

Alledaagse ziekten en een gezond verstand

DR. C. VAN WEEL

Op 18 april 1986 heeft Dr. C. van Weel het ambt van buitengewoon hoogleraar in de huisartsgeneeskunde aan de Katholieke Universiteit Nijmegen aanvaard met het uitspreken van de rede 'Alledaagse ziekten en een gezond verstand'. De hier afgedrukte tekst is een verkorte versie van die rede, terwijl bovendien de literatuurlijst en alle verwijzingen zijn weggelaten. De volledige tekst kan worden aangevraagd bij het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.*

Inleiding

Mensen worden ziek en worden doorgaans weer beter. Dit in de *condition humaine* ingeslepen patroon beroert slechts in geringe mate de geneeskunde: in de regel worden mensen ziek en weer beter, zonder dat de dokter geraadpleegd wordt.

Geeft een ziekte aanleiding tot doktersbezoek, dan is het voornamelijk de huisarts die daarmee te maken krijgt. Een grote meerderheid van de gepresenteerde ziekte-episoden wordt door hem volledig afgehandeld – waarbij onmiddellijk de aantekening is te maken dat ook dan kwalen veelvuldig vanzelf overgaan en niet zelden ondanks zijn geneeskundige bemoeienis. Wat tenslotte de hogere echelons van de gezondheidszorg bereikt, is een relatief kleine, door geneeskundige schifting geselecteerde groep.

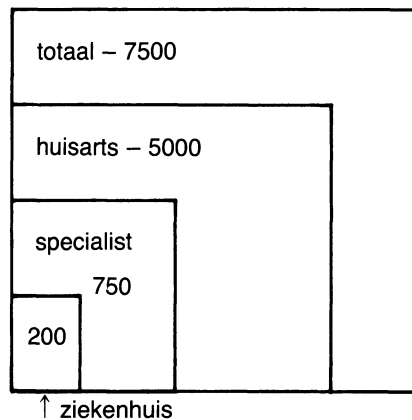
Dit door Bremer beschreven patroon (figuur 1) heeft aan actualiteit niets ingeboet. Wel stellen latere onderzoeken, met name van Van de Lisdonk, ons in staat nadere differentiëringen aan te brengen voor verschillende groepen patiënten en verschillende klachten.

De figuur illustreert het verschil tussen de huisartsgeneeskunde en de intramuraal werkzame medische disciplines: niet de beleden ideologie, noch het vermeend onvermogen zicht te krijgen op de patiënt achter de klacht, en evenmin de toegedichte intellectuele vaardighe-

den bepalen dat verschil; het verschil vloeit voort uit de plaats die men inneemt in de gezondheidszorg. De huisarts vindt daarbinnen zijn werkterrein op het raakvlak van samenleving en gezondheidszorg-systeem, en vervult voor dat systeem een 'poortwachtersfunctie'. In feite kan iedereen zich toegang tot hem verschaffen, waarbij de aangeboden gezondheidsstoornissen weliswaar geselecteerd zijn, maar niet systematisch en zeker niet goed voorstelbaar.

De alledaagse ziekten vormen aldus het domein van de huisarts. Dat is een gebied waar weinig glamour valt te behalen, maar het is intrigerend genoeg om er te praktiseren en onderzoek te doen.

Figuur 1. Aantal ziektegevallen dat zich per jaar voordoet in een praktijk van 2500 zielen.



Kliniek van de huisartsgeneeskunde

De introductie van een nieuwe morbiditeitsclassificatie voor de huisartsgeneeskunde (...) achten wij een belangrijke stap op de lange weg de huisartsgeneeskunde een wetenschappelijk fundament te verschaffen.

A. Hofmans

In de huisartsgeneeskunde is er een – per individu wisselend en ten dele cumulerend – optreden van ziekten en aandoeningen bij een in theorie vast-

staande populatie. Dit in tegenstelling tot de ziekenhuispopulatie, waar de patiëntengroep variabel is, terwijl de patiënt min of meer geïdentificeerd wordt met de ziekte of aandoening waarvoor hij verwezen is. Registratie van medisch relevante gegevens bij een vaste groep patiënten vormt derhalve de voor de hand liggende weg om vat te krijgen op de huisartsgeneeskundige 'kliniek'.

Morbiditeitsregistratie

Inmiddels beschikken wij over ruim vijftien jaar informatie uit de kliniek van de eerste lijn, niet alleen op individueel maar ook op gezinsniveau. In enkele woorden samengevat, laat zich het volgende beeld schetsen:

- Globaal 35 procent van de door de huisarts behandelde ziekten zijn nieuwe, kortdurende en doorgaans weinig ernstige aandoeningen. De luchtwegen bieden bij uitstek een onderkomen aan deze ziekten, en dan met name bij jonge kinderen.
- Chronische degeneratieve aandoeningen betreffen, op jaarbasis gemeten, 10 procent van de praktijkpopulatie.
- Psychosociale problemen, beter gekenschetst als probleemgedrag, komen voor bij 15 procent van de praktijkpopulatie.

Een gevarieerd en breed aanbod van problemen derhalve, passend bij de specifieke plaats in de geneeskunde. Het aanbod van diverse en ongelijksoortige klachten (lichamelijke naast psychische en sociale verschijnselen) en daarbij niet zelden berustend op zonder specifieke behandeling 'vanzelf' verdwijnende kwalen brengt per definitie een groot aantal vrijheidsgraden met zich mee.

Het begrip diagnose

Wat is de winst waarin de expertise met morbiditeitsclassificaties tot uiting komt – dus afgezien van de inhoudelijke, in het voorafgaande samengevatte informatie?

De eerste verworvenheid bestaat uit de 'eigen' terminologie waarover de huisartsgeneeskunde beschikt. De tijd dat het *comme il faut* was te beweren dat huisartsen geen diagnoses stellen, is definitief gepasseerd en de vraag of het over diagnoses of slechts over *voorlopige* diagnoses gaat, is betrekkelijk virtueel.

Van der Velden heeft het diagnosebegrip op bijzonder heldere wijze behandeld:

Een diagnose beschrijft zo gespecificeerd mogelijk op een bepaald moment de conclusies van de (huis)arts over de toestand van de patiënt. Op die conclu-

* St. Annastraat 284, 6525 HC Nijmegen; telefoon 080-514411.

sies baseert hij zijn handelen. Patiënt, ziekte, en ook de (huis)arts staan daarbij voortdurend bloot aan beïnvloeding, en dat geeft aan iedere diagnose iets voorlopigs.

Huisartsen blijken goed in staat hun zekerheid over door hen gestelde diagnoses weer te geven. De 'diagnose' is daarbij veranderd van een welhaast sacrosanct begrip tot een pragmatisch etiket.

Deze benadering doet waarschijnlijk recht aan de wijze waarop huisartsen – en vermoedelijk ook andere dokters – problemen oplossen en is geheel in lijn met de trefzekerheid waarmee huisartsen gebruik blijken te maken van diagnostische voorzieningen. Anderzijds staat de waarde van de met veel medische technologie tot stand gekomen 'specialistische' diagnoses bloot aan de nodige kritiek: veel van die diagnoses blijken de toets der obductie niet te kunnen doorstaan. De lange tijd veronachtzaamde, met intuïtie eerder dan met zichtbaar overleg gestelde diagnose blijkt kortom zo gek nog niet.

Die diagnose is vervolgens goed op te pakken en te plaatsen in een van de beschikbare classificaties – E-lijst, International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC) en International Classification on Primary Care (ICPC) – waarbij de laatste twee kunnen worden beschouwd als logische verbeteringen en uitbreidingen van hun voorgangers. Een van die verbeteringen was de doelstelling bij de constructie van de ICHPPC om 95 procent van in de praktijk aangeboden ziekten onder te brengen in aparte classificaties. Hiermee zijn waarschijnlijk veel problemen te voorkomen die andere classificatielijsten ontsieren.

De diagnose vormt binnen de geneeskunde een kernpunt, waardoor het handelen van artsen wordt gelegitimeerd. De 'eigen' ziekteclassificatie, het 'eigen' diagnose-jargon werkt vervolgens binnen de huisartsgeneeskunde niet slechts registrerend, maar ook sturend. Het gebruik van een eenduidige terminologie wordt er meer en meer door bevorderd.

Epidemiologisch onderzoek

Als tweede punt mag gelden de lange ervaring met het ordenen van morbiditeitsgegevens. De traditionele problemen met dit soort epidemiologisch onderzoek zijn te omschrijven als die van de teller en de noemer van de epidemiologische breuk.

De noemer geeft weer op welke populatie de morbiditeitsgegevens betrek-

king hebben. Mede op grond van de duurzame en geformaliseerde relatie tussen de huisarts en zijn patiëntenkring is dit in Nederland betrekkelijk eenvoudig vast te stellen. De teller geeft het aantal ziektegevallen weer. De problemen die hierbij optreden, worden in het algemeen onderschat: diagnostische criteria, codeerafspraken en de discrepantie tussen meetsystemen en praktijk vragen systematische training en toetsing van de registrerende huisartsen. De ervaringen in het Monitoringproject, het Transitieproject en met name ook de Continue Morbiditeits Registratie te Nijmegen (CMR) hebben dit duidelijk gemaakt.

Daarmee zijn de voorwaarden gecreëerd waaronder huisartsen als zelfsprekend relevant onderzoek naar hun eigen kliniek verrichten. De via registratie verkregen gegevens van patiënten kunnen daarbij op zichzelf onderwerp van studie vormen; ze kunnen ook toegang bieden tot patiëntengroepen, waarbij nadere gegevens worden verzameld. Het enige echt belangrijke is in dit verband dat onderzoek van kwaliteit op dit terrein mogelijk is en wordt verricht.

Interessant voor de naaste toekomst is het ordenen van morbiditeitsgegevens op basis van de complete episoden. Nu het mogelijk is met de ICPC, naast de diagnose, ook de klacht en de diagnostische en therapeutische handelingen bij elk contact vast te leggen, ontstaat de mogelijkheid de ziekte-episode in al zijn contacten en al zijn aspecten te beschrijven. Daarbij horen per definitie ook de gegevens te worden betrokken, die voortkomen uit de medische behandeling in de hogere echelons van de gezondheidszorg. Een identiek systeem van patiënt-identificatie en/of een compatibele morbiditeitsclassificatie vormen mogelijke instrumenten om de noodzakelijke uitwisseling van deze gegevens vorm te geven.

(...)

Longitudinale morbiditeitsgegevens

Tot nu toe heeft bij morbiditeitsonderzoek de nadruk gelegen op 'dwarsdoorsnede-onderzoek': het vóórkomen van ziekten in een omschreven populatie op een bepaald moment. De geneeskunde houdt zich echter bezig met het ontstaan en de ontwikkeling van ziekte en gezondheidsstoornissen, en daarom is er vooral ook behoefte aan longitudinaal onderzoek.

Een meer banale, maar wellicht ook meer relevante kwestie is echter eerst

aan de orde: is het op het ogenblik mogelijk met succes in de huisartspraktijk longitudinaal onderzoek te verrichten? Of maakte de mobiliteit van de Nederlandse bevolking dit soort onderzoek, zeker in een klein aantal praktijken, in feite onmogelijk?

De CMR-patiëntenpopulatie

De praktijkpopulatie die met de vier CMR-registratiepraktijken wordt bestreken, omvat door de jaren heen steeds ongeveer 12.000 personen. Achter dit stabiele cijfer gaat echter schuil dat ook de Nijmeegse regio niet onberoerd blijft door migratie: in vijf jaar tijd verlaat zo'n 20 procent van de op jaarbasis aanwezige populatie de praktijk (tabel 1), waar tegenover blijkbaar een kwantitatief vrijwel identieke influx van nieuwe patiënten staat. Het gaat hierbij vooral om jonge volwassenen (25-44 jaar) en de migratie doet zich vooral voor in de praktijk in de stad Nijmegen.

Tabel 1. Vertrek uit de CMR-registratiepopulatie wegens verhuizing, 1980-84. Percentages van de populatie in 1984.

Leeftijd in jaren	Percentage
0-24	13
25-44	25
45-64	5,5
65+	20
Totaal	16

Tabel 2. Stabiliteit van de CMR-registratiepopulatie: percentage van de populatie in 1984 dat respectievelijk 5 en 10 jaar retrospectief te vervolgen is.

Leeftijd in jaren	5 jaar	10 jaar
5-14	84	40
15-24	69	63
25-44	60	39
45-64	91	83
65+	91	85
Totaal	71	59

Niettemin blijkt stabiliteit een opvallend kenmerk van de patiëntenpopulatie van de Continue Morbiditeits Registratie (tabel 2): 73 procent van de huidige populatie is langer dan vijf jaar te vervolgen en 59 procent meer dan tien jaar.

Longitudinale epidemiologie

Om op individueel niveau het ontstaan

en beloop van ziekten in relatie tot andere en eerdere aandoeningen te kunnen bestuderen, dient een ordening van gegevens per individu in de tijd plaats te vinden. De episode-gerichte beschrijving biedt een goed uitgangspunt voor het beschrijven van de 'longitudinale epidemiologie': hierbij staat per individu de volledige informatie ter beschikking uit alle achtereenvolgende of gelijktijdig optredende (clusterende) ziekte-episoden uit de diverse jaren (figuur 2).

Uit eerste gegevens uit de Continue Morbiditeits Registratie blijkt dat zich bij ongeveer 12 procent van de praktijkpopulatie twee of meer bekende aandoeningen voordoen. Het ligt voor de hand dat dit vooral bejaarden zijn, maar ook binnen de groep van de 65-plussers blijkt de verdeling ongelijkmatig. Deze clustering van aandoeningen zal vooral de toekomstvooruitzichten bepalen. Daarmee zal de prognosestelling, thans een erkend problematisch aspect van de diagnose, kunnen verbeteren. Het beschikken over maten voor de uitkomst van ziekten en aandoeningen – thans nog grotendeels ontbrekend, maar wél volop in ontwikkeling – is daarbij essentieel.

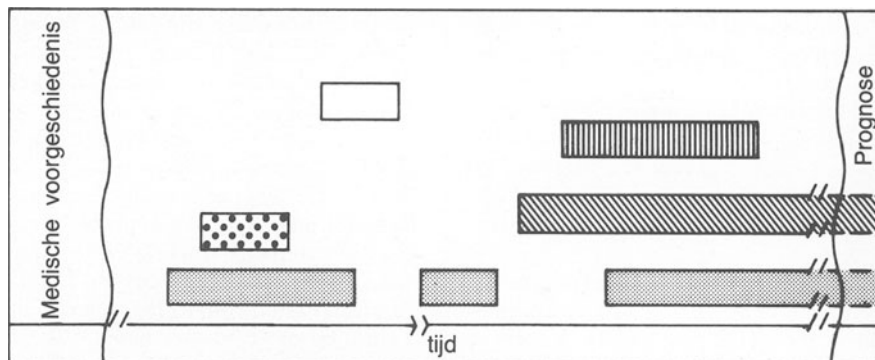
Een tweede toevoeging aan de contouren van de 'longitudinale epidemiologie' dient aan de linkerzijde op de tijdslijn te worden geplaatst: bij wie treden wel en bij wie geen al dan niet geclusterde ziekte-episoden op? De medische voorgeschiedenis bevat hiertoe ten dele de sleutel: risicofactoren, familiale belasting, eerdere ingrepen, pre-existerende ziekten, etc. De mate waarin deze 'voorinformatie' een werkelijk voorspellende waarde heeft voor het ontstaan van ziekten en complexen van ziekten, is slechts zeer ten dele bekend. Het praktisch gebruik in de medische besluitvorming lijkt grotendeels met mystiek omkleed.

In een eerste stap om de voorgeschiedenis kwantitatief toegankelijk te maken voor onderzoek, dient de informatie rubriceerbaar gemaakt te worden. De soort gegevens die hierbij vastgelegd dienen te worden, zijn:

- chronische handicaps;
- doorgemaakte ziekten;
- bijwerkingen geneesmiddelen; allergieën;
- inenting;
- risicofactoren, waaronder familiale belasting;
- psychosociale problemen, waaronder ziektegedrag van individu en gezin.

Op deze wijze zal het mogelijk zijn de individuele medische levensloop en de

Figuur 2. Longitudinale epidemiologie (individuele medische levensgeschiedenis).



relatie tussen voorgeschiedenis (verleden), vastgesteld ziektepatroon (heden) en prognose (toekomst) rationeel te benaderen.

Ook voor het onderwijs is de oriëntatie op de totale episode en vooral ook de longitudinale epidemiologie van groot belang. Het beloop in de tijd is voor iedere patiënt, voor iedere aandoening, voor iedere arts en voor iedere medische discipline van betekenis.

Het is daarnaast een feit, dat de inhoud van het onderwijs sterk wordt bepaald door de plaats waar dat onderwijs wordt gegeven. In de kliniek staat vaak een patiënt met een acute ziekte-episode centraal. De grote hoeveelheid beschikbare informatie biedt een goede mogelijkheid tot het uitdiepen van de aandoening. Ontstaan en daarbij relevante risicofactoren, beloop en prognose laten zich daar echter veel minder goed illustreren. Daarvoor is onderwijs vanuit de eerste lijn veel meer geëigend. Daar komt nog bij, dat aan studenten uitsluitend via de huisarts een volledig spectrum van ziektebeelden getoond kan worden. Veruit de meeste aandoeningen worden exclusief door hem behandeld en ook van de 'verwezen' aandoeningen spelen zich belangrijke aspecten nu juist in de eerste lijn af.

Protocollen en interdoktervariatie

(...)

Behalve een takenpakket voor de huisarts, zoals ontwikkeld door de Landelijke Huisartsen Vereniging, wordt ook grootschalige protocollering bepleit. Wat daarbij opvalt, is het ontbreken van een open oog voor het waarom van de verschillen tussen huisartsen: op dit moment krijgt de voorgestane therapie – het protocol – brede aandacht, zonder dat men zich bekommert om de vermeende kwaal: de verschillen tussen huisartsen. De professie lijkt ten prooi

aan verwarring – en dat op het moment, dat het jarenlang bepleite wetenschappelijke draagvlak gestalte begint te krijgen.

Verschillen tussen huisartsen

Huisartsen verschillen onderling in velerlei opzichten ten aanzien van het aantal verwijzingen, het aantal voorgescreven recepten, het aantal huisbezoeken, de samenstelling van de patiëntenpopulatie, het aantal per consult behandelde problemen, de aard van de gestelde diagnoses, enz. – verschillen die niet verklaarbaar zijn op grond van een verschil in aanbod ('praktijksamenstelling') en ook niet benoembaar in termen van goed of fout medisch handelen, in de zin van medische normen. Lamberts heeft hiervoor, naar aanleiding van de morbiditeitsanalyse-1972, het begrip *interdoktervariatie* geïntroduceerd.

Vanuit Ommoord is vervolgens regelmatig en systematisch naar de interdoktervariatie gekeken. Opvallend is in dat kader dat anderen zo weinig exploratief op dit verschijnsel zijn ingegaan. Met name geldt dat voor de sociale wetenschappers, die over de toegankelijkheid van de huisartspraktijk voor hun onderzoek toch niet te klagen hebben.

Waar zijn de verschillen tussen huisartsen, in de zin van interdoktervariatie vooral te vinden? Bij analyse blijkt het verschijnsel zich vooral voor te doen onder de volgende omstandigheden:

- bij probleemgedrag;
- bij frequent voorkomende aandoeningen, vooral bij defensief handelen en onzekerheid;
- bij patiënten met een hoog en gevarieerd aanbod van problemen (*illness diversity*).

Huisartsen verschillen dus onderling wel in hun wijze van werken, maar het is tevens goed mogelijk om aan te geven wáár zich het terrein van variatie bevindt. Overigens kennen medische 'spe-

cialisten evenzeer onderlinge variatie, maar zij staan daarmee veel minder in de schijnwerpers – vermoedelijk als gevolg van een meer stereotype beeldvorming van de specialist, terwijl in geval van nood een verweer als 'de school van Borst' iedere ongewenste discussie uitsluit.

Maar het gaat nu over de huisarts. Bij nadere beschouwing kan over het hier besproken terrein het volgende worden gesteld:

- Het gaat bij uitstek om problematiek die zich in het grensgebied van de geneeskunde en andere vakgebieden bevindt ('probleemgedrag'). Op grond daarvan is er een grote keuzevrijheid voor de patiënt: hij kan toegeven aan de behoefte om de hulp van de huisarts in te roepen (en kan dan zelf bepalen hoe ver die betrokkenheid zal gaan); hij kan ook zijn eigen boontjes proberen te doppen of bij een ander te rade gaan. Andere overwegingen dan een strikt professioneel imago zullen deze keuze mede bepalen.

- Voorts gaat het om problemen die van een *self-limiting* karakter zijn. Ook hier geldt dat de patiënt in hoge mate bepaalt of professionele hulp ingeroepen wordt of niet. Het spreekt vanzelf dat het rendement van alle therapie bij deze reeks ziekten marginaal is. In principe geldt dat ook voor uitgebreide diagnostiek, zij het dat de symptomatologie nogal eens verwarring met ernstiger ziekten kan geven. Bij ongeveer driekwart van de aan de huisarts voorgelegde problemen zou de symptomatologie een differentiatie ten opzichte van ernstiger pathologie noodzakelijk maken.

- Tenslotte gaat het om patiënten die een hoge medische consumptie vertonen. Aan een dergelijk consultatiepatroon ligt een grote mate van ongerustheid ten grondslag, angst voor lichamelijke verschijnselen, veeleer dan een grote mate van niet-gezond zijn. Voor deze groep patiënten bepaalt waarschijnlijk de communicatieve en de relationele vaardigheid van de arts bij uitstek de aard van het medisch handelen.

Kortom, het gaat hier om categorieën aandoeningen c.q. patiënten die kwantitatief voor de werkzaamheden van de huisarts belangrijk zijn en waarbij voor patiënt én huisarts het aantal vrijheidsgraden hoog is. Dat juist daarbij duidelijke verschillen zijn vast te stellen, kan eigenlijk niemand verbazen. Voorzover bij het ontbreken van normen een oordeel over het medisch handelen mogelijk is, blijkt dat vaak een waarde-oor-

deel te zijn. Het aantal verwijskaarten of afgegeven recepten vormt daarvoor nog al eens de basis, waarbij het oordeel dan snel 'te veel verwijzingen' of 'te veel recepten' luidt.

Hier doorheen speelt dan nog dat de maatschappelijke en economische positie van de huisarts die van vrije ondernemer is. Succesvol opereren als kleine zelfstandige betekent vaak het beschikken over een eigen pakket, het bieden van even iets meer dan de concurrent. Huisartsen krijgen – wederom een uitvloeisel van hun specifieke plaats in de geneeskunde – geen 'problemen' verwezen, zoals specialisten, maar trekken een klantenkring – patiënten – voor het leveren van geneeskundige hulp, indien gewenst c.q. geïndiceerd. De motieven voor het kiezen van een huisarts zijn weinig begrepen, al zijn er selectiepatronen in te onderscheiden. Het ligt voor de hand te vermoeden dat bij de keuze van een huisarts juist die overwegingen en behoeften een rol spelen, die zich vervolgens als interdoktervariatie laten meten: een betrekkelijk ongecoördineerde behoeftenregulatie die *De Swaan* wil systematiseren. Vanuit het gezichtspunt van de huisarts beschouwd, betekent deze variatiebreedte vooral een appel op zijn vermogen tot het 'probleem-oplossen'.

Probleem-oplossen

Traditioneel gaat de geneeskunde, zeker in didactische zin, uit van een gestructureerde en gestandaardiseerde werkwijze bij het oplossen van problemen: via een systematische anamnese, de tractus-anamnese, gevolgd door een 'totaal' lichamelijk onderzoek, wordt een differentiële diagnose opgesteld, om vervolgens op basis van nader onderzoek tot de deductie van de juiste diagnose te komen. Standaardisering heeft zich daarbij ook tot het laboratoriumonderzoek uitgebreid.

In de praktijk, zo leert de analyse van de werkwijze van artsen, loopt het echter anders. Op grond van relatief weinig informatie genereren artsen werkhypothesen, die vervolgens worden getoetst. Deze inductieve werkwijze, waarbij de arts snel beslissend de informatiestroom zeft op alarmsignalen en risicofactoren, laat zich vaststellen bij zowel huisartsen als algemeen internisten, zij het in verschillende mate. Dit is een vorm van de typische empirie waaraan de geneeskunde zo rijk is. De inductieve werkwijze past natuurlijk goed bij het aanpakken van een breed probleemveld. Het verwerken van alarmsignalen die duiden op een ongewone ziekte on-

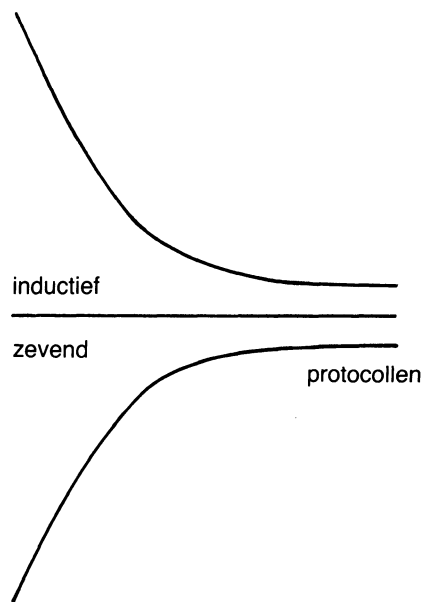
der alledaagse symptomen, is een cruciale taak voor de huisarts. Voor het leren van deze zeeffunctie lijkt praktijkervaring onontbeerlijk, omdat de belangrijkste ervaringen het karakter van casuïstiek nauwelijks te boven komen. Zoals *Verbeek* echter heeft getoond, is deze casuïstiek ook uitstekend tot leerervaring te objectiveren.

De betekenis van de interactie met de patiënt blijkt juist hier van grote invloed, getuige *Schadé*, die aangeeft dat huisartsen in het tijdig diagnostiseren van kwaadaardige aandoeningen vooral de relatie met de patiënt als een belemmerende factor ervaren en veel minder hun medische kennis van zaken. Deze bevinding onderstreept het belang van de door ons bepleite algemene basisvaardigheden voor het adequaat functioneren van huisartsen.

Protocollering

Daarmee is getracht de zo belangrijke eerste fase van professionele hulpverlening te karakteriseren. Deze eerste fase (*figuur 3*), waar de werkwijze van de huisarts zo nadrukkelijk te illustreren valt, leent zich door haar complexiteit niet goed voor protocolleren.

Figuur 3. De 'probleembreedte' in de loop van de diagnostiek en behandeling.



Protocollen en beslissbomen zijn vooral van waarde, wanneer de probleembreedte beperkt is: in de staart van de trechter. Dat is een situatie die zich per definitie voordoet in de specialistische geneeskunde voordoet, maar evenzeer een belangrijk deel van het werk van de huisarts kenmerkt. Het is in dit verband goed nog eens te onderstrepen dat huis-

artsen de grote meerderheid van alle problemen zelf afhandelen.

Protocollen lijken een 'belast' begrip te vormen in ons vak. Men is of tegen of vóór. Het contrast wordt opgediend als een ware controverse. Het door polarisatie en misverstanden verholde probleem is echter betrekkelijk simpel, onder de voorwaarde dat goed wordt aangegeven waarover wij het hebben.

Protocollen in de hier gebruikte zin betreffen het patiënten-gericht handelen van de arts bij een bepaalde diagnose of een bepaald symptoom. In die zin kan een protocol gebruikt worden om dat handelen te *meten*, zoals dat gebeurt in het fascinerende, gestaag zijn climax bereikende toetsingsonderzoek van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut. De daarbij verkregen gegevens over het somatisch handelen van de onderzochte huisartsen bieden de mogelijkheid om het *proces* van hulpverlening gedetailleerd te beschrijven en te karakteriseren. Een directe toepassing op de praktijk is echter in deze situatie niet mogelijk (en is ook niet de doelstelling van dit toetsingsproject).

Een volgende stap is het vaststellen van de waarde van diagnostische en therapeutische interventies. De noodzakelijke besliskundige informatie is vooral, maar zeker niet uitsluitend, in de huisartspraktijk nauwelijks ontwikkeld. Door middel van het expliciteren van een aantal handelingen, is het mogelijk de zin en de onzin van die handelingen te onderzoeken en te kwantificeren. De waarde van zeer frequent ondernomen acties als het maken van röntgenfoto van de wervelkolom of het voorschrijven van fysiotherapie bij patiënten met rugklachten is niet of nauwelijks aan te geven. Voorwaarde is wél dat er een duidelijk verschil is tussen diverse alternatieven: wat levert zo'n actie op aan informatie of gezondheidswinst? Hier doen zich de grote problemen met protocollen vóór: niet zozeer de geneeskundige als wel de materie is weerbarstig.

Natuurlijk bestaat er op sommige punten wel degelijk een goed inzicht in de gevolgen van verschillende werkwijzen. Om ons tot één voorbeeld te beperken: het succes van de behandeling van hypertensie – zo hebben *Van Ree e.a.* aangetoond – blijkt op de lange termijn in hoge mate te worden bepaald door de praktijkvoering van de huisarts. Op basis van dit soort informatie zijn protocollen voor het praktisch handelen van de huisarts te ontwerpen. De kwaliteitsverbetering die daarvan uitgaat voor de zorg voor het desbetreffende probleem,

is onweersproken. Het deel van het huisartsgeneeskundige terrein waarop protocollen werkelijk toepasbaar zijn, zal echter – hoe belangrijk op zichzelf ook – beperkt blijven. En evenzo zullen protocollen slechts in beperkte mate het gezicht van de huisarts bepalen.

Gezond verstand

Ik heb getracht mij te beperken tot twee aspecten van de huisartsgeneeskunde, waarbij het accent op wetenschappelijk onderzoek heeft gelegen. Het is per definitie moeilijk voor een generalist om zich te beperken, zeker als men zich bezighoudt met zowel onderzoek als met onderwijs op het brede gebied van de algemene praktijk. Om die reden kan het des te dienstiger zijn zich een aantal hoofdzaken voor ogen te houden. Om die reden wil ik dit verhaal als volgt samenvatten:

- Prioriteit bij het onderzoek in de huisartspraktijk ligt bij patiëntengebonden informatie.
- Morbiditeitsgegevens, en in samenhang daarmee klachten en verrichtingen, vormen daarbij een onmisbare bron van informatie. Ordening dient daarbij te geschieden op basis van de totale episode, en vooral longitudinaal.
- De longitudinale epidemiologie beschrijft *par excellence* de kliniek van de huisartsgeneeskunde en dient derhalve aan de basis te staan van het onderwijs vanuit de huisartsgeneeskunde.
- De prognose hangt waarschijnlijk vooral samen met het op individueel niveau gelijktijdig optreden van meer dan één ziekte. Daarbij richt onze belangstelling zich op het effect van ziekzijn op de patiënt en op het rendement van het diagnostisch-therapeutisch handelen. Bij het onderzoek hiernaar kunnen protocollen een belangrijke rol spelen. Overigens past grote scepsis over de protocollerbaarheid van het praktisch handelen van de huisarts: slechts een beperkt deel van het werkteerrein leent zich daartoe, en géén protocol is verre te verkiezen boven een slecht protocol.
- Artsen blijken vaak efficiënter te werken dan via protocollen of met artificiële intelligentie valt te reguleren. Het bestaan van interdoktervariatie dient dan ook voor de huisartsgeneeskunde vooral een uitdaging te zijn om meer over het empirisch tot stand gekomen probleem-oplossen aan de weet te komen.

Deze stappen profileren nader het belangrijkste referentiekader waarover de huisarts beschikt: de kliniek van de alledaagse ziekten. En zij onderbouwen

Lustrumprijsvraag

Op 29 december 1986 zal het Nederlands Huisartsen Genootschap dertig jaar bestaan. Ter gelegenheid van dit lustrum heeft het NHG-bestuur een lustrumprijsvraag 1986 uitgeschreven.

NHG-leden worden uitgenodigd een verhandeling te schrijven over het onderwerp *Overschatting van de huisarts?*

Aan de prijsvraag zijn de volgende voorwaarden verbonden:

- inzendingen mogen niet langer zijn dan 12 pagina's A4, getypt op anderhalve regelafstand (veertig regels, 65 aanslagen per regel);
- inzendingen moeten, voorzien van een motto, anoniem worden ingezonden, met bijgevoegd een gesloten envelop met op de buitenkant het motto en ingesloten een brief met de naam van de auteur;
- inzendingen moeten uiterlijk op 1 september 1986 zijn ontvangen op het NHG-bureau, Burgemeester Reigerstraat 87, 3581 KP Utrecht.

De prijs bedraagt f 500,- en zal worden toegekend door een jury, bestaande uit Prof. dr. R. A. de Melker, hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht, B. Meyboom-de Jong, huisarts te Opeinde en lid van de redactiecommissie van *Huisarts en Wetenschap* en Dr. S. Thomas, huisarts te Wyckel en penningmeester van het NHG.

De uitslag van de prijsvraag zal bekend worden gemaakt tijdens het lustrumcongres in Amsterdam, op 21 en 22 november 1986.

de belangrijkste technologie die de huisarts ten dienste staat – die in feite iedere arts ten dienste staat: het gezonde verstand.