

- patients consult the general practitioner? Determinants of their decision. *Br J Gen Pract* 1992;42:313-6.
- 36 Hall JA, Irish JT, Roter DL, Ehrlich CM, Miller LH. Gender in medical encounters. An analysis of physician and patient communication in a primary care setting. *Health Psychol* 1994;13:384-92.
- 37 Brody H, Waters DB. Diagnosis is treatment. *J Fam Pract* 1980;10:445-9.
- 38 Newcomer JW, Selke G, Melson AK, Hershey T, Craft S, Richards K,

- Alderson AL. Decreased memory performance in healthy humans induced by stress-level cortisol treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:527-33.
- 39 Rutter DR, Iconomou G, Quine L. Doctor-patient communication and outcome in cancer patients: an intervention. *Psychol Hlth* 1996;12:57-71.
- 40 Van der Horst H, De Vries H. Van persoonlijke, integrale en continue zorg naar medisch maatwerk. *Huisarts Wet* 2001;44:226-9.

Context en medisch handelen

Een visie vanuit de huisartspraktijk

C van Weel

Inleiding

Huisartsen zorgen voor individuen met het doel om ziekten en gezondheidsstoornissen te voorkomen, op te sporen en te behandelen. Ziekte en ziek-zijn zijn in belangrijke mate 'sociale' constructen.^{1,2} Dat betekent dat er een relatie ligt tussen

Samenvatting

Van Weel C. Context en medisch handelen. Een visie vanuit de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 2001;44(11):494-7.

Doelstelling Dit artikel analyseert de betekenis van de context voor het huisartsgeneeskundig handelen en de daaruit voortvloeiende consequenties voor de wetenschappelijke onderbouwing.

Omschrijving Onder context wordt verstaan: de leefwereld van de patiënt – gezin, werk, woonomgeving – die het kader vormt waarbinnen ziekte, ziek-zijn en medisch handelen zich afspelen. Voor de huisartsgeneeskunde vormt dit de verbinding naar een aantal kernbegrippen en specifieke taken. Ziektebeleving en het (on)vermogen van patiënten zichzelf te helpen, bepalen in belangrijke mate de aard en omvang van professionele interventies.

Vier prioriteiten voor huisartsgeneeskundig onderzoek worden geformuleerd in relatie tot de context: 1) afzien van medisch ingrijpen; 2) de betekenis van context bij interventies met marginaal effect; 3) gezin, ziekte en ziektegedrag; 4) weerbaarheid en zelfredzaamheid: patiënten met chronische aandoeningen. Dit maakt het beter mogelijk om in klinisch-wetenschappelijk onderzoek huisartsgeneeskundig relevante vragen te stellen en concepten te toetsen, en de typische huisartsgeneeskundige relevantie te accentueren.

Prof.dr. C. van Weel, hoogleraar huisartsgeneeskunde, Afdeling Huisartsgeneeskunde UMC St Radboud Nijmegen.

Correspondentieadres: Afdeling Huisartsgeneeskunde, UMC St Radboud, 229-HSV Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen. E-mail: c.vanweel@hsv.kun.nl

ziekte/ziek-zijn en de leefwereld van de patiënt. Gezin, werk en woonomgeving behoren tot het kader waarbinnen ziekte en ziek-zijn zich ontwikkelen en afspelen,³ en het medisch handelen zich voltrekt. In dit artikel noem ik dat verder de 'context' van de geneeskunde. De context bepaalt de feitelijke werking van het medisch handelen, in Balints² aforisme van 'the doctor as a drug' treffend gekarakteriseerd.

In de principes van continue en integrale geneeskunde en gezinsgeneeskunde^{1,4} heeft de huisarts de context in het referentiekader voor zijn professioneel handelen opgenomen.^{5,6} Het is juist deze context die de complexiteit van het professioneel handelen bepaalt,⁷ en waaraan de speciale deskundigheid – het specialisme huisartsgeneeskunde – in belangrijke mate wordt ontleend.⁸

Wetenschappelijke onderbouwing van de huisartsgeneeskunde is de missie van het NHG. Het NHG formuleerde onlangs opnieuw zijn wetenschapsbeleid. Wetenschappelijke onderbouwing van het medisch handelen beoogt diagnostiek en behandeling van patiënten te enten op empirisch getoetste bevindingen. Evidence-based medicine heeft hieraan een belangrijke impuls gegeven en steeds beter kan de patiëntenzorg worden gebaseerd op datgene wat meer goed dan kwaad doet, terwijl patiënten worden beschermd tegen praktijken die vooral schaden. Evidence-based medicine is echter niet louter een kwestie van 'meer' empirisch onderzoek, het is ook van belang om aan te geven wat voor soort evidentie het handelen van (huis)artsen zal beïnvloeden. Met andere woorden, een wetenschapsprogramma moet gekoppeld zijn aan een visie op de huisartsgeneeskunde. De visie op de huisarts van de toekomst wordt de komende maanden geformuleerd. Door het betrekken van de 'context' in de discussie over visie en over wetenschapsbeleid kunnen beide een belangrijke impuls krijgen.⁹ In dit artikel ga ik in op de relatie tussen 'context' en huisartsgeneeskunde (en wetenschappelijk onderzoek) aan de hand van de volgende punten:

- context en de implicaties voor medisch handelen;
- context en huisartsgeneeskunde;

- klinisch onderzoek en de huisartsgeneeskundige praktijk;
- de context en de prioriteiten in klinisch onderzoek.

Context en de implicaties voor medisch handelen

Onder 'context' versta ik: datgene wat patiënt en (huis)arts naast ziekte, respectievelijk diagnostische en therapeutische interventies de spreekkamer binnenbrengen en wat daarmee onderdeel van de behandeling vormt. De patiënt brengt zijn klaaggedrag in, zijn verwachtingen en attributies, en culturele en sociaal-economische determinanten van ziekte en ziektegedrag. En ook het gezin komt bij elk bezoek een beetje mee. Van de kant van de (huis)arts gaat het om bejegening en empathie waarmee hij de voorwaarde voor hulpverlening schept. Wanneer men in de medische literatuur over 'placebowerking' spreekt, gaat het voornamelijk over het artsgebonden aspect. Deze, enigszins denigrerende, kwalificatie heeft een klinisch-wetenschappelijke analyse in de weg gestaan. Een literatuuronderzoek van het NIVEL vond slechts weinig onderzoek over dit onderwerp.¹⁰ Wat er werd gevonden – met name over hypertensie bleken onderzoeken beschikbaar – was voldoende interessant om meer systematisch onderzoek te rechtvaardigen. De auteurs benoemen de betekenis van de context enigszins apologetisch als 'aspecifiek', tegenover de specifieke (de 'echte') werking van medische interventies. Maar het is vanouds de opdracht van de geneeskunde om de persoon van de zieke te behandelen, niet slechts de ziekte. Als persoonsgebonden omstandigheden daarop grote invloed hebben,¹¹ dan behoort die context tot de kern van het klinisch handelen en wetenschappelijk onderzoek daarnaar tot de kern van het klinisch-wetenschappelijk onderzoek.

Context en huisartsgeneeskunde

Een aantal kenmerken van de huisartsgeneeskunde maakt dat de context in het bijzonder van invloed is op het klinisch handelen. Indien de patiënt professioneel-medische hulp wil, gaat hij tijdens een ziekte-episode eerst naar de huisarts. Een specifieke taak van de huisarts in het eerste contact is na te gaan of medische zorg wel aangewezen is. Dit sluit aan bij het begrip 'nocebo' dat in de NIVEL-studie wordt opgevoerd,¹⁰ en waarmee de schadelijke effecten van de contextwerking worden verstaan in tegenstelling tot de positieve effecten bij het geven een placebo. Concepten als 'medicalisering' en 'somatische fixatie' zijn in dit verband als nocebo-effecten te beschouwen. Dit laat zich aan diverse NHG-standaarden illustreren, waarin de wenselijkheid van diagnostiek en behandeling van veelvoorkomende problemen aan de orde komt. Daarmee bestaat huisartsgeneeskundige zorg dan ook voor een deel uit het *niet* voorschrijven van een behandeling, en uit het *niet* initiëren van medisch-professionele zorg. Hierbij wordt vooral ingespeeld op de weerbaarheid en zelfredzaamheid van de patiënt.

Een tweede kenmerk van de huisarts is de continuïteit van zorg: de huisarts maakt de patiënt in de loop van de tijd tijdens meerdere ziekte-episoden mee. Kennis en ervaring uit de (vele) voorgaande contacten tussen huisarts en patiënt spelen door in

volgende episodes van ziekte of klachten,^{12,13} en op grond daarvan is het mogelijk een voorspelling te doen over weerbaarheid en zelfredzaamheid van de patiënt.

Bij het betrekken van weerbaarheid en zelfredzaamheid speelt de directe omgeving van de patiënt, het samenlevingsverband, – met name het gezin – een belangrijke rol. Deze oriëntatie op het gezin, de gezinsgeneeskunde, is het derde kenmerk van de huisarts dat een bijzondere relatie met de context heeft. Het denken in termen van context biedt de mogelijkheid door een nieuw perspectief naar dit traditionele huisartsgeneeskundige kenmerk te kijken. Aan 'samenlevingsverband' of 'gezin' kunnen in relatie tot de context drie facetten worden onderscheiden:

- De *sociaal-psychologische context*. Normen, waarden en verwachtingen, ook over het omgaan met ziekte en gezondheid, worden binnen het gezin vormgegeven. Dit komt dit uitdrukking in gezinskenmerkend ziektegedrag, zoals de frequentie van het consulteren van de huisarts voor alledaagse ziekten bij ouders en kinderen.^{1,12}
- De *sociaal-economische context*. Voor chronische en voor alledaagse ziekten vormt sociaal-economische status op gezinsniveau een belangrijke voorspeller van ziekte¹⁴ alsmede van prognose en effectiviteit van erkend-werkzame interventies.¹⁵
- De *genetisch-deterministische context*. Optreden, beloop en prognose van de meeste aandoeningen worden waarschijnlijk bepaald door een interactie tussen genetische en omgevingsfactoren. De klinische genetika zal in de komende decennia dan ook vooral deze context onderzoeken.

Klinisch onderzoek en de huisartsgeneeskundige praktijk

Een belangrijke prikkel om onderzoek te doen in de klinische praktijk was de constatering dat effecten van interventies onder dagelijkse praktijkomstandigheden (ook aangeduid als *effectiveness*) achterbleven bij wat onder optimale condities mogelijk leek (het potentieel haalbare of de *efficacy*).^{16,17} Gebrek aan competentie van professionals, of het onvoldoende functioneren van zorgvoorzieningen kunnen hierbij een factor zijn, en daarop richten zich implementatie- en gezondheidszorgonderzoek. Tugwell toonde echter aan dat dit slechts enkele van de factoren waren die het verschil tussen 'efficacy' en 'effectiveness' verklaren.¹⁷ Door randomisatie en blinding blijven in randomized clinical trials factoren buiten beschouwing die in de dagelijkse praktijk volop spelen: bejegening en empathie van de zijde van de behandelaar, verwachtingen, normen en waarden van patiënten. Deze factoren worden als het ware weggerandomiseerd, of zijn, door blinding van behandelaar en patiënt, onttrokken aan de interventie. In de dagelijkse praktijk roepen patiënten met astma of diabetes geen hulp in of onttrekken zich aan behandeling,^{18,19} of geven de voorkeur aan een minder effectieve behandeling.²⁰ Op grond hiervan wordt de behandeling die op basis van RCT's als het meest effectief wordt beschouwd, in werkelijkheid niet gerealiseerd.¹⁷ In op de praktijk gericht (huisarts)geneeskundig onderzoek moet de effectiviteit van interven-

ties dus juist binnen de context van de dagelijkse zorg bestuurd worden.²¹

Bij het bestuderen van effecten van medische behandelingen is uiteraard empirie van belang: informatie dat er sprake is van een effect. Maar naast empirie is ook behoefte aan inzicht in de mechanismen waarlangs effecten optreden. Zo is het goed mogelijk om werkzaamheid en bijwerkingen van veel farmacologische behandelingen te verklaren en voorspellen op basis van hun – theoretische – werkingsmechanismen. Op basis hiervan is het vervolgens mogelijk een rationele keuze te maken voor toepassing in de klinische praktijk. Dit geldt ook voor onderzoek naar de context: waarom beïnvloeden empathie, sociale steun, een luisterend oor of een afwachtend beleid het ziektebeloop in gunstige zin? Tot op heden ontbreekt het inzicht en is er ook weinig animo voor het doen van empirisch onderzoek naar complexe interventies. Voor de ontwikkeling van een evidence-based huisartsgeneeskunde is een multidisciplinaire theoretische basis van groot belang.²¹

Context en prioriteiten in klinisch onderzoek

In vrijwel alle onderzoek naar effectiviteit en werkzaamheid van het medisch handelen kan dus de context betrokken worden. Op grond van de kernaspecten van de huisartsgeneeskunde^{5,6} zijn drie facetten aan context te onderscheiden: het patiëntenperspectief (verwachtingen, normen en waarden); de sociaal-psychologische betekenis van het gezin; en de (huis)arts-patiëntrelatie. Omdat niet alle onderzoek tegelijk kan, moeten er prioriteiten gesteld worden. Mijn lijstje ziet er als volgt uit:

1. *Afzien van medisch ingrijpen.* Een maatschappelijk belangrijke functie van de (huisarts)geneeskunde is het achterwege laten van niet-geïndiceerd handelen. Medicalisering is een nocebo, en speelt met name wanneer de verwachtingen, normen en waarden van patiënten leiden tot 'aanspraak' op medisch niet-geïndiceerde zorg. Interventies moeten dan niet worden gericht op de ziekte, maar op de ziekte- of klachtgebonden context: de persoon van de patiënt en/of zijn directe omgeving (geruststellen, overtuigen, versterken van het zelfredend vermogen). Er is grote behoefte aan effectieve interventiestrategieën waarmee (huis)artsen kunnen afzien van 'geëist' handelen en daarbij toch een constructieve werkrelatie met de patiënt en het gezin weten te bewaren.
2. *De betekenis van context bij interventies met marginaal effect.* Veel interventies hebben op zijn best een marginale meerwaarde. Een recente kritische beschouwing over behandelingen met geringe effectiviteit benadrukte het onvermogen van medici om van toepassing ervan af te kunnen zien.²² Het betrof vooral gespecialiseerde, technische en medisch-intensieve behandelingen (resuscitatie, neonatale intensieve zorg; beenmergtransplantatie bij hematologische maligniteiten). Er werd een groot manco geconstateerd in het betrekken van overwegingen van patiënten en hun directe omgeving in de beoordeling

van de behandeling als zinvol of zinloos (*futility*). Een voorbeeld dat beter past bij de huisartspraktijk ontleen ik aan Pincus¹⁵: de behandeling met een bètablokker van patiënten na een myocardinfarct vermindert het aantal infarctrecidieven met 13% en dat geldt als substantieel. Armoede, angst en stress geven echter een aanzienlijk grotere kans op een infarctrecidief.¹⁵ Veel andere interventies hebben een vergelijkbaar resultaat. Het is daarbij in ieder geval interessant te weten hoe de meerwaarde van een interventie zich verhoudt tot de gezondheidswinst die met een ondersteuning van de omgevingsfactoren van de patiënt kan worden bereikt.

3. *Gezin, ziekte en ziektegedrag.* Het optimisme dat de gestage ontlasting van het menselijk genoom vergezelt, leidt tot hooggespannen verwachtingen van de daaruit op termijn voortkomende interventiemogelijkheden. Bij de meeste veel voorkomende ziekten als astma, diabetes mellitus of arteriosclerose, kunnen genetische factoren hooguit een deel van het ontstaan verklaren. Of en in hoeverre klaggedrag en coping genetisch bepaald zijn, is nog een open vraag. Onderzoek naar de multifactoriële genese vergt toegang tot een heterogene setting – zowel in genetisch opzicht als in termen van omgevingsfactoren. De gezinsgeneeskunde¹ als huisartsgeneeskundig paradigma is in de verdrukking geraakt met de teruggang van het 'klassieke' gezin als dominante sociale structuur in de samenleving. Naast het gezin als monoliet van genetische én sociaal-psychologische constitutie dienen zich woonverbanden aan die a) wel in sociaal-psychologische, maar niet in genetische constitutie overeenstemmen; of b) wel in genetische, maar niet in sociaal-psychologische constitutie overeenstemmen; of c) noch sociaal-psychologisch noch genetisch een gemeenschappelijke constitutie kennen. Een evidence-based gezinsgeneeskundige benadering vereist inzicht in dit opzicht, maar voor onderzoek is deze variatie aan determinanten noodzakelijk. Op grond hiervan zou de huisartsgeneeskunde opnieuw binding met de klinische genetica tot stand kunnen brengen.
4. *Weerbaarheid en zelfredzaamheid bij patiënten met chronische aandoeningen.* Het verschil tussen efficacy in RCT's en effectiveness in de praktijk heeft te maken met het botsen van medisch-professionele normen met de normen en waarden van patiënten.²³ In feite is dit het spiegelbeeld van claims op zorg, zoals bij het eerste speerpunt beschreven. Onderzoek zal zich moeten richten op het gebruik van de context van de patiënt zoals zelfbehandeling, ondersteuning door gezin en omgeving en het delen van de behandelingsregie tussen (huis)arts en patiënt.

Conclusie

In deze prioritering heb ik aangegeven op welke wijze onderzoek naar 'context' kan bijdragen aan een versterking van de uitgangspunten van de huisartsgeneeskunde. Bij een meer syste-

matische benadering van het begrip context is het mogelijk een verbinding te leggen naar kernbegrippen van de huisarts – continuïteit van zorg, integrale zorg, gezinsgeneeskunde – en de daaruit voortvloeiende taken. Het huisartsgeneeskundig handelen beïnvloedt, maar sluit tevens aan bij ziektebeleving en -waardering van patiënten en hun (gezins)netwerk, vormt weerbaarheid en zelfredzaamheid en bouwt hierop voort. Met deze specificatie blijkt 'context' een minder amorf begrip dan in het NIVEL-onderzoek.¹⁰ Het biedt de mogelijkheid van operationalisering, waarmee het NHG-wetenschapsbeleid verder vormgegeven kan worden. Momenteel hanteert het NHG vooral de epidemiologische specificiteit van interventies in de oriëntatie op de lacunes in de evidence voor de NHG-standaarden²⁴ als toetssteen voor relevantie van klinisch onderzoek: de noodzaak dat huisartsgeneeskundig relevante interventies zijn getoetst bij voor de huisarts representatieve patiënten. Daarnaast is het essentieel dat klinisch-wetenschappelijk onderzoek vragen stelt en concepten toetst die voor de huisartsgeneeskunde relevant zijn. Exploratie van het begrip context geeft een mogelijkheid om in klinisch onderzoek de typische huisartsgeneeskundige relevantie te accentueren.

Literatuur

- 1 Huygen FJA. Family medicine. Nijmegen: Dekker en Van der Vegt, 1978.
- 2 Balint M. The doctor, his patient and the illness. Londen: Pitman Medical Publishing, 1957.
- 3 Lamberts H. De morbiditeitsanalyse-1972. Huisarts Wet 1975;18:7-21.
- 4 Van Es JC. Paradigma's van de huisartsgeneeskunde. Huisarts Wet 1978;21:451-8.
- 5 Lamberts H, Knottnerus JA, Hofmans SB, Klaassen A. General practice research in Dutch academia. Amsterdam: KNAW, 1994.
- 6 Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General practice - time for a new definition. Br Med J 2000;320:354-7.
- 7 Van Weel C. International research and the discipline of family medicine. Eur J Gen Pract 1999;5:110-5.
- 8 Heath I, Evans P, Van Weel C. The specialist of the discipline of general practice. Br Med J 2000;320:326-27.
- 9 Van Weel C. Examination of context of medicine. Lancet 2001;357:733-4.
- 10 Van Dulmen AM, Bensing JM. Contextwerking in de geneeskunde – een programmeringsstudie. Utrecht: NIVEL, 2000.
- 11 Fredrikson M, Fürst CJ, Lekander M, Rotstein S, Blomgren H. Trait anxiety and anticipatory immune reactions in women receiving adjuvant chemotherapy for breast cancer. Brain Behav Immun 1993;7:79-90.
- 12 Van den Bosch WJHM, Van den Hoogen HJM, Huygen FJA, Van Weel C. Morbidity in early childhood: family patterns in relation to sex, birth order and social class. Fam Med 1993;25:126-30.
- 13 Hjortdahl P. Continuity of care: general practitioners' knowledge about the responsibility towards their patients. Fam Pract 1992;9:3-8.
- 14 Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WHJM, Huygen FJA, Lagro-Janssen ALM. Ziekten in de huisartspraktijk. Maarssen: Elsevier/Bunge, 1999.
- 15 Pinkus T. Analyzing long-term outcomes of clinical care without randomized controlled clinical trials: the consecutive patient questionnaire database. The Journal of Mind-Body Health 1997;13:3-32.
- 16 Van der Meer J, Schouten JSAG. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997-V Effecten van zorg. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Maarsen: Elsevier/De Tijdstroom, 1997.
- 17 Tugwell P, Bennett KJ, Sackett DL, Haynes RB. The measurement iterative loop: a framework for the critical appraisal of need, benefit and costs of health interventions. J Chron Dis 1985;38:339-51.
- 18 Tirimanna PR, Van Schayck CP, Den Otter JJ, Van Weel C, Van Herwaarden CLA, Van den Boom G, et al. Prevalence of asthma and COPD in general practice in 1992: has it changed since 1977? Br J Gen Pract 1996;46:277-81.
- 19 Kolnaar BJM, Beissel E, Van den Bosch WHJM, Folgering H, Van den Hoogen HJM, Van Weel C. Asthma in adolescents and young adults: screening outcome versus diagnosis in general practice. Fam Pract 1994;11:133-40.
- 20 De Grauw WJC, Van de Lisdonk EH, Van Gerwen W, Van den Hoogen HJM, Van Weel C. Insulin therapy in poorly controlled type 2 diabetic patients: does it affect quality of life? Br J Gen Pract 2001;51:527-32.
- 21 Van Weel C, Knottnerus AJ. Evidence-based interventions and comprehensive treatment. Lancet 1999;353:916-8.
- 22 Helft PR, SIELGER M, Lantos J. The rise and fall of the fulitivity movement. N Engl J Med 2000;343:293-6.
- 23 Thoonen B, Van Weel C. Selfmanagement in asthma care. Professionals must rethink their role if they are to guide patients successfully. Br Med J 2000;321:1482-3.
- 24 Tasche M, Oosterberg E, Kolnaar B, Rosmalen C. Inventarisatie van lacunes in huisartsgeneeskundige kennis. Huisarts Wet 2001;44:91-4.