



De kracht van context, continuïteit en generalisme

Drie kernwaarden in de praktijk

Naast medisch-wetenschappelijke kennis spelen bekendheid met de persoon en kwaliteit van de relatie hoofdrollen in de huisartsgeneeskunde. Ze kunnen leiden tot het aanscherpen van de intuïtie van de huisarts. Een voorbeeld van het nietpluisgevoel in de praktijk.

Peter Lucassen

oud-huisarts, senior onderzoeker
afdeling Eerstelijns geneeskunde,
Radboudumc, Nijmegen

Juul Houwen

huisarts, senior onderzoeker
afdeling Eerstelijns geneeskunde,
Radboudumc, Nijmegen

ontwikkelen van het 'nietpluisgevoel' verminderen die onzekerheid, zoals blijkt uit de volgende casus.

Casus: atypische klachten

De 61-jarige Froukje Ypma komt op het spreekuur bij mij (Juul Houwen) met een sinds vijf dagen bestaand branderig gevoel

in maag- en borststreek zonder uitstraling in armen of rug, niet verergerend bij inspanning of na de maaltijd, wel bij liggen op de linkerzij. Ze is niet kortademig en heeft geen last van vegetatieve verschijnselen. Deze klachten zijn nieuw voor haar. Ze is bekend met hypertensie en ze rookt. Bij lichamelijk onderzoek vind ik geen afwijkingen en de bloeddruk is goed. Ik ben onzeker of er

achter de atypische presentatie een cardiaal probleem speelt. Het ecg-apparaat van de praktijk is net twee dagen weg voor reparatie, dus vraag ik een troponinebepaling aan, iets wat ik vrijwel nooit doe. Op het einde van de middag blijkt het serumtroponine verhoogd te zijn. Na overleg met de cardioloog verwijs ik haar. Ze wordt die avond op de Eerste Harthulp gezien en na ecg en X-thorax naar huis gestuurd met de diagnose atypische klachten. Wel heeft ze nog een afspraak voor een transthoracale echo.

Patiënten minimaliseren soms hun klachten

Huisarts zijn betekent het uitoefenen van de geneeskunde in de breedste zin. Van rugklachten tot rouwverwerking, van diarree tot depressie, van het plakken van een wond bij een kind tot het geven van euthanasie aan een ernstig zieke patiënt. Bij het meten van de kwaliteit van zorg aan de hand van ziektespecifieke uitkomstmaten blijkt steeds weer dat huisartsen op elk deelgebied slechter presteren dan de specialisten van dat deelgebied.^{1,2} Dat kan niet anders, vanwege de bredere focus van de huisarts. Gelukkig is er een keerzijde: de *paradox of primary care*. In gezondheidszorgsystemen waarin de eerste lijn een centrale plaats heeft, ervaren mensen een betere gezondheid en een betere kwaliteit van zorg tegen lagere kosten en grotere gelijkheid. Laagdrempelige bereikbaarheid van de huisarts speelt daar een grote rol. Voor een goede gezondheidszorg zijn dus zowel de generalist als de specialist noodzakelijk. De breedheid van de huisartsgeneeskundige kennis is een van de bronnen van de diagnostische onzekerheid die het vak kenmerken. Kennis van de context, persoonlijke continuïteit en het geleidelijk

Onzekerheid

Onzekerheid komt voor in elke medische setting, maar is groter in de eerste lijn en is te verklaren door vier specifieke bronnen. Allereerst is er de atypische presentatie van klachten. Soms komt dat doordat patiënten het moeilijk vinden hun klachten te verwoorden of doordat ze hun klachten minimaliseren. Ten tweede is er de mogelijkheid dat het ziektebeeld nog niet is uitgekristalliseerd. Een



derde oorzaak is dat de prevalentie van ziekte laag is. Een groot percentage van de klachten van patiënten, 25 tot 50 procent, wordt niet door ziekte veroorzaakt.³ De kans op ziekte bij een klacht is dus laag. Dat heeft grote invloed op de voorspellende waarde van aanvullend onderzoek: de kans op foutpositieve uitslagen is veel groter dan de kans op terechtpositieve uitslagen.⁴ Aanvullend onderzoek in de eerste lijn maakt de onzekerheid geregeld eerder groter dan kleiner. Bovendien roepen foutpositieve uitslagen onnodige angst op bij patiënten. De consequentie daarvan is dat huisartsen terughoudend moeten zijn met aanvullende diagnostiek.

De vierde bron van onzekerheid is het ontbreken van kennis over minder vaak voorkomende ziektebeelden. De manier waarop de huisarts omgaat met onzekerheid komt tot uitdrukking in het veelgebruikte 'Zullen we even afwachten': het inzetten van de tijd als bondgenoot en diagnosticum.⁵ Vaak verdwijnen de klachten na verloop van tijd; soms blijven ze of verergeren ze. De kunst bij het 'Zullen we even afwachten' is dat het geen door de huisarts opgelegd beleid is. Dat veronderstelt

een goed gesprek en vertrouwen, en ook een gezamenlijk genomen besluit. Bovendien moet er een vangnet zijn: instructies waardoor de patiënt weet wanneer contact op te nemen.

Kennis van de context kan de huisarts alert maken, maar ook op een dwaalspoor brengen

Casus (vervolg)

Ik ken Froukje Ypma goed. Ze is twee jaar geleden gescheiden. Het contact met haar ex is goed. Samen hebben ze twee zoons, van wie één vorig jaar onverwachts op 39-jarige leeftijd is overleden aan een myocardinfarct. De andere zoon woont in Bulgarije. Froukje heeft sinds het overlijden van haar zoon geen contact meer met haar schoondochter en kleinkinderen. Daarover heeft ze veel verdriet. Na het onverwachte overlijden heb ik geregeld contact gehad met haar en haar ex. De consulten gingen meestal over het gemis, verdriet en verwerking, vrijwel nooit over fysieke klachten. Na een aantal consulten gaf ze aan het zelf weer te gaan proberen. Ik ken haar als iemand die niet vaak uit eigen initiatief op het spreekuur komt en geneigd is klachten weg te stoppen ('Het zal wel niks zijn'). Het is bijzonder dat ze uit zichzelf komt met fysieke klachten. Ik zie het verdriet van Froukje ook weer tijdens dit consult. Ik benoem de situatie van haar overleden zoon en vraag of ze daarnaast bang is dat er iets met haar hart is. Froukje ontkent dat, en dat past in haar patroon.

Context

Belangrijk bij de context van een patiënt zijn kennis van diens sociaaleconomische status, de samenlevingsvorm, belangrijke levensgebeurtenissen en hoe de patiënt omgaat met ziekte.⁶ Die kennis kan de huisarts alert maken (patiënte komt niet vaak uit zichzelf en is geneigd klachten te ontkennen), maar ook op een dwaalspoor brengen (rouwperiode na overlijden zoon). Een rouwperiode gaat immers vaak gepaard met niet-specifieke klachten. Dat maakt het werk van de huisarts complex, maar aandacht voor deze aspecten is de enige manier om evidencebased kennis toe te passen op de individuele patiënt.⁷

Vaak wordt evidencebased medicine (EBM) gezien als het toepassen van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek op de patiënt. Dat idee overheerst zó sterk, dat bij de toetsing van praktijken in het kader van accreditatie en bij het geven van feedback door zorggroepen aan praktijken alleen wordt gekeken naar hoe vaak een huisarts bijvoorbeeld bij hypercholesterolemie een statine heeft voorgeschreven; hoe vaker de huisarts dat heeft gedaan, hoe beter de kwaliteit. De kern van het werk van David Sackett, een van de grondleggers van EBM, wordt dan ook vaak geciteerd als bijvoorbeeld *'The best patient care is based on the best scientific evidence, not on traditional, expert opinion, conventional wisdom or wishful thinking.'*⁸ Dit is

een foutieve weergave van het gedachtegoed van Sackett. Zijn eigen definitie van EBM is *'The conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients (...) integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence (...) and in the use of individual patients' predicaments, rights and preferences in making clinical decisions about their care.'*⁹ Hoewel dat is onderbelicht, zijn klinische ervaring van de arts en wensen en overtuigingen van de patiënt altijd onderdeel geweest van EBM.

Casus (vervolg)

Twee dagen later wordt Froukje Ypma op haar werk onwel en wordt ze per ambulance naar het ziekenhuis vervoerd met als diagnose verdenking myocardinfarct. Dat vermoeden wordt in het ziekenhuis bevestigd. Na ontslag ga ik haar thuis bezoeken. Ze is erg geschrokken en ook boos omdat er in eerste instantie niets werd gevonden op de Eerste Harthulp.

Continuïteit

De kernwaarden van de huisartsgeneeskunde zijn continuïteit van zorg, persoonsgerichtheid en (medisch) generalisme. Die waarden zijn benoemd bij het ontstaan van de huisartsgeneeskunde in Nederland in 1959, en in 2019 bevestigd en aangescherpt door de beroepsgroep.¹⁰ Het belangrijkste aspect van continuïteit is continuïteit in persoon: het zoveel mogelijk worden gezien door dezelfde huisarts. Uit onderzoek blijkt dat persoonlijke

Zoveel mogelijk dezelfde huisarts geeft betere zorg

continuïteit gepaard gaat met betere opbrengst van preventieve zorg, minder ziekenhuisopnames, minder gebruik van zorg buiten kantooruren en lagere mortaliteit.^{11 12} Dat geldt zeker voor ouderen met multimorbiditeit.¹³ Lagere persoonlijke continuïteit

gaat gepaard met een hogere mortaliteit.¹⁴ Een van de mechanismen daarachter is het goed herkennen van subtiele veranderingen in een persoon of in het uiten van de klachten door mensen die als persoon bij de huisarts goed bekend zijn. Twee andere aspecten van continuïteit van zorg zijn relevant: communicatie tussen zorgverleners en goede samenwerking tussen zorgverleners. De huisarts heeft daarin een belangrijke coördinerende rol.¹⁵

Extra diagnosticum

Generalisme, context en continuïteit leiden tot een vorm van geneeskunde waarin, naast medisch-wetenschappelijke kennis, bekendheid met de persoon en kwaliteit van de relatie een belangrijke rol spelen. Persoonlijk contact en kennis van leefomstandigheden, manier van reageren en belangrijke gebeurtenissen in het leven van de patiënt kunnen leiden tot het aanscherpen van de intuïtie van de huisarts. Die geleidelijk aangescherpte intuïtie geeft de huisarts een extra diagnosticum in handen – het nietpluisgevoel – dat een deel van de inherente onzekerheid wegneemt en de huisarts daadwerkelijk in staat stelt op de persoon gerichte zorg te leveren. In deze casus heeft kennis van de manier van reageren van de patiënt bijgedragen aan het doen van de troponinebepaling en het verwijzen naar de cardioloog. Maar deze kennis had ook kunnen leiden tot de gedachte 'Het zullen wel klachten zijn als gevolg van de mentale toestand'. Het opzoeken van de patiënt na de opname is een illustratie van door de huisarts geïnitieerde continuïteit. Dat is belangrijk, omdat de huisarts allereerst de patiënt de ruimte geeft voor het uiten van diens gevoel over hoe het gegaan is. Dat kan leiden tot een open gesprek over het feit dat sommige klachten moeilijk zijn in te schatten en dat de huisarts zelf ook twijfelde, maar op grond van intuïtie, voorzichtigheid en bekendheid met de patiënt tot de troponinebepaling kwam. ●

contact

peter.lucassen@radboudumc.nl
juul.houwen@radboudumc.nl
cc: redactie@medischcontact.nl



→ De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

