

# Huisarts, blijf bij je klinische leest!

Theo Verheij, Ron Pieters, Guy Rutten, Arno Hoes

## Inleiding

Huisartsgeneeskunde is een gewoon medisch specialisme zoals de andere klinische vakken. Ieder specialisme heeft uiteraard zijn eigen specifieke kenmerken, maar de huisartsgeneeskunde dient in de medische wereld geen uitzonderingspositie in te nemen. Daar wordt in enkele belangrijke publicaties van de laatste jaren helaas wel voor gepleit. Er zijn trouwens geen medische specialismen waarbinnen zo veel aandacht is voor de aard en omvang van het werkerterrein als de huisartsgeneeskunde. De eerste omvattende beroepsomschrijving begon, althans in Nederland, met de Woudschoten-conferentie in 1959 en eindigde voorlopig in 2004 bij de *Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012* van LHV en NHG en het daaruit voortvloeiende rapport van de werkgroep Functie- en taakomschrijving huisartsenzorg.<sup>1</sup> In de tijd dat Nederland voorzitter was van de EU verscheen het zeer lezenswaardige rapport *European Primary Care* van de Gezondheidsraad.<sup>2</sup> Het is geen toeval dat juist Nederland zo'n rapport liet schrijven: we zijn (waren?) trots op de huisartsgeneeskunde. Zelfreflectie en een openbare discussie over het vak zijn op zijn tijd uitstekend en vruchtbaar en vele andere specialismen zouden daar een voorbeeld aan kunnen nemen.

Al deze rapporten zijn noodzakelijk voor het ontwikkelen van beleid. In de discussie en visieontwikkeling valt echter op dat huisartsen vinden dat hun vak een wezenlijk ander karakter heeft dan elk ander medisch specialisme. Daarom zou ook de aard van het wetenschappelijk onderzoek en onderwijs in de huisartsgeneeskunde zich onderscheiden van het onderzoek en onderwijs binnen andere medische disciplines. Wij vinden beide stellingen discutabel. In dit artikel maken wij duidelijk dat de huisartsgeneeskunde net als andere geneeskundige specialismen weliswaar zijn eigenheid heeft, maar toch 'gewoon' één van de medische specialismen is. Niet minder, maar ook niet meer.

## Huisartsgeneeskunde als klinisch specialisme

Huisartsen staan zich er vaak op voor dat zij bij uitstek de specialisten zijn op het gebied van generalistische en contextuele

geneeskunde. Of dat nu echt de belangrijkste kernpunten van het vak zijn, is echter zeer de vraag. Het lijdt geen enkele twijfel dat de huisartsgeneeskunde zich van veel andere specialismen onderscheidt door het feit dat huisartsen hun patiënten meestal zowel in medisch als sociaal opzicht goed kennen, vaak beter dan hun collega's in ziekenhuizen. Maar we moeten dit verschil niet te principiële zien. In het door huisartsen geschreven leerboek *Het geneeskundig proces* wordt terecht gesteld dat zaken als het verhelderen van de hulpvraag en rekening houden met leeftijd, comorbiditeit en medische voorgeschiedenis van belang zijn voor iedere arts, niet alleen voor de huisarts.<sup>3</sup> Dat dit in de praktijk niet altijd gebeurt en dat veel collega's vaak niet goed op de hoogte zijn van deze zaken, is wat anders. Ontsluiting van elektronische medische dossiers buiten de eigen medische disciplines zal een deel van dit probleem in de nabije toekomst overigens verkleinen. Contextueel denken is een werkwijze die iedere arts moet toepassen om tot een goede diagnostiek, prognostische inschatting, behandeling en begeleiding te komen. De constatering dat deze zaken van groot belang zijn voor de huisarts maakt de huisartsgeneeskunde niet tot een wezenlijk ander specialisme in de medische familie. Net als andere artsen is de huisarts primair een clinicus met als kerntaken: diagnostiek, prognostiek, behandeling en begeleiding van patiënten.

Natuurlijk heeft ons vak wel specifieke kenmerken. Zo verkeren de aandoeningen waarmee patiënten bij de huisarts komen meestal in de eerste fase; hun klachten zijn vaak vaag. Het aantal diagnostische hulpmiddelen dat huisartsen tot hun beschikking hebben, is relatief beperkt. Een derde verschil met andere medische specialisten is dat huisartsen met een groter aantal mogelijke diagnoses werken.

De sterke punten van ons vak zijn dat huisartsen relevante aandoeningen met een zeer doelmatig gebruik van diagnostische hulpmiddelen kunnen diagnosticeren en medische risico's in de toekomst kunnen inschatten zoals complicaties en een afwijkend ziektebeloop. Dat is de kern van het huisartsvak. Dat huisartsen goed op de hoogte zijn van de context en voorgeschiedenis en een goede arts-patiëntrelatie kunnen hanteren, zijn belangrijke hulpmiddelen, net als overigens hun vaardigheid in het uitvoeren van lichamelijk onderzoek en kennis van farmacotherapie.

Het feit dat de huisartsgeneeskunde meent een wezenlijk andere wijze van werken te moeten claimen, komt ook tot uitdrukking in de discussie over het nut van het formuleren van een diagnose in de dagelijkse huisartsenpraktijk. Het inschatten van de prognose wordt belangrijker geacht dan welke aandoening de patiënt precies heeft; het stellen van een diagnose is daarom vaak overbodig en geeft schijnzekerheid, zo luidt de redenering. Veel collega's

## Auteursgegevens

Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, UMC Utrecht, Postbus 85060, 3508 AB Utrecht: Th J.M. Verheij, hoogleraar huisartsgeneeskunde; H.M. Pieters, hoofd huisartsopleiding; prof.dr. G.E.H.M. Rutten, hoogleraar diabetologie in de huisartsgeneeskunde; prof.dr. A.W. Hoes, hoogleraar klinische epidemiologie in de huisartsgeneeskunde.

Correspondentie: th.j.m.verheij@umcutrecht.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

geven een consult of ziekte-episode dan ook als titel 'hoesten' of 'buikpijn' in plaats van 'acute bronchitis' of 'virale enteritis'. De twijfelachtige houding ten aanzien van diagnoses wordt bijvoorbeeld ook geïllustreerd door de lijst van NHG-Standaarden: het NHG kiest als titel nu eens voor specifieke diagnoses zoals 'Urine-weginfecties' of 'COPD', dan weer voor klachten zoals 'Bemoeilijkte mictie bij mannen' of 'Acuut hoesten'. Dat huisartsen vaak alleen waarschijnlijkheidsdiagnoses met weinig harde zekerheden kunnen stellen, moge duidelijk zijn. De ernst van het klinische beeld en het risico op complicaties bepalen de mate waarin zekerheid over de diagnose geboden is. Zowel de patiënt als collega's die dezelfde patiënt mede behandelen of kunnen zien in acute situaties, zouden op de hoogte moeten zijn van de waarschijnlijkheidsdiagnose van de huisarts, en een duidelijke indicatie moeten hebben van de (on)zekerheid van de aanwezigheid van een aandoening. Het stellen van een diagnose of het formuleren van een differentiële diagnose is daarom juist heel belangrijk in de huisartsgeneeskunde. Het zou daarom een goede zaak zijn als de HIS'sen meer mogelijkheden zouden bieden om differentiële diagnoses te formuleren en te coderen.

Het is begrijpelijk dat in de laatste rapporten over de taken en kenmerken van de huisartsgeneeskunde de nadruk op de setting en het samengaan van klinische en psychosociale competenties ligt. Deze zijn duidelijk verwoord en zullen een belangrijke aanzet geven voor een verdere ontwikkeling van het vak. Daarbij moet echter niet te veel nadruk worden gelegd op vermeende principiële verschillen tussen huisartsen en andere medische specialisten. Voortbouwend op de geformuleerde uitgangspunten moeten we nu vooral werken aan de ontwikkelingen ten aanzien van de medische inhoud van de huisartsgeneeskunde. Huisartsen zijn in de eerste plaats artsen die door hun medische competentie en de setting een eigen belangrijke plaats innemen in de gezondheidszorg, niets meer en niets minder. Deze constatering heeft ook consequenties voor het stellen van prioriteiten in het wetenschappelijk onderzoek en onderwijs.

### Wetenschappelijk onderzoek

De positie die de huisartsgeneeskunde meent te moeten innemen, klinkt ook door in de gedachtevorming over het onderzoek op het gebied van de huisartsgeneeskunde. Internationale publicaties wijzen op het zeer brede terrein van onderzoek in de huisartsgeneeskunde en onderscheiden drie domeinen die essentieel zijn: klinisch onderzoek, onderzoek naar de sociale context en de arts-patiëntrelatie en onderzoek op het gebied van de organisatie en de kwaliteit van de gezondheidszorg.<sup>4-6</sup> In deze publicaties wordt gesteld dat onderzoek in de eerste lijn zich meer dan voorheen zou moeten richten op veel voorkomende milde aandoeningen en met name rekening zou moeten houden met de relatie tussen medische, psychosociale en culturele factoren. Voorts zouden ook zaken als toegang tot de zorg en sociaal-economische ongelijkheid van mensen in relatie tot gezondheid en ziektegedrag meer wetenschappelijke aandacht moeten krijgen. Ook het voornoem-

### De kern

- ▶ Huisartsgeneeskunde is een gewoon klinisch vak.
- ▶ Het stellen van een (waarschijnlijkheids)diagnose is voor huisartsen van groot belang.
- ▶ Onderzoek in de huisartsgeneeskunde moet zich voornamelijk bezighouden met klinische vragen.

de NHG-rapport geeft aan dat er meer onderzoek moet worden verricht, niet alleen op het gebied van de klinische epidemiologie, maar ook naar ethiek, context, continuïteit en de betekenis van het arts-patiëntcontact.

Deze bonte beschrijving van (relevant) onderzoek in de huisartsgeneeskunde deugt niet. De nadruk moet volgens ons liggen op het eerste domein: het klinisch onderzoek. Dit klinisch onderzoek moet gegevens opleveren die het stellen van de diagnose, inschatten van de prognose en het behandelen en begeleiden van patiënten in de huisartsenpraktijk bevorderen. Psychosociale factoren zijn relevant en verdienen veel wetenschappelijke aandacht, maar omdat huisartsen medici zijn moet de nadruk van hun onderzoek liggen op de medisch-klinische aspecten van klachten en aandoeningen.

Voornoemde publicaties claimen niet alleen een principieel ander domein, vaak verkondigen zij ook dat beschikbare onderzoeksresultaten in veel gevallen moeilijk toepasbaar zijn in de huisartsenpraktijk omdat de kenmerken van patiënten aldaar niet goed overeenkomen met de kenmerken van patiënten in gepubliceerde onderzoeken. Die constatering is echter beslist niet typerend voor de relatie tussen wetenschappelijke onderzoeksresultaten en dagelijkse huisartsenzorg. Ook een specialist in een ziekenhuis moet de betekenis van wetenschappelijk bewijs op de juiste wijze vertalen in de dagelijkse praktijk. Er is niet een ander soort klinisch onderzoek nodig om valide resultaten te krijgen die bruikbaar zijn voor de huisarts. Elke goede klinische onderzoeker formuleert een klinisch relevante vraag en kiest vervolgens zijn methode zodanig dat de resultaten generaliseerbaar zijn voor het klinisch domein waarvoor de onderzoeksvraag relevant is.

Er is nog iets wat opvalt aan het huidige onderzoek in de huisartsgeneeskunde. Onderzoek naar de oorzaak van ziekten en de onderliggende pathofysiologie is nagenoeg afwezig. Meestal worden etiologisch onderzoek en meer basaal medisch-biologisch onderzoek (bijvoorbeeld immunologische of genetische onderzoeken) niet relevant bevonden voor de huisarts. Vrijwel alle basale onderzoeken in laboratoria worden uitgevoerd op patiëntenmateriaal dat niet uit de huisartsenpraktijk afkomstig is, maar van verwezen patiënten, meestal uit academische centra. Dat is geen goede zaak. Bevindingen bij relatief zeldzame aandoeningen of ernstigere vormen van veel voorkomende aandoeningen zijn lang niet altijd toepasbaar in de huisartsenpraktijk. Er is een toenemende belangstelling van basale wetenschappers en andere medische specialisten voor patiëntenmateriaal afkomstig uit de huisartsenpraktijk. Huisarts-onderzoekers zouden zich meer dan tot nu toe het geval is, moeten interesseren voor basaal onderzoek. Net als samenwerking met sociale wetenschappers is

samenwerking met basale wetenschappers en andere medische specialisten van groot belang.

Kortom, wetenschappelijk onderzoek in de huisartsenpraktijk moet zowel klinische, sociaal-wetenschappelijke als basaal medisch-biologisch kanten hebben. Gezien hun expertise dienen huisartsen-onderzoekers zich in dat veld voornamelijk te richten op het klinisch onderzoek.

### Wetenschappelijk onderwijs

Ook in het onderwijs aan medisch studenten en in de opleiding tot huisarts moeten docenten huisartsgeneeskunde zich primair richten op klinische zaken. Dat gebeurt ook steeds vaker op alle acht afdelingen huisartsgeneeskunde en daaraan verbonden huisartsopleidingen. In de afgelopen tien jaar is langzaam het besef doorgedrongen bij de faculteiten geneeskunde of universitair medische centra dat bejegening van patiënten, ziektebeleving en gesprekstechnieken generieke onderwerpen zijn in het curriculum die belangrijk zijn voor de beroepsuitoefening van alle artsen en niet vanzelfsprekend onder de verantwoordelijkheid van de huisartsgeneeskunde vallen. In het competentieprofiel van alle specialisten (inclusief huisartsen) is opgenomen dat er, naast het vakinhoudelijk handelen en evidence-based medicine, aandacht besteed moet worden aan de competenties communicatie en attitude, samenwerking, professioneel en maatschappelijk handelen. Het feit dat alle medische studenten gelukkig veel meer onderwijs krijgen over deze essentiële onderwerpen heeft onder meer belangrijke gevolgen voor de opleiding tot huisarts. Huisartsopleidingen kunnen steeds meer basale kennis en vaardigheden op deze terreinen als ingangseisen stellen waardoor meer ruimte ontstaat binnen de huisartsopleiding voor klinische competentie en evidence-based medicine. Wat dat laatste betreft kan ook steeds meer worden voortgebouwd op de wetenschappelijke vorming die artsen in hun studie geneeskunde in toenemende

mate genieten; bij huisartsen-in-opleiding is dan ook een toenemende belangstelling voor promotieonderzoek te constateren. Op deze wijze kunnen zij beter worden opgeleid tot uitmuntende klinici met een wetenschappelijke instelling en hart voor hun patiënten.

### Conclusie

De noodzaak om op politiek en organisatorisch terrein te wijzen op het grote belang van een sterke huisartsgeneeskunde moet niet leiden tot de misvatting dat de huisartsgeneeskunde een wezenlijk andere discipline is dan de andere medische disciplines. Huisartsgeneeskunde is een van de grote belangrijke medische specialismen, met – net als andere specialismen – specifieke kenmerken ten aanzien van diagnostiek, prognostiek, behandeling en begeleiding van patiënten. Het wetenschappelijk onderzoek zou zich – net als het onderwijs – daarom primair moeten concentreren op deze klinische onderwerpen.

### Dankwoord

De auteurs zijn Alfred Sachs veel dank verschuldigd voor zijn commentaar op een eerdere versie van dit artikel.

### Literatuur

- 1 Werkgroep functie- en taakomschrijving huisartsenzorg. Huisartsenzorg en huisartsenvoorziening. Concretisering toekomstvisie 2012. Utrecht: NHG, 2003.
- 2 Health Council of the Netherlands. European primary care. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2004; publication no 2004/20E.
- 3 Grundmeijer H, Reenders K, Rutten G. Het geneeskundig proces. Klinisch redeneren van klacht naar therapie. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2004.
- 4 Jacobson LD, Edwards AG, Granier SK, Butler CC. Evidence-based medicine and general practice. *Br J Gen Pract* 1997;47:449-52.
- 5 De Maeseneer J, Van Driel ML, Green LA, Van Weel C. The need for research in primary care. *Lancet* 2003;362:1314-9.
- 6 Green LA. The research domain of family medicine. *Ann Fam Med* 2004;2:S23-S29.

---

## Oud en nieuw in de redactie

Eind 2005 vertrok Ger van der Werf, huisarts in Groningen, uit de redactie van H&W. Hij maakte vanaf 1999 deel uit van de redactie. Ger was onze huisfilosoof, die feilloos zwakheden (kwakdenken en ander ongemak) in manuscripten ontdekken kon. Hij heeft tijdens zijn deelname aan de redactie een aantal uitstekende commentaren en klinische lessen geschreven. Onze dank is groot.

Vanaf 1 januari zijn Henk Schers en Roelf Norg als nieuwe leden aan onze redactie toegevoegd.

Henk Schers is gepromoveerd op onderzoek over continuïteit in de huisartsgeneeskunde. Hij is huisarts in Lent en stafid aan de afdeling huisartsgeneeskunde in Nijmegen.

Roelf Norg was aiotho in Maastricht. Hij is huisarts sinds 2003 en promoveert binnenkort op de diagnostiek en behandeling van bemoeilijkte mictie bij oudere mannen in de huisartsenpraktijk. Vanaf 1 januari 2006 is hij huisarts in Haelen (Limburg). Naast onderzoeker en huisarts is hij is ook nog jurist.

Met deze twee jonge huisartsen is ook gelijk de gemiddelde leeftijd van de redactieleden weer een flink stuk gedaald en in overeenstemming met de huisartsenpopulatie (4 redactieleden zijn net boven de 50 en 4 zijn gemiddeld 40). Het aantal vrouwen in de redactie is jammer genoeg niet representatief. (JZ)