

Probleem-oplossen in de huisartspraktijk

'It is better to be roughly right than precisely wrong'.

De afgelopen jaren heeft de lezer verschillende publicaties over het onderwerp 'probleem-oplossen' in *Huisarts en Wetenschap* zien verschijnen. Die belangstelling is begrijpelijk, zowel vanuit algemeen geneeskundig als vanuit meer specifiek huisartsgeneeskundig perspectief. Een rationele benadering van diagnose en therapie is immers een van de taken van de wetenschappelijke huisartsgeneeskunde.

Patiëntgebonden gegevens – noodzakelijk voor een onderbouwing van de beslissingen van de huisarts – komen te lang en leste beschikbaar vanuit de populatie waarop de zorg van de huisarts is gericht.¹ Tegelijkertijd blijkt dat de door artsen gehanteerde werkwijze een eigen systematiek heeft, die sterk afwijkt van het traditioneel onderwezene: geen deductie van de juiste oplossing op grond van 'alle' verzamelde informatie, maar een inhaken op – soms intuïtief gerezen – hypothesen (hypothetisch inductief).² Voor de huisarts is die discrepantie tussen leer en praktijk waarschijnlijk het grootst, en bij hem bestaat dan ook de grootste behoefte om zijn werkwijze nader te onderbouwen. Ook zijn positie in de geneeskunde speelt daarbij een rol: de weg van de diagnostiek begint doorgaans bij hem, en de globale richting is dan nogal eens van groter belang dan de exacte marsroute.³

Eén van de kenmerken van de huisartsgeneeskundige manier van medisch probleem-oplossen is het onderscheiden van risicogroepen. Het inspelen op aan specifieke groepen toe te kennen kansen en risico's is door *Van de Dool* voor preventie geoperationaliseerd: anticiperende geneeskunde.⁴ *Huygen* heeft later bepleit deze lijn door te trekken naar in feite alle curatieve contacten tussen huisarts en patiënt.⁵ Deze inmiddels tot de klassieken der huisartsgeneeskunde behorende publicaties onderkennen niet alleen het belang van risicogroepen ('vissen in visrijk water'), maar geven daarnaast impliciet aan dat, behalve 'harde' criteria als leeftijd, geslacht en familiale belasting, op individueel niveau tal van andere, nauwelijks te concretiseren gegevens een rol spelen ('waarom komt deze patiënt op dit moment met deze klacht op het spreekuur?').

Dankzij epidemiologisch-huisartsgeneeskundige gegevens is het mogelijk meer te zeggen over ziekte-

kansen van (groepen) patiënten in de huisartspraktijk: a priori kansen. *Knottnerus* bouwt in dit nummer verder op het thema waaraan hij reeds eerder werkte.^{6,7}

In het verlengde van de a priori kansen ligt het inzicht in de winst van additionele informatie: a posteriori kansen: wat leveren (dure) aanvullende onderzoeken aan aanvullende informatie op?

De belangstelling hiervoor komt van diverse kanten. Naast financiële overwegingen zijn er de overwegingen van normatief-protocollaire aard: levert het in de ogen van deskundigen noodzakelijke handelen ook op wat ervan wordt verwacht? Vanuit het oogpunt van somatische fixatie is er belangstelling, omdat het mogelijk wordt het medisch handelen te beperken tot een gefundeerde argumentering om onnodig medisch handelen te vermijden.

In de komende nummers van *Huisarts en Wetenschap* zal nader worden ingegaan op dit aspect van de a posteriori kansen.⁸ Daarmee mengt de generalistische medische discipline zich in de besluitvorming. En daarmee komen dan ook 'generalistische' aspecten nadrukkelijk aan bod. Is voor financiers de ratio van dure hoog technologische onderzoeken een punt van zorg, voor de huisarts gaat het primair om de waarde van anamnese en gericht lichamelijk onderzoek, en vervolgens om de 'meerwaarde' van elk onderzoek dat verder gaat dan deze bij iedere patiënt in elk consult eenvoudig te vergaren informatie. Ook voor gefundeerd medisch onderwijs is dit soort simpele gegevens van grote betekenis.

De vragen waarop onderzoek naar beslismomenten betrekking zal hebben, zullen vooral voor de hand liggend en door de praktijk geïnspireerd zijn. De arts van vandaag is niet meer de allesweter en alleskunner. In de omgang met mondige patiënten is daarentegen behoefte aan kennis van zaken over risico's, kansen en een rationele verantwoording van wat vanuit medisch oogpunt een 'must' is. Een wetenschappelijk denkkader is daarbij onmisbaar.

In het verlengde hiervan ligt de benaderingswijze die de groep van Sackett suggereert voor een optimale therapiekeuze bij individuele behandelingen.⁹ In een groot aantal gevallen zal er een keuze mogelijk zijn uit farmacologisch gelijkwaardige medicamenten. Daarnaast bestaat er rond vele ziekten een beperkte waarde van een gerichte therapeutische interventie. Voor de behandeling van een individuele patiënt gaat het er echter om, vast te stellen of bij hem/haar nu juist sprake is van baat en wat de optimale therapie is. Via een *randomized trial* bij individuele patiënten kan dit

worden vastgesteld – een klinische service die in Ontario grote aftrek blijkt te vinden.

In beide gevallen gaat het om de toepassing van wetenschappelijke methoden in de dagelijkse praktijk. Apodictie heeft daarbij plaats gemaakt voor waarschijnlijkheid en de huisarts zal er gebruik van kunnen maken om tot een juist oordeel te komen, ervan uitgaand dat een globaal juist oordeel van meer betekenis is dan een meer gedetailleerde – maar achteraf onjuiste – hypothese.

Dr. C. van Weel

Opname bij psychiatrische ziektebeelden

In dit nummer bepleit *Jenner* het gebruik van de mogelijkheden van de sociale psychiatrie ter preventie van opnamen in psychiatrische ziekenhuizen. 'Opname-voorkomende strategieën' zouden het aantal psychiatrische opnamen kunnen doen dalen en de patiënten in kwestie veel 'secundaire' narigheid kunnen besparen. Voor zover de indicatie tot opname aan de orde komt, zou de uiteindelijke beslissing bij de sociaal psychiater moeten berusten, want: 'een goede indicatiestelling ... vereist gespecialiseerde kennis en veel ervaring die op peil moet worden gehouden'.¹

Waarom dient dit laatste zo nadrukkelijk te worden gesteld? Bestaat er in dit opzicht verschil met welke indicatiestelling dan ook? Is niet het stellen van een indicatie tot opname in een ziekenhuis een taak van – zij het niet uitsluitend – de huisarts, en waarom en in hoeverre zou er in deze onderscheid zijn te maken tussen psychiatrische en niet-psychiatrische gezondheidsstoornissen?

'Onnodige' of 'inadequate' opnamen dienen altijd te worden voorkomen en de risico's van psychiatrische opname zijn belangrijk genoeg om naar alternatieven te zoeken. 'Opname-voorkomende strategieën' zijn in feite secundair (of tertiair) preventieve interventies in de thuissituatie en vormen dus per definitie een eerstelijns activiteit. Deskundig maar vooral consequent toegepast, zullen dergelijke strategieën inderdaad nogal eens opname of heropname kunnen voorkomen. Naar analogie van een meer geavanceerde diagnostiek en daardoor vaak effectievere therapie bij somatische gezondheidsstoornissen in de huisartspraktijk, zullen dergelijke interventies het aantal ziekenhuisopnamen doen verminderen. Studies op langere termijn zullen ons echter de gegevens moeten verschaffen om de procedure in deze te kunnen beoordelen op 'efficacy', 'effectiveness' en 'efficiency'.

Alvorens aan de opmerkingen en aanbevelingen van de auteur beleidsmatige consequenties te verbinden, is echter nadere studie op zijn plaats. Zo is de uitkomst van het door de auteur aangehaalde onderzoek van *Mendell and Rapport*, dat in feite slechts eerdere opname in een psychiatrisch ziekenhuis 'significante invloed' uitoefent op het stellen van de indicatie tot opname,² in zijn algemeenheid en voor de Nederlandse situatie niet zonder meer te interpreteren.

¹ Lamberts H. Het huis van de huisarts, nu en straks. *Huisarts en Wetenschap* 1985; 28: 82-91.

² Gerritsma JGM, Smal JA. De werkwijze van huisarts en internist. Utrecht: Bunge, 1982.

³ Van Weel C. Alledaagse ziekten en een gezond verstand [Oratie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1986.

⁴ Van den Dool CWA. Surveillance van risicogroepen. *Huisarts en Wetenschap* 1970; 13: 59-62.

⁵ Huygen FJA. Anticiperende geneeskunde; een nieuwe denkwijze voor de huisarts. *Huisarts en Wetenschap* 1971; 14: 447-51.

⁶ Knottnerus JA, Knipschild PG, Sturmans F. Symptomatie en selectiebias. *Huisarts en Wetenschap* 1985; 28: 325-30.

⁷ Knottnerus JA. Hypothesen en a priori kansen. *Huisarts en Wetenschap* 1986; 29: 269-73.

⁸ Van Geldorp J, Van den Bosch JSG. De keuze van diagnostische testen en beslis kundige analyse. *Huisarts en Wetenschap* 1986, ter perse.

⁹ Luyatt G, Sackett D, Taylor DW, Chong J, Roberts R, Pugsley S. Determining optimal therapy-randomised trials in individual patients. *New Engl J Med* 1986; 314: 889-92.

ren. Binnen de selectie van eenmaal opgenomen patiënten is de a priori kans op hernieuwde opname hoe dan ook vergroot. Bij ontbreken van een adequate epidemiologische analyse, met name van gegevens over de basispopulatie, de incidentie en prevalentie, is de problematiek niet of nauwelijks op zijn implicaties te beoordelen. Alles is dus ook hier weer gecompliceerder dan op het eerste gezicht lijkt.

Het is voorts niet onbelangrijk erop te wijzen, dat het dagelijks werk van de huisarts aanzienlijk meer wordt belast door 'psychosociale problematiek' (om deze ongelukkige term van de Staatssecretaris van WVC te gebruiken^{3,4}) dan door ernstige psychiatrische problemen. Deze laatste problematiek maakt slechts een zeer gering deel uit van het totale psychosociale problemencluster in een huisartspraktijk. Ook al gaat het om relatief zeldzame gevallen, ernstige psychiatrische stoornissen behoren tot het totale psychosociale probleemveld van de huisartsgeneeskunde. Niet een verdere specialisering zal hierop het antwoord moeten zijn, maar een nadere 'professionalisering' binnen de eerstelijns zorg.

De hulpverlening dient zich in eerste en laatste instantie te richten naar een persoonlijke, continue en integrale zorg voor de patiënt. Dit is de kern van het taken- en functiepakket van de huisarts. Additionele, min of meer specialistische voorzieningen dienen hierbij ter ondersteuning, zowel bij preventie, als bij diagnostiek. De bonte 'Winkel van Sinkel' van de ambulante geestelijke gezondheidszorg heeft de laatste jaren door de instelling van de RIAGG's weliswaar een eenvormiger aanzien gekregen, maar de vraag is nog in hoeverre de aldus geformeerde hulpverlenings-supermarkt een verdere 'depersonalisering' van de concrete zorg zal kunnen voorkomen. Ondanks de instelling van regionale veldteams blijft een aldus georganiseerde zorgverlening in de meeste gevallen een tamelijk ver van huis en bed liggende 'tweede instantie', die waarschijnlijk in menig opzicht niet zal kunnen concurreren met het minder geutilleerde doch meer vertrouwde buurtwinkeltje om de hoek.

Als er al samengewerkt moet worden, dan is het op voorhand duidelijk dat deze samenwerking, bezien vanuit de taak van de huisarts, een zo holistisch mogelijk karakter moet hebben. Zij zou zich moeten uitstrekken over het gehele psychosociale probleemveld binnen de huisartspraktijk, juist om 'uitschieters' te kunnen voorkomen.

De bijdrage van Jenner illustreert de noodzaak om in principe bestaande mogelijkheden te benutten en binnen de gezondheidszorg aanwezige kwaliteiten en

capaciteiten effectief te benutten. Tegelijk wordt duidelijk dat experimenten in deze zeer zinnig zijn, maar dat deze een vervolg moeten hebben in wetenschappelijk verantwoorde evaluaties. Zolang men niet kan beschikken over de resultaten van dergelijke studies zal het bij – zo nu en dan succesvolle – slagen in de lucht blijven.

Op zijn minst komt hierbij de vraag aan de orde of en in hoeverre onze op papier 'uitgedokterde' hulpverlenings- en welzijnszorgstructuur voldoende is afgestemd op werkelijke behoeften van patiënten en op een adequate manier is toegesneden op de zo wenselijke versterking van de thuiszorg. Daarom zou onderzoek als destijds geïnitieerd door het Nederlands Instituut van Psychologen⁵ een kans moeten krijgen en niet moeten stuklopen op belangen van eenmaal gevestigde hulpverleningsinstanties.

Dr. H.G.M. van der Velden

¹ Jenner JA. Opnamepreventie bij psychiatrische ziektebeelden. Huisarts en Wetenschap 1986; 29: 274-6.

² Mendel M, Rapport S. Determinants of the decisions for psychiatric hospitalization. Arch Gen Psychiatry 1969; 20: 321-8.

³ Nieuwe nota geestelijke gezondheidszorg. Leidschendam: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1984.

⁴ Smits AJA, Hosman CMH. De RIAGG en de eerstelijnsgezondheidszorg I, II. Med Contact 1985; 40: 100-2, 139-42.

⁵ Smits A, Hosman C, Van Kester M. Psychologie en de eerstelijnszorg. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Vakgroep Klinische Psychologie, 1984.