

Uit de universitaire huisartseninstituten

INSTITUUT VOOR HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT
VAN AMSTERDAM

Visie op huisartsgeneeskunde

Het maart-nummer 1978 van Amice Collega, blad van het Instituut voor huisartsgeneeskunde van de GU Amsterdam, is aan het thema Visie op huisartsgeneeskunde gewijd. „Wil je een visie ontwikkelen” – aldus de redactie van Amice Collega – „dan is het praktisch als je weet wat huisartsgeneeskunde betekent of impliceert”. Zij verzocht vervolgens alle medewerkers van het Instituut de volgende zin – getypt op één A4 vel – af te maken: Naar mijn mening zal huisartsgeneeskunde, zoals deze ontwikkeld wordt in de praktijk en aan de universiteiten, binnen tien jaar . . .

De visie van Wouter Oosterhuis en vervolgens die van Harry Schouwenburg vindt men hier afgedrukt.

Naar mijn mening zal de huisartsgeneeskunde, zoals deze ontwikkeld wordt in de praktijk en aan de universiteiten, binnen tien jaar nog in een kringetje rondraaien, waarin de kleine chirurgie, kleine psychiatrie, kleine interne geneeskunde, kleine vul-maar-in de hoofdmoot van het dagelijks gebeuren vertegenwoordigt, tenzij . . .

Tenzij men er in slaagt aan te tonen, dat de huisartsgeneeskunde een eigen benadering van klagende mensen inhoudt. Eigen aan zichzelf. Niet tevens eigen aan alle andere disciplines, die zich óók met klagende mensen bezighouden. Men mag die eigen-aardigheid best pragmatisch formuleren. Ontlenen aan de functie die de huisarts vervult, in – pakweg – de Westeuropese gezondheidszorg. Maar voor die eigen-aard moet men uit dat functioneren dan ook een kernfunctie zichtbaar kunnen maken, die hij niet deelt met andere hulpverleners. Anders heeft Trimbos gelijk, dat de hulpverlening best door een team medische specialisten kan worden gegeven, als er maar een begeleidings-vakman aan wordt toegevoegd: de medische psycholoog.

En als dat zo is, dan blijft de huisarts de man die de kleine klusjes opruimt voor de echte „geneesheer”, die op die manier zijn tijd efficiënter aan „echte” zieken kan besteden, of voor de psycholoog, agoog, psychiater die aan zijn getrainde hoofd ook niet die alledaagse noden wenst te hebben. Deze laatste visie wordt mijns inziens expliciet gesteund in werkstukken als: Het takenpakket van de huisarts, de Utrechtse bundel, en door pogingen die alom gaande zijn, om kleine brokjes dagelijks werk van de huisarts

– als brokje – onder de loep te nemen en te splitsen in stukjes, die hij nog wel zou (moeten) kunnen en stukjes die hij niet (meer) zou behoeven te kunnen. In een dergelijke benadering is al bij voorbaat prijsgegeven, dat er uit het functioneren van de huisarts een kernfunctie valt te isoleren die alléén hij en hij alléén moet vervullen.

Dit komt omdat men, voortkomend uit een denkschool die dualistisch is georiënteerd, die methode van denken gebruikt in een functie, waarbij een holistische aanpak nodig is, zonder dat men zich dit onderscheid realiseert. Het denken over de levende mens als ware hij een bezielde lijk, maakte het in een wereld, waar men volgens religieuze modellen dacht, mogelijk op een nieuwe wijze met onderzoek aangaande de mens bezig te zijn, zonder onmiddellijk te worden verpletterd door het gezag van hen, die volgens de oude modellen dachten. Enorm was het succes van de nieuwe kijk op de mens. Het heeft de taal van deze onderzoekers bepaald: lichaam en ziel - psyche en soma – woorden waar wij nu niet meer buiten lijken te kunnen.

„Anders”-denken wordt door zulke woorden haast onmogelijk. Toch impliceert hun gebruik een reductie in het denken over mensen, met name over klagende mensen. Door het gebruik ervan worden wij ons echter het reduceren als actie niet bewust. Dit vormt voor het denken over huisartsgeneeskunde een ernstige bedreiging, want juist in die reductie van klager tot patiënt (ziel in het bezit van ziek lichaam, volgens het nog steeds heersende taalgebruik) is de kernfunctie van de huisarts gelegen.

Immers, bij de huidige structuur van de gezondheidszorg is het de huisarts tot wie men zich wendt als de zelfhulp faalt. Bij hem komt men terug, wanneer alle andere hulpverleners verklaren dat verdere hulp niet meer „tot hun terrein” behoort. Hij verklaart je narigheid toegankelijk voor analyse volgens door hem aangegeven modellen, al zal hij die analyses en hulpverlening niet altijd en volledig zelf uitvoeren, de keuze ervan is zijn verantwoordelijkheid, en alléén de zijne, zolang zijn patiënt niet over zijn kennis van zaken beschikt. Vindt men het tot de verantwoordelijkheid van de arts-huisarts behoren dat hij die kennis deelt met zijn patiënt, dan is het weer zijn en alléén zijn taak de patiënt inzicht te geven in diens situatie, waarbij hij weer verantwoordelijk blijft voor de keuze van wat daartoe relevant is.

Wie in een team heeft moeten functioneren als huisarts kan er van meepraten! Is hij de enige arts in zo'n gezelschap, dan is hem de taak beschoren om de actie-belemmerende angst weg te nemen: is de klager in kwestie „orgaangestoord” of niet? Nee? O, dan mag ik mijn speciale hulp-vaardigheid inschakelen! Eerder durft niemand actief te worden. Nog een voorbeeld: Of een huisarts een groter of kleiner stukje k.n.o. kan leveren is niet relevant wanneer hij een pedagoog wil attenderen op de achterstand van een gehoorgestoord kind. Dat ook gehoorgestoorden oostindisch doof kunnen zijn, komt bij dezen alléén op, als de huisarts zich wil belasten met de verantwoording dat het niet anders ligt. Bij wie komt echter het gehoorgestoorde kind in eerste instantie, wie moet van een ongelukkig kind een doof kind maken en een recalcitrant kind en een sociaal gestoord kind, een maatschappelijk bedreigd kind? Wat gebeurt er met het kind en wie is er verantwoordelijk voor, wanneer de huisarts naar ieder teamlid een ander kind stuurt, naar de specialist k.n.o. een gehoorgestoorde, naar de maatschappelijk werker de maatschappelijk bedreigde, naar de kinderpsycholoog de recalcitrante, enzovoort? Want dat gebeurt, dát is de consequentie van het model Trimbos. Dat suggereert Jongkees, als hij vindt dat wij ons tot de taal der ziektenkundige analyse moeten beperken, omdat HIJ anders niet weet waar WIJ zullen blijven.

WIJ moeten echter blijven bij dat kind in nood, dat men bij ONS om hulp brengt. Daarvoor moeten wij dat kind – voor medische hulp – reduceren tot een gehoorgestoord kind, misschien wel tot een bepaalde gehoor-stoornis. Op dit gereduceerde niveau kan die stoornis maximaal worden gecorrigeerd, desnoods door anderen. Wij zijn echter verantwoordelijk voor de keuze dat de nood dáárvóór voornamelijk is bepaald; WIJ dienen dat te verifiëren na de medische hulpverlening. Men bracht ons een kind in

nood, niet een doofheid. Wellicht moeten WIJ opnieuw reduceren tot een contactgestoord kind? Een kind met achterstand? en zo verder, want: – zie het Woutschoten rapport – WIJ blijven!

Het is duidelijk: de verantwoording voor de eerste reductie dragen wij, en dat is de enige verantwoording die wij met niemand delen: derhalve is dat onze kernfunctie. Daaruit vloeit onvermijdelijk voort dat wij verantwoordelijk zijn voor de inpassing van de, binnen gereduceerd kader, uitgedachte hulpverlening in de werkelijkheid van de klager.

Wij reduceren klagers tot dragers van klachten. Wij doen dit omdat wij aangeleerd hebben, dat bepaalde klachten-constellaties bepaalde samenhangen (kunnen) hebben, die voorspellingen toelaten over hun verdere ontwikkeling, en omdat wij geleerd hebben dat bepaalde methoden zulke ontwikkelingen in een voor de klager gunstige richting kunnen beïnvloeden.

Meer speciaal hebben wij geleerd in het kader van de reductie: klager = ziel in bezit van ziek lichaam (lichaam = organenverzameling in functionele samenhang, ziek = niet functionerend in functionele samenhang). Dat is ONZE belangrijkste training geweest. Gedragswetenschappers hebben ons de laatste jaren laten weten dat andere reducties voor klagers eveneens gunstige beïnvloeding mogelijk maken. Misschien geldt dat voor nog meer disciplines!

De huisarts is dan ook genoodzaakt inzicht in die andere denkkaders te verwerven, er min of meer mee te leren werken, en hij moet zich de vaardigheid eigen maken met elk van zulke disciplines vruchtbaar samen te werken. Het kunnen werken met verscheidene denkkaders zal hem noodzakelijk deze in een nieuw model mensbeschouwing onder te brengen waarin zij zonder onderlinge tegenspraak kunnen samengaan.

In zijn rede ter gelegenheid van het tienjarig bestaan van de leerstoel huisartsgeneeskunde te Utrecht, preludeerde Van Es reeds op zo'n visie. Het beschouwen van de mens als een biologisch systeem, in staat tot informatieverwerking, taalvorming, en zichzelf bewust, zal het ontwerpen van zulke modellen vergemakkelijken.

Resumerend: Huisartsgeneeskunde als eigen discipline bestaat nog niet. Huisartsgeneeskunde als eigen discipline heeft wel bestaansrecht. Dit recht ontleent de huisartsgeneeskunde aan een functie die zij met geen andere discipline deelt. Deze functie bestaat uit het als eerste deskundige reduceren van de zich tot hem wendende klager tot drager van een probleem, en vervolgens uit het daarop reduceren van dit probleem tot een binnen een bepaald denkraam passend probleem. Alleen als hij binnen dit raam zich deskundig weet zal hij na deze reducties het

overblijvende probleem ook zelf oplossen, deze functie deelt hij echter met andere in dat kader deskundigen. Het inpassen van de zo gevonden oplossingen in de werkelijkheid van het ongereduceerde bestaan van de klager lijkt mij, zo niet tot de exclusieve taak, dan toch wel tot de exclusieve verantwoordelijkheid van de huisarts behoren, Gelukkig heeft Van Aalderen de noodzaak van dergelijke analyses volgens model ingezien, getuigt de syllabus van de V.U. Amsterdam. Ook is het goed werk van IJzermans en Schouwenburg geweest om te laten zien wat wij allemaal in ons slordig reduceren buiten beschouwing laten; daardoor krijgen wij kijk op wat wij allemaal nog te leren hebben voor wij processen van reductie en ont-reductie professioneel hebben leren beheersen: voor wij de discipline huisartsgeneeskunde kunnen begroeten. Van dat soort werk moeten wij het hebben!

Aalderen, H. J. G. van. Methode van hulpverlening. Syllabus HIVU, 1976.

Es, J. C. van. In: Universitaire ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde. Symposium 26 november 1977. (1978) huisarts en wetenschap 21, 31.

Jongkees, L. B. J. (1977) Ned. T. Geneesk. 121, 1345.

Wergroep IHU. Kenmerken van de huisarts. Syllabus IHU, 1975.

IJzermans, C. J. M. & H. C. Schouwenburg (1976) huisarts en wetenschap 19, 165.

De universitaire huisartsgeneeskunde van dit moment wordt gekenmerkt door:

1. Het ontbreken van onderwijsdoelstellingen;
2. marginale research;
3. ruime middelen;
4. machtsstrijd binnen de instituten;
5. ondeskundigheid bij de staf.

Een verwachting met betrekking tot het beeld van de universitaire huisartsgeneeskunde over tien jaren zal in sterke mate worden bepaald door de verwachting met betrekking tot de ontwikkeling van deze vijf kenmerken. Ik zal ze in omgekeerde volgorde behandelen.

Ondeskundigheid bij de staf van de universitaire huisartseninstituten, voorzover die niet voortkomt uit kenmerk 1, is ten dele een gevolg van het feit dat de formatie van de nieuw ingestelde instituten nogal haastig moest worden ingevuld. Bij deze invulling speelde aanvankelijk coöptatie een zekere rol. Deze rol lijkt voor de toekomst afgedaan. De onrealistische messias-verwachting die vele huisartsen koesterden ten aanzien van „gedragswetenschappers”, leidde bovendien tot klakkeloze aanstelling van personen uit min of meer willekeurige sociaal-wetenschappelijke disciplines.

Deze messias-verwachting is gelukkig eveneens verdwenen. Er zijn echter weinig

of geen aanwijzingen dat huisartsen nu een gedifferentieerd beeld hebben van de specifieke competenties van vertegenwoordigers van verschillende sociale wetenschappen. Het aantrekken van diffuse „gedragswetenschappers” en daarmee het bestendigen van een deel van de ondeskundigheid, zal daarom blijven plaatsvinden.

Tenslotte is er een structureel tekort aan onderwijs- en/of onderzoekscompetente huisartsen, zodat wie zich in het verleden aanmeldde veelal werd aangesteld.

Er is geen reden aan te nemen dat dit beeld zich vooralsnog zal wijzigen.

Ondeskundigheid op het gebied van onderwijs en/of onderzoek heeft, naar mijn mening, mede geleid tot machts- en prestige-strijd binnen de instituten. Deze strijd heeft geleid, en zal nog verder leiden tot verbrekking van de activiteiten, isolatie van individuen, selectie van territorium-bouwers, maar ook tot een meer realistische kijk op wat mogelijk is binnen de universitaire huisartseninstituten.

Ik verwacht dat dit individualiseringsproces verder zal gaan, totdat wellicht veranderingen zullen optreden als gevolg van verbeteringen in de sfeer van onderwijsdoelstellingen en onderzoek.

De universitaire huisartseninstituten zitten ruim in hun middelen. De staf student-ratio is extreem gunstig, terwijl het hulpmiddelencrediet alle ruimte laat aan kwistig gebruik van materialen. Dit na-effect van de oprichting van instituten, en wellicht ook bijverschijnsel van de medische status, zal al spoedig steeds minder worden. Het belangrijkste effect zal zijn het ten dele verlaten van het kleine-groepen-model voor het onderwijs. Ook met de hulpmiddelen zal efficiënter worden omgegaan.

Zoals alom bekend is het wetenschappelijk onderzoek aan de universitaire huisartseninstituten in het beste geval een bijzaak, terwijl het in het slechtste geval min of meer oogluikend wordt toegestaan. Het hangt zeer sterk aan personen en wordt nauwelijks betrokken in instituuts-filosofieën. Ik heb niet veel reden aan te nemen dat dit in de komende tien jaren veel zal veranderen.

Het ontbreken van concrete onderwijsdoelstellingen is, in mijn ogen, het meest ernstige probleem. Knelpunten hierbij vormen het predocorale onderwijs en de beroepsopleiding tot huisarts.

De plaats van de huisartsgeneeskunde in het algemene medische curriculum is nog steeds beperkt. Zolang er geen overeenstemming bestaat over de vraag wat een algemene arts van huisartsgeneeskunde moet weten (in contrast met de inhoud van

Ingezonden

de beroepsopleiding), is een claim op uitbreiding binnen het predoctorale onderwijs ook niet te onderbouwen. Zonder stimulering van buitenaf zie ik deze status quo de eerstvolgende tien jaren niet veranderen. Anders is het met de beroepsopleiding tot huisarts. Als zodanig zal de beroepsopleiding tot huisarts niet meer uit het pakket specialistische opleidingen verdwijnen. Aan de concrete formulering van onderwijsdoelstellingen van de beroepsopleiding (de „eindtermen”), die tot op heden ontbreken, zal langzamerhand worden gewerkt.

Aan deze formulering zal een analyse van de onderwijsrelevante kenmerken van de beroepsuitoefening van de huisarts vooraf moeten gaan; de tot nu toe bekende analyses zijn onvoldoende. Deze nieuwe analyse zal onder meer aandacht moeten schenken aan problemen van „time-management”, het probleem van de vage lichamelijke klachten en de beslissingsproblemen die samenhangen met het verwijzen. Tegelijkertijd zullen methoden (moeten) worden ontwikkeld, waarmee de eventuele lacunes in somatische kennis van de algemene arts bij zijn intrede in de beroepsopleiding kunnen worden opgespoord. Op grond hiervan zal een geïndividualiseerd programma van „remedial teaching” van uiteenlopende medische onderwerpen (moeten) worden geconstrueerd.

Beide elementen, „eindtermen” en „remedial teaching”, zullen leiden tot een volledig nieuw curriculum voor de beroepsopleiding tot huisarts, waarbij de vanzelfsprekendheid van het kleine-groepen-model voor de onderwijsvorm ter discussie zal komen te staan. De beroepsopleiding zal inhoudelijker en schoolser worden, ook al zal het vermoedelijk nog lang duren voor het zover is.

Samenvattend geloof ik dat de eerstkomende tien jaren in de universitaire huisartsgeneeskunde in Nederland weinig zal veranderen. Voor een belangrijk deel hangt de traagheid van de ontwikkeling samen met de geïnstitutionaliseerdheid van het vak en met het dichtslippen van de formatie en de krapper wordende hulpmiddelen. Een positieve ontwikkeling van het onderwijs daarentegen is op den duur naar mijn mening onvermijdelijk.

Dipslide hoeft niet voor de huisarts

In (1978) huisarts en wetenschap 21, 61-64, staan twee artikelen van Davies, Strijbosch en anderen over het gebruik van de dipslide-methode als diagnosticum. Uit de dissertatie van I. Haag, Een prospectief onderzoek naar het beloop van asymptomatische bacteriurie bij kinderen (zie boekbespreking (1978) huisarts en wetenschap 21, 71), blijkt echter dat met de dipslide niet wordt gezocht naar bacteriurie, maar naar de graad van bacteriurie. Dit onderzoek demonstreert hiermee de beperking van de methode en de juiste aanpak van het probleem: de dipslide-methode dient voor het onderzoek naar een bepaalde mate van bacteriurie. Het onderzoek van Haag toont aan dat bacteriurie in een derde van de gevallen na een jaar is verdwenen, een derde heeft na twee jaar nog bacteriurie en een derde komt binnen twee jaar wegens klachten onder behandeling. Of er in het laatste geval – juist in verband met de behandeling – ook beoordeling van het sediment plaatsvindt, wordt in het artikel niet vermeld, maar lijkt mij waarschijnlijk, daar dit bij klinische en niet-klinische behandeling nog steeds de gewone gang van zaken is.

In het artikel van Strijbosch en anderen wordt vermeld dat de dipslide-methode – in tegenstelling tot het beoordelen van het sediment – een uitermate bruikbaar hulpmiddel is bij de diagnostiek van urineweg-infecties. Als een dergelijke opmerking wordt gemaakt, moeten daarvoor ook bewijzen worden aangedragen. Naar mijn mening kan een bacterioloog een dergelijke opmerking niet zomaar langs zich heen laten gaan. Al zien wij nog zoveel bacteriën, pas een leukocytaire reactie zal aanwijzingen geven of er sprake is van een infectie in het organisme. Treft men in het urinesediment leukocyten aan, dan is het in een aantal gevallen zeker noodzakelijk naar bacteriën te zoeken, ook voor een huisarts.

In feite geeft de dipslide slechts een indruk van een bepaalde mate van bacteriurie. De methode heeft daarom zijn nut om de hoeveelheden bacteriën vast te stellen in gevallen waarbij een infectie is gediagnostiseerd op grond van de aanwezigheid van te veel leukocyten in het sediment. De resultaten van beide methoden zullen waarschijnlijk elkaar niet veel ontlopen.

Uit het artikel van Strijbosch en anderen is niet duidelijk op te maken op welke gronden de urine met de dipslide wordt onderzocht. Gesteld dat dysurie de meest voorkomende reden zou zijn, dan zou – even-

als door de „sediment-bekijker” – de symptoomloze bacteriurie zodoende worden gemist. Verder worden door de auteurs een aantal procedures gevolgd om uit te maken welk antibioticum zal worden gegeven. Hoe vindt daarna controle van de patiënt plaats? Indien de patiënt geen klachten meer heeft of in zijn urine vrijwel geen bacteriën meer aantoonbaar zijn, kan de „sediment-bekijker” op grond van het aantal leukocyten toch aanwijzingen vinden voor het bestaan van een chronische infectie.

Zou de behandeling van de patiënt beter zijn en het aantal urologische verwijzingen afnemen door gebruik van „betere” diagnostische methoden door de huisarts? Voor beide methoden geldt dat onvoldoende reactie op de behandeling, de keuze van een ander antibioticum noodzakelijk maakt of verwijzing naar een specialist, die alsnog een urinekweek kan inzetten.

Wanneer de urine wordt onderzocht in gevallen van febris e causa ignota, lijkt de methode van het onderzoeken van het urinesediment minder riskant. Meestal betreft het zeer jonge meisjes, bij wie anamnese en lichamelijk onderzoek niets heeft opgeleverd. In gevallen waarbij het urinemonster wordt geleverd in een fecaal-besmette pot, zullen dipslide en kweek positief kunnen zijn, terwijl bij onderzoek van het sediment de fecale verontreiniging goed zichtbaar is en de grote hoeveelheid bacteriën verdacht is; ontbreken de leukocyten, dan zal de „sediment-bekijker” naar een andere oorzaak van de infectie gaan zoeken.

Ziekten die worden gekenmerkt door de aanwezigheid van leukocyten in de urine met geringe of afwezige bacteriurie, worden met de dipslide-methode zeker gemist. Afwijkingen in het sediment zijn dan duidelijk en blijken soms niet te verdwijnen na een kuur van de gebruikelijke antibiotica. In deze gevallen zijn de klachten meestal gering, zoals lichte dysurie of „wat” slagpijn in de nierloge. Dergelijke dubieuze klachten kunnen voorkomen bij niertuberculose en een bijna symptomatische urethritis gonorrhoeica, waarbij herhaalde urinekweken negatief zijn, terwijl leukocyten in de urine aanwezig blijven. Een ander voorbeeld is een patiënt met dysurie en leukocyten in het sediment, die niet verbeterde op de gebruikelijke therapie en later leukemie bleek te hebben.

Een patiënt met urologische klachten bij wie een bacteriurie wordt vastgesteld, wordt door de huisarts behandeld. Een patiënt bij wie in het sediment, na één of meer kuren met een antibioticum leukocyten worden gevonden, wordt meestal doorgestuurd naar een uroloog. In het laatste geval kan echter de dipslide nega-