

Achilles tot hardloper bekeerd

Over het terugdringen van de vrijblijvendheid in de huisartsgeneeskunde

DR. C. VAN WEEL

Achilles: Speaking of Capitalized Essences, Mr. T, have you ever wondered about the Purpose of Life?

Tortoise: Oh, heavens, no.

Achilles: Haven't you ever wondered why we are here, or who invented us?

Tortoise: Oh, that is quite another matter. We are inventions of Zeno (as you will shortly see); and the reason we are here is to have a footrace.

Achilles: A footrace? How outrageous! Me, the fleetest of foot of all mortals, versus you, the ploddingest of all plodders! There can be no point to such a race.

Tortoise: You might give me a head start.

Achilles: It would have to be a huge one.

Tortoise: I don't object.

Achilles: But I will catch you, sooner or later – most likely sooner.

*Tortoise: Not if things go according to Zeno's paradox, you won't. Zeno is hoping to use our footrace to show that motion is impossible, you see. It is only in the mind that motion seems possible, according to Zeno. In truth. Motion Is Inherently Impossible. He proves it quite elegantly.**

Inleiding

In dit artikel wil ik mij bezighouden met de vraag op welke wijze de vrijblijvendheid in de huisartsgeneeskunde een halt zou kunnen worden toegevoerd. Ik ga daarbij uit van de opvatting dat het opstellen van een zogenaamd takenpakket in dit verband onvoldoende is. Of bepaalde taken wel of niet verricht worden, lijkt duidelijk meetbaar en is onder meer ook „toetsbaar”. Aan de hand van dergelijke metingen zou men dan ook bepaalde ontwikkelingen kunnen bijsturen. Het is echter niet slechts van belang dat een aantal taken wordt uitgevoerd, het gaat er naar mijn mening vooral om hoe die taken worden vervuld, op welke wijze de geneeskunde in de eerste lijn beoefend wordt. In dit verband dient de specifieke plaats en deskundigheid van de huisarts in de geneeskunde en in de gezondheidszorg in essentie te worden gewaardeerd.

Achilles kan niet worden verweten, dat hij zijn taak als hardloper niet vervult; hij doet dat op uiterst honorabele wijze zelfs, door zijn tegenstander een voorsprong te geven bij de start. Het pro-

bleem is echter gelegen in de context waarin dat gebeurt: Achilles loopt zijn race om een stelling te bewijzen waar hardlopers geen boodschap aan hebben, in casu de paradox van Zeno. De gevolgen blijven ook niet uit; hoewel hij deze wedloop natuurlijk wint, speelt hij gedurende ongeveer 700 bladzijden de tweede viool in zijn filosofische debatten met de schildpad. Achilles – en de lezer van Hofstadter – hebben daar geen problemen mee. Voor de huisarts ligt dat wezenlijk anders.

Onder vrijblijvend wil ik in deze bijdrage verstaan: de mogelijkheid de eigen taak naar eigen goeddunken in te richten, zonder onmiddellijk in botsing te komen met zichzelf of met anderen. Een willekeurige greep: sommige huisartsen doen aan samenwerking met andere hulpverleners in de eerste lijn, anderen niet; verloskundige zorg wordt door sommige huisartsen tot hun taak gerekend, in andere gevallen laat men die zorg aan verloskundige en gynaecoloog over; geneeskundige hulp bij (straat)ongevallen behoort in zeer uiteenlopende mate tot de werkzaamheden van de huisarts.

Niet alleen laat de huisarts deze taken

liggen, er komt ook nauwelijks een reactie op. Andere hulpverleners nemen haast ongemerkt en in alle stilte de betreffende „taken” over, de professie zelf blijft er koel onder en de individuele huisarts komt al evenmin in gewetensnood, om het even of hij zich zelf wel of niet kwijt van deze taken. Dat bepaalt naar mijn idee de vrijblijvendheid, dat is het probleem waar het hier om gaat. Twee opmerkingen vooraf in dit verband:

- Het is een veel gehoorde misvatting om vrijblijvendheid te identificeren met wat *Lamberts* (1974) noemt: interdokter variatie – verschillen in professioneel handelen. Op deze plaats moge ik volstaan met te stellen, dat het uitbannen van interdokter variatie geenszins de uiteindelijke doelstelling is of kan zijn.
- De huisartsgeneeskunde voltrekt zich in nauwe samenhang met maatschappelijke ontwikkelingen. De huisarts lijkt de enige geneeskundige te zijn die „extramuraal gesitueerde maatschappelijke veranderingen” nog enigszins weet bij te benen. Het micro-niveau waarop zich dat afspeelt, zal ongetwijfeld voor lokale verschillen zorgen. Het gaat hier om een groot goed en bij allerlei remedies moeten wij er voor waken niet het kind met het badwater weg te gooien.

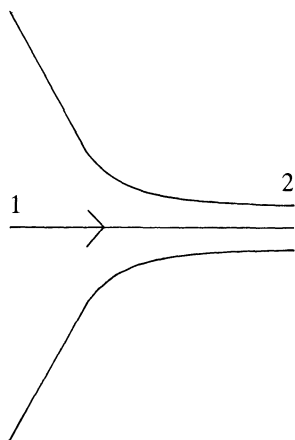
Algoritmische geneeskunde versus methodisch werken

Ik wil mijn beschouwing beginnen met het probleem van het voorschrijven van het „gewenste” medisch handelen. In hoeverre leent het medisch handelen zich voor reglementering? Door het ontwikkelen van algoritmen – hiërarchisch gestructureerde ketens van handelingen – is het mogelijk gedetailleerd het handelen van artsen voor te schrijven en te controleren. „Goede” en „slechte” dokters onderscheiden zich van elkaar door het al dan niet foutloos en snel afwerken van de opeenvolgende stappen.

Er is een groeiende belangstelling voor dergelijke behandelingsschema's, beslissingsmodellen en flow-diagrammen. De deskundigen-adviezen inzake hyper tensie en diabetes mellitus zijn hier voor de huisarts relevante voorbeelden van (*Van Veen; Schema*). In het verlengde hiervan ligt de gecomputeriseerde behandeling: zodanig op elkaar afgestemde beslissingsmomenten en handelingsstappen, dat het klinische werk aan een computer kan worden opgedragen. Hiermee zijn bij enkele ziektebeelden veelbelovende successen geboekt. Re-

* D. Hofstadter: Gödel, Escher, Bach.

Figuur 1. De „probleembreedte” in de loop van de diagnostiek en behandeling. Ontleend aan Blois.



deneren vanuit het bijzondere naar het algemene zit in de geneeskunde heel diep. En er leek dan ook een methode beschikbaar om „het” medisch handelen te reguleren en egaliseren: een met voldoende informatie gevulde computer.

Blois beschrijft een aantal van de successen en verklaart ook *waarom* de generalisatie naar de algemene situatie niet mogelijk is. Aan hem heb ik *figuur 1* ontleend, aan de hand waarvan ik wat dieper wil ingaan op de problemen die zich hier voordoen. Tijdens het proces van oordeelsvorming wordt aanvankelijk een groot aantal uiteenlopende gegevens gebruikt, terwijl later de informatie veel meer gedetailleerd is. In de figuur wordt dit uitgebeeld door de afnemende diameter van de hoorn of trechter. De tot nu toe geboekte successen met algoritmen en behandelingen gedragen c.q. uitgevoerd door computers, bevinden zich alle in de staart van de hoorn, op dat terrein waar de beslissingsmogelijkheden beperkt zijn en de algemene richting van de hulpverlening reeds is bepaald. De hulpverlening door de huisarts is voor een belangrijk deel nu net heel anders van aard: zij bevindt zich veelal in de eerste fase, er zijn vele factoren die (mogelijk) invloed hebben op het probleem, en de richting waarin het hulpverleningsproces zal gaan, ligt nog veel minder duidelijk vast. Omdat „alles met alles te maken heeft”, zijn betrekkelijk eenvoudige modellen als algoritmen van weinig betekenis. Het gaat meer om zoekprocedures, om specifiek op deze situatie toegesneden diagnostiek en handelen, veel minder grijpbaar en minder handzaam te vangen in een ideale of wenselijke werkwijze.

Hiermee kom ik op een van de essentiële uitgangspunten van de huisartsgeneeskunde: het is aan de huisarts om de

eerste fase van de professionele hulpverlening te hanteren; aan de huisarts om uit te maken hoe belangrijk de rol is van somatische, psychische en sociale factoren, en om te beslissen welke vorm en fasering het hulpverleningsproces moet nemen. Aan de huisartsen en niet aan andere medisch specialisten: de huisarts stelt de hulpvraag vast (Van Es 1980).

Diagnostiek speelt een belangrijke rol: in de eerste fase van de hulpverlening, op het kruispunt van gezondheidszorg en maatschappij, gaat het erom problemen zodanig te benoemen dat recht gedaan wordt aan de complexiteit van de specifieke situatie. De *International classification of health problems in primary care* biedt een onderbouwing van deze behoefte tot benoemen en vormt een afdoende legitimering van de pretentie dat de huisarts toegerust is voor deze diagnostiserende, ordenende taak. De classificatie is „drie-assig”: problemen kunnen benoemd worden naar hun somatische dimensie, terwijl daarnaast psychologische en sociale diagnosen tot de mogelijkheden behoren. Aldus kan recht gedaan worden aan het feit dat klachten en problemen die mensen aanbieden aan de gezondheidszorg, geheel of gedeeltelijk niet-somatisch bepaald zijn.

Er ontwikkelt zich een tendens waarbij „clinici” zich een vrije toegankelijkheid, een buitengewone „eerstelingspositie” trachten te verwerven. Zo zijn cardiologen in de weer met een free call voor eventuele infarcten, en bewegen jeugdartsen zich in toenemende mate op het terrein van de zuigelingen- en kleuterbureaus. Dit streven moet mijns inziens bestreden worden, op grond van de hierboven weergegeven uitgangspunten.

„Alles heeft met alles te maken”. Maar dat helpt ons niet verder bij de vraag hoe de huisarts een in essentie complex

probleem moet aanpakken. Feit is dat de huisarts ergens zal beginnen. Bij het ontbreken van een basismodel zal ieder voor zich een selectie aanbrengen, zijn eigen keuze maken waar hij begint. Hier doet zich een bron van vrijheid voor, die wel tot vrijblijvendheid móet leiden.

Waar staat de huisarts nu eigenlijk voor? De noodzaak doet zich voor een structuur aan te brengen in de hulpverlening van de huisarts. De rapportage door de Werkgroep methodisch werken is in dit verband van groot belang. Er wordt een werkwijze in beschreven die meer is dan het medisch model; meer dan een werkmodel dat in die fase bruikbaar is, en waarin het gaat om nauw omschreven medische beslissingen. Methodisch werken doet recht aan de „trechtersituatie”: er wordt in aangegeven op welke wijze diverse elementen, die vrij los van elkaar staan en weinig overeenstemming hoeven te vertonen, gehanteerd kunnen worden. Het belang van het professionaliseren van juist deze eerste fase van de hulpverlening wordt daarbij onderstreept.

Voor de huisarts is daarbij het orderings- of selectieproces op zich van belang. Bij wijze van voorbeeld: Een patiënt met functionele buikklachten bij wie er geen aanwijzingen zijn dat „psychische” of „sociale” factoren een rol spelen, heeft voor ons als huisarts een wezenlijk ander probleem dan een patiënt met functionele buikklachten bij wie „psychische” of „sociale” factoren niet op hun betekenis zijn onderzocht. De uitkomst moge gelijk blijven en voor de patiënt is er wellicht weinig verschil tussen beide situaties, toch is er mijns inziens een essentieel verschil, gelegen in de toepassing van een specifiek proces van hulp verlenen.

Een alternatief voor de „methodische” oplossing zou de algoritmische oplossing kunnen zijn. Een algoritmische oplossing van de vrijblijvendheid zou moe-

Tabel. Opvattingen van consumenten en hulpverleners.

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

Bron: ITOBA-rapport.

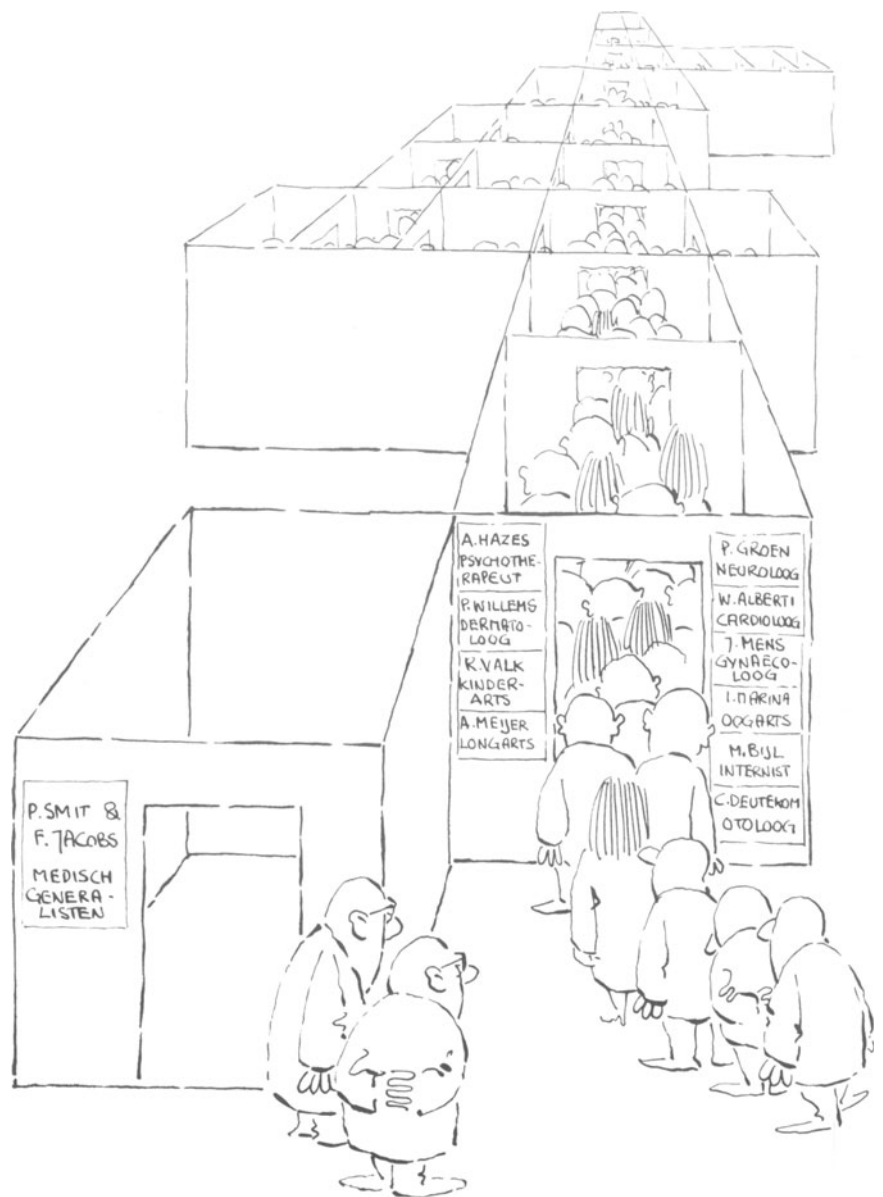
ten bestaan uit het gedetailleerd uitwerken van alle ziekten en problemen die zich voordoen in ons vak. Alle gewenste handelingen en beslissingen worden aldus omschreven. Zoals gezegd, zijn er enkele redelijk geslaagde algoritmen ontwikkeld. Is het nu mogelijk om vanuit deze bijzondere situatie een algemene lijn te trekken?

Behalve dat de ervaringen met deze aanpak in de filosofie zeer teleurstellend zijn, ontbreekt er één essentiële handeling, namelijk het benoemen. Algoritmen treden pas in werking nadat een diagnose is gesteld. De huisarts-geneeskunde heeft een belangrijke „diagnostische” functie: uit te maken óf er sprake is van ziekte, en zo ja, van welke. Methodisch werken doet recht aan de complexiteit van het diagnostiseren. Stelselmatig worden de diverse elementen ingebouwd in de hulpverlening. Zoals ook blijkt uit de betreffende publikatie, werd het formuleren van deze methode van hulp verlenen mede bepaald door een visie op de plaats en functie van de huisarts.

Is daarmee de remedie tegen vrijblijvendheid gevonden, zijn we verlost van onze schandvlek wanneer we de „vrijblijvende” huisarts doen verkeren in zijn tegendeel: de methodisch werkende huisarts? Methodisch werken is een werkwijze, een *middel* om hulp te verlenen. De *reden* tot hulpverlening blijft daarbij grotendeels buiten beschouwing. Wel vormt een analyse van de reden om hulp te vragen een elementair onderdeel van de werkwijze.

Hoe belangrijk de werkwijze ook is – en hoe noodzakelijk het ook is haar in te voeren en toetsbaar te maken – het probleem van de vrijblijvendheid is er niet mee opgelost. Waar staat de huisarts voor?

De specifieke plaats van de huisarts in de geneeskunde brengt met zich mee, dat hij zich gesteld ziet tegenover specifieke problemen, waarbij een eigen wijze van hulp verlenen past. Biedt dat op zich voldoende grond om het professionele handelen van de huisarts te structureren en om de vrijblijvendheid daarbij uit te bannen? Er is nog een derde element dat moet worden toegevoegd aan de basis: *Waarom* houden wij ons als huisarts bezig met problemen van mensen? Welk doel stellen wij ons bij onze hulpverlening? In het medisch model is de doelstelling impliciet aanwezig: een klacht wordt uitgewerkt tot een diagnose, waarop dan therapie volgt. Omdat het medische model (lang) niet altijd het meest opportuun is voor de huisarts, is



het nodig expliciet een doel voor ogen te hebben.

Daarnaast wordt terecht veel aandacht besteed aan de reden waarom de patiënt hulp zoekt. Dit is een belangrijk onderwerp, maar de zaak wordt er niet eenvoudiger door. De huisarts zal dan des te helderder voor ogen moeten hebben waarop naar zijn oordeel de hulpverlening gericht moet zijn. Illustratief in dit verband zijn de resultaten van een twaalf onderzoeken onder de patiënten van het gezondheidscentrum Ommoord.

Het eerste onderzoek heeft betrekking op de opvattingen over ziekten en de gewenste therapeutische aanpak, zoals die leefden onder de patiënten. Dit onderzoek heeft vooral belangrijke gegevens opgeleverd over de opvattingen van de consument/patiënt over functionele en psychosomatische klachten, psy-

chische problemen en relatieproblemen (*ITOBA-rapport; tabel*). Bij functionele en psychosomatische klachten geven patiënten een lichamelijke oorzaak aan; hun opvattingen vertonen hier dan ook een discrepantie met die van de hulpverleners ten aanzien van het benoemen van het probleem. Psychische problemen en relatieproblemen leveren geen moeilijkheden op bij de benoeming, maar over het gewenste handelen lopen de meningen uiteen. De patiënten benadrukken sterk de rol van de huisarts als hulpverlener van hun keuze; de hulpverleners van hun kant menen dat juist anderen – met name maatschappelijk werkers – hier een taak hebben.

Ook in het tweede onderzoek werd duidelijk hoe sterk de verwachtingen die patiënten koesteren ten aanzien van de hulpverlening op het spreekuur, ver-

schilden van wat uiteindelijk geboden werd: in meer dan 30 procent van de gevallen werd de verwachting ten aanzien van het wel of niet krijgen van een recept, laboratoriumonderzoek, verwijzing, advies, enzovoort niet gehonoreerd (*Boom e.a.*). Daarbij moet worden aangetekend dat de patiënten ten minste net zo frequent iets wél kregen dat zij niet hadden verwacht, als omgekeerd.

Deze bevindingen zijn van belang voor het hulpverleningsproces: ze benadrukken nog eens dat patiënten zelden „blank” zijn ten aanzien van conclusies, adviezen en behandelingen door de huisarts; het netto-effect kan dan ook gemakkelijk een toename zijn van de bestaande verwarring en onduidelijkheid, in plaats van een afname.

Aandacht voor de reden waarom de patiënt komt, waarop in het methodisch werken zozeer de nadruk wordt gelegd, is een *conditio sine qua non* voor een effectieve hulpverlening. Daarbij mag worden verwacht dat aandacht voor de lichamelijke kant van de problemen overmatig sterk aanwezig zal zijn in de hulpvraag. Hulp verlenen moet derhalve conflictelementen bevatten. In het volgende zal ik nader toelichten welke consequenties voor de hulpverlening voortvloeien uit deze conflictelementen.

Hulp verlenen versus service verlenen

Met de inventarisatie van verlangens, wensen en verwachtingen van patiënten – om het even of dat nu gebeurt middels geformaliseerde enquêtes als hierboven aangehaald, of om directe uitwisseling tijdens het spreekuur – doet zich nog een mogelijkheid voor: de huisarts kan zijn hulpverlening afstemmen op het wensenpakket van de patiënt: huisbezoeken, verwijzingen naar specialisten, laboratoriumonderzoek en ander onderzoek, omdat de patiënt daar behoefte aan heeft.

In Ommoord heeft het „consumentenonderzoek” geen aanleiding gegeven tot serieuze discussies over een beleidswijziging. De evaluatiefunctie ervan is in die zin vrij gering geweest. Wel is in een latere fase een discussie gevoerd over de vraag: moeten we blijven doen wat we als deskundigen nodig vinden (hulp verlenen) of wat de patiënten graag zien gebeuren (service verlenen) (*Van Weel en Lamberts*)?

In ons team was de algemene opvatting dat het antwoord „hulpverlening”

moest zijn. Toch is het niet onlogisch te komen tot een consument-gerichte benadering. Algemeen verenigen individuen zich tot groepen gelijkgestemden om hun verlangens te etaleren en te bewerken dat die verlangens gehonoreerd worden. Maatschappelijk staan zaken als het bevredigen van je „behoefte” en het opkomen voor je eigen belangen hoog genoteerd. Verwijskaarten en check-up's als consumptiegoed passen in het tijdsbeeld. Met de democratisering ligt het overigens minder karikaturaal dan hiermee wordt gesuggereerd. Deze ontwikkeling richtte zich tegen een dociele houding ten opzichte van allerlei autoriteiten. In de gezondheidszorg is – om het voorzichtig uit te drukken – niet altijd even zorgvuldig omgesprongen met het voorgewende recht van spreken. Talrijke, met gezag gedebiteerde waarheden blijken bij nauwkeuriger beschouwing minder waar dan was gedacht. De grote – en mijns inziens enige – betekenis van *Illich* ligt in het aan de kaak stellen van dit feit, en één van de beklagen van de Nijmeegse huisartsgeneeskundige conferenties is gelegen in de consequente ontmythologisering van het medisch gezag die daarin plaatsvindt.

Het terecht afbreuk doen aan de medische autoriteit stelt tevens de medische deskundigheid ter discussie. Bovendien dient – ter bescherming tegen op loze autoriteit gebaseerd handelen – het oordeel van de patiënt over diens medische behandeling als een factor van belang te worden beschouwd. Maar dan *naast* het professionele oordeel.

Kenmerken van huisartsgeneeskundige oordeelsvorming

Er is behoefte aan een duidelijke doelstelling, op grond waarvan methode en inhoud van de huisartsgeneeskunde kunnen worden gelegitimeerd. Ook voor het takenpakket geldt immers dat het pas dan een functie vervult, wanneer het gebaseerd is op een consistente basisgedachte. Wanneer we het hebben over een basisfilosofie, dienen we ons te bedenken hoe groot de invloed van maatschappelijke ontwikkelingen is: de huisartsgeneeskunde als het kruispunt tussen gezondheidszorgsysteem en maatschappij (*Lamberts* 1978). Als gevolg hiervan verandert de taak van de huisarts; *Bremer* heeft dat fraai geïllustreerd. Dit heeft weer als uitvloeisel dat van de huisarts een kameleontische ontwikkelingsgang wordt gevraagd. Maar kameleons blijven bij al die veranderin-

gen nu juist kameleons, dat is hun basiskenmerk. Voor de huisarts geldt iets dergelijks: alleen een valide basisfilosofie maakt het mogelijk onder invloed van diverse ontwikkelingen te veranderen, andere taken te vervullen, en toch huisarts te blijven.

In dit verband is het aardig nog eens de in 1978 gevoerde paradigmadiscussie op te halen. Bij het voortborduren op de specifieke plaats van de huisarts in de gezondheidszorg is het initiëren van de professionele hulpverlening – het op gang brengen van een zoekprocedure naar de oorzaak van klachten – essentieel. *Van Es* (1978) richt in feite zijn gehele bijdrage op de uitgangspunten bij het zoeken naar de oorzaken van klachten: personale geneeskunde, integrale geneeskunde en gezinsgeneeskunde. *Lamberts* (1978) en *Huygen* spitsen de vraagstelling toe op een legitimeren van verdere medische bemoeienis met het aangeboden probleem. De eerste vraag die zich voordoet wanneer een patiënt zich tot de huisarts wendt met een klacht, is: gaat het hier überhaupt wel om een medisch probleem; is er sprake van ziektegedrag of van probleemgedrag? (*Lamberts* 1975). De volgende vraag is dan: welke rol spelen lichamelijke, psychische, relationele en gezinsfactoren bij deze klacht en welke handeling is geïndiceerd?

Naar mijn mening bezit alleen de huisarts de professionele bagage om op deze twee vraagstellingen in te kunnen gaan. Ten aanzien van het „vertalen” van klachten naar diagnoses – het taalparadigma van *Gill* – en het bepalen van de richting van het hulpverleningsproces (wat *Huygen* „bemiddelen tussen de vraag van de bevolking en mogelijkheden van de geneeskunde” noemt) kan gesteld worden, dat de huisarts de enige hulpverlener is, die serieus kan verantwoordt dat hij hierin een inbreng heeft. Dáár dient de huisarts dan ook voor te staan.

Binnen de slingerbeweging tussen uitersten zouden we ons op dit moment weer eens moeten richten op de eigen deskundigheid. Het wordt tijd duidelijk te maken wat de huisarts te bieden heeft, zonder voze pretenties, zonder beloften die niet te realiseren zijn. In plaats van een uitgeholde machtspositie dienen we een positie van kracht in te gaan nemen.

Waaruit bestaat nu die doelstelling, althans zou die doelstelling behoren te bestaan? Ik wil in enkele punten weer geven welke elementen daarin zouden moeten zitten, en welke consequenties daaruit dienen te worden getrokken.

- De huisarts dient zich in eerste instantie open te stellen voor alle klachten en problemen die – feitelijk of vermeend – berusten op een stoornis in de gezondheid. Dit zich openstellen – de directe toegankelijkheid – speelt zich af in een duurzame relatie tussen de huisarts en de patiënt met diens gezin. Daarbij is de deskundigheid van de huisarts uiteindelijk medisch van aard. Er zal in de opstelling van de huisarts iets moeten doorklinken van „schoenmaker, hou je bij je leest”. Daarbij moet dan onmiddellijk worden aangemerkt, dat de huisartsgeneeskunde op een essentieel andere leest is geschoeid dan andere medisch specialismen. De duurzame relatie tussen huisarts en patiënt maakt dat zo een grote nadruk op de arts-patiënt relatie komt te liggen. Het primaat van de geneeskunde of het verkopen van een „nee” bij op een vermeende lichamelijke kwaal berustende lichamelijke verschijnselen, dient zich juist binnen deze relatie te voltrekken. Hier en ook in de volgende punten komt naar voren hoe *geïndividualiseerd* patiënten benaderd worden.

- Bij alle problemen die worden gepresenteerd, is het de professionele taak van de huisarts uit te maken of er sprake is van ziekte, het onderscheiden van ziekte- en probleemgedrag: is er een aanleiding een medische behandeling in te stellen? De door *Lamberts (1975)* beschreven relatie tussen ziekte, ziektegevoel, ziektegedrag en probleemgedrag vormt hiervoor de basis. Aan de hand van dit denkpatroon – het „probleemgedragparadigma” (*Lamberts 1978*) – dient de zoekprocedure in de diagnostische fase te worden gestructureerd.

De medische aandacht voor somatische problemen lijkt een self-fulfilling prophecy te zijn: „omdat er blijkbaar behoefte is aan een medische benaderingswijze, moet het probleem dus wel medisch zijn”. Somatische fixatie is een gevolg van de individuele en sociale reactie op lichamelijke klachten (*Smits e.a.*). Preventie van somatische fixatie is een andere variatie op hetzelfde thema, waarbij meer de nadruk ligt op het woringsproces. Ziektegedrag en probleemgedrag raken verstrengeld tot een onontwarbare knoop, als gevolg van de wijze waarop de huisarts ingaat op de klachten van de patiënt (*Grol e.a.*). Het door de Nijmeegse onderzoekers beschreven signaleringssysteem is van groot belang voor het hanteren van nog niet geïdentificeerde problemen: – welke vlakken spelen een rol?

– wat is het te verwachten effect van exclusieve medische aandacht?

Voor een systematisch hanteren van deze probleemvelden is een methodische werkwijze onontbeerlijk.

- Wat voor de „intake” van nog niet gedifferentieerde klachten geldt, geldt a fortiori voor een werkelijke ziekte: het gevaar van exclusieve medische aandacht. Daar er sprake is van een (min of meer) concrete, omschreven ziekte, is het gevaar groot, dat de patiënt en diens omgeving ertoe neigen hierin de bron van alle ellende te zien. Juist in deze situatie is aandacht geboden voor de betekenis van andere factoren. Wanneer we spreken over dit facet van onze werkzaamheden, zijn wij verder naar rechts geschoven, in de richting van het gebied waar algoritmen meer betekenis krijgen (*figuur 1*). Voor zover het hier mogelijk is een stapsgewijze handelwijze voor te schrijven, dient te worden bedacht dat deze handelwijze relevant is voor de ziekte en niet ipso facto voor de patiënt.

Om ons even te beperken tot de ziektebeelden, de ziekten die de huisarts op zijn spreekuur ontmoet, zijn uitermate specifiek: ruim 95 procent van alle problemen worden binnen de eerste lijn afgehandeld (*Lamberts 1980*). Voor zover dezelfde ziektebeelden in eerste én tweede lijn worden behandeld (bijvoorbeeld CARA, diabetes mellitus, angina pectoris) zal wat *Wulff* het klinisch spectrum van ziektebeelden heeft genoemd, voor huisarts en specialist verschillen. Het is van groot belang het somatisch handelen hierbij nader te reguleren, maar het moge duidelijk zijn dat vooral de huisartsen zelf in staat zijn tot een beschrijving van het morbiditeitspatroon met het gewenste handelingsplan. De inbreng uit het klinische kamp zal daarbij vrij marginaal zijn. Eerste fase van een realistisch referentiekader voor het huisartsgeneeskundig handelen is juist vaak – getuige de Nijmeegse artikelenreeks – een *démasqué* van het klinisch oordeel. Daarnaast blijkt het slechts in beperkte mate mogelijk obligate handelingen vast te leggen – niet omdat de huisarts niet beter kan, maar omdat de geneeskunde niet meer te bieden heeft.

- Naast de handelwijze bij „klachten” is er het terrein van de preventie: ziekte in afwezigheid van ziektegevoel en ziektegedrag. Ook hier speelt het gevaar van vermedicalisering (*Van Weel 1977*); zeker in een era dat de honger naar check-up's, screening en gezond-

heidsadviezen niet te stillen lijkt, is het noodzakelijk preventieve maatregelen uitsluitend op grond van bewezen effectiviteit te introduceren. Na alle in misprijzen verkeerde lofzang op massale screeningscampagnes lijkt thans de tijd voor geïndividualiseerde opsporing aangebroken.

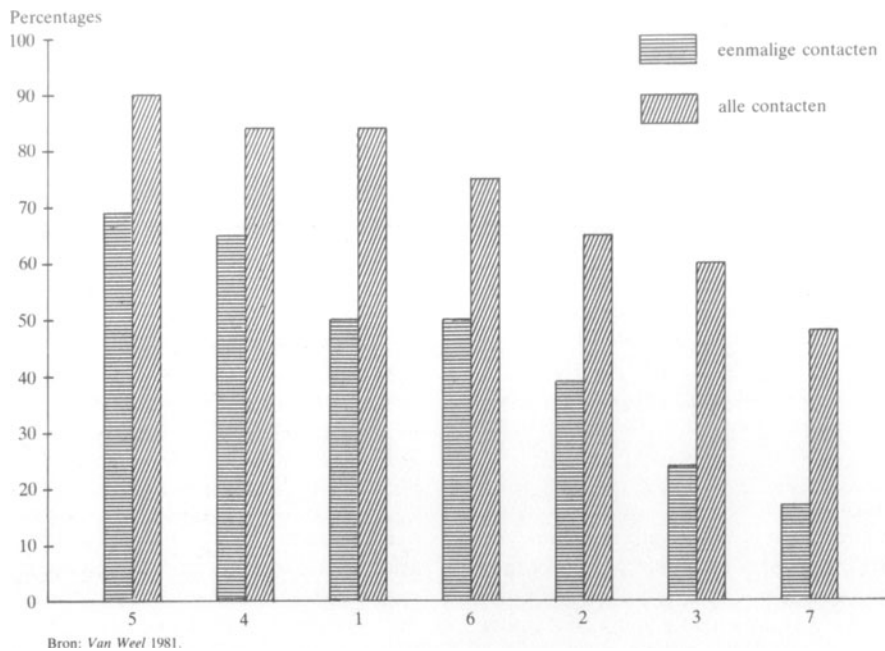
Bij mijn onderzoek werd een aardige indruk verkregen van de mate waarin een groep huisartsen anticepeerde op hypertensie (*Van Weel 1981*): bij 72 procent van alle 30-59-jarige patiënten die gedurende twee jaar ten minste eenmaal het spreekuur hadden bezocht, was de bloeddruk gemeten. De verschillen tussen de zeven huisartsen bleken groot; het aantal „geanticepeerden” liep uiteen van 90 procent tot 48 procent (*figuur 2*). Deze verschillen zijn niet zonder meer te verklaren uit een sterke vrijblijvendheid ten aanzien van anticeren: *figuur 3* geeft weer in welke mate de huisartsen hun anticepergedrag hebben veranderd, uitsluitend onder invloed van hun deelname aan dit onderzoek. Twee huisartsen volhardden in een geringe activiteit met de bloeddrukmeter, maar drie anderen toonden een duidelijke tot opmerkelijke grote toename in hun opsporing van hypertensie. Er dient mijns inziens ook een principiële uitspraak te worden gedaan over de anticerende wijze van werken door de huisarts en over de onderwerpen waarop hij zich daarbij dient te richten.

Het zijn deze uitgangspunten die het zwaartepunt vormen van hetgeen de huisarts de maatschappij te bieden heeft; uitgangspunten ook, waarop de methodische werkwijze direct aansluit. Hier dient de huisarts voor te staan. Het zal dan ook nodig zijn dit gebied, hoe moeilijk dat ook moge zijn, toegankelijk te maken voor toetsing. En daarbij denk ik dan – binnen het kader van het toetsingsrapport van het Genootschap (*Toetsing*) – vooral aan toetsing van het proces en aan casusbeschrijvingen.

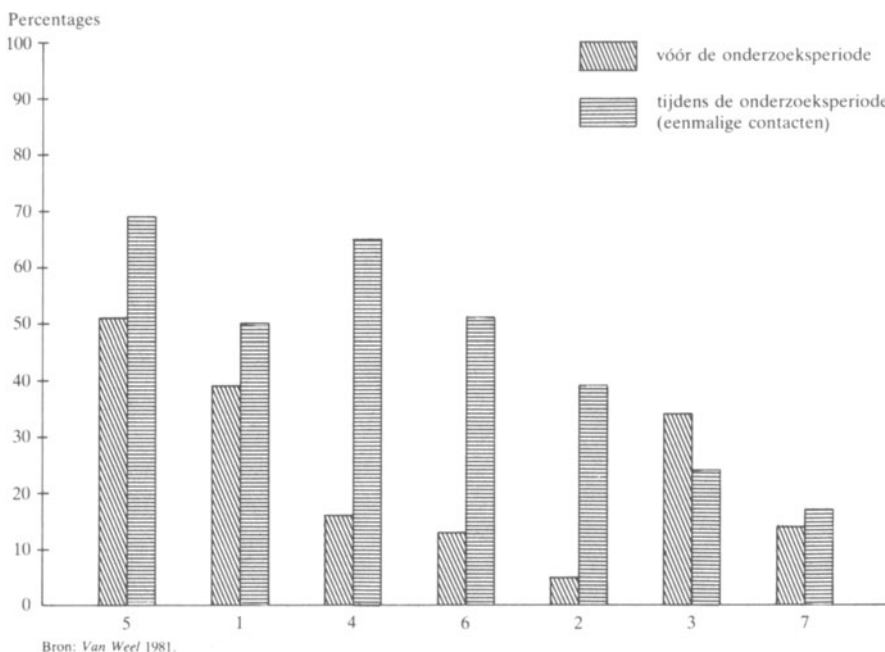
De behoefte aan een takenpakket heeft zich duidelijk laten voelen. Het heeft naar mijn mening uitsluitend zin ons bezig te houden met een gedetailleerde uitwerking van de taken van de huisarts, wanneer die gedragen wordt door een brede gefundeerde visie op wat de huisartsgeneeskunde dient te behelzen. Welnu, ik geloof dat op de hier beschreven basis een takenpakket heel goed te ontwikkelen is.

Nog een enkele opmerking over de interdokter variatie. Is dit een bewijs van onvermogen, hét teken aan de wand dat

Figuur 2. Het anticiperen op hypertensie door zeven huisartsen.



Figuur 3. Veranderingen in het anticiperen op hypertensie door zeven huisartsen.



het niet goed zit met de huisartsgeneeskunde? Het antwoord op deze vraag is afhankelijk van de gevolgen waartoe deze verschillen kunnen leiden. Wanneer bijvoorbeeld binnen een groep enkele huisartsen weinig neiging vertonen tot het verrichten van anticiperende diagnostiek en zich ook nauwelijks „aanpassen” aan de doelstelling van de groep in deze, moet het antwoord mijns inziens bevestigend luiden: in een dergelijk geval wordt toch wel erg vrijblijvend omgesprongen met een essentiële

taak. Maar – andere voorbeelden – hoe zit het met de verschillen in verwijsgedrag en voorschrijfgedrag? (Rop e.a.; Lamberts en Wolgast). Zijn „goed” en „fout” hier te identificeren met „weinig” en „veel”? Daarvoor is het nodig de details te kennen van het bijbehorend huisarts-geneeskundig handelen. De serie uit Nijmegen toont aan dat klinische overtuigingen moeilijk standhouden in de praktijk van de huisartsgeneeskunde. Ontmythologisering is troef derhalve; één vaste lijn, één uniforme

uitkomst van ieders handelen is illusoir. Dat huisartsen derhalve verschillend handelen, is in die situatie nauwelijks relevant. Wij moeten ons dan ook niet via simpel meetbare gegevens – zoals aantallen verwijzingen of hoeveelheden voorgeschreven geneesmiddelen – laten verleiden tot een maatschappelijke rol die anderen leuk of belangrijk vinden, bijvoorbeeld de rol van uitvoerders van de broekriem-ideologie, of van haar tegenhanger, de ideologie van de bevrediging van onbevredigbare behoeften.

Rol beroepsgroep

In de aanhef heb ik u de held Achilles in de versie van Hofstadter getoond, in zijn historische wedren met de schildpad. Achilles toonde zich de ware gentleman door eerst zijn tegenstander een ruime voorsprong te gunnen en vervolgens zich beleefd te verdiepen in het commentaar van de toeschouwers. Achilles liet zich in een discussie meeslepen in plaats van zijn eigen kunnen als hardloper te demonstreren.

Ook de huisarts heeft zich al te zeer laten opsluiten in een knellend keurslijf. Het is tijd dat de huisarts zijn plaats, functie en taak in de geneeskunde opeist en inneemt. Daarbij gaat het er vooral om, doelstellingen en uitgangspunten vast te leggen – de daaruit voortvloeiende raken komen daarna wel.

Wat de huisarts de maatschappij te bieden heeft, is dit: onder de geneeskundigen is de huisarts de enige die beschikt over de deskundigheid om te beoordelen:

- of klachten en problemen geneeskundige aandacht behoeven;
- in welke mate naast somatische factoren, ook sociale, relationele, psychische en/of gezinsfactoren een rol spelen bij de aangeboden problemen, en welke globale richting men bij de hulpverlening moet inslaan;
- hoe ver eventuele geneeskundige hulpverlening moet gaan, en hoe intensief dat moet gebeuren.

Daarnaast bezit de huisarts een unieke positie om preventie te bedrijven. Daarbij gaat het niet alleen om het kwantitatieve aspect – het aantal bereikte patiënten – maar ook om de mogelijkheid dit te doen vanuit een zeer persoonlijke relatie waarin gezinsgegevens en de persoonlijke voorgeschiedenis een belangrijke rol spelen.

In dit verband lijkt het mij zinvol een aantal activiteiten te ondernemen vanuit het NHG:

- Toetsing van de mate waarin de uit-

gangspunten werkelijk in de praktijk worden gebracht.

Dit heeft zowel een legitimerende functie ten opzichte van andere groeperingen (aantonen dat de huisarts „er voor staat”), als de mogelijkheid in het individuele geval bij te sturen. Het gebruik van de drie-assige classificatie zoals beschreven door Lamberts, is een voorbeeld van toetsing waaruit een legitimering van „holistische” c.q. „integrale” pretenties mogelijk is.

• *Overleg met de andere medische specialisten.*

De communicatie tussen huisartsen en overige specialisten wordt gekenmerkt door afhankelijkheid van de eerste groep ten opzichte van de tweede. Vragen – om informatie-overdracht in het kader van bijscholing of om een „deskundig” oordeel over patiënten – worden gevolgd door antwoorden die ontspruiten aan het referentiekader van de specialist. Geheel uit het oog wordt verloren hoe (weinig) relevant een en ander is. De oude conventie ten aanzien van de taakverdeling tussen generalist en specialist functioneert niet (meer) en heeft plaats gemaakt voor de idiosyncrasie van de medisch technische mogelijkheden. Het zou de moeite lonen samen met specialisten te komen tot een nieuwe gedragscode bij verwijzen en terugverwijzen. Voorwaarde is dat deze gedragscode recht doet aan de belangrijke inzichten die de huisarts te bieden heeft en aan de relatieve betekenis van het medisch-technisch kunnen.

• *Uitspraken over bij voorbeeld de plaats van preventie in de huisartspraktijk.*

De Britse collegae hebben zich onlangs uitvoerig uitgesproken over preventie. Ook in ons land bestaat zo langzamerhand een uitvoerige ervaring met een visie op preventie in de huisartsgeneeskunde (Bekker en Prins; Van der Feen; Overdijk; Van Ree; Seelen et al.; Van Weel 1977, 1981);

- de negatieve en positieve aspecten van preventie;
- de plaats van de assistentie bij het behandelen van risicofactoren;
- haalbaarheid van screenen;
- bevolkingsonderzoek of anticiperen;
- de follow-up van screeningsonderzoeken.

Hieruit moeten veel spiritueler aanbevelingen te destilleren zijn dan in het betreffende conventionele Britse werkstuk gebeurt. Het instellen van een (uitsluitend) uit huisartsen bestaande werk-

groep om tot richtlijnen te komen is zinvol.

Slot

Tot slot een „moderne” fabel:

Huisarts: Uw bloeddruk blijft toch te hoog. Ik moet uw bloed nog maar eens nakijken.

Patiënt: Hebben de tabletten dan niet geholpen?

Huisarts: daar gaan we natuurlijk mee door: driemaal per dag één had ik toch gezegd de vorige keer?

Patiënt: Drie witte? Ook al blijft de bloeddruk zo hoog? En waarom dat bloedonderzoek?

Huisarts: We kunnen de dosering opvoeren, dat is geen enkel probleem.

Patiënt: Zal ik niet beginnen met de tabletten gewoon te gebruiken?

Huisarts: O, u had mijn medicijnen niet ingenomen? Dat is dan wel beter ja. Maar ook eerst het bloedonderzoek: ik wil wel eens weten of deze witte tabletten wel voldoende doordringen in uw lichaam.

Als laatste kernfunctie heb ik de anticiperende geneeskunde genoemd. Zich bezighouden met preventie brengt als vanzelf het probleem van de compliantie ter tafel.

Ruim een kwart van de patiënten met hypertensie komt niet conform afspraak voor controle terug bij de huisarts (Van Weel 1981). De bloeddruk bij deze groep is minder goed gereguleerd dan bij de groep die wel tijdig de bloeddruk liet controleren. Zelfs zijn er aanwijzingen dat de kans op fatale cardiovasculaire complicaties groter is. Wie is nu verantwoordelijk voor het bewaken van compliantie? Is dit de taak van de behandelend arts, of blijft dit behoren tot de vrije keuze van de patiënt?

Er is een duidelijke ontwikkeling op gang gekomen, waarbij het controleren van de compliantie meer en meer langs technische kanalen gebeurt en wordt onttrokken aan de patiënt. Daarbij gebruikte methoden zijn onder meer het vaststellen of controle-afspraken worden nagekomen, het natellen van het aantal voorradige medicijnen, het aantonen van tracers van toegediende geneesmiddelen in bloed en urine, en het vaststellen van biochemische veranderingen. Kortom, een steeds meer geperfectioneerde sociale en chemische controle, nodig geworden doordat het oordeel van de behandelend arts over de compliantie van „zijn” patiënten notoer onbetrouwbaar is.

De groep van Sackett and Haynes – die

een groot aantal onderzoeken op dit gebied op haar conto heeft staan – publiceerde onlangs een verslag van een onderzoek waarbij de genoemde technieken werden beproefd. De uitkomsten werden gerelateerd aan het resultaat van de behandeling. Zoals vaker gebeurt, gingen in deze studie nauwgezet wetenschappelijk onderzoek en milde humor hand in hand: met name bij de technologisch hoog gegrepen methoden bleek de relatie tussen compliantie en behandelingsresultaat groot. In geen enkel geval was de gevonden relatie echter zo sterk, als wanneer werd uitgegaan van het simpelste en meest voor de hand liggende gegeven, de compliantie zoals opgegeven door de patiënt. Er is alles bij elkaar reden genoeg om ons intensief bezig te houden met de huisartsgeneeskunde en weinig reden om al te possessief te zijn over onze patiënten.

Naschrift

De auteur dankt de leden van de NHG-groep *Persoonlijk functioneren* en de leden van de jubileumcongres-commissie voor hun kritische commentaar op eerdere versies van dit artikel.

- Bekker, J. P. en A. Prins. Bloeddrukdaling na interventie door de huisarts. (1981) *huisarts en wetenschap* **24**, 177-182.
- Blois, M. S. Clinical judgment and computers. (1980) *New Engl. J. Med.* **303**, 192-197.
- Boom, W. H., H. Lamberts, J. Froom en R. Blondell. Patiënt en huisarts. Rochester en Ommoord met elkaar vergeleken. (1978) *huisarts en wetenschap* **21**, 246-252.
- Bremer, G. J. Dokters in hun dagelijkse doen. (1978) *huisarts en wetenschap* **21**, 477-483.
- Es, J. C. van Paradigma's van de huisartsgeneeskunde. (1978) *huisarts en wetenschap* **21**, 451-458.
- Es, J. C. van. Patiënt en huisarts. 2e druk. *Bohn Scheltema en Holkema, Utrecht*, 1980.
- Feen, J. A. E. v.d. Hypertensie een uitdaging voor de huisarts. *Diss. Rotterdam*, 1977.
- Gill, K. De neus van Cleopatra. (1978) *huisarts en wetenschap* **21**, 459-464.
- Grol, R., J. van Eyk, F. Huygen e.a. Preventie van somatische fixatie III. (1978) *huisarts en wetenschap* **21**, 402-405.
- Haynes, R. B., D. W. Taylor, D. L. Sackett et al. Can simple clinical measurements detect patient non-compliance? (1980) *Hypertension* **2**, 757-764.

Vervolg literatuurlijst op p. 430.