

Levensloopgeneeskunde en de diagnostiek van de huisarts

DR. J. C. VAN ES*

Voordracht gehouden op het zevenentwintigste Wetenschappelijk Congres van het Nederlands Huisartsen Genootschap, op 12 november 1982 in De Koningshof te Veldhoven.

Inleiding

Het stellen van een diagnose is een bij uitstek medische handeling. Hierin komt de deskundigheid van de arts tot uiting. Een medische diagnose kan alleen door een arts gesteld worden. Aan dit vermogen wordt wel geknabbeld: door fysiotherapeut en psycholoog. Maar toch wordt alleen aan de arts de bevoegdheid toegekend deze handeling te verrichten. Andere professies kennen ook wel enigerlei vorm van diagnostiek; dit is dan echter een analogie van de medische diagnostiek. Het is dus een professionele handeling.

In het medisch onderwijs staat het leren diagnostiseren centraal. Met de kennis die de student in de preklinische vakken verwerft, dient hij uiteindelijk een diagnose te kunnen stellen. In vergelijking met de diagnostiek wordt aan de therapie in de basisopleiding slechts geringe aandacht besteed. Dit wordt hoofdzakelijk aan de beroepsopleiding en de specialistische opleiding overgelaten. Het ideaal van de geneeskunde is het stellen van een oorzakelijke diagnose. Gehoopt wordt dat men hierop een oorzakelijke behandeling kan laten volgen. Dit is lang niet altijd mogelijk. Dan worden de kanonnen van de research daarop gericht. Als niet dé diagnose gesteld kan worden, is slechts een symptomatische behandeling mogelijk. Ondanks alle tegenslagen wordt in de geneeskunde steeds gehoopt ooit die causale behandeling te kunnen vinden. Zo optimistisch is de geneeskunde nog steeds.

Belang diagnostiek

Het stellen of uitsluiten van een dia-

gnose is om verschillende redenen van belang:

- Uit hetgeen gezegd is, volgt dat de diagnose de grondslag voor de therapie moet vormen. Dat houdt onder andere in, dat het stellen van een diagnose waarvoor geen enkele behandeling mogelijk is, een onaantrekkelijke bezigheid is. In medisch opzicht heeft dit dan ook geen enkele zin.

Wat zien we dan gebeuren? Een arts stelt bij voorkeur die diagnose waarvoor hij wel enige behandeling in huis heeft. Er bestaat daardoor vaak een preoccupatie in de diagnostiek. Aangezien de mogelijkheden per specialisme kunnen wisselen, kunnen bij een patiënt verschillende diagnoses gesteld worden. Als bijvoorbeeld een patiënt met lage rugpijn een neuroloog, een orthopedisch chirurg of een psychiater raadpleegt, zal die klacht van verschillende diagnoses worden voorzien. Dit is niet alleen een gevolg van de beschikbaarheid van uiteenlopende therapeutische mogelijkheden; ook het diagnostisch arsenaal is anders.

Het effect van de gerichtheid en van de onderzoeksmogelijkheden gaat echter verder. Wulff laat in zijn boekje *Rational diagnosis and treatment* zien hoezeer een ziektebeeld verandert door het invoeren van nieuwe diagnostische criteria. Daardoor worden op den duur andere onderscheidingen gemaakt, terwijl de te hanteren kenmerken van een ziekte kunnen veranderen. Het is niet ondenkbaar dat deze van specialisme tot specialisme andere accenten hebben.

- Het stellen van een diagnose is niet alleen van belang voor de vaststelling van de behandeling, maar ook voor de secundaire preventie. Als eenmaal een diagnose is gesteld, kan men trachten

³ Huygen FJA. Huisarts en universiteit. Jaarrede van de voorzitter van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Huisarts en Wetenschap 1962; 5: 353-6.

⁴ Huygen FJA. De toekomst van de huisarts in Nederland. Huisarts en Wetenschap 1963; 6: 314-8, 347-53.

⁵ Werkgroep Scholing van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Huisarts en universiteit [Interimrapport]. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1968.

⁶ Structuurnota Gezondheidszorg. Leidschendam: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1974.

⁷ Werkgroep Takenpakket van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Hoe helpt de dokter [Interimrapport]. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1975.

⁸ De functie-omschrijving van de huisarts. Rapport van de Landelijke Vereniging van Huisartsen. Med Contact 1981; 36: 1474-6.

⁹ Holten-Vriesema J, Tompot C, Aalderen H van, e.a. Methodisch werken. Huisarts en Wetenschap 1978; 21: 322-35.

¹⁰ Smits A, Eijk J van, Grol R, Huygen F, Mierlo G van, Mekkink H. Preventie van somatische fixatie II. Een theoretisch model en onderzoeksgegevens. Huisarts en Wetenschap 1978; 21: 366-9.

¹¹ Rapport van de Interfacultaire Werkgroep Specifieke Opleiding Huisartsen. z.p.: SOH, 1975.

¹² Leeuwen Y van. Toetsstenen en struikelblokken. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1982.

¹³ Grol R, red. Huisarts en somatische fixatie. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1981.

¹⁴ Mekkink H, Smits A, Grol R. Prevara: een observatie-instrument voor het handelen van de huisarts in het kader van processen van somatische fixatie. Ned Tijdschr Psychol 1982; 37: 35-50.

¹⁵ Byrne PS, Long BE. Leren zorgen. De huisarts als opleider. Utrecht: Oosthoek, Scheltema en Holkema, 1975.

¹⁶ Grol R. Een nieuwe taak voor de huisartsopleider. Resultaten van een enquête. Huisarts en Wetenschap 1981; 24: 384-9.

¹⁷ Voort H van der. De invoering van toetsing. Een zaak van moed, beleid en trouw. Huisarts en Wetenschap 1980; 23: 150-8.

Vervolg literatuur p. 48

¹⁰ Wulff HR. Principes van klinisch denken en handelen. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1980.

¹¹ Grol R, red. Huisarts en somatische fixatie. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1981.

¹² Rens TJG van. Cervicale syndromen. Tijdschr Soc Geneeskde 1980; 58: 830-5.

¹³ Ree JW van. Behandeling herpes zoster met diadynamische stroom. Huisarts en Wetenschap 1977; 20: 135-8.

¹⁴ Projectgroep Tilburg. De tenniselleboog. Huisarts en Wetenschap 1981; 24: 300-3.

* Oud-hoogleraar huisartsgeneeskunde.

ziekmakende oorzaken te vermijden of onschadelijk te maken. Dit kan uiteraard pas geschieden als men deze kent.

- Een derde motief voor het stellen van een diagnose is de prognostiek. Het schatten van een te verwachten ontwikkeling en van een eventueel resultaat van de behandeling hangt van de diagnose af. Dit behoeft geen nadere toelichting.

Het stellen van een diagnose is dus in hoofdzaak van belang om als grondslag voor de behandeling te dienen en om de informatie aan de patiënt vast te stellen. Niet ontkend kan worden dat er nog een andere kant aan zit. Het stellen van een diagnose is ook een boeiend spel, waarin kennis, vaardigheden, ervaring, kunde en intellectuele capaciteiten van de arts tot gelding kunnen komen.

Uit een oogpunt van effectiviteit wordt de diagnose begrensd door de consequenties die deze voor de hulpverlening heeft. Zo zal een huisarts in principe kunnen volstaan met de diagnose „acute buik”, omdat de overdracht van de patiënt aan een specialist dan noodzakelijk is. Enige differentiatie heeft nog zin om te bepalen of naar een chirurg of naar een vrouwenarts verwezen moet worden. Het is echter wel bevredigend als men ook de oorzaak van de acute buik kan vaststellen.

Verschillen in diagnose

Het bovenstaande heeft tot gevolg, dat onder verschillende omstandigheden verschillende diagnosen gesteld kunnen worden. Een diagnose die als werkhypothese moet dienen, kan echter niet beperkt blijven tot een enkelvoudige benoeming van de oorzaak of van het syndroom. Daarvoor moet de diagnose al die elementen bevatten waaraan in de hulpverlening aandacht moet worden geschonken. Dit verschilt van specialisme tot specialisme.

Om dezelfde reden zal de huisarts ook vaak met andere werkhypotheseën, lees diagnosen, moeten werken dan de specialist. Dit zou met zich mee kunnen brengen dat binnen de geneeskunde op den duur allerlei ziekteclassificaties ontstaan, die een onderlinge uitwisseling bemoeilijken. Het is daarom van groot belang dat aan een gezamenlijke classificatie wordt vastgehouden, hoe inadequaats deze soms mag zijn en hoe moeilijk de op te lossen problematiek daarin soms is uit te drukken.

Dit alles neemt niet weg, dat door een classificatie de suggestie gewekt kan

worden dat een diagnose een volledig objectiveerbaar gegeven is. Inderdaad moet daarnaar gestreefd worden; toch blijft een diagnose een „interpretatie van gegevens” waarover de arts kan beschikken.

Als een ziekteproces door laboratoriumonderzoek of door pathologisch-anatomisch onderzoek onderbouwd wordt, kan er sprake zijn van een objectivering. Als een diagnose echter berust op anamnese en klinische observatie, speelt de interpretatie van de diagnose een veel grotere rol. Deze is sterk afhankelijk van de beschikbare gegevens en van de inzichten van de arts. Dit geldt in nog sterkere mate als de persoon van de patiënt in de diagnose wordt opgenomen. Een dergelijke diagnose is moeilijk in een classificatiesysteem uit te drukken. Eerder loopt men het gevaar het persoonlijke aspect van de diagnose te laten ontsnappen.

Het verschil in diagnose tussen de verschillende vakgebieden wordt vooral ook tweegebracht door de verfijning die kan worden aangebracht door een ander kennisarsenaal of door verschillen in onderzoeksmethoden. Dit geldt ook voor de huisartsgeneeskunde. Als men van oordeel zou zijn dat de huisartsgeneeskunde niet meer is dan een gereduceerde optelsom van een aantal specialismen, zou deze in diagnostisch opzicht niets nieuws kunnen brengen. De huisartsgeneeskunde kan echter, juist door haar bijzondere positie, kenmerkende bijdragen aan diagnostiek en behandeling leveren.

Naast de gezinsgeneeskunde en het integrale denken biedt de levensloopgeneeskunde een aantal de diagnostiek verrijkende invalshoeken.

Nostalgische bezigheid?

In het verleden – dat trouwens voor iedereen nog niet voorbij is – leefden veel mensen in een betrekkelijk stabiele samenleving, waarin sociale structuren slechts langzaam veranderden. Men leefde een groot deel van zijn leven in dezelfde, betrekkelijk kleine gemeenschap. Dit gold zowel voor de patiënten, als voor de arts.

Zij leerden elkaar daardoor goed kennen. Vanzelfsprekend vonden wel wisselingen plaats, maar situaties waarin huisarts en patiënt elkaar tientallen jaren kenden, kwamen veel voor. Slechts voor een klein deel bestond de praktijk uit een vlottende populatie. Bovendien ontmoette men elkaar vaak niet alleen in de spreekkamer, of aan het ziekbed, maar ook in andere situaties.

Geleidelijk aan bouwde een huisarts een grote kennis op over het wel en wee van een groot aantal patiënten. Dit betrof vaak de omstandigheden waaronder zij ter wereld waren gekomen, ziekten die zij hadden doorgemaakt, hun reactie daarop, de mate waarin zij problemen konden oplossen, spanningen die zij hadden doorgemaakt, hun reactie daarop, gebeurtenissen die zij hadden meegemaakt. Menig ouderwets huisarts had deze gegevens in zijn hoofd opgeslagen en had geen kaartsysteem nodig om dit allemaal bij te houden. Er zal wel veel verloren zijn gegaan, maar toch werkte dit wel.

Al deze kennis werd door de huisarts door eigen waarneming en beleven in en buiten de praktijk opgedaan. De huisarts kon deze, als vanzelf aangroeiende kennis – waarin inzicht kon rijpen – gebruiken bij zijn hulpverlening aan de patiënt. Hij beschikte over gegevens die geen andere arts kende; hij bedreef levensloopgeneeskunde *avant la lettre*.

De omstandigheden waaronder huisarts en patiënt thans verkeren, verschillen hiervan wel grondig. Op het platteland en in de kleine steden vindt men er nog wel wat van terug, maar in grote steden is dit nog maar op kleine schaal het geval. De mobiliteit van patiënt en huisarts is veel groter geworden, de leefgemeenschap is groter, men kent elkaar nog maar zelden in verschillende leefgebieden, zomin als kinderen het werk van hun vader uit eigen aanschouwen kennen. Men zou dus kunnen zeggen dat de moderne huisarts niet meer in de gelegenheid is zijn werk mede op de levensloopgeneeskunde te baseren. Men zou levensloopgeneeskunde als een nostalgische bezigheid kunnen kenmerken.

Hiermee is echter het volgende in strijd. Het is een bekend verschijnsel dat een huisarts bij menig patiënt al hypothesen genereert voordat anamnese en onderzoek een aanvang hebben genomen. Waar berust dit op? Voorafgaande ervaringen en reeds opgedane kennis omtrent de patiënt sturen de gedachten al in een bepaalde richting. De huisarts bevindt zich dan op het scherp van de snede: enerzijds dreigt het gevaar dat hij de patiënt bevooroordeeld tegemoet treedt, hetgeen de diagnostiek in ongunstige zin kan beïnvloeden, anderzijds kan de huisarts vroegere ervaringen op een positieve manier ten behoeve van diagnostiek en behandeling gebruiken. De huisarts gebruikt dus wel degelijk, ook onbewust, levensloopgeneeskundige aspecten in zijn hulpverlening, óók in zijn diagnostiek.

Een vooroordeel kan gemakkelijk een valkuil doen ontstaan. Ieder kent deze uit eigen ervaring. Om er slechts één voorbeeld van te geven:

Een vrouw van 48 jaar is sinds twee jaar weduwe. Zij heeft sinds enige tijd klachten over de bovenbuik, die mogelijk op een maaglijden kunnen wijzen. Lichamelijk onderzoek, onderzoek van bloed, urine en faeces en een röntgenonderzoek van maag en galblaas laten geen afwijkingen zien. De klachten worden dan toegeschreven aan haar verdriet en aan haar zorgen over twee opgroeiende zoons.

De klachten herhalen zich tot zij uiteindelijk ook een anemie blijkt te hebben. Een dan herhaald onderzoek toont de aanwezigheid van een maagcarcinoom.

Aspecten van levensloop-geneeskunde

Aan de hand van een aantal voorbeelden wil ik thans vooral enkele diagnostische aspecten van de levensloopgeneeskunde aan de orde stellen. Het zal blijken dat dit zaken zijn die iedere huisarts onmiddellijk herkent.

Vroegtijdige diagnostiek. *De heer Meyer is een man van 50 jaar, die over een toenemende moeheid klaagt. Afen toe is hij wat misselijk en heeft hij een vol gevoel in de bovenbuik. Verder voelt hij zich gezond. Bij algemeen onderzoek worden geen afwijkingen gevonden; hij wordt gerustgesteld. Zijn klachten blijven echter bestaan. Dan volgt een laboratoriumonderzoek, waarbij een anemie wordt geconstateerd. Deze blijkt macrocytair van karakter te zijn. Dan realiseert de huisarts zich dat de heer Meyer vijftien jaar geleden een partiële maagresectie wegens een ulcus heeft ondergaan.*

Mevrouw Nyssen is 38 jaar oud. Zij klaagt over pijn in haar rechter heup. Deze doet zich 's nachts voor en als startpijn. Bij lichamelijk onderzoek wordt hoogstens een geringe bewegingsbeperking van de heup gevonden, verder niets. De huisarts sluit een arthrosis deformans van de heup op grond van haar leeftijd uit. Later blijkt echter dat zij in haar jeugd een Perthes heeft doorgemaakt, hetgeen een vroegtijdig optreden van een coxartrose kan verklaren.

Vera is 9 jaar oud. Zij wordt acuut ziek met koorts en hoesten. Bij onderzoek vindt de huisarts geen afwijkingen aan de longen; desondanks schrijft hij antibiotica voor. Hij doet dit omdat hij bij herhaling heeft ervaren dat Vera zeer gevoelig is voor infecties. Zij heeft waarschijnlijk een stoornis in haar immunologisch afweersysteem.

Uit deze drie voorbeelden blijkt dat het kennen van aspecten uit het leven van een patiënt van invloed is op de diagnostiek en de verdere hulpverlening:

Bij de heer Meyer wordt de vroege diagnostiek bevorderd als de huisarts zich ervan bewust is dat hij een maagresectie heeft ondergaan en wat de late gevolgen daarvan kunnen zijn. De heer Meyer draagt een verhoogd risico voor een anemie en voor een maagcarcinoom. Bij mevrouw Nyssen moest de diagnose arthrosis deformans worden overwogen, ondanks de jeugdige leeftijd, omdat zij een deformatie van de kop had opgelopen. Voor Vera kon het van levensbelang zijn dat haar huisarts rekening hield met haar geringe weerstand tegen infecties. Hij kon alert reageren door niet te wachten tot een klinisch aantoonbare luchtweginfectie was ontstaan.

Minder dwaalwegen. Het kennen van de levensloop bevordert niet alleen een vroegtijdige diagnostiek, onder andere door het kennen van risicofactoren. Ook wordt de arts minder op dwaalwegen geleid. Een voorbeeld hiervan is mevrouw Willems.

Mevrouw Willems is 50 jaar, gehuwd en kinderloos. Zij komt met klachten over vage buikpijn, misselijkheid en een wisselend defecatiepatroon. Ze slaapt slecht en ze is moe. Ze maakt zich zorgen: met name is ze bang dat ze kanker heeft. Haar zorgzame man is ook niet vrij van die gedachte. Zeer uitvoerig poliklinisch en klinisch-specialistisch onderzoek levert echter geen ziekte op die haar klachten kan verklaren.

Na verloop van jaren doet zich een soortgelijk proces voor en enkele jaren later weer. Dan gaat de huisarts nader in op haar beleven van de dingen, haar stemming, haar dagritme en dan blijken er wel aanknopingspunten voor een vitale depressie te bestaan. Hij behandelt haar met antidepressiva, die de lichamelijke klachten en de psychische problemen reeds na enkele weken doen afnemen, en na korte tijd zijn deze verdwenen. Dit doet zich naderhand nog enkele keren voor.

Een ander voorbeeld vormt mevrouw In 't Veld:

Mevrouw In 't Veld is 67 jaar en reeds enkele jaren weduwe. Zij komt met klachten over pijn in de nek. Deze hindert haar erg en belet haar huishoudelijk werk te verrichten en voor zichzelf te zorgen. Jaren geleden werd bij haar een arthrosis deformans van de halswervelkolom geconstateerd. De neiging bestaat nu haar klachten hieraan toe te schrijven.

Haar huisarts weet echter, dat zij een dochter heeft, die van jongs af aan bijzonder lastig is geweest. Mevrouw In 't Veld heeft met haar nooit een echt goede relatie gehad. Er waren steeds weer opvoedingsproblemen en er bestond een ambivalente relatie tussen moeder en dochter. Ze is reeds op jonge leeftijd uit huis gegaan. Afen toe laaien de conflicten op. Mevrouw In 't Veld ontwikkelt dan sterk agressieve gevoelens tegenover haar dochter.

Ten tijde van de nekpijn blijkt er weer een conflict te bestaan. Een relatie met de pijn is wel zeer waarschijnlijk. Dit wordt met patiënte besproken, die daar wel oog voor heeft. Haar lichamelijke reactie levert haar ook wat meer inzicht op in haar eigen houding in het conflict.

Bij beide patiënten bestond een grote kans op een misverstaan van de klacht en daardoor op een verkeerde diagnose. Bij mevrouw Willems is dat in het verleden dan ook gebeurd. Toen eenmaal het patroon herkend werd, leverde dit aanzienlijke voordelen op voor patiënte en ook voor de belasting van de gezondheidszorg. Patiënte werd niet meer aan dure en onaangename onderzoeken onderworpen. Bij mevrouw In 't Veld bevorderde het kennen van haar leefsituatie en van kwetsbare momenten daarin het stellen van een juiste diagnose, die ook snel tot een belangrijk resultaat voerde.

Kennen ziektegedrag. Ook het kennen van het ziektegedrag van een patiënt kan bijdragen tot het stellen van een diagnose of tot de taxatie van de ernst van een situatie. Hiervan zal ik geen voorbeelden noemen, omdat iedere huisarts die voor het grijpen heeft. Het invoeren van hulp, de wijze waarop dit geschiedt, het overdrijven van klachten – of juist het dissimuleren – is vaak patiënt- en ook wel (sub)cultuurgebonden. De huisarts kan hiermee rekening houden, hoewel valkuilen rijkelijk voorhanden zijn. Indien ergens, dan kunnen door het ziektegedrag bepaalde vooroordelen ons op een slechte dag de das omdoen.

Meer voordelen. Het kennen van aspecten uit de levensloop heeft niet alleen diagnostische of therapeutische voordelen. Er is meer dan dat.

De heer Pieters, 52 jaar oud, weduwnaar sinds ongeveer vijf jaar, lijdt de laatste vier jaar aan een reumatoïde arthritis, die door de huisarts door medicatie, fysiotherapie en een juiste leefregel goed onder controle gehouden wordt. De BSE

blijft binnen redelijke normen en er vindt geen destructie plaats. Dan vlamt ineens het proces op. Dit roept de vraag op, waardoor dit gebeurt. Al gauw komen problemen rondom de kort tevoren overleden vader van de patiënt ter tafel. Deze blijken een sterke stress in te houden, waaruit het opvlammen van het reumatische proces wel is te verklaren.

Deze problematiek kon zo gemakkelijk ter sprake komen, doordat de relatie met de vader reeds veel eerder en vaker aan de orde was geweest. Het bespreken van zijn overlijden en de betekenis hiervan voor de heer *Pieters* was daar een vanzelfsprekend vervolg op. De tragiek van zijn bestaan – het zich nooit door zijn vader erkend weten – werkte door in zijn ziektegeschiedenis.

Tragiek was ook aanwezig in de verwevenheid van ziektegeschiedenis en levensgeschiedenis van mevrouw *Frankenbach*.

Mevrouw Frankenbach is 51 jaar oud. Enkele jaren geleden ontdekte haar huisarts een tumor in de onderbuik die op een ovariaalcarcinoom bleek te berusten. Zij werd geopereerd en nabestraald. Enkele jaren bleef zij vrij van klachten. In die periode bouwde zij, na haar scheiding, een nieuw bestaan op. Ze kreeg een aantrekkelijke functie en na verloop van tijd ging zij een relatie aan, die haar veel geluk bracht. Dit vormde enige compensatie voor het meer dan twintig jaar durende, uiterst ongelukkige huwelijk met een brute man, die geestelijk verre haar mindere was. Ze heeft deze pas verlaten toen haar twee kinderen de deur uit waren. Na enige tijd kreeg ze klachten over moeheid en pijn in de flank. Bij algemeen lichamelijk onderzoek werden geen afwijkingen gevonden; de BSE bleek echter sterk verhoogd te zijn. Uiteindelijk werd een niercarcinoom gevonden, later ook mediastinale metastasen. Haar grootste klacht hield in dat zij zou moeten sterven, juist nu zij na zoveel ellende, geluk had gevonden.

De tragiek wordt nog groter als men overweegt dat de vele ongelukkige jaren, die aansloten bij een zeer gecompliceerde jeugd in de oorlogsjaren, hebben kunnen bijdragen tot de ontwikkeling van de dubbeltumor. In diagnostisch opzicht is dit ook relevant, als men de gehele mens daarin betreft. Voor de levensduur heeft dit geen consequenties, wel echter voor de diepgaande rela-

tie die tijdens de hulpverlening in de loop van vijftientig jaar ontstond en die de aard en intensiteit daarvan bepaalde.

Uit de gegeven voorbeelden wordt duidelijk, dat de levensloop van de patiënt in belangrijke mate tot de diagnostiek kan bijdragen. Dit geschiedt op verschillende niveaus, van een cognitief niveau tot een existentieel niveau. Belangstelling voor iemands levensloop, die zich zowel in de levensgeschiedenis als in de ziektegeschiedenis uit, schept een band. Als ik weet dat iemand mijn geschiedenis kent, dan voel ik mijzelf gekend. Daarom is het gekend worden door degenen die je van vroeger reeds kenden, van een andere dimensie dan het contact met nieuwkomers in je bestaan. Echt gekend worden en echt de ander kennen brengt meestal een toemende acceptatie met zich mee. En een van de belangrijkste gevolgen daarvan is het verdrijven van eenzaamheid.

Tussen arts en patiënt kan ook een dergelijke relatie groeien. Een eerste vereiste hiervoor is, dat de arts een wezenlijke belangstelling voor de ander heeft.

Voorwaarden

De vraag dringt zich op, of levensloopgeneeskunde in de moderne maatschappij nog wel mogelijk is. Wordt deze niet onmogelijk gemaakt door de grootschaligheid van onze moderne samenleving, door de toegenomen migratie van arts en patiënt, door de snelheid waarmee maatschappelijke veranderingen zich voltrekken?

Ik ben van oordeel dat dit inderdaad evenzovele bedreigingen voor de levensloopgeneeskunde zijn, maar dat de positieve elementen ervan wel behouden, of liever gezegd, tot ontwikkeling gebracht kunnen worden. Wat vroeger echter als vanzelf gebeurde, zich op een natuurlijke wijze voltrok, moet nu bewust bevorderd en ontwikkeld worden. Dit is mogelijk als aan een aantal voorwaarden wordt voldaan:

- In de eerste plaats moet de huisarts het belang ervan inzien. Hij moet beseffen dat hij de enige arts is, die echt in de gelegenheid is levensloopgeneeskunde te bedrijven; zijn plaats in de gezondheidszorg biedt hem de gelegenheid daartoe. Ook moet de huisarts de waarde van de levensloopgeneeskunde in-

zien. Hij moet weten wat er blijft liggen, als daaraan geen aandacht wordt geschonken.

- In de tweede plaats moet men zich ervan bewust zijn, dat het daarbij primair om een gerichtheid gaat. De feitelijke situatie kan het onmogelijk maken een huisarts als vroeger te zijn. Anderzijds houdt de huidige situatie een prikkel in om op een bewuste manier hiermee bezig te zijn. Het zou me niet verbazen als daardoor de uiteindelijke resultaten beter zijn dan voorheen het geval was. Er is geen reden het verleden te verheerlijken. Zo goed was dat ook weer niet.

- De huisarts moet methoden toepassen die de levensloopgeneeskunde mogelijk maken. Hiervoor dient allereerst het gesprek. Door de patiënt de gelegenheid te bieden over zichzelf te praten zal stukje bij beetje de levensloop zichtbaar worden; ook als de arts deze niet zelf gedurende lange tijd met de patiënt samen heeft beleefd. Om goed te kunnen luisteren is de eerder genoemde gerichtheid voorwaarde.

Verder zal de huisarts door huisbezoeken tot een beter inzicht kunnen komen. De ambiance van een patiënt is vaak een betere illustratie van diens leven dan vele woorden. Nu de frequentie van huisbezoeken zo is afgenomen, zal de huisarts zelf bewust huisbezoeken moeten afleggen, niet alleen omdat de patiënt dat nodig vindt, maar omdat hij er zelf behoefte aan heeft, ter verbetering van zijn inzicht.

- Duidelijk is dat gesprek en huisbezoek alleen effect kunnen hebben als daar voldoende tijd voor beschikbaar is.

- Tenslotte zal de huisarts niet alleen medisch-technische en somatische gegevens moeten vastleggen, maar ook gegevens uit de levensloop. Op basis hiervan zal onder andere vastgelegd kunnen worden welke risico's een patiënt in het bijzonder loopt. Maar ook is het vastleggen van gegevens over stress niet minder belangrijk.

Dit zijn slechts voorbeelden. In ieder geval is de registratie en documentatie ook voor een overdracht aan een opvolgende huisarts van betekenis.

Tot slot wil ik nogmaals onderstrepen, dat de grondslag voor de levensloopgeneeskunde is de fundamentele belangstelling die men voor de medemens koestert.