

**The task of medicine. Dialogue at Wickenburg**  
 White KL. *Menlo Park, California: Kaiser Family Foundation, 1988; gratis verkrijgbaar.*

Niemand heeft de laatste 20 jaar internationaal zoveel voor de huisartsgeneeskunde gedaan als Kerr White. Oorspronkelijk opgeleid als internist, ontwikkelde hij al snel een bredere visie op de geneeskunde dan de strikt medisch-biologische, zoals die is neergelegd in het paradigma van Flexner: 'The human body belongs to the animal world. It is put together of tissues and organs...'. Hij werd een van de grote gangmakers van de klinische epidemiologie en van de 'community oriented medical schools'. Daarbij kwam steeds nadrukkelijker zijn opvatting naar voren, dat een goede huisarts met een brede professionele oriëntatie een centrale plaats in ieder gezondheidszorgsysteem hoort te hebben. Hij heeft – vooral binnen de Rockefeller Foundation – veel bijgedragen aan de emancipatie van de huisartsgeneeskunde: geen van de door de WONCA gepubliceerde classificatiesystemen zou er zonder zijn steun zo hebben uitgezien. Dat geldt vooral de ontwikkelingsgang van de International Classification of Primary Care (ICPC).

Dat White zich ook na zijn vertrek bij de Rockefeller Foundation als 'emeritus' blijft inzetten voor wat hij de essentiële taak van de geneeskunde vindt, blijkt uit zijn recente verslag van de 'Dialogue at Wickenburg'. Tijdens deze conferentie, gehouden onder auspiciën van de Kaiser Family Foundation, werd door een veertigtal deskundigen gediscussieerd over 'the task of medicine'. Uitgangspunt bij de beraadslagingen vormde het het in 1986 (eveneens door de Kaiser Family Foundation) uitgegeven boek van de mediëvist Charles A. Odegard: 'Dear doctor: a personal letter to a physician'. Daarin beklagt Odegard zich over het volstreekte gebrek aan kennis bij artsen op het gebied van de 'humanities' en de welhaast principiële geringschatting die daarvoor binnen medische faculteiten lijkt te bestaan. Daarbij doelt hij niet alleen op gedragswetenschappen, maar ook op taalwetenschap, literatuur, kunst, filosofie, muziek en geschiedenis. Daartegenover schetst hij een beeld van de 'moderne' geneeskunde waarin de mens, geheel conform het oorspronkelijk paradigma van Flexner – waarin hij overigens zelf later talrijke nuances aanbracht – is gereduceerd tot een lichaam waarop medische technologie bedreven kan of moet worden.

In Wickenburg zijn de aanwezigen het er algemeen over eens: het biomedische paradigma van Flexner heeft aanvulling en op termijn vervanging. In de discussies heeft men zich met twee hoofdvragen beziggehouden: ten eerste met de vraag hoe de huidige toestand historisch te verklaren is, ten tweede met de vraag langs

welke lijnen verbeteringen tot stand gebracht zouden kunnen worden.

Drie factoren zijn belangrijk wanneer men wil begrijpen hoe het zover heeft kunnen komen.

Belangrijk is in de eerste plaats de in de medische professie wijd verbreide onwetendheid over de eigen historie, naast een diepgaande intellectuele armoede, die artsen te vaak isoleert van de enorme rijkdom aan ervaringen en kennis op andere gebieden. Een tweede element is de ontwikkelingsgang die het wetenschappelijk bedrijf binnen de meeste westerse universiteiten heeft doorgemaakt. De voorliefde voor strikt wetenschappelijke methoden volgens de wetten der logica heeft op tal van wetenschapsgebieden aan een vruchtbare ontwikkeling bijgedragen. Binnen de geneeskunde heeft deze methode echter tot een relatief geringe expansie van kennis en zelfs tot restrictie geleid. Isolationisme is daarbij nog een te milde diagnose.

Tenslotte heeft de geneeskunde zich in de academische omgeving te sterk gericht op het ontwikkelen van technologie, gebaseerd op wetenschappelijke inzichten die uit andere disciplines stammen. De klinische afdelingen in academische ziekenhuizen houden zich vooral bezig met 'know how' en bijna nooit met 'know why, know whether and know what'.

Al met al is er aldus in feite geen sprake van een echte wetenschappelijke ontwikkelingsgang in de geneeskunde, aldus de vergadering. In dat verband werd erop gewezen dat van niet meer dan 20 procent van alle therapeutische interventies objectief en onomstotelijk is bewezen dat ze meer goed dan kwaad doen; 50 à 60 procent van alle aan geneeskundig handelen toegeschreven nut is in feite toe te schrijven aan placebo- en Hawthorne-effecten, die vaak sterk onderschat worden.

In het kader van mogelijke verbeteringen wordt ervan uitgegaan, dat het bio-medische model weliswaar niet voldoet, maar dat vervanging ervan door het 'bio-psycho-sociaal paradigma' niet zonder meer de oplossing is – al was het alleen al omdat dat zo'n afschuwelijke term is. Veeleer wordt gepleit voor een verbreding van opvatting, waarbij wat goed is binnen het biomedisch model, wordt aangevuld met noties uit andere kennisgebieden. Daartoe worden acht concrete stappen genoemd die aan een verbetering van de huidige situatie kunnen bijdragen.

- Het onvermogen van veel artsen om zinvol en 'normaal' met patiënten te praten, vraagt om actief ingrijpen. Huisartsen zijn de aangewezen figuren om binnen medische faculteiten daartoe een 'crash course' op te zetten.

- Opvattingen uit de gedragswetenschappen ('humanities') verdienen meer aandacht in het curriculum; niet als ondergeschoven of onechte

kinderen, maar als producten van eigenstandige vakgebieden, waarmee geneeskundigen samenwerken op basis van heldere professionele relaties.

- De huisartsgeneeskunde verdient binnen faculteiten centrale strategische ondersteuning, niet alleen binnen het onderwijs, maar vooral in de organisatie van het gezondheidszorg-systeem. Op interventies gerichte zorg moet teruggedrongen worden door cognitieve zorg; wie kan daar beter iets over zeggen dan de huisarts?

- Er moet eindelijk goed onderzoek gedaan worden naar het placebo-effect; al veel te lang wordt deze belangrijke therapeutische modaliteit met geringschatting afgedaan.

- Zonder verder in te gaan op de vraag of artsen nu werkelijk vaker 'illiterate' zijn dan juristen of ingenieurs, dient de beroepsgroep zich van zijn mogelijke tekorten op dit gebied bewust te worden en daar iets aan te doen.

- De manier van labelen van gezondheidsproblemen en daarmee de nosologie in de geneeskunde, zoals die is neergelegd in nomenclatuur en classificatiesystemen, is hard aan herziening toe. Er is behoefte aan een helder en rijk taalgebruikssysteem om problemen van patiënten en geneeskundige interventies binnen ziekte-episodes te identificeren en vast te leggen, zodat ze op een zinvolle manier kunnen worden geteld. De International Classification of Primary Care wordt in dit kader een belangrijk nieuw instrument genoemd.

- Informatie over gezondheid en ziekte moet – zowel voor de bevolking als voor de professionals – in begrijpelijker, eerlijker en intelligenter termen worden gegoten. Het is ongewenst dat onderzoekers in hun verlangen naar 'derde geldstroom' vertekende, incomplete of overdreven boodschappen de wereld insturen.

- Tenslotte vragen drie 'medical scandals' om een oplossing. Allereerst dient het vernederende en denigrerende taalgebruik van artsen in opleiding in hun beschrijving van hun aandeel in de patiëntenzorg gestopt te worden. In de tweede plaats blijkt – een treetje hoger – de specialist, die feitelijk verantwoordelijkheid draagt, praktisch niet voor de patiënt beschikbaar te zijn. De tijd die specialisten aan patiënten besteden, is te gering en dan nog vaak onjuist gedoseerd. Het derde schandaal heeft betrekking op de persoonlijkheidsstructuur, die dokters tot geschikte dokters maakt. Te veel studenten beschikken zelfs in aanleg niet over de integriteit, compassie en het respect die men van een arts mag eisen. De 'conspiracy of silence' hieromtrent moet verbroken worden.

Het is duidelijk dat dit boek niet door iedere arts met evenveel plezier gelezen zal worden, ook al is het vlot en zonder de gebruikelijke geheimtaal

geschreven. Voor de Nederlandse huisarts vormt dit boek noodzakelijke literatuur, omdat er veel in staat dat hem kan helpen het nóg beter te doen, en vooral omdat het hem steunt voort te gaan op de weg die de huisartsgeneeskunde in Nederland reeds lang geleden heeft ingeslagen.

Niet-huisartsen en gezondheidszorg-politici dienen dit boek voortdurend bij de hand te hebben, opdat zij zich realiseren hoezeer de gezondheidszorg in de Verenigde Staten is verworden tot een bedreiging van de integriteit van mensen, in plaats van een bastion voor het behoud daarvan. Nederland dient met alle hardnekkigheid vast te houden aan een systeem waarin huisartsen – misschien niet optimaal – toch grotendeels doen, wat nu in Amerika zo desperaat wordt bepleit.

Henk Lamberts

**Huisartsgeneeskunde een verkenning. Een explorierend onderzoek bij huisartsen-stagebegeleiders aan de R.U. [Dissertatie]. De Maeseneer J. Gent: Rijksuniversiteit Gent, 1989; 470 pagina's, prijs NLG 50. ISBN 90-800391-1-X.**

Belangrijke zaken waarover weinig bekend is, dienen in de eerste plaats beschreven te worden. De Vlaamse huisartsgeneeskunde is zo'n zaak: ondanks een hoge huisartsendichtheid en een grote activiteit in de patiëntenzorg is er – wellicht mede ten gevolge van de minder overzichtelijke organisatiestructuur – nog niet veel zicht op het aanbod van problemen en op wat huisartsen hiermee doen. De Maeseneer nam de uitdaging van de beschrijving op zich en zijn proefschrift dwingt bewondering af, alleen al vanwege de grote hoeveelheid werk voor dit ruim 470 pagina's tellende boek is verricht. Het doel van dit proefschrift is erg breed: het in kaart brengen van het klachtenaanbod en het huisartsgeneeskundig handelen; het nagaan van de bruikbaarheid van de International Classification of Primary Care (ICPC) bij het centraal coderen van geregistreerde patiëntcontacten; het uittesten van een nieuw ontwikkelde nomenclatuur van geneesmiddelen in relatie tot de ICPC; het onderzoeken van de samenhang tussen diverse indicatoren van het huisartsgeneeskundig functioneren en kenmerken van arts, diagnose en contact; en het onderzoeken van factoren die samenhangen met het voorschrijfgedrag van de bestudeerde huisartsen.

Het gegevensmateriaal, dat als basis dient voor de studie, bestaat in de eerste plaats uit een gestructureerde registratie van 5609 huisarts-patiënt contacten bij 94 huisarts-stagebegeleiders aan de Rijksuniversiteit Gent. De registratiegegevens zijn in de periode van 1 oktober 1984 tot 30 september 1986 verzameld door 127 medische

studenten via de methode van de participerende observatie, tijdens hun vier weken durende stage huisartsgeneeskunde. Het registratieformulier omvatte onder meer de volgende items: reden voor contact, interventie(s) van de huisarts, diagnose(n), therapie en aspecten van de huisarts-patiënt communicatie. In aanvulling op de registratie werd door een psycholoog een interview afgenomen met betrekking tot persoons- en praktijkgegevens, opvattingen over gezondheid en gezondheidsgedrag, houding ten opzichte van gezondheidsvoorlichting en opvoeding, functioneren als huisarts, taakopvatting, voorschrijfgedrag, omgaan met psychosociale problemen, vakliteratuur en nascholing.

De gegevens werden geanalyseerd met deels geavanceerde methoden, zoals de multiële lineaire regressie. De uitkomsten werden steeds vergeleken met andere Belgische en buitenlandse onderzoeken, waaronder het Amsterdamse Transitieproject.

Een dergelijke studie levert natuurlijk een zodanige hoeveelheid gevarieerde gegevens op, dat we hieruit slechts enkele voorbeelden van (typen) resultaten kunnen lichten.

- Wat betreft de artskenmerken, blijkt het gerapporteerde gezondheidsgedrag – vooral van belang vanwege de eventuele voorbeeldrol van de arts – van de Vlaamse huisartsgroep niet veel te verschillen van een eerder onderzochte steekproef van Nederlandse collega's. Wel roken de Belgen minder en gebruiken zij minder suiker in de koffie. Tevens poetsen zij hun tanden minder vaak en drinken zij nauwelijks meer alcohol. De Vlaamse huisartsen leggen relatief vaak huisbezoeken af (39 procent van de contacten) en besteden veel tijd aan hun patiënten (gemiddelde contactuur: 17 minuten). Het ligt niet voor de hand dat dit samenhangt met de gezondheidstoestand van de patiënten. De nadere analyse geeft dan ook aanleiding tot de hypothese 'dat het grote aantal huisbezoeken dat in ons land wordt afgelegd eerder te maken heeft met een "aanbod" van de huisarts dan met een "vraag" van de patiënt'. De vraag is natuurlijk of dit samenhangt met de wijze waarop de zorg is georganiseerd.

- Ten aanzien van het probleem aanbod valt onder meer op dat respiratoire aandoeningen in vergelijking tot andere landen frequent optreden. De auteur stelt de vraag 'of dit niet mede een gevolg is van het gezondheidszorgsysteem waarin school- en werkverlet enkel door een attest van de arts kan gelegitimeerd worden'. In Vlaanderen worden snijwonden vaker aan de huisarts aangeboden dan in Engeland en Nederland, maar minder vaak dan in de VS. Gaat men in Nederland en Engeland eerder rechtstreeks naar het ziekenhuis? Houdt de Belgische collega

en zeker de Amerikaanse de kleine chirurgie liever aan zichzelf? De onderzochte Vlaamse huisartsen laten per consult gemiddeld meer interventies optekenen dan in het Transitieproject, en er worden ook vaker (beperkte) medische onderzoeken en administratieve handelingen verricht. Wat betreft het percentage verwijzingen per 100 contacten ontlopen beide studies elkaar niet veel.

- Uit de attitudebeoordeling, waarbij gebruik gemaakt is van het werk van Grol, kwam naar voren dat de Vlaamse onderzoeksgroep een meer defensieve attitude vertoont dan groepen Engelse en Nederlandse huisartsen. De vraag is dan – indien het hier om een werkelijk verschil gaat – of dit te maken heeft met verschillen in het systeem van eerstelijns gezondheidszorg en de in België sterkere concurrentie tussen collega's.

- Het voorschrijven van meer geneesmiddelen blijkt geenszins uitwisselbaar te zijn met meer verwijzen naar somatisch specialisten, integendeel: deze aspecten hangen positief met elkaar samen. Minder geneesmiddelen worden voorgeschreven door huisartsen die samenwerken in een duo- of groepspraktijk of een wijkgezondheidscentrum. In totaal blijkt bij maar liefst één op de tien contacten een inspuiting te worden verricht. De auteur spreekt in dit verband van nogal wat 'overbodig therapeutisch handelen', dat overigens meer voorkomt in drukke praktijken.

De meest voorgeschreven middelen zijn antihoest- en verkoudheidspreparaten en antibiotica, gevolgd door analgetica/antipyretica en psycholeptica. Artsen met een defensieve attitude blijken meer antibiotica en benzodiazepines voor te schrijven. De artsen schatten, gemiddeld, dat 78 procent van de patiënten een prescriptie verwachten, en in 76 procent van de contacten wordt ook inderdaad een voorschrift verstrekt. Uit het interview bleek voorts dat onzekerheid over de diagnose (in 20 à 25 procent van de gevallen) sterk samenhangt met onzekerheid over de effectiviteit van een voorgeschreven middel.

Het onderzoek bevestigt, dat het voorschrijven van geneesmiddelen een complex gebeuren is, waarbij – naast de aangeboden morbiditeit – onder meer praktijkkenmerken, attitude-aspecten, de houding ten opzichte van de farmaceutische industrie (wie vaker meedoet aan onderzoek van de industrie, schrijft meer voor) een rol spelen. De onderzoeker kon, anders dan enkele Nederlandse auteurs, niet aantonen dat er naast een 'specifiek' voorschrijfgedrag ook een 'aspecifiek' voorschrijfgedrag bestaat, waarbij de keuze van het geneesmiddel vooral wordt bepaald door artskenmerken. Hij pleit ervoor onderzoek naar voorschrijfgedrag niet meer te verrichten op grond van geaggregeerde gegevens zonder infor-

matie over onder meer de diagnose, maar wel – zoals hijzelf deed – op het niveau van het arts-patiënt contact.

Wie veel aanpakt, loopt ook tegen de nodige problemen op, en er zijn dan ook diverse vragen te stellen bij de gevolgde werkwijzen. Een groot deel daarvan wordt ook door de auteur benoemd en besproken.

Een algemeen probleem – niet alleen van dit onderzoek – is de registratiebias. Deze kan ontstaan als de arts de registratie van een bepaalde diagnose (onder andere acute bronchitis) achteraf gebruikt om een verrichte handeling (zoals het geven van antibiotica bij luchtweginfecties) te legitimeren. Een ander interpretatieprobleem komt voort uit het niet altijd vergelijkbaar zijn van populatie en methoden van met elkaar vergeleken internationale studies. Meer specifiek voor dit onderzoek geldt de vraag, in hoeverre de 127 meewerkende medische studenten tijdens een kortdurende eerste kennismaking met de huisartspraktijk en na een beperkte instructie, in staat waren goed te observeren en betrouwbaar te registreren wat patiënt en arts hen voorschotelden. Omdat geen enkel contact door meer dan één student werd geobserveerd, was een werkelijke inter-observer evaluatie niet mogelijk.

Het belangrijkste probleem bij een dergelijke veelomvattende, explorerende studie lijkt mij echter het zeer brede en open karakter ervan. De kans is dan niet gering dat de studie aanleiding geeft tot een groot aantal voorlopige bevindingen, die op welhaast encyclopedische wijze worden opgesomd, zonder dat per bevinding veel diepgang van interpretatie en wetenschappelijke beschouwing kan worden bereikt. Ook De Maeseneer ontkomt naar mijn oordeel niet geheel aan deze bedreigingen. In zijn op zich indrukwekkende output van tabellen, is het niet altijd duidelijk hoe hoofd- en bijzaken van elkaar kunnen worden onderscheiden, en wat de betekenis is van alle correlaties, regressie-coëfficiënten en significanties.

Wat gezocht vind ik de mogelijke verklaring die de auteur aandraagt voor de onverwachte bevinding dat artsen met een beperkte psychosociale taakopvatting meer voorlichting en advies geven: artsen die veel voorlichting en advies geven, zouden vaststellen dat dit niet zo eenvoudig is en vanuit deze ervaring zouden zijn hun taak op psychosociaal terrein bescheidener gaan omschrijven.

Niettemin kan worden vastgesteld dat een werkstuk van formaat is geleverd, dat een uitvoerige kwantitatieve beschrijving geeft van een belangrijk deel van de Vlaamse huisartsgeneeskunde, mede in vergelijking tot de situatie elders. Daarnaast heeft de auteur op het gebied van de instrumentontwikkeling in niet geringe

mate bijgedragen tot de verrijking van de ervaring met de ICPC en de manier waarop deze kan worden gehanteerd. In dit kader is ook de ontwikkelde geneesmiddelenclassificatie van belang. Tenslotte is deze studie een fraai voorbeeld van hoe het verzorgen van praktisch medisch onderwijs in de huisartsgeneeskunde kan samengaan met c.q. productief kan zijn voor het wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde.

J.A. Knottnerus

**Child health. The screening tests** [Practical guides for general practice nr. 11]. Macfarlane A, Sefi S, Cordeiro M. Oxford: Oxford University Press, 1989; 57 bladzijden.

Op initiatief van de beroepsorganisaties van wijkverpleegkundigen, huisartsen en kinderartsen heeft een gezamenlijke werkgroep een aantal screeningstests bij kinderen geselecteerd volgens de gemodificeerde criteria van Wilson en Jungner (1968). Het gaat onder andere om tests voor het opsporen van congenitale heupdysplasie, oogafwijkingen, gehoorstoornissen en cryptorchisme.

Het resultaat is een overzichtelijk en helder geschreven boekje, waarin acht screeningstests nader worden uitgewerkt met betrekking tot technische uitvoering, tijdstip van onderzoek en criteria voor verwijzing. Uitgangspunt is de Britse situatie, waarin vrijwel alle kinderen in een ziekenhuis worden geboren en derhalve meestal kort na de geboorte door een kinderarts worden onderzocht. Voor screening op heupafwijkingen (handgreep van Ortolani-Barlow) is dit van belang, want uitvoering van deze test door minder ervaren onderzoekers is niet zonder risico. Terwijl de gehoortest (Ewing-test) uitgebreid wordt beschreven, is het screenen op oogafwijkingen te summier aangeduid. De test op (latent) scheelzien, die in Nederland vrij algemeen wordt gebruikt bij baby's van 9 à 10 maanden en 1,5-2-jarigen, en de bepaling van de visus bij 3-4-jarigen worden niet genoemd.

Het is een goed initiatief om de thans gebruikelijke screeningstests te bundelen. Een voorbeeld dat ook in Nederland navolging verdient.

R.C.J. Smeenk

**Natural family planning – a guide to provision of services** Anonymous. Geneva: World Health Organization, 1989; 82 bladzijden, prijs CHF 16.7/USD 12.7. ISBN 92-4-154241-1. Te bestellen bij: INOR-publikaties, Postbus 14, 7240 BA Lochem, onder vermelding van ordernummer 1150307.

**Klein door een groeistoornis. Medische informatie.** Werkgroep Informatie en Onderzoek van BVKM. Amsterdam: Belangenvereniging van Kleine Mensen/Wetenschapswinkel, 1989; 159 bladzijden, prijs NLG 15,7. ISBN 90-73114-01-2.

**Psychiatrie** Zwanikken GJ, Fischer AA, Zitman FG. Utrecht: Bunge, 1990; 556 bladzijden, prijs NLG 95,7, ISBN 90-6348-435-6.

**Organische psychiatrie** Kuilman M. Utrecht: Bunge 1989; 167 bladzijden, prijs NLG 39,50. ISBN 90-6348-095-4.

**Hoe vaak ben ik niet door die poort gegaan?** Lambregts J, red. Amsterdam: Stadsdrukkerij; 160 bladzijden, prijs NLG 39,50. ISBN 90-6274-033-2.

**Diagnostiek en behandeling van patiënten met een HIV-infectie.** Danner SA, Meerhorst PL, Pauw W, Reiss P. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1989; 63 pagina's, prijs NLG 32,50. ISBN 90-313-1018-2.

**Kinderneurologie** Le Coultre R. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1989; 216 bladzijden, prijs NLG 39,50. ISBN 90-313-1015-8.

**Het pessarium: een goed alternatief** 2e herz. dr. Kraaijenhof T, Van Steenis A. Utrecht: Vrouwengezondheidscentrum Utrecht, 1989; 23 bladzijden, prijs NLG 5,25. ISBN 90-70617-25-0.\*

**Blaasontsteking** Moerman M, Westerveld N. 4e herz. dr. Utrecht: Vrouwengezondheidscentrum Utrecht, 1989; 20 bladzijden, prijs NLG 4,75. ISBN 90-70617-28-5.\*

**Premenstrueel syndroom** 3e dr. Baart I, Bransen E. Utrecht: Vrouwengezondheidscentrum Utrecht, 1989; 23 bladzijden, prijs NLG 5,25. ISBN 90-70617-27-7.\*

**Bekkenpijn** 4e herz. dr. Groot A, e.a. Utrecht: Vrouwengezondheidscentrum Utrecht, 1989; 19 bladzijden, prijs NLG 4,75. ISBN 90-70617-29-3.\*

\* Te bestellen door overmaking van het betreffende bedrag op giro 5289687 van VGC-brochures, Utrecht, onder vermelding van de titel.