ontwikkeling van dit artikel



\* Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Medische Faculteit, Leiden

Ik citeer nu mijn verslag:

„Het spreekuur begint om acht uur. Alle spreekuurcontacten vinden plaats volgens afspraak. In het praktijkgebouw bevinden zich twee spreekkamers met behandelruimten en een extra behandelkamer. De praktijk is apotheekhoudend, er is een full-time praktijkassistente en een part-time apothekersassistente.

Het spreekuur duurt tot half tien, daarna in het bejaardentehuis patiënten gezien. Om half elf koffie gedronken. We drinken om deze tijd altijd koffie. Merkwaardig dat dit ook vrijwel altijd lukt. Bij een goede organisatie is de huisartspraktijk veel minder irregulier dan men vaak aanneemt. We kijken de post snel door. Mijn associé en ik bespreken enkele patiënten, we overleggen enkele zaken betreffende de aanstaande vakanties. Tegenwoordig drinken we koffie met vijf „man“: assistente, apothekersassistente en een stagiaire van de Leidse Onderwijsinstellingen.

Het samenwerken kost veel meer tijd dan ik vroeger gedacht had, maar het is wel leuker.

Na de koffie kijken wij de „vullertjes“ door. Dat zijn de lege flesjes en doosjes die de mensen hebben neergezet om weer gevuld te worden. Sommige doosjes worden ingehouden: slaapmiddelen, sedativa.

Het staken van een bepaalde medicatie kost soms veel strijd, sommige mensen moeten blijkbaar altijd wat slikken. Volgens het ziekenfonds schrijven wij ver beneden het gemiddelde voor. Als ik echter zie wát wij voorschrijven, zou het nog de helft minder kunnen.

Het is inmiddels half twaalf geworden. Daarna weer visites rijden. Om half één thuis om te lunchen. Eén uur begint het telefonisch spreekuur. Er wordt frequent gebruik van gemaakt. Mijn medewerker zit van half twee tot twee uur. Wij laten ons tijdens het spreekuur niet door de telefoon storen. Ieder die dat wil, kan bellen tussen één en twee uur. Om twee uur begint het middagspreekuur.

Om vier uur is het spreekuur afgelopen. Er moeten nu brieven op de band worden gedictieerd. De post van 's morgens wordt verder doorgenomen. Dit soort werk duurt zeker één uur per dag. Daarna is het vijf uur.

Vervolgens nog één herhalingsvisite in het bejaardentehuis.

Als ik thuiskom, zit er een man in de wachtkamer met een vrij ernstige verwonding aan de hand. De patiënt wordt direct naar een chirurg verwezen. 's Avonds komt deze patiënt nog even langs voor een recept tegen de pijn. Daarna is er die dag niets meer geweest.

Totaal vierendertig mensen gezien (inclu-

## Schema 2. Het verloop van de dag

Tijd	Activiteit	Aantal patiënten
08.00 - 09.30 uur	spreekuur	11
09.30 - 10.30 uur	huisbezoeken	5
10.30 - 11.30 uur	koffie/overleg	
11.30 - 12.30 uur	huisbezoeken	5
12.30 - 13.00 uur	lunch	
13.00 - 13.30 uur	telefoon	
13.30 - 14.00 uur	administratie	
14.00 - 16.00 uur	spreekuur	10
16.00 - 17.00 uur	administratie	
na 17.00 uur (extra)	één huisbezoek + één consult	2
Totaal (één dubbeltelling)		32
Werkzaamheden:		
Patiëntencontacten:		6 uur
Overleg:		1 uur
Telefoon:		1/2 uur
Administratie:		1 1/2 uur

sief twee zuigelingen tijdens twee kraambezoeken), van wie één patiënt tweemaal. Het is geen drukke dag geweest, maar ook niet opvallend rustig. Een gemiddelde dag (schema 2)“.

## Commentaar en aanvullingen

„Overzien wij de groep van tweeëndertig patiënten (de zuigelingen laten wij nu buiten beschouwing) dan blijkt dat enkele opmerkingen zijn te maken.

1. Het aantal visites is de laatste tijd teruggelopen. De oorzaak hiervan is niet geheel duidelijk. Het afspraakspreekuur? Het feit dat veel mensen tegenwoordig over een auto beschikken? Grotere aandrang van de artsen op de mensen om het spreekuur te bezoeken? Totaal die dag: zeven visites (ik reken het bejaardentehuis waar ik vier mensen zag, als één visite) en drieëntwintig consulten.

2. De huisarts ziet meer vrouwen dan mannen. De verhouding lag die dag: twintig vrouwen en twaalf mannen.

3. De huisarts ziet veel bejaarde mensen: die dag zeven.

4. De contraceptie is een belangrijk onderdeel van het huisartsenwerk geworden. Bij zes patiënten kwam het probleem van de contraceptie ter sprake.

5. Van de tweeëndertig patiënten werden er twee verwezen: één bij het eerste en één bij het derde consult. Negen patiënten hadden geneeskundige problemen waarvoor een specialist vroeger ook al eens geconsulteerd was. De andere patiënten behandelde ik alleen. Deze getallen vormen zo'n beetje het normale verwijspatroon (Bremer).“

Het verslag uit 1973 gaat dan als volgt verder, alleen de beschrijvingen van de patiënten zijn – na vijf jaar – van com-

mentaar voorzien: „Welke factoren en overwegingen liet ik nu gelden tijdens de ontmoeting met de individuele patiënt? (tabel)

De somatische toestand van de patiënt speelde bij de beoordeling van de situatie een rol bij bijna alle patiënten (31). In achtentwintig gevallen betrof dit de actuele lichamelijke toestand. In vier gevallen speelde deze actuele situatie geen rol, maar hield de dokter rekening met gegevens uit het verleden. Deze oude gegevens speelden overigens in achtentwintig van de tweeëndertig gevallen een rol bij de overwegingen van de dokter.

Opgemerkt moet worden dat veel factoren gelijktijdig voorkomen, zodat er frequent overlapping optreedt, waardoor het lijkt dat er sprake is van meer dan tweeëndertig patiënten.

Dat wil dus zeggen dat de huisarts in veel gevallen rekening houdt met vroegere gegevens op lichamelijk gebied. Deze gegevens en de lichamelijke toestand van de patiënt waren in acht gevallen zodanig dat er geen of nauwelijks rekening met psychosociale factoren behoefde te worden gehouden.

Slechts in één geval werd het beleid van de dokter gehéél door de actuele lichamelijke toestand van de patiënt bepaald (bijlage 1, patiënt 1).

De psychische toestand van de patiënt speelde een rol in veertien gevallen, in zeven ging het hierbij om de actuele situatie, in negen gevallen speelden oude ervaringen van de huisarts met de patiënt een rol. Psychische factoren kwamen nooit alleen voor, maar kleurden de situatie. In tien van de veertien gevallen speelden sociale factoren ook een rol (bijlage 1, patiënten 2, 3 en 4).

Sociale factoren speelden in negentien gevallen een rol; elf maal was de actuele sociale situatie van invloed, in veertien gevallen speelden het verleden een rol. In tegenstelling tot de psychische factoren speelden sociale factoren soms geïsoleerd een rol, éénmaal zelfs zonder dat de lichamelijke toestand van de patiënt van invloed was. In negen gevallen kwamen sociale factoren naar voren zonder dat psychologische invloeden zo duidelijk waren (bijlage 1, patiënt 5).

Samenvattend blijkt het dus dat voor de huisarts „oude gegevens“ betreffende de patiënt van bijzonder veel belang zijn. De actuele lichamelijke toestand bepaalt niet zo vaak zijn beleid in het geheel. Bij de specialist ligt dit wel anders! Het voorgaande zal wel veroorzaken dat „acute hulpverlening“ zo'n dankbaar en relatief eenvoudig onderwerp is om te doceren.“

Tot zover het verslag uit 1973.

Tabel. Factoren en overwegingen die tijdens de ontmoeting met de verschillende patiënten een rol speelden.

Patiënt Nr.	Geslacht	Leeftijd	Factoren van invloed						Invloed van	
			Somatisch		Psychisch		Sociaal		Patiënt	Omgeving
			Oud	Actueel	Oud	Actueel	Oud	Actueel		
1	m	21	x			x		x	x	x
2	m	62	x	x				x	x	
3	v	48	x	x		x	x			
4	m	45	x	x	x					x
5	v	49	x	x	x			x	x	x
6	m	45	x	x		x	x		x	
7	v	53	x	x			x			
8	v	41	x	x			x		x	
9	v	41	x	x			x		x	x
10	m	64	x	x	x	x	x		x	
11	m	80	x		x		x	x	x	x
12	v	78	x	x					x	
13	v	82	x	x						
14	v	56	x	x	x		x			
15	v	85	x	x					x	
16	v	56	x	x		x	x	x	x	
17	v	23	x	x				x		
18	v	24	x	x				x	x	
19	m	78	x	x				x	x	
20	v	16	x	x						
21	m	67	x	x	x	x				x
22	v	30	x	x	x		x		x	x
23	m	67	x	x	x				x	x
24	v	28	x	x						
25	m	28 niet gekomen								
26	v	48		x			x	x	x	
27	v	49		x					x	
28	v	37	x	x	x		x	x	x	
29	m	6	x	x						
30	v	30						x	x	x
31	m	5		x		x	x		x	
32	v	23	x				x		x	
33	m	34	x	x						
Totaal			28	28	9	7	14	11	21	9

Bij de analyse van de tweeëndertig consultaties heb ik ook nog overwogen in hoeverre nieuwe geneeskundige inzichten mijn handelen hebben beïnvloed. De vraag was betrekkelijk eenvoudig te formuleren en luidde: zou ik in dit geval vroeger – bijvoorbeeld vijf jaar eerder – anders gehandeld hebben? Wat mij frappeerde, was dat medisch-maatschappelijke ontwikkelingen veel meer invloed hebben op het werk van de huisarts dan zuiver medisch-technische. Het volgende ten aanzien van nieuwe medicamenten moge dit toelichten.

Uiteraard zijn er na verloop van een paar jaar hier en daar andere medicamenten in gebruik. Dit gold in dit geval bijvoorbeeld voor enkele nieuwe contraceptiva. Naar mijn mening kan de huisarts ten aanzien van het invoeren van nieuwe medicamenten niet conservatief genoeg zijn. Niettemin komen er zo nu en dan nieuwe en betere geneesmiddelen op de markt en de huisarts zal deze moeten voorschrijven. Betrouwbare informatie is tegenwoordig op dit gebied zeker te krijgen (Geneesmiddelenbulletin bijvoorbeeld).

Nieuwe ontwikkelingen op het gebied van de specialistische geneeskunde zijn zodanig dat zij het beleid van de huisarts op korte termijn nauwelijks beïnvloeden. In de meeste gevallen spelen deze ontwikkelingen zich af binnen de ziekenhuizen en wordt de huisarts er slechts zijdelings bij betrokken.

Geheel anders is het gesteld met medisch-maatschappelijke veranderingen. Bij het doorlezen van mijn dagrapport viel mij op dat er hier en daar melding werd gemaakt van ontwikkelingen en veranderingen in de samenleving, die van invloed waren op het handelen van de arts. Ik citeer weer het verslag uit 1973:

„In het gesprek over contraceptie speelt de laatste tijd het onderwerp sterilisatie een grote rol;

het aantal geboorten is de laatste tijd sterk gedaald, ook willen meer vrouwen klinisch bevallen;

in een naburige plaats is een huisartsenlaboratorium gekomen, waardoor de diagnostische mogelijkheden duidelijk zijn vergroot;

door allerlei – vaak onduidelijke – oorza-

ken is het aantal huisbezoeken de laatste tijd sterk gedaald; tijdens de observatiedag was een stagiaire van de Leidse Onderwijsinstellingen in de praktijk aanwezig. Dit is niet altijd het geval.”

### Het probleem van de patiënt

Dat het door de patiënt aangeboden probleem niet het echte probleem is waar om het gaat, is – zeker in de huisartspraktijk – een veel voorkomend fenomeen. In vrijwel alle gevallen is het aangeboden probleem een onderdeel van een groter probleem, zoals ook *Querido* duidelijk maakt. In de huisartspraktijk is het aangeboden probleem echter vaak niet meer dan een onbelangrijk onderdeel van het werkelijke probleem. In dat geval is het aangeboden probleem vooral het visitekaartje om binnen te kunnen komen.

De vraag of de patiënt zich bewust is van deze fenomenen, is weinig relevant. Een feit is dat deze gevallen voorkomen. Nog complexer wordt de zaak wanneer men zich realiseert dat het aangeboden pro-

bleem soms alleen maar de functie heeft om het werkelijke probleem te verbergen. Opgemerkt moet worden, dat iedere arts weet, dat altijd ieder probleem in het leven van een mens „met alles” te maken heeft. Het „systeemdenken” maakt ons dat ook wel duidelijk. In dit verband is ook duidelijk – alles heeft immers altijd met alles te maken – dat een beschrijving van een patiënt altijd onvolledig blijft.

Theoretisch moge dit waar zijn, in de praktijk blijkt dat veel problemen best ad hoc „opgelost” kunnen worden, of althans draaglijk gemaakt. Geen enkel probleem kan definitief opgelost worden, omdat leven betekent: problemen oplossen, waarbij de oplossing van het ene probleem weer een ander probleem oproept.

De vraag of daar steeds een dokter aan te pas moet komen, kan gelukkig vaak ontkenkend beantwoord worden. In dit kader past het beeld dat iemand eens van het werk van de huisarts gaf: de dokter helpt even de vrachtwagen uit de modder te duwen en daarna gaat het weer een tijdje zonder hulp verder; soms lang, soms heel kort. Sommige vrachtwagens blijven steeds steken in de modder, andere vrachtwagens nooit. De ene weg is ook modderiger dan de andere.

Terugkijkend op die dag, kom ik tot de conclusie dat ik bij drieëntwintig van de tweeëndertig patiënten misschien wat tijdelijke verlichting heb kunnen geven. Acht patiënten kregen een advies, waarmee zij – neem ik aan – min of meer tevreden naar huis gingen.

Van de tweeëndertig patiënten waren er na vijf jaar drie verhuisd en vijf overleden. Het is verbluffend te constateren dat tien van de overige patiënten na vijf jaar, ondanks specialistische bemoeienissen nog met vrijwel dezelfde problematiek bleken te worstelen.

Voor zover problemen waren opgelost, had de tijd meer gedaan dan de dokter.

## De invloed van de patiënt en diens omgeving

Er zijn meer factoren van invloed op het handelen van de dokter. Tijdens het contact met de patiënt houdt hij rekening met de verwachtingen, meningen en opvattingen van de patiënt en diens omgeving. Vaak gebeurt dit stilzwijgend, soms kan de dokter ernaar vragen.

Tijdens de contacten heb ik mij afgevraagd, óf en in hoeverre mijn handelen door deze verwachtingen, meningen en opvattingen werd beïnvloed. Niet in alle gevallen heb ik ernaar gevraagd, omdat een dergelijke vraag soms wat vreemd zou klinken. Duidelijk overleg met de patiënt – waarbij de patiënt het handelen van de

arts evident beïnvloedde – vond plaats in eenentwintig van de tweeëndertig gevallen. In negen gevallen hield de huisarts rekening met de verwachtingen, meningen en/of opvattingen van de omgeving van de patiënt, in sommige gevallen werd daar ook expliciet om gevraagd.

Vooral dit laatste is van belang. Terwijl somatische factoren vrijwel altijd het handelen van de arts beïnvloeden, blijkt ook de omgeving van de patiënt het beleid in veel gevallen mede te bepalen. Dat een dergelijke conclusie voor kinderen zal gelden, spreekt vanzelf, maar in veel gevallen gaat dit ook op voor volwassenen. (Behalve de twee zuigelingen, zag ik die dag drie kinderen.)

Ik bleek die dag twaalf patiënten in het bijzijn van anderen te hebben gesproken (kind-moeder, bejaarde in het bejaardentehuis-bejaardenverzorgster, vrouwkraamverzorgster, man-echtgenote, vrouw-echtgenoot). Terwijl ik die dag dus met tweeëndertig patiënten contact had, ontmoette ik in totaal vierenveertig mensen. Behalve de kinderarts zal naar mijn mening geen medicus zo frequent een patiënt zien in het bijzijn van iemand anders. Het is duidelijk dat het handelen van de arts door de aanwezigheid van deze mensen wordt beïnvloed.

Opvallend is dat iemand anders (C. van Dorp, een onderwijskundige die een dag in de praktijk heeft meegelopen) mij op dit verschijnsel heeft geattendeerd.

## Werkzaamheden

Omdat ik bij het beschrijven van de betreffende dag steeds ook de tijd heb geregistreerd, is het mogelijk grofweg iets te zeggen over de tijd die de verschillende werkzaamheden hebben gekost (*schema 2*). Samengevat komt dat neer op:

- Direct patiëntencontact 6 uur
- Telefonisch patiëntencontact 1/2 uur
- Overleg 1 uur
- Communicatie en administratie 1 1/2 uur

Onder „overleg” versta ik het bespreken van patiëntenproblemen met anderen (associé, praktijk- en apothekersassistente enzovoort); onder „communicatie en administratie” versta ik: (verwijs-)brieven dicteren, post lezen, brieven van specialisten lezen, receptuur controleren, ziekenfondsverstrekkingen aanvragen, visitelijst opstellen, medische (eigen) administratie bijhouden (kaarten en dergelijke), verklaringen uitschrijven (overlijdensverklaringen en dergelijke) enz.

## Consequenties voor het onderwijs

Welke medische vaardigheden heeft men als huisarts nodig? Ook hierop is het ant-

woord niet eenvoudig. Men moet met mensen kunnen omgaan. Allicht. Wat ik daaronder moet verstaan, is moeilijker te formuleren. De dokter moet een goede gesprekstechniek hebben. Hij moet bepaalde technische handgrepen beheersen (bloeddruk meten bijvoorbeeld). Hij moet de weg weten in de medisch-administratieve wereld. Hij moet enkele wettelijke regels kennen. Hij moet iets van de sociale wetgeving weten.

In een aantal rapporten wordt dit uitvoerig uitgewerkt (*bijlage 2*).

Opsomming van alle vaardigheden maakt duidelijk dat een analyse van deze vaardigheden in „deelvaardigheden” niet zo eenvoudig is. Steeds weer komt dit probleem bij het geven van onderwijs in de geneeskunde naar voren. Toch vraag ik mij af waarom wij steeds van een analyse uitgaan. Eeuwenlang hebben mensen beroepen van elkaar geleerd, eeuwenlang is men uitgegaan van voorbeelden: goed voorbeeld doet goed volgen. Het is mij niet duidelijk waarom wij tegenwoordig niet veel meer tegen de leerling zeggen: „Kijk hoe die ander (een oudere, ervaren arts) werkt. Imiteer hem, probeer het beter te doen. Studeer intussen in de boeken en kijk goed. Na een tijdje zal je het ook kunnen. Eerst met vallen en opstaan, allengs zal het beter gaan. Volleerd word je nooit. Je zult moeten blijven leren.”

Tenslotte wil ik mijn analyse vergelijken met die van *Oosterhuis*. Deze Haarlemse huisarts analyseerde zijn werkdag op 30 juni 1970, dus drie jaar eerder dan ik. Zijn conclusies wijken echter niet sterk van de mijne af.

Hij benadert het probleem van een andere kant door na te gaan welke rollen hij die dag gespeeld heeft. Hij komt tot acht rollen (!) en wel: genees-, heel- en verloskundige, medisch psycholoog, maatschappelijk werker, surveillant van risicodragenden, administrateur en archivaris, coördinator van medische bemoeienissen, gezins-therapeut en pastor.

Hij zegt dan: de rol van genees-, heel- en verloskundige blijkt de hoofdrol; in bijna de helft van de gevallen werden medisch-psychologische aspecten betrokken in de benadering van de patiënt. Voor verdere conclusies van *Oosterhuis* verwijs ik de lezer naar zijn artikel.

Ik heb getracht zijn analyse van de diverse rollen op mijn beschrijvingen toe te passen. Dit is mij echter niet gelukt. Volgens mij zijn deze rollen zo met elkaar verweven, dat een uiteenrafeling nauwelijks mogelijk is. Ook *Oosterhuis* komt trouwens eigenlijk tot deze interessante conclusie: hij zegt, „dat de bijrollen bijna uitsluitend naast de genees-, heel- en

verloskundige werden vervuld". Dat zou betekenen, dat het delegeren van taken – aangenomen dat de desbetreffende taken aan de diverse rol-spelers zouden kunnen worden uitbesteed – niet zo'n simpele zaak is en „een extra taak erbij zal gaan vormen”.

De consequentie hiervan is – ik durf het bijna niet te zeggen in deze tijd waarin iedereen zo nodig alles samen met anderen moet doen – dat de huisarts, wil hij efficiënt werken, zoveel mogelijk zelf moet zien op te lossen en pas iemand anders te hulp moet roepen als die ander daarvoor duidelijk beter is uitgerust.

## Conclusies

Aan het begin van dit artikel werd de vraag gesteld: in hoeverre heeft de huisarts een wetenschappelijk beroep; wat zijn de aanrakingspunten met de wetenschap? Aan de hand van een analyse van een dag praktijkvoering kom ik tot de volgende conclusies:

– het huisartsenberoep is een beroep waarvoor in de eerste plaats geneeskundige kennis – dus wetenschappelijke kennis van ziektebeelden – en vaardigheden vereist zijn;

– een goede bedrijfsvoering is een belangrijke voorwaarde om het beroep uit te kunnen oefenen; vooral de administratie vraagt veel tijd;

– gegevens uit het verleden van de patiënt en ervaringen van de huisarts met de patiënt spelen in de overwegingen van de huisarts bijna altijd een rol;

– tijdens het contact met de individuele patiënt vindt vrijwel altijd overleg plaats met de patiënt over wat moet gebeuren; heel dikwijls worden de mensen uit de directe omgeving van de patiënt bij dit overleg betrokken;

– de huisarts speelt zo dikwijls andere rollen naast zijn specifieke rol van geneesheer, dat het moeilijk voorstelbaar is dat hij alle niet-specifiek geneeskundige taken aan anderen zou moeten uitbesteden;

– tenslotte: medisch-maatschappelijke veranderingen zijn voor het werk van de huisarts van veel meer belang dan medisch-technische ontwikkelingen.

Ik hoop met deze conclusies de gegevens, verkregen uit de analyse, weer tot een overzichtelijk geheel te hebben samenbundeld.

*Samenvatting.* In 1973 heeft de auteur zijn werkzaamheden gedurende één dag in de huisartspraktijk beschreven en geanalyseerd. Vijf jaar later geeft hij nu in dit artikel commentaar op deze beschrijving en komt daarbij tot de volgende conclusies:

– het huisartsberoep is een beroep dat in

de eerste plaats geneeskundige kennis en vaardigheden vereist;

– een goede bedrijfsvoering en een goede administratie zijn voorwaarden om het beroep te kunnen uitoefenen;

– gegevens uit het verleden van de patiënt en ervaring met de patiënt spelen in de overwegingen van de huisarts een belangrijke rol;

– vrijwel altijd wordt er met de patiënt overlegd wat er moet gebeuren, heel vaak vindt tevens overleg plaats met mensen uit de directe omgeving van de patiënt;

– de huisarts speelt dikwijls andere rollen naast die van geneesheer;

– medisch – maatschappelijke veranderingen zijn voor het werk van de huisarts van meer belang dan de medisch-technische ontwikkelingen.

*Summary.* Doctors and their daily doings. In 1973, the author described and analysed his activities in general practice during one day. In this article, five years later, he comments on this description and reaches the following conclusions: – the general practitioner's professional primarily requires medical knowledge and skills;

## Bijlage 1. Beschrijving van vijf van de tweeëndertig patiënten met wie de huisarts tijdens de beschreven dag contact had.

### Patiënt 1.

Meneer Boogaart (34) heeft in de fabriek zijn duim in een machine geklemd. Het ongeluk is gebeurd vlak voor het einde van de werkdag. Misschien even gauw nog iets doen? De patiënt ziet bleek en houdt zijn gewonde linkerhand bij de pols vast met zijn rechterhand, terwijl hij zachtjes kreunt. In de fabriek heeft een E.H.B.O.-er een snelverband aangelegd. Het ziet er niet zo best uit: een grote scheurwond – de duim is als het ware gebarsten – loopt over de hele lengte van de duim aan de binnenzijde. Waarschijnlijk is het bot ook gelaedeerd. Iets voor de chirurg.

De assistente belt op of hij nog terecht kan, tikt de enveloppe en schrijft de verwijskaart. Ik schrijf een briefje met de hand. Drie jaar geleden heb ik deze patiënt nog een herhalingsinjectie gegeven tegen tetanus. De assistente belt een taxi. De taxi zal even langs het huis van meneer Boogaart gaan, zodat zijn vrouw mee kan naar het ziekenhuis.

's Avonds – na het eten – komt de patiënt nog even langs. De hand zit in het gips, het was een fractuur. De chirurg heeft zijn antwoord geschreven aan de ommezijde van mijn briefje. Dat spaart het vermelden van naam en adres. De wond is gehecht. Of ik vijf dagen penicilline wil geven: injecties. Patiënt moet over zes dagen terugkomen. Meneer Boogaart heeft nog pijn, maar niet tot erg meer. Ik vraag of hij iets

– good management and administration are prerequisites for the proper practice of this profession;

– data from the patient's history and personal experience with the patient play an important role in the general practitioner's considerations;

– nearly always he discusses his line of action with the patient, and often also with people in the patient's immediate environment;

– the general practitioner often plays roles other than that of the physician;

– medicosocial changes are more important for the general practitioner's work than technological developments in medicine.

Bremer, G. J. Het verwijzen in de huisartspraktijk. Van Gorcum en Comp., Assen, 1964.

Elting, W. (1972) huisarts en wetenschap 15, 259.

Greco, R. S. One man's practice. Tavistock Publications, London, 1966.

Oosterhuis, W. W. (1972) huisarts en wetenschap 15, 241.

Querido, A. Inleiding tot een integrale geneeskunde. Stenfert Kroese, Leiden, 1955.

moet hebben tegen de pijn. Het hoeft niet. Vervolg: bijna twee maanden kon meneer Boogaart niet werken. Vijf jaar later is er aan de hand vrijwel niets meer te zien. De duim is prima genezen.

Opgemerkt moet worden dat men tegenwoordig in deze gevallen penicillinetabletten geeft. Minder werk voor de dokter, het werkt zeker zo goed en het gevaar van allergische reacties is geringer.

### Patiënt 2.

Peter van Galen (21). Erg langharig, fietswielbrilletje. Zijn vader – een metaalarbeider – heeft vorige week een briefje afgegeven, waarin stond dat Peter somber was en langs zijn neus weg had verklaard, er een eind aan te zullen maken. Peter gebruikt soft drugs, vooral in de weekenden. Hij komt voor een sportkeuring en legt de nog ongetekende keuringsverklaring op mijn bureau. Hij wil voetballen. Ik vraag hoe het thuis gaat. De maatschappelijk werker komt éénmaal per week thuis praten. Dat „is wel aardig, want nu kletsen we thuis onderling ook eens wat. Dat gebeurde de laatste tijd haast niet meer.”

Peter heeft vijf broers, de jongste is twaalf, de oudste vierentwintig. Peter is de derde in het gezin. De oudste is onlangs met herrie het huis uitgegaan. Het zijn beste, brave mensen, officieel Rooms-Katholiek, maar de jongens doen er niets meer aan, treden de oude regels met voeten, lachen de ouders uit en gaan hun gang. De ouders van hun kant blijven zorgelijk bezig, proberen het stelletje in toom te houden. Ruzies zijn van korte duur. Een paar jaar geleden, toen de

moeder „het niet meer zo zag zitten”, heeft een maatschappelijk werkster enkele gesprekken met alle gezinsleden samen gevoerd en is als vredestichter opgetreden. Zo nu en dan gebeurt dat weer eens een keer.

Een enkele maal komen de beide ouders bij mij en leggen mij hun problemen voor. Het gaat dan vooral over drugs en alcohol, waarmee de jongens niet zo zuinig omspringen. Het is een „goed nest” en de oudste zal binnenkort wel weer thuis komen om de zaak – het ging om een meisje dat niet deugde – uit te praten.

De dreiging met zelfmoord neem ik met een korrel zout. Met dit soort wapens wordt in dit gezin vaker gezwaaid. Het betekent wel dat Peter wat meer aandacht moet hebben, denk ik.

Peter is nooit ziek, zijn kaart is bijna leeg. Wel is hij afgekeurd voor militaire dienst: „karakterologisch ongeschikt” was de reden. Hij is goed gezond en van mij mag hij voetballen zoveel hij wil. Het probleem is dat hij gekeurd moet worden door een andere arts. De huisarts mag dit soort verklaringen officieel niet afgeven.

Peter is ongeschoold. Hij is weggevloden van de MAVO en de LTS heeft hij na twee jaar verlaten. Hij werkt momenteel bij een rozenkweker en dat bevalt hem goed. Hij kan goed met de baas opschieten.

Een diagnose kan hier moeilijk gesteld worden, het is eigenlijk een administratief probleem. Misschien kan gesproken worden van een matig ernstige identiteitscrisis. De reden van het contact is: sportkeuring, maar officieel mag ik dat niet doen. Eigenlijk maak ik nu een probleem voor hém.

Ik besluit hem oppervlakkig te onderzoeken – tenslotte is hij onlangs nog voor de militaire dienst gekeurd – en stel hem voor, aan de voorzitter van de voetbalvereniging te vragen of ik de verklaring mag invullen. Peter vindt dit een mooie oplossing. Ik meet zijn bloeddruk en ausculteer een beetje. Hij rookt minder dan ik dacht. Hij zal zijn urine brengen. Opgewekt gaat hij weg.

Vervolg: de voorzitter van de voetbalvereniging ging akkoord. Ik heb de verklaring ingevuld. Peter kan voetballen.

Vijf jaar later: Peter is getrouwd, woont elders in een mooi huis, heeft een kind en werkt nog steeds bij dezelfde rozenkweker. Deze informatie werd verstrekt door de vader.

#### Patiënte 3.

Mevrouw Geelkerken (41) is vorig jaar op eigen verzoek naar een chirurg verwezen wegens uitgebreide varices. De chirurg wilde haar opereren, maar zij is daarop toen niet ingegaan. Zij zag erg op tegen de ziekenhuisopneming: zij heeft een groot gezin, nog vijf jongens thuis. De opneming zou minstens tien dagen duren en gezinshulp is moeilijk te krijgen.

Patiënte kwam zes weken geleden vragen of zij door mij met injecties behandeld kon worden. De laatste tijd wordt dat weer

gedaan, las ik onlangs in een medisch tijdschrift. De resultaten zijn niet zoveel slechter dan die van een operatie. Ook na een operatie komen de spataderen heel vaak weer terug. Voor een moeder met een groot gezin is het niet zo eenvoudig om een paar weken in een ziekenhuis te worden opgenomen.

Zij krijgt nu éénmaal per week een scleroserende injectie (Aethoxysklerol Kreussler), waarna om het been een elastische zwachtel wordt gedaan. Zij kan blijven lopen, doet gewoon haar huishouden en vindt dat het wel „lekker” gaat. Vandaag is de vijfde injectie.

Vervolg: na een tijdje was patiënte tevreden en konden de injecties gestopt worden. Momenteel – april 1978 – is patiënte weer onder behandeling. Onlangs kwam zij weer op het spreekuur. Er waren weer een paar lelijke spataderen te zien. „Straks wordt het zomer en moet ik met blote benen lopen.” Vijf of zes spuiten zal wel genoeg zijn, had zij getaxeerd.

#### Patiënte 4.

Mevrouw Van Wijk (49) heeft klachten over haar rug. Zij heeft drie jaar geleden een borstamputatie ondergaan wegens een carcinoom. Het ziekteproces was gelukkig vroeg ontdekt en er leken geen uitzaaingen te zijn. Het probleem is dat zij al meer dan twintig jaar rugklachten heeft en dat zij daarvoor vorig jaar – in verband met de borstoperatie – uitvoerig specialistisch is onderzocht. Er is toen niets verontrustends gevonden.

Patiënte weet waarvoor zij is geopereerd. Bij onderzoek kan ik niets bijzonders vinden. Tijdens dit onderzoek vertelt zij al vier weken lang haar demente schoonmoeder in huis te hebben; deze is onlangs weduwe geworden. Zelf gelooft zij dat dit wat te veel is.

Wat zegt haar man ervan? Och, die zegt niets, die vindt alles goed. Ik bespreek de zaak met haar en zeg dat ik niet geloof dat haar klachten iets met de borstoperatie te maken hebben. Ik stel voor om het bloed desondanks te laten nakijken en vraag of zij het op prijs zou stellen als het maatschappelijk werk zou worden ingeschakeld om te trachten oma in een verpleegtehuis opgenomen te krijgen. Mevrouw Van Wijk voelt daar weinig voor. Zo erg is het nu toch ook weer niet. Zal ik de wijkzuster eens vragen langs te komen? Ja, dat lijkt haar wel goed – de zuster kent oma tenslotte goed. Ze zal zelf wel bellen. Ik denk dat hier sprake is van een wat overbelaste vrouw – zij heeft twee kinderen, van 19 en 15 jaar – die haar problemen graag eens met de huisarts wil bespreken. Haar man distantiëert zich van dit probleem, maar hij zit ook wat moeilijk, want het gaat om zijn eigen moeder.

Ik besluit om zelf ook eens langs te gaan. Een lichamelijke oorzaak voor de rugklachten is moeilijk met zekerheid uit te sluiten. In verband met haar voorgeschiedenis lijkt mij een bloedonderzoek in het laboratorium aangewezen.

Enkele weken later gaat het goed met de rug. Het bloed was in orde. Zowel de wijkzuster als ik zijn van oordeel dat oma moeilijk in dit gezin kan blijven. Via de gemeentelijke sociale dienst wordt contact gelegd met een verpleegtehuis.

Vijf jaar later: het gaat erg goed met mevrouw Van Wijk. Haar schoonmoeder was al na een maand opgenomen in een verpleegtehuis en is daar vorig jaar – 82 jaar oud – overleden.

#### Patiënt 5.

Meneer Intema (45) heeft al vele jaren hoofdpijn. Merkwaardig is dat deze hoofdpijn vooral in de weekends optreedt. Vijf jaar geleden is meneer Intema uitvoerig neurologisch onderzocht: men is toen niet verder gekomen dat de diagnose „vasculaire hoofdpijn van het migraineuze type”. Hij komt nu verslag uitbrengen hoe het gaat. Hij heeft al van alles geslikt, maar nu schijnt het dat Migril werkt! Hoewel, hij gebruikt drie tot vijftien tabletten per week. Maar het gaat prima. Dit verhaal heb ik al vaker van hem gehoord; na een tijdje helpt het nieuwe middel weer niet en wil hij wat anders.

Meneer is een wat moeilijke man: hij heeft gauw ruzie, vooral op zijn werk. Hij vindt zijn werk op een fabriek elders – hij is ongeschoold – ook niet zo leuk. Zodra hij ruzie heeft gehad, komt de hoofdpijn. Maar waarom nu hoofdpijn in het weekend? Ik heb al eens met mevrouw Intema gesproken; die begrijpt het ook niet. Eigenlijk moest de hoofdpijn zondags overgaan.

Men krijgt als huisarts in deze gevallen de indruk dat de hoofdpijn, of liever het klagen over hoofdpijn, een wapen is in de strijd om het bestaan, of een vluchtheuvel. Het gaan naar de dokter is dan het bewijs dat er iets afwijkends bestaat. Hoe harder dokters hun best doen om de klachten te laten verdwijnen, hoe evidenter het wordt dat er iets ernstigs aan de hand is.

Naar mijn gevoel heeft men in deze gevallen als huisarts de taak de „ziekte” niet te laten escaleren. Het is raadzaam aan dergelijke patiënten – die deze wapens in de strijd om het bestaan blijkbaar nodig hebben – toe te geven en hen bijvoorbeeld zo nu en dan een paar dagen thuis te houden. De hoofdpijn heeft een zekere functie, de diagnose luidt dan ook: functionele hoofdpijn. De reden van het contact: bewijzen dat er sprake is van een ziekte, die ernstig moet worden genomen. Het probleem van de patiënt: hij kan zijn problemen slechts oplossen met behulp van zijn „ziek zijn”. Het doel van de dokter moet zijn: het „stuurmechanisme” van de patiënt goed laten werken, het spel voorzichtig en met aandacht meespelen.

Een „ontdekkende therapie” heeft in deze gevallen naar mijn oordeel geen zin. Hier is het beter, stille dingen stil te laten. Een paar weken later gaat het redelijk, patiënt werkt hele dagen. Echter soms is de hoofdpijn verschrikkelijk.

Vijf jaar later: patiënt heeft al jaren geen

hoofdpijn meer. Onlangs bezocht hij het spreekuur met klachten over pijn in de hartstreek bij inspanning. Deze pijn reageerde niet op nitrobaat. De bloeddruk was normaal en aan het hart kon ik geen afwijkingen vinden.

Ik heb patiënt naar een cardioloog verwezen voor nader onderzoek. Voor een huisarts – en dikwijls ook voor een cardioloog – is de diagnose „coronairsclerose” niet met zekerheid uit te sluiten. Integendeel, het is uiterst waarschijnlijk dat er wel wat gevonden wordt. In ieder geval heeft de patiënt – als hij géén afwijkingen heeft – weer een effectief nieuw wapen gevonden.

Onlangs (10 juni 1978) bericht van de cardioloog: „Géén cardiologische afwijkingen te vinden die de verschijnselen kunnen verklaren.” Pas veel later realiseerde ik mij dat een zwager van meneer Intema onlangs aan een infarct was overleden.

## Bijlage 2, Rapporten waarin een analyse wordt gegeven van het werk van de huisarts.

1968 Huisarts en universiteit.

Interim-rapport van een werkgroep van het Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht.

1970 Huisarts en publiek.

Een analyse van de relatie tussen de huisartsen en het publiek, Utrecht.

Een uitgave van het Centraal Bestuur van de Landelijke Huisartsenvereniging (Makrotest-rapport).

1974 Rapport Werkgroep Opleiding.

Een rapport van een werkgroep van het Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht.

1975 Hoe helpt de dokter?

Interim-rapport van de werkgroep Takenpakket van het Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht.

1975 S.O.H.-rapport.

Rapport van de Interfacultaire Werkgroep Specifieke Opleiding Huisartsen.

1975 Kenmerken van de huisarts. Rapport Onderwijsdoelstellingen. Instituut voor huisartsgeneeskunde van de Rijks Universiteit Utrecht.\*

1976 Huisarts waarheen? Eindrapport van de Commissie Eerste Echelon van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. (1976) Medisch Contact 31, 141.

1977 De taken van de huisarts. Rapport van de Commissie Takenpakket van de Landelijke Huisartsen Vereniging. (1977) Medisch Contact 32, 765.

\* Zie ook Bremer, G. J. Kenmerken van de huisarts. Overwegingen bij een rapport. (1977) huisarts en wetenschap 20, 63.

# Congresrede 1978 voorzitter N.H.G.

Ter gelegenheid van het op 4 november 1978 in de Academie „De Horst” te Driebergen gehouden drieëntwintigste N.H.G.-congres – met als thema Het handelen van de huisarts: van zelfbeoordeling naar verbetering – werd door de voorzitter van het Nederlands Huisartsen Genootschap, Dr. C. A. de Geus, een rede gehouden.

De huisartsgeneeskunde krijgt een gezicht. Twee gezichten, want het begrip huisartsgeneeskunde is tweeledig. In de maatschappelijke sfeer is huisartsgeneeskunde een beroep, in de wetenschappelijke sfeer een discipline. Daarom: twee gezichten, onlosmakelijk met elkaar verbonden als in de kop van Ianus. Twee gezichten die trekken gemeen hebben, maar niet aan elkaar gelijk zijn. Het ene gelaat is dat van de huisarts als beroepsbeoefenaar, dat in de oude dokterstraditie vertrouwd is geworden en als zodanig, ook blijkens recente enquêtes, aanzien geniet. Het andere gelaat is dat van de wetenschappelijke huisarts, die in een relatief piepjonge traditie het aanzien moet verwerven van de deskundige centrale figuur in de ambulante gezondheidszorg.

Deze Ianus Bifrons is het prototype van de huisarts. Een prototype, de oervorm, is in de techniek – en nu mag u slechts zijdelings aan de huisarts denken – één of meer aan de serieproductie voorafgaande, met de hand gemaakte exemplaren, die wel voor velerlei voorbereidende werkzaamheden, maar niet voor de verkoop bestemd zijn. Het wordt gebruikt voor beproevingen, voorbereiden van de productie, expositie en demonstratie.

De gewone huis-, tuin- en keuken-huisarts, zoals men die in tijdschriften en romans, op uitstekende spotprenten en op straat tegenkomt, kan niet beurtelings nu eens zijn ene en dan weer zijn andere gelaat laten zien. Hij laat de trekken van beide gezichten samenvallen met het imago dat hij van zijn ouders geërfd heeft. Het verschijnsel huisarts openbaart zich dan ook in talrijke vormen en het is bekend dat het hulpverleningsgedrag van huisartsen onderling sterk verschilt. Maar de exemplaren behoren tot dezelfde soort, het fenotype. Een fenotype is niet constant, maar

verandert in de loop van de individuele ontwikkeling door wisselwerking tussen zijn aanleg en milieu (verandering ten goede: op die mogelijkheid voor de individuele huisarts mikt het congressthema van vandaag).

Om de verbinding te kunnen aangeven tussen het prototype van de huisarts met zijn twee gezichten en het fenotype van de huisarts in zijn talrijke actuele gedaanten is nog een methodologische hulpconstructie nodig. Tussen het basismodel en de grote verscheidenheid in feitelijke exemplaren is een abstractie nodig, waarin beide gezichten van Ianus verenigd zijn. Deze abstractie vinden we in het ideaaltypen van de huisarts.

Ideaaltypen staan tussen de concrete werkelijkheid en het algemene begrip in. Het woord ideaaltypen komt uit de sociale wetenschappen. Toegepast op de huisarts wil het zeggen: omdat de huisarts als sociaal verschijnsel aan voortdurende verandering onderhevig is en in tal van varianten optreedt, geven algemene begrippen, die berusten op het vaststellen van de *constante* kenmerken van de huisarts, weinig inzicht. Men moet daarom trachten de „ideale vorm”, de *essentiële* kenmerken van het verschijnsel huisarts vast te stellen. Fijntjes voegt men er aan toe: „ook al zouden sommige concrete gestalten van dit verschijnsel niet alle vastgestelde kenmerken vertonen.”

Wij zijn nu ongemerkt beland in een gebied dat bezaaid ligt met notities, artikelen, verslagen en rapporten. Want over de ideale vorm, dat niet bestaande wezen, dat op harmonische wijze alles in zich verenigt, wat wij ons in onze beste momenten van een huisarts voorstellen, kun je lang en breed discussiëren. Het Utrechtse rapport „Kenmerken van de huisarts”, het KNMG-rapport „De medicus in het eerste echelon”, het LHV-rapport „De taken van