

Wat gaat er om in het hoofd van de huisarts?

Dr. Guus Timmerman
LHOV-Congres 2021
1 oktober 2021

© Stichting Presentie



presentie

1

Wat gaat er om in het hoofd van de huisarts?

Niet (primair) over

- ❖ de psychè van de huisarts
- ❖ de emoties van de huisarts
- ❖ de spiritualiteit of de zingeving van de huisarts

Maar over

- ❖ de afwegingen van de huisarts

En met het oog daarop over

- ❖ behulpzame woorden (voor reflectie, verantwoording en opleiding)



© Stichting Presentie



2

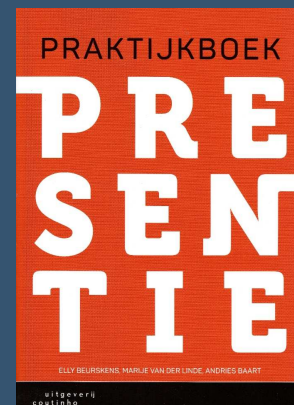
Opzet

- A. Relationaleel werken
- B. Ons huisartsenonderzoek (2015-2016)
- C. Vaststellen van pijn en lijden
- D. De dynamiek van de begeleiding
- E. Praktische wijsheid

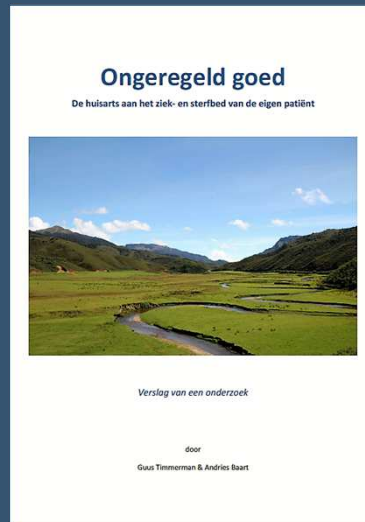


A. Relationaleel werken

- 1) Hoe weet ik wat ik moet doen?
 - a) Zorg **vanuit** relaties
 - b) Zorg **als** relatie
- 2) Hoe kijk ik en hoe breed moet ik kijken?
 - c) Zorg **in** relaties
- 3) Wat kan en mag ik doen?
 - d) Zorg **door** relaties
- 4) Waar ben ik met deze zorg op uit?
 - e) Zorg **met het oog op** relaties



B. Onderzoek 'De huisarts aan het sterfbed van de eigen patiënt' (2015-2016)



Aanleiding: 'Tuitjenhorn'

- 8 Oktober 2013: Huisarts berooft zich van het leven
- Nadat de Inspectie zijn naam openbaar heeft gemaakt
- Nadat hem voorlopig is verboden als huisarts werkzaam te zijn
- Nadat de politie zijn praktijk en huis heeft doorzocht
- Omdat op 19 augustus 2013 een patiënt van hem is overleden
- Na het ontvangen van een hoge dosis morfine en midazolam
- Toegediend door deze huisarts

Reden

- Verbazing over de reacties op de casus Tuitjenhorn
- Wat weten we eigenlijk over het waarnemen, overwegen, inschatten, afwegen, handelen en evalueren van de huisarts aan het sterfbed van de eigen patiënt?
- Literatuur helpt niet
- Vermoeden: relationeel, leefwereldgericht werken weegt zwaar



Onderzoeksvraag

Wat nemen huisartsen waar aan het sterfbed van hun eigen patiënten, wat voelen en beleven ze daarbij, wat overwegen ze, hoe maken zij hun afwegingen en hoe komen ze tot welk handelen waar het gaat om het al dan niet bespoedigen van de dood?



Empirisch materiaal

6 Ervaren huisartsen, op het verstedelijkt platteland, 2 vrouwen, 4 mannen

- 11 Interviews
- 5 Focusgroepinterviews

Resultierend in:

- 6 Casussen op de voorgrond
- Ca. 80 casusfragmenten in de achtergrond



Opbrengsten

- Inzicht in de belangrijkste **thema's** tijdens de begeleiding aan het ziek- en sterfbed
- Inzicht in het **vaststellen van pijn en lijden**
- Inzicht in de **dynamiek** van de begeleiding aan het ziek- en sterfbed
- Empirisch verrijkt concept van **aandachtigheid**
- Empirisch verrijkt concept van **praktische wijsheid**



Belangrijkste thema's

Thema	Korte toelichting
1 Focus en scopus van aandacht en handelen	Patiënt in brandpunt maar vaak ook velen uit netwerk in scopus → verschuivingen tussen focus en scopus. In context van werksetting en leefwereld.
2 Metaforische positie van de huisarts	Naast positie als huisarts ook metaforische positie. Draagt sterk bij aan gevoel goede zorg te geven, van nabij, betrokken, begrijpend wat er bij de patiënt op het spel staat.
3 De dokter moet het doen	In teams of niet: het sterke gevoel er uiteindelijk alleen voor te staan. Soms wil men het ook zo vanwege het intieme karakter en wenselijkheid van trouw
4 Substantiële opvattingen over goed sterven	Niet slechts formele en verplichte criteria toepassen maar ook de eigen ideeën over goed sterven: bescheiden ingebracht, over waardigheid, in harmonie zijn, etc.
5 Bijzondere betrokkenheid bij de patiënt	Bijzondere betrokkenheid als mens, plaatsgenoot, getuige van en deelnemer aan een heel leven, als huisarts van andere familieleden

© Stichting Presentie



22

Belangrijkste thema's (2)

Thema	Korte toelichting
6 Reflectie en improvisatie	Routine bestaat maar huisartsen beoefenen ook de kunst van reflecteren, improviseren en experimenteren en de moed hebben de sprong te wagen.
7 Zich verantwoorden	De huisartsen denken allereerst in termen van goede zorg en dan pas in termen van verantwoordbaarheid: zo nodig een losse omgang met regels maar bereid zich te verantwoorden.
8 Handelingsruimte maken, bewaken, vergroten	De huisartsen willen een zekere speelruimte hebben, behouden, vergroten en niet verliezen. Uit de klem blijven, latende modus, gelegenheid tot bijstellen, nooit rechtlijnig.
9 Morele verbeeldingskracht	Tijdreizen en uitkomst schatten: passend, goed, juist, aanvaardbaar, weldadig, gewenst voor patiënt en naasten? Er zelf achter staan en het geheel als goede zorg evalueren.
10 Grenzen aan reconstrueerbare redelijkheid	Er zijn grenzen aan wat men nog kan uitleggen, reproduceren, verwoorden en dus verantwoorden. Niet volledig transparant te maken, niet het proces noch zichzelf.

© Stichting Presentie



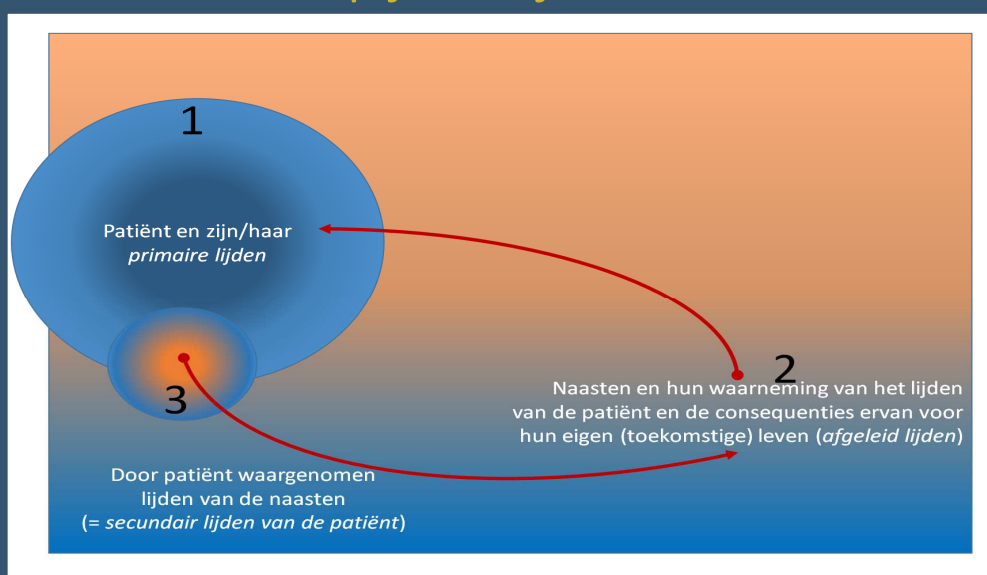
24

C. Vaststellen van pijn en lijden

1. Neem ik waar dat de patiënt pijn heeft en lijdt?
2. Kan ik begrijpen of verklaren waarom dit zo is?
3. Zijn aard en niveau zodanig dat er wat tegen ondernomen moet worden?
4. Indien ja, ben ik de aangewezen persoon om dat te doen?
5. Heb ik passende en effectieve middelen beschikbaar?
6. Welke daarvan mag ik, gelet op wet- en regelgeving, aanwenden?
7. Welke wil ik inzetten, resp. liever niet gebruiken?



Vaststellen van pijn en lijden



Vaststellen van pijn en lijden

Vaststellen van pijn en lijden	Cognitief categoriseren	Sociaal waarnemen	Zintuiglijk beleven	Cultureel verwachten	Epistemisch bevestigen
Uitgangspunt van de huisarts	Taxonomie: fysiek, mentaal, sociaal, existentieel	Sociale nabijheid	Impressie	Normaliteit	Invoelbaarheid
Vaststelling door de huisarts	Objectiverend: wat ik waarneem valt onder erkend lijden	Particularistisch: vanuit mijn betrokkenheid neem ik waar dat de patiënt lijdt	Subjectief: wat ik zie, voel, hoor, ruik bij de patiënt maakt grote indruk op mij	Conventioneel: wat ik waarneem is wat we gewoonlijk verstaan onder het lijden dat ik dien te bestrijden	Voorstelbaar: gehoord de patiënt kan ik me voorstellen dat de patiënt dit lijden noemt
Resulterende taak van de huisarts	Niet-medische aspecten van pijn en lijden meenemen in de eigen taak	Pijn en lijden van de patiënt duiden tegen diens achtergrond van leefwereld en levensloop	De betekenis van het eigen aangedaan-zijn kritisch opnemen in het behandelbeleid	Tamelijk exclusieve taak hebben in het comfortabel maken van het sterven	Respectvol recht doen aan de beleefde betekenis van pijn en lijden voor de patiënt

© Stichting Presentie

30

D. Dynamiek van de begeleiding

Uitgangspunten:

- ✓ Thema's met elkaar verbinden
- ✓ Begeleiding beschrijven als een praktijk
- ✓ Complexe zaken complex denken

Wat we hebben ontwikkeld:

- ✓ Een vocabulaire
- ✓ Een syntaxis

© Stichting Presentie

32

Dynamiek van de begeleiding

Pijn verlichten

COMPONENTEN VAN DE AFWEGING DIE HUISARTSEN HEBBEN TE MAKEN:

m.b.t. de patiënt (en diens naasten):

1: is lijden van de patiënt voor mij invoelbaar?

2: voor wie ben ik als huisarts er (nog meer)?

3: is (ultiem) ingrijpen te vermijden of voorlopig uit te stellen?

4: waaraan is de patiënt toe?

m.b.t. goede zorg:

5: hoe gezamenlijk tot goede zorg te komen

m.b.t. de huisarts zelf:

6: wat is hier mijn taak?

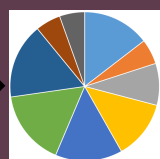
7: moet ik dit alleen doen?

9: kan ik dit zinvol vinden?

m.b.t. de samenleving:

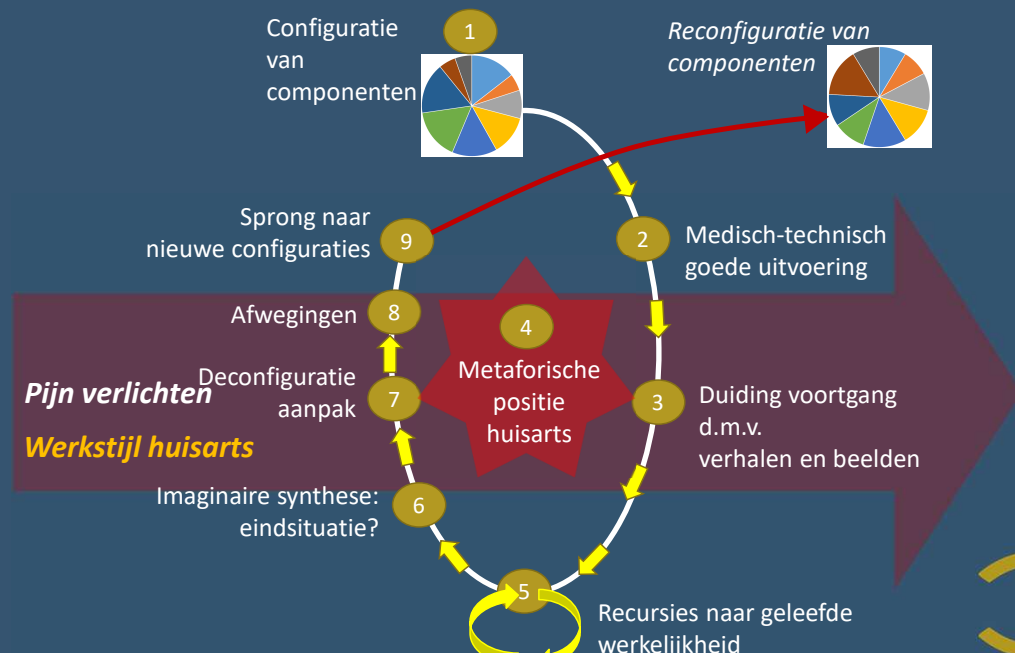
8: is het te verantwoorden naar de samenleving toe?

Configuratie van componenten



© Stichting Presentie

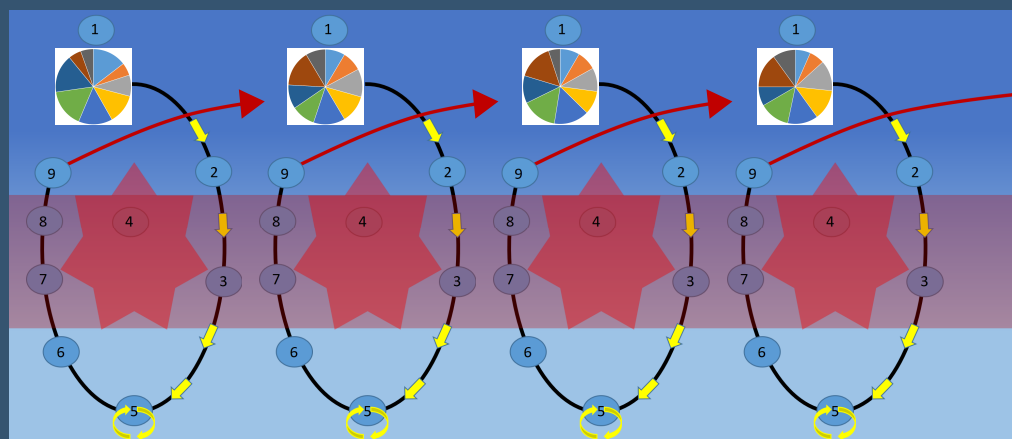
33



© Stichting Presentie

34

Dynamiek van de begeleiding



© Stichting Presentie

35

Dynamiek van de begeleiding

Een dynamische, **complexe** en rafelige beschrijving van de begeleiding

- ❑ Die sterk **meandert**
- ❑ En **in elkaar** gezet en **uit elkaar** gehaald wordt
- ❑ Doordat de huisarts blijft **aansluiten en afstemmen**
- ❑ En doordat er **voortdurend interrupties** zijn
- ❑ En waarin **nooit zekerheid** ontstaat over wat te doen
- ❑ Het gaat eerder om **afwegen** en een **sprong** maken dan om eenvoudigweg afleiden.

© Stichting Presentie

36

E. Praktische wijsheid

- ✓ Weten waar het om te doen is in je vak
- ✓ Durven en kunnen handelen
- ✓ Goed kunnen waarnemen
- ✓ Kunnen omgaan met dat het niet allemaal eenduidig, vaststaand en zeker is
- ✓ Regels opvatten als aanwijzingen
- ✓ Op de vraag om verantwoording reageren met het van binnenuit vertellen van het hele verhaal



Kortom, een huisarts is:

Meer dan, en vaak anders dan, een:

- ✓ Rationele keuze-actor
- ✓ Die afzonderlijke, contextloze handelingen uitvoert
- ✓ In cycli van *plan-do-check-adjust*
- ✓ En daarbij telkens naar één patiënt kijkt

➤ **Het is veel complexer, dynamischer en emergenter!**



Afsluiting

Behulpzame woorden?

- ✓ Relationale zorg verlenen
- ✓ Metaforische positie
- ✓ Focus en scopus
- ✓ Morele verbeelding
- ✓ Configureren, de- en re-configureren
- ✓ Imaginaire synthese
- ✓ Praktische wijsheid



Literatuur

Baart, A. (2018). *De ontdekking van kwaliteit: Theorie en praktijk van relationeel zorg geven*. Amsterdam: SWP.

Beurskens, E., van der Linde, M., & Baart, A. (2019). *Praktijkboek presentie*. Bussum: Coutinho.

Bontemps-Hommen, M. (2020). *Practical wisdom: The vital core of professionalism in medical practices* (Dissertatie Universiteit voor Humanistiek). Afferden.
[zie artikelen in *Zorgvisie Magazine*, 13 en 25 februari en 3 en 12 maart 2021]

Timmerman, G. (2018). Praktische wijsheid en begeleidingskunde. *Tijdschrift voor Begeleidingskunde* 7 (4): 46-53.

Timmerman, G. (2018). Aan ziekbed kan huisarts niet zonder praktische wijsheid. *Reformatorisch Dagblad*, 22 november.

Timmerman, G. & Baart, A. (2016a). *Ongeregeld goed: de huisarts aan het ziek- en sterfbed van de eigen patiënt*. Onderzoeksrapport. Utrecht: Stichting Presentie.

Timmerman, G. & Baart, A. (2016b). Echte huisarts heeft 'praktische wijsheid': nieuw vocabulaire helpt kern van het artsenvak beter definiëren. *Medisch Contact* 71 (46): 22-25.

Kijk voor meer informatie op www.presentie.nl.

E-mail: G.Timmerman@presentie.nl

