

Bestaat huisartsgeneeskunde?

Samenvatting van een discussie gevoerd onder de staf van de afdeling huisartsgeneeskunde Groningen, gekleurd naar en aangevuld met eigen inzichten*

E. M. TER BRAAK

Bestaat huisartsgeneeskunde? Een vraag die niet door iedereen als bijster relevant wordt ervaren. Huisartsen bestaan immers en huisartsgeneeskunde is een vak, waartoe in een beroepsopleiding wordt opgeleid; huisartsgeneeskunde bestaat dus ook. Toch komen ook deze auteurs, zij het schoorvoetend, met een visie die volgens hen („als je dat graag zou willen!“) een paradigma genoemd zou kunnen worden. De derde reactie op het Paradigmanummer.**

Een eerste reactie

„Bestaat de huisartsgeneeskunde?“ Deze retorische vraag is onderwerp van discussie op onder andere de interstuvendag 1979 te Utrecht, een ontmoeting tussen de stafleden van de Nederlandse huisartseninstituten. Een vraag die wordt opgeworpen in de discussie die in bepaalde huisartsenkringen wordt gevoerd over wat huisartsgeneeskunde nu eigenlijk, vooral wetenschappelijk gezien, voorstelt. Het Paradigmanummer van huisarts en wetenschap is hiervan een uitloei. Van waar deze vraag? Wat doet dat ertoe? Huisartsen bestaan! Een eerste geprikkelde reactie onzerzijds. Want waar gaat het eigenlijk om? Wat is het meer dan zich afzetten tegen medische specialisten? Zoals *Van Es* zegt: „Het bestaan van de specialistische geneeskunde dwingt ons tot opnieuw formuleren van de huisartsgeneeskunde.“ Wat is het meer dan op zoek gaan naar een eigen identiteit als wetenschap, louter uit statusoverwegingen. Een poging om de medische specialisten, die ons huisartsen als underdog behandelen en tegen wie wij ons vaak als underdog gedragen, met hun eigen wetenschappelijke wapens terug te slaan? Zo in de trant van: ons vak is in ontwikkeling, beweegt zich op nog grotendeels onontgonnen terrein dat er heus anders

uitziet dan de optelsom van medische specialismen en – gogieën; er zijn paradigma's te formuleren, net als in jullie vak, wij tellen ook mee! En met veel pretenties wordt een aantal paradigma's uit de hoge hoed van de heren huisartsen getoverd.

Zo dat was dat. Na deze reactie konden wij, een aantal stafleden van de afdeling huisartsgeneeskunde te Groningen, met plezier verder praten over huisartsgeneeskunde: wat vinden wij specifiek voor de huisartsgeneeskunde, als wetenschap of als vak, wat vinden wij als huisarts belangrijk, vanuit welke motieven zijn wij huisarts en/of leiden wij daartoe op. Een discussie met alle pretenties en met een afzetten tegen specialisten!

Wat is huisartsgeneeskunde?

Het is ons inziens in de eerste plaats een vak, een ambacht waartoe in een beroepsopleiding, een vakopleiding, wordt opgeleid.

Wat beleven wij als eigen, als specifiek, aan het huisartsenvak? Wat vinden wij als huisarts belangrijk? Als wij hierover iets zeggen – waaruit dan in grote lijnen een aanpak, een methodiek, zichtbaar wordt – , dan zeggen wij iets over onze eigen waarden en normen, onze filosofie, ten aanzien van gezondheid en ziekte, ten aanzien van hulpverlening. Als een patiënt bij de dokter komt, zal deze in de eerste plaats willen weten waarvoor de patiënt bij hem komt. Vergelijk de intakefase volgens de methode

van Aalderen: waarom komt deze patiënt nu bij mij?

Hierbij lijkt ons belangrijk dat de patiënt gehoord, verstaan, begrepen wordt door de mens-huisarts, zonder dat meteen al sprake is van medisch-technisch bezig zijn; dat de klacht van de patiënt niet bij voorbaat vertaald wordt tot een medisch probleem (vergelijk de poortwachtersfunctie die *Huygen* noemt); dat de vraag van de patiënt een belangrijke richtsnoer bij het huisartsgeneeskundig handelen is en niet het belang van de dokter, bijvoorbeeld zijn angst om een ernstige ziekte over het hoofd te zien. Dokter en patiënt proberen samen tot een besluit, een overeenkomst te komen. Is er een antwoord op de vraag van de patiënt, en zo ja, hoe luidt dan dat antwoord? Heeft de medische wetenschap/de huisarts een antwoord op de vraag? Wil de patiënt een antwoord van de dokter, een mening, een advies, een onderzoek, een therapie? Wat vindt de dokter van wat de patiënt vraagt?

Ik wil iets uitgebreider ingaan op de vraag hoe de overeenkomst tussen huisarts en patiënt tot stand komt, wat hierbij meespeelt en hoe groot de rol van de medische deskundigheid in het besluitvormingsproces ons inziens is, of zou moeten zijn.

De overeenkomst tussen huisarts en patiënt over wat het handelingsplan zal zijn, komt op een duidelijk andere manier tot stand dan in de specialistische geneeskunde. In de specialistische geneeskunde wordt vrijwel uitsluitend op grond van de deskundigheid van de arts bepaald wat er gedaan moet worden. Onder deskundigheid van de arts wordt verstaan: kennis van anatomie en fysiologie van organen, van (voorkomen, oorzaak en verloop van) ziekten, van de invloed van gezin/maatschappij hierop, van (effecten van) therapieën, eventueel van enige methodieken in het voeren van een gesprek.

Impliciete vooronderstellingen zijn hierbij onder andere dat gezondheid absoluut moet worden nagestreefd en dat dit dient te gebeuren met behulp van verworvenheden van de westerse geneeskunde. Een bepaalde wetenschap van, een deskundigheid in, zegt echter nog niet alles over wat er gedaan moet worden. Deskundigheid zal als cognitief element slechts ingebracht kunnen worden in het actieve proces van het nemen van een besluit. Uit de praktijk blijkt dat wanneer een huisarts uitsluitend op grond van zijn deskundigheid een besluit neemt, dit vaak niet effectief is. Al lijken wetenschappelijke

* Met speciale dank aan Betty Meyboom-de Jong.

** Aan de vier paradigma-auteurs – Huygen, Van Es, Gill en Lamberts – is gevraagd te zijner tijd een weerwoord te leveren.

gegevens vrij eenduidig richtlijnen te geven voor te ondernemen actie, in de praktijk blijken andere factoren een rol mee te spelen bij de uiteindelijke beslissing en bij de evaluatie daarvan.

Als eerste voorbeeld noemen we het gebruik van IUD's als anticonceptivum. Er bestaan grote verschillen in het gebruik van IUD's per praktijk, afhankelijk van hoe de dokter de wetenschappelijke informatie interpreteert en integreert in zijn verdere ideeën over anticonceptie en anticonceptiegebruikers: de informatie wordt gekleurd door eigen waarden en normen.

Als tweede voorbeeld kunnen we het effect van roken op de gezondheid noemen. De manier waarop een patiënt, die klaagt over een hardnekkige hoest, met zijn eigen gezondheid wenst om te gaan (de waarden en normen van de patiënt) speelt een grote rol bij wat hij uiteindelijk doet met een op grond van wetenschappelijke gegevens verstrekt advies van de dokter om met roken te stoppen

Een derde voorbeeld: bij een patiënt met buikpijnklachten worden na een medische anamnese en onderzoek galstenen aangetoond, waarna de galblaas wordt verwijderd. De patiënt houdt echter zijn klachten, hij voelt zich onbegrepen, door de molen gehaald. Wat hij tot nu toe verteld heeft over zijn klachten werd gestuurd door gerichte vragen van de arts die dacht in termen van orgaanafwijkingen. Maar de patiënt heeft zelf nog meer informatie over wat er met hem aan de hand is, als hij goed naar zijn eigen lichaam luistert en het niet bij voorbaat uitlevert aan „deskundigen”. Dit zouden wij de eigen deskundigheid van de patiënt willen noemen.

De dokter voelt zich in deze twee laatste voorbeelden machteloos, omdat de klachten niet zijn verdwenen ondanks medisch-technisch juist handelen, omdat de patiënten zijn goedbedoelde, deskundig voorgeschreven medicijnen niet innemen of adviezen niet opvolgen. Bij de uiteindelijke actie die in de huisartspraktijk wordt ondernomen naar aanleiding van een vraag van de patiënt speelt de medisch-technische deskundigheid van de huisarts dus een nevensgeschikte rol. De actie komt tot stand in een dialoog tussen huisarts en patiënt waarbij behalve de deskundigheid van de arts meespelen: de eigen waarden en normen van arts en van patiënt en wat wij hierboven de eigen deskundigheid van de patiënt hebben genoemd. Het belang van de deskundigheid van de arts wordt ons

inziens zowel door de waarden en normen die de deskundigheid „kleuren” gerelativeerd, als door deze eigen deskundigheid van de patiënt. Ons inziens verloopt de overeenkomst tussen huisarts en patiënt bevredigender voor beiden, als de huisarts hier rekening mee houdt. Dit betekent:

- dat hij zich bewust probeert te zijn op grond van welke waarden, normen, frustraties, gewoonten, behoeften, verwachtingen hij hulp verleent;
- dat hij zicht probeert te krijgen op de waarden en normen die de patiënt ten aanzien van zijn eigen gezondheid hanteert;
- dat hij open oog en oor heeft voor de eigen deskundigheid van de patiënt.

De eigen deskundigheid van de patiënt

Het begrip „eigen deskundigheid” van de patiënt willen we iets nader uitwerken. De patiënt heeft zelf informatie over wat er met hem aan de hand is: de (binnen) informatie van de patiënt. De patiënt kan, inplaats van de klacht zo snel mogelijk proberen weg te krijgen, luisteren naar wat de klacht hem te „zeggen” heeft. Wat is er met hem aan de hand dat hij op dit moment bijvoorbeeld rugpijn heeft? Zijn lichaam houdt hem minder voor de gek dan hij zichzelf vaak doet. Het geeft hem een signaal: er is wat aan de hand. Wanneer de patiënt dit accepteert, meer zijn lichaam „is” en minder zijn lichaam „heeft”, kan hij in dialoog met bijvoorbeeld een dokter, voor een belangrijk gedeelte zichzelf helpen.

Vele mensen zijn helaas van hun lichaam vervreemd, zij vertrouwen hun eigen lichaam niet meer. Zij „zijn” hun eigen lichaam niet meer, maar zij „hebben” het, zoals zij een radio of een auto hebben. Als hun radio knettert, controleren ze hooguit de stekker, geven er een klap tegen en als de radio het dan nog niet doet, bellen ze de radiomonteur. Die houding tegenover hun eigen lichaam is in hoge mate beïnvloed door medici, die in hun machtsvertoon – of hoogmoed – de mensen gouden bergen (dit is een lang leven) beloven als zij zich geregeld laten punteren, uitstrijken en doorlichten.

Wij zouden patiënten willen stimuleren weer vertrouwen te krijgen in hun eigen lichaam, hun eigen gevoel. Wij willen patiënten daarbij aanspreken op hun gezond-zijn, wanneer zij een klacht melden, en niet in de eerste plaats op hun ziek-zijn: We kunnen hen helpen

de signaalfunctie van ziektes en ongemak te zien: wat heeft die hoofdpijn, maagpijn en dergelijke mij te zeggen, wat is er misgegaan met mijzelf, waar heb ik mezelf voor de gek gehouden of ben ik mezelf voorbijgelopen? (Vergelijk de humanistische geneeskunde.) Dit betekent dat we de verantwoordelijkheid van de patiënt voor zijn eigen lijf en leden ook werkelijk serieus nemen en niet omdat het in de mode is (vergelijk gedragsregel 9 uit het blauwe boekje, Gedragsregels voor artsen: „de arts moet begrip tonen voor de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt”! Een offer aan de tijdgeest!)

In onze maatschappij waarin veel mensen verantwoordelijkheid wordt afgenomen, en waarin zij zich die verantwoordelijkheid ook laten afnemen, is het wellicht de culturele functie (zoals *Lamberts* het noemt) of de emanciperende functie van de huisarts om de verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid bij de mensen zelf te leggen en te laten. Dit niet zozeer vanuit de norm: we moeten de patiënt zonodig emanciperen, maar meer vanuit het geloof: als huisarts kun je wel wat, maar niet zoveel voor de ander doen, we merken dat we tegen onze eigen grenzen (die van onze deskundigheid) aanlopen, we kunnen niet het leven voor de ander leven. We hebben gemerkt dat de invloed van onze (medisch-technische) deskundigheid op de actie die wij naar aanleiding van een vraag van de patiënt kunnen ondernemen, slechts gering is (ons inziens is dit „geloof” middels casuïstische beschrijvingen aardig „hard” te maken).

Terug naar de overeenkomst die arts en patiënt samen maken naar aanleiding van de vraag van de patiënt. In sommige gevallen zal de huisarts als onderdeel van die overeenkomst als lichaamsreparateur optreden, zoals de radiomonteur dat met de radio doet, er echter rekening mee houdend dat deze actie invloed heeft op de totale patiënt (bijvoorbeeld bij veel spoedgevallen, bij het hechten van een wond, het voorschrijven van een bril). In andere gevallen zal de huisarts enig medisch-technisch onderzoek doen, waarna arts en patiënt hun dialoog hervatten. Ook is mogelijk dat een therapie gestart wordt, of dat een medische specialist wordt ingeschakeld als leverancier van meer medisch-technische deskundigheid, waarna huisarts en patiënt met de nieuwe gegevens van de specialist hun gesprek heropenen. (Helaas worden deze gegevens door de specialist vaak

ongevraagd vertaald en uitgevoerd in termen van therapie en beleid.)

Een andere mogelijkheid is dat huisarts en patiënt besluiten dat de huisarts de patiënt zal proberen te helpen ontdekken wat het lichaam van de patiënt over de patiënt zelf te zeggen heeft. Of zij zullen samen tot de conclusie komen dat de vraag niet thuishoort in de gezondheidszorg.

Ook bestaat de mogelijkheid dat zij niet tot overeenstemming komen: de patiënt verwacht bijvoorbeeld reparatie van zijn lijf, de dokter kan dit niet vanuit zijn eigen begrensdeheid. Hij kan alleen de patiënt duidelijk maken dat de patiënt zelf de enige is die kan weten wat er aan schort en die weet wat er kan veranderen.

Dit proces, vanaf het eerste wat de patiënt de dokter aanbiedt tot de uitvoering van de uiteindelijke overeenkomst, met voortdurend bijsturen wanneer er nieuwe informatie komt, vinden wij essentieel voor het huisartsenvak.

Huisartsgeneeskunde als wetenschap

Nu iets over huisartsgeneeskunde als wetenschap. Of beter: huisartsgeneeskunde als onderwerp voor wetenschappelijk onderzoek. Het huisartsenvak beweegt zich op een terrein waar nog veel onbekend, onduidelijk, niet geformuleerd is. Het heeft behoefte aan en is inspiratiebron voor nieuw, doorgaans toegepast wetenschappelijk onderzoek. Hoe dit onderzoek genoemd kan worden, zal ons een zorg zijn: medisch specialistisch onderzoek, -gogisch onderzoek, biochemisch onderzoek of specifiek huisartsgeneeskundig onderzoek. Inherent aan het feit dat het om toegepast wetenschappelijk onderzoek gaat, zal het gebruik maken van elementen uit allerlei disciplines.

Wanneer het onderzoek zich richt op een terrein dat min of meer specifiek voor het huisartsenvak genoemd kan worden, is het wellicht mogelijk achteraf iets te formuleren dat typisch huisartsgeneeskundig onderzoek genoemd kan worden. Waaruit dan achteraf paradigma's afgeleid kunnen worden.

De hierboven geschilderde visie op wat essentieel is voor het huisartsenvak biedt ons inziens heel wat stof voor onderzoek. Deze visie bepaalt dan mede welke vragen er in dat onderzoek gesteld worden, op welke wijze die vra-

Negentiende Seminar Lehrbeauftragte für Allgemeinmedizin

Op 5, 6 en 7 april vond in München de negentiende bijeenkomst van Duitse docenten in de huisartsgeneeskunde plaats. Aanwezig waren achtenveertig Lehrbeauftragte van vierentwintig universiteiten. Dr. G. J. Bremer* woonde het seminar bij en schreef bijgaand verslag.

Voorzitter Häussler begint met een overzicht van de toestand op het gebied van de gezondheidszorg en de huisartsgeneeskunde in West-Duitsland. Het teveel aan artsen dreigt in de toekomst krankzinnige proporties aan te nemen. Als er geen verdere maatregelen worden genomen, zullen er in het jaar 2000 ondanks de numerus fixus in West-Duitsland honderdduizend artsen te veel zijn. Iedereen schiet in de lach. De berekeningen zijn echter gemaakt door deskundigen en door zeer deskundigen. Het zal dus wel waar zijn en er zal wat moeten gebeuren.

Maar wie zal wat doen?

Het probleem dat daarna aan de orde komt is minder belangrijk. De huisartsen schrijven veel te veel en daardoor veel te kostbaar voor. Dat kan zo niet doorgaan. Hier en daar worden al maatregelen genomen: dure artsen worden financieel „gekort“.

Het belangrijkste probleem voor de huisartsen is volgens Häussler het probleem van de specifieke opleiding. Als het niet lukt een dergelijke specifieke opleiding verplicht te stellen – dus: slechts opgeleide huisartsen mogen zich als zodanig vestigen – zal het beroep van huisarts verdwijnen, want alle specialisten die niet aan de slag komen – en dat zijn er nogal wat – kunnen zich momenteel als huisarts (of Allgemeinarzt) vestigen. Een goede specifieke beroepsopleiding zal vier jaar moeten duren, waarvan de helft in de huisartspraktijk moet worden doorgebracht.

* Huisarts te Nieuwkoop (Dorpsstraat 129), lector huisartsgeneeskunde Rijksuniversiteit Leiden.

gen onderzocht worden, en welke antwoorden geaccepteerd worden. En daarmee zou dan die visie (als je dat graag zou willen!) volgens een van de omschrijvingen van Kuhn een paradigma genoemd kunnen worden.

Tenslotte wijst Häussler erop dat de studenten zich later als arts niet aan hun sociale verantwoordelijkheid zullen kunnen onttrekken. Veranderingen in de maatschappij hebben hun repercussies op het werk van artsen. Een arts zal een standpunt in moeten nemen ten aanzien van veel wat er op dit gebied gebeurt. Een ziekenhuis of een huisartspraktijk is geen ivoren toren waarin men zich kan terugtrekken. Häussler begint dan ook ieder college met iets te zeggen over een actuele gebeurtenis of maatregel waarbij artsen op een of andere manier zijn betrokken. Dikwijls gaat hij uit van een krantebericht: Holocaust, numerus fixus, artsen teveel, alcoholgebruik . . .

Er zijn nog steeds drie universiteiten waar geen huisartsgeneeskunde wordt gedoceerd en slechts in één plaats bestaat zoiets als een huisartseninstituut (Hannover). De Lehrbeauftragten zwoegen en zweten, slechts enkele hebben administratieve hulp; de meeste worden nauwelijks betaald, hebben geen ruimten, geen budget; twee of drie lopen depressief op hun laatste benen. Vooral de alleenwerkenden hebben het erg moeilijk. Het is een raadsel waarom de verantwoordelijke instantie deze gemotiveerde mensen zo laat tobben. Dit is des te vreemder omdat diezelfde docenten een cursus „Einführung in Fragen der Allgemeinmedizinischen Praxis“ moeten geven die verplicht is voor alle studenten. Zij die deze cursus gelopen hebben – meestal gaat het om een serie colleges van 12 x 2 uur –, krijgen een schriftelijk bewijs dat bij de faculteit

Es, J. C. van (1978) huisarts en wetenschap 21, 451-458.

Huygen, F. J. A. (1978) huisarts en wetenschap 21, 447-450.

Lamberts, H. (1978) huisarts en wetenschap 21, 465-476.