

Huisarts en Wetenschap

Redactiecommissie

Dr. F.J. Meijman, voorzitter
M.Y. Berger, arts
Dr. N.P. van Duijn
Prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen
Dr. P.L.B.J. Lucassen
Dr. B. Terluin

Eindredactie

Drs. E.A. Hofmans/MediTekst
Postbus 10482, 1001 EL Amsterdam
Telefoon (020) 4232131
Fax (020) 4230464

Redactiesecretariaat

Mw. C.M.J. Hielkema
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
Nederland, Ned. Antillen, België en Suriname NLG 182,50 p/j.
Overig buitenland NLG 284,08 p/j.
Studenten NLG 99,50 p/j.
Losse nummers NLG 21,50.

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

Nederlands
uitgeversverbond
Groep vaktijdschriften

ISSN 0018-7070

HUISARTS EN WETENSCHAP 1999;42(6)

Leven doet hopen

Overleven en geneeskunst kennen beide het jongleren met hoop. Hoop is een levenselixer waarvan we de samenstelling en werking nog onvoldoende kennen. Zo verloopt een kleincellig bronchuscarcinoom vrijwel altijd binnen twee jaar fataal. Toch zijn patiënten vaak optimistisch omtrent hun volledige genezing. Wat is de grond voor dit ontorechte optimisme?

Anne-Mei The, antropologe en juriste, poogt die vraag in haar dissertatie te beantwoorden via observationeel, participierend onderzoek.¹ De gegevens komen uit vier bronnen: observatie-aantekeningen, interviews, dossiers en dagboekantekeningen. Die gegevens groepeerde zij vervolgens rond de vragen 'Hoe informeren artsen patiënten?', 'Hoe interpreteren patiënten deze informatie?', 'Hoe verlopen de communicatielijnen?', 'Hoe wordt beslist?' en 'Wie beslist?' De selectievertekening is groot: een verantwoording voor de keuze van haar onderzoeksvragen ontbreekt en van de dertig patiënten beschrijft ze slechts twee ziektegeschiedenissen in extenso, omdat deze 'exemplarisch' zouden zijn. Andere casuïstiek komt uitsluitend aan bod 'waar dat iets toevoegt' en de kleine groep patiënten die bewust afzag van behandeling (voornamelijk de hoger opgeleide patiënten), wordt in het geheel niet beschreven. Bovendien kiest zij voor een toegankelijke, verhalende vorm om 'beter recht te doen aan de realiteit.' 'Wat de wetenschap aan het (journalistieke) verhaal kan toevoegen is een systematische en expliciete beschrijving met de daarbijbehorende uitleg.' Het resultaat is een proefschrift vol 'collages'. Het siert de auteur overigens dat zij de inherente zwaktes in de methodologie helder uiteenzet.

Wat The beschrijft is fascinerend. Hoe ontstaat er ruimte voor die merkwaardige hoop op volledige genezing? Het begint al bij het eerste

slecht-nieuwsgesprek. Er treedt een 'koerswijziging' op van fatale diagnose naar behandeling. De specialist noemt weliswaar de fatale afloop van de ziekte, maar hij geeft zelden een indicatie van een termijn: 'We weten nooit hoe een patiënt op de therapie reageert'. Op die manier wordt een prognose geïndividualiseerd en ontstaat bij de patiënt hoop dat het hem beter zal vergaan dan al die andere patiënten. Het ontbreken van perspectief op lange termijn doet iedere betrokkene zich richten op het korte-termijnbeleid. Hierbij vullen specialisten de tijd van de patiënt met allerhande bezigheden (behandeling, controles) en zekerheden (infausschema's, onderzoeken). Vragen van patiënten over het (verhulde) lange-termijnperspectief worden vrijwel consequent beantwoord in termen van het (openbare) korte-termijnperspectief. De hele behandelingscontext is daarmee dubbelzinnig. De dialogen zijn soms schokkend om te lezen. Het optimisme van patiënten bloeit niet alleen op door de communicatie en het gedrag van artsen, ook de patiënt borduurt zijn eigen 'herstelverhalen'. Positieve verhalen waarin plaats is voor een plotselinge, onbegrepen genezing en wie weet, wonderen. Een dergelijk herstelverhaal kunnen behandelers moeilijk doorbreken, onvatbaar voor logica als de patiënt-auteur is. Vaak ongrijpbaar ook, want 'patiënten beschikken over registers van verschillende verhalen die (...) allemaal authentiek zijn'.
Vervolg op pag. 250.

Methodisch werken: een opfrisser?

De Consumentenbond deed onderzoek bij 74 apotheken en 125 drogisterijen en stelde vast dat medewerkers te weinig informatie vragen over de achtergronden van een gezondheidsklacht, c.q. oorpijn/diarree (Consumentengids april

1999:54-6). Net als bij huisartsen zou een methodische aanpak uitkomst moeten bieden. Zowel apotheken als drogisterijen kennen namelijk een standaardrijtje met vragen die een medewerker bij bepaalde klachten kan stellen om achtergrondinformatie te krijgen. Ze heten respectievelijk WHAM- en WASA-vragen.

De berichten, commentaren en reacties in de rubriek Journaal richten zich op de wetenschappelijke en inhoudelijke kanten van de huisartsgeneeskunde. Bijdragen van lezers zijn welkom. De bijdragen in deze aflevering zijn van Pim Assendelft, Sylvie Lo Fo Wong, Frans Meulenberg en Frans J. Meijman (red).

- W Voor wie is het advies bedoeld?
H Hoelang bestaat de klacht al?
A Welke acties heeft de patiënt al ondernomen?
M Welke medicatie gebruikt de patiënt al voor andere kwalen?
W Wie heeft de klachten?
A Aard van de klachten?
S Sinds wanneer bestaan de klachten?
A Al wat aan gedaan?
Aan huisarts en praktijkassistente alleen nog de keuze aan welk rijtje zij de voorkeur geven. (FJM)

Naar een sekspecifieke artsopleiding

Op 24 maart beëindigde de ministeriële Stuurgroep Vrouwenhulpverlening van VWS haar bestaan met het aanbieden van haar eindrapportage gevuld met beleidsaanbevelingen. Opvallend is de koerswijziging die de stuurgroep heeft doorgemaakt: van een oorspronkelijke gerichtheid op vrouwenhulpverlening naar sekspecifieke hulpverlening. In 1996 werd de stuurgroep geïnstalleerd door minister Borst met het doel vrouwenhulpverlening te integreren in de gezondheidszorg. Goede zorg is sekspecifiek! Dit is nu de slogan van de stuurgroep. Wat deze term inhoudt en hoe dit onderwerp in de artsopleiding geïntegreerd kan worden, was deze middag aan de orde. Gehoord: een pleidooi om meer onderzoek te verrichten naar man-vrouwverschillen bij onder meer cardiovasculaire problematiek. De Hartstichting wordt erop aangesproken en blijkt dit al te doen. Ook een welgemeend pleidooi voor een feminisering van de artsopleiding door de opleidingsvoorwaarden meer op vrouwen te richten, zoals kortere opleidingen met meer mogelijkheden voor deeltijd. De beleidsorganen echter die hierover beslissen, blijken volledig te bestaan uit oudere mannen, aldus Dunning. Deze spreker noemt hierbij de toename van 'zachte handen aan het bed een verbetering van de zorg'. Over clichés gesproken! Meer duidelijkheid brengt Toine

Laagro, geïntroduceerd als beroemdheid op gebied van sekspecifieke hulpverlening. Waar het in de kern om gaat is: het maken van onderscheid naar sekse wanneer dat van belang is, zowel somatisch als psychosociaal. Als sprekend voorbeeld noemt zij de klacht urine-incontinentie. Voor vrouwen en mannen bestaat er een aanzienlijk verschil in voorkomen, oorzaak, behandeling en betekenis. Waar voor vrouwen het werken met opvangmateriaal heel gebruikelijk is en nauwelijks een probleem vormt, is dit voor mannen een schrikbeeld. Ook psychosociaal verschillen de thema's van mannen en vrouwen aanzienlijk. Is bij vrouwen de eigenwaarde in hoge mate gekoppeld aan relaties en zorg, bij mannen speelt de autonomie en competentie een hoofdrol. Waar bij vrouwen het falen in het geven van zorg sneller tot schuldgevoel leidt, is dat bij mannen het falen van de competentie (bijvoorbeeld impotentie). Vrouwen zijn meer op relaties gericht, mannen meer op prestaties. Het belang om dit te onderkennen in het consult moet onderdeel worden van de gehele opleiding van arts tot huisarts en specialist. Daar gaat het deeladvies van de stuurgroep dan ook over.

Zou Dunning met zijn 'zachte handen'-pleidooi onbewust een metafoor hebben willen schetsen voor een meer op relaties gerichte geneeskunde? Waar de afgelopen decennia de aandacht vooral lag op het opheffen van verschillen tussen mannen en vrouwen in het kader van de gelijke behandeling (financieel-sociaal), lijkt het nu tijd de verschillen nuchter en zonder vooroordelen te bezien en ernaar te handelen. De sprekers bevelen aan om dus zowel in het onderzoek als in het onderwijs te leren dat het van belang is onderscheid te maken naar sekse. Uiteraard indien dit relevant is.

Het lijkt mij een cultuurshock voor de meeste faculteiten, behalve Nijmegen en Maastricht, waar een pilot in het totale curriculum van start gaat. Er is nog geld voor één pilot. Wie dient zich aan voor de integratie van sekspecifieke hulpverlening in de artsopleiding?

(SLFW)

Uitdagend en alledaags

Met de rede 'onderzoek in de huisartspraktijk – uitdagend en alledaags' aanvaardde Geert-Jan Dinant op 12 maart jongstleden de leerop-

Vervolg 'Leven doet hopen'
'Iedereen lijkt in dienst te staan van "het proces", maar niemand stelt het proces zelf ter discussie', concludeert The. Zij pleit voor het benoemen van een individueel verantwoordelijk persoon (een medisch psycholoog, maatschappelijk werker, geestelijk verzorger, huisarts of verpleegkundige) als centraal figuur. Dit advies komt echter niet voort uit haar onderzoek. Door zich uitsluitend te richten op de kliniek en de polikliniek mist ze namelijk een essentieel onderdeel van de ziektegeschiedenis: het verblijf thuis en daarmee de mogelijke rol van de huisarts. Hier zit een leemte in haar collage. Toch blijft deze dissertatie voor huisartsen relevant. In de factor hoop weerspiegelt zich namelijk de – vaak wisselende – visie van de patiënt op zijn ziekte. Daarnaast kan het geven en ontnemen van hoop een instrument voor de huisarts zijn, hoe lastig ook te bespelen. 'Het geven van

dracht 'clinical research in general practice' aan de Universiteit Maastricht. Hij begon met een warm pleidooi voor de waardering van anamnese en lichamelijk onderzoek als de spil om 'pluis' en 'niet-pluis' te onderscheiden. Wat betreft Dinant had de NHG-Standaard Osteoporose aan de hand van enige simpele gegevens (fractuur in anamnese, postuur en leeftijd) wel wat specifiekere mogen zijn in het beschrijven van de doelgroepen voor interventies en leefregels.

Hoe complex huisartsgeneeskundig onderzoek in de praktijk is, bleek uit de beschrijving van het onderzoek 'Lage luchtweginfecties'. Hierin worden keelwatten en sputumkweeken afgenomen, en moet de huisarts een groot aantal vragen invullen. Dit grootschalige project maakt ook duidelijk dat onderzoek in de huisartspraktijk vaak multidisciplinair is. De uitdaging in dergelijk alledaagse-klachtenonderzoek zit voor de onderzoekers in het bedenken van praktische oplossingen voor allerlei problemen. De dia van de gefrustreerde junior-onderzoeker (woede-aanval op kapotte auto) sprak boekdelen.

Op zoek naar de ideale huisartsgeneeskundige onderzoeker openbaarde Dinant zich vervolgens als teamspeler, ondervijzman en bruggenbouwer. Een groot aantal modellen passeerden de revue: de practicus

hoop is een vorm van zingeving' waarbij 'het doormaken van de ziekte – inclusief levensverlengende behandeling en versluierende informatie – een eigentijds ritueel is,' meent The in een interview.² Hoop op genezing is, behalve een individuele, ook een collectieve aangelegenheid. En dat geldt ook voor onterechte hoop.

Hoe hiermee om te gaan, is een uitdaging voor medici want 'Hope is the thing with feathers (...) And never stops – at all'.³ (FM)

- 1 The A.M. Palliatieve behandeling en communicatie. Een onderzoek naar het optimisme op herstel van longkankerpatiënten. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1999
- 2 Croon M. 'Chemotherapie is nodig om naar de dood toe te groeien' – Anne-Mei The onderzocht het misplaatste optimisme van terminale patiënten. NRC Handelsblad, 27-2-1999.
- 3 Dickinson E. The complete poems. London, Boston: Faber & Faber, 1970: 254.

die op latere leeftijd promoveert, de basisarts, de student geneeskunde, de huisarts-in-opleiding (haio), de assistent-in-opleiding (aio) en tenslotte de arts in opleiding tot huisarts-onderzoeker (aiotho). Deze laatste stijlfiguur is volgens Dinant 'geen Japans gerecht maar een arts die in een zesjarige opleiding de huisartsopleiding en een promotie combineert'. Aan de formaliteiten rondom deze constructie wordt de laatste hand gelegd.

Als sluitstuk van dit onderdeel werd een fantastisch schema gepresenteerd waarin alle personen uit het basiscurriculum, de beroepsopleiding en het werkveld rondom het thema 'huisartsgeneeskundig onderzoek' werden samengebracht. Hierbij werd de praktiserend huisarts, onmisbaar voor onderzoek in het veld, zeker niet vergeten. Een dergelijk schema geeft toch wel klamme handen. Enerzijds is natuurlijk prachtig dat bijvoorbeeld studenten al vroeg met onderzoek in contact worden gebracht. 'Kinderen moeten ook leren om spuitjes te eten' (Dinant). Anderzijds brengt het risico's met zich mee om bij de planning van complex huisartsgeneeskundig onderzoek te zeer te rekenen op allerlei hulp-onderzoekers (studenten, aio's). Ook zal de toekomst nog moeten leren of de aiotho-constructie voor iedere willekeurige basisarts is weggelegd, of dat alleen

bijzonder getalenteerden en gemotiveerden de eindstreep zullen halen. Gezien de samenstelling van het publiek werd een aantal complexe onderzoeksvraagstukken wel aangestipt, maar niet in detail besproken: randomisatie op praktijkniveau, multivariate analysetechnieken, implementatie van onderzoeksbevindingen en de onmogelijkheid van blinderen van veel huisartsgeneeskundige interventies. Juist deze zaken zullen, gezien de leeropdracht, in de toekomst verder moeten worden uitgediept om ervoor te zorgen dat huisartsgeneeskundig onderzoek door buitenstaanders (subsidiegevers, beleidsmakers, redacties van internationale tijdschriften) serieus genomen blijft worden. Hopelijk wordt hier op een ander tijdstip voor een belangstellend publiek (in dit tijdschrift?) nog dieper op ingegaan. (PA)

Richtlijnen voor auteurs

Huisarts en Wetenschap volgt sinds 1984 de 'Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals' (Vancouver-stijl). Veel aanwijzingen uit de *Uniform requirements* zijn echter niet of nauwelijks relevant voor Huisarts en Wetenschap, terwijl anderzijds in loop der jaren aanvullende richtlijnen zijn opgesteld. Daarom is een bundeling gemaakt van alle richtlijnen die specifiek van toepassing zijn voor Huisarts en Wetenschap (gepubliceerd in nummer 5 van de lopende jaargang, pp. 239-40). Daarnaast zijn er meer gedetailleerde richtlijnen voor de verschillende categorieën artikelen die Huisarts en Wetenschap kent:

- onderzoeksverslagen;
- literatuuronderzoeken;
- methodologische bijdragen;
- wetenschappelijke beschouwingen;
- nascholingsartikelen;
- casusbeschrijvingen en klinische lessen;
- commentaren.

Deze richtlijnen kunnen worden aangevraagd bij het redactiesecretariaat.

En verder in dit nummer...

Ingezonden	279
Referaten	280
Forum	282
Boeken	287
Agenda	288
NHG-katern	289