

Huisarts en diagnose

PROF. DR. G. J. BREMER

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

Inleiding

Huisarts en diagnose... De vraag kan gesteld worden, waarom dit onderwerp door het Bestuur gekozen is. Het is niet erg „in”; momenteel wordt veel meer de aandacht gevestigd op processen: „methodisch werken”, „preventie van somatische fixatie”.

Nu heeft het begrip diagnose nooit zo erg in de belangstelling van de Nederlandse huisarts gestaan. In vierentwintig jaargangen van *Huisarts en Wetenschap* komt het onderwerp viermaal in zijn algemeenheid ter sprake.¹⁻⁴

Voor ik nu een definitie van het begrip geef, zou ik eerst Erasmus willen citeren, die in 1518 in zijn *De lof der geneeskunst* schreef: „Niet alleen voor het lichaam, hetwelk het geringste deel des mensen is, draagt de geneesheer zorg, neen, voor de gehele mens, al neemt de geneesheer niet, zoals de godgeleerde de ziel, maar het lichaam als uitgangspunt”.⁵

Volgens Van Dale betekent diagnose: het onderkennen van de aard en de zetel van een ziekte of kwetsuur uit de verschijnselen (oneigenlijk ook van andere toestanden die met ziekte vergeleken worden). In de tweede plaats betekent het – in de biologie – beschrijving van de hoofdkenmerken van een soort, geslacht.⁶

Er zijn uiteraard nog andere omschrijvingen te geven. Rümke zegt: „De diagnose is de theorie van deze ziekte”.⁷ Pragmatischer is de formulering: „Een diagnose is een voorlopige formulering die bedoeld is om te kunnen handelen”.^{4,8,9} Tenslotte wijs ik erop dat de WONCA de term diagnose in zijn glossarium heeft opgenomen.¹⁰

Mijn voordracht zal nu de volgende aspecten van het begrip diagnose min of meer uitvoerig behandelen:

In de eerste plaats wil ik wat verder ingaan op de omschrijvingen die ik zojuist gegeven heb. Aan de hand van deze omschrijvingen valt er al heel wat over het begrip diagnose te zeggen.

In de tweede plaats zal ik wat zeggen over het doel van het stellen van een diagnose.

In de derde plaats volgen enkele zeer summiere historische beschouwingen. Vervolgens vestig ik de aandacht op het feit dat ook andere beroepsbeoefenaren de term diagnose gebruiken, waarbij ik erop wijs dat vooral in de psychiatrie de hedendaagse problematiek duidelijk zichtbaar is.

Omschrijvingen

Volgens Van Dale betekent de term diagnose: het onderkennen van de aard en de zetel van een ziekte of kwetsuur uit de verschijnselen. In de tweede plaats betekent het – in de biologie – beschrijving van de hoofdkenmerken van een soort, geslacht.

De term diagnose is dus een term uit de geneeskunde. Van Dale spreekt van oneigenlijk als het woord gebruikt wordt voor andere toestanden die met ziekte vergeleken worden.

Onmiddellijk kunnen wij twee betekenissen onderscheiden. De eerste slaat op de ziekte – de verschijnselen die de ziekte vertoont – de tweede op de ziekte. De diagnose die een dokter stelt om een rationele behandeling van een patiënt te kunnen beginnen en de diagnose die noodzakelijk is om de ziekte als zodanig te kunnen classificeren. In het eerste geval gaat het om een „doorschouwen” van de patiënt als individu, waarbij de medicus zoveel mogelijk relevante gegevens in zijn beschouwingwijze trekt. In het tweede geval – de rubriekdiagnose – moet men, bijvoor-

beeld bij een morbiditeitsonderzoek, met een enkele term volstaan.

De omschrijving van Rümke – „De diagnose is de theorie van deze ziekte” – is een omschrijving die ons wijst op een (wetenschappelijke) betekenis van de term diagnose, namelijk op de mogelijkheid om te voorspellen. De theorie wordt door het verloop getoetst, de diagnose kan fout blijken te zijn. Niets is zo praktisch als een goede theorie.

„Een diagnose is een voorlopige formulering die bedoeld is om te kunnen handelen”.

Wat valt op aan deze beschrijving?

In de eerste plaats het woord: voorlopig. Wij moesten als co-assistent een diagnose stellen alsof een diagnose iets statisch was. Later in de praktijk blijkt iedere diagnose tijdelijk te zijn.

Bij een patiënt wordt de diagnose coloncarcinoom gesteld. Hoe luidt de diagnose ná de operatie?

Tijdens ons co-assistentchap hoorden we ook heel vaak – en dat horen huidige co-assistenten nog steeds – dat de huisarts weer eens geen diagnose gesteld heeft. Deze opmerking geeft blijk van een slecht doordenken van het begrip diagnose.

Een voorlopige formulering om te kunnen handelen. Howie schrijft over de diagnose, „de Achillespees in de huisartsgeneeskunde”, en beschrijft dit handelen. De dokter kan nadat hij een diagnose gesteld heeft, advies geven, geruststellen, verder onderzoek doen, verwijzen, behandelen, bijvoorbeeld iets voorschrijven. Howie merkt nog op dat deze diagnose, in aansluiting op de definitie die de WHO van gezondheid geeft, geformuleerd dient te worden in een combinatie van lichamelijke, psychologische en sociale termen.¹¹

Geen doel op zichzelf

Wat is het doel van het stellen van een diagnose?

Laten we vooropstellen dat het stellen van een diagnose nimmer een doel op zichzelf kan zijn. Het gaat er om de patiënt te helpen. Wanneer dat gaat nadat wij alles hebben doorschouwd, des te beter, maar niet altijd is dat mogelijk: de barmhartige Samaritaan in het Lucas Evangelie (Lucas 10:25-37) hielp, zonder dat hij eerst een diagnose had gesteld.

Eén doel hebben wij al genoemd: om de patiënt te kunnen behandelen. Een tweede doel is om een prognose te kunnen formuleren. Een diagnose verschaft gegevens om uitspraken te kunnen doen omtrent de toekomst.

Het derde doel: een diagnose vermindert de onzekerheid van de dokter en de patiënt en kan daardoor soms geruststellend werken. Ik wijs u erop dat Balingst zegt dat het belangrijkste en meest urgente probleem van de patiënt bijna altijd is welke naam zijn ziekte heeft, welke diagnose er gesteld wordt.¹²

Tenslotte – en nu komen wij bij de tweede betekenis van Van Dale – een diagnose geeft de mogelijkheid om te classificeren, bijvoorbeeld voor het verrichten van een morbiditeitsonderzoek. Niet de ziekte maar de ziekte wordt hierbij geïdentificeerd.

De Vries Robbé spreekt nog over de rol die een diagnose speelt in de communicatie. Hij zegt dat het veel eenvoudiger is te spreken over een patiënt met diabetes mellitus dan de gehele ziektegeschiedenis en alle ziekteverschijnselen te moeten aanduiden.¹³ Ik denk dat hier sprake is van een misverstand. Woorden dienen om zaken te kunnen aanduiden. In dit opzicht is de term „diabetes mellitus” niet anders dan de term „stoel”.

Reductie

In het kort wil ik iets zeggen over de twee zaken waarop de term diagnose slaat.

Het is altijd het ideaal van de geneesheer geweest zoveel mogelijk relevante gegevens in zijn diagnose op te nemen. Het gaat tenslotte om een doorschouwen van de individuele patiënt in zijn specifieke situatie, en wat is dan niet van belang? Het moet een „holistische beschouwing” zijn, een „diagnostisch totaalinzicht”¹⁴, een „integrale diagnose”.¹⁵⁻¹⁶

In principe is dit juist; in de praktijk betekent dit „met alle aspecten rekening houden, maar afhankelijk van de orde van belangrijkheid zijn aandacht op één moment op één aspect richten”.¹⁷

Een diagnose is bedoeld om te kunnen handelen... Bestaat de rubriekdiagnose uit een of twee woorden, een integrale diagnose varieert in lengte tussen de honderd en de duizend woorden. Het zal duidelijk zijn dat door een diagnose, bij het verwijzen bijvoorbeeld, een reductie van de patiënt wordt ingevoerd, de patiënt wordt gereduceerd tot een „appendicitis”, een „maagperforatie” en komt als zodanig bij de specialist terecht. Dit betekent uiteraard niet dat de specialist de patiënt niet als een mens zal behandelen, maar een appendicitis van een gereformeerde jonge vrouw vertoont nu eenmaal – en gelukkig! –

niet zoveel verschillen met de appendicitis van een rooms-katholieke man. Juist deze overeenkomsten in het ziekzijn tussen mensen maakt het bestaan van een geneeskunde überhaupt mogelijk.

Een diagnose is een verzameling ziekteverschijnselen die sommige patiënten gemeen hebben.

Hoogstens vier pagina's

De relatie tussen het begrip diagnose zoals de huisarts dat gebruikt en zoals de specialist dat doet, is niet eenvoudig. Iedere huisarts ervaart het diagnostisch systeem waar de specialist mee werkt, als voor hem onbruikbaar. Dat blijkt ook al uit het aantal termen dat beiden gebruiken. De Stichting Medische Registratie bezit een lijst met diagnostische termen voor ziekenhuispatiënten van 800 pagina's¹⁸, de huisarts kan toe met de diagnoserubrieken van de ICHPPC-2, hoogstens vier pagina's. Als men nu deze specialistische diagnoses „medische diagnoses” gaat noemen¹⁹, stelt de huisarts natuurlijk niet zo vaak „een medische diagnose”.

Huisartsen hebben met dit probleem altijd al moeite gehad en al lang hebben zij naar een eigen diagnosesysteem gezocht. Het zou te ver voeren hier nu dieper op in te gaan. Braun²⁰ en Eimerl²¹ waren voorlopers op dit gebied. Later probeerden huisartsen deze systemen te verbeteren en ontstond de ICHPPC-2.²² De laatste tijd proberen huisartsen de redenen te classificeren waarom de patiënt de huisarts bezoekt. Iedereen in Nederland weet welk een belangrijke rol Lamberts hierbij speelt.²³

Terwijl de specialist om ziekten te classificeren veel meer termen nodig heeft dan de huisarts – ik schat ongeveer honderd maal zoveel – gebruikt de huisarts veel meer woorden om een diagnose te omschrijven bij een individuele patiënt. Het gevolg is dat zij elkaar soms niet goed meer begrijpen. Ik vergelijk hier de huisarts met alle specialisten tezamen. Het zal duidelijk zijn dat het morbiditeitspatroon dat een huisarts ziet gedifferentieerder is dan dat van één specialist.²⁴

Vroeger

In vroeger tijden dachten dokters over veel zaken anders dan nu. Het gevolg is ook dat de inhoud van het begrip diagnose veranderde. Soms kwamen dokters in moeilijkheden, doordat zij mensen ziek beschouwden die anderen als

bezeten door de duivel zagen. Onze landgenoot Johannes Wier (1515-1588) was de eerste die verklaarde dat „...psychotici tot het domein van de geneeskunde behoren en niet tot dat van de rechtsgeleerdheid of de theologie”.²⁵

Nog niet zo lang geleden, in 1947, schreven twee Nederlandse artsen over de „ziekenfondsneurose”. Deze ziekte belemmerde een goede uitoefening van de geneeskunde door overbelasting van de artsen door het onnodig invoeren van geneeskundige hulp.²⁶ Dat is wel heel wat anders dan sommige artsen nu die vinden dat „de huisarts open dient te staan voor alle vragen om hulp”.¹⁹ Wie oude nummers van *Medisch Contact* in kijkt – omstreeks de jaren 1950 – kan lezen dat veel artsen in die tijd van oordeel waren dat zij „voor niets” werden geroepen. Deze patiënten vielen toen binnen een categorie waarbij de term diagnose niet eens in aanmerking kwam.

Uit deze summiere opsomming moge blijken dat de inhoud van het begrip diagnose in de loop van de tijd kan veranderen en nauw samenhangt met het in die tijd heersende ziektebegrip. Wie op het ogenblik bijvoorbeeld de term homoseksualiteit opzoekt in het classificatiesysteem van de SMR, leest: „Registreer homoseksualiteit als een diagnose onafhankelijk van de vraag of deze als een psychische stoornis wordt beschouwd”.¹⁸

Oneigenlijk gebruik

Het begrip diagnose wordt tegenwoordig niet alleen in de geneeskunde aangehouden. Ik maak u erop opmerkzaam dat de term dan oneigenlijk gebruikt wordt; dat wil zeggen dat wij goed moeten oppassen dat wij het gebruik van het begrip „diagnose” binnen deze vakgebieden niet zonder meer gaan vergelijken met de toepassing ervan binnen de geneeskunde.

We treffen „diagnostiseren” aan in de psychologie, in het maatschappelijk werk en vooral in het social casework, in de geestelijke gezondheidszorg, de kinderbescherming, het cultureel werk; kortom binnen de „sociale technologie” waar Van Beugen²⁷ over spreekt, de „planned change”²⁸; al die gebieden waar mensen met mensen omgaan met de bedoeling om... neen: met een bedoeling.

Interessant dat ook theologen het begrip gebruiken: de pastor als diagnosticus.²⁹ Zij komen tot een simpele en mooie formulering: diagnostiseren betekent de dingen vatten zoals ze werke-

lijk zijn, om dan, in overeenstemming daarmee op de juiste wijze te handelen. De dingen vatten zoals ze werkelijk zijn. Een mooie definitie van diagnostiseren.

De diagnose als onderdeel van het probleem

Ik noem u uit die andere gebieden enkele aspecten van het begrip diagnose en diagnostiseren, die voor ons belangrijk zijn en waar wij van kunnen leren. Op enkele van deze aspecten heb ik al de aandacht gevestigd.

In de eerste plaats het feit dat een diagnose geen statisch begrip is, maar dat het gaat om een proces waarin voortdurende veranderingen een rol spelen.

In de tweede plaats het feit dat een diagnose niet los gezien kan worden van het handelen, van het behandelen. Buitengewoon helder worden deze vraagstukken aan de orde gesteld in de literatuur over het social casework.³⁰⁻³¹

In de derde plaats kunnen wij horen dat een diagnose nogal eens gebruikt wordt om een bepaalde behandeling te rechtvaardigen in plaats van om als argument te dienen om een bepaalde behandeling toe te passen.

De diagnose als justificatie. Een verschijnsel dat in de geneeskunde nogal eens waargenomen wordt. Iedereen doet wat hij kan, maar van een diagnose is geen sprake. De patiënt met rugklachten: de huisarts verwijst naar de fysiotherapeut, de neuroloog geeft medicamenten, de neurochirurg opereert, de orthopeed geeft een corset, de psychiater adviseert ander werk en de psycholoog zet de stumper in een groep. Ook Howie merkt op dat dit soort verschijnselen ook binnen de huisartsgeneeskunde vaak worden aangetroffen.¹¹

Tenslotte – de belangrijkste conclusie – volgens Perlman is de diagnose het product van het denken in de probleemoplossende activiteit van de hulpverlener.³⁰

Ik geloof dat dat voor ons huisartsen van belang is: de diagnose is een onderdeel van het probleem van de patiënt. Ook bij het classificeren van de „redenen om naar de huisarts te gaan” blijkt de diagnose een duidelijk onderdeel van het probleem uit te maken. Lamberts schrijft dat er zonder diagnose „essentiële informatie verloren gaat”.²³ De diagnose als essentieel onderdeel van het probleem van de patiënt.

De crisis in de psychiatrie

De huidige crisis in de psychiatrie heeft

naar mijn mening een evidente invloed op de huisartsgeneeskunde. De chaotische toestanden op het terrein van de psychotherapie zijn voor een huisarts niet meer te overzien. Horst schrijft: „Wat bij dit alles opvalt is dat de psychotherapie in haar verklaringsprocedure blijkbaar een belangrijke verschuiving heeft doorgemaakt van intra-psychische conflicten naar intermenselijke relaties...”³²

De klassieke psychiatrische diagnostiek is daardoor veranderd, gedragswetenschappers hebben zich van het terrein meester gemaakt, er bestaat een „identiteitscrisis van de psychiater”. Maar men heeft het kind met het badwater weggegooid: „In tegenstelling tot de psychotherapeut kan de psychiater een juiste diagnose stellen als het gaat om psychosen, zware karakterstoornissen, dementie, alcoholisme, zwakzinnigheid, paranoia, schizofrenie en ernstige fobieën”.³³

Sommige diagnostische termen zijn taboe geworden maar het merkwaardige feit doet zich voor dat in de ICHPPC-2 de termen angstneurose en hysterische neurose voorkomen, termen die een beedeerde huidokter tegenwoordig nauwelijks durft uit te spreken.

Een ongevraagd advies

Ik wil mijn voordracht niet samenvatten.

Maar ik wil het NHG-bestuur en de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek – en alle leden natuurlijk – wel een (ongevraagd) advies geven.

Ik heb voor deze voordracht veel moeten lezen; veel is mij ook nu nog niet duidelijk geworden, maar wat mij is opgevallen, is dit: wij huisartsen kunnen, vooral om een theoretische verdieping van ons vak te verkrijgen, veel van psychiaters leren. Wij hebben al veel van hen geleerd; ik noem u: Balint, Weijel, Querido, Rümke.

Tenslotte wil ik nog eens Erasmus citeren:

„Niet alleen voor het lichaam, hetwelk het geringste deel des mensen is, draagt de geneesheer zorg, neen, voor de gehele mens, al neemt de geneesheer niet, zoals de godgeleerde de ziel, maar het lichaam als uitgangspunt”.

¹ Bremer GJ. Over diagnose, huisartsdiagnostiek en diagnostiek in het eerste echelon. Huisarts en Wetenschap 1972; 15: 1-7.

² Brouwer W. Huisartsen-diagnostiek. Huisarts en Wetenschap 1963; 6: 301-4.

³ Hogerzeil HHW. De rol van het maatschappelijk functioneren in diagnose en

therapie van de huisarts. Huisarts en Wetenschap 1967; 10: 165-73.

⁴ Aakster CW. Een poging tot psychosociale diagnostiek. Huisarts en Wetenschap 1971; 14: 296-302.

⁵ Erasmus D. De lof der geneeskunst. Opuscula selecta Neerlandicorum de arte media I. Amsterdam: Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde, 1907.

⁶ Linschoten J. Idolen van de psycholoog. 3e dr. Utrecht: Bijleveld, 1978.

⁷ Rümke HC. Nieuwe studies en voordrachten over psychiatrie. Amsterdam: Scheltema & Holkema, 1958.

⁸ Cohen H. Lancet 1943; i, 23.

⁹ Crombie DL. Diagnostic process. J Coll Gen Pract 1963; 6: 579-89.

¹⁰ Classification Committee of the World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA). An international glossary for primary care. Huisarts en Wetenschap 1981; 24: 341-6.

¹¹ Howie JGR. Diagnosis - the Achilles heel? J R Coll Gen Pract 1972; 22: 310-5.

¹² Balint M. The doctor, his patient and the illness. London: Pitman, 1956.

¹³ Vries Robbé PF de. Medische besluitvorming, een aanzet tot formele geneeskunde [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit te Groningen, 1962.

¹⁴ Brouwer W. Ervaringen met psychosociaal anamnestic onderzoek als diagnostisch hulpmiddel in een huisartspraktijk [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit te Groningen, 1962.

¹⁵ Querido A. Inleiding tot een integrale geneeskunde. Leiden: Stenfert Kroese, 1955.

¹⁶ Bremer GJ. De diagnostische functie van de huisarts. In: Bremer GJ, Es JC van, Hofmans A, red. Inleiding tot de huisartsgeneeskunde. 2e dr. Leiden: Stenfert Kroese, 1974.

¹⁷ Es JC van. Het moderne gewaad van de huisarts [Oratie]. Assen: Van Gorcum, 1967.

¹⁸ Anoniem. Classificatie van ziekten. Utrecht: Stichting Medische Registratie, 1978.

¹⁹ Aalders H van, Hollenbeek Brouwer H. Syllabus methodisch werken. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1982.

²⁰ Braun RN. Die gezielte Diagnostik in der Praxis. Stuttgart: Schattauer, 1957.

²¹ Oliemans AP. Morbiditeit in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Utrecht: Rijksuniversiteit te Utrecht, 1969.

²² Classification Committee of WONCA. ICHPPC-2. International classification of health problems in primary care (1979 revision). Oxford etc.: Oxford University Press, 1979.

²³ Lamberts H. Redenen om naar de huisarts te gaan. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 301-310.

²⁴ Zentral Institut für kassenärztliche Versorgung in der BRD. Standortbestimmung und Konzept Allgemeinmedizin. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 1982.

²⁵ Dooren L. Doctor Johannes Wier. Leven

en werken [Dissertatie]. Utrecht: Rijksuniversiteit te Utrecht, 1940.

²⁶ Blanksma C, Mandele LJ van der. *Problemen der sociale zekerheid*. Deventer: Kluwer, 1946.

²⁷ Beugen M van. *Sociale technologie*. Assen: Van Gorcum, 1971.

²⁸ Lippitt R, Watson J, Westley B. *The dynamics of planned change*. New York: Harcourt, 1958.

²⁹ Pruyser PW. *De pastor als diagnosticus*. Haarlem: De Toorts, 1978.

³⁰ Perlman HH. *Social casework*. Arnhem: Van Loghum Slaterus, 1959.

³¹ Hamilton G. *Theorie en praktijk van het social casework*. Amsterdam: Ploegsma, 1952.

³² Horst R. *Psychiatrie, een objectieve wetenschap?* *T Psychiat* 1972; 14: 272-85.

³³ Backus F. *De identiteitscrisis van de psychiater*. *NRC Handelsblad* 1982 okt 22.

Summary. Postmortems at the request of the general practitioner (pp. 9-10)

A practical example and data from the literature are used to stress the importance of postmortems as indispensable aids in verifying diagnosis and the quality of therapy as well as in determining causes of death.

Two factors obstruct requests for postmortems: the relatives must give their consent and the expenses of the postmortem (and transport) must be paid. Hospital doctors can charge these expenses as overhead, but general practitioners and nursing home doctors (still) cannot. This situation also has its implications for the reliability of Dutch statistics on causes of death.

A number of criteria for postmortem requests are discussed and some suggestions are addressed to health insurance organizations.

Nota bene

Er vinden te weinig obducties plaats van thuis overleden patiënten.

Stelling bij: Hoekstra GR. *Patiënten met lage rugklachten in een huisartspraktijk* [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit te Groningen, 1982.

Ingezonden

Doolhof

Met belangstelling hebben wij het artikel van Tom Postma, *De doolhof van de patiënt*, gelezen. Wij kregen daaruit de volgende indruk:

De relatie tussen arts en patiënt wordt alleen omschreven in termen van strijd. De dokter beheerst zowel de kennis als het therapeutisch arsenaal. Dit maakt de patiënt weerloos. Hij wordt gedwongen een strategie te ontwerpen om gepaste aandacht en actie van de dokter te krijgen. De dokter kan hier willekeurig mee omgaan. Er worden verschillende wapens omschreven: „geen tijd”, „verschuilen achter deskundigheid”, „verbaal geweld”, etcetera.

De patiënt kan alleen buiten de medische relatie om zijn verhaal halen: aan de balie van de apotheek, de medische rubrieken van televisie en tijdschriften, in roddelpraatjes.

Het artikel riep de volgende vragen bij ons op:

– Welke categorie patiënten heeft schrijver voor ogen gehad?

– de schrijver geeft aan dat hij (ook) vanuit een persoonlijke betrokkenheid het artikel heeft geschreven; kan hij misschien aangeven waar het persoonlijke ophoudt en het algemene begint?

– in aansluiting op de vorige vraag: wij voelen in het artikel vooral een angst voor afhankelijkheid, met als reactie wantrouwen en agressie; is dit exemplarisch voor de doorsnee-patiënt of is hier sprake van een persoonlijke kleuring door de schrijver?

– is het artikel een neerslag van de ervaringen van de schrijver werkzaam zijnde als psycholoog op een huisartsinstituut?

De schrijver wapent zich bij voorbaat tegen kritiek door te zeggen dat het hier om een poging gaat. Gezien het uiteindelijk resultaat, was het verstandiger geweest te wachten tot een wat meer uitgekristalliseerde visie kon worden gepresenteerd.

Rik de Haan,
Mattheus van Dijk,
arts-assistenten in opleiding tot huisarts

Postma T. *De doolhof van de patiënt*. *Huisarts en Wetenschap* 1982; 25: 314-8.

NHG trendsetter?

In de laatste twintig jaar hebben zich verschillende maatschappelijke ontwikkelingen voltrokken, die de huisartsgeneeskunde niet onberoerd hebben gelaten. Op facetten als verstedelijking, ont-kerkelijking, materialisering, verzuiling van maatschappelijk hulpbetoon, onvrede met alles en iedereen, hebben huisartsen gereageerd met vorming van groepspraktijken, beperking van dienstbaarheid door een kortere werkdag en verruiming van avond- en weekenddienstregeling, en inperking van hun arbeidsveld door zich terug te trekken uit bijvoorbeeld verloskunde en acute hulpverlening. De cliëntèle reageerde hierop door enerzijds een snellere en directe gang naar hogere medische echelons en anderzijds door zich meer en meer te wenden tot kwakzalvers, natuurgenezers en wat dies meer zij. Een aantal onzer merkte dat in zijn portemonnaie en bedacht zich dat een cursus acupunctuur of manuele geneeskunde het falend imago wellicht zou kunnen verbeteren (dus terug naar de situatie vóór de wet van Thorbecke).

Als men – zo de balans opmakend – zijn oor te luisteren legt in medisch Nederland van vandaag, dan lijkt het credo van het eerste echelon: groepspraktijk is *in*, solo-praktijk is *out*. De moderne huisarts draagt een baard, loopt in een slobbertrui, tutoyeert alles en iedereen, en bedient zich van een eend voor vervoer van de driekamer-flat naar zijn efficiënt ingericht praktijkpand, waar – dankzij forse overheidssubsidie – een flitsend informatieverwerkingsysteem hem toeglanst, zodat hij met één oogopslag het overzicht heeft over het aantal diagnostische handelingen per maand verricht, waardoor ruim tijd overblijft voor deelname aan het multidisciplinaire case-counseling overleg. Dat is progressief, dus in!

Waarom deze irriterende, polariserende opmerkingen?

Het NHG, bij monde van het toegezonden Memo, suggereert dat het lidmaatschap van de KNMG een blok aan het been is van een noodzakelijke ontwikkeling tot onafhankelijk wetenschappelijk instituut. Het stelt echter daarbij zelf een aantal zaken imperatief, als nascholing en toetsing, waarvan het maar