

Huisarts en patiënt: duel of duet?

Spanningen tussen huisartsen en patiënten bepalen in belangrijke mate het gedrag van de patiënt en het handelen van de huisarts. Zorgvuldig in de studeerkamer uitgedachte beslismomen en protocollen verdwijnen in de praktijk van alledag als sneeuw voor de zon door interpersoonlijke invloeden; een proces dat de patiënt niet baat en de dokter frustrereert. Met het NHG-congres 1987 wordt beoogd inzicht te krijgen in het ontstaan van die spanningen en aanzetten te geven tot oplossingen.

Spanningen tussen huisarts en patiënt – en daarmee ook tuchtzaken – hebben grofweg betrekking op drie terreinen: de service, de bejegening en het niet congruent lopen van de verwachtingen over wat de dokter behoort te doen, en wat het resultaat van het diagnostisch of therapeutisch handelen zou moeten zijn.

Het spanningsveld aangaande de service ontstaat, doordat de patiënt zijn klacht als uniek en op dat moment alles overheersend beschouwt en daarvoor snelle en intensieve hulp wil, terwijl de dokter zijn aandacht zo effectief en efficiënt mogelijk moet verdelen over zijn hele praktijk.

Ten aanzien van de bejegening moet de dokter (terecht) zeer ver gaan in het opbrengen van begrip voor de patiënt, zonder dat daarbij zijn eigen identiteit en integriteit in het gedrang komen; van de patiënt wordt gevraagd de vaak niet zo heldere regels van het spel te respecteren (met het risico dat hij zelf buiten spel komt te staan).

Verreweg de meeste problemen lijken zich voor te doen door het uiteenlopen van de opvattingen die patiënten en huisartsen koesteren over hetgeen de dokter behoort te doen. De huisarts is dan wel beter gaan luisteren, maar al luisterend krijgt hij wensen en eisen te horen die hij, op grond van zijn kwaliteitsopvattingen, eigenlijk liever niet honoreert. Hij gaat daar dan in alle oprechtheid, doch ook met verwarring en tegenzin op in; de patiënt vraagt het immers. De dokter weet wel beter, maar gaat niettemin, licht tegenstribbelend en zonder wezenlijke discussie, over tot het defensieve gedrag van de dag. Zo worden er steeds weer bezinkingen en Hb-tjes geprikt, zonder dat de verklaring van de moeheid er echt van wordt

verwacht. Zo wordt bij hartklachten de stethoscoop steeds weer braaf op de borstkas gezet, zonder ook maar het geringste perspectief dat daar iets belangwekkends te horen is. Zo wordt, in toenemende hoeveelheden, geavanceerd bloedonderzoek en röntgendiagnostiek aangevraagd en blijft het aantal verwijzingen naar specialist en fysiotherapeut stijgen, zonder dat dit aantoonbaar bijdraagt tot de kwaliteit.

Dreigt de huisarts zich te gaan ontwikkelen tot de altijd glimlachende winkelier die er in zijn achterhoofd het zijne van denkt? Gaat hij – om het taalgebruik van de cynici te hanteren – zich in toenemende mate prostitueren? Of zal er een restauratie optreden van de 'echte', klassieke dokter?

In ieder geval heeft de dialectiek tussen de wens van de patiënt en de deskundigheid van de huisarts nog niet geleid tot de gewenste synthese. Waar het paternalisme verdween, maakte het vaak plaats voor een net zo min productief consumentisme. En daar is de beroepsgroep in zekere mate zelf verantwoordelijk voor. Het wil de individuele dokter nog weleens lukken, maar de beroepsgroep als geheel is nog niet in staat constructief om te gaan met de spanning tussen democratie, participatie en mondigheid aan de ene kant en de eigen deskundigheid aan de andere kant. De spanning tussen wat de patiënt wil, en wat de dokter denkt dat goed voor hem is, is onvoldoende geproblematiseerd, onderzocht en opgelost.

Waar dat wel is geprobeerd, bleek er slechts één uitweg: een open discussie tussen dokters en patiënten over concrete zaken, waarbij het voor de dokter in ieder geval noodzakelijk is zijn kwaliteitsbegrip helder te formuleren. En dat laatste valt voor de dokter niet mee; het vraagt zelfbewustzijn en afzien van subtiel machtsvertoon of imponerend ramelen met medische techniek. De boodschap is vaak niet populair, bovendien ingewikkeld en moeilijk uit te leggen, en belooft geen succes op korte termijn. Met zijn nogal prille kennis en vaardigheid moet hij het nog waarmaken ook. Zijn kwaliteitsbegrip wordt niet ondersteund door zijn beroepsgroep, veelal evenmin door specialisten en zeker niet door de media: een moeizaam bereikt evenwicht kan door één

'vinger aan de pols' verstoord worden.

Maar het kwaliteitsbegrip krijgt wél vorm en het zelfbewustzijn wordt zo langzamerhand meer gerechtvaardigd. De contouren van het werkveld van de huisarts tekenen zich af. Het benodigde kennisareaal wordt steeds duidelijker. De huisarts is steeds beter in staat de kwaliteit van zijn handelen – wat hij kan en niet kan – zichtbaar te maken. Het is nog steeds geen volwassen vak, maar het wordt tijd dat de adolescent de discussie aangaat, zonder angst omver te worden gehaald, en zonder in defensief gedrag te vervallen. Daarbij is het niet verstandig te wachten tot de huisartsen in besloten kring hun zaakjes en protocollen rond hebben (wanneer dat ook moge zijn); juist midden in de ontwikkeling is het zinvol te formuleren, wat de huisarts de patiënt te bieden heeft.

Nu is dé patiënt natuurlijk een abstract en onwerkbaar begrip. In onze patiëntenpopulatie valt niet zomaar een gesprekspartner te identificeren: we zullen dus concrete keuzen moeten maken.

Een groot deel van de praktijkpopulatie (naar schatting 60 procent) bestaat uit mensen die slechts incidenteel van de diensten van de huisarts gebruik maken. De relatie met deze patiënten heeft meestal een ongecompliceerd servicekarakter. Zij zijn voorlopig noch geschikt, noch gemotiveerd om een discussie aan te gaan. De belangrijkste determinanten van onze dagelijkse praktijkvoering zitten in de resterende 40 procent, waarmee onze relatie wél intensief, gecompliceerd en soms problematisch is.

Voor het congres hebben we gekozen voor vijf groepen waarin veel spanningen worden ervaren: ouders van jonge kinderen, bejaarden, CARA-patiënten als representant van de groep chronische patiënten, vrouwen in de overgang en angstige patiënten met vaak vegetatieve klachten. Op het congres krijgt u in een vlot tempo de 'harde' en de 'zachte' informatie omtrent deze groepen voorgeschied. De harde informatie zal bestaan uit de meest recente stand van zaken betreffende huisartsgeneeskundig onderzoek en denken, vergaard en gepresenteerd door huisartsen die als deskundige op dat terrein gelden. De zachte informatie zal bestaan uit de resultaten van een aantal opinie-onder-

zoeken. Daartoe zijn op vijf plaatsen in Nederland huisartsen en patiënten diepgaand ondergevraagd over hun opvattingen, volgens de 'Delphi-methode'. Daarnaast wordt een brede enquête gehouden onder een representatieve steekproef van 'gewone' Nederlandse huisartsen en een tweede enquête onder de staven en hoogleraren van de huisartseninstituten.

Het ligt in de bedoeling dat de congresgangers op grond van deze informatie tot uitspraken komen en vaststellen waarover consensus is en waarover niet. De uitspraken waarover grote overeenstemming bestaat, zouden goede aanzetten kunnen zijn tot standaardontwikkeling. Waar dokters het onderling niet eens zijn, zal een vruchtbare bodem liggen voor verder onderzoek.

Als huisartsen en patiënten als groepen met elkaar van mening verschillen, dan is het zaak dat of de dokter verandert (via opleidingen en nascholing), of de patiënt. Daarom is het nodig dat deze ontwikkelingen ook worden uitgedragen naar de patiënten. Wij zijn in bespreking met een omroep om na het congres te komen tot een aantal televisie-uitzendingen over de vijf genoemde patiëntengroepen.

Omdat tijdens de voorbereiding duidelijk werd dat ook doktersassistenten en meewerkende echtgenotes midden in het schootveld zitten, hebben we besloten met name deze groep uit te nodigen voor een partnerprogramma, dat sterk aansluit bij het congressthema. Er wordt gewerkt in workshops over conflicthantering, telefoonbehandeling, balie-organisatie, communicatiemiddelen, de meest praktische inrichting van balie en assistenteruimte, enzovoort.

Het congres vindt plaats in de Hanzehof in Zutphen, in ons streven nu ook het oosten van het land tegemoet te komen. Het congres duurt een dag (vrijdag, 20 november) en wordt afgesloten met een feest.

H.G.L.M. Grundmeyer,
voorzitter Congrescommissie 1987

Effect of near normoglycemia for two years on progression of early diabetic retinopathy, nephropathy and neuropathy: the Oslo study. *Dahl-Jorgensen K, Brinchmann-Hansen O, Hanssen KF, et al. Br Med J 1986; 293: 1195-9.*

Vijfenvertig insuline-afhankelijke diabetici werden *at random* behandeld met continue subcutane insuline-infusie (CSII), multiële insuline-injecties (5-6 maal daags) of conventionele tweemaal daagse insuline-injecties. De instelling van deze drie groepen werd vergeleken aan de hand van de bloedsuikeren HbA1-waarden.

CSII en multiële injecties leidden praktisch tot normoglykemie, in tegenstelling tot de conventionele behandeling. Hypoglykemisch coma werd minder frequent gezien met CSII dan met multiële injecties of conventionele therapie, hoewel bloedsuikervwaarden lager dan 2,5 mmol/l vaker voorkwamen.

Na twee jaar hadden zich bij de patiënten met CSII en multiële injecties minder retinale micro-aneurysmata en hemorrhagieën ontwikkeld dan bij de patiënten met de conventionele behandeling (bij wie het aantal juist significant was toegenomen). De geleidingsnelheid van de motorische zenuwbannen verslechterde bij de patiënten met de conventionele therapie; bij patiënten met CSII was er geen verandering van de geleidingsnelheid in het eerste jaar, en een verbetering na twee jaar. Tenslotte bleek de glomerulaire hyperfiltratie met CSII te verminderen, zonder verandering van excretie van albumine in de urine.

De conclusie is, dat het nastreven van normoglykemie gedurende vele jaren progressie van vroege stadia van late diabetische complicaties kan voorkomen.

Ben Mangnus

Effects of breast conservation on psychological morbidity associated with diagnosis and treatment of early breast cancer. *Fallowfield LJ, Baum M, Maguire GP. Br Med J 1986; 293: 1331-4.*

Bij 101 vrouwen die werden behandeld wegens een vroeg stadium van mammacarcinoom (T0-2, N0-1, M0), werd de psychiatrische morbiditeit vastgesteld. Patiënten die geen uitgesproken voorkeur hadden voor een behandeling, werden *at random* behandeld met mastectomie of lumpectomie (borstsparende lokale incisie) met nabestraling.

Zoals verwacht, bleek de incidentie van angstsyndromen en/of depressies hoog bij de vrouwen die een mastectomie ondergingen (33 procent). Dat was echter ook het geval bij de groep met lumpectomie: 38 procent. Mogelijk speelde de angst dat de behandeling niet toereikend was geweest, hierbij een rol.

Deze bevindingen zijn in tegenspraak met het standpunt dat het mutilerend effect van de ingreep de doorslaggevende factor is bij de aanzienlijke psychiatrische morbiditeit bij borstoperaties wegens kanker. Goede begeleiding en ondersteuning is dus nodig voor alle patiënten die voor borstkanker worden behandeld, en niet alleen voor diegenen die een mastectomie ondergaan.

Ben Mangnus

Contribution of inappropriate treatment for hypertension to pathogenesis of stroke in the elderly. *Jansen PAF, Gribnau FWJ, Schulte BPM, Poels EFJ. Br Med J 1986; 293: 914-7.*

Bij 178 patiënten die met een acuut cerebraal infarct of een TIA naar het ziekenhuis waren verwezen, werd nagegaan of men kon beschikken over een bloeddrukwaarde van niet meer dan één jaar oud. Bij de 100 patiënten voor wie zo'n waarde bekend was, werd vervolgens onderzocht of de behandeling in de voorafgaande drie weken was gewijzigd. Zeven patiënten hadden een recente wijziging in de antihypertensieve of diuretische behandeling ondergaan. Vier van hen hadden een aanzienlijke bloeddrukdaling vlak na het CVA, met daarnaast tekenen van hemoconcentratie. Drie van deze vier waren met furosemide begonnen en bij de vierde was de dosis van een reserpine-combinatiepreparaat verhoogd. De veranderde medicatie heeft waarschijnlijk bijgedragen tot het ontstaan van het CVA.

De andere drie patiënten vertoonden een geringere bloeddrukdaling of zelfs een toename van de bloeddruk en geen tekenen van hemoconcentratie. Een verband tussen CVA en wijziging van de therapie is bij hen minder waarschijnlijk.

Het gebruik van sterk werkende diuretica als furosemide bij de behandeling van hypertensie kan hypovolemie en hypotensie veroorzaken, met als gevolg cerebrale ischemie. Het is dan ook aan te bevelen om een dergelijke therapie niet toe te passen.

Ben Mangnus

Hip fractures in healthy patients: operative delay versus prognosis. *Villar RN, Allen SM, Barnes SJ. Br Med J 1986; 293: 1203-4.*

In hoeverre heeft de duur van het tijdsverloop tussen een heupfractuur en de daarop volgende operatie invloed op het functioneren van de patiënt, drie maanden na de operatie. Dit verband werd retrospectief onderzocht bij 145 vrouwen die een hemiarthroplastiek hadden ondergaan wegens een subcapitale fractuur van de femurhals, maar voor het overige goed gezond waren. Bij de vrouwen met een goed herstel bedroeg het tijdsverloop gemiddeld 29 uur, terwijl dit voor de groep met een slecht herstel gemid-