

# Het sleutelgat

Joost Zaat

Als ik door de keukendeur naar binnenstap, staat ze voor het fornuis. Ze ziet er moe uit, haar schort is smetteloos. Binnen ligt haar man op bed, voor het eerst in pyjama. ‘Dokter, hij krijgt zo’n klein geel koppie, maar hij wil nog zo graag spinazie en een bal. Mag dat wel?’

De dokter buitelt door het sleutelgat in het leven van dit paar. Richtlijnen en hard bewijs voor het leveren van zorg bij een terminaal maagcarcinoom zijn er niet. Boekjes in de kast geven maar weinig houvast. Ik kan wel vinden wat ik allemaal kan voorschrijven, maar wanneer het moment nu gekomen is om geen bal meer te eten of een maagsonde te geven, staat nergens. Gewoon dokteren op gevoel brengt me uiteindelijk een heel eind. In een paar dagen word ik kind aan huis. En net zo plotseling houdt het weer op en verdwijnt ik weer uit de familie. Voortaan kom ik ook weer gewoon door de voordeur.

Zorg is weliswaar continu, maar blijft een aaneenschakeling van episodens, waarin je als huisarts eventjes naar binnenkijkt. Je ziet losse stukjes die allemaal tot dezelfde film behoren, maar waaruit toch hele scènes slecht zichtbaar of zelfs verdwenen zijn. Uit al die fragmentjes bouwt hij ‘ziekten’ en ‘behandelingen’. Traditioneel hoort de huisdokter meer bij de toeschouwers en medetoneelspelers dan bij heroïsche dokters die denken de echte strijd met ziekten aan te gaan. Een *hit-and-run* dokter is natuurlijk prima als er werkelijk gesneden of geknutseld moet worden. Zo’n dokter heeft tegenwoordig vaak letterlijk niet meer nodig dan een sleutelgaatje. De huisarts staat daar maar en kijkt met een beperkte blik en weinig bruikbare richtlijnen naar zijn patiënt. Soms onbeholpen, maar vaak ook slim spelend met alle puzzelstukjes.

Zorg heeft zijn beperkingen, maar onderzoek – zeker het huidige kwantitatieve – is per definitie reductionistisch. Kijkend door een sleutelgaatje bespiedt de onderzoeker patiënten of delen daarvan. Die frictie tussen wetenschap en praktijk is al vele keren in H&W aan de orde geweest. Geheel overbrugbaar is die kloof niet, maar een beetje kleiner zou vast wel kunnen. Het huidige onderzoek in de huisartsgeneeskunde waaiert sterk uit en lijkt gebrek aan een basaal thema te hebben. Van Weel schreef in 2001 een mooie bijdrage over de eigenaardigheden van onderzoek in de huisartsgeneeskunde.<sup>1</sup> Hij noemde vier thema’s:

- ▶ afzien van medisch ingrijpen;
- ▶ de betekenis van interventies met een marginaal effect;
- ▶ gezin, ziekte en ziektegedrag;
- ▶ en de weerbaarheid en zelfredzaamheid bij patiënten met chronische aandoeningen.

Dit zijn thema’s die in allerlei gedaanten ook telkens terugkomen in H&W. Maar het zou nog veel gericht kunnen. Het Fonds

Alledaagse Ziekten – dat nu bij ZonMW is ondergebracht – zou deze thema’s kunnen promoten en ook zou het goed zijn als onderzoeksinstituten zich aan een dergelijke agenda conformeren. De werkelijkheid zal wel weer anders zijn; het geld van subsidiegevers en de farmaceutische industrie zal ook dit jaar bepalen welke onderwerpen aan bod komen. Elders en in andere wetenschapsgebieden is dat overigens niet anders. In Engeland wordt procentueel het meeste geld in kankeronderzoek uitgegeven aan leukemie, waaraan maar weinig mensen doodgaan. Aan onderzoek naar longkanker met 22% van de kankerdoden wordt maar 3% van het onderzoeksgeld besteed.<sup>2</sup> Onderzoek naar longkanker is dan ook veel moeilijker dan naar leukemie. In ons themanummer in november van dit jaar komen we uitgebreid terug op de vraag wie nu eigenlijk bepaalt welk onderzoek er gebeurt.

Ook een wetenschappelijk tijdschrift heeft zijn beperkte blik. Eigenlijk zou dat niet moeten. We proberen dus aandacht te hebben voor verschillende interpretaties van de gevonden werkelijkheid, want maar zelden is wetenschap buiten het strikt basale onderzoek werkelijk eenduidig. Ook andere vormen van onderzoek dan RCT’s en epidemiologisch onderzoek zijn belangrijk voor inzicht in ziekte en gezondheid. In de komende jaargang zullen we dan ook relatief veel aandacht besteden aan kwalitatief onderzoek. Zo publiceren we in februari al artikelen over palliatieve zorg en eetstoornissen. Later in het jaar verschijnt er een serie over de methoden van kwalitatief onderzoek.

Auteurs schrijven, maar de redactie bepaalt wat er in H&W verschijnt. Berend Terluin zat zeven jaar in de redactie van H&W. Een dokter kijkend door een geheel eigen sleutelgat waardoor hij een buitengewoon brede blik op de huisartsgeneeskunde en vooral op GGZ-problemen had. Hij schreef enige tientallen grote en kleine bijdragen over surmenage, placebo’s, angst en werkproblemen. Die thema’s blijven ongetwijfeld volop in H&W aanwezig. Lezers kunnen hun rol spelen bij het verdiepen van thema’s. Hun op- en aanmerkingen over artikelen en ook over onze keuze zijn meer dan welkom. En in sommige lezers schuilt misschien een goede schrijver. Van hen zouden we graag klinische lessen ontvangen. Want juist in een klinische les stappen goed schrijvende huisartsen van de dagelijkse werkelijkheid in een meer abstracte wereld. Daarmee begint de wetenschap.

## Literatuur

- 1 Van Weel C. Context en medisch handelen. Een visie vanuit de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 2001;44:494-7.
- 2 Kmietowicz Z. Research spending on cancers doesn’t matter their death rates. *BMJ* 2002;325:920.