

Het gezondheidsbeeld: een bruikbaar basisinstrument voor de huisarts?

G. VAN STAVEREN, M. DE HAAN EN W. SLORT*

In dit artikel wordt het begrip gezondheidsbeeld geïntroduceerd: het samenvattend medisch oordeel dat een huisarts heeft over een patiënt, op grond van zelf verzamelde en van de patiënt afkomstige informatie. Het gezondheidsbeeld is niet gelijk aan de voorkennis die de huisarts heeft van een patiënt: daarin ontbreekt het toekomstperspectief, terwijl er daarnaast medisch irrelevante informatie in aanwezig kan zijn. Het gezondheidsbeeld wordt in verband gebracht met de begrippen integrale geneeskunde, levensloopgeneeskunde en gezinsgeneeskunde. Voorts wordt ingegaan op de relevantie van het begrip voor het werk van de huisarts, en op de mogelijkheden om een professionele vorming en toepassing van het gezondheidsbeeld te bereiken.

Inleiding

Een 32-jarige vrouw komt op het spreekuur van haar huisarts. Zij vertelt dat ze sinds twee dagen last heeft van vaginale jeuk en een geelwitte afscheiding. Zij maakt een gespannen indruk.

De huisarts vraagt haar of de afscheiding een bepaalde geur heeft, en de patiënte antwoordt daarop ontkennend. Dan ver richt de huisarts een gynaecologisch onderzoek en maakt daarbij een fluoropreparaat. Hierin vindt zij candida albicans. Zij vertelt haar patiënte de diagnose en schrijft haar een vaginale antimycotica-kuur voor. Tenslotte vraagt ze: „Thuis nog alles hetzelfde?” Patiënte knikt: „Ach dokter, u weet wel...”, en zij verlaat de spreekkamer.

Deze casus roept vragen op. Waarom heeft de huisarts de vraag van de patiënte niet verhelderd; waarom is ze niet expliciet ingegaan op de gespannen indruk die de patiënte maakte; waarom heeft ze niet gevraagd naar het gebruik van anticonceptiva en naar de seksuele relatie van de patiënte met haar partner(s)?

Naar academische maatstaven is het handelen van deze huisarts mager te noemen. Toch zullen veel huisartsen

zich in het beschreven gedrag herkennen. De achtergrond van dit gedrag kan liggen in hetgeen de huisarts al weet uit vorige contacten. Mogelijk is er tevoren uitgebreid gesproken over de huiselijke situatie en de redenen voor de gespannenheid. Die kennis, het beeld dat bij de huisarts bestaat van de patiënte, heeft haar handelen in sterke mate gestuurd. Ten aanzien van dit beeld zijn de volgende vragen te stellen:

- Welke kenniselementen over de patiënt zijn relevant voor de huisarts en welke niet? In hoeverre berust het beeld dat de huisarts van de patiënt heeft, op vooroordelen, verouderde kenniselementen en waardeoordelen?

- Welke invloed heeft deze voorkennis op het geneeskundig handelen?

- Hoe kan die voorkennis zo geprofessionaliseerd worden, dat ze niet storend, maar juist bevorderend werkt voor de hulpverlening?

In de volgende beschouwing diepen wij deze vragen verder uit.

Voorkennis en gezondheidsbeeld

Bij het noemen van de naam van een patiënt kan de huisarts meestal een omschrijving geven van de persoon in kwestie. In die omschrijving zijn diverse elementen te onderscheiden: indrukken van de persoonlijkheid (nogal zenuwachtig), de lichamelijke gezondheid (vaak ziek geweest, veel last van aller-

gie), het klaagedrag (klaagt niet snel; als hij klaagt, dan is er wat aan de hand), de interactie met de patiënt (we kunnen gemakkelijk met elkaar praten), de gezinssituatie of samenlevingsvorm, de school- of werksituatie, enzovoort. Met deze beschrijving geeft de huisarts het beeld van de patiënt, zoals hij zich dat in de loop van voorafgaande contacten heeft gevormd.

De voor goed medisch handelen relevante elementen van dit beeld vormen het *gezondheidsbeeld*. Dit beeld is veranderlijk: elk contact kan informatie opleveren waardoor het gezondheidsbeeld van de huisarts gewijzigd wordt. Het beeld is bovendien lacunair: de huisarts weet vaak heel weinig over bepaalde aspecten, bijvoorbeeld over de sociale problemen van de patiënt¹. Ook behoeft zijn beeld niet overeen te komen met het beeld, dat de patiënt van zichzelf of van zijn problemen heeft.² De vraag wat medisch relevant is, wordt mede bepaald door iemands opvattingen over de geneeskunde. Wat de auteurs van deze beschouwing medisch relevant vinden, is geïnspireerd door antropologisch-geneeskundige visies. In die visies zien we – naast accentverschillen – vier gemeenschappelijke uitgangspunten:

- Lichaam, ziel en geest zijn onafscheidelijk met elkaar verbonden.

- Het individueel bestaan krijgt betekenis in de relatie met de omgeving; dit geldt ook voor zaken, die ziekte en gezondheid betreffen.

- Gezondheid en ziekte zijn, behalve objectief, ook subjectief op te vatten. Daardoor is, naast de kijk van de arts, ook de kijk van de patiënt op zijn (lichamelijk) welzijn medisch relevant.

- De betekenis van ziekte als bestaanswijze is alleen te duiden in het licht van de individuele ontwikkelingslijn van elke persoon.³⁻⁷

Uit de eerste twee uitgangspunten kan men opmaken dat een „professioneel” gezondheidsbeeld informatie bevat over:

a. de bouw en werking van het lichaam van een patiënt en de daarin optredende stoornissen, de behandeling daarvan en de reacties op die behandeling;

b. het denken, voelen en willen van een patiënt, voor zover dit samenhangt met a;

c. de relatie van de patiënt met diens omgeving, met de wereld, voor zover dit verband houdt met a en b.

In het derde uitgangspunt wordt onderscheid gemaakt tussen de kijk van de arts en de beleving door de patiënt. Het beloop van een gezondheidsprobleem

* De eerste twee auteurs zijn verbonden aan het Huisartsen Instituut van de Vrije Universiteit, Postbus 7161, 1007 MC Amsterdam; de derde auteur is basisarts en was destijds medisch student.

vindt grotendeels plaats buiten de directe invloed van de arts. De wijze waarop een patiënt met een ziekte omgaat, blijkt invloed te hebben op het medisch verloop van de ziekte of het gezondheidsprobleem.⁸ Anderzijds geven plotselinge wijzigingen in het ziekte- of klaaggedrag (bijvoorbeeld een onverwachte bezorgdheid over een huidplekje) aanwijzingen aan de arts die van zeer groot diagnostisch belang kunnen zijn. Met dit onderscheid benadrukken wij nog eens het belang van de vraag- en probleemverheldering, zoals ook bij het Methodisch Werken wordt gepropageerd.

Het vierde uitgangspunt gaat over de individuele ontwikkeling van de patiënt. De arts kan zich afvragen welk verband hij ziet tussen de gezondheids-toestand van de patiënt en diens voorafgaande toestand c.q. de te verwachten ontwikkeling. Daarmee wordt de toestand van de patiënt in een historisch en toekomstgericht perspectief geplaatst.

We kunnen op grond van het voorafgaande het gezondheidsbeeld nu als volgt definiëren: *het samenvattend oordeel, dat een huisarts heeft over hoe een patiënt zich ontwikkelt in lichamelijk en psychisch opzicht en in relatie met zijn omgeving, en dat gebaseerd is op de kijk hierop van de patiënt enerzijds en van de huisarts zelf anderzijds.*

Gezondheidsbeeld, integrale geneeskunde, levensloop-geneeskunde en gezinsgeneeskunde

Van Es onderscheidt drie theoretische stromingen, die hij typerend acht voor de huisartsgeneeskunde: de integrale geneeskunde, de levensloopgeneeskunde en de gezinsgeneeskunde. Die drie stromingen zijn onderling verwant: men kan gezinsgeneeskunde en levensloop-geneeskunde opvatten als deelgebieden van de integrale geneeskunde. *Van Es* ziet ze als de onderzoeksvelden van de huisartsgeneeskunde en zegt verder: „Het gaat er nu om een theoretisch model te ontwikkelen, waarmee de klacht en de hulpvraag beter begrepen kunnen worden. In dit model zullen de specifieke elementen van de huisartsgeneeskunde, namelijk de levensloop-geneeskunde, de integrale geneeskunde en de gezinsgeneeskunde een geëigende plaats moeten krijgen. Gezocht zal moeten worden naar ziektekundige modellen, die ons behulpzaam kunnen zijn bij het begrijpen en verklaren van verschijnselen in het kader van deze drie aspecten.”¹⁰

In het door ons gepresenteerde begrip *gezondheidsbeeld* is getracht de drie stromingen tot uitdrukking te brengen op een voor de huisarts hanteerbare wijze. We geven enige toelichting.

Gezondheidsbeeld en integrale geneeskunde. Integrale geneeskunde is geneeskunde die zich niet beperkt tot de lichamelijke aspecten van ziekte of aandoening, maar tevens aandacht besteedt aan de relevante psychische en sociale aspecten. Integrale geneeskunde onderkent de wisselwerking tussen lichamelijke, psychische en sociale verschijnselen. Men ziet dat in onze uitwerking van het begrip gezondheidsbeeld deze drie aspecten zijn opgenomen. Bij een bewuste hantering van het gezondheidsbeeld zou een huisarts dus tevens integrale geneeskunde toepassen.¹¹⁻¹³

Gezondheidsbeeld en levensloopgeneeskunde. Levensloopgeneeskunde kan men beschouwen als een poging om de continuïteit in de relatie tussen huisarts en patiënt hanteerbaar te maken voor het geneeskundig handelen van de huisarts. Door de continue of episodische relatie met de patiënt is de huisarts „in de gelegenheid voort te bouwen op voorafgaande ervaringen met een patiënt en op de kennis en het inzicht, die hij daarbij heeft opgedaan”.¹⁴ In het gezondheidsbeeld wordt veel nadruk gelegd op informatie en oordeel over de ontwikkeling van de patiënt, niet alleen van verleden naar heden, maar ook van heden naar toekomst. In die zin komt levensloopgeneeskunde tot uitdrukking in het gezondheidsbeeld.

Gezondheidsbeeld en gezinsgeneeskunde. De gezinsgeneeskundige benadering biedt de huisarts de mogelijkheid het gepresenteerde klachtenpatroon te zien tegen de achtergrond van de leefsituatie van het individu. Binnen de gezinsgeneeskunde wordt niet het individu, maar het gezin als eenheid van ziekte en ziek zijn en van geneeskundig handelen beschouwd.¹⁵ Gezinsgeneeskunde vinden we terug in het gezondheidsbeeld: de relatie tussen individu en omgeving. In het gezondheidsbeeld blijft echter de patiënt als individu centraal staan.

Gezondheidsbeeld en huisartsgeneeskundig handelen

Door zijn medische kennis weet een huisarts hoe hij bepaalde klachten en de daarmee verbonden diagnosen op verschillende manieren kan aanpakken.

Welke aanpak bij een bepaalde patiënt de meeste trefkans biedt, en vooral ook welke aanpak in een bepaald geval nauwelijks zin heeft, wordt door de huisarts mede vanuit zijn gezondheidsbeeld van de patiënt vastgesteld.

Van Geldorp geeft hiervan een duidelijke illustratie. Hij beschrijft een ongewone handelwijze van een huisarts bij een patiënte met hoestklachten. De huisarts vond het klagen over hoesten voor die patiënte niet „normaal”; het ziektegedrag van die patiënte paste niet in het gezondheidsbeeld dat hij van die patiënte had. Daardoor gealarmeerd ging hij verder in zijn medisch onderzoek dan hij normaal gedaan zou hebben bij ongecompliceerde hoestklachten. Gezien de (dramatische) afloop van het verhaal was dat terecht.¹⁶

Ook *McWhinney* onderstreept dat de voorkennis van een *family physician* over een patiënt grote invloed heeft op probleem-oplossende activiteiten; er is echter weinig onderzoek naar gedaan.¹⁷ Uit het eerder genoemde onderzoek van *Stewart and Buck* blijkt dat er een positieve relatie is tussen wat een arts van een patiënt weet en wat hij doet in een consult.¹

Hoe kan een huisarts het beste gebruik maken van het gezondheidsbeeld? Uitgaande van het *Basistakenpakket*¹⁸ zou men theoretisch drie momenten kunnen aanwijzen waarop de huisarts bewust het gezondheidsbeeld van de patiënt bij zichzelf oproept:

- vóór het consult;
- na de *intake*-fase: de huisarts vergelijkt de gegevens uit de *intake* (de wijze waarop de patiënt omgaat met zijn gezondheidsproblemen, zijn uiterlijk, zijn manier van doen, de klacht van de patiënt, enz.) met wat hij zich van de patiënt herinnert, en zoekt vooral naar verschillen;
- tijdens de probleemdefinitie: de huisarts formuleert het antwoord op de vraag wat er met de patiënt aan de hand is en geeft daarbij ook aan wat hij opvallend vindt aan de patiënt op grond van wat hij van hem weet en hoe hij de ontwikkeling in de gezondheid van de patiënt op langere termijn ziet. Uit het laatste punt volgt meestal direct het te voeren beleid.

Een oriënterend onderzoek

In een oriënterend onderzoek gingen we na, welke voorkennis de huisarts heeft van een patiënt en in welke mate die voorkennis zijn consulten beïnvloedt.¹⁹

Van twee niet aselekt gekozen huisartsen werden spreekuren geobserveerd en wel zolang als nodig was om een tevoren vastgesteld minimum aantal bruikbare consulten (acht per huisarts) te verzamelen. Direct na de betreffende consulten werd gevraagd naar de probleemdefinitie, dat wil zeggen wat de huisarts dacht dat er met de patiënt aan de hand was. Vijf consulten per huisarts werden woordelijk uitgetypt. Aan de hand van de in Nijmegen ontwikkelde protocollen²⁰ werd het handelen van de huisarts vervolgens gescoord.

Twee weken later werd aan de betreffende huisartsen een vragenlijst voorgelegd, waarop door de onderzoeker was aangegeven welke handelingen per consult door de huisarts in strijd met de protocollen waren verricht of nagelaten. Per handeling werd gevraagd in te vullen waarom iets wel of niet was gedaan:

– „omdat u van *deze patiënt* weet/vindt, dat ...”,

– „omdat u van *deze klacht* weet/vindt, dat...”

– of „om de volgende reden...”.

Dit onderzoek leverde de volgende resultaten op.

– wanneer bij de huisarts niet uitdrukkelijk werd gevraagd naar zijn verwachtingen over de toekomst van een patiënt, zei hij daarover niets;

– bij beide huisartsen bleek een zekere invloed van hun voorkennis van de patiënten op hun medisch handelen: zo gebruikte de ene huisarts bij vijf van de handelingen zijn voorkennis als argument, de andere zelfs bij 15 van de 23; – opvallend was het aantal keren dat de voorkennis van de patiënt werd genoemd als argument om bepaalde handelingen juist *niet* te verrichten (11 van de 19 handelingen bij huisarts 1, en 10 van de 16 bij huisarts 2).

Hoewel de methode waarmee wij de informatie over het gezondheidsbeeld hebben vastgelegd, nog verder moet worden ontwikkeld, geven de resultaten aanleiding tot de volgende hypothesen:

• Veel van wat de huisarts doet, is gebaseerd op zijn voorkennis.

• Sterker nog dan de beslissing om iets wél te doen, is de beslissing om iets na te laten dat volgens het betreffende protocol wél nodig is, gebaseerd op het gezondheidsbeeld dat de huisarts van de patiënt heeft.

Observatie van een spreekuur doet dus denken aan het bekijken van een ijsberg: een groot gedeelte blijft onder de oppervlakte.

Het ontwikkelen van een professioneel gezondheidsbeeld

Met het gezondheidsbeeld hebben wij getracht een raamwerk te geven voor een professionele kennis van de patiënt. Dit gezondheidsbeeld kan naar onze mening op drie manieren ten nutte gemaakt worden:

• Door training in het systematisch formuleren van een prognose. Het steeds opnieuw formuleren van een prognose bij iedere patiënt heeft grote voordelen. Ten eerste kan de prognose het handelen van de huisarts richting geven, met name bij therapie en begeleiding. Verder geeft een prognose de mogelijkheid tot evaluatie: wanneer een prognose niet uitkomt, is er alle reden om de probleemdefinitie (bijvoorbeeld de diagnose) opnieuw te bezien.

• Door te leren het gezondheidsbeeld zoveel mogelijk los te koppelen van de verhouding tussen huisarts en patiënt. Het beeld dat een huisarts heeft van zijn patiënt, is niet zelden gebaseerd op of sterk gekleurd door zijn interactie met die patiënt. Zo bleek uit onderzoek dat huisartsen aan „problempatiënten” eigenschappen toedichten, die vooral betrekking hebben op hun interactie met die patiënten (bijvoorbeeld zeurderig, afhankelijk, agressief).²¹ Een gezondheidsbeeld mag dit soort waardeoordeelen niet bevatten.

• Door training in het bewust en systematisch waarnemen van details in uiterlijk, gedrag en omgeving van de patiënt. Men kan dit zien als een rationalisering en systematisering van het „zesde zintuig”, de intuïtie, of, zo men wil, het „pluis-niet-pluis” gevoel. Sluis e.a. benadrukken „het openstaan voor en observeren van kleine veranderingen in uiterlijk en presentatie van de patiënt” als een belangrijk middel voor de diagnostiek van bijvoorbeeld bronchuscarcinoom.²² Wij zijn ervan overtuigd dat het gedetailleerd – en vooral bewust en systematisch – waarnemen van uiterlijk en gedrag van patiënten één van de middelen is, waarmee de intuïtie van de huisarts wordt ontwikkeld en efficiënter wordt toegepast.

Dankbetuiging

Met dank aan G. van Geldorp voor zijn opbouwend commentaar.

¹ Stewart MA, Buck CW, Physicians' knowledge of and response to patients' problems. *Med Care* 1977; 15: 578-85.

² IJzermans J, Van Amstel R. Kent een huisarts zijn patiënten? *Huisarts en Wetenschap* 1979; 22:148-52

³ Janse-de Jonge AL. Kan de huisarts een integrale of antropologische geneeskunde beoefenen? *Huisarts en Wetenschap* 1964; 7:326-34.

⁴ Dekker WGM. Buytendijks opvatting van een antropologisch georiënteerde geneeskunde. *Metamedica* 1983; 62: 190-202.

⁵ Dekker WGM. Antropologische geneeskunde. De antropologische traditie in de geneeskunde. *Med Contact* 1983; 38: 571-3.

⁶ Dekker WGM. Antropologische geneeskunde., Slot: Het antropologisch denken in de huisartsgeneeskunde. *Med Contact* 1983; 38; 595-7.

⁷ Thung PJ. De antropologie van de jaren dertig tot vijftig en de grondslagen der geneeskunde. *Metamedica* 1984; 63: 165-74.

⁸ Kaptein AA. Illness behavior of patients with asthma. Meppel: Krips Repro, 1982.

⁹ Holten-Vriesema J, Tompot C, Van Aaldren HJ, e.a. Methodisch werken. *Huisarts en Wetenschap* 1978; 21: 322-35.

¹⁰ Van Es JC. Patiënt en huisarts. Een leerboek huisartsgeneeskunde. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1980.

¹¹ Spreeuwenberg C. Wat betekent voor de huisarts integrale zorg? *Uitgangspunten en consequenties voor het behandelen*. *Huisarts en Wetenschap* 1982; 25: 181-5.

¹² Querido A. Inleiding tot een integrale geneeskunde. Leiden: Stenfert Kroese, 1955.

¹³ Menges LJ. Antropologische geneeskunde en integrale geneeskunde. *Metamedica* 1983; 62: 180-90.

¹⁴ Van Es JC. Paradigma's van de huisartsgeneeskunde. *Huisarts en Wetenschap* 1978, 21: 451-8.

¹⁵ Van Es JC, De Melker Ra, Goosman FC. Kenmerken van de huisarts II. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983

¹⁶ Van Geldorp G. Het begrip 'normaal' in de huisartsgeneeskunde. *Huisarts en Wetenschap* 1980; 23: 223-6.

¹⁷ McWhinney IR. Problem solving and decision making in family practice. *Can Fam Physician* 1979; 55: 1473-7.

¹⁸ Springer M, red. Basistakenpakket voor de huisarts. Utrecht: LHV, 1983

¹⁹ Slort W. Het gezondheidsbeeld; het beeld dat de huisarts van de patiënt heeft. Amsterdam: Huisartsen Instituut VU, 1984.

²⁰ Mesker P, Mesker-Niessen J, Mokkink H. PREVARA: de medisch technische protocollen. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1981.

²¹ Sanavro FL. Probleempatiënten in de huisartspraktijk. Oordelen van de artsen over probleempatiënten en de gevolgen voor de patiëntencarrière. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1982.

²² Sluis P, Spreeuwenberg C, Gill K. Diagnostiek van bronchuscarcinoom in de huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap* 1982; (suppl *Huisarts & Praktijk* 6): 55-61.