

Het huis van de huisarts, nu en straks

DR. H. LAMBERTS

Op 4 maart 1985 heeft Dr. H. Lamberts officieel het ambt aanvaard van gewoon hoogleraar in de huisartsgeneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam, met het uitspreken van zijn oratie *Het huis van de huisarts, nu en straks*. In het licht van de nauwe relatie die al vele jaren bestaat tussen Henk Lamberts en *Huisarts en Wetenschap*, is de redactiecommissie bijzonder verheugd de lezer hierbij de integrale tekst van deze oratie te kunnen aanbieden.

Het huis van de huisarts

De huisartsgeneeskunde is het huis van de huisarts. Zijn huis is stevig en ruim opgezet, zij het nog niet helemaal afgevoerd. Ruim twintig jaar is er aan gebouwd, met als resultaat een duidelijke versterking van de *structuur* en vooral van het *proces* in de huisartsgeneeskunde. Nooit heeft de huisarts zoveel diagnostische en therapeutische mogelijkheden gehad, nooit heeft hij kunnen steunen op zo goed uitgewerkte hulpverleningsstrategieën als Methodisch werken, Anticiperende geneeskunde, Preventie van somatische fixatie en Omgaan met probleemgedrag. Van de 400 diagnoses die hij in de praktijk hanteert, heeft een derde een prevalentie van ten minste 5 per duizend ingeschreven patiënten per jaar, zodat „de huisarts” deze gezondheidsproblemen bij ten minste tien van zijn patiënten aanwezig weet.

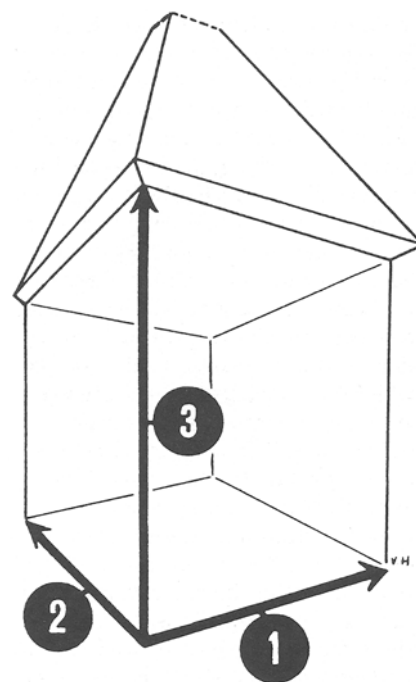
Vooraf over de frequent voorkomende diagnoses bestaat zoveel huisartsgeneeskundige kennis, dat daaraan praktische kenmerken van zijn handelen ontleend kunnen worden, en bijgevolg ook consequenties voor het onderwijs voor de basisarts. Ook tijdens de beroepsopleiding kan het primaat van het huisartsgeneeskundige probleem waarmee huisartsgeneeskundige interventies een logische relatie onderhouden, gedemonstreerd worden.

Het huis van de huisarts is ingericht met uitgebalanceerde instrumenten. De probleemgeoriënteerde gezinskaart en de nieuwe International Classification of Primary Care staan er, naast ondu-

belzinnige internationale afspraken over basisbegrippen, borg voor dat onderzoek, onderwijs, nascholing en toetsing voort kunnen bouwen op het fundament van goede patiëntgebonden informatie. De *normal science* van de huisarts ligt vast in tijdschriften, dissertaties en andere boeken, en in het werk van nationale en internationale organisaties. In ons land staat de huisarts daarenboven in een onverbreekelijke relatie tot de wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten, verloskundigen en maatschappelijk werkers in zijn praktijkgebied. Concrete samenwerking ten behoeve van concrete patiënten is niet langer een min of meer esoterisch ideaal dat slechts aan gezondheidscentra lijkt voorbehouden, maar een algemeen geaccepteerd recht.

Een geheel andere oorzaak waardoor het goed gaat met de huisartsgeneeskunde, is gelegen in het feit dat de patiënt zich geleidelijk vrijer van zijn huisarts opstelt. De huisarts voelt zich minder dwangmatig betrokken bij de *hele* levensloop van *alle* mensen in zijn praktijk. Zijn gevoel van eigenwaarde krijgt niet elke keer een deuk, als weer eens blijkt dat een patiënt in staat is een fiks leefprobleem ook zonder hem op te lossen, terwijl hij het bovendien niet nodig vindt de dokter van dat probleem zelfs maar op de hoogte te stellen. Ook wordt het makkelijker, mensen met een ernstige ziekte de ruimte te bieden om zich slechts gedeeltelijk of helemaal niet te laten behandelen, of zich tot een andere hulpverlener te wenden, zonder hen van non-compliance of ontrouw te beschuldigen.

Figuur 1. De drie dimensies van het huis van de huisarts.



1. Huisartsgeneeskundig handelen
2. Huisarts-patiënt contact
3. Transitie

Het gaat dus goed met het huis van de huisarts.

Helaas gaat het niet zo goed met de bewoner, de huisarts zelf. Zijn positie is in tal van opzichten in het geding. Afgezien van de financiële aspecten en de onaanvaardbare situatie dat een grote groep huisartsen niet in de huisartspraktijk aan de slag kan, wreekt zich nu vooral het falen van de gezondheidszorgpolitiek van de laatste twee decennia. De echelonneringsgedachte en de discussie over de plaats van de nulde, eerste en tweede lijn zijn de gezondheidszorg in ons land niet ten goede gekomen. Wat aanvankelijk een aantrekkelijk en ook logisch ordeningsbeginsel leek, is in de loop der jaren een schaakbord gebleken waarop zich een eindeloze herhaling van politieke zetten heeft afgespeeld. De emancipatie van de eerste lijn, destijds begonnen in de gezondheidscentra, heeft zich niet *dankzij*, maar *ondanks* de echelonneringsidee voltrokken. Er is trouwens maar één lijn in de gezondheidszorg en dat is de patiëntgeoriënteerde lijn, waarbij iedere episode van een gezondheidsprobleem, onafhankelijk van de hulpverlener, van begin tot eind zo goed mogelijk wordt afgewikkeld.

De laatste zet op het schaakbord van de gezondheidszorg heeft tot een patstelling geleid. Men is het er plotseling over

eens, dat de kosten de pan uitrijzen en dat de – toch al goedkope – huisarts geroepen is om daar wat aan te doen. De argumenten om de kosten van de gezondheidszorg in ons land extravagant te vinden – in vergelijking met wat eigenlijk – zijn vaak zwak en gebaseerd op waardeoordelen, die bovendien niet het gebruik van gezondheidszorg door de beoordelaar zelf, maar vooral de ziekten van zijn buurman betreffen. Daarbij wordt nauwelijks gesproken over echte bezuiniging, en des te meer over een verschuiving van de kosten. Men realiseert zich niet dat van elke gulden die in de gezondheidszorg wordt bezuinigd, hoogstens een kwartje voor een andere en kennelijk meer gewenste besteding daarbuiten beschikbaar komt. De arbeidsmarkt in de kwartaire sector en de aard van de sociale verzekeringen (zoals die nu nog voor een deel bestaan) maken simpele rekensommen zinledig. Ook onze kijk op *cost/benefit*-cijfers dient aangepast te worden. De ernstige structurele werkloosheid, vooral onder jonge mensen, maakt het zinloos om het begrip gemiddelde arbeidsproductiviteit nog langer in de vergelijking op te nemen. Integendeel, iedere jong volwassene die onze samenleving voorgoed verlaat, levert een aanzienlijke netto besparing voor de staatshuishouding op. Maar zelfs al zou de huisarts werkelijk een groter deel van de gezondheidszorg toegewezen krijgen – en dat zou ik toejuichen, omdat dit de patiënt ten goede zou komen – dan hoeft dat feit op zichzelf nog niet tot besparing te leiden. De paradox is, dat goed regeren vooral

met *achteruitzien* te maken heeft. Slechts weinig ingrijpende maatregelen hebben de afgelopen jaren het bedoelde effect gehad: prognoses bleken onjuist en rationele overwegingen leden schipbreuk.

Daarom is het niet moeilijk te voorspellen dat, naarmate de huisarts de komende jaren meer en beter werk gaat verrichten, daardoor meer uitgestelde kosten zullen worden gegeneerd bij aanvankelijk gezonde maar uiteindelijk door meer en gecompliceerder chronische ziekten geplaagde mensen. Fluweel kan de harde vuistregel niet verbergen dat vaak de helft of meer van alle kosten voor iemands gezondheidszorg worden gemaakt in het laatste half jaar van zijn leven.

De uitwisselbaarheid of substitutie tussen huisarts en specialist wordt wel gewenst, maar is – zoals later zal blijken – maar één vinger lang. De afgelopen twintig jaar heeft de geneeskunde ontegenzeggelijk winst geboekt, en het feit dat er inderdaad wordt overgediagnosticeerd en overbehandeld, doet er niet aan af dat talrijke nieuwe mogelijkheden hun geld ten volle waard zijn.

Terug naar het huis van de huisarts. De ruimtelijke ordening van een huis wordt gegeven met drie dimensies die ik hier wil schilderen, bij wijze van uitzondering afziend van tabellen en literatuurverwijzingen.* Ik wil een beeld geven van het huis waarin ik woon en van

* Veel van de gebruikte informatie is ontleend aan onderzoek in en over het Gezondheidscentrum Ommoord in de periode 1968-1984. Een lijst met publikaties uit die tijd is bij de auteur te verkrijgen.

het huis zoals het er in mijn ogen straks moet uitzien (*figuur 1*).

Het begin is de vloer – het fundament – van het huis. Die vloer heeft twee dimensies:

- het specifiek huisartsgeneeskundig handelen bij het scala van gezondheidsproblemen dat zich aan de huisarts voordoet;
- de manier waarop huisarts en patiënt met elkaar omgaan.

Beide dimensies zijn samengesteld van aard. De belangrijkste onderdelen ervan zal ik hier bespreken.

De eerste dimensie: het huisartsgeneeskundig handelen

Empirisch onderzoek met diagnosegebonden informatie leert dat er ten minste zeven belangrijke vormen van huisartsgeneeskundig handelen bestaan:

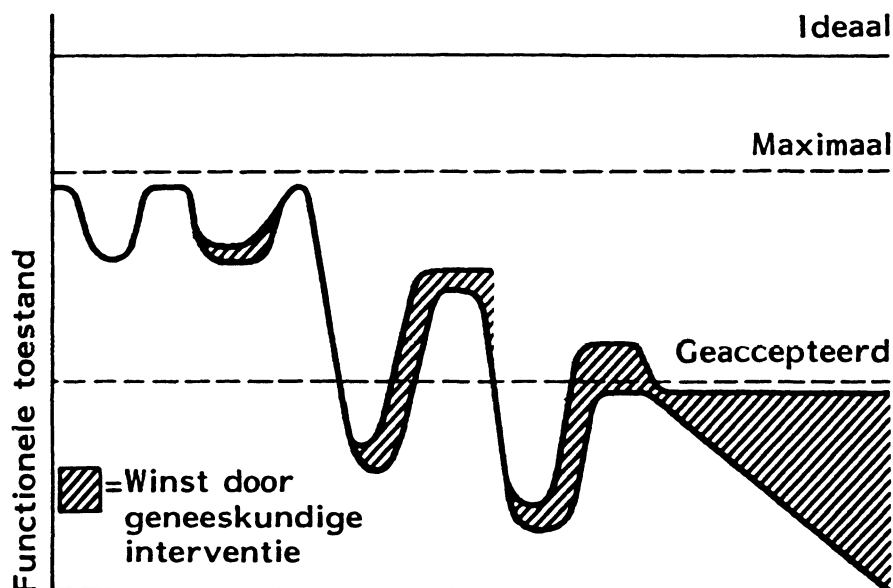
- bij chronische ziekten;
- bij probleemgedrag;
- bij veel voorkomende ziekten;
- bij ziekten bij kinderen;
- defensief handelen;
- verwijzen naar een specialist;
- bij interdokter-variatie.

Chronische ziekten

De belangrijkste determinant voor de inhoud van het handelen van de huisarts is de zorg voor de chronisch zieke patiënt. Het gaat veelal om oudere mensen met kwaadaardige aandoeningen, diabetes, pernicioze anemie, een psychose, Parkinsonisme, chronische coronair ischemie, decompensatio cordis, hypertensie, cerebrovasculaire aandoeningen, chronisch obstructieve longziekten, astma, colitis ulcerosa, reumatoïde artritis en artrose. De huisarts handelt hier kenmerkend: hij doet veel huisbezoeken en er zijn veel spreekuurcontacten. De chronische ziekte staat vaak op zichzelf en er komen relatief weinig nieuwe gezondheidsproblemen aan de orde: de *illness diversity* is laag. Het gaat hier om zo'n 10 procent van alle patiënten en de huisarts kent hen goed. Hij verwijst weinig, hij handelt zelden defensief en hij maakt relatief weinig gebruik van de diagnostische voorzieningen in de eerste lijn. Hij is zelden onzeker van de diagnose, interdokter-variatie speelt een ondergeschikte rol en er is weinig gevaar voor een onterechte somatische fixatie.

Een belangrijke vraag is wel, in welke mate het geneeskundig handelen – en niet van de huisarts alleen – bijdraagt aan een voor de patiënt acceptabele toestand. Juist bij mensen met chronische ziekten realiseert men zich dat het

Figuur 2. De ideale, maximale en acceptabele functionele toestand en de winst door een geneeskundige interventie bij vijf verschillende episoden.



begrip gezondheid niet operationeel gedefinieerd kan worden; een begrip als maximale of optimale gezondheid heeft weinig zin (figuur 2). Er zijn talrijke gezondheidsproblemen waarbij – met of zonder geneeskundige interventie – de toestand van de patiënt ver boven het niveau blijft van wat hij acceptabel vindt. Ook zijn er ernstiger, vaak acute aandoeningen waarbij goede hulp de toestand weer snel in het acceptabele gebied terugbrengt. Bij chronische ziekten ligt het veel moeilijker. Hier gaat het er om, steeds weer een voor de patiënt acceptabele toestand te bereiken en die vervolgens zo lang mogelijk te laten voortduren.

Ook al ontmoet deze laatste opmerking weinig tegenstand, dat verhult niet dat het ontwikkelen van een praktische maat voor het lichamelijk, geestelijk en sociaal functioneren van mensen nog maar pas begonnen is. De aandacht is daarbij gericht op een negental in de praktijk te gebruiken indicatoren: lichamelijk, geestelijk en sociaal functioneren, gezien door patiënt, huisarts en maatschappij (figuur 3). Het eigen oordeel van de patiënt over zijn functioneren – het *subjectieve oordeel* – en het „objectieve” oordeel van de huisarts dienen naast elkaar te worden gelegd en moeten nauwlettend in de tijd worden gevolgd.

„Collectieve” waardeoordelen over het gewenste functioneren spelen bij chronische ziekten een beperkte rol. Collectieve opvattingen over het nut van geneeskundig handelen bij minder belangrijke en *self-limiting* aandoeningen liggen meer voor de hand. Huisartsen zullen ervoor moeten waken, dat in de discussie daarover tussen neus en lippen ook gezondheidsproblemen worden meegepakt waarbij geneeskundige hulp nu juist van cruciale betekenis is voor de mate waarin de patiënt in staat is zijn toestand te accepteren.

Probleemgedrag

Van probleemgedrag wordt gesproken, als patiënt en huisarts expliciet met elkaar spreken over leefproblemen van de patiënt, terwijl duidelijk is dat het *niet* om een ziekte gaat. Dit is de tweede grote vormgevende factor voor het huisartsgeneeskundig handelen (figuur 4). Ieder jaar komt circa 20 procent van de ingeschreven patiënten op het spreekuur voor een leefprobleem, dat soms eerst in vermomming wordt aangeboden, alvorens het tot probleemgedrag komt. Hypochondrische bezorgdheid, depressieve reacties, surmenage en per-

soonlijkhedenproblemen staan voorop, samen met relatieproblemen, werkproblemen en problemen bij het verzorgen van een ziek gezinslid. Het gaat vooral om mensen tussen de 40 en 60 jaar, bij wie het grote aantal consulten nu juist begeleid wordt door een groot aantal verschillende episoden: een grote *illness diversity*. Slapeloosheid, buikklachten, nek- en rugklachten, gebrek aan eetlust, misselijkheid en braken, bijwerkingen van geneesmiddelen en het vragen om verschillende schriftelijke verklaringen door de huisarts, het zijn vaak even zovele vermommingen voorafgaand aan probleemgedrag. Dit zijn de klachten waarop de patiënt ongewenst (volgens ons, wel te verstaan) somatisch gefixeerd kan raken.

Huisartsen verschillen onderling sterk bij het benoemen en tegemoet treden van probleemgedrag: er is veel inter-dokter-variantie. Anderzijds komen zij, wanneer probleemgedrag eenmaal bestaat, in zoverre goed met elkaar overeen, dat weinig wordt verwezen en relatief weinig gebruik wordt gemaakt van de diagnostische en therapeutische voorzieningen van de eerste lijn. Ook bestaat er weinig onzekerheid over de diagnose.

De huisarts is goed in staat leefproblemen te diagnosticeren en te differentiëren. Hij dient zich met deze patiënten *counselend* en ondersteunend gedurende lange tijd bezig te houden. Meestal gaat het daarbij om het opnieuw bereiken van een evenwichtssituatie waarmee de patiënt genoegen kan nemen; zelden is er een expliciet doel, gericht op een echte verandering in de relaties, de omstandigheden of het eigen gedrag. In de strikte zin van het woord is psychotherapie dan ook geen taak van de huisarts.

Het is overigens de vraag of gebrek aan welbevinden niet al te zeer in het medische kanaal is terechtgekomen, terwijl het natuurlijk beloop van verschillende leefproblemen nog onduidelijk is. In de loop der jaren ontstaat er in iedere

praktijk een harde kern – ongeveer een derde van alle mensen met probleemgedrag – die voor hun probleem bij de huisarts blijven komen. Hier kan fixatie aan probleemgedrag ontstaan.

Het is onjuist ervan uit te gaan dat leefproblemen vaak „spontaan” verdwijnen. Het feit dat de huisarts – of een andere hulpverlener – na een periode met hulp niet meer met bepaalde problemen wordt geconfronteerd, betekent nog niet dat die problemen dan ook zijn opgelost. Daarenboven hebben de meeste mensen in hun gewone dagelijkse leven zoveel contacten, dat alleen daarvan al een sterk corrigerende en ook steunende invloed uitgaat. Maar soms is dat niet het geval en wordt voortdurend een beroep gedaan op de aandacht en de tijd van de huisarts. De analogie met het oordeel over het nut van preventie van somatische fixatie ligt voor de hand. Ik vind het niet verwerpelijker dat iemand een onopgelost leefprobleem verdraagt in de vorm van somatische fixatie, dan dat hij – proto-professioneel – bij voortduring hetzelfde probleem verwoordt – niet oplost – daarmee echter wel een aantrekkelijker optie vormend voor de methodisch werkende huisarts of andere hulpverlener.

Veel voorkomende ziekten

Een derde aspect van het huisartsgeneeskundig handelen heeft te maken met gezondheidsproblemen die vaak voorkomen: hoge luchtweginfecties, spierpijn, de pil, wratten, conjunctivitis, cerumen, cystitis, steenpuisten en huidinfecties, eczeem, contusies en blauwe plekken.

Karakteristiek is, dat relatief weinig defensief wordt gehandeld en weinig van de voorzieningen in de eerste en tweede lijn gebruik wordt gemaakt, terwijl er meestal niet tegelijkertijd sprake is van een chronische ziekte of van probleemgedrag. Het gaat om problemen waarbij routine een grote rol speelt, zodat er met enige goede wil protocollaire aspecten kunnen worden ontwaard. En inder-

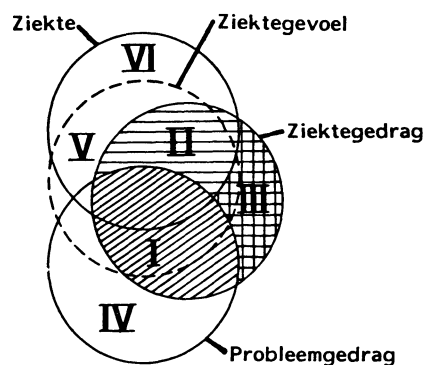
Figuur 3. De drie aspecten van de functionele toestand, gezien door de patiënt, de huisarts en de maatschappij.

	"SUBJECTIEF" - PATIENT	"OBJECTIEF" - HUISARTS	"COLLECTIEF" - MAATSCHAPPIJ
LICHAMELIJK			
PSYCHISCH			
SOCIAAL			

daad doen huisartsen bij frequent voorkomende problemen vaak niet anders dan een vaste gedragslijn volgen. De paradox is alleen, dat het bijna altijd hun eigen „protocol” is. Mijn ervaring is dat veel van deze geïndividualiseerde protocollen goed beargumenteerd zijn, en dat ze zelden aanleiding geven om naar meer uniformiteit te streven.

Los daarvan moet men bedenken dat, vanuit een zuiver financiële of beleidsmatige optiek, het gebruik van protocollen nu juist bij de hierboven genoemde gezondheidsproblemen weinig zoden aan de dijk zal zetten. Complex huisartsgeneeskundig handelen, zoals bij

Figuur 4. De onderlinge relatie van ziekte, ziektegevoel, ziektegedrag en probleemgedrag.

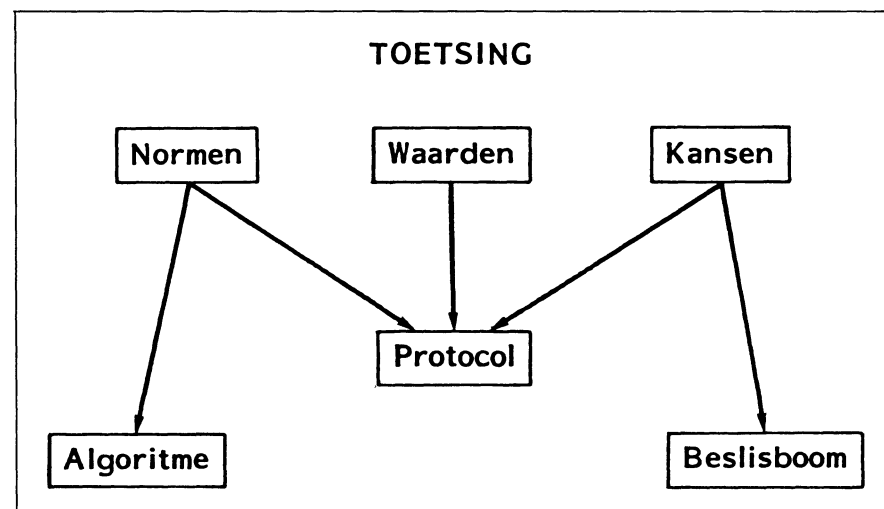


- I - Ziektegedrag, tevens probleemgedrag
- II - Ziektegedrag op basis van ziekte
- III - Ziektegedrag zonder ziekte
- IV - Probleemgedrag zonder ziektegedrag
- V - Ziekte met ziektegevoel, zonder ziektegedrag
- VI - Ziekte zonder ziektegevoel en ziektegedrag

chronische ziekten en bij probleemgedrag, of bij problemen waarbij verschillende aspecten tegelijkertijd een rol spelen, leent zich door zijn aard slecht tot protocollering. Daar komt bij dat het begrip protocol te zeer vertroebeld is: men vraagt tegenwoordig iemand naar zijn opvattingen over een protocol om een indruk te krijgen van zijn oordeel over de meest gewenste vorm van gezondheidszorg. De omgekeerde volgorde is veel interessanter.

Algoritmen en beslisbomen bieden bij het beoordelen van de kwaliteit in de gezondheidszorg meer houvast (figuur 5). Voor algoritmen is in de huisartsgeneeskunde eigenlijk alleen plaats bij zeer omschreven ziektebeelden met een even omschreven therapie. Voor beslisbomen ontbreekt meestal nog voldoende gekwantificeerde informatie om op de knopen van de boom het gewicht van de verschillende alternatieven af te kunnen wegen. Toch kunnen protocollen interessant voor onderzoek zijn, als men vooral let op de redenen waarom huisartsen in bepaalde gevallen *afwijken* van een protocol waarover consensus is geformuleerd. *Waarden* – en daar draait het bij het afwijken van een geaccepteerde gedragslijn vaak om – dienen goed onderscheiden te worden van *normen*. In de geneeskunde zijn zoveel dingen vaag of slecht begrepen, dat er meestal niet op voorhand een goed omschreven geneeskundige oplossing bestaat. Dit relativeert een genormeerde benadering, in die zin dat deze eigenlijk alleen maar telt als er een manifeste fout wordt gemaakt. Manifest goed handelen komt zelden uit de verf, individuele overwegingen variëren en dat is maar goed ook.

Figuur 5. De onderlinge relatie van algoritmen, protocollen en beslisbomen.



Kinderziekten

De vierde vormfactor voor het huisartsgeneeskundig handelen is de zorg voor kinderen. Hoge luchtweginfecties, bronchitis, otitis media, grote en soms te grote tonsillen en neusamandelen, kinderziekten, impetigo, koorts en gastroenteritis vormen de hoofdmoot, naast commotio, wonden, kneuzingen en blauwe plekken. Huisartsen leggen veel visites af bij kinderen, vaak in de waarneming en tijdens diensten. De huisarts handelt verreweg de meeste problemen af, zonder een beroep te doen op de diagnostische en therapeutische voorzieningen van de eerste en tweede lijn. In sommige landen bestaat helaas de huis-tuin-en-keuken-pediater die is belast met de zorg voor zowel zieke als gezonde kinderen. In Nederland is de zorg voor zieke kinderen niet categoriaal en het zou zelfs een belangrijke stap voorwaarts zijn, als wijkverpleegkundigen en huisartsen, uitgaande van het organisatiebeginsel van de huisartspraktijk, ook de zorg voor de gezonde 0-4-jarigen op zich namen. Een gewone, goede huisarts en een gewone, goede wijkverpleegkundige zijn in een gewone huisartspraktijk beter dan wie ook in staat de verantwoordelijkheid te dragen voor de zuigelingen- en kleuterzorg.

Defensief handelen

Defensief handelen – de vijfde vormgevende factor – is veel belangrijker voor de huisartsgeneeskunde dan ik lang heb gedacht. De huisartsen van het monitoringproject gaven aan dat zij bij 2 procent van alle huisarts-patiënt contacten duidelijk anders dan wenselijk is, hebben gehandeld, uit vrees voor kritiek of sancties van de kant van de patiënt. Zelfs als we van dit lage cijfer uitgaan, kunnen we vaststellen dat de invloed van defensief handelen op het verwijzen naar specialisten en op het verrichten van klinisch-chemisch en röntgenologisch onderzoek groot is. Positief defensief handelen – te veel therapeutische en diagnostische interventies – is ook in de huisartsgeneeskunde het spiegelbeeld van negatief defensief handelen, waarbij de huisarts afziet van therapie en onderzoek door hemzelf. In beide gevallen worden relatief veel huisbezoeken gedaan, vaak in de nacht- en weekenddiensten, er is veel interdokter-variantie en de diagnose is vaak onzeker. Spastisch colon, buikpijn, gewrichtsklachten, vermoeidheid, mononucleosis infectiosa, fibro-adenosis mammae en de restrubriek met slecht omschreven klachten en symptomen leiden vaak tot defensief handelen,

gekleurd door veel verwijzingen naar specialisten.

Huisartsen vinden soms dat zij een slechte relatie met een patiënt hebben, terwijl in het midden blijft of de patiënt dat ook vindt. Het is tevens onbekend of de defensief behandelde patiënt inderdaad een bedreiging inhield voor de huisarts en dus terecht defensief is behandeld. Tenslotte is het best mogelijk dat aan defensief handelen een zichzelf waarmakende voorspelling ten grondslag ligt: artsen behandelen een patiënt ten onrechte defensief, waardoor deze zich uiteindelijk over de gang van zaken zal beklagen, ofschoon hij dat oorspronkelijk niet van plan was. Evengoed echter is het mogelijk dat patiënten die defensief behandeld worden, bijzonder tevreden zijn over het uitvoerige onderzoek en de vlotte verwijzing. Vooral dit laatste punt is belangrijk voor de relatie tussen huisarts en specialist.

Verwijzen naar een specialist

Het ligt voor de hand dat patiënten met bepaalde gezondheidsproblemen worden verwezen naar een specialist: maligne aandoeningen, schildklierziekten, schizofrenie, epilepsie, cataract, appendicitis, hernia inguinalis, prostaathypertrofie, ernstige psoriasis en fracturen zijn even geaccepteerde redenen om te verwijzen als het aanmeten van een bril of van steunzolen en het verrichten van een sterilisatie.

Betekent dit nu dat de huisarts slechts mensen met ernstige en niet door hemzelf te behandelen of te diagnostiseren ziekten naar de specialist verwijst (figuur 6)? Dan zou het handelen van specialisten naar vorm en inhoud voorspelbaar zijn, zodat er bij een verschuiving in de technische mogelijkheden als vanzelfsprekend substitutie tussen huisarts en specialist plaatsvindt. De gezondheidszorg als geheel zou dan beïnvloedbaar zijn.

Een dergelijk logisch model bestaat echter niet, noch tussen het thuisfront en de huisarts, noch tussen de huisarts en de specialist. Er is geen sprake van dat slechts het ernstigste deel van de thuis ervaren gezondheidsproblemen – het deel waarvoor geneeskundige zorg nodig of ten minste zinvol is – onder de aandacht van de huisarts komt. Even onwerkbaar is de opvatting als zouden huisartsen alleen de top van de ziektepyramide naar de specialist verwijzen. De werkelijkheid komt eerder overeen met een uiterst grillig stroommodel, waarin tal van mechanismen een rol spelen (figuur 7).

Grillig is niet hetzelfde als willekeurig.

Over beide stappen – van thuis naar de huisarts en vandaar naar de specialist – is het een en ander bekend. Defensief handelen is bijvoorbeeld voor het verwijzen naar de specialist zeer belangrijk: men kan aannemen dat het bij ten minste één van elke acht verwijzingen de belangrijkste overweging vormt. Daarnaast zijn allerlei „oneigenlijke” mechanismen – gemakzucht, beschikbaarheid, vriendschappelijke verhoudingen, service, gebrek aan kennis of vaardigheid – medeverantwoordelijk voor de grote spreiding in de consumptie van specialistische zorg.

Bij het beoordelen van deze spreiding moet men twee soorten factoren goed uit elkaar houden. In het professionele contact tussen huisartsen en specialisten gaat het allereerst om de overeenkomsten en verschillen in klinisch oordeel. Deze discussie wordt echter vertroebeld, doordat bijna steeds onbekend is welke rol verschillen in morbiditeit, in aanbod en in vraag spelen. Daarnaast is de kwaliteit van de beschikbare kwantitatieve informatie vaak onvoldoende. Huisartsen en specialisten moeten zich in hun onderlinge contacten dan ook niet laten opzadelen met onzindelijke redeneringen waaraan zij misschien wel mede schuldig zijn, maar waarvan zij niet de verwekker zijn.

Drie uitgangspunten kunnen daarom de

discussie over de overeenkomsten en verschillen in klinisch oordeel tussen huisartsen en specialisten bevorderen:

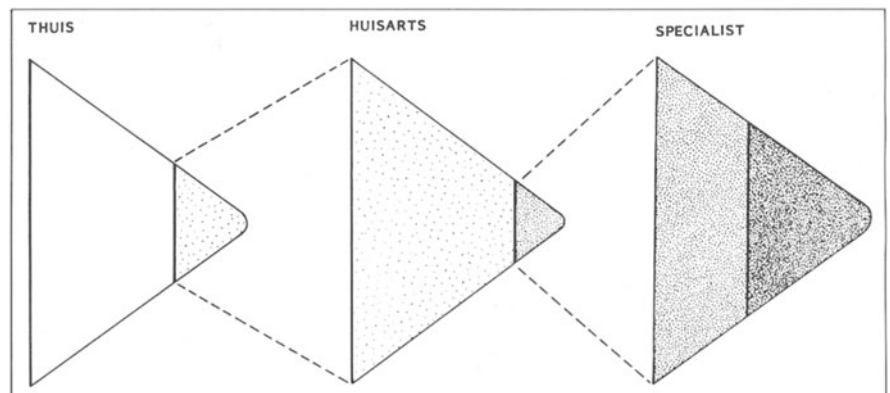
- Er zijn geen simpele substitutiemogelijkheden tussen huisarts en specialist.
- Een lid van een beroepsgroep probeert zijn dagtaak te optimaliseren volgens de sociale norm in die groep.
- Een lid van een beroepsgroep probeert zijn inkomen te optimaliseren, opnieuw volgens de officiële dan wel stilzwijgende norm binnen die groep.

Huisartsen kunnen, als zij dat willen, de inhoud – het morbiditeitspatroon – van wat specialisten doen wel degelijk beïnvloeden, maar dat geldt veel minder voor het *volume* van de poliklinische en klinische specialistische hulp. Het feit dat patiënten van huisartsen in gezondheidscentra niet alleen weinig worden verwezen, maar ook korter in een ziekenhuis liggen, is daarmee niet in strijd, zolang wij niet weten welke huisartsen met welke vaardigheden en motieven nu juist in gezondheidscentra werken en welke patiënten met welke overwegingen en verwachtingen zich nu juist tot deze huisartsen wenden.

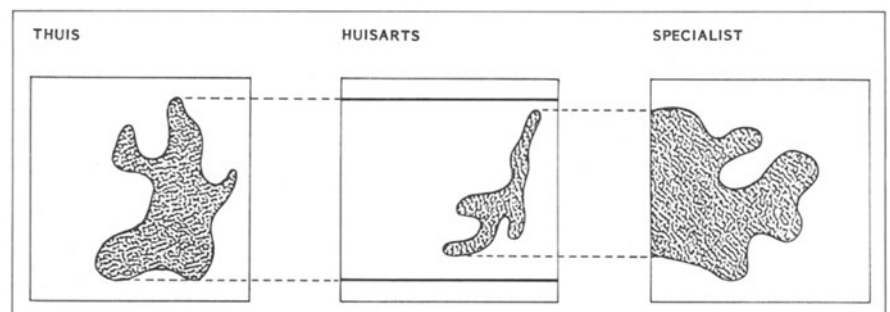
Interdokter-variatie

Naast de genoemde zes vormfactoren die elk op zichzelf het huisartsgenees-

Figuur 6. Het ideale stroommodel van gezondheidsproblemen.



Figuur 7. Een realistisch stroommodel van gezondheidsproblemen.



kundig handelen medebepalen, is de interdokter-variantie als zevende factor belangrijk. Eenvoudige beïnvloeding door middel van wetgeving en bestuurlijk ingrijpen, en gericht op het verminderen van verschillen in de inhoud en omvang van het werk van de huisarts, is tot mislukken gedoemd. Slechts een gering deel van de interdokter-variantie kan worden verklaard door verschillen in praktijksamenstelling en andere voor de hand liggende factoren. Na correctie voor deze factoren blijven grote verschillen in diagnostisch en therapeutisch handelen bestaan, die daarenboven door velen als gerechtvaardigd en zelfs als wenselijk worden beschouwd.

Praktijkomvang is geen goed criterium voor de werkbelasting van de huisarts en evenmin voor zijn dagelijks professioneel handelen, omdat hij – al naar gelang het vigerend arbeidsethos acht, tien of twaalf uur voorschrijft – zijn dag in wisselende verhouding vult met praktijk, maar ook met onderwijs, wetenschap, bestuursfuncties of hobbies.

Drie gegevens dragen wél bij tot meer begrip van de interdoktervariantie:

Het eerste is het gemiddeld aantal diagnoses per contact per patiënt. Veel problemen per contact betekent relatief weinig therapie en ook een relatief gering gebruik van de diagnostische en therapeutische eerstelijns voorzieningen. Het aantal diagnoses per contact is een simpele manier om de werkstijl van een huisarts aan te geven.

Het tweede gegeven is het gemiddeld aantal contacten per week. Interessant is dat er geen belangrijke relatie is met de praktijkomvang, maar wel met de omvang van de waarneming (zowel de actieve waarneming door de huisarts zelf, als de passieve waarneming door andere huisartsen). De organisatievorm van de praktijk speelt hier een belangrijke rol: in een gezondheidscentrum neemt men gemakkelijker voor elkaar waar en maakt men ook sneller gebruik van de beschikbare therapeutische en diagnostische voorzieningen.

In de derde plaats is toetsing belangrijk. Toetsing kan, als de getoetste arts dat wil, leiden tot minder farmacotherapie, meer visites en een grotere diagnostische zekerheid.

Toch is hiermee slechts een deel van de verschillen in huisartsgeneeskundig handelen verklaard. Wanneer men naar het huisartsgeneeskundig handelen per diagnose kijkt, kan men ervan uitgaan dat de interdokter-variantie 15 tot 20 procent van alle contacten voor een bepaalde diagnose verklaart, en voor

sommige diagnoses beslaat de interdokter-variantie zelfs meer dan een kwart van alle contacten. Het gaat daarbij om een aantal groepen gezondheidsproblemen. Sommige huisartsen zijn sterker bij prenatale zorg en bevalling betrokken dan andere, hetgeen voor de hand ligt. Minder vanzelfsprekend is de uiteenlopende betrokkenheid bij anticonceptie (vooral bij het spiraaltje), bij klachten als anorexie, angst, slapeloosheid, duizeligheid en vage klachten. Maar ook klachten over het adenoïd, surmenage, tabaksmisbruik, spataderen, astma en bronchitis, diverticulosis coli, ulcus cruris en spondylosis van de cervicale en de lumbale wervelkolom gaan gepaard met een indrukwekkende interdokter-variantie. Dit heeft wel degelijk praktische gevolgen voor de patiënt: spreiding blijft bijna nooit beperkt tot *labeling*; het stellen van een diagnose leidt vervolgens meestal tot bepaalde *interventies*.

De tweede dimensie: het contact met de patiënt

De manier waarop huisarts en patiënt met elkaar omgaan, vormt de tweede dimensie van de vloer van het huis van de huisarts en wordt gekenmerkt door een vijftal aspecten:

- de tijd;
 - het gezin;
 - het valutaverkeer;
 - het contract;
 - de machteloosheid en het onbegrip.
- Deze aspecten zijn sinds jaren goed omschreven, ofschoon mij juist de laatste tijd opvalt hoeveel daarvan toch aan herziening of uitbreiding toe is.

Tijd

Bijna alles tussen huisarts en patiënt heeft met de tijd te maken. Het verleden speelt bijna altijd een rol, het heden is vaak niet tot die ene patiënt als geïsoleerd gezinslid beperkt en aan de toekomst hebben patiënt en huisarts vaak gezamenlijk deel. Er is over de continuïteit van de zorg, die vaak tientallen jaren bestaat, en over het feit dat het perspectief in de tijd de huisarts extra mogelijkheden biedt, veel geschreven. Het is echter verbazingwekkend hoe weinig wij ons hebben beziggehouden met de manier waarop episoden met een gezondheidsprobleem in de tijd zijn afgegrensd, hoe zij hun schaduw vooruitwerpen en hoe zij zich verhouden tot eerdere en latere episoden. Is continuïteit in de zorg vooral voor de actuele episode van belang, of gaat het juist om de tijd *tussen* episoden? Hoe zijn episo-

den ten opzichte van elkaar in de tijd gegroepeerd? Hoe is de uitstraling of het halo-effect van een periode met veel contact tussen huisarts en patiënt. Het is evident dat zich bij sommige patiënten een clustering van duidelijk met elkaar samenhangende gezondheidsproblemen voordoet. Maar geldt dat in algemene termen voor de gehele patiëntenpopulatie, of bestaat er ook een groep mensen bij wie de gezondheidsproblemen meer *at random* op de tijdas verdeeld zijn. In dat geval zou de continuïteit in de zorg van de huisarts voor die mensen een ander karakter hebben.

Gezin

Het feit dat in ons land alle leden van een gezin – of alle bewoners van een huis – meestal dezelfde huisarts hebben, vergroot de mogelijkheden voor de huisarts om weloverwogen en goed gedoseerd te helpen. Hier komt een van de meest literaire aspecten van de huisartsgeneeskunde aan de orde: gezinsleden kunnen als in een roman een zeer verschillende kijk hebben op dezelfde gebeurtenis en evenzo kunnen zij de huisarts op uiteenlopende wijzen betrekken bij de problemen die voor hen belangrijk zijn.

Over de gezinsgeneeskunde bestaat een indrukwekkende literatuur waarin het bestaan van bepaalde gezinsfenomenen is beschreven en getoetst. Toch zijn wij er te snel van uitgegaan, dat het om wetmatig optredende verschijnselen gaat. Is bijvoorbeeld gezinsclustering – een opeenhoping van contacten met verschillende gezinsleden in een beperkt tijdsbestek – werkelijk een voorspelbaar fenomeen? De vraag naar de aard en de omvang van clustering in de tijd en binnen een gezin, verdient een koele, getalsmatige analyse van een groot aantal complete gezinskaarten. Pas dan kan vastgesteld worden hoe vaak „het Nederlandse gezin” zijn huisarts daadwerkelijk gedurende lange tijd als gezinsarts benadert.

Valutaverkeer

Tijdens elk contact tussen huisarts en patiënt vindt een uitwisseling van wensen en waarden plaats, die principieel ongelijksoortig maar niet ongelijkwaardig zijn. Door over en weer de waarden vast te stellen, maakt men valutaverkeer mogelijk. Juist over het onderhandelen, over de benoeming van het gezondheidsprobleem en over het toekennen van waarde daaraan, is in ons land veel denkwerk verricht. De vraag achter de vraag, de verhelderde hulpvraag, de tweede diagnose en de „echte” reden

van de komst van de patiënt, het zijn stuk voor stuk synoniemen voor de opvatting dat wat de patiënt tegen de huisarts zegt, veelal als een metafoor moet worden gezien.

In het *methodisch werken* is op bewonderenswaardige wijze de weg aangegeven die de goede huisarts kan gaan. Daarbij moeten wij ons echter tevens realiseren dat die weg vooral berust op ideële en filosofische grondslagen; zo is er weinig onderzoek verricht naar de *validiteit* van de verhelderde hulpvraag. En in feite zit daar nu juist de crux. Iemand komt bij zijn huisarts, hij wordt daarmee patiënt en hij verbaliseert zijn problemen. Deze probleemformulering wordt soms om voor de hand liggende en ook door de patiënt als strategisch geaccepteerde redenen – maar soms ook op arbitraire gronden – niet als zodanig aanvaard. Het verhelderen van de hulpvraag betekent in beide gevallen een herinterpretatie in een ander referentiekader; de metafoor wordt omgezet in een nieuwe probleemformulering. Wil men deze stap zetten, dan moet men het gesprek tussen huisarts en patiënt op een bijzondere wijze laten verlopen, op een bijzondere wijze analyseren, en dit de huisarts ook op een bijzondere wijze leren.

Hier wringt voor mij de schoen. Het komt regelmatig voor, dat een probleem aanvankelijk weinig omschreven is of moeilijk over het voetlicht komt, zodat de patiënt een paar aanloopjes moet maken. De evidentie – de *flash* – wanneer het eenmaal gaat waarover het gaan moet, is naar mijn mening beter te begrijpen met een vooral verhelderende en relativerende analyse van de conversatie dan met een meer interpreterende analyse die gericht is op de doelstellingen van verschillende psychotherapeutische stromingen. In het eerste geval verheldert men vooral voor het eigen begrip wat de patiënt zegt, en aanvaardt men zonder al te veel andersgeaarde interpretaties diens bijdragen aan de conversatie. Niet iedere bijdrage daaraan wordt direct als een probleem aangemerkt: het is immers heel gewoon dat er om aandacht wordt gevraagd en dat er wordt overdreven, geplaagd, geïmponeerd, nieuwsgierig gemaakt, gezeurd, uitgedaagd, verhuld en van onderwerp veranderd.

Ik ga ervan uit dat mensen in staat zijn samen normale en voor beiden belangrijke situaties te scheppen, waarin zij normaal, competent en rationeel handelen. Mensen die met elkaar praten, gebruiken een keur van strategieën en van *cues*, al naar gelang de situatie waarin zij

verkeren. De makelaar en de potentiële koper, de programmeur en zijn collega, de onderwijzer en de scholier, de barkeeper en de klant, de wijkverpleegkundige en een bejaarde patiënt – elke conversatie kent zijn regels en zijn grenzen. Welke regels dient de huisarts in acht te nemen, wanneer hij met zijn patiënten praat? Steeds vaker frappeert het mij dat goede gesprekken tussen huisarts en patiënt zo *gewoon* zijn. Er is een ontmoeting, weliswaar in een aantal opzichten bijzonder, maar toch ook met de kenmerken van een normaal gesprek. Niet iedere *cue* van de patiënt wordt geïnterpreteerd en teruggegeven als een diep gevoelde, doch verholene wens om ermee geholpen te worden. Naar mijn mening dient de conversatiekant van het valutaverkeer tussen huisarts en patiënt onderzocht te worden: welke prikkels werken in de praktijk om het gesprek in goede banen te leiden, zonder dat daarbij alle stuurfenomenen noodzakelijkerwijs op een probleemgerichte bodem worden onderzocht? En als er dan toch onduidelijkheid of een interpretatieprobleem overblijft, waarom vragen wij daar de patiënt dan niet rechttoe-rechtaan naar? Werkelijkheid wordt steeds opnieuw geproduceerd en vervolgens door de gesprekspartner aanvaard, genegeerd of afgewezen. Dat geeft het contact tussen huisarts en patiënt het karakter van onderhandelen, van valutaverkeer over en weer, waarbij vooral het feit dat zij elkaar vaak al lang kennen, de conversatie soms verheft tot een *gesprek*.

Contract

Uiteindelijk draait het in het contact tussen huisarts en patiënt om het eindbod: wie doet er wat. Het opstellen van het handlingsplan ten aanzien van concrete vragen om hulp is naar mijn mening de sterkste, maar minst uitgewerkte kant van het methodisch werken. Precieze afspraken – ook exact in de tijd geplaatst – bevorderen ten eerste de relatie tussen huisarts en patiënt, en ook tussen huisarts en andere hulpverleners, vooral in de eerste lijn.

Wanneer duidelijk is wie er wat doet, hoe dat gecontroleerd wordt en welke beloning of sanctie daar tegenover staat, komt ook de op voorhand ambivalente relatie tussen zelfzorg en professionele zorg tot zijn recht. De bereidheid om te helpen is groot in onze eerste lijn, zeker in vergelijking met de meeste andere geïndustrialiseerde landen. Wijkverpleegkundigen, verloskundigen en fysiotherapeuten zijn bijna overal in ons

land samen met huisartsen in staat in ruime mate thuishulp te bieden. Toch blijft soms de twijfel knagen: is *zelfzorg* niet beter?

Essentieel is het antwoord op de vraag, hoe vaak zelfzorg en mantelzorg werkelijk in de plaats komen van professionele zorg, en hoe vaak het meer gaat om een aanvulling, een in principe zelfstandig verschijnsel. Als het een echt substitueert is, voor welke mensen geldt dat dan? Bieden variabelen als inkomen, status, culturele omstandigheden en aard van het gezondheidsprobleem voldoende aangrijpingspunten om een verschuiving tussen zelfzorg en professionele zorg op een acceptabele manier mogelijk te maken?

Machteloosheid en onbegrip

Machteloosheid en onbegrip vormen het onmisbare sluitstuk van sommige huisarts-patiënt contacten. Regelmatig heeft de huisarts te maken met patiënten met problemen waar hij de vinger niet achter kan krijgen en waarbij hij zich sterk te kort voelt schieten. Hij begrijpt het niet, hij kan er niets zinnigs aan doen en hij kan zich niet in het gedrag van de patiënt verplaatsen. Bijna alles botst met het stereotiepe beeld van de huisarts die zijn best doet en goed ontmoet. Wanneer er geen gelegenheid is om het probleem weg te verwijzen of op een andere manier buiten het gezichtsveld te manoeuvreren, dan zit er niets anders op, de situatie te accepteren zonder dat als een herhaalde gang naar Canossa te ervaren. Het blijkt een kunst om met nieuwsgierigheid en enige afstandelijkheid te zien hoe een en ander zich in de praktijk van het dagelijkse leven voltrekt.

De derde dimensie: de transitie

De vloer van het huis van de huisarts is met het huisarts-geneeskundig handelen en met de verschillende aspecten van het contact tussen huisarts en patiënt beschreven. Beide dimensies zijn ons vertrouwd en de praktijk leert hoe de verschillende onderdelen zich tot elkaar verhouden.

De muren van het huis ontbreken echter nog en daarmee het perspectief (*figuur 8*). De derde dimensie – de transitie – is vooral nodig om een vlak te bieden waartegen datgene wat op de vloer gebeurt, geprojecteerd kan worden. Het huis van de huisarts is daarbij geen ivoren toren; erbinnen manifesteert zich in volle omvang en variatie het maatschappelijk leven.

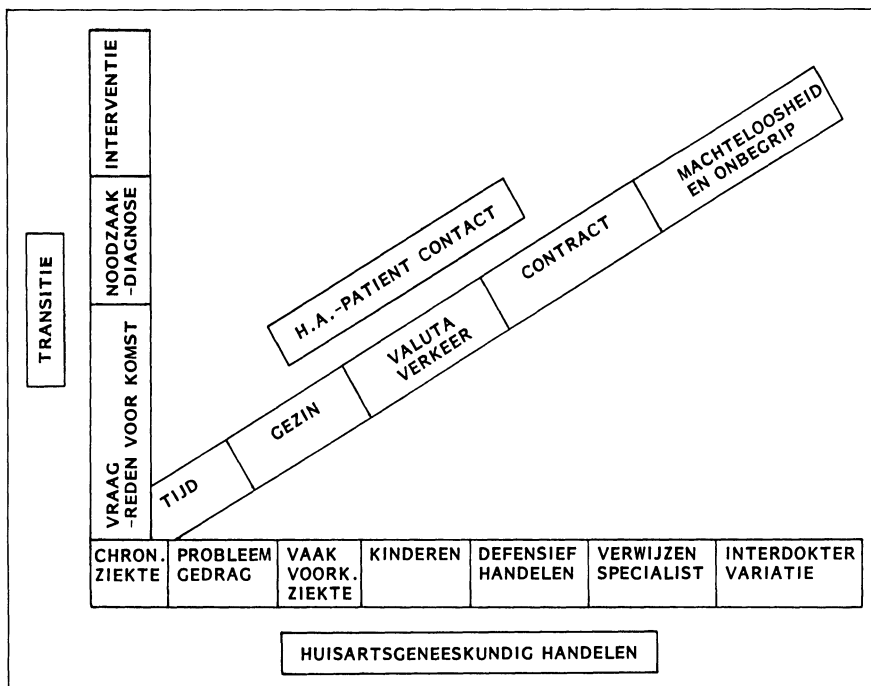
De derde dimensie omvat, naast het

„collectief” maatschappelijke, vooral op het individuele niveau de transitie van gezondheidsproblemen – de overgangen – voor, tijdens en na de verschillende stappen tijdens de zorg; het gaat daarbij om de aard van deze overgangen en om de inhoud van de tussentijdse toestanden. Het gaat erom hoe de klacht en het oorspronkelijke probleem van de patiënt zich – juist door de invloed van het gezondheidszorgsysteem zelf – in de tijd ontwikkelen. Bij iedere overgang – of transitie – komen tegelijkertijd de aard van het probleem, de reden om daarvoor hulp te vragen en

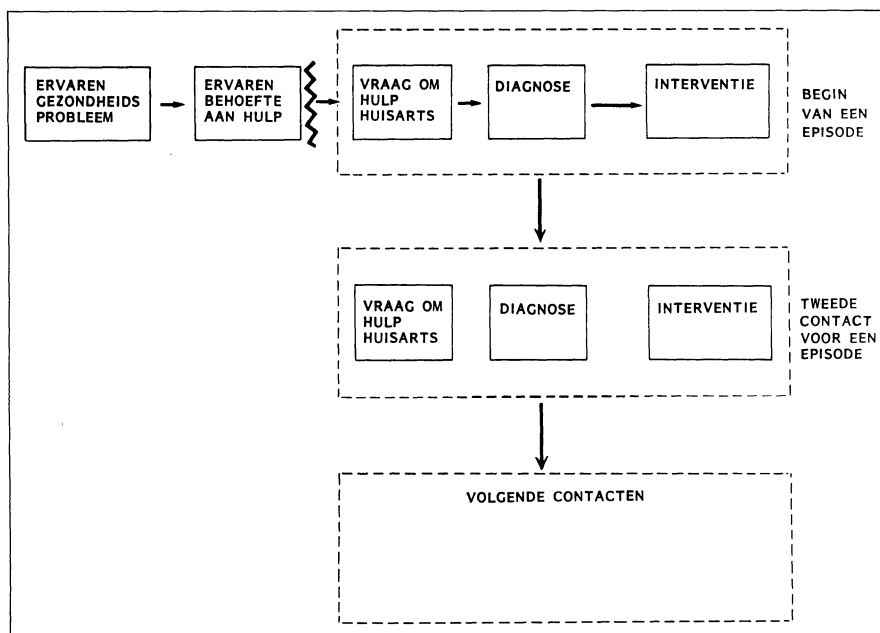
de dan verleende hulp in hun onderlinge samenhang aan de orde. Wanneer de stap naar de huisarts wordt gezet, komen de professionele interpretatie van het probleem – de diagnose – en de benoeming van de diagnostische en therapeutische handelingen aan de orde (figuur 9). De drie vaste onderdelen van elke transitie – de vraag, de interpretatie en de interventie – ondergaan, juist als de huisarts zich ermee gaat bemoeien, een serie transformaties, die tenslotte bepalen wat er voor de patiënt wordt gedaan en in welke mate hij daar ook beter van wordt.

Zo dient het contract tussen de huisarts en een patiënt met een chronische ziekte voortdurend te veranderen. Wanneer de huisarts steeds blijft handelen zoals dat karakteristiek is bij chronische ziekten, en het contract niet aanpast aan de veranderde toestand en aan de veranderde vraag, dan schiet hij te kort. Omdat voor de patiënt zowel de aard van het probleem, als – mede onder invloed van de maatschappelijke omstandigheden – ook zijn vraag verandert, dient de huisarts zijn diagnostische interpretatie niet steeds gelijk te stellen met de noodzaak om hulp te geven. Geleidelijk aan veranderen *demand*, *need* en wat er de facto het beste gedaan kan worden.

Figuur 8. De samenstellende delen van de drie dimensies.



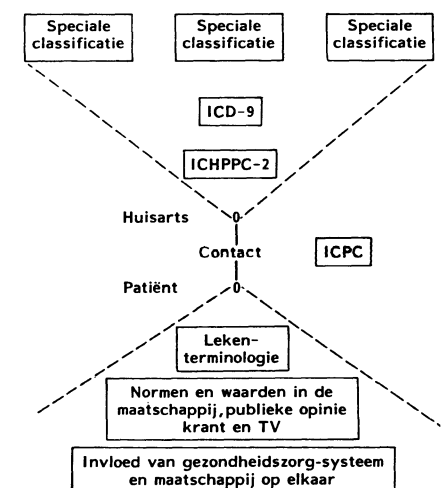
Figuur 9. De transitie.



Een deel van de transitiedimensie is sinds kort stevig gefundeerd in vergelijkend onderzoek in een aantal zeer uiteenlopende landen naar de redenen die mensen hebben om naar de huisarts te gaan. Het beeld dat dit onderzoek heeft opgeleverd, is zeer verhelderend. Slechts één op de zeven patiënten benoemt de reden om te komen met een diagnose, en de tweede komt voor een omschreven geneeskundige interventie, zoals een onderzoek of een recept. De resterende vijf komen voor een klacht of een symptoom, verwoord in de taal waarin huisartsen en patiënten met elkaar praten – geen lekenterminologie en evenmin diagnostisch jargon (figuur 10). Dit taalgebruik staat er tussenin en het is kenmerkend voor de conversatie tussen patiënt en huisarts.

Mensen beginnen een episode bij de huisarts, omdat zij hoesten, keelpijn of oorpijn hebben, verkouden zijn, koorts hebben, zenuwachtig zijn en huilbuien hebben, moe zijn of het zelf niet weten. Voordat zij op het spreekuur komen,

Figuur 10. Taalgebruik in de gezondheidszorg.



zijn er al allerlei stappen gezet. Talrijke factoren in de omgeving en in de persoon zelf bepalen of een ervaring als een gezondheidsprobleem wordt opgevat. Sociale rollen en culturele omstandigheden, leeftijd en geslacht, gezinstype, ontwikkelingsniveau en attitudes met betrekking tot ziekte en de verschillende verantwoordelijkheden zijn daarbij bepalend. Maar ook wanneer een gezondheidsprobleem wordt ervaren, impliceert dat nog niet dat hulp nodig is. Indien men hulp nodig vindt en ook daadwerkelijk vraagt, dan gaat het vaak niet om professionele, geïnstitutionaliseerde hulp. Voordat een gezondheidsprobleem aan de huisarts wordt aangeboden, heeft er een aantal transitieplaatsgevonden die niet genegeerd kunnen worden.

Bij het beoordelen van de transitie wil men steeds weten welke – kwantificeerbare – mechanismen de onderlinge relatie van klachten en problemen van patiënten met de diagnoses van huisartsen in de tijd bepalen, en hoe het geneeskundig handelen zich op ieder moment verhoudt tot wat de patiënt vraagt en wat de huisarts vindt. Vanaf het begin van elke nieuwe episode van een gezondheidsprobleem is het de taak de huisarts alle stappen die hij verder met de patiënt zet, zichtbaar te maken in de vorm van deze drie vaste onderdelen van ieder contact: de hulpvraag of de reden waarom de patiënt komt, het diagnostisch oordeel en de aard van de interventie. Het grote probleem is echter dat, als een episode eenmaal in de huisartspraktijk is begonnen, de onderlinge relatie tussen de drie onderdelen – vraag, diagnose, handelen – moeilijk in voor de patiënt én de huisarts zinvolle termen kan worden beschreven.

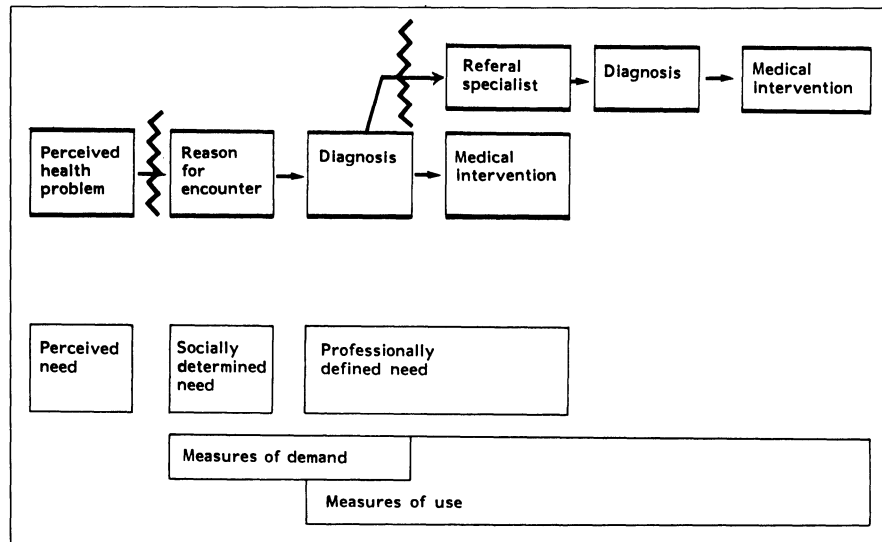
De interpretatie van deze gegevens is alleen al lastig, omdat de huisarts meestal slechts lapidaire kennis heeft over hetgeen aan deze episode vooraf is gegaan. Er valt met de individuele patiënt wel te praten over wat hem ertoe heeft gebracht juist nu met deze klacht te komen; op geaggregeerd niveau – de buurt, het praktijkgebied, de stad, het land – valt er ook wel het een en ander over te zeggen. Behalve de *predisposing factors* om iets als een gezondheidsprobleem te ervaren, hebben *enabling factors* in statistische zin de gang naar de huisarts mede bepaald: inkomen, toegankelijkheid van gezondheidszorgvoorzieningen, verzekeringsvorm, gewoonten, enzovoort (figuur 11).

Met allerlei geaggregeerde inzichten uit de literatuur kunnen zij niet uit de voeten, doordat deze maten niet aansluiten

op de door hen zelf gehanteerde informatie. In de individuele transitielijn staan de subjectieve vraag om zorg, de geobjectiveerde diagnose en de daaraan

gekoppelde interventies in een geheel ander licht. Er is behoefte aan een *paradigma-switch*. De huisarts heeft onmiskenbaar de drang symptomen en klach-

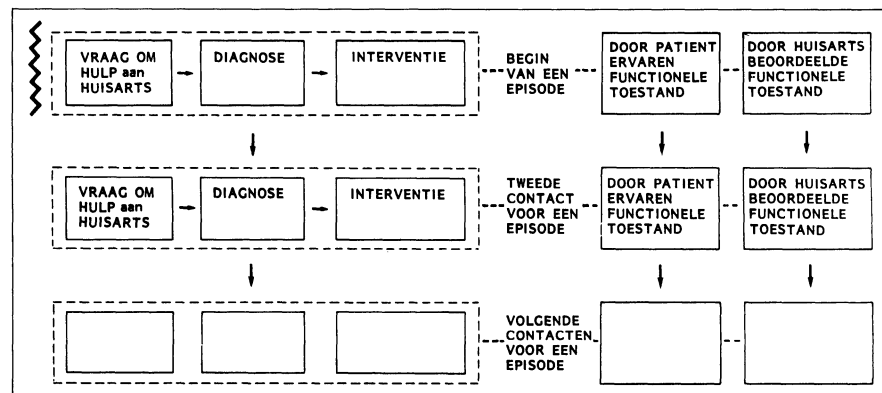
Figuur 11. De verschillende geaggregeerde maten en de transitielijn.



Figuur 12. De structuur van de International Classification of Primary Care: hoofdstukken en componenten.

COMPONENTS	CHAPTERS	A-General	B-Blood, blood forming	D-Digestive	F-Eye	H-Ear	K-Circulatory	L-Musculo-skeletal	N-Neurological	P-Psychological	R-Respiratory	S-Skin	T-Metabolic, Endocrine, Nutr	U-Urinary	W-Pregnancy, Childbearing, Family Planning	X-Female genital	Y-Male genital	Z-Social
		1. Symptoms and complaints																
2. Diagnostic, screening prevention																		
3. Treatment, procedures, medication																		
4. Test results																		
5. Administrative																		
6. Other																		
7. Diagnoses, disease																		

Figuur 13. De beoordeling van de functionele status door patiënt en huisarts, en de transitielijn.



ten zo snel mogelijk in het voor hem vertrouwde nosologisch stramien onder te brengen: als een diagnose. En omdat het accepteren of juist uitsluiten van een diagnose vaak samenvalt met bepaalde diagnostische of therapeutische interventies, wordt de cirkel gesloten. De oorspronkelijke reden om te komen, gaat als een metafoor over in een diagnose en deze laatste wordt al snel opgevat als een synoniem voor bepaalde interventies.

Het hele probleem is niet nieuw, het is al zo oud als de probleemgeoriënteerde registratie en de grote morbiditeitsonderzoeken. Waaraan het steeds ontbrak, was een begrippenkader waarmee het kenmerkende van de transities – de verschillende toestanden – betrouwbaar gekarakteriseerd kan worden. Deze impasse is doorbroken met de introductie van een nieuw classificatiesysteem, waarin zowel de reden van de komst c.q. de hulpvraag van de patiënt, als de diagnose, alsook de interventie met dezelfde hoofdcategorieën worden gekarakteriseerd (figuur 12): de International Classification of Primary Care (ICPC).

De hoofdstructuur van de ICPC heeft twee assen: de hoofdstukken en de componenten. Er zijn zeventien hoofdstuk-

ken: vijftien voor de verschillende orgaansystemen en twee voor respectievelijk geestelijke en sociale problemen. De zeven componenten beschrijven de symptomen en klachten, de verschillende vormen van geneeskundig handelen en de diagnoses. Samen bieden zij, naar ik verwacht, een instrument waarmee de huisarts het begrip transitie kan hanteren. Hoeveel zou al niet gewonnen zijn, als van elke stap in een episode huisarts en patiënt beiden duidelijk is, in welk hoofdstuk en in welke component het probleem is gelokaliseerd, hoe de reden voor contact samenhangt met de interventie en de diagnose, en vooral hoe met de verschillende stappen ook de functionele toestand van de patiënt, zowel geestelijk als lichamelijk, verandert (figuur 13).

De vloer van morgen

Ik heb het huis van de huisarts geschilderd zoals ik dat zie. De grote lijnen ervan en de globale indeling zijn gegeven met behulp van de drie dimensies. Twee ervan zijn ons weliswaar vertrouwd, maar het blijkt dat tal van onderdelen aan vernieuwing of vervanging toe zijn. Alleen daarom al zal het huis van de huisarts er straks heel anders uitzien. De derde dimensie is nog maar

weinig ontwikkeld; zo blijft in het duister hoeveel verdiepingen het huis uiteindelijk zal krijgen.

Dit alles neemt niet weg dat iedere huisarts tenslotte in zijn eigen huis zal willen wonen. Warm, gezellig ingericht, met verborgen hoekjes, bijzondere voordelen en verborgen gebreken. In zijn huis zullen vaak ook kinderen zijn om het onderwijs in de huisartsgeneeskunde te volgen en ook dat zal sterk geïndividualiseerd blijven. Het zijn dezelfde drie dimensies die de huurflat in de nieuwbouwwijk, de villa aan zee en het patriciërshuis aan een der grachten karakteriseren, maar dat sluit de enorme verschillen in ruimte, stijl en comfort niet uit.

Voor mijzelf weet ik in wat voor soort huis ik mijzelf goed voel, maar dat betekent allerminst dat daarmee de woning van de huisarts is gegeven. In het dagelijks werk zal iedere huisarts wel uitmaken hoe er het best in zijn huis gewoond kan worden. De parterre is gemakkelijk toegankelijk, maar niet iedereen zal direct inzien hoe hij op de eerste verdieping moet komen, laat staan op zolder. Dat zal ook nog wel enige tijd duren want onderzoek en onderwijs vormen geleidelijk de treden van de trap omhoog. Tenslotte is het plafond van vandaag de vloer van morgen.