

De klachtgerichte benadering bedreigd?

FRANS J. MEIJMAN

Van oudsher vormt de klachtgerichte benadering de rode draad in de medische hulpverlening, maar deze benadering dreigt thans op essentiële punten te worden ondermijnd. De toenemende nadruk op secundair preventieve activiteiten, het streven om banale klachten terug te dringen, en het concept van de huisarts als 'manager' binnen de gezondheidszorg zijn ontwikkelingen die – naast positieve – ook sterk negatieve effecten kunnen hebben. Huisartsen en hun organisaties doen er goed aan te blijven vertrouwen op de kracht van de wezenskenmerken van de huisartsgeneeskunde en zich niet te laten meeslepen door nieuwlicherijen. Als voor geen andere hulpverlener staan voor een arts de individuele belangen van een patiënt voorop; collectieve en professionele verlangens zijn ook essentieel, maar staan uiteindelijk op het tweede plan.

Meijman FJ. De klachtgerichte benadering bedreigd? Huisarts Wet 1990; 33(12): 478-81.

Frans J. Meijman, huisarts, Oude Turfmarkt 125, 1012 GC Amsterdam.

Inleiding

Van oudsher vormt de klachtgerichte benadering de rode draad in de medische hulpverlening. De patiënt verwacht van zijn arts aandacht voor en hulp bij zijn klacht en de arts stelt zich daar allereerst op in. Een gestructureerde en systematische benadering van de klacht en de hulpvraag – uitgewerkt in het Methodisch Werken – is zelfs een van de hoofdkenmerken van de hedendaagse huisartsgeneeskunde.¹

De klachtgerichte benadering is weliswaar stevig verankerd in de huisartspraktijk en de beroepsopleiding, maar dreigt door enkele ontwikkelingen op essentiële punten te worden ondermijnd. In deze beschouwing wil ik stilstaan bij een drietal ontwikkelingen die – vaak onbedoeld – negatieve gevolgen kunnen hebben voor een optimale klachtgerichte benadering. Ik doel hier op de gevolgen van secundair preventieve activiteiten, van het streven om banale klachten terug te dringen, en van de roep om de huisarts zich te laten ontwikkelen tot een 'manager' binnen de gezondheidszorg.

Vooropgesteld dient te worden dat aan alle drie de ontwikkelingen ook positieve aspecten verbonden zijn. Daar zal ik niet bij stilstaan. Teneinde de discussie aan te scherpen, zal ik alleen potentieel riskante invloeden op de klachtgerichte benadering belichten.

Het primaat van de klacht

De ontwikkeling van de professionele opvattingen binnen de huisartsgeneeskunde brengt met zich mee dat de klacht als fenomeen enigszins uit de belangstelling is geraakt. We gaan er heden ten dage meestal simpelweg van uit dat er klachten en hulpvragen zijn. Zij kunnen zelfs keurig ondergebracht worden als *reason for encounter* in the International Classification of Primary Care.²

Die vanzelfsprekendheid heeft niet altijd bestaan. De manier waarop er door huisartsen over klachten gedacht is, heeft een boeiende historie. Dat wordt vooral duidelijk als we kijken hoe de interpretatie van het ziektebegrip zich onder huisartsen ontwikkeld heeft.

Volgens *Mol en Van Lieshout* werd er in de tweede helft van de veertiger jaren een onderscheid gemaakt tussen *zedeloosheid* en *ziekte*.³ Nogal wat huisartsen weten de vergrote toeloop van patiënten destijds aan gebrek aan zedelijkheid. Klachten die uit zedeloosheid voortkwamen, hoorden volgens hen niet op het spreekuur thuis. Huisartsen waren er om ziekten te behandelen, niet om voor 'beuzelarijen' lastig te worden gevallen.

Niettemin vond er een assimilatie plaats van de termen ziek en zedeloos. De laatste term verdween uit het vocabulaire. Men schreef over ziekten, stoornissen en nood. Dat laatste begrip evalueerde in de jaren zestig naar de term *problemen*. Problemen zijn, zo oordeelde men, geen mankementen van individuen, maar ontstaan in de relatie van een individu tot zijn omgeving. En die relatie werd medisch ook relevant geacht. Achter klachten kunnen problemen schuilen en daarachter weer andere problemen en die mogen niet worden toegedeekt.

In de loop van de jaren zeventig groeide de stroom problemen waarvoor huisartsen zich aanspreekbaar achten, hen boven het hoofd. Er ontstond – volgens *Mol en Van Lieshout* – een streven naar inperking. *Hulpvraag* werd de geliefde term. Klachten lijken slechts relevant in de spreekkamer als er een hulpvraag aan verbonden is.

In de loop van de tachtiger jaren bleek de hulpvraag te rekbaar om te kunnen fungeren als afbakening van de hulpverlening. Gezocht werd naar mogelijkheden tot beperking aan de aanbodzijde. Alleen effectieve zorg zou mogen worden aangeboden. Klachten en hulpvragen zouden daarop afgestemd moeten zijn en niet omgekeerd.

Men kan er vraagtekens bij plaatsen of de laatste ontwikkeling in de huisartspraktijk zo sterk is geweest, als *Mol en Van Lieshout* doen voorkomen. De formalisering van het hele scala aan klachten en hulpvragen in de *reasons for encounter*-classification roept eerder het beeld op van een niet-restrictieve benadering van de klacht.

Hoe dan ook, duidelijk is dat huisartsen steeds getracht hebben – in ieder geval voor zover ze er over schreven – de klacht te modelleren naar het vigerende ziektebe-

grip en hun taakopvatting. Wat echter ook duidelijk wordt – en dat is in het kader van deze beschouwing minstens zo belangrijk – is het primaat van de klacht of contactreden binnen het hulpverleningsproces. In sommige perioden werden bepaalde klachten en hulpvragen weliswaar minder legitiem geacht om in de spreekkamer naar voren te worden gebracht, maar de huisarts ging er wel altijd op in, ook al was dat om de oorspronkelijke klacht/hulpvraag 'weg te onderhandelen' of te transformeren tot een beter hanteerbaar uitgangspunt.

Preventie-agenda

De huisarts stelt zich alleereerst open voor de actuele klacht en hulpvraag van de patiënt. Een onbevangen houding kan echter belemmerd worden als de huisarts daarnaast een eigen agenda heeft voor het consult. Dat doet zich tamelijk vaak voor: bijvoorbeeld als hij zich tijdens het consult tevens een beeld wil vormen van de afloop van een voorafgaande ziekte-episode (continuïteitsgedachte), of van de toestand van bepaalde chronische of psychosociale problemen (integrale benadering), of van het wel en wee van andere mensen uit de omgeving van de patiënt (gezinsgeneeskundige benadering). Eventuele opmerkingen van de huisarts die voortkomen uit dergelijke professionele verantwoordelijkheden, zullen wel herkend worden door de patiënt. Deze zal een dergelijke belangstelling meestal ook waarderen en zelfs verwachten, zolang de aandacht voor de actuele klacht er niet door in het gedrang komt.

Anders wordt het als de huisarts iets geheel nieuws inbrengt. Dat is nogal eens het geval als de patiënt naar het oordeel van de huisarts in aanmerking komt voor enigerlei secundair preventieve interventie. Daarbij zal de huisarts immers louter op grond van globale criteria, zoals geslacht en leeftijd, de patiënt een voorstel doen voor onderzoek en/of behandeling die los staan van de actuele klacht, met het doel een bepaalde aandoening vroegtijdig op het spoor te komen of te voorkomen. Bekende voorbeelden zijn de bloeddrukmeting, het cervixuitstrijkje, de cholesterolbepaling, vragen over roken, voeding en alcohol, het (zelf)onderzoek van de mammae en een

voorstel voor postmenopauzale oestrogeentherapie.

Als een dergelijke wending in het consult in het verlengde ligt van de klacht of contactreden, zal de patiënt zich niet snel overvallen voelen. Het is echter onvermijdelijk dat de huisarts nogal wat patiënten met zijn preventieve bezorgdheid moet interrompen, wil hij een maximaal bereik van de preventieve strategie halen. Gegeven de beperkte consultduur, is het niet denkbeeldig dat de patiënt met zijn klacht in de knel komt tussen de preventie-preoccupaties van de huisarts.

Een illustratieve risicogroep in deze bestaat uit de postmenopauzale vrouwen van ongeveer 55 jaar van wie cervixcytologie, bloeddruk, mammabevindingen en osteoporosisico niet geregistreerd staan op de patiëntenkaart. De klacht van zo'n patiënte moet wel erg belangrijk zijn in de ogen van de huisarts, wil deze niet ondersneeuwen onder een reeks goede preventie-bedoelingen. Zal een ingegroeide teennagel bij een vrouw van 55 jaar met een lage consultfrequentie het winnen van de preventie-opvattingen die haar huisarts zich heeft eigen gemaakt, daartoe gestimuleerd door zijn beroepsgroep, de overheid en de publieke opinie?

Men kan een dergelijk voorbeeld afdoen als een karikatuur, maar dat neemt niet weg dat het primaat van de klacht van de patiënt regelrecht wordt bedreigd. De contactreden van de individuele patiënt loopt het gevaar ondergeschikt te worden gemaakt aan collectieve verlangens.

Dat zou nog goed verdedigbaar zijn als die verlangens terecht prioriteit hebben. Maar op z'n zachtst gezegd schort er nogal het een en ander aan de effectiviteit en haalbaarheid van vrijwel alle hedendaagse secundair preventieve interventies die op geïnstitutionaliseerde wijze uitgevoerd zouden moeten worden in de huisartspraktijk. De ervaringen met de op zichzelf nog goed verdedigbare hypertensiescreening mogen in dit verband illustratief worden genoemd.⁴ Ook als een secundair preventieve interventie aantoonbaar zinvol is, blijft het probleem dat de wijze waarop men deze in de huisartspraktijk wil uitvoeren, geschiedt via de 'anticiperende bena-

dering'. Daarbij neemt de huisarts en niet de patiënt het initiatief.

Oplossingen voor dit 'preventie-dilemma' in de huisartspraktijk vallen buiten het bestek van deze beschouwing. Eén suggestie wil ik hier echter in de herinnering roepen: 'Preventie door huisarts? Maak er curatie van'.⁵ Het bovengeschetste dilemma wordt doorbroken als het initiatief bij de patiënt komt te liggen. De huisarts behoeft dan alleen maar op een hulpvraag te reageren, zoals hij gewend is en zonder het primaat van de contactreden van de patiënt in het gedrang te brengen.

Voorbeelden van een dergelijke succesvolle (!) benadering zijn de prenatale zorg, de begeleiding van zuigelingen en kleuters, de anticonceptiebegeleiding en recent de cervixuitstrijkjes na een oproep van een instantie buiten de huisarts.

Het is bij een dergelijke benadering een taak voor de huisartsenorganisaties ervoor te zorgen dat er bij patiënten niet op georganiseerde wijze hulpvragen geïnduceerd worden waarvan de zin nog niet bewezen is (serumcholesterolbepaling bijvoorbeeld). De discussie daarover kan vooral buiten de spreekkamer gevoerd worden en brengt de individuele patiënt met zijn klacht of vraag niet in het gedrang.

Banale klachten taboe

Waren onze voorgangers verontwaardigd over de wassende stroom 'beuzelarijen' waarvoor ze werden lastig gevallen, de laatste jaren is er onder huisartseneeskundige onderzoekers en docenten een stroming ontstaan waarbij dergelijke opvattingen in een nieuw jasje worden gestoken. Zo menen *Rutten et al.* dat patiënten via voorlichting afgeleerd moet worden om de huisarts te raadplegen voor hoestklachten zonder 'alarmsymptomen'.^{6,7} *Van Eijk* plaatste deze benadering in een breder kader in zijn inaugurele rede, waarin hij een pleidooi hield voor het zoveel mogelijk stimuleren van de zelfzorg.⁸ Als er in de spreekkamer minder tijd 'verloren' zou gaan met de behandeling van banale klachten, zou de huisarts meer en beter toekomen aan belangrijker zaken zoals de begeleiding van chronisch zieken.

De voorstanders van deze gedachtengang wijzen patiënten met banale klachten weliswaar niet brusk de deur, maar ze bepleiten expliciet een breed opgezette strategie van gedragsbeïnvloeding die er slechts in kan resulteren dat de patiënt ervan doordrongen wordt dat hij met bepaalde klachten niet welkom is bij zijn huisarts en hoogstens bij de assistente om een recept mag vragen. Het primaat van de klacht wordt bij voorbaat ontkend, en wel op grond van de aard van de klacht. De overwegingen die de patiënt op dit moment met deze – weliswaar medisch gezien banale – klacht naar de dokter brengen, zijn volstrekt ondergeschikt geworden aan professionele opvattingen.

Nu lijkt het aanhangen of verwerpen van de taboeïsering van banale klachten in dienst van een ‘hogere’ professioneel doel bij oppervlakkige beschouwing louter op een waarde-oordeel te berusten. Bij zo’n constatering zou de discussie snel gesloten kunnen worden. Critici zullen echter wijzen op enkele empirische feiten die voorstanders die denken moeten geven. Onder meer uit het onderzoek van *Van de Lisdonk* naar ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk is bekend dat er een enorme selectie door patiënten wordt aangebracht bij de tocht naar de huisarts.⁹ Slechts 10 procent van de ervaren klachten werd op het spreekuur van de huisarts gepresenteerd.

Hoe men ook denkt over de beweegredenen die de patiënten in die – uitzonderlijke! – gevallen dan toch tot een bezoek aan de huisarts gebracht hebben, het lijkt op voorhand van respect voor de integriteit en zelfstandigheid van de patiënt te getuigen om zijn klacht in eerste instantie te nemen voor wat zij is, en niet op grond van eventuele banaliteit taboe te verklaren. Deze patiënt heeft deze keer kennelijk voor hem relevante argumenten om de huisarts te raadplegen, want negen van de tien keer kan hij het zonder de huisarts stellen.

Dat sommige patiënten de huisarts steeds maar weer voor ‘banale’ klachten raadplegen, is een andere zaak, die wel aandacht behoeft in het contact tussen huisarts en patiënt, maar die niet gekoppeld dient te worden aan de aard van bepaalde klachten, zoals hoesten.

De meeste patiënten gaan niet alleen uiterst zorgvuldig en streng om met hun klachtenaanbod aan de huisarts, zij laten zich door de opvattingen van hun huisarts over het banale karakter van hun klacht ook niet van de wijs brengen. Uit de interventiestudie van *Rutten et al.* blijkt immers dat het effect van het terugdringen van banale hoestklachten vrijwel nihil is.¹⁰ Waar er, afgezien van de methodologische kritiek, mogelijk toch van enig effect sprake lijkt, is niet duidelijk of er symptoomverschuiving heeft plaatsgevonden.

Vooralsnog lijkt het juist om ervan uit te gaan dat een patiënt voor zichzelf goede redenen heeft om de huisarts te raadplegen voor deze actuele klacht, taboe of niet. In de loop van het consult zal wel duidelijk worden of het primaat dat de patiënt voor zijn klacht verwacht, aansluit bij de mogelijkheden en de optiek van zijn huisarts.

Huisarts als manager

Terecht staan de praktijkvoering en de organisatorische inbedding van de huisartsenzorg in de belangstelling. Allerlei ontwikkelingen laten de huisartspraktijk immers niet onberoerd. Wat in nogal wat beleidsstukken echter opvalt, is dat men niet uitgaat van de vele sterke kanten van de Nederlandse huisartsgeneeskunde en overige eerstelijns zorg, maar dat men louter enkele minder florierende deelaspecten benadrukt. Met veronachtzaming van het optimale gebruik van de bewezen effectieve en doelmatige benaderingen binnen de klassieke huisartsgeneeskunde, komt men dan met de oproep de huisarts zich te laten ontwikkelen tot manager binnen de gezondheidszorg. Die gedachte blijkt weliswaar nog nauwelijks concreet ingevuld te kunnen worden, maar voorzover dat wel gebeurt, is het algemene kenmerk dat de niet direct patiëntgebonden werkzaamheden van de huisarts moeten toenemen:

- Binnen een waarneemgroep zou een huisarts in deeltijd moeten worden vrijgesteld voor coördinerende taken op het gebied van de (intensieve) thuiszorg.
- Huisartsen zouden meer tijd moeten besteden aan het opbouwen en beheer van een informatiebestand dat primair op de praktijkpopulatie gericht is en niet louter

ten dienste staat van de directe patiëntenzorg.

- Via delegeren van deeltaken aan de doktersassistente of zelfs een praktijkverpleegkundige zou de huisarts zich meer met specifieke taken en coördinatie kunnen bezighouden.
- Dit alles zou onvermijdelijk gepaard moeten gaan met schaalvergroting in de vorm van een groei naar groepspraktijken en met een nieuwe stimulans voor gezondheidscentra. Dit zou dan ook mogelijkheden bieden voor taakdifferentiëring of zelfs subspecialisatie binnen de huisartsgeneeskunde, waardoor daadwerkelijke substitutie van het ziekenhuis naar de eerste lijn kan plaatsvinden.

Het is al gezegd, aan deze nieuwe ontwikkelingen zitten goede kanten. Een minder goede kant is het gevaar dat hierdoor de klachtgerichte benadering in de knel zal komen. De hoeveelheid patiënt-contacturen van huisartsen zullen immers moeten afnemen ten gunste van niet direct patiëntgebonden activiteiten.

Voorstanders van ver doorgevoerde delegatie van deeltaken zullen tegenwerpen dat de doktersassistente of praktijkverpleegkundige ook klachtgericht kan en zal werken. En intensieve thuiszorg vereist waarschijnlijk een coördinator, hoewel de mogelijkheden van de patiënt en diens omgeving hierbij vaak worden onderschat. Waar we echter niet naar toe moeten, is een situatie zoals we die in grote ziekenhuizen kennen. Daar houden vele hulpverleners zich met deelaspecten bezig en mist de patiënt zijn ‘eigen dokter’, die alles weet en ook beslissingen kan nemen.

De meeste contactredenen in de huisartspraktijk maken een zware hulpverleningsstructuur ook helemaal niet noodzakelijk. De meeste klachten worden immers door de huisarts zelf met hulp van de assistente afgehandeld. Een structuur die is bedoeld om het geringe aantal ingewikkelde problemen het hoofd te bieden, is niet toegesneden op de grote stroom eenvoudige – maar niet onbelangrijke – klachten en hulpvragen. De kracht van de huisartsgeneeskunde ligt onder meer in de generalistische aanpak en laagdrempelige toegankelijkheid. Daarbinnen weet de patiënt zich met zijn klacht het veiligst. De vertrouwd-

heid en doeltreffendheid van die aanpak moet niet zomaar worden ingeruild voor gelede structuren. Zo overtuigend zijn de geclaimde voordelen van de aanpak van gezondheidscentra nou ook weer niet gebleken.

Tot slot

Huisartsen en hun organisaties doen er goed aan te blijven vertrouwen op de kracht van de wezenskenmerken van de huisartsgeneeskunde – zoals de klachtgerichte benadering van de individuele patiënt – en zich niet te laten meeslepen door nieuwlichterijen. De drie genoemde ontwikkelingen zijn trouwens niet echt nieuw. Zij hebben alle drie al eens een bloeitijd gehad, maar raakten niet verankerd in de gewone huisartsgeneeskundige aanpak. Het taboe over oneigenlijke klachten na de oorlog vervloede in de generalistische en integrale visie van de principes van Woudschoten. Het enthousiasme over de mogelijkheden van secundair preventieve activiteiten in de huisartspraktijk uit de zeventiger jaren is danig getemperd nu de resultaten van effectiviteits- en haalbaarheidsstudies bekend zijn. En de verwachtingen die men van grootschalige multidisciplinaire samenwerkingsverbanden koesterde, hebben geen doorbraak gegeven van gezondheidscentra.

De drie bekritiseerde ontwikkelingen illustreren elk voor zich het spanningsveld waarmee artsen steeds geconfronteerd worden: de wisselwerking tussen de be-

langen van de individuele patiënt, de verlangens uit de samenleving en de opvattingen en ambities van de beroepsgroep. Elke 'vernieuwing' dient eerst op zijn consequenties binnen dit krachtenveld te worden geanalyseerd. Daarbij zal ieder zijn prioriteiten net even anders leggen, maar voor artsen, werkzaam in de directe hulpverlening zal er toch geen twijfel bestaan over de prioriteit. Als voor geen andere hulpverlener staan voor een arts de individuele belangen van een patiënt voorop; collectieve en professionele verlangens zijn ook essentieel, maar staan uiteindelijk op het tweede plan.

Als huisartsen zich soms gefrustreerd voelen door een stijgende medische consumptie, een groep 'probleempatiënten' met steeds maar banale klachten, het leed door fatale of invaliderende ziekten, die (nog) niet adequaat via primaire preventie voorkomen (kunnen) worden, coördinatieproblemen in de warwinkel van de gezondheidszorg en door een ingewikkelde maatschappelijke werkelijkheid, dan is het goed zich te realiseren dat die frustratie hun probleem is. Artsen zijn trouwens altijd op dat probleem gestuit, zij het dat de verschijningsvorm steeds anders was. Uit alle onderzoeken blijkt echter dat de patiënten tevreden zijn met die vertrouwde huisdokter, die gewoon open staat voor de klacht en er ook nog wat mee kan. Het gaat niet aan om de teleurstellingen van artsen en beleidsmakers te vertalen in oplossingen die de patiënt met zijn klacht in het gedrang brengen.

Literatuur

- ¹ Anoniem. Basistakenpakket. LHV Vademecum Utrecht: LHV, 1987.
- ² Lamberts H, Wood M. International Classification of Primary Care. Oxford: Oxford University Press, 1987.
- ³ 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.
- ⁴ Van Veen WA, Van Weel C. Screening op verhoogd serumcholesterol? [Commentaar]. Huisarts Wet 1990; 33: 298-9.
- ⁵ Meijman FJ. Anticonceptiebegeleiding door huisartsen; succes van geïntegreerde preventie. Huisarts Wet 1986; 29(suppl 10): 10-4.
- ⁶ Rutten GEHM, Van Eijk JThM, Beek MML, Van der Velden HGM. Hoesten bij de huisarts: naar een rationeel beleid. Huisarts Wet 1988; 31: 293-9.
- ⁷ Beek MML, Van Eijk JThM, Rutten GEHM. Hoesten: naar de dokter of niet? Een patiëntenfolder over hoesten. Huisarts Wet 1988; 31: 299-300.
- ⁸ Van Eijk JThM. Enkele gedachten over het karakter van de huisartsgeneeskunde. Huisarts Wet 1990; 33: 70-3.
- ⁹ Van de Lisdonk EH. Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1985.
- ¹⁰ 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, 1989. ■