

De huisarts en de continuïteit in de hulpverlening

Een essay over de longitudinale zorg door de huisarts, de plaats van de dialoog daarin en de wenselijkheid van een gedragscode

DR. J. T. BUMA

Sinds de befaamde Woudschoten-conferentie in 1959 is er veel veranderd in het Nederlandse huisartsenwereldje, maar of het allemaal geplande veranderingen zijn geweest, is nog maar de vraag. Wat is er gebeurd met de idealen van toen? Wat komt er in de praktijk terecht van de continue zorg door de huisarts? Welke invloed heeft de patiënt nog als hij eenmaal in het medisch kanaal verzeild is geraakt? Welke rol spelen de specialisten en hoe groot is hun macht? En tenslotte, hoe kan een halt worden toegevoerd aan de zoveel gesmade vrijblijvendheid?

Inleiding

Tijdens de oprichtingsvergadering van het Nederlands Huisartsen Genootschap op 29 december 1956 formuleerde de eerste voorzitter op nog intuïtieve basis de fundamentele opdrachten aan de Nederlandse huisartsen. Nu, na bijna een kwart eeuw, lijkt het de moeite waard nog eens na te gaan, in hoeverre deze opdrachten nog valide zijn, en bovenal in hoeverre ze ook in praktijk zijn gebracht.

Ontdaan van hun ietwat cryptische inkleiding luidden die opdrachten:

- het beheersen van gesprekstechniek, zowel in intercollegiaal verband, als in de arts-patiënt relatie;
- de studie van persoonlijkheidsstructuren;
- studie van constitutie en milieu van de patiënt;
- kennis van eigen mogelijkheden en grenzen.

De voorzitter voegde daar nog aan toe: „Dit alles zal voor de huisarts tot een aparte wetenschap leiden”. Daarnaast pleitte hij voor „studie van het veranderende veld” en „bewaren van wat voor de huisarts bewaard moet blijven”.

Deze aspecten blijken de harde kern te vormen van alle aanbevelingen en discussies over de huisartsgeneeskunde, die in de afgelopen vierentwintig jaargangen van *huisarts en wetenschap* zijn weergegeven. Dit moge blijken uit de volgende verkenningen met betrekking tot vooral één aspect, de continuïteit in de hulpverlening door de huisarts aan zijn patiënten.

Samenwerking

De geneeskunde, en vooral de huisartsgeneeskunde, ziet zich op het ogenblik gesteld voor de opgave zich intensief bezig te houden met een minder afhankelijke houding van de patiënt, die tekst en uitleg wenst over de aard en de betekenis van zijn klachten en afwijkingen. De huisarts ontkomt er niet meer aan zich te verdiepen in de wenselijkheid en de mogelijkheden van een vrijere uitwisseling van technische informatie, niet alleen met zijn patiënten, maar ook met andere hulpverleners in het eerste en het tweede echelon. Naarmate immers de klassieke medische idealen (zoals bijvoorbeeld geformuleerd tijdens de Woudschoten-conferentie) niet langer te realiseren zijn door de afzonderlijke hulpverlener, krijgt informatie-uitwisseling binnen multi- of interdisciplinaire hulpverleningsgroepen een steeds meer centrale plaats in de eerste lijn. Op verschillende plaatsen in *huisarts en wetenschap* wordt men dan ook geconfronteerd met de stelling, dat samenwerking het probleem zal vormen in de komende decennia (*Halbertsma*).

In huisartsenkringen – en helaas hoofdzakelijk daar – is overbekend hoezeer de gangbare medische basisscholing bepaalde essentiële elementen mist. Zonder aanpassing van de basisopleiding zullen de kwaliteiten waarover mijns inziens de basisarts – en dus ook de huisarts – dient te beschikken, nooit van de grond kunnen komen. De rede van *Huygen* (1980) voor de AMEE, waarin hij een evaluatie gaf van de basisoplei-

ding, hield een vernietigend oordeel in over ons medisch onderwijssysteem. En wanneer die wortels rot zijn, hoe kan dan op basis daarvan een gezonde eerstelijns zorg groeien? Sanering van de situatie is slechts mogelijk door een aantal fundamentele onderdelen van het medisch curriculum uit handen te nemen van de specialisten, die de problemen van de algemene praktijk niet kennen en die als consequentie daarvan onderricht geven over veel voor de huisarts irrelevante zaken.

In het specialistische mens- en wereldbeeld heeft de patiënt, de „consument”, nauwelijks een rol, „amorf en slecht gedefinieerd” (*Somers*). Somers stelt dan ook: „Wat we nodig hebben is een heel nieuw systeem van waarden, zowel van de producent als voor de consument (van gezondheidszorg) en een geheel nieuw systeem van relaties tussen beiden”. Alleen door de consument te betrekken in ons informatiesysteem zullen we hem kunnen „omturnen” van een passief object tot een actief persoon die wordt ingeschakeld bij het begrijpen en verzorgen van de eigen gezondheid, zijn eigen, hoogstpersoonlijke goed, waarvoor hijzelf de eigen verantwoordelijkheid behoort te dragen. En daaraan ontbreekt nog al te veel.

Terecht stelde *Van Aalderen* dat het begrip samenwerking een ethische lading heeft gekregen. Dat geldt zelfs in een dergelijke mate, dat mijns inziens de tegenwoordige huisarts in ons land zich zal moeten verdiepen in de vraag in hoeverre samenwerking, met name met de patiënt, een centrale plaats dient in te nemen in een te ontwerpen gedragscode voor (huis)artsen. In ieder geval zal het bijdragen aan de ontwikkeling van een „samenwerkingsattitude” (*Van der Kooij* 1968) een der doelstellingen van het N.H.G. moeten worden. Aan zo'n attitude zal aandacht moeten worden gegeven in de medische opleiding, die nu nog vrijwel geheel solistisch is gericht.

Het lijkt de moeite waard de reeds bestaande samenwerkingsrelaties in de curatieve zorg in kaart te brengen om zo een meer solide uitgangspunt te verschaffen voor verdere samenwerking. Wie weet gelukt het daarbij iets van onze „bedrijfsblindheid” te genezen, die een bijproduct is van een langdurige gewinning, met als gevolg een te geringe distantie van de huidige werkwijze.

De huisarts-patiënt relatie

Wat speelt zich zoal af tussen de huisarts en zijn patiënt?

„De essentiële betekenis van het eerste contact naar aanleiding van een klacht of symptoom is algemeen bekend. Via de hem gepresenteerde klacht is de huisarts de beheerder van een belangrijke entree” (*De Vries*). Wij hebben geleerd de inhoudelijke waarde van de gepresenteerde klacht te relativiseren. *Van Eijk*: „Meer dan die gebeurtenissen zelf biedt de wijze waarop mensen met hun problemen omgaan, aanknopingspunten voor de hulpverlener”. En vanzelfsprekend geldt dat ook voor de wijze waarop mensen hun klachten presenteren (waarom?, hoe?, aan wie?, waarom juist nu?).

Het besluit van de patiënt op zeker moment een hulpverlener te raadplegen, is het resultaat van een kortere of langere interne dialoog. Daarna leidt het contact met de hulpverlener via de presentatie van de klacht tot informatie-uitwisseling over het gestoorde welbevinden, tot een dialoog. Er ontstaat een (nieuwe) relatie tussen beide partijen, eerst slechts gedeeltelijk bewust, later op een meer expliciet niveau. Er ontstaat als het ware een contract, een verbintenis-scheppende relatie. De klager legt de arts verplichtingen op door hem zijn vertrouwen te schenken, door in vertrouwen een beroep te doen op de hulpverlener, en wel op tweeërlei niveau, dat van zijn vakbekwaamheid en dat van zijn ethos, zijn geweten en toewijding. De (huis)arts aanvaardt deze verplichtingen vrijwillig, zonder volledige inzicht in de draagwijdte ervan. Binnen een aanvankelijk prille, amorfte relatie ontstaat een dialoog over de rechten en plichten van beide partijen, die leidt tot een soort integratie van belangen, waarvoor echter de basis van een geformaliseerde, juridische omgangscode ontbreekt.

De vraag rijst of thans geen behoefte bestaat aan een meer expliciete gedragscode voor de relatie tussen hulpvrager en hulpverlener.

Het recht op gezondheidszorg is een van onze sociale grondrechten. De hieruit voortkomende verbintenis tussen hulpvrager en hulpgever is een „sociaal contract” gebaseerd op de verantwoordelijkheid van de een voor de ander en gericht op verruiming van de door ziekte, handicap of frustratie beperkte ontplooiingsmogelijkheden van de hulpvrager. Tot dusverre vindt dit hulpverleningsbeleid nog in hoofdzaak plaats zonder veel actieve deelneming van de hulpvrager; te zeer komt vrijwel alle actie van de zijde van de hulpverlener. Ombuiging van deze situatie naar

een meer actieve deelname van de hulpvrager lijkt een van de nieuwe doelstellingen van een modern hulpverleningsbeleid.

Intussen is het geenszins a priori vanzelfsprekend dat de huisarts de aangevozen hulpverlener is, en dit geldt met name ten aanzien van de talloze psychosociale problemen waarmee velen worstelen. Steeds zal duidelijk moeten worden in hoeverre de huisarts in een concrete situatie de juiste hulpverlener is, dit als vervolg op zijn aanvankelijke „sluiswachtersfunctie” c.q. zijn functie als „receptionist in het gebouw van de gezondheidszorg” (*Lamberts*). In elk gesprek spelen de „heilsverwachting” van de hulpvrager en hetgeen de huisarts daar qua kennis, vaardigheid, ervaring, bereidheid en ook opvattingen tegenover meent te kunnen en mogen stellen, een rol. Dit aspect, de begrenzing van de competentie van de huisarts, is binnen het Genootschap onverminderd in discussie. Het is duidelijk dat de huisarts en de vakkennis en de tijd ontbeert om de rol van maatschappelijk werkende te spelen, laat staan die van „integraal geneeskundige”, een rol die hem zonder overleg met de huisartsen zelf door Querido zo lichtvaardig werd toegemeten.

Aan de basis van de dialoog binnen de huisartsenwereld zou een „filosofie” dienen te liggen, die intussen nog verre van uitgekristalliseerd is. Een enkele opmerking over verschillen in filosofie tussen huisartsen en specialisten kan intussen wel gemaakt worden. De filosofie van de medische specialist is beperkt, syndroom gericht. Zijn diagnostiek is gericht op etikettering, zijn therapie vloeit voort uit het etiket. Bij de eerstelijns hulpverlener is de doelstelling gecompliceerder; het gaat om het bewaken van het individuele, persoonlijke, altijd betrekkelijke – want door vele condities bepaalde – evenwicht binnen een systeem, alsmede om het waar nodig herstellen van dat evenwicht. Dat laatste kan gebeuren door maatregelen gericht op:

- het organisme (de klassieke geneeskunde);
- de persoon (psychologie of relatiepsychologie);
- de milieu-omstandigheden (gezin, onderricht, arbeid).

Het anamnestic gesprek in de eerste lijn (dialoog is hier meer nodig dan waar ook!) betreft de vraag naar een (voorlopige) lokalisatie van de bron van de klacht. Het resultaat van deze dialoog is een eerste hulphypothese, niet meer, maar ook niet minder. De kunst van de

anamnestische dialoog is onder meer het ontmaskeren van schijn en wezen met betrekking tot de klacht, het luxeren van de essentie van de processen die achter de klacht schuilgaan. Een onmiddellijke kortsluiting tussen de gepresenteerde klacht en het schijnbaar corresponderende orgaan is een primitivisme waaraan we ons pas na een lange ervaring van vallen en opstaan moeizaam kunnen ontworstelen.

Op het anamnestic gesprek dient een consequent en zorgvuldig uitgevoerd lichamelijk onderzoek te volgen. Dat is, en zal altijd blijven, de „porte d’entree” voor alles wat volgt (*Klooster*); de huisarts speelt daarbij de rol van „regisseur” of „coördinator” (*Van Es*). Hiermee wordt het vaak nog voorlopige totaalbeeld dat de anamnese opleverde, gecompleteerd. Ook hier weer een soort dialoog, een vraag-en-antwoordspel tussen de medische onderzoeker en het organisme. Geen enkele arts zal ontkennen dat in het nauwkeurig lichamelijk onderzoek (Taak II uit het Woudschoten pakket), ook bij moeilijk te duiden klachten, de essentie ligt van een verantwoorde hulpverlening. Daarbij gaat het vaak veel meer om een uitsluiten dan om een aantonen van aandoeeningen.

Vergeleken met de andere eerstelijns hulpverleners heeft de huisarts een veel rijkere uitgangspositie door zijn kennis van het organisme, de fysiologie en pathofysiologie. Deze anderen moeten hun onderzoek verrichten zonder huumaan-biologische basiskennis, zij het uiteraard met hun eigen onderzoeksmethoden, waaronder *Weijel* (1958) noemde de „psychosociale stethoscoop”. De huis- c.q. gezinsarts heeft bovendien het onschatbare voordeel dat hij beschikt over allerlei ecologische gegevens van zijn patiënten,

– omdat hij de patiënt en diens reactievormen, diens gezin en diens milieu reeds langer kent;

– omdat de arbeid van de huisarts zich afspeelt in en om de huis- en gezinsfeer, met zijn vele informatiebronnen en mogelijkheden die veel andere hulpverleners niet bezitten.

Zijn „diagnose”, het doorzien van de situatie waarin de klacht van de patiënt ontstond, zal daarom altijd breder en dieper kunnen zijn dan die van andere eerstelijns helpers. Het is dan ook niet zo verwonderlijk dat de huisarts altijd zo hoog genoteerd staat bij het publiek. Hoewel zijn van nature gegeven „basisinstrumenten” weinig aandacht krijgen in de medische opleiding, zijn ze veelal toereikend voor een goed contact met

de patiënten. Lahr noemde in dit verband „mensenliefde, geduld en vakken-nis” als essentialia voor het werk in het „hulpboetiekje” van *Bremer*. Daarin ligt de kern van het *officium nobile* van de huis- en gezinsarts. Maar, *noblesse oblige!* Daarom moet het in principe niet kunnen voorkomen dat men constateert, dat „de huisarts vaak te weinig weet over zijn patiënten” (*IJzerman*). Wil de huisarts serieus de taak op zich nemen van de „deskundige raadgever van het gezin” (*Huygen* 1963), dan zal hij zich onder meer hebben te verdiepen in de verschillende aspecten van de individuele en gezinsproblemen in zijn praktijk.

Informatie

Wanneer de huisarts zich via anamnese en algemeen onderzoek alle basisgegevens heeft verschaft over het hem gepresenteerde probleem, zal hij in een soort interne dialoog moeten uitmaken of de gegevens waarover hij dan beschikt, voldoende zeker zijn voor een behandelingsbeleid. Hierover zal hij vervolgens in een gesprek met zijn patiënt tekst en uitleg moeten geven, zowel met betrekking tot zijn bevindingen als met betrekking tot de in te stellen behandeling, met name wanneer andere deskundigen zullen worden ingeschakeld. De huisarts dient de schijn te vermijden dat hij deskundig is op alle terreinen; de moderne mens laat zich op dit punt niet bedotten. Meent de huisarts competent te zijn op het gebied van de in te stellen behandeling, dan dient de informatie die hij verstrekt, gericht te zijn op versterking van de lichamelijke, psychische en sociale mogelijkheden van de patiënt. Die informatie dient „vormend” te zijn, bij te dragen tot meer en beter inzicht in de eigen situatie en daardoor tot de eigen leef- en handelingspotenties, soms zelfs overlevingspotenties. „What is taught should be taught in such a way, as to promote the general powers of the mind” (*Robbin's report*). Dit leidend beginsel dient aanwezig te zijn in de arts-patiënt relatie, vergelijkbaar met andere „vormende” relaties, zoals die tussen docenten en leerlingen en tussen ouders en kinderen.

Is de situatie van dien aard dat andere deskundigheid moet worden ingeschakeld, dan dient de huisarts wederom informatie te verschaffen, niet alleen aan de patiënt, maar ook aan de benaderde deskundige. Een algemeen gehoord punt van kritiek hierbij is, dat deze informatie vaak veel te summier is, in de trant van „maagklachten, verzoer-

ke onderzoek”. Ook dit aspect zou een onderdeel kunnen vormen in een gedragscode: de verplichting voor de huisarts tot adequate informatieverstrekking aan en overleg met de ingeschakelde specialist. Het (grond)recht op een goede behandeling impliceert immers ook een zorgvuldige inschakeling van degene die op gezag van de huisarts bij de zorg wordt betrokken. Ook hier wederom het dialoog-principe.

Op dit punt dreigt het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt in de knel te komen; de patiënt die door zijn lichamelijke, psychische en/of sociale probleem reeds beperkt is in zijn vrijheid, loopt het risico dat hij door gebrekkig overleg tussen de hulpverleners nog meer in de rol van patiënt wordt gedrukt. Zelfbeschikkingsrecht impliceert niet alleen dat de patiënt goed wordt ingelicht over een voorgenomen ingreep, maar ook dat hij daarvoor bewust zijn toestemming verleent. Het overleg hierover dient dan ook zonder dwang of drang plaats te vinden en alle aan de ingreep verbonden risico's dienen de patiënt duidelijk gemaakt te worden.

Behalve de patiënt heeft uiteraard ook de arts het recht naar eigen inzichten te handelen, maar hij mag de patiënt geen beslissingen opdringen. Hij is en blijft adviseur! Recent is door Prof. Rang gepleit voor wettelijke regelingen met betrekking tot de arts-patiënt relatie, onder andere op dit gebied. Persoonlijk voel ik meer voor een erkenning door de huisarts zelf van zijn morele verplichtingen, dan voor hem opgelegde, wettelijke regelingen.

Eerste en tweede echelon

Acht de huisarts zich na zijn onderzoek van de patiënt onbevoegd tot geheel zelfstandig handelen, dan ontstaat wat wel is genoemd „het cruciale moment in de samenwerking tussen eerste en tweede echelon” (*Van der Kooij* 1971), het moment waarop een adviseur voor verder beleid moet worden ingeschakeld. Een weldoortimmerde samenwerking tussen huisarts en specialist moet dan echter nog op gang komen. „Er zijn nog geen groepsnormen in verband met samenwerkingsvormen. De huisarts moet nog te veel alleen beslissen. Herstel van de relatie (het evenwicht) tussen eerste en tweede echelon dient hoogste prioriteit te krijgen” (*Van der Kooij* 1971). Bij het bestuderen van de vierentwintig jaargangen van *huisarts en wetenschap* wordt men getroffen door het feit dat in vrijwel elke aflevering nuttige, wijze en vaak dringend noodzakelijke aanbeve-

lingen worden gedaan. Men blijft echter zitten met de kwellende vraag, wat daarmee eigenlijk gebeurt. In ieder geval lijkt een kwart eeuw *huisarts en wetenschap* meer dan voldoende materiaal te bevatten voor het opstellen van een (concept) gedragscode voor het handelen van de huisarts. Zo'n code lijkt te meer noodzakelijk omdat de huisarts vaak, te vaak blijkt geeft van minderwaardigheidsgevoelens tegenover de specialist. Te weinig beseft de gemiddelde huisarts dat de specialisten weliswaar zijn leermeesters zijn, maar niet de leerstof onderwijzen waaraan hij werkelijk behoefte heeft. Daardoor blijft de huisarts vaak steken op het niveau van de „chasseur d'images”, de (ziekte)beeldenjager, en al te vaak komt hij daarbij bedrogen uit.

In het algemeen is in ons land de gang van zaken zo dat de huisarts, wanneer hij zelf het gestelde probleem niet kan oplossen, de zaak geheel uit handen geeft; hij „verwijst” zijn patiënt naar de specialist. In enkele gevallen, bij ernstige ziekten of technisch moeilijke problemen, zal dat correct en onvermijdelijk zijn; in veruit de meeste gevallen is dat niet zo vanzelfsprekend. Daarbij komt dat de huisarts, door zijn patiënt – aan wie hij continue zorg heeft beloofd – via verwijzing geheel „uit handen te geven”, een door hem aangegane verbintenis schendt. Hij verzaakt daarbij zijn begeleidende taak en brengt schade toe aan de relatie met zijn patiënt. De patiënt wordt op een moment waarop hij grote behoefte kan hebben aan morele bijstand, abrupt in de steek gelaten, overgeleverd aan zijn angsten en vrezen in een hem vreemde medisch-technologische wereld. En dat geldt des te meer, wanneer hij bovendien wordt „opgenomen” in die wereld om er allerlei diagnostische en/of therapeutische ingrepen te ondergaan. Hier heeft de huisarts een intermediërende taak.

Wanneer een actieve huisarts probeert het verloren gegane contact te herstellen door zich in verbinding te stellen met de specialist, komt hij, evenals de patiënt, vaak in een niemandsland terecht; van een vaste begeleider van de patiënt is in veel ziekenhuizen geen sprake.* In zo'n situatie krijgt de huisarts dan contact (of wat daarvoor moet doorgaan) met een verpleegkundige, een co-assistent of een assistent – geen van allen verantwoordelijk voor het „geval” – om inlichtingen te geven en een „dialoog”

* Er is, mirabile dictu, voor gepleit in het ziekenhuis een huisarts aan te stellen, die de taak van de eigen huisarts kan overnemen (*De Melker*).

te voeren over het te volgen beleid. Op de vraag wie verantwoordelijk is voor de situatie, krijgt hij een vaag of helemaal geen antwoord.

Deze toestand wordt nog verergerd, doordat het gewoonte is geworden dat de specialist, wanneer het hem zo uitkomt, ondershands andere specialisten consulteert; dat gebeurt dan weer zonder overleg met de huisarts en dikwijls laat men de patiënt eindeloos en soms ook nodeloos terugkomen. Het is ronduit verbijsterend, niet alleen dat dergelijke toestanden, waarbij de patiënt willoos en doelloos heen en weer wordt geschoven, voorkomen, maar nog meer dat daartegen niet veel krachtiger stelling wordt genomen door patiënten én huisartsen. Dergelijke toestanden doen ernstig afbreuk aan de geloofwaardigheid van onze, aan de patiënten voorgespiegelde continue zorg. Zoiets moet zich op den duur wreken. Mogelijk is dat al het geval, gezien alle kritiek op de artsenstand, gezien het succes van de vele alternatieve „genezers”.

Over dit probleem is recent geschreven door *Aubers*. Hij zet in zo'n situatie soms de eerste stap door de „specialist met nadruk te verzoeken de patiënt bij bevindingen terug te verwijzen of anders overleg te plegen”. Hij stelt dat verwijzing van specialist naar specialist geen grotere zekerheid biedt, maar wel de kans vergroot dat de patiënt bekneld raakt in het medische kanaal. Dergelijke individuele acties, hoe juist op zichzelf ook, halen echter niets uit tegen dit omvangrijke euvel. Dit is een zaak die via een gedragscode geregeld moet worden, niet in de laatste plaats vanwege de aanzienlijke financiële consequenties van deze gang van zaken.

„Samenwerking in de eerste lijn van de gezondheidszorg en de maatschappelijke hulpverlening begint en eindigt bij degene voor wie het resultaat van het werk bestemd is: de hulpvrager” (*Laurijsens e.a.*). Het verschil in macht tussen arts en patiënt staat het emancipatieproces van de laatste weliswaar in de weg, maar kan dit op den duur niet tegenhouden. Naar mijn mening zou de (huis)artsenstand er goed aan doen zich niet bezig te houden met het leveren van achterhoedegevechten; zij kan beter een actieve bijdrage leveren aan dit emancipatieproces. Kortom, er dient een einde te komen aan deze situatie, waarin duidelijkheid over rechten en plichten totaal ontbreekt, met als gevolg versluisde verantwoordelijkheden voor het wel en wee van de patiënt. Deze koe kan men direct bij de horens vatten door het bevorderen van een be-

tere communicatie tussen huisarts en specialisten, én door het opstellen van een gedragscode voor de wijze waarop deskundigen uit het tweede echelon dienen te worden ingeschakeld door de huisarts.

Het consult

In een gedragscode waarin de relatie tussen huisarts en specialist geregeld wordt, dient naar mijn mening het consult centraal te staan, in plaats van de gangbare verwijzing. Dit „herstel van een verloren gegaan goed” (*Burkens*) zou vermoedelijk een zeer grote besparing opleveren binnen het nog steeds groeiende „gezondheidszorg”-budget. Het ei van Columbus!

„Consultatie houdt meer in dan het vragen van een technisch advies alleen; het dient een dubbel doel: inhoudelijk wordt het meer gedekt door het begrip hulp bij het verkrijgen van inzicht in de eigen problematiek, dan door het begrip advies. Het heeft meer betrekking op het probleem van de consult-vrager dan op het probleem van de patiënt”, aldus een conclusie uit de *Tweede workshop over interdisciplinaire samenwerking*. Met andere woorden, het consult heeft tevens de functie van bijscholing voor de betreffende huisarts, het verdiept zijn probleem-oplossend vermogen. Consulteren (in plaats van verwijzen) verdient dan ook meer aandacht dan de enkele opmerkingen die men hierover af en toe in *huisarts en wetenschap* kan lezen.

Behalve *Burkens* hebben *Van der Kooij* (1971), *De Geus en Van der Kooij en Weijel* (1965) over dit onderwerp geschreven; zij preludeerden op het thema „de specialist dient voor alles consulent te zijn”. *Van Es* zegt het heel duidelijk: „De medische specialist is de gespecialiseerde hulpkracht van de huisarts of hoort dit te zijn”. In die richting dient de relatie zich te ontwikkelen. Naarmate de geneeskunde meer versnipperd wordt, neemt de bijziendheid van de specialisten toe. Zij dienen ingeschakeld te worden op die terreinen waarop ze competent zijn, op het smalspoor van hun kennis en bevoegdheden. Het is irreëel en naïef hun een begeleidende taak toe te willen kennen. *Huygen* (1959/60), zo vaak voortrekker in de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde, besprak destijds uitgebreid taak VII uit het Woudschotenpakket: „Het ad hoc en tijdelijk delegeren naar medische en andere deskundigen, waarbij de medeverantwoordelijkheid van de huis-

arts blijft bestaan”. Dit is consulteren, niet verwijzen!

Helaas bleef het bij het bespreken van deze desiderata. Jammer, dat deze man met zoveel gezag in de huisartsenwereld niet ook de consequenties uit zijn woorden trok in de vorm van een eis tot wederinvoering van het consult.

Samengevat: gedragsregels zijn op dit cruciale moment in het omstreden contact tussen eerste en tweede echelon noodzakelijk geworden,

- ter bewaking van de continue zorg voor de patiënt door de huisarts;
- ter bescherming van de patiënt tegen onnodige en schadelijke ingrepen;
- ter besparing van grote bedragen op het curatieve budget.

Door invoering van consultatie kan „de meest problematische relatie in de gezondheidszorg” (*Groffen*) drastisch worden geseaneerd.

Continue zorg door de huisarts heeft ook betrekking op de opgenomen patiënt. Reeds tijdens zijn verblijf in het ziekenhuis kan en moet de basis worden gelegd voor het toekomst perspectief van de patiënt (prognose van zijn aandoening, aanpassingsproblemen na zijn ontslag). Opnieuw een moment waarin de dialoog tussen patiënt, huisarts en andere deskundigen een belangrijke rol speelt. Ook de tot dusver geldende vage gedragsregels met betrekking tot het ontslag uit het ziekenhuis van de patiënt dienen te worden aangepast: zowel de huisarts als de patiënt dienen hierover tijdig te worden geïnformeerd, met name ook in verband met het nazorg-plan. Veelal wordt volstaan met een brief met technische gegevens en meetresultaten, die voor het praktisch beleid van de huisarts weinig relevant zijn. In de nazorg ligt een belangrijke, maar vaak verwaarloosde mogelijkheid tot continu beleid. Dat beleid kan veelal worden uitgevoerd door, of in samenwerking met sociaal-medische hulpverleners, zij het onder de blijvende supervisie van de huisarts.

Wij kunnen in één artikel over een zo uitgebreid onderwerp niet volledig zijn, maar slechts pogen een bepaalde intentie duidelijk te maken. Deze luidt in grote trekken: pas wanneer de huisarts via consequent overleg met alle belanghebbenden in het hulpverleningsproces zijn coördinerende taak aanvaardt en uitvoert, kan van een werkelijke „continue zorg” worden gesproken. Die coördinerende taak bestaat uit het

- onderhouden van contact met de patiënt gedurende diens gehele historia morbi;

- onderhouden van contact met alle leden van de curatieve c.q. verzorgende teams;
- zorgvuldig boekhouden van alle gebeurtenissen en alle overlegresultaten.

Eigen mogelijkheden en grenzen

De huisarts heeft talrijke mogelijkheden, hij heeft ook grenzen. Het bewaken van deze grenzen werd al aan de orde gesteld door de eerste voorzitter van het Genootschap. Herhaaldelijk is daarna gewaarschuwd tegen een steeds verder gaande belasting van de huisarts. Intussen spreekt men allerwegen over versterking van de eerstelijns zorg. Er is dus een tegenstrijdigheid: mijn voorstellen met betrekking tot de continue zorg voor de patiënt betekenen zonder twijfel een verdere belasting van de huisarts, met name door de noodzaak van voortdurende uitwisseling van informatie. Anderzijds betekenen die voorstellen een versterking van de arts-patiënt relatie. Wanneer men dergelijke hoge eisen stelt aan de huisarts (mede in de hoop daarmee de druk op het kostbare tweede echelon te verlichten), zal men er dan ook niet onder uitkomen de praktijkomvang te verkleinen. Daarnaast is een veel consequentere toepassing van het wat we zouden kunnen noemen „subsidiariteitsbeginsel” mogelijk, het ontlasten van de huisarts van taken die hulpkrachten (assistente, wijkverpleegster, maatschappelijk werkende) even goed of beter kunnen uitvoeren. In dit verband noem ik als voorbeeld de mededeling van Huygen (1967), dat een verpleegkundige ongeveer 20 procent van zijn visites zou kunnen overnemen.

De huisarts is academicus. Vanzelfsprekend moet hij zich niet te goed achten voor taken die niet van academisch niveau zijn, maar anderzijds dient hij ervoor te zorgen dat hij niet dermate met „kleingoed” belast wordt, dat zijn academisch niveau van werken daaronder kan lijden. Ook voor studie dient tijd beschikbaar te zijn.

Na- en bijscholing

De hier voorgestelde wijze van werken (consultering) heeft een uiterst interessant neveneffect in de sfeer van de bijscholing, doordat elk probleemgeval waar de huisarts alleen niet uitkomt, besproken kan worden met een terzake meer deskundige. De educatieve functie van dat overleg, zowel voor de huisarts als ook voor de specialist, lijkt evident. Door een consequente betrokken-

heid bij zijn patiënt in alle situaties verbreekt de huisarts bovendien zijn isolement. Geen pretentieuze paradigmatiek (Diederiks e.a.) of andere theorie dus, maar de consequenties van enkele fundamentele doelstellingen waarin de continue zorg centraal staat. Misschien zullen de huisartsen in staat zijn door het verstrekken van een meer continue zorg het ten dele verloren gegane vertrouwen te herwinnen; misschien zal dan ook de stroom cliënten naar de alternatieve genezers en kwakzalvers opdrogen. Het doorlezen van een aantal jaargangen van *huisarts en wetenschap* heeft mij duidelijk gemaakt dat de leden van het N.H.G., zelfverzekerde huisartsen als ze zijn geworden, bijzonder goed in staat zijn ons volk duidelijk te maken waar het publieke belang werkelijk ligt. Een daarop gerichte gedragscode, door de leden van het N.H.G. zelf opgesteld, zou een mijlpaal kunnen betekenen in het moeizame proces dat de Nederlandse huisartsenstand uiteindelijk tot volledige volwassenheid moet voeren.

Samenvatting. Sinds de Woudschoten-conferentie in 1959 zijn de verschillende aspecten van de hulpverlening door de huisarts in een groot aantal beschouwingen in huisarts en wetenschap aan de orde gesteld. In deze bijdrage wordt ingegaan op het onderwerp „continue” of „longitudinale zorg”, tegen de achtergrond van de ontwikkelingen in ons denken gedurende de afgelopen vijftientig jaar. Gezien de grote aandacht voor het samenwerken met collegae huisartsen én anderen, diende ook dit aspect in de beschouwing te worden betrokken. Daarbij kwamen ook het overleg, de informatie-uitwisseling en de „dialoog” in de verschillende overlegsituaties aan de orde. Met nadruk wordt gewezen op het grote nut van consulterend overleg, noodzakelijk in die gevallen dat de huisarts het gestelde probleem niet zelf kan oplossen. Het bijscholingseffect hiervan, niet alleen voor de huisarts, maar ook voor de ingeschakelde deskundigen, is evident. Gezien de vele winstpunten die dit kan opleveren, wordt dan ook het consulteren van de tweede lijn warm bepleit. Op deze wijze kan bovendien een werkelijke inhoud worden gegeven aan het ideaal van de continue zorg.

Summary on page 389.

- Aalderen, H. J. van. Lijf en leven. (1973) *huisarts en wetenschap* 16, 383.
- Aulbers, B. J. M. Huidige geneeskunde, een medaille met een keerzijde. (1981) *Ned.*

- T. Geneesk.* 125, 2.
- Bremer, G. J. De huispsycholoog. (1975) *huisarts en wetenschap* 18, 270.
- Burkens, J. C. J. Communicatie in beide richtingen. (1974) *Med. Contact* 29, 705.
- Diederiks, J. P. M., B. S. Polak en J. van der Zee. Pretentieuze paradigmatiek. (1979) *huisarts en wetenschap* 22, 358.
- Es, J. C. van. De toekomst van de huisarts in Nederland. (1963) *huisarts en wetenschap* 6, 277.
- Eyk, J. Th. M. van. Levensgebeurtenissen en ziekte. *Diss. Nijmegen*, 1979.
- Geus, C. A. de, en S. van der Kooij. De plaats van de medicus in het eerste echelon. (1976) *huisarts en wetenschap* 19, 166.
- Groffen, W. De echelonering van de gezondheidszorg. (1974) *Med. Contact* 29, 929.
- Halbertsma, T. E. Gedragwetenschappers leveren te weinig gereedschap voor dagelijkse huisartsenpraktijk. (1975) *huisarts en wetenschap* 18, 273.
- Huygen, F. J. A. N.H.G. Quo vadis? (1959/1960) *huisarts en wetenschap* 3, 135.
- Huygen, F. J. A. Huisarts en revalidatie. (1963) *huisarts en wetenschap* 6, 381.
- Huygen, F. J. A. Huisarts en verpleegster. (1967) *huisarts en wetenschap* 10, 355.
- Huygen, F. J. A. Evaluation of primary care competence in graduating medical students. In: *Report AMEE-conference*, 1980.
- IJzermans, C. J. J. Huisartsen en hun probleempatiënten. (1976) *huisarts en wetenschap* 19, 185.
- Klooster, C. F. M. Huisarts en welzijnzorg. (1968) *huisarts en wetenschap* 11, 343.
- Kooij, S. van der. Huisarts en samenwerking. (1968) *huisarts en wetenschap* 11, 217.
- Kooij, S. van der. Symposium over toekomstige gezondheidszorg. (1971) *huisarts en wetenschap* 14, 33.
- Lamberts, H. Huisarts en epidemioloog. (1978) *huisarts en wetenschap* 21, 11.
- Laurijssens, I., K. Blanken, J. Freriks e.a. Samenwerking in de eerste lijn en structurele belemmeringen. (1979) *huisarts en wetenschap* 22, 62.
- Melker, R. A. de. De huisarts en de ziekenhuispatiënt. (1971) *huisarts en wetenschap* 14, 481.
- Robbins report on higher education. (1963) *HMSO* 10, 3.
- Somers, A. The consumer. (1970) *Med. Educ.* 45, 467.
- Tweede workshop over interdisciplinaire samenwerking. (1973) *huisarts en wetenschap* 16, 284.
- Vries, A. E. N. de. De huisarts is de centrale figuur in de geestelijke gezondheidszorg. (1973) *huisarts en wetenschap* 16, 261.
- Weijel, J. A. Psychiatry in general practice. *Diss. Amsterdam*, 1958.
- Weijel, J. A. De gedragsleer van deelnemers in de medische situatie. (1965) *huisarts en wetenschap* 8, 313.
- Westerman, R. F. Patiëntenzorg, samen of apart? (1974) *huisarts en wetenschap* 17, 447.