

- 16 Van derVelden HGM. Huisvrouw, huisarts, huisgezin. Nijmegen: Dekker en Van de Vegt, 1971.
- 17 Shorter E. Bedside manners. The troubled history of doctors and patients. New York: Simon and Schuster, 1985.
- 18 Van Daalen R, Gijswijt-Hofstra M, redactie. Gezond en wel. Vrouwen en de zorg voor gezondheid in de twintigste eeuw. Amsterdam: Amsterdam University Press, 1998:15-29.
- 19 Liefbroer AC, Dykstra PA. Levenslopen in verandering. Een studie naar ontwikkelingen in de levenslopen van Nederlanders geboren tussen 1900 en 1970. Den Haag: SDU, 2000:200-2.
- 20 Hooghiemstra BTJ, Niphuis-Nell M. Sociale atlas van de vrouw. Arbeid, inkomen en faciliteiten om werken en zorg voor kinderen te combineren. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1996.
- 21 Giddens A. The consequences of modernity. Cambridge: Polity Press, 1990.
- 22 Sociaal en Cultureel Rapport. Rijswijk: Sociaal Cultureel Planbureau, 1994:503.
- 23 Verbeek-Heida PM. Vrouwen en de zorg voor geneesmiddelen, 1898-1998. In: Van Daalen R, Gijswijt-Hofstra M, redactie. Gezond en wel. Vrouwen en de zorg voor gezondheid in de twintigste eeuw. Amsterdam: Amsterdam University Press, 1998:107-21.
- 24 Voort HPM, Grundmeijer HGLM, Hendrick JMA. NHG-NIPO-enquete 'Huisarts en zinvol handelen'. Huisarts Wet 1995;38(8):351-4.
- 25 Redactioneel. Patiënten willen praten. Med Contact 2001;56:334.
- 26 CBS Statistisch Jaarboek 's-Gravenhage: SDU, 1987, 1997, 1998.

Huisarts en ziekte of huisarts en patiënt?

YD van Leeuwen
JL Baggen

Inleiding

Wat is de stiel van de huisarts? Wat is diens kenmerk, diens handelsmerk, datgene waarop hij zich kan beroepen en beroemen? In krant en tijdschriften wordt er de laatste tijd weer veel over gedebatteerd. Het lijkt erop dat we op een punt zijn aangeland, waar nieuwe keuzen moeten worden gemaakt. Het is dus niet toevallig dat juist nu LHV en NHG besloten hebben gezamenlijk een visierapport uit te brengen over de toekomst van de huisartsgeneeskunde.

Samenvatting

Van Leeuwen YD, Baggen JL. Huisarts en ziekte of huisarts en patiënt? Huisarts Wet 2001;44(13):605-8.

Denkbeelden over taken en functies van de huisarts, 'achter een bureau bedacht', hebben grote invloed op wat zich in de spreekkamer afspeelt. Ook de filosofie komt om de hoek kijken als men een antwoord zoekt op de vraag: moet de huisarts van de toekomst ziekte- of patiëntgericht werken?

Dit of-of-denken zelf staat echter ter discussie. De geschiedenis van dit denken wordt in dit artikel gepresenteerd en de lijn wordt doorgetrokken naar de toekomst. Conclusie is dat het gewogen oordeel vertaald in een advies op maat het 'eindpunt' zou moeten zijn en niet de gezondheid of het welzijn van de patiënt. De patiënt neemt dit laatste voor eigen rekening. De bedoeling is dat de huisarts niet langer wordt opgezadeld met onhaalbare doelen die tot burnout kunnen leiden.

Universiteit van Maastricht, capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde, Postbus 616, 6200 MD Maastricht: mw.dr. Y.D. van Leeuwen, huisarts, hoofd huisartsopleiding; dr. J.L. Baggen, honorair docent.

Correspondentie: mw.dr. Y.D. van Leeuwen,
e-mail: yvonne.vanleeuwen@HAG.unimaas.nl

kunde. Alle reden om hierover intensief mee te denken. Een van de thema's die worden aangedragen is de ziekte- dan wel patiëntgerichtheid van de huisarts. Is de bestaansgrond van de huisartsgeneeskunde de gerichtheid op de patiënt of hebben concepten waarbij de ziekte centraal staat recht van bestaan? Het lijkt erop of er getornd wordt aan het paradigma van de huisartsgeneeskunde. Een meer ziektegerichte benadering wordt gepropageerd. Hierin passen de keuze voor evidence-based medicine, met de standaarden als uitvloeisel, het fenomeen disease management en wellicht ook het feit dat huisartsen speciale expertise ontwikkelen in een deelgebied van de huisartsgeneeskunde (differentiatie). De wens om de medische inbreng van de huisarts zwaarder aan te zetten zou in dezelfde richting kunnen wijzen. Hoe moeten wij deze ontwikkelingen duiden? Wat moeten wij verwelkomen en wat voorkomen? Wij zullen deze vragen beantwoorden vanuit een filosofisch gezichtspunt. Doel daarvan is de lezers materiaal in handen te geven voor de visiedebatten van de komende tijd. De vraag 'ziekte- of patiëntgericht' werd voor de huisarts beslist in het voordeel van de patiënt in 1959, in Woudschoten, waar een aantal huisartsen de gedachten van vele collega's verwoordde.¹ Gesteld werd dat het kenmerk van de huisarts is dat hij persoonlijke, integrale en continue zorg levert.² Nu, 42 jaar later, worden de archieven heropend en is er kans dat dit uitgangspunt wordt herroepen.¹ Zo lijkt het althans. Van der Horst en De Vries bijvoorbeeld, kiezen in het meinum-mer van H&W van dit jaar een andere koers dan in 1959: geneeskunde op maat is naar hun mening de stiel van de huisarts.³ De huisarts is een medicus, met oog voor de wijze waarop *deze* patiënt met de ziekte omgaat en om kan gaan. Geen ziekte of patiënt dus, maar beide, met nadrukkelijk meer aandacht voor het eerste dan de afgelopen decennia het geval was.⁴ Wij zijn het er van harte mee eens.

Maar,... met één pennenstreek zijn we er niet. Het of-of-denken, ziekte of patiënt, is te hardnekkig om zich zomaar gewonnen te geven. Dit of-of-denken beperkt zich niet tot dit debat en niet tot deze tijd.⁵ De geschiedenis van de filosofie maakt dat duidelijk.

De ontwikkeling van wetenschap

Descartes (1596-1650) maakte als eerste een betekenisvol onderscheid tussen geest en stof, onmeetbaar en meetbaar, wel en geen wetenschap. Wetenschap behelsde in die tijd alleen de wiskunde. In de zestiende eeuw hadden Copernicus en Galilei via waarneming en wiskunde de baan van de sterren bepaald. Niets anders dan de wiskunde, zo beweerde Descartes, geeft zekerheid. Niets anders leidt tot kennis, dan wat te meten en te berekenen is. Descartes noemde zijn methode *rationeel*.⁶ De methode had succes. Het gevoel van macht over de natuur had een emancipatorisch effect. De mens die zich in de oudheid het middelpunt van de kosmos dacht (mythologie), door Copernicus onttroond werd (de aarde als een zoveelste onderdeel van het heelal) voelde zich weer het middelpunt van *zijn* wereld.

Pas in de negentiende eeuw begon er in Midden-Europa iets te veranderen nadat het leger van Napoleon het Franse Verlichtingsdenken van een nare bijsmaak had voorzien. De Duitse Romantiek met haar ideologieën won terrein. Het romantische gedachtegoed heette 'emotioneel' in de betekenis van 'warm' en wetenschap kreeg de connotatie 'koel, afstandelijk':⁷ '*verstehen*' tegenover '*erklären*'.⁸

De twee wereldoorlogen, met de atoombom als exponent van wetenschap en *Blut und Boden* als exponent van het romantisch gedachtegoed, moesten wel tot denken aanzetten, maar een duidelijk alternatief bleef uit.⁵

In de periode 1950-1980, met als hoogtepunt de jaren zestig, bleef het 'gevoelsdenken', de Romantiek, sterk leven: studentenopstanden, antipsychiatrie, New Age, yin-yang, het paranormale. Echter, ook de wetenschap nam een hoge vlucht. Ontmoeten en onderzoeken streden om de voorrang.

De geneeskunde bleef niet buiten schot. Zo is het NHG voortgekomen uit een protesthouding tegenover een te wetenschappelijk-rationeel (lees: afstandelijk) ingestelde ziekenhuisgeneeskunde. Huisartsen voelden zich verantwoordelijk voor *de patiënt*. Daaruit ontstond een *patiëntgerichtheid*, en minder een *ziektegerichtheid*. De persoon van de patiënt stond integraal in de belangstelling.

Men zette vol in op '*verstehen*'; '*erklären*' kwam ook hier in de beklagdenbank.⁹

In Amerika werd de tweedeling: *verstehen/erklären* al in de jaren twintig op de korrel genomen door de 'praktische filosofen'.¹⁰ Zij pleitten voor een nieuwe visie op rationaliteit. 'Rationeel' hoorde niet alleen bij wetenschap, maar ook bij 'gezond verstand'. Zij grepen daarmee terug op een figuur uit een ver verleden: Aristoteles. Kennis en techniek (epistemè en technè), zo stelde hij, zijn dienstbaar aan het gewogen oordeel (phronèsis) dat leidt tot handelen (praxis). Met andere woorden: men gebruikt het

'gezonde verstand' om wetenschap en 'gevoel' te laten meewegen in het (morele) handelen. Geen staat boven de andere. Bovenaan staat het gewogen oordeel, dat gebruikmaakt van beide.

De verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van dat oordeel blijkt uit het feit dat men gebruik heeft gemaakt van het best mogelijke op het gebied van wetenschap, techniek, ervaring en anderzootige (politieke, juridische) inzichten. 'Rationeel' is dan verruimd tot 'redelijk' en onderbouwd en in die zin: verantwoord. Het gevolg is wel dat er niet meer sprake is van één waarheid. Bij de een is de uitkomst van de afweging anders dan bij de ander. Het betekent een definitief afzien van absolute waarheden en het afmattende zoeken naar het extern gelegen 'punt van Archimedes' van waaruit alles overzien kan worden.

De ziekte en de patiënt

Gaat de huisarts van de toekomst patiënt- of ziektegericht werken? Gezien het voorafgaande hoeven we deze vraag niet meer te beantwoorden; geen of-of meer. De huisarts van de toekomst is gericht op het vellen van een gewogen oordeel, het geven van een verantwoord advies. Kennis van ziekten en oog voor de noden en vragen van de patiënt vormen beide – *onder andere* – de bouwstenen voor de beslissing, het handelen, de zienswijze. Ook politiek, recht, economie en ethiek spelen een rol. De onderbouwing is *voor publiek toegankelijk*, met andere woorden: object van debat, voor de individuele patiënt, een forum van collega's, een patiëntenplatform, en in een ongelukkig geval voor de tuchtraad.¹¹

Het resultaat is opluchting: de dokter is niet meer verantwoordelijk voor het welzijn van de patiënt, zelfs niet voor diens gezondheid, niet meer voor het goedkoop houden of geolied houden van het gezondheidszorgsysteem, maar alleen voor een goed advies. Wanneer hij de belangen van de patiënt onvoldoende meeneemt in zijn overwegingen, moet hij ter verantwoording worden geroepen. Voor de patiënt die de dokter niet de gelegenheid geeft om verantwoorde beslissingen te nemen, geldt echter hetzelfde. Rechten en plichten van patiënt en huisarts zijn daar rechtstreeks aan te ontnemen, zoals uit *tabel 1* is af te lezen.

Recht op gezondheidszorg maakt onderdeel uit van de rechten van de burger, recht op gezondheid niet. Gezondheid is door de WHO zo gedefinieerd dat het bereiken ervan alleen mogelijk is voor de happy few: een toestand van lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden. Deze formulering heeft grote consequenties gehad. Recht op een dergelijke gezondheid werd gehaald bij de dokter, in eerste instantie bij de huisarts. Is het een wonder, dat deze het moede hoofd nu in de schoot legt? Bovendien is het belerende vingertje, waarmee gezondheid als *plicht*, als opdracht, wordt benadrukt, ook niet meer van deze tijd. Mensen maken hun eigen keuzen, stellen hun eigen vragen. Wie echter gezondheid als consumptieartikel wil zien, merkt dat de schappen in de zorgsupermarkt maar beperkt gevuld zijn en dat sommige winkels nee verkopen.

De kern

- ▶ Om een visiedebat goed te kunnen voeren, moeten we 'buiten de deur' kijken, met name naar de filosofie.
- ▶ Het is nu een goed moment, maar ook de hoogste tijd om los te komen van het of-of-denken: ziekte of patiënt.
- ▶ Huisartsen zijn niet verantwoordelijk voor de gezondheid van hun patiënten. We zijn toe aan minder pretenties en meer deskundigheid.

De medische beslissing, juist én zinnig?

We hebben nu het nodige gekapt in het woud der verwachtingen. Bij artsen is veel *niet* te halen. De huisarts heeft echter wel iets heel bijzonders in huis. Juist door zijn positie, vlak aan de straat om zo te zeggen, is deze in staat om medische beslissingen te toetsen op juistheid en zinnigheid. Die zinnigheid is dan rechtstreeks gerelateerd aan het leven van de individuele patiënt. De betekenis van ziekte voor mensen kan zo verschillend zijn. Mevrouw Albers heeft de oprechte wens te sterven. Ze heeft haar leven gehad. Het is vanuit medisch oogpunt misschien juist een cytostaticum als behandeling voor haar carcinoom te adviseren, maar het is niet zinnig. Hetzelfde geldt voor het advies aan mevrouw Boer, moeder van drie kinderen met een tenniselleboog, om drie weken rust te nemen. Het is een groot goed als de medicus die een centrale positie inneemt in de gezondheidszorg met dat gegeven werkt, sterker nog: zonder dat gegeven nauwelijks recht heeft die centrale positie te claimen.

Recente ontwikkelingen

In het licht van bovenstaande is het interessant om enkele recente ontwikkelingen te bespreken, namelijk (taak)differentiatie en disease management, welke beide, door bepaalde *ziekten* als uitgangspunt te nemen, medisch maatwerk in de weg lijken te staan.

Tabel 1 Rechten en plichten van arts en patiënt

	Arts	Patiënt
Rechten	Heeft recht op respect en politieke en justitiële bescherming.	Heeft recht op respect en het recht een arts te treffen die er is en die vakkundig is.
Plichten	Heeft de plicht om een goed gewogen oordeel te vellen, waarin het belang van de patiënt een prominente rol speelt.	Heeft de plicht geen misbruik te maken van toeganke-lijkheid en zorgbereidheid.

Differentiatie

Differentiatie duidt op het fenomeen dat samenwerkende huisartsen elk een eigen expertise ontwikkelen en van elkaars expertise gebruikmaken. De een verdiept zich in aandoeningen van het bewegingsapparaat, de ander in cardiologie, nog een ander in diabetes. Als het inderdaad zo zou zijn dat patiënten voor verschillende kwalen verschillende huisartsen zouden bezoeken, dan zou het inderdaad de vraag zijn of de winst- en verliesrekening positief zou uitvallen. Aan de ene kant zou het toegenomen inzicht in de materie tot een beter 'gewogen oordeel' kunnen leiden, aan de andere kant wordt het meewegen van de persoon van de patiënt bemoeilijkt.

Echter, het daadwerkelijk overnemen van de patiënt is zelden het geval. Doorgaans verloopt de consultatie via de eigen huisarts. Bij gynaecologische problemen kan men een collega een papieren casus voorleggen, bij problemen van het bewegingsapparaat kan men de patiënt samen zien, een palliatief consultant kan men bellen, een ECG kan men samen analyseren. Alleen bij die onderdelen van het vak die echt vaardigheid vereisen, zoals oogheelkunde en verloskunde, is er noodzakelijkerwijze sprake van het – tijdelijk – overnemen van de patiënt. Ook dan is er echter idealiter sprake van terugrapportage en terugverwijzing naar de eigen huisarts. Overigens gaat ook bij overnemen van de patiënt het 'maatwerk' minder verloren dan in de specialistische setting. Ook de collega kan op een wijze, eigen aan de huisarts, vragen en wensen inventariseren. Intercollegiale overdracht over de persoon van de patiënt en diens leefsituatie voegt daar nog het nodige aan toe. Het feit, dat zoveel huisartsen de moeite nemen nieuwe inzichten te verwerven, duidt erop dat er nog veel wetenswaardig is dat niet in handboeken staat of in cursussen gedoceerd wordt. Men *ervaart* het nut van toegenomen inzicht, doordat het leidt tot meer gerichte en wellicht tot minder verwijzingen, betere voorlichting en last but not least, tot betere verklaringen waarom bepaalde klachten zich voordoen of interventies werken. Kortom, (taak)differentiatie en expertiseontwikkeling in de huisartspraktijk zullen eerder meer dan minder bijdragen aan een goed gewogen oordeel, medisch maatwerk.

Disease management

Ook disease management verdient in het kader van deze discussie de aandacht. Een kenmerk van disease management is dat meerdere artsen zich rond een patiënt (met een bepaalde ziekte) scharen, in tegenstelling tot de situatie waarin de patiënt meerder artsen afloopt: 'van het kastje naar de muur'. Dat is winst. Winst is ook dat bijvoorbeeld over lagerugpijn de orthopeed, neuroloog en psycholoog van elkaar veel leren doordat ze daadwerkelijk samenwerken. Net als bij differentiatie in de huisartspraktijk ontstaat nieuwe kennis die niet in de boeken staat. Ook het zicht op de patiënt kan toenemen als meerdere specialisten over dezelfde persoon hun licht laten schijnen: een soort raamvertelling. Tot zover lijkt 'maatwerk' dus alleen winst op te leveren. Kenmerk van disease management is dat protocollair wordt gewerkt. Het traject van een CVA-patiënt is uitgetekend. De

financiering is gekoppeld aan de stappen van het protocol. Iets meer of iets anders willen is er eigenlijk niet bij, voor patiënt noch arts. Dat stemt tot nadenken en kritisch volgen.

Kortom, zowel differentiatie als disease management vertonen zowel kenmerken die het gewogen oordeel bevorderen als die haar bedreigen. Het gaat niet aan dergelijke veelbelovende ontwikkelingen te remmen. Gezond verstand is nodig om ze optimaal te benutten. Daarbij is het van belang goed te luisteren naar en te lezen over elkaars ervaringen en vooral naar die van de patiënt.

Conclusie

Het tot nu toe gehanteerde begrippenkader, waarbij gesproken wordt in tegenstellingen: ziekte of patiënt, wetenschap of ervaring, objectief of subjectief, voldoet niet meer. Het heeft er de laatste tijd toe geleid dat artsen in een conflict van waarden terecht kwamen. Van hen werd enerzijds wetenschappelijk handelen verwacht, anderzijds zorg op maat, alsof het een het ander uitsloot.

Het aanreiken van het hier gepresenteerde begrippenkader kan ertoe leiden dat de huisarts zijn greep op de werkelijkheid her vindt, zijn fierheid terugkrijgt. Filosofen, die een dergelijk begrippenkader zou moeten aanreiken, laten het helaas schromelijk afweten.¹² Zij mengen zich slechts onder soortgenoten en schuwen het openbare debat. We moeten het veelal hebben van dagen weekbladcolumnisten als het gaat om een zinnige reflectie op zorg en de stiel van de medische professie. Hoopgevend is dat nu echte visiedebatten worden georganiseerd. In deze tijd gaat een visie op de plaats en functie van de huisarts in de gezondheidszorg niet 43 jaar mee. De uiterste versheidsdatum is dan allang verstreken.

Maar wat levert een beschouwing als deze nu op? Wat wordt er anders door, maandagmorgen in de spreekkamer? Wij hopen bij

te dragen aan de legitimatie van de wens niet meer verantwoordelijk te zijn voor iets wat buiten bereik ligt. Verantwoordelijk zijn voor de gezondheid van een ander – die daar mogelijk ook nog iets geheel anders onder verstaat dan jij zelf – is te veel gevraagd. Het oplossen van maatschappelijke problemen, criminaliteit, agressie, consumentisme, zoals het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van ons vraagt, gaat helemaal te ver. Er ontstaat ruimte om met wetenschap en ervaring in de hand en met oor en oog voor de patiënt tot een op maat gemaakt deskundig geneeskundig advies te komen. Daar zijn we goed in. Maatgevend zelfs.

Literatuur

- 1 Van der Werf GTh, Zaat JOM. De geboorte van een ideologie. Woudschoten en de huisartsgeneeskunde. *Huisarts Wet* 2001;44:428-35.
- 2 Vroeghe N. Woudschotenrapport. *Huisarts Wet* 1966;9:372-85.
- 3 Van der Horst H, De Vries H. Van persoonlijke, integrale en continue zorg naar medisch maatwerk. *Huisarts Wet* 2001;44:226-9.
- 4 Aulbers BJM, Bremer GJ, redactie. De huisarts van toen. Een historische benadering. Rotterdam: Erasmus Publishing, 1995.
- 5 Russell B. Geschiedenis van de westerse filosofie. Cothen: Servire, 1997.
- 6 De Vries G. De ontwikkeling van wetenschap. Een inleiding in de wetenschapsfilosofie. Groningen: Wolters-Noordhoff, 1995.
- 7 Lucassen P, Berger M. Wetenschap en zorg: twee onvereenbare uitersten? *Huisarts Wet* 2000;43:2-4.
- 8 Husserl E. Filosofie als strenge wetenschap. Meppel/Amsterdam: Boom, 1980.
- 9 Baggen, JL, Vaessen MHJ, Van Leeuwen YD. *Huisarts en Techniek. Medisch Contact* 1981;36:1460-2.
- 10 Bernstein RJ. *Beyond Objectivism and Relativism: science, hermeneutics and praxis.* Oxford: Blackwell, 1983.
- 11 Prins WB. Op de bres voor Vrijheid en Pluraliteit. Politiek in de post-metafysische revisie van Hannah Arendt. Amsterdam: VU Uitgeverij, 1990.
- 12 Bosch, JW, Van Gerven PJH. Onze weerbarstige werkelijkheid. Alledaagse en minder alledaagse beschouwingen over het menselijk bestaan. Kampen: Kok, 2001.

Intermezzo

H&W besteedde ook in het verleden al aandacht aan onderzoek van de pasgeborene.

'Inspectie van de pasgeborene zelf zal in sommige gevallen ook aanwijzingen kunnen geven (ter onderscheid van dysmaturitas en prematuritas, red.). Placentaire insufficiëntie bij overtijd geboren kinderen resulteert in een kind met ongeveer normale lengte- en schedelmaten, maar met een te gering gewicht, hetgeen gemakkelijk is te constateren aan de ruime huid en de sterke vermindering van het onderhuidse vet. Veel moeilijker is het verschil te zien tussen een intra-uterien normaal ontwikkelde prematuur en een even zware, minder vroeg geboren dysmatur.

In extreme gevallen zien de laatsten eruit als kleine oude mannetjes met een zeer ruim vel; wanneer de ondervoeding minder ernstig is geweest maar langer heeft geduurd, is het onderscheid moeilijk. Farr en medewerkers hebben diverse parameters gebruikt, om enkele te noemen: de huid (dun met het aspect van gelatine, dun en zacht, zacht en middelmatige dikte, wat verdikt, schilfers en barstjes, dik en perkamentachtig), de huidskleur, oedeem, lanugo beharing, schedelbeenderen, oorschelpen en genitalia.'

Engelhardt J. *Praematuritas en dysmaturitas.* *Huisarts Wet* 1969;12:261-4.