

De gedragswetenschapper in het huisartsinstituut: goeroe of gastarbeider?

Aan het verzoek van de redactiecommissie van *Huisarts en Wetenschap* om een stukje te schrijven als aanzet voor een discussie over de positie van de gedragswetenschapper in het huisartseninstituut, voldoe ik met aarzeling. Ik voel me geen woordvoerder van deze discipline in de UHI's. Verder is het moeilijk om te spreken van 'de gedragswetenschapper'. Psychologen, sociologen, onderwijskundigen en anderen vervullen uiteenlopende, moeilijk vergelijkbare taken in het veld van geneeskunde en gezondheidszorg. Tenslotte zijn mijn ervaringen in de tien jaar dat ik aan het NUHI ben verbonden, hoofdzakelijk positief. Ik heb gemerkt hoe de samenwerking met huisartsen een zeer vruchtbare bodem kan vormen voor nieuwe ontwikkelingen.

Aangezien in de wandelgangen blijkbaar een discussie over de positie van de gedrags- of sociale wetenschapper gaande is, voel ik me niettemin aangezet tot enkele persoonlijke notities.

Een gedragswetenschapper die werkt aan een huisartseninstituut, moet een evenwicht vinden tussen het eigen vak uitvoeren en dienstbaarheid aan een andere discipline. Dit betekent dat hij vaak moet laveren tussen enerzijds de noodzaak zijn eigen identiteit te bewaren, en anderzijds de noodzaak zich aan te passen om serieus genomen te worden en zich een plaats te verwerven in de huisartsenwereld. Wat dat laatste betreft, merkt hij dat dit vaak maar ten dele lukt en dat het gevoel gast te zijn in andermans huis nooit helemaal weggaat. Het is soms het gevoel bekeken te worden als een koekoek die eieren legt in andermans nest. Vergelijk het met de ervaring van de Europeaan die zich de Japanse taal en gebruiken volledig eigen maakte om na jaren tot de conclusie te komen dat hij desondanks een outsider was gebleven.¹

Voor de gedragswetenschapper in de wereld van de huisartsgeneeskunde is het mijns inziens noodzakelijk, maar vaak moeilijk om de eigen identiteit te bewaren en niet Japanser dan de Japanners te worden teneinde serieus genomen te worden. Van de andere kant is

het eveneens nodig dat hij het werkveld van de huisarts goed leert kennen en bij voorkeur hulpverlenend werkzaam is (geweest) in de eerste lijn om te voorkomen dat vanuit een ivoren toren niet-gewenste ideeën of onbruikbare oplossingen worden aangedragen.

Huisartsen vormen een beroepsgroep die in ontwikkeling is en op zoek is naar de eigen indentiteit.² Kenmerkend voor de professionaliseringstendenzen van een beroepsgroep – of het nu gynaecologen, fysiotherapeuten, acupuncturisten, huisartsen of psychologen betreft – is het bepalen van een eigen positie tegenover andere disciplines, het sluiten van de rijen, het afschermen van het eigen territorium en eventueel het zich afzetten tegen andere beroepsgroepen. Probleem is dat de huisartsgeneeskunde moeilijk als (wetenschappelijke) discipline af te bakenen is; de grenzen naar andere disciplines zijn vaag.³ Men heeft anderen ook nodig in het eigen professionaliseringsproces.

Zo richtte de huisartsgeneeskunde zich onder meer naar de sociale wetenschappen voor steun bij problemen waar men zelf geen antwoord op had of niet alleen een antwoord op kon geven. Dit is niet toevallig, gezien de grote overlap die er tussen beide disciplines bestaat. Daarbij zag men, en ziet men soms nog, dat huisartsen heen en weer geslingerd worden tussen een – meestal op overspannen verwachtingen gebaseerde – bewondering en afhankelijke houding en aan de andere kant – als de verwachtingen niet werden waargemaakt of hun positie te sterk werd – een zich bedreigd voelen door, zich afzetten tegen of teleurstelling in gedragswetenschappers. Dit laatste treft men aan in de vorm van een soort repressieve tolerantie of een afwijzende reactie als: 'al dat psychosociale en agogische gedoe; je bent in de eerste plaats dokter'.

Het is mijns inziens een teken van volwassenheid van de huisartsgeneeskunde als ze zich onafhankelijk kan opstellen tegenover de bijdrage van de sociale wetenschappen aan haar vak. Het gevaar is echter aanwezig dat men doorslaat naar een andere, bijvoorbeeld

de medisch specialist meer welgevallige kant. Het is evenzeer een teken van rijpheid en zelfbewustzijn van huisartsen als ze zich niet bedreigd voelen, het zich afzetten tegen gedragswetenschappers niet nodig hebben en hun inbreng op goede wijze weten te integreren in de onderbouwing van het vak. Als men accepteert dat er meer onder de huisartsgeneeskundige zon is dan lichamen die dysfunctioneren en hersteld moeten worden, en dat huisartsen en patiënten geen robots maar denkende, voelende, beslissende en beïnvloedbare wezens zijn, dan zal men voor onderzoek en scholing de bijdrage vanuit de gedragswetenschappen steeds nodig hebben.

Gedragswetenschappers hebben in de afgelopen decennia een waardevolle bijdrage aan de ontwikkeling van zowel de huisartsgeneeskundige opleiding als het onderzoek geleverd. Het is mede en niet voor een onbelangrijk deel hun verdienste dat beide nu hun huidige niveau hebben. Een ontwikkeling zoals rond somatische fixatie zou nooit hebben kunnen plaatsvinden zonder intensieve samenwerking en wederzijdse inspiratie van huisartsen en gedragswetenschappers.⁴

De samenwerking tussen beide disciplines zal in de toekomst verder meer dan ooit een noodzaak zijn, als de 'lifestyle diseases' (chronische en degeneratieve ziekten te wijten aan riskant gezondheidsgedrag) zo massaal oprukken als wordt voorspeld. In de preventie en aanpak hiervan gaan medische en gedragsmatige aspecten samen. De kunst om medisch wenselijke interventies te implementeren, wordt met name bepaald door het vermogen riskant gedrag te beïnvloeden. De gedragswetenschappen hebben op dit punt iets te bieden, maar kunnen niet zonder artsen die sensitief zijn ten aanzien van deze aspecten. De WHO heeft 'the promotion of lifestyles conducive to health' tot een van haar belangrijkste doelen gemaakt voor de toekomst.⁵ Gesproken wordt van 'a shift of emphasis away from traditional medical and psychiatric and towards psychological factors of health and care' en van een 'influx from the behavioral sciences'.

Een belangrijke taak voor de gedragswetenschappen, naast de nu reeds bestaande, zal dus gelegen zijn in het genereren van modellen voor de relatie tussen gedrag en gezondheid. Huis-

artsen en gedragswetenschappers hebben elkaar nodig om de complexe realiteit van ziek-zijn en hulpverlening te begrijpen en te hanteren. Voorwaarde hiervoor is dat men elkaar waardeert en respecteert.

In dit verband zou wellicht de aanwezigheid van een gedragswetenschapper in de redactie van dit blad niet misstaan.

Richard Grol

¹ Morley J. Pictures from the watertrade. Londen: Fontana, 1985.

² Gill K. Huisarts en identiteit. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 2-3.

³ Diederiks J, Polak B, Van der Zee J. Pre-tentieve paradigmatick. Huisarts en Wetenschap 1979; 22: 358-60.

⁴ Huygen F. Woord vooraf. In: Grol R, red. Huisarts en somatische fixatie. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983.

⁵ Diekstra R. Gedragswetenschappen en gezondheidszorg: toekomstperspectieven. Gedrag en Gezondheid 1986; 14(1): 5-10.

Niet obsoleet

In het mei-nummer van *Huisarts en Wetenschap* verbaast collega Westhoff zich op bladzijde 154 erover, dat de redactiecommissie steeds opnieuw reclame opneemt over de homeopathie.

Een eenvoudige vraag: kent collega Westhoff de homeopathie? Ik vermoed van niet. Laat hij daar dan maar eerst eens mee beginnen, voor hij spreekt over een sinds 200 jaar obsoleet Duitser, waar hij ongetwijfeld de grondlegger van de homeopathie, Hahnemann mee bedoelt. Er wordt in ons land veel aan homeopathie gedaan, ook door artsen die verder gekeken hebben dan de schoolgeneeskunde.

Dr. J. G. Menken

Vermijden van fouten door rationaliseren

Afscheidscollege Prof. dr. W. Brouwer

Dr. Wim Brouwer, hoogleraar huisartsgeeskunde aan de Rijksuniversiteit Limburg, heeft op dinsdag 23 september 1986 zijn ambt neergelegd met het uitspreken van een afscheidscollege, getiteld 'Vallen en opstaan', waarvan hieronder een samenvatting wordt gegeven.

Rationele overwegingen

Om het maken van fouten door artsen zoveel mogelijk terug te dringen, is het nodig medische beslissingen meer te funderen op rationele overwegingen dan veelal nu het geval is. In het bijzonder pleit Brouwer voor een systematische toetsing van het ziektebeloop, ter verifiëring van de diagnose en de daarop gebaseerde therapie.

De huisarts stoot bij zijn werk op talloze voetangels en klemmen. Voor een deel liggen die op het gebied van de praktische toepassing van de geneeskunde, voor een deel ook in het theoretisch fundament ervan.

Op het praktische vlak fungeren als bronnen van fouten bijvoorbeeld de soms ongelukkige plaats en tijd waarop de arts de patiënt bij een spoedgeval treft, de onduidelijke wijze waarop de patiënt zijn klacht uit, en ervaringen van de arts met de patiënt, die de interpretatie van nieuwe klachten beïnvloeden.

Een belangrijke foutenbron ziet Brouwer ook in de grondslagen van het medisch-diagnostisch denken. De algemeen gangbare opvatting over medische kennis is altijd geweest: nauwkeurig en onbevooroordeeld waarnemen leidt tot betrouwbare gegevens. Op grond daarvan kan de diagnose worden gesteld die de basis is voor de therapie. De wetenschapsfilosoof Popper heeft dit denkschema ontkracht: waarnemingsuitspraken bevatten altijd interpretaties. Het is niet mogelijk aan een aantal waarnemingen universele uitspraken te ontleen, maar wel werkhypothesen, waarvan moet blijken of ze bestand zijn tegen kritische toetsing.

Toegepast op het medisch handelen betekent dit: elke diagnose bevat een

element van onzekerheid, elke diagnose is een soort werkhypothese.

Structureren

Het hulpverleningsproces moet worden gestructureerd. Stappen in de goede richting worden al gezet. Er zijn regels ontworpen voor de anamnese en het onderzoek en er moeten protocol- en werkafspraken worden gemaakt. Dit zal leiden tot een betere diagnostiek en, naar mag worden verwacht, dus tot minder fouten.

Wat echter nog geheel ontbreekt, is de toetsing van het beloop van de ziekte. Elke diagnose zou moeten worden gevolgd door een prognose. In de follow-up zou de huisarts gestructureerd moeten bekijken of die diagnose werkelijkheid wordt. Hij moet vastleggen welke onderzoeken hij bij een vervolcontact zal doen en hij moet criteria ter beschikking hebben om te kunnen beslissen of hij bij zijn eerdere diagnose kan blijven of niet.

In de huidige praktijk vindt die empirische toetsing van de werkhypothese van de huisarts natuurlijk al wel plaats, maar volledig ongestructureerd. Brouwer denkt aan van te voren opgestelde toetsingsregels en criteria aan de hand waarvan het diagnostisch oordeel bevestigd of weerlegd wordt geacht. Hij sprak de verwachting uit dat de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Limburg op dit omvangrijke werkgebied haar aandeel zal kunnen leveren.

Nota bene

De beschikbaarheid van vertrouwensartsen voor kindermishandeling draagt het gevaar in zich van het ontlopen of afschuiven van verantwoordelijkheden in de naast omgeving van het kind. Stelling bij: De Winter M. Het voorstelbare kind [Dissertatie]. Tilburg: Katholieke Universiteit Brabant, 1986.