

# Huisarts met raad en daad

M. DE HAAN

**In de geneeskundige praktijk heeft men te maken met drie gebieden, die elkaar deels overlappen: ziekte, ziektegedrag en ziektegevoel.<sup>1-3</sup> Door de voorselectie van de huisarts zien specialisten die patiënten bij wie vrijwel zeker een ziekte bestaat. Vreemd genoeg is over zeldzame ziekten vaak meer bekend dan over ziekten zoals griep, waar jaarlijks miljoenen Nederlanders aan lijden. Al die patiënten lopen de kans op een teleurstelling, wanneer ze hun huisarts raadplegen.**

**Een samenvatting van de rede die prof. dr. M. de Haan op 4 april j.l. heeft uitgesproken bij zijn aanvaarding van het ambt van hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de Vrije Universiteit.**

Prof. dr. M. de Haan, Vakgroep Huisarts- en Verpleeghuisgeneeskunde van de Vrije Universiteit, Van de Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam.

## Aspecten van de patiënt-huisarts relatie

• *Behoeften en eisen.* Vanuit de sociale geneeskunde is gewezen op het belang van een goede afstemming van objectieve (althans vanuit de geneeskunde gedefinieerd) behoeften en subjectieve eisen van patiënten. Er kan een groot verschil zijn tussen beide.<sup>1</sup> Iedere huisarts kent wel een patiënt die een uitgebreid onderzoek wil, terwijl de indruk bestaat, dat de patiënt teveel gefixeerd is op de lichamelijke kant van de klachten en daardoor de eigenlijke problemen somatiseert; het omgekeerde komt overigens ook voor.<sup>4</sup>

• *Macht.* Klinkert zette in 1974 uiteen welke rol macht speelt in de geneeskunde.<sup>5</sup> De macht van de geneeskundige beroeps-groep kan blijken uit het forse aandeel, dat de gezondheidszorg uitmaakt van ons totale uitgavenpatroon.

Niet alleen de arts heeft macht, maar ook de patiënt. De juridische macht van de patiënt wordt steeds duidelijker; denk maar aan het recht op inzage in het medisch dossier of aan schadeclaims na een foute behandeling. Niet minder belangrijk is de psychologische en sociale macht van de patiënt. Wie per se een verwijskaart van de huisarts wil, is daar moeilijk van af te houden. Ook de strijd om de penicilline wordt nogal eens door de huisarts verloren. Tenslotte moet de economische macht van de patiënt worden genoemd. Een particulier verzekerde patiënt met hoge bloeddruk zal soms naar de internist willen, omdat zijn verzekering de kosten van de huisarts niet vergoedt. Een ander voorbeeld: wanneer een gezin van zes mensen de praktijk verlaat, verliest de huisarts niet alleen dat gezin, maar ook een inkomen van ongeveer NLG 700,- per jaar. Wanneer de plannen van de Commissie-Dekker doorgaan, kan in de huisartspraktijk de kassa wel eens een belangrijker hulpmiddel worden dan de stethoscoop.

• *Verskil tussen vraag en aanbod.* Een huisarts moet leren omgaan met situaties, waarin de vraag van de patiënt niet overeenstemt met wat hij kan bieden. Het verschil kan allerlei gronden hebben, bij voor-

beeld puur medische (een kwaal waartegen geen kruid gewassen is), financiële (een verwijzing om financiële redenen) of relationele gronden (een patiënt die vriendschap verwacht in plaats van goede medische zorg). Een vraagverheldering voorafgaand aan het medisch probleemoplossingsproces kan hier de oplossing zijn.

## Raad en daad bij ziekte

De huisarts is in de eerste plaats geneeskundige. Mensen die zich bij hem vervoegen, willen met raad en daad terzijde gestaan worden, of ze nu een medisch vastgestelde aandoening hebben of niet. De huisarts wil echter ook kunnen handelen in gevallen, waarbij de patiënt niet klaagt of geen hulp vraagt, maar wel hulp nodig heeft.<sup>6</sup>

Zieke mensen hebben recht op een goede behandeling. Belangrijk is daarbij, dat raad en daad elkaar versterken. Meestal doet de huisarts meer dan het hanteren van het mes of het receptenblok; hij probeert de patiënt integraal te benaderen. Men kan in de huisartspraktijk drie soorten aandoeningen onderscheiden: gewone, self-limiting aandoeningen, acute ernstige ziekten en chronische aandoeningen.<sup>7</sup> De nadruk op raad of daad zal per aandoening verschillen. Grofweg kunnen we de volgende indeling maken:

*Relatief belang van raad en daad bij verschillende soorten aandoeningen in de huisartspraktijk.*

	Self-limiting	Acuut/ernstig	Chronisch
Raad	+	-	+
Daad	-	+	+

Wanneer ziekte, ziektegedrag en ziektegevoel samenvallen, staat de medische aanpak op de voorgrond: afhankelijk van de aard van de aandoening kan men de patiënt raad geven en/of medisch ingrijpen. Inge-wikkelder ligt het wanneer er een ziekte is, terwijl de patiënt geen klachten heeft of deze niet naar voren brengt.

Allerlei aandoeningen kunnen een tijdlang bestaan zonder klachten te veroorzaken. De huisarts besteedt veel werk aan het

voorkómen en tijdig opsporen van dergelijke aandoeningen. Soms adviseert hij om een onderzoek niet te doen, bijvoorbeeld een Aids-test bij iemand die met de uitslag toch niet uit de voeten zal kunnen, of een cholesterol-onderzoek bij iemand die niet bereid is met roken te stoppen. Wanneer de uitslag van een preventief onderzoek afwijkend is, speelt de huisarts een bemiddelende rol, bij voorbeeld bij vrouwen met een baarmoederstrijkje dat 'niet helemaal goed is' (PAP IIIa). In de praktijk blijken vrouwenartsen soms zo serieus dergelijke patiënten te volgen, dat dit het karakter krijgt van achtervolgen: een vrouw kan daardoor volslagen in paniek raken. De huisarts kan dan de brug slaan tussen de specialist, die medisch gezien correct handelt en de patiënte, die er emotioneel niet aan toe is of het niet snapt.

De huisarts kent een patiënt en weet of deze de neiging heeft tot bagatelliseren; door de jaren heen vormt hij zich immers een beeld van iedere patiënt en ook van diens neiging om snel of juist laat medische hulp in te roepen.<sup>8</sup> Informatie over iemands levensomstandigheden kan de huisarts op het spoor helpen van uitstel- of ontkenninggedrag. Een andere situatie doet zich vaak voor bij chronisch zieken. Wanneer de patiënt goed is ingesteld op een medische behandeling en zelf inzicht heeft in de ziekte, ontstaat vaak een stabiele situatie, waarin van ziektegedrag geen sprake hoeft te zijn en waarin volstaan kan worden met geregelde medische controles.

### Raad en daad bij ziektegedrag

Fouten in de advisering kunnen grote gevolgen hebben. Er zijn patiënten, die jarenlang niet gingen werken, omdat de huisarts ooit gezegd had dat ze met hun rugaandoening hun oude functie niet meer mochten uitoefenen.

De huisarts kan in een lastig parket terecht komen, wanneer een patiënt zich ziek gedraagt, terwijl toch geen ziekte wordt vastgesteld. Er bestaat geen test die gezondheid aantoonst, dus iemand die beweert ziek te zijn, kan altijd gelijk hebben. Voor dit probleem is mij geen goede oplossing

bekend. De huisarts kan dergelijke problemen vaak voorkómen door vanaf het begin niet alleen te zoeken naar ziekten, maar bij ieder consult naast de klacht ook te informeren naar de reden van komst en de verwachtingen van de patiënt. Op deze manier kan de patiënt een alibi-vraag stellen ('steun mij in mijn verzoek om een tijdje thuis te mogen blijven van mijn werk, want ik kan de spanning daar momenteel niet aan'), zonder dat klachten gesimuleerd hoeven te worden of zonder dat uit pure machteloosheid op den duur lichamelijke afwijkingen ontstaan. Gedragsadviezen, die concreet slaan op de werk- of levenssituatie van de patiënt (bijvoorbeeld: ik zou maar ontslag nemen, of: volgens mij kunt u het beste een echtscheiding aanvragen) getuigen doorgaans niet van wijsheid, maar eerder van onervarenheid.<sup>9</sup>

### Raad en daad bij ziektegevoel

Niet alle ziekten worden medisch behandeld. Denk maar aan ziekten die vanzelf over gaan, of ziekten waarvoor we eenvoudigweg geen goede therapie hebben. Door veranderingen in de opbouw van de bevolking zou de huisarts zijn aandacht gedeeltematig willen verschuiven van onschuldige self-limiting naar chronische aandoeningen. Onderzoek heeft aangetoond, dat een klacht als hoest in veel gevallen zonder medisch risico door de patiënt zelf kan worden behandeld.<sup>10</sup> Dit vergt dan wel een actief voorlichtende houding van huisarts en praktijkassistente. Deze houding kan aangeleerd worden, bij voorbeeld in de beroepsopleiding. Hoewel ik deze houding toejuich, is tegelijk een relativering nodig. Zelfs na goede instructie en voorlichting zal de patiënt niet altijd weten welke 'kleine' klachten onschuldig zijn en welke door de huisarts behandeld moeten worden.

Ziektegevoel kan voorkomen bij iemand die geen ziekte heeft. Voor een patiënt is een goede uitslag van een medisch onderzoek soms toch slecht nieuws. De patiënt voelt zich ziek en blijft aandringen op een medische diagnose. Met opzet zeg ik niet: medische behandeling. Natuurlijk: doorgaans zal de patiënt graag een behandeling willen, die de klachten kan wegnemen. Klachten kunnen echter ook een functie

hebben in iemands leven. In zo'n geval is iedere behandeling wel haast gedoemd te mislukken. Hebben we het nu over mensen die simuleren, die zich aanstellen? Naar mijn ervaring komt dat weinig voor. Het gaat om mensen, bij wie er geen andere uitlaatklep voor hun ongenoegens is dan de lichamelijke. Soms heeft dat met regels te maken (zich ziek melden kan wel, zich ongelukkig melden kan niet); soms is het onbewust. De buurt, waarin ik als huisarts werkzaam ben, herbergt veel armoede en psychosociale problemen. Vaak lopen mensen stuk op maatschappelijke regels of voorschriften. Jeugdwerkloosheid kan leiden tot ongeïnteresseerdheid, druggebruik en criminaliteit. Buitenlandse werknemers zijn na twintig jaar vloeren schrobber in een vreemd land vaak lichamenlijk en geestelijk volledig opgebrand.

Kan de huisarts dergelijke patiënten met raad en daad terzijde staan? Met raad zeker wel. Wat de daad betreft, zijn de mogelijkheden vaak beperkt. Belangrijk (en moeilijk) is het voorkómen van somatische fixatie, waardoor soms de ene specialist na de andere gedwongen wordt tot zinloos medisch onderzoek. Maatschappelijk gezien kan de huisarts een signalerende functie hebben. Mijns inziens is deze functie nog weinig professioneel aangepakt; verbetering is hier noodzakelijk. Voor de individuele patiënt kan men soms niet meer te bereiken dan een label evenwicht tussen de draaglast en de draagkracht.

### Tenslotte

De huisarts moet als geen ander leren leven met onzekerheid. Dat veel jonge mensen desondanks voor dit vak kiezen, zal u niet verbazen. Het biedt alle gelegenheid voor creativiteit, vakmanschap, samenwerking en medemenselijkheid. Het is mij dan ook een eer, in dit vak les te mogen geven.

Literatuur op pag. 251.

verdachte plek in de borst was ontdekt, hoewel ook bij haar niets te voelen was. De huisarts zegt onder meer dat mammografisch onderzoek bij haar op dit moment waarschijnlijk niet zoveel informatie zal opleveren.

**8** De reden hiervoor is dat het dichte klierweefsel het mammogram moeilijk te beoordelen maakt.

### Slecht zien

De 76-jarige heer Van Bruggen komt op het spreekuur van de huisarts omdat hij de voorafgaande uren steeds slechter is gaan zien met het rechter oog. Het onderzoek van het voorste oogsegment levert geen afwijkingen op. Bij funduscopie ziet de huisarts een hyperemische papil, gestuwde venen en puntvormige bloedingen in de retina.

**9** De meest waarschijnlijke diagnose is een afsluiting van de a. centralis retinae.

**10** Tot de oorzaken van een afsluiting van de a. centralis retinae behoort een arteriële temporalis.

**11** Bij een adequate behandeling (d.w.z. zo snel mogelijk maximale vaatverwijding) treedt bij een afsluiting van de a. centralis retinae in meer dan 80% van de gevallen volledig herstel van het gezichtsvermogen op.

### Koortsconvulsies

De vader van Mariëlle belt de huisarts in paniek op: het kindje, 14 maanden oud, ligt raar te trekken en kijkt de vader niet normaal aan. Of de huisarts direct wil komen. De huisarts arriveert binnen 5 minuten. Mariëlle trekt nog steeds met haar armen en benen. De huisarts dient onmiddellijk diazepam per rectiole toe in een dosering van 5 mg.

**12** Deze dosering is correct.

Hierop wordt het kindje rustig en aanspreekbaar. De huisarts vindt bij lichamelijk onderzoek geen afwijkingen behalve een temperatuur van 39,8° C. Tot vlak voor het uitbreken van de symptomen was er niets met Mariëlle aan de hand. Zij heeft dit nooit eerder gehad. Op grond van klinisch beeld, anamnese en lichamelijk onderzoek denkt de huisarts aan een koortsconvulsie. Om de diagnose koortsconvulsie te kunnen stellen dient aan een aantal welomschreven criteria voldaan te zijn. Tot deze criteria behoort/behoren:

**13** De leeftijd van het kind moet tussen 1 en 4 jaar liggen.

**14** De duur van de convulsie moet onder de 15 minuten blijven.

Ervan uitgaande dat de diagnose juist is, legt de

huisarts uit wat een koortsconvulsie is. Zij raadt de ouders aan om, mocht Mariëlle tijdens een volgende koortsperiode opnieuw een koortsconvulsie krijgen, een rectiole diazepam (in adequate dosering) toe te dienen.

**15** Dit is een correct advies.

### BSE

De huisarts prikt bloed bij de 60-jarige mevrouw Lamers voor een BSE-bepaling. De 2 cc spuit, waaraan 0.4 cc van stof X is toegevoegd, krijgt hij maar half vol; hij blijkt door het vat heen geprikt te hebben. Hij prikt met een nieuwe naald in een ander vat en vult de spuit verder (tot 2 cc).

**16** Door deze wijze van afname is het bloed geschikt voor een BSE-bepaling.

**17** Stof X dient heparine te zijn.

Ten aanzien van de wijze waarop de BSE moet worden ingezet geldt:

**18** De buis mag NIET in het zonlicht staan.

**19** De buis mag NIET op de koelkast staan.

De BSE blijkt na 1 uur 20 te zijn.

**20** Dit is voor een vrouw van de leeftijd van mevrouw Lamers een normale waarde.

Antwoorden op pag. 254.

### Literatuur

#### Vragen 1-6

Leschot NJ, Wolf H, Verjaal M, et al. Chorionic villi sampling: cytogenic and clinical findings in 500 pregnancies. *Br Med J* 1987; 295: 407-10.

Harper PS. Practical genetic counseling. London: Wright, 1988: 93-111.

#### Vragen 7 en 8

Schütte HE, Hendriks JHCL. Kanttekeningen bij de consensus 'Mammografiebeleid 1983'. *Ned Tijdschr Geneesk* 1984; 128: 1415-8.

Hendriks JHCL. Mammografie, mogelijkheden en beperkingen. *Bijbiven* 3; 1987; nr. 10: 65-70.

#### Vragen 9-11

Henkes HE, Van Balen ATHM. Oogheelkunde. Amsterdam: Elsevier, 1983: 155.

#### Vragen 12-15

Smit PTH. Spoedgevallen in een huisartspraktijk. 4e dr. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema en Holkema, 1986: 102-4.

#### Vragen 16-20

Croughs RMJ, Henker HC. De fysiologische basis van klinisch laboratoriumonderzoek. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1979: 421-1.

## Huisarts met raad en daad

### Literatuur

<sup>1</sup> Mol A, Van Lieshout P. Ziek is het woord niet. Medicalisering, normalisering en de veranderende taal van huisartsgeneeskunde en geestelijke gezondheidszorg, 1945-1985. Nijmegen: SUN, 1989.

<sup>2</sup> Fraser RC. Clinical method: a general practice approach. London: Butterworths, 1987.

<sup>3</sup> Wright HJ, MacAdam DB. Diagnostiek en besluitvorming. Rationele argumenten in de geneeskunde. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1982.

<sup>4</sup> Grol R, Van Eijk J, Huygen F, Mesker P, Mesker-Niesten J, Van Mierlo G, Mokkink H, Smits A. Huisarts en somatische fixatie. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1981.

<sup>5</sup> Klinkert JJ. Macht van artsen. Een bezorgde verkenning van een professie. Assen: Van Gorcum, 1974.

<sup>6</sup> Tudor Hart J. A new kind of doctor. The general practitioner's part in the health of the community. London: Merlin Press, 1988.

<sup>7</sup> Van Eijk JThM. Over de identiteit van de huisarts [Inaugurele rede]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1989.

<sup>8</sup> Van Staveren G, De Haan M, Slort W. Het gezondheidsbeeld: een bruikbaar instrument voor de huisarts? *Huisarts Wet* 1985; 28: 338-40.

<sup>9</sup> Bendix T. Geef nooit raad. Utrecht: Bunge, 1979.

<sup>10</sup> Beek MML, Rutten GEHM. Naar optimale zorg bij hoesten en diabetes type-II. Een interdisciplinaire interventiestudie naar substitutie van zorg in acht huisartspraktijken [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1989. ■

## NOTA BENE

Het is beter patiënten voor te houden dat ze een eigen aandeel hebben in hun genezing dan in hun ziek worden.

Stelling bij: Vrancken AME. Chronische pijn, het kruis van de geneeskunde [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1990.