

# Enkele gedachten over het karakter van de huisartsgeneeskunde

J.Th.M. VAN EIJK

**Samenvatting van de inaugurale rede uitgesproken op 3 november 1989 onder titel 'Over de identiteit van de huisartsgeneeskunde'. De literatuurlijst behorend bij de oratie is verkrijgbaar bij de vakgroep Huisarts- en Verpleeghuisgeneeskunde van de Vrije Universiteit (telefoon 020-548.4553).**

**Van Eijk JThM. Enkele gedachten over het karakter van de huisartsgeneeskunde. Huisarts Wet 1990; 33(2): 70-3.**

Prof. dr. J.Th.M. van Eijk, vakgroep Huisarts- en Verpleeghuisgeneeskunde van de Vrije Universiteit, Van de Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam.

## Inleiding

Het integrale karakter van de huisartsgeneeskunde maakt dat vanuit een groot aantal kennisgebieden in hoog tempo nieuwe inzichten worden aangeleverd. Deze snelle kennistoename is lastig te verwerken tenzij een visie voorhanden is die de aangeleverde kennis tot één geheel integreert. Het ontbreken van een dergelijke visie bedreigt de identiteit. Een dergelijke visie komt ook van pas bij de discussies over de positie van de huisarts in de gezondheidszorg bij een veranderend probleemaanbod. In het volgende zal ik u mijn visie op de huisartsgeneeskunde geven. De begrippen continuïteit, integrale en persoonlijke zorg zullen hierbij steeds terugkerende thema's zijn. Ik zal, want daar gaat het bij de bezetting van een leerstoel onderzoek uiteraard om, de lijn doortrekken naar het onderzoek dat ik aan de vakgroep huisarts- en verpleeghuisgeneeskunde wil stimuleren. Op deze wijze hoop ik een bijdrage aan de identiteit van de huisartsgeneeskunde te kunnen geven.

## Kennisvermeerdering in de huisartsgeneeskunde

In zijn afscheidsrede maakte de bacterioloog Winkler een schatting van de mate waarin de kennis in de bacteriologie was toegenomen. Hij kwam daarbij tot de conclusie dat zijn vakgebied in een logaritmische groeifase verkeerde. Frappanter was zijn vaststelling dat zijn eigen relatieve aandeel in de kennis van het vakgebied na al die jaren hard werken eerder was af- dan toegenomen.

Bij de start van zijn carrière dacht Winkler over 25 procent van de totale kennis te beschikken. Twintig jaar later beschikt Winkler als gevolg van de explosieve toename van de kennis op zijn vakgebied nog maar over ongeveer 6 procent van de totale bacteriologische kennis. Deze geweldige toename van kennis leidt tot een noodzakelijke specialisatie en differentiatie waardoor deskundigen steeds meer over minder weten. Mocht deze explosie van onkunde, zoals Winkler deze ontwikkeling betitelt, zich voortzetten dan zou in het jaar 2000 kennis binnen drie jaar verouderd zijn. Tevens zou dit leiden tot een verdergaande

specialisatie met een verdere groei van de onkunde.

Hoe zou dat nu voor de huisartsgeneeskunde liggen? Huisartsen ontleen hun kennis grofweg aan een 60-tal disciplines. Als de huisarts van elk van die disciplines dergelijke kennisexplosies moet verwerken, is hij een beklagenswaardig figuur. Alleen al in Nederland bestaan 40 tijdschriften waaruit huisartsen hun kennis kunnen putten.

Door de breedte van het werkkterrein maakt huisartsgeneeskunde een weinig coherente indruk. Ook al maakt de huisartsgeneeskunde deze versnipperde indruk, veel belangrijker dan kennisvermeerdering op specifieke deelthereinen is de aard van het afwegingsproces dat huisartsen maken bij de diagnostiek en behandeling van hun patiënten. Hoe dat afwegingsproces er idealiter uit dient te zien ontleen je aan een visie op het vak waarin alle relevante kennis uit de verschillende voor de huisartsgeneeskunde relevante kennisgebieden zijn geïntegreerd. Huisartsen zullen daarom niet zo gauw ten prooi zullen vallen aan explosies van onkunde, mits zij in staat zijn kennis uit verschillende kennisgebieden vanuit een duidelijke visie op het vak te integreren. Kennisexplosies op relevante kennisgebieden hoeven de identiteit van de huisartsgeneeskunde daarom niet te bedreigen.

## Aanbod gezondheidsproblemen

Ook het aanbod van gezondheidsproblemen is immers sterk bepalend voor de identiteit van de huisartsgeneeskunde en veranderingen in dat aanbod zullen ook de identiteit van de huisarts veranderen. Om daar enige greep op te krijgen is een globaal ordeningsprincipe van belang. Ik kom tot de volgende indeling:

- *Problemen die acuut medisch ingrijpen vereisen*

In het algemeen betreft dit klachten en/of aandoeningen die de patiënt onverwacht overvallen, zoals acute aandoeningen van de luchtwegen, hart- en vaataandoeningen en traumata. Het zijn dus in de regel ook problemen waarmee patiënten niet ver-

trouwd zijn. Medisch gezien zijn ze doorgaans relatief goed te diagnostiseren en te behandelen. Gedragmatige aspecten staan in eerste instantie op de achtergrond. Zij spelen vooral een rol bij de consequenties van de ziekte. Er is voor patiënten weinig beslissingsvrijheid tot het inroepen van hulp. Acute problemen komen in de huisartspraktijk in vergelijking met de problemen uit de overige categorieën relatief weinig voor.

#### • *Alledaagse klachten en aandoeningen*

Het gaat hierbij om klachten als hoofdpijn, rugklachten, spierpijn, buikpijn, nerveus-functionele klachten, etc. Medisch gezien is er bij deze klachten vaak niet veel aan de hand en doorgaans genezen deze problemen ook zonder interventie van de huisarts. Medische kennis en vaardigheden zijn vooral van belang bij het verzachten van de hinder, ongerustheid en last die patiënten hiervan ervaren en bij het zeker stellen van het 'self-limiting' karakter van de ziekte. Gedragaspecten spelen een belangrijke rol, zowel van de kant van de patiënt als van de huisarts. Voor de patiënt omdat deze problemen een grote beslissingsvrijheid tot het inroepen van hulp impliceren en vaak ook een indicatie van het probleemoplossend gedrag zijn. Voor de huisarts omdat de wijze waarop deze daarop dient in te spelen grotendeels afhankelijk is van de reden waarom patiënten hulp voor deze aandoeningen inroepen. Deze problemen komen frequent voor en worden frequent aan de huisarts gepresenteerd. Rekening houdend met factoren als medische kennis, ongerustheid, ziekte- en probleemoplossend gedrag zijn patiënten met deze klachten in te delen in vier groepen:

- patiënten met te hoge verwachtingen van de mogelijkheden van de huisarts;
- patiënten met een aangeleerd gedragspatroon om voor deze klachten hulp van de huisarts in te roepen;
- patiënten die uit ongerustheid hulp voor deze klachten inroepen;
- patiënten bij wie het inroepen van hulp voor deze klachten een manier is om met de problemen van het leven om te gaan.

#### • *Chronische problemen*

Veel in de huisartspraktijk voorkomende

chronische aandoeningen zijn diabetes, hart-vaatziekten, Cara, aandoeningen aan het bewegingsapparaat en carcinomen. Medisch gezien is bemoeienis van de huisarts belangrijk, zowel (vroeg)diagnostisch als qua begeleiding. Het verzachten van de klachten en het zo mogelijk voorkómen van (verergering van) complicaties zijn hierbij van groot belang. Gedragsfactoren spelen een belangrijke rol zowel bij de begeleiding door de huisarts als bij de patiënten. Dit geldt zeker voor personen met risico's op een of meerdere van deze chronische aandoeningen. Bij deze personen ontbreekt immers veelal het ziektegevoel en daarmee de motivatie om het leefpatroon aan te passen. Ook deze problemen vereisen nu al de nodige aandacht van de huisarts en zullen dat in de toekomst in toenemende mate gaan vragen. Patiënten met deze aandoeningen zijn grofweg in drie groepen te verdelen:

- patiënten die weinig problemen met hun ziekte hebben en uitsluitend hulp behoeven voor de behandeling van hun chronische aandoening;
- patiënten bij ongezond gedrag sterk verankerd ligt in hun cultuurpatroon, waardoor zij grote problemen met het opvolgen van leefregels en adviezen hebben;
- patiënten die bovendien problemen hebben met de aanpassing aan het leven met een chronische aandoening.

Het staat vast dat het aantal chronische problemen door de vergrijzing sterk zal toenemen. Dit leidt tot een taakverzwaring van de huisarts die consequenties heeft voor zijn bemoeienis met patiënten uit de andere probleemcategorieën. Vermindering van hulp bij acute ziekten is moeilijk voorstelbaar. Derhalve zal een toename van hulp voor chronische aandoeningen vooral mogelijk zijn bij een vermindering van hulp voor de meer alledaagse klachten.

### **Onderzoek in de huisartsgeneeskunde**

Wat heeft een en ander nu te betekenen voor het huisartsgeneeskundig onderzoek? Er bestaat grote behoefte aan onderzoek dat de huisarts behulpzaam is bij het werken van de aanstaande veranderingen in het probleemaanbod. In feite is dit is een

pleidooi voor toegepast wetenschappelijk onderzoek. Dit onderzoek dient aan de ene kant gericht te zijn op de mogelijkheden van verbetering van het consultatiegedrag bij alledaagse klachten en aandoeningen. Aan de andere kant gaat het bij chronische aandoeningen om optimalisering van de hulp in die zin, dat medisch noodzakelijk hulp wordt geboden zo dicht mogelijk bij het eigen leefmilieu liefst met kwaliteitsverbetering maar in elk geval zonder kwaliteitsverlies. Tegen de achtergrond van het voorgaande zijn een tweetal onderzoekslijnen te ontwikkelen.

#### **Alledaagse klachten en aandoeningen**

Wat betreft de gewone ziekten en klachten is kennis van het beloop van deze aandoeningen is van wezenlijk belang ter bepaling van de vraag in hoeverre hulp van de huisarts een bijdrage levert aan genezing dan wel verlichting van deze klachten. Dit soort epidemiologisch onderzoek via de huisartspraktijk levert dan ook belangrijke bouwstenen voor beïnvloeding van patiëntengedrag. Het levert immers de criteria voor de zinvolheid om vanuit medisch oogpunt hulp van de huisarts in te roepen. Daarnaast zal een accent gelegd worden op beïnvloeding van patiëntengedrag, met name ten aanzien van consultatiegedrag en zelfzorg. Gedragsbeïnvloeding is niet te realiseren in één arts-patiënt contact. Onderzoek op dit terrein zal dan ook longitudinaal van karakter dienen te zijn om het aspect van de continuïteit van de hulpverlening tot zijn recht te laten komen. De vier onderscheiden typen patiënten met alledaagse aandoeningen vragen hierbij om een gedifferentieerde benadering. Hierbij dienen o.m. medisch-biologische, epidemiologische en gedragswetenschappelijke kennis geïntegreerd onderdeel uit te maken van de interventies gericht op verandering van patiëntengedrag.

#### **Chronische aandoeningen**

Ook bij patiënten met deze aandoeningen speelt gedragsbeïnvloeding een belangrijke rol, met name waar het gaat om inpassing van de leefregels in het dagelijks leven van patiënten en de omgang met de chronische ziekte. Ook hierbij speelt de continuïteit een belangrijke rol.

Behalve op gedragsbeïnvloeding is onderzoek bij patiënten met chronische aandoeningen gericht op optimalisering van huisartsgeneeskundige zorg. Vergeleken met de alledaagse aandoeningen speelt bij de chronische aandoeningen de medische inbreng van de huisarts een belangrijker rol. Optimalisering van hulp houdt dan in: het voorkomen van onnodige medische afhankelijkheid door de zorg zo dicht mogelijk bij het primaire leefmilieu aan te bieden en verantwoorde zelfzorg te stimuleren. Tegelijkertijd houdt optimalisering ook een actievere medische opstelling bij de controle en begeleiding van patiënten met deze aandoeningen. De drie onderscheiden typen chronisch zieken vragen om een gedifferentieerde benadering. Afhankelijk van de fase in het ziekteproces en de ernst en de aard van de chronische ziekte zal hierbij specialistische expertise onontbeerlijk zijn. Onderzoek op dit terrein zal dan ook zoveel mogelijk in samenwerking met hen dienen te worden uitgevoerd.

Onderzoek in de beoogde richting is dus vooral toegepast van karakter. Door het toegepaste karakter kan dit onderzoek belangrijke en bruikbare informatie opleveren voor patiëntenzorg, onderwijs, nascholing, intercollegiale toetsing en het standaardbeleid van het NHG. Onderzoek van dit type is echter zeker niet eenvoudig. Op een tweetal problemen zal ik wat dieper ingaan.

### **Enkele methodologische problemen**

De zuiverheid in de leer eist, zeker in interventie onderzoek, dat storende factoren worden uitgesloten. Vaak probeert men dan het laboratorium na te bootsen. De huisartspraktijk is echter bepaald niet vergelijkbaar met de laboratorium situatie. In de eerste plaats, en laten we aannemen dat het om een interventie onderzoek gaat, zijn de meeste te evalueren interventies complexer dan met bijv. het voorschrijven van geneesmiddelen het geval is. Zo zijn interventies gericht op veranderen van gedrag van patiënten sterk aan de persoon van de huisarts gebonden. Dit betekent dat het i.t.t. geneesmiddelenonderzoek heel

lastig is de interventie te standaardiseren. Om dezelfde reden is het lastig vergelijkbare controlegroepen te vinden. Een tweede probleem vormt het feit dat de te beïnvloeden persoon reageert op de interventie. Deze reactie maakt wellicht bijstelling van de interventie weer noodzakelijk en het feitelijk effect van de interventie is daarmee niet het resultaat van een heldere en specifiek omschreven oorzaak maar van een complexe interactie tussen degene die beïnvloedt en degene die beïnvloed wordt. Zou men nu trachten de huisartspraktijk te veranderen in een laboratorium waarin al die invloeden niet zouden gelden, dan wordt een situatie gecreëerd die onvergelijkbaar is met de werkelijkheid van de huisartspraktijk. De geldigheid van het onderzoeksresultaat voor de huisartspraktijk is dan in het geding. Met het klassieke veldexperiment of het 'clinical trial'-model is dit soort problemen kennelijk lastig te onderzoeken. Wat je met een interventie wilt bereiken, ontleen je aan een visie. Daarin zijn de voor het aan te pakken probleem relevante kennisgebieden verwerkt. Op de relevante aspecten vindt evaluatie plaats. Dat kunnen bijvoorbeeld medisch somatische parameters, subjectief beleefde gezondheid, attitude veranderingen, kosten/baten-analyse, haalbaarheid van de interventie of veranderingen in het consultatiegedrag zijn. Waar het vooral om gaat is of het gestelde doel bereikt wordt en zo ja hoe. Dit houdt dus ook evaluatie in van de afwijkingen van de interventie zoals die oorspronkelijk bedoeld was. In deze opzet kan door regelmatige tussentijdse metingen bijstelling, van doel of van de interventie plaatsvinden. Op deze wijze is het dus mogelijk vernieuwingen in de patiëntenzorg toe te spitsen op de eigen locale situatie.

Een ander hiermee samenhangend euvel is dat van de foutieve keuze van de analyse-eenheid. Waarnemingen die in één huisartspraktijk zijn uitgevoerd, worden vaak als onafhankelijke waarnemingen geteld. Het feit, dat de waarnemingen worden verricht bij patiënten die alle uit één praktijk afkomstig zijn, maakt het van belang na te gaan in hoeverre de huisarts invloed heeft op de metingen bij patiënten uit diens

praktijk. Indien zulks het geval is, zijn de waarnemingen immers niet onafhankelijk. Ter vergelijking: in een geneesmiddelenonderzoek kan men ervoor zorgen dat de bedoelde invloed volledig wordt uitgeschakeld door met aselechte dubbelblinde toewijzing aan controle- en experimentele groep te werken. Extrapolatie van de bevindingen naar een theoretische populatie van alle patiënten met dezelfde kwaal is dan vaak verantwoord. Bij interventies gericht op evaluatie van zorg is dat zoals gezegd heel wat lastiger. In veel onderzoek gaat men voorbij aan dit probleem en doet men generaliserende uitspraken op het niveau van de patiënt, terwijl men in het beste geval om genoemde redenen slechts uitspraken op praktijkniveau kan doen, die beperkt blijven tot de aan het onderzoek deelnemende praktijken. Volledigheids halve zij opgemerkt, dat de betreffende fout niet alleen in interventie studies maar ook vaak in beschrijvend onderzoek voorkomt waarvan de geproduceerde metingen mede gekoppeld zijn aan de persoon van de huisarts. Dit geldt bijvoorbeeld prevalentie/incidentie-onderzoek of zelfs onderzoek naar de validiteit van de diagnostiek. De oplossing is: minder hoge pretenties en vooral rekening houden met de inter-praktijk- en inter-doktervariatie. De inductieve statistiek speelt hierbij noodgedwongen een beperkte rol. In de voorgestelde benadering van het praktijkgebonden onderzoek worden de verschillen tussen praktijken niet weggemoffeld maar voorwerp voor nader onderzoek. Het biedt een basis voor een zgn. 'population based medicine' waarin de hulpverlening wordt toegesneden op de behoeften van de praktijkpopulatie.

### **Tenslotte**

Abraham Kuyper, de stichter van de Vrije Universiteit, stelde zich een arts voor die zich uitsluitend op de lichamelijke kant van het ziek zijn zou moeten richten. Kuyper was van mening dat hiermee de beste garantie was te geven dat het hulpverlenend karakter van de geneeskunde, namelijk het genezen van de zieke mens, behouden zou blijven.

We moeten de uitspraken van Kuyper

---

plaatsen in de historische context van het eind van de vorige eeuw. In die tijd speelden chronische ziekten en alledaagse aandoeningen een minder belangrijke rol dan nu het geval is. Bij elk van de drie onderscheiden probleemgebieden speelt de somatiek een belangrijke, maar uiteenlopende rol. Bij de acute aandoeningen staat de somatiek sterk op de voorgrond. Bij de alledaagse aandoeningen bestaat de somatiek uit het vermogen van de huisarts en patiënt de grens te kunnen leggen tussen datgene wat wel en wat niet zinvol door de huisarts behandeld kan worden en bij chronische ziekten bestaat de somatiek uit de medische begeleiding van patiënten. We weten inmiddels echter welke gevolgen een exclusief somatische benadering voor de kwaliteit van het leven van patiënten kan hebben.

Ik heb getracht duidelijk te maken hoe

met name alledaagse klachten en aandoeningen enerzijds en chronische ziekten anderzijds geïntegreerd benaderd zouden kunnen worden. In die benadering blijft de somatiek een *conditio sine qua non*, maar huisartsen die niet in staat zijn hun somatische kennis te integreren met die uit andere kennisgebieden zullen ten prooi vallen aan de 'explosie van onkunde' of, zoals Winkler het nog treffender zei, verwickeld raken in een strijd om het verstaan. Huisarts en patiënt zullen elkaars taal niet kunnen verstaan en hetzelfde geldt voor de huisarts en andere hulpverleners uit de eerste of tweedelijns gezondheidszorg.

Ontwikkelingen in de gezondheidszorg maken prioritering in het hulpaanbod onafwendbaar. Ik zie voor de toekomst een huisarts die zich meer gaat inzetten voor de chronisch zieken uit zijn praktijk en tegelijkertijd bij alledaagse ziekten een terughou-

dender beleid gaat voeren. Wezenlijk element daarbij is dat patiënten niet meer dan medisch gezien nodig is, onder de medische zorg komen, door de hulp zo dicht mogelijk bij het primaire leefmilieu te houden en zoveel mogelijk zelfzorg te stimuleren. Het onderzoek dat ik zou willen entameren is gericht op onderbouwing van die ontwikkeling. De opvattingen van Abraham Kuiper over het object van de geneeskunde zijn inmiddels verouderd maar misschien dat wat wij toch wat dichter uitkomen bij de idealen van de oprichter van deze universiteit waar deze over de verpleging van zieken stelt:

'Ziekenverpleging hoort in het gezin thuis en moet geschieden door de leden van het gezin. Dit is de gezonde regel; en zullen er op die regel gezonde uitzonderingen gerechtvaardigd zijn, dan moet de reden voor die uitzondering blijken.'

---

## STRUIKELBLOK

# Liefst dood

*Mevrouw van Bruggen is onlangs overleden, gewoon doodgegaan omdat ze 88 jaar was. Ze wilde ook graag dood en had daar een goede reden voor. Haar hele hals was al jaren één ulcererend schildkliercarcinoom. De afzichtelijkheid daarvan werd verborgen door verband, dat een paar keer per dag doorweekt was van het bloed.*

*Ik moest aan haar denken bij een hoofdstuk over besliskunde met indrukwekkende berekeningen over de voorkeuren van patiënten voor opereren met een onzekere uitkomst tegenover niet opereren en zekere ellende. In de besliskunde hebben patiënten altijd duidelijke ziekten en*

*duidelijke keuzen. Geen enkele patiënt in zo'n boek wil dood.*

*Bij mevrouw van Bruggen lag dat iets anders. Mevrouw van Bruggen wilde graag geopereerd worden, want haar Quality Adjusted Life Years (QALY's) voor haar toestand waren miserabel. Het liefst wilde ze tijdens de operatie overlijden. Iets minder graag wilde ze met succes geopereerd worden. De beroerdste uitkomst was wat haar betreft opereren zonder overlijden en zonder succes. Maar zo als het nu met haar was, vond ze dit bijna even afschrikwekkend.*

*De chirurg achtte de kans op operatieve*

*sterfte veel te groot en had geen zin in zo'n vorm van euthanasie. Bovendien twijfelde hij sterk aan de succeskans van de operatie.*

*Deze in de besliskunde ongebruikelijke voorkeur van een patiënte voor peri-operatieve sterfte bleek bij berekening van haar postume beslisboom een merkwaardig effect te hebben. Hoe ik ook schoof met sterfte- en successcijfers van de operatie, steeds bleek het 'voordeliger' mevrouw van Bruggen te opereren.*

*Was weigeren te opereren besliskunde, wijsheid of gewoon gezond verstand?*