

Naar een theorie van het huisartsgeneeskundig handelen

Ri De Ridder

Dit artikel stelt de wetenschappelijke grondslagen van huisartsgeneeskunde en de geldigheid van geneeskunde als wetenschap ter verklaring van het concrete handelen van huisartsen ter discussie. Om dit te verduidelijken stelt de auteur dat de relatie arts-patiënt de wezenlijke grondslag is van het handelen van huisartsen. Hij pleit voor een systeemanalytische benadering van wat hij de therapeutische relatie noemt, en schuift daarbij een conceptueel begrip naar voren, de therapeutische ruimte. Het artikel is een oproep tot meer conceptueel en kennistheoretisch wetenschappelijk onderzoek omtrent huisartsgeneeskunde.

Dit vertoog over het handelen van huisartsen vertrekt vanuit een persoonlijke interpretatie van mijn relatie met mijn patiënten.¹ De dieper liggende vraag is: wat betekent het voor mij huisarts te zijn? Ik wens vraagtekens te plaatsen bij wat ik dagelijks routinematig doe, een vraag dus naar de grondslag van mijn vak. Mijn object van onderzoek is een subject, de huisarts in een context van tijd en ruimte.

Vraagstelling

Mijn vertoog over het handelingsperspectief van de huisarts in de arts-patiëntrelatie zou ik willen starten met de vraag of dat wat ik behoort te doen kan worden afgeleid uit de geneeskundige wetenschap, die immers de kern vormt van mijn professionele identiteit. Een perfect handelen wordt dan bepaald door de mate van volmaaktheid van mijn medische kennis en van mijn vaardigheid om deze kennis ook aan te wenden. De geldigheid van deze vraag hangt logischerwijze samen met de geldigheid van de wetenschappelijke geneeskunde op zich, namelijk of datgene wat de geneeskunde als objectief voorstelt, ook werkelijk objectief is. Ik ben geen kennistheoreticus en kan bijgevolg op deze vraag moeilijk antwoorden, al heb ik een vermoeden dat er behoorlijk wat argumenten zijn om een negatief antwoord te geven.

Daarom draai ik de vraag om. Stel dat de geneeskunde een functie is van de relatie tussen arts en patiënt: levert dit relevante informatie op om te begrijpen hoe ik als arts handel? Meer specifiek: heeft wat er tussen mij en de patiënt gebeurt, een invloed op

mijn medische kennisvorming? En zijn daar principes uit af te leiden, dit wil zeggen, volgt dit proces een bepaalde structuur die de grondslagen van de geneeskunde beïnvloedt?

Dan is de eerste vraag: wat gebeurt er tussen mij en de patiënt? Om dit nader uit te werken bekijk ik achtereenvolgens de patiënt, de huisarts en de relatie tussen beiden. Uitgangspunt is dat het om een *bijzondere* relatie tussen mensen gaat, want ze kan maar ontstaan wanneer de ene klaagt en de ander therapeutische autoriteit bezit.

De patiënt

Normaliteit

Patiënten komen doorgaans bij hun huisarts met een klacht. Klachten over wat? Over wat de mens als *lijfelijk oneigen* voorkomt: al die fenomenen die als vreemd aan het menselijk leven worden ervaren. Meest evident geldt dit voor de dood, en misschien is dit ook het uiteindelijk fenomeen achter iedere bevreemdende zelfwaarneming. De herkenning van het vreemde *in* het leven is centraal. Dit verwijst immers naar een *normaal* leven, dat begrepen kan worden in termen van een waarneembare orde van het lichaam. De verstorning van de menselijke lichaamsorde wordt als bevreemdend ervaren ook al is het een evidente eigenschap. En hieruit ontstaat de rationale van het therapeutisch handelen met als doel het herstel van de lichamelijke orde.

Lichamelijkheid

In de orde van het lichaam bedoel ik wel het *subjectief lichaam*. Gedachten, emoties, verlangens zijn ook lichaam. Dat blijkt uit het taalgebruik: we situeren ze in ons hoofd, in de buik... Ik heb het over de subjectieve ervaring van het zijn in de wereld door middel van het levend lichaam.

De patiënt laat zijn lichaam bekijken, betasten en beluisteren; de arts ziet, voelt en hoort het lichaam. Het ruiken en proeven van vroeger is gesublimeerd in de klinische biologie, wat misschien de ongeremdheid van artsen terzake verklaart. Als patiënt laat je natuurlijk niet zomaar naar je lichaam kijken; dat doe je alleen als je een klacht hebt. En je laat niet de eerste de beste naar je lichaam-bron-van-klacht kijken. De *preferentiële* toegang tot het lichaam van een ander is een noodzakelijke voorwaarde voor het diagnostisch en therapeutisch handelen van de arts. Het 'kijken' van de arts volgt weliswaar uit de autoriteit die de geneeskunde hem verleent, maar is pas mogelijk als mensen zich ook laten bekijken en bijgevolg de autoriteit van de arts bevestigen. Dit brengt met zich mee dat de geneeskunde zich inschrijft in een *bijzondere relatie* van kijken-laten kijken.

Betekenisgeving

We weten uit de medische antropologie dat patiënten met een 'explanatory model' in het hoofd beslissen een arts te raadplegen. In zo een explanatory model zitten allerlei rationale en irrationele aspecten die naar de beleving van gezondheid verwijzen. Bijvoorbeeld: ziekte als straf van God, als humorale stoornis, als energetisch onevenwicht, als resultaat van interpersoonlijke magische krachten.

De patiënt deelt aan de arts een subjectieve ervaring mee van 'het vreemde in mij', vanuit de verwachting dat deze ervaring verklaard wordt, betekenis krijgt door toetsing aan het concept van de normale orde van het lichaam en zo mogelijk opgeheven wordt. De ervaring kan allerlei vormen aannemen: hinderlijk, beangstigend, onverdraaglijk, existentieel bedreigend. Dat laatste is niet enkel materieel: een zekerheidscheppend waardensysteem kan in het gedrang komen, de levensrust kan worden verstoord, de ervaring kan twijfel aan zichzelf veroorzaken.

De arts

Autoriteit, normaliteit en onzekerheid

De arts heeft een exclusieve autoriteit zowel tot het definiëren van de normale orde als tot het herstellen ervan.

Er is al behoorlijk wat onderzoek verricht dat aantoonde hoever huisartsen zich van hun eigen objectieve wetenschap kunnen verwijderen in de concrete praktijksituatie. Men spreekt hierbij van 'inter-doktersvariatie'. Huisartsen worden ook geconfronteerd met een tijdsprobleem: wat vandaag waar is, kan morgen al achterhaald zijn.

Belangrijk gevolg van deze inter-doktersvariatie en van de tijdsfactor is een *relatieve onzekerheid* van de arts ten aanzien van de eigen geneeskundige waarheid. Maar het is precies aan het waarheidskarakter van de geneeskunde dat de arts de autoriteit ontleent om therapeutische relaties aan te knopen met patiënten en anderen het recht daartoe kan ontzeggen.

Dit kan aanleiding geven tot het zoeken naar nieuwe kennis, om de blinde vlek in het geneeskundig weten te vullen. Tenzij onzekerheid verdrongen wordt in een irrationeel handelen dat, naarmate het herhaald wordt vanuit de autoriteit van medicus, een eigen leven gaat leiden, waardoor de arts in kwestie in feite niet meer kan onderscheiden wat nog echt medisch is en wat niet.

Wat doen huisartsen met hun onzekerheid? Onzekerheid leidt meestal niet tot het uitspreken ervan, tenzij ze inherent is aan de kennis (wanneer de geneeskunde dus 'weet' dat een gegeven situatie onzekerheid veroorzaakt: op grond van zijn geneeskundig weten kan de arts zijn onzekerheid meedelen aan de patiënt). Als dat niet het geval is (bijvoorbeeld als de oorzaak van pijn niet te objectiveren is) zal de arts zijn onzekerheid doorgaans niet uitspreken maar handelen. Dat gebeurt klassiek via een voorschrift, of minder klassiek door naar een ander verklarend kader te grijpen (medische antropologie levert hier wel eens een uitweg; meer klassiek is het benoemen van fenomenen als psychosomatiek: "‘t zijn de zenuwen").

Verklaren

Helman laat in zijn boek *Culture, health and illness* (1990) zien hoe artsen werken met een explanatory model. Het explanatory model van de huisarts is niet, zoals men zou denken, een zuiver medisch model. Ik veronderstel dat daarbij volgend logisch proces verloopt:

1. Het medisch model biedt geen antwoord op tal van praktijksituaties waarin om een verklaring wordt gevraagd door de patiënt.

2. Niettemin geven huisartsen verklaringen die pseudo-medisch of niet-medisch zijn en steunen zij hun handelingen of niet-handelen op die verklaringen.
3. Welke verklaringen gegeven worden, wordt mede bepaald door het inschatten door de arts van het explanatory model van de patiënt.
4. In het amalgaam van de door de huisarts gehanteerde verklaringen zit een harde kern van explanatory model, dat je de persoonlijke epistemologie over ziekte, ziek-zijn en gezondheid van de arts kan noemen.
5. Het explanatory model bevat zowel a priori als post-hoc elementen ten aanzien van het arts-patiëntcontact. Ervaring van het falen van het explanatory model in concrete situaties kan tot bijstelling leiden. De ervaringen en ontwikkelingen als persoon buiten het werk beïnvloeden mee de evolutie van het explanatory model. Kritieke ervaringen (zoals bekend worden met nieuwe inzichten) kunnen tot radicale veranderingen leiden.

In de regel evolueert het explanatory model geleidelijk, aangezien weinig artsen open staan voor niet-medische of alternatieve benaderingen van klachten. *Verklaren* vormt het verbindend patroon tussen arts en patiënt. Het uiteindelijk therapeutisch handelen wordt bepaald door de eraan voorafgaande verklaring.

Merkwaardig is nu dat dit verklaren het moeilijkst op te sporen is in wat huisartsen noteren. Dit is niet toevallig; de huisarts slaagt er dikwijls niet in de klacht met behulp van het medisch model te verklaren. Hij omzeilt dit probleem door over de expliciete verklaring heen te stappen. Dit gebeurt niet alleen bij het noteren, maar ook in het gesprek met de patiënt. Een methode als onderlinge toetsing op basis van analyse van audio(-visuele) registratie van consultaties kan dit zichtbaar maken.

De therapeutische relatie

Drie hiervoor beschreven elementen (betekenisgeven, lichamelijkheid en definiëring van orde) zijn primair *subjectief*. Ze zijn inherent aan het leven van mensen – je zou ze ‘existentialia’ kunnen noemen – en het zijn de wezenlijke elementen van iedere therapeutische relatie. Zonder één van de elementen kan er geen therapeutische relatie gevormd worden. De therapeutische relatie steunt dus op subjectiviteit.

Transformatie

Doorheen de therapeutische relatie *transformeert* de subjectieve ervaring tot een geobjectiveerd feit. Meestal volstaat de transformatie om de subjectieve ervaring van het vreemde op te heffen: ervaring en interpretatie sluiten op elkaar aan. De arts heeft een *mediërende* rol tussen het subject en de materiële wereld en helpt het subject zijn eenheid met de materialiteit van het bestaan te beleven.

Een volmaakte mediatie zou er in bestaan dat *alle* subjectieve ervaringen van het eigen lichaam in objectieve termen kunnen worden verklaard. Mijns inziens is dit een onmogelijkheid, al was het maar omdat in zo'n situatie niets meer overblijft van het subject, daar alles in objectieve termen verklaard kan worden. Dan zou de geneeskunde een quasi goddelijke waarheidsdimensie krijgen.

Geneeskunde lijkt overigens mythische allures van een nog niet voltooide goddelijkheid in zich te dragen. De mythe ontstaat in de therapeutische relatie. Wanneer de mens signalen waarneemt van zijn onvolmaaktheid en kwetsbaarheid, van zijn 'Sein zum Tode' dat de zin van zijn bestaan onvermijdelijk ter discussie stelt, gaat hij in een materialiserende geneeskunde op zoek naar het normale leven.

Reductie

Het subject geeft dus een medische betekenis aan ervaringen van het levend lichaam. Het is een *reducerend* betekenend, dat misschien dikwijls, maar lang niet altijd de patiënt en/of de arts bevredigt. In de therapeutische relatie speelt de arts de rol van betekenisgever.

Als huisarts voel ik me niet erg gelukkig met deze rol, vandaar de vraag naar een verklaring voor het huisartsgeneeskundig handelen. Een voorlopig antwoord is: geneeskunde is *een* systeem van betekenisgeven aan lichamelijke ervaringen die niet tot de normale orde behoren.

Asymmetrie

De arts-patiëntrelatie is *asymmetrisch* inzake de aspecten macht, afhankelijkheid, kennis. Men zou kunnen stellen dat macht, autoriteit en kennis aan de huisarts toebehooren, terwijl afhankelijkheid deel is van de patiënt. Sociologische analyse heeft echter aangetoond dat deze aspecten bij beide polen aanwezig zijn. Arts en patiënt strijden om macht, autoriteit en kennis. De arts krijgt daarbij doorgaans de overhand.

Die asymmetrische verhouding verdient nadere aandacht. Men kan moeilijk stellen dat de arts *bewust* macht, autoriteit en kennismonopolie nastreeft. Nochtans is dat zijn praktische houding. Idem voor de afhankelijke houding van de patiënt. Het vaststellen van een asymmetrie verklaart deze nog niet.

Ik heb de indruk dat de arts zowel kan wensen op gelijke voet te staan met de patiënt als beroep kan doen op zijn autoriteit, en dat de patiënt niet afhankelijk wil zijn van de arts en zich toch aan hem onderwerpt. Ambivalentie dus, die naargelang hun persoonlijkheid tot zeer verschillende verwachtingen en percepties kan leiden.

Er moet meer zijn om de asymmetrie te verklaren. Geneeskunde handelt *alsof* patiënten die een klacht presenteren niet (kunnen) weten wat er therapeutisch gezien dient te gebeuren. In heel mijn opleiding heb ik geen medisch dossier gezien waarin de anamnese de vraag bevatte: "Wat denkt patiënt over zijn klachten, wat weet hij erover." Gelukkig beginnen huisartsen deze vragen wel te stellen, via onder meer 'methodisch werken' (zie De Boeck & Devisch 1993: 184).

De therapeutische ruimte

Men zou zich de therapeutische relatie kunnen voorstellen als een ontmoeting tussen twee subjecten, die elk handelen vanuit een eigen ruimtelijk perspectief. De dimensies waarin artsen en patiënten hun relatie percipiëren zijn verschillend en evolueren bovendien in de tijd. Maar de therapeutische relatie als zodanig blijft.

Een conceptuele beschrijving van de structuur van de therapeutische relatie is niet eenvoudig wanneer men het evolutief karakter ervan in kaart wil brengen. Daarom

gebruik ik het begrip 'therapeutische ruimte': een metafoor voor een abstract idee omtrent een werkelijkheid van ieder subject. Ik ga ervan uit dat de therapeutische ruimte voor ieder subject een constante is. De therapeutische relatie, in tijd en ruimte waarneembaar, is functie van de therapeutische ruimte van de partners in de relatie. De therapeutische relatie is het waarneembaar effect van de therapeutische ruimte van subjecten.

De waarneming zelf is echter relatief: ze wordt beïnvloed door het standpunt van de waarnemer, die een eigen therapeutische ruimte 'heeft' van waaruit hij/zij niet alleen zelf therapeutische relaties aangaat. Tegelijkertijd vormt hij zich ook een oordeel over die relaties. Dat betekent dat bijvoorbeeld uitspraken over het handelen van artsen nooit absoluut kunnen zijn, maar alleen mogelijkheden beschrijven waarvan de validiteit bepaald wordt door de manier waarop ze worden bekeken en door de premissen waarop de waarneming steunt. Die uitspraken kunnen erg verschillen naargelang het bijvoorbeeld om een huisarts, een patiënt of een extern onderzoeker gaat.

De vraag of een patiënt met maagklachten meteen H2 receptor-antagonisten moet krijgen, dan wel eerst aanvullend onderzoek moet ondergaan, dan wel eerst adviezen omtrent 'lifestyle' dient te krijgen kan verschillende, zelfs tegenstrijdige, en toch stuk voor stuk valide antwoorden krijgen. Maar dat is een abstracte voorstelling: de patiënt heeft immers niet vrij te kiezen tussen die alternatieven van de arts: hij kan wel of niet naar de arts gaan. Als hij gaat, is er een therapeutische relatie waarbinnen arts Y handelt ten aanzien van patiënt X met maagklachten. Daarvan hebben we reeds eerder gesteld dat dit handelen mede bepaald wordt door de relatie. Hoe komt het nou dat een concrete arts in een concrete arts-patiëntrelatie op een bepaalde manier handelt? En hoe kan je daar waarheids- en waarde-uitspraken over doen?

Mijn *hypothese* is dat men, om het huisartshandelen te verklaren, moet kijken naar de manier waarop arts en patiënt zich bewegen in hun therapeutische ruimte, en hoe die bewegingen in de therapeutische relatie elkaar beïnvloeden. In feite gaat men dan de therapeutische relatie als een *systeem* bestuderen. Meer concreet betekent dit het bekijken van handelingen van huisartsen als bewegingen binnen hun therapeutische ruimte, bij interactie met de handelingen van een patiënt als bewegingen binnen diens therapeutische ruimte.

Het doel van de studie van het systeem van de therapeutische relatie is het zoeken naar een structuur in dat systeem, de wijze van ontstaan en de manier waarop het systeem gereproduceerd wordt. Uit wat voorafging kan men meteen afleiden dat het handelen van huisartsen niet alleen wordt verklaard vanuit medische wetenschap. De therapeutische ruimte dient zo breed mogelijk benaderd te worden, door de sociale en culturele context in de studie mee op te nemen.

Huisartsgeneeskunde als wetenschap

Het ontbreken van een adequate beschrijving van de arts-patiëntrelatie is een belangrijk kennistheoretisch probleem: hoe kan men huisartsgeneeskundige handelingen als effectief en therapeutisch valideren? Het valideringsproces wordt beïnvloed door de therapeutische ruimte van de waarnemer. Een adequate beschrijving van de therapeutische

relatie, teneinde zinnige uitspraken te doen over het handelen van artsen in die relatie, vereist onderzoek naar de wijze waarop handelingen als therapeutisch worden gevalideerd, door de arts en door de patiënt. Het lijkt op een vicieuze cirkel maar is het niet indien men de criteria van objectiviteit afleidt uit de therapeutische relatie en niet uit geneeskundige objectiviteit.

Is geneeskunde objectief?

Als de geneeskunde absoluut objectief zou zijn, zou mijn hypothese dwaas zijn. Ik verwerp die mogelijkheid van objectiviteit, niet enkel omwille van kennistheoretische argumenten, maar ook op ethische gronden: een absoluut objectieve geneeskunde zou de therapeutische relatie onmogelijk maken, omdat geen enkele subjectieve handelingsvrijheid mogelijk zou zijn: voor de arts zou er alleen nog een keuze kunnen bestaan wanneer verschillende objectief therapeutische handelingen mogelijk zijn, en de patiënt zou zich ten volle moeten onderwerpen aan de absolute objectiviteit. Geloven in een objectieve geneeskunde vind ik bijgevolg een onredelijk standpunt, omdat een louter mechanistische relatie geen menselijke relatie is en niet voorkomt tussen artsen en patiënten. Er zou trouwens een onhoudbare spanning optreden met de therapeutische vrijheid, die de artsen zo dierbaar is.

Zoals reeds is opgemerkt, is er ook de tijdsdimensie: wat vandaag waar is, kan morgen al achterhaald zijn. Veel 'kennis' wordt overboord gegooid omdat ze achterhaald blijkt. Dat belet niet dat deze kennis in de praktijk kan blijven voortleven. Tal van gangbare medische verklaringen en therapieën steunen op voor-medische verklaringssystemen, zoals warmte/koude. Hoe dikwijls zeggen mensen ons niet dat met het slechte weer hun reuma verslechtert, en we bevestigen dat maar al te gaarne.

Structuur van het huisartsgeneeskundig handelen

Vanuit de structuur van het systeem van betekening doorheen de therapeutische relatie kan het geneeskundig handelen in zijn geheel worden beschreven op onbevooroordeelde wijze (in termen van goed of slecht, rationeel of irrationeel) met inbegrip van de aspecten en effecten van het therapeutisch handelen die het geneeskundige buiten beschouwing laat.

Ik denk daarbij aan aspecten van mijn huisarts-zijn die strikt genomen niets te maken hebben met de geneeskunde en toch onmiskenbaar aanwezig zijn in mijn relatie met patiënten: betrokkenheid en distantie, onverschilligheid en furor curandi, verantwoordelijkheid, emoties en angsten, schuld en schaamte, efficiëntie en fierheid, communicatie, zingeving. Het zijn aspecten die tot het ethisch domein behoren en die in de geneeskunde het voorwerp zijn van subjectief oordelen en veroordelen, hoewel ze zelden als zodanig geëxpliciteerd worden.

Gewoontehandelingen

Sociologen en antropologen houden zich tegenwoordig nogal bezig met het beschrijven van het subject huisarts. Conceptualiseren van het huisartsgeneeskundig handelen zou daarbij welkom zijn. Meer bepaald zou men zicht kunnen krijgen op wat sociologen 'practices' noemen of 'le sens pratique' (Bourdieu 1980): courante handelingen die niet

op een geëxpliciteerde logica berusten en die toch een vanzelfsprekende betekenis in de context van de handelingen hebben. Kennis van deze gewoontehandelingen zou bijvoorbeeld verklaringen kunnen leveren voor de inter-doktervariatie. Opleiding en nascholing kunnen hier uiteraard nuttige informatie uit halen.

Het lijkt me mogelijk om een theoretisch model van het huisartsgeneeskundig handelen te ontwerpen op basis van een systeembenadering van de therapeutische relatie. Vanuit dit model zou men op zoek kunnen gaan naar de gewoontehandelingen. Een studie van de articulaties tussen feitelijke normen en handelingen levert relevante informatie voor een theoretische fundering van het handelen van huisartsen, zonder daarbij a priori standpunten te moeten innemen over de waarde van die praktijken en normen.

Besluit

Het komt me voor, en in die zin gaat het hier om een hypothese, dat een verklaring voor het huisartsgeneeskundig handelen, als kennistheoretische basis voor een wetenschappelijke legitimering ervan, eerder gezocht dient te worden in een systeemanalytische benadering van de therapeutische relatie rond drie grondbegrippen: lichamelijkheid, betekenisgeving en normaliteit. Geneeskunde als wetenschap levert op zich geen houvast, en moet wellicht eerder als een technologie dan als een wetenschap worden beschouwd.

Ik voeg aan de hypothese het begrip 'therapeutische ruimte' toe. Ik heb geen enkel bewijs hiervoor, en het is ook niet aan mij om dit bewijs te leveren. Dit hele vertoog moet worden begrepen als een dringende vraag aan wetenschappers om op overtuigende wijze de grondslagen van het huisartsgeneeskundig handelen en het medisch handelen in het algemeen bloot te leggen.

Zo lijkt het mij zinvol om de vijf stappen die ik eerder beschreef in het logisch proces van verklaren door de huisarts empirisch te toetsen via een multidisciplinaire studie van arts-patiëntcontacten.

Dergelijke studies zouden namelijk wel eens een grotere bijdrage kunnen leveren aan de gezondheidszorg dan de huidige technocratische vertogen over beheersing van kosten in gezondheidszorg, waarvan de uitkomst onmiskenbaar voert naar een zeer ongelijke en vervreemdende zorg.

Noot

Ri De Ridder (1952) is huisarts in een migrantenbuurt te Gent en academisch stagemeester voor huisartsgeneeskunde te Gent en Leuven. Hij is coördinator van een opleidings- en tewerkstellingsproject van migranten als interculturele bemiddelaars in de gezondheidszorg (zie *Medische Antropologie* 4: 179-83). Correspondentieadres: Wijkgezondheidscentrum De Sleep, Doornzelestraat 32, B-9000 Gent. Tel.: (32) 92 23 29 23.

1. Men neme mij niet kwalijk dat ik over de huisarts schrijf in 'hij'-vorm. De huisartsgeneeskunde zou er wellicht anders hebben uitgezien indien vrouwen de normen en praktijken ervan hadden bepaald.

Literatuur

De Boeck, F. & R. Devisch

1993 Diagnose en divinatie: Een inleidende. *Medische Antropologie* 5(2): 181-90.

Bourdieu, P.

1980 *Le sens pratique*. Paris: Les Editions de Minuit.

Helman, C.G.

1990 *Culture, health and illness*. London: Wright.