

**Redactiecommissie**

Dr. F.J. Meijman, voorzitter
Dr. N.P. van Duijn
M. Hugenoltz, arts
Prof. dr. A.L.M. Lagro-Janssen
Dr. J.W.M. Muris
Dr. B. Terluin

Eindredactie

Drs. E.A. Hofmans/MediTekst
Nieuwe Prinsengracht 39
1018 EG Amsterdam
Telefoon (020) 4232131
Fax (020) 4232059

Redactiesecretariaat

Mevrouw C. Bakker-Bosman
Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht
Postbus 3176, 3502 GD Utrecht
Telefoon (030) 2881700
Fax (030) 2870668

Nederlands Huisartsen

Genootschap
Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
Telefoon (030) 2881700
Fax (030) 2870668

Uitgeverij/advertentie-exploitatie

Bohn Stafleu Van Loghum bv
Postbus 246, 3990 GA Houten
Telefoon (030) 6395763
Advertenties behoeven de goedkeuring van de redactiecommissie. Inzenden aan de uitgeverij.

Abonnementen

Klantenservice Bohn Stafleu Van Loghum
Postbus 246, 3990 GA Houten
Telefoon (030) 6385700
Fax (030) 6385839
E-mail: klantenservice@bsl.nl
Binnenland NLG 174,50 per jaar.
België BEF 3.951 per jaar. Overig buitenland NLG 261,75 per jaar.
Studenten NLG 99,50 per jaar.
Losse nummers NLG 18,-.

Huisarts en Wetenschap verschijnt 13x per jaar. Opzeggingen dienen ten minste twee maanden voor de aanvang van een kalenderjaar te worden gericht aan Klantenservice Bohn Stafleu Van Loghum.

Adreswijzigingen

NHG-leden aan het NHG-bureau.
Overige abonnees aan Klantenservice Bohn Stafleu Van Loghum.

Druk

Verweij bv, Mijdrecht



Lid van de
Nederlandse
Organisatie van
Tijdschrift-
Uitgevers NOTU.

ISSN 0018-7070

'Huisarts en patiënt': back to the seventies?

Eind 1996 verscheen de eerste 'horizontale standaard' van het NHG, 'Huisarts en patiënt. Uitgangspunten en richtlijnen'.¹ Deze uitgave geeft concrete richtlijnen voor een goed verlopend huisarts-patiëntcontact, zoveel mogelijk gebaseerd op de literatuur; er is dan ook een uitgebreid notenapparaat. Het eerste hoofdstuk beschrijft de uitgangspunten voor de standaard; in het tweede hoofdstuk worden richtlijnen gegeven hoe met de wensen en angsten van de patiënt om te gaan. Vervolgens wordt aangegeven hoe de huisarts zou moeten omgaan met zijn eigen onzekerheden, normen en waarden. Tot slot wordt beschreven aan welke voorwaarden het goede huisarts-patiënt-contact zou moeten voldoen.

De nieuwe 'standaard' wordt becommentarieerd door dr. H.G.L.M. Grundmeijer, huisarts te Diemen.

Het heeft ze niet mee gezeten, de auteurs van 'Huisarts en patiënt. Uitgangspunten en richtlijnen'. Drie jaar lang studeren en redigeren, twintig emotievolle auteursbijeenkomsten en aanvankelijk negatieve bestuursadviezen zijn aan de uitgave voorafgegaan. Een ongelukkige wijze van distributie – niet rechtstreeks aan de NHG-leden maar via de HAGRO-voorzitters – is er de oorzaak van dat veel huisartsen nog steeds niet van het bestaan van het boekje op de hoogte zijn.

Het verdient beter. Het is een geslaagde poging de weerbarstige literatuur rond het contact tussen huisarts en patiënt in een kader te plaatsen. Er is een 'horizontale standaard' ontwikkeld, met richtlijnen voor een goed verlopend huisarts-patiëntcontact. De auteurs verklaren overigens nadrukkelijk dat het niet gaat om uit steen gehouwen ge- en verboden doch veeleer om een raamwerk voor wat zich tussen huisarts en patiënt afspeelt. De richtlijnen zijn concreet en vrijwel alle goed onderbouwd door middel van een uitgebreid notenapparaat. Het heeft, en dat is van groot belang, een aantal meningsverschillen uit het verleden overbrugd.

De ontwikkeling van het denken rond het huisarts-patiëntcontact

Zit de beroepsgroep te wachten op een standaard voor het huisarts-patiëntcontact?

Het trauma van de jaren zeventig zit nog diep. De nadruk op het arts-patiëntcontact in die jaren en daarmee het gebrek aan belangstelling voor de kliniek heeft de beroepsgroep langs de rand van afgrond gevoerd. Het vak dreigde beschouwd te worden als verdelend maatschappelijk werk en verwijderde zich steeds verder van de rest van de medische wereld: huisartsen dreigden als

cliniци nauwelijks meer serieus genomen te worden. Het docentencorps van de beroepsopleiding bestond in die jaren voor een groot gedeelte uit sociale wetenschappers, die weliswaar een belangrijke bijdrage konden leveren aan de vorm, maar niet aan de inhoud van het vak.

Het standaardenbeleid in het midden van de jaren tachtig kwam als geroepen. Het ontwikkelen van wetenschappelijk onderbouwde standaarden heeft het vak weer een stevige positie in de gezondheidszorg opgeleverd. Natuurlijk is de ontwikkeling nog niet afgerond en dat zal ook wel nooit gebeuren, als de huisartsprofessie de snelle ontwikkelingen blijft volgen. Revisies blijven nodig, diverse klachten en aandoeningen wachten nog op een standaard en aan de implementatie zal nog jaren gewerkt moeten worden.

Toch is een zekere mate van oververzadiging en overbelasting merkbaar. Zestig standaarden dwingen de huisarts een groot deel van zijn ingesleten routines te herzien. De nieuwe preventieve taken die de beroepsgroep zichzelf heeft opgelegd, vragen forse organisatorische inspanningen. En vooral de patiënt eist in toenemende mate aandacht.

In het standaardentijdperk heeft het ontbroken aan een constructieve ontwikkeling op het gebied van het huisarts-patiëntcontact. Er hebben zich weliswaar (felle) discussies afgespeeld tussen de leden van de universitaire incrowd, maar die zijn voor een groot deel voorbijgegaan aan de praktiserende huisarts.

De thema's van de jaren zeventig en tachtig waren 'methodisch werken' en 'de vraag

IN DIT NUMMER

'Huisarts en patiënt': back to the seventies?	369
Waarom nooit naar een huisarts? Een exploratief onderzoek naar non-consultatiegedrag	372
Werkbelasting en ervaren werkdruk van de huisarts	376
Risicofactoren voor linkerventrikelf hypertrofie. Een literatuuronderzoek	382
Adviezen bij afters	389
Ingezonden	396
Referaten	396
Forum	398
Boeken	403
Agenda	404
NHG-katern	405

achter de vraag'. 'Methodisch werken'² werd eind jaren zeventig geïntroduceerd en heeft lange tijd de agenda van het onderwijs aan huisartsen in opleiding gedomineerd. Het al te ver doorvoeren van de methode heeft soms geleid tot kunstmatige en karikaturale situaties.³ Daardoor kwam de hele methode onder vuur te liggen, maar de uitgangspunten blijven recht overeind: patiënt en dokter moeten het erover eens zijn dat ze het over hetzelfde hebben. Als arts en patiënt het erover eens worden wat er aan de hand is, dan is de kans op herstel het grootst. Er moet overeenstemming bestaan over de behandeling, wil deze effectief zijn, het placebo-effect maximaal en de compliantie naar behoren.

De nadruk in het verleden lag sterk op de vraag of de huisarts de patiënt begreep. De uitspraak 'wat vindt u er zelf van?' werd zo vaak gebruikt en misbruikt, dat hij uitnodigde tot parodiëren. Toch is ook hier de achterliggende idee onomstreden. Als wordt voorbijgegaan aan de perceptie van de patiënt over hetgeen hem mankeert en zijn ideeën over wat de huisarts zou moeten doen, zal de effectiviteit van het consult er niet beter op worden. In de beroepsopleiding werd en wordt daar terecht veel aandacht aan besteed.

Heden ten dage zou echter de vraag of de patiënt de huisarts wel begrijpt, meer aandacht moeten krijgen. De huisarts heeft (mede dankzij de standaarden) veel te vertellen en uit te leggen. Onderzoek toont aan dat voor de patiënt uitleg en informatie zeer belangrijk is.⁴ De patiënt wil zijn klacht begrijpen en de betekenis ervan kunnen inschatten. De patiënt moet het gevoel hebben dat de huisarts weet waarover hij het heeft. Een onduidelijke en vage huisarts zal aanleiding geven tot frustratie en irritatie, en daarmee tot onnodig aanvullend onderzoek en onnodig verwijzen. Sinds de laatste vijftien jaar hebben wetenschappelijk onderzoek en de standaarden de huisarts in staat gesteld zekerder en daarmee duidelijker te opereren, niet alleen bij het aanbieden van zorg, maar ook bij het confronteren van de patiënt met de beperkingen van de geneeskunde.

Het zoeken van de *vraag achter de vraag* heeft tot felle discussies geleid, die door het gebrek aan voldoende empirisch onderzoek meer het karakter hadden van een religieus conflict dan van een wetenschappelijke dispuut.⁵ Terugkijkend op die discussie lijkt het of de opposenten zich onnodig diep hebben ingegraven en hun standpunt chargeerden. Aan de ene kant stonden de huisartsen die ervan uitgingen dat de patiënt zijn werkelijke vraag 'verpakte', dat de gepresenteerde klacht in vrijwel alle gevallen een onderdeel van een groter probleem was,⁶ dat de huisarts altijd de vraag achter de vraag moest zoeken, en vooral dat er wel een psychosociale oorzaak zou zijn als er voor (vage) klachten geen somatische verklaringen werden gevonden. De opposenten verdedigden het standpunt

dat de patiënt autonoom en helder zijn vraag kon formuleren en dat 'gegraaf' onnodig en zelfs ongewenst was. De vorm van het consult zou van ondergeschikt belang zijn aan het klinisch resultaat. Nog nooit is de relatie tussen beide aangetoond.⁷

Het optimum zal wel ergens in het midden liggen. Natuurlijk is het van belang te weten wat de patiënt wil, als hij de klacht keelpijn presenteert. Wil hij van de pijn af, wil hij keelkanker uitgesloten hebben of gaat het om een legitimatie om eens even thuis te blijven? In een gewoon gesprek wil je ook weten wat de ander bedoelt. Dit legitimeert daarmee niet het ongelimiteerd doorvragen of er misschien nog iets anders achterzit, zeker als daar geen aanwijzingen voor zijn. Vissen naar psychosociale problemen wordt niet altijd op prijs gesteld en levert meestal geen ander of beter beleid op. En als er een psychosociaal probleem gevonden wordt, dan is het nog maar de vraag of er een causaal verband is. Er is immers geen mens zonder 'problemen'.

Begrippen als somatische fixatie of zelfs somatisatie blijken moeilijk te operationaliseren in de huisartspraktijk.⁸⁻¹¹ Het lijkt erop dat huisartsen geleidelijk aan de (vage) klacht als diagnose accepteren zonder dat een duidelijke monocausale verklaring aanwezig is, zonder de (vage) klacht te beschouwen als een al of niet bewuste maskering door de patiënt en zonder een en ander te ervaren als eigen falen. De invoering en de acceptatie van ICPC, waarbij klachten en symptomen als diagnose geregistreerd kunnen worden, heeft de symptoomdiagnose impliciet gelegitimeerd. Daarmee behoeft niet elke klacht in een 'echte' diagnose geperst te worden. Dit voorkomt dat de werkelijkheid geweld wordt aangedaan en het scheelt diagnostische frustratie, die soms op de patiënt wordt afgereageerd, als deze zo ongelukkig is een 'vage' klacht te presenteren.

Heroriëntatie op het huisarts-patiëntcontact?

Door het standaardenbeleid is de professie inmiddels voldoende gepositioneerd ten opzichte van de tweede lijn en de politiek. Die slag is voorlopig gewonnen.

Het wordt nú hoog tijd aandacht te besteden aan de profilering van het huisartsenvak tegenover de patiënt. De patiënt merkt immers maar weinig van het standaardenbeleid. Vanuit het perspectief van de patiënt is het immers minder interessant of zijn diabetes volgens de standaard behandeld wordt; de patiënt wil goede voorlichting, niet te lange wachttijden en een huisarts die hij begrijpt en die hem begrijpt.¹²

Het is de vraag of nu voldoende aan die wens tegemoet wordt gekomen. Tuchtzaken gaan voor het overgrote deel over bejegening en veel minder over medisch-technische fouten. Al zijn beleidmakers inmiddels wel overtuigd van de poortwachtersfunctie van de huisarts, voor de patiënt

is die nog niet zo vanzelfsprekend, gezien bijvoorbeeld de uitslag van de NIPO-enquête, waaruit blijkt dat patiënten toch meer heil van de specialist verwachten in zaken die de huisarts uitstekend kan aanpakken.¹³

De beroepsgroep en daarmee het Nederlands Huisartsen Genootschap zou zijn pijlen meer moeten richten op het arts-patiëntcontact. Het tij zit echter niet mee. Er zijn aanwijzingen dat de nadruk de komende tijd komt te liggen op de derde pijler van de huisartsgeneeskunde, naast de inhoud en de consultvoering: de praktijkvoering. De eerste hoogleraar met als bijzondere opdracht de praktijkvoering is inmiddels benoemd, een proefschrift over de kwaliteit van de praktijkvoering is nagenoeg afgerond, en organisatie-adviesbureaus doen goede zaken. Het gaat er steeds meer op lijken dat in deze tijden van grote werkdruk het welzijn van de huisarts voor een aanzienlijk deel afhankelijk is van de organisatie van zijn werk.

Door alle aandacht op de standaarden en de praktijkvoering te richten, dreigt het risico dat de beroepsgroep zijn zaakjes *intern* prima voor elkaar heeft, maar *extern* – tegenover de patiënt – die kwaliteit niet voldoende over het voetlicht krijgt. Menig bedrijf is over de kop gegaan door uitstekende producten te maken, maar tegelijkertijd het contact met de klant te verwaarlozen. Wat dat betreft komt dit boekje over consultvoering als geroepen. Het is een gedegen overzicht van de status quo. De strijdbijlen zijn begraven en over de meningsverschillen over de 'vraag achter de vraag' is een compromis bereikt.

Lijnen naar de toekomst

Het is een goed uitgangspunt om lijnen naar de toekomst uit te zetten. De ontwikkeling van nieuwe horizontale standaarden mag niet doodbloeden, maar zou voortvarend ter hand moet worden genomen. De plannen voor vijf andere horizontale standaarden liggen klaar en vragen om uitvoering. Deskundigheidsbevorderingpakketten zouden ontwikkeld en aan de man gebracht moeten worden.

Door nader onderzoek naar het patiëntenperspectief, effectieve informatie-overdracht en vooral een efficiënte consultvoering zullen de witte vlekken in onze kennis moeten worden ingevuld. We weten immers nog niet voldoende over de beleving van klachten door de patiënt bij specifieke klachten (keelpijn, hoofdpijn, moeheid, buikpijn, etc.). We weten weliswaar dat goede informatie sterk bijdraagt aan het gezondheidsbeleven van de patiënt, maar niet hoe de informatie moet worden gedoseerd. Er bestaan veel vooringenomen opvattingen over het 'goede' consult, maar we weten niet welke consulttechnieken het meest effectief zijn.

Dit alles vraagt veel inzet en mankracht. Het valt voor een kleine beroepsgroep niet mee drie ballen (standaarden,

praktijkvoering en consultvoering) tegelijk in de lucht te houden, maar het moet mogelijk zijn. De trein van de standaarden heeft veel eigen momentum en vraagt niet zoveel initiërende inzet meer. In het kader van de verbeterde samenwerking tussen het NHG en de LHV zou het kwaliteitsbeleid rond de praktijkvoering aan de LHV overgelaten kunnen worden.

Met de huidige lijn, het ontwikkelen van verticale (transmurale) standaarden, bevindt het Nederlands Huisartsen Genootschap zich op het veilige terrein van de succesformule. Het succes van horizontale standaarden moet nog worden bewezen. Geen reden om dat te laten liggen. Het onderwerp is er belangrijk genoeg voor.

Hans Grundmeijer

Academisch Medisch Centrum – Universiteit van Amsterdam
Divisie Public Health, afdeling Huisartsgeneeskunde

- 1 Rutten GEHM, red. Huisarts en patiënt. Uitgangspunten en richtlijnen. Utrecht: Nederlands Huisarts Genootschap, 1996.
- 2 Holten-Vriesema J, Tompot C, Van Aalderen H, et al. Methodisch werken. Huisarts Wet 1978; 21: 322-35.
- 3 Runia E. Methodisch werken: pro en contra. Huisarts Wet 1987; 30: 152-4.
- 4 Like R, Zyzanski SJ. Patients requests in family practice. A focal point for clinical negotiations. Fam Pract 1986; 3: 216-28.
- 5 Stam J, Courant J, Hart G, Wiersma T. Inzonden brieven over consultvoering, met naschrift van Hofmans-Okkes IM. Huisarts Wet 1992; 35: 287-9.
- 6 Bremer J. Dokters in hun dagelijkse doen. Huisarts Wet 1978; 21: 477-82.
- 7 Hofmans-Okkes IM, Lamberts H, Hofmans EA. De paradox van de patiëntgerichte benadering. Huisarts Wet 1992; 35: 281-6.
- 8 Cox MF. De vroegtijdige herkenning van somatische fixatie in de huisartspraktijk. Een exploratie van het concept somatische fixatie [dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1992.
- 9 Hofmans EA. De vroegtijdige herkenning van somatische fixatie in de huisartspraktijk [boekbespreking]. Huisarts Wet 1993; 36: 351-2.
- 10 Portegijs PJM, Kraan HF, Knottnerus JA, Stoffers HEJ. Wat heet somatisatie? 1. Een zoektocht in de internationale literatuur naar een definitie voor huisartsgeneeskundig onderzoek. Huisarts Wet 1992; 35: 18-25.
- 11 Rooymans HGM, Van Hemert AM, Speckens AEM. Wat is 'somatiseren'. Ned Tijdschr Geneesk 1996; 140: 1217-20.
- 12 Malsch M, Blaauwbroek H. Tijd voor patiënten. Verslag van Keuzen in de zorg vanuit het perspectief van patiënten. Utrecht: Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie 1993.
- 13 Van der Voort JPM, Grundmeijer HGLM, Hendrick JMA. NHG-NIPO-enquête 'Huisarts en zinvol handelen'. Huisarts Wet 1995; 38: 351-4. ■