

enkele algemene principes^{1, 2}

DOOR PROF. DR. J. GROEN

Wellicht zult u zich afvragen hoe ik als internist er toe gekomen ben mij in bijzondere mate te interesseren voor het werk van de huisarts. Hier is dan aanstonds de verrassing: ik heb gestudeerd in het vooruitzicht huisarts te zullen worden en heb mijn hele studie daarop ingesteld. Pas kort voordat ik afstudeerde is daarin een verandering gekomen. Toch heb ik na mijn afstuderen nog een maand of vier in huisartsen-praktijken waargenomen en ik heb aan die waarnemingen in dorpspraktijken een bijzonder prettige herinnering behouden. Uit deze voorgeschiedenis stamt mijn, mede op grond van latere ervaring, gewortelde overtuiging, dat het werk van de huisarts nuttig en waardevol is. De huisarts heb ik te anderer plaatse eens aangeduid als de infanterist van het geneeskundige leger; ook wanneer men zelf in de bunkers (die onze ziekenhuizen dan voorstellen) bij de artillerie dient, blijft men zich ervan bewust, dat geen leger een overwinning kan behalen, zonder de verovering van het terrein, hetgeen uiteindelijk door de infanterie moet geschieden.

De tweede reden, waardoor ik mij voor het beroep van de huisarts en in het bijzonder voor het voortgezette onderwijs aan huisartsen ben gaan interesseren, is de opdracht, die ik nu voor de derde keer heb gehad, om naar Israël te komen teneinde mij daar speciaal aan dit onderwijs te wijden. Voor Israël is het voortgezette onderwijs aan huisartsen om velerlei redenen een dringend probleem en dit verklaart de bijzondere aandacht die men daarginds er aan schenkt.

De geloofsbelijdenis, die de Commissie Nascholing van het N.H.G. heeft opgesteld: „Iedere arts, die op verantwoorde wijze mensen, die zich onder zijn behandeling stellen, wil blijven behandelen, heeft behoefte aan nascholing in de vordering der geneeskunde in het algemeen en in dat speciale gedeelte der geneeskunde, die hij beoefent”, is voor u en mij een gemeenschappelijk uitgangspunt, want dit geldt zowel voor de huisarts als voor de internist. Een tweede gemeenschappelijk uitgangspunt is het door de voorzitter van het N.H.G. gestelde, dat de nascholing bestaat uit het onderhouden van kennis, het aanvullen van technische vaardigheid en de verdere ontwikkeling van de persoonlijkheid van de arts.

Het volgende is een poging enkele concrete principes, die uit deze gemeenschappelijke uitgangspunten volgen, te formuleren.

1. Wij beschikken nog niet over voldoende ervaring om een daarop gefundeerd oordeel te geven over de beste vorm van nascholing van de huisarts. Dat wil dus zeggen, dat de tijd nog niet rijp is voor algemene voorschriften en dat wij de gegevens, die nodig zijn voor het opstellen van zulke voorschriften, eerst zullen moeten verwerven. Dit houdt in, dat, in welk land men zich ook bezig houdt met het zoeken naar de beste vormen van nascholing voor huisartsen, ruim gelegenheid moet worden gegeven voor initiatieven en experimenten op kleine schaal, waarvan de resultaten dan in wijder kring bekend kunnen worden gemaakt. De geslaagde onder deze initiatieven kunnen door navolging of door het geven van voorschriften tot de meest vruchtbare vorm van voortgezet onderwijs leiden en dan algemeen ingang vinden. Hopelijk kan dit principe, indien men het zo stelt, iemand, die een goed idee heeft, maar het niet naar voren zou durven brengen, omdat het niet eerder is geprobeerd of nog geen officiële sanctie heeft, over zijn aarzeling heenbrengen. Wanneer men weet, dat een nieuwe vorm van nascholing nog niet meer hoeft te zijn dan een „pilot study”, geeft dit allicht moed om eens iets nieuws te gaan doen.

Inderdaad zijn, in de korte tijd dat het Nederlands Huisartsen Genootschap bestaat, al enkele interessante „pilot studies” opgezet. Zo houden in Utrecht bijvoorbeeld een psychiater met een sociaal geneeskundige en enkele huisartsen, die reeds getoond hebben wetenschappelijk werk op het gebied van de psychosomatiek te kunnen doen, geregeld discussies naar aanleiding van gevallen uit de praktijk van deze huisartsen. Een dergelijk experiment ken ik eigenlijk nergens ter wereld en de resultaten kunnen mijns inziens van groot belang zijn. Dit wil echter niet zeggen, dat men nu overal in het land moet trachten net zo’n groep op te richten. Men heeft elders wellicht het voordeel, dat men een geheel anders georiënteerde groep bij elkaar kan brengen, bijvoorbeeld op het gebied der verloskunde, van de kinderhygiëne of de geriatrie; het kennis nemen van deze verschillende ervaringen is juist een voordeel van dergelijke „pilot studies”. Naar het mij voorkomt is „huisarts en wetenschap” zelf een interessante „pilot study”. De hoofdredacteur heeft

¹ Met steun van de Rockefeller Foundation.

² Uit de Tweede Kliniek voor Inwendige Ziekten in het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam.

mij verteld, dat hij zorgen heeft om dit tijdschrift op hoog niveau te krijgen. Wanneer men het echter vergelijkt met buitenlandse soortgelijke tijdschriften, is het reeds nu duidelijk, dat „huisarts en wetenschap” een eigen weg probeert te gaan en het zou mij niet verbazen, indien uit deze eigen weg, die nu eenmaal, als bij ieder experiment, met moeilijkheden gepaard gaat, ook iets oorspronkelijks en belangrijks te voorschijn komt. Ook de mogelijkheid van het ontwikkelen van initiatieven in de regionale centra, lijkt mij om deze reden een van de vele hoopgevende aspecten van het N.H.G. Men werkt op een terrein, waar nog geen voorgangers zijn geweest en waar men dus zelf voorganger mag en moet zijn.

2. Het tweede principe is, dat bij de nascholing ruim baan moet worden gemaakt voor de activiteit van de practici zelf. Een practicus is geen aankomend student, hij is een arts met eigen ervaring op een eigen gebied. Het is evenmin zo, dat na het artsexamen een soort selectie plaats vindt, waarbij de knappe jongens tot de specialisten-opleiding worden toegelaten en de minder begaafden nu maar in de huispraktijk moeten. De keus of men de praktijk in gaat, hangt vaak van heel andere factoren af dan van begaafdheid alleen. De een heeft, op volwassen leeftijd, de behoefte zelfstandig te gaan werken, de ander heeft nog behoefte ondergeschikt te blijven aan een oudere figuur. Wanneer men dus stelt, dat een aantal huisartsen zijn beroep mede heeft gekozen uit een behoefte aan zelfstandigheid, uit geestelijke rijpheid dus, is het duidelijk, dat men hun gelegenheid moet geven, ook in hun nascholing, deze zelfstandigheid uit te leven. Dit wil dus zeggen (en in dit opzicht geeft het N.H.G. reeds het voorbeeld), dat de nascholing van de huisartsen grotendeels het werk moet zijn van de huisartsen zelf, althans de organisatie daarvan. Samenwerking met universiteiten, kleinere medische centra en met diverse specialisten is uiteraard gewenst en nodig, maar de beste resultaten bij de nascholing (en dit is ook de ervaring, die in Israël is verworven), bereikt men, wanneer de huisartsen in de organisatie zelf de leiding hebben.

3. Een volgend punt betreft de onderscheiding in voortgezet onderwijs A. en B. Schematisch zou men Voortgezet Onderwijs (A) kunnen noemen het onderwijs, dat wordt gegeven om de huisarts op de hoogte te brengen van de vorderingen der geneeskunde in het algemeen, terwijl het onderwijs, dat de huisarts nodig heeft om zijn eigen vak beter te kunnen uitoefenen Nascholing (B) zou kunnen heten. Over het voortgezet onderwijs (A) zal in deze uiteenzetting verder niet veel worden gezegd, omdat dit door artsencursussen, lezen van literatuur, voordrachten voor de afdelingen en de jaarlijkse congressen van onze Maatschappij mijns inziens reeds zeer behoorlijk is georganiseerd en er bovendien een landelijke artsencursus-commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst bestaat. Wij willen ons dus beper-

ken tot de nascholing van de huisarts in zijn eigen vak (B), dat wil zeggen het werk, dat door hem wordt verricht bij de patiënt aan huis of op zijn spreekuur.

4. De nascholing moet zoveel mogelijk geïntegreerd zijn in het dagelijkse werk. Dit betekent, dat de nascholing van de huisarts zoveel mogelijk moet plaats vinden tijdens het onderzoek en de behandeling van zijn eigen patiënten, op analoge wijze dus als dit in de nascholing van de specialisten geschiedt. U kunt zich dus voorstellen, waarom ik met zo veel genoegen de opvatting heb gehoord van collega Brühl, dat het consult met de specialist tevens te beschouwen is als een soort privé-les; want hier krijgt de huisarts op een concrete vraag, die uit zijn werk voortvloeit, van de specialist een antwoord. Hetzelfde doel wordt nagestreefd in de brieven, die de specialist aan de huisarts schrijft, wanneer hij een gemeenschappelijke patiënt naar de huisarts terugverwijst. Dit principe legt een grote verplichting op aan alle specialisten die aan ziekenhuizen verbonden zijn. Men zou kunnen zeggen: ieder die het voorrecht heeft zijn werk in een ziekenhuis te mogen doen, die het voorrecht heeft gebruik te kunnen maken van alle methoden van onderzoek en behandeling, welke een ziekenhuis biedt, heeft tegelijk de plicht om de kennis, die hij daardoor verwerft, mede ten goede te doen komen aan de huisartsen, die hem tijdelijk hun patiënten toevertrouwen. Ieder afdelingshoofd van een ziekenhuis heeft dan ook de taak er op toe te zien, dat zijn assistenten goede brieven aan de huisartsen schrijven. Zo'n brief moet uiteraard in de eerste plaats een objectief beeld geven van hetgeen bij de patiënt is onderzocht en behandeld, maar dit beeld moet ook zo zijn, dat het voor de huisarts begrijpelijk is. Als er een nieuwe methodiek is ingevoerd, moet hierover in de brief even een kleine uitweiding worden gegeven; er moeten geen onbegrijpelijke afkortingen worden gebruikt; van de resultaten van allerlei bepalingen moet liefst even worden opgegeven welke de normale waarden zijn. Verder moet er vooral naar worden gestreefd, dat die brief op tijd, dus minstens tegelijk met de patiënt en liefst iets eerder, de huisarts bereikt. De huisarts van zijn kant moet zich zo vrij voelen, dat hij, wanneer hij iets niet goed begrijpt, of wanneer de brief niet komt, even bij de specialist informeert. Een patiënt, die in 'n ziekenhuis wordt opgenomen, wordt immers niet het „eigendom” van de ziekenhuisarts. Het is een patiënt, die de huisarts tijdelijk aan de specialist toevertrouwt; de ziekenhuisarts kan tonen, dat hij dit vertrouwen waard is, o.a. door de wijze waarop hij de huisarts de patiënt ter verdere observatie terugzendt. De brief die over de patiënt wordt geschreven kan dus een nuttige functie vervullen, zowel voor de nabehandeling van de patiënt als voor de voortgezette opleiding van de huisarts.

5. Een belangrijk punt in de integratie van nascholing en dagelijks werk is de noodzaak van meer contact van de huisartsen onder elkaar. Een van de voorrechten van de ziekenhuisarts is, dat hij voort-

durend van zijn collegae en assistenten leert. Consulten mogen dan in de algemene praktijk zeldzaam zijn geworden, in het ziekenhuis komen zij geregeld voor. Bovendien houden de meeste ziekenhuisartsen gemeenschappelijke zaalvisites, stafvergaderingen en refereeravonden. Wanneer men dit aan een huisarts vertelt en zegt: „Jullie zouden eigenlijk ook onder elkaar vergaderingen kunnen houden om elkaar patiënten te demonstreren”, antwoordt bijna iedere huisarts: „Daarvoor zijn onze patiënten niet interessant genoeg”. Dat stelt dus de vraag aan de orde, wat een patiënt zo interessant maakt, dat het de moeite waard is zijn „geval” aan collegae te laten zien. Soms is dit de zeldzaamheid, zoals de postzegelverzamelaar, die een heel bijzondere zegel heeft, die hij aan mede-verzamelaars wil tonen. Wij moeten deze drijfveer niet onderschatten; het is nu eenmaal een normale menselijke eigenschap, dat men door bijzonderheden wordt gestimuleerd zijn gewone werk met meer animo te doen. Een tweede reden om een patiënt te demonstreren kan zijn dat een ziektegeval de arts een bijzondere gelegenheid geeft de natuur „in de kaart te kijken”. Zo’n patiënt vertoont bijvoorbeeld een verschijnsel, waardoor een fysiologisch patroon op zeer bijzondere wijze wordt geïllustreerd, zoals de aanvallen van hypoglycemie, verwekt door een eilandjes-gezwel van het pancreas, het fysiologische effect van insuline illustreren. Reden tot demonstratie is er verder, wanneer een nieuwe methode van onderzoek of therapie is toegepast of wanneer een ziektegeval wordt waargenomen dat als zodanig niet bekend of althans niet of onvoldoende in de leerboeken en tijdschriften beschreven is.

Nu ziet de huisarts ook patiënten, die op soms zeer bijzondere wijze de gelegenheid geven het mechanisme van de natuur te bekijken en zeker ook gevallen, waarbij voor de eerste keer een nieuwe methode van onderzoek of therapie, al of niet samen met een specialist, is toegepast. Maar de huisarts ziet vooral „onbegrepen” gevallen. Hij ziet eigenlijk merkwaardig vaak patiënten, die ziektebeelden vertonen, welke niet in de leerboeken staan. Hij ziet ze zelfs zo vaak, dat ze voor hem gewoon geworden zijn; daardoor weet de huisarts vaak zelf niet hoe bijzonder zo’n patiënt is. Het is zoals Dr. Allan Gregg mij eens zei: „De laatste ontdekking, die een diepzeervis ooit zal doen, is het bestaan van zout water; hij heeft immers nooit anders dan zout water gekend”. Toch is zout water een heel eigenaardig fenomeen in de natuur, en zo zijn er genoeg merkwaardige patiënten van wie de huisarts alleen het merkwaardige (nog) niet ziet.

Ik moge dit verduidelijken aan de hand van patiënten, die in de laatste jaren door huisartsen, zowel in Nederland als in Israël, aan mij werden gedemonstreerd. In Israël werden de huisartsen, met wie ik in de dorpen samenkwam, aangemoedigd in onderlinge bijeenkomsten elkaar patiënten te laten zien, waarmede ze in de dagelijkse praktijk een of andere moeilijkheid hadden of die verder iets bijzonders boden. De keus der te behandelen proble-

men werd dus niet door de ziekenhuisarts bepaald, de selectie der demonstratie geschiedde niet uit zijn klinische patiënten, doch dit werd aan de huisartsen zelf overgelaten. Vele artsen begonnen hun demonstratie dan aldus: „Het spijt mij, maar het is niet veel bijzonders wat ik voor u heb meegebracht”. Toch liet een huisarts ons een man zien van 86 jaar die er ongewoon jeugdig uitzag, vrijwel nooit ziek was geweest en zowel geestelijk als lichamelijk bijzonder vitaal was. Is dat niet een merkwaardig gerontologisch geval? Even merkwaardig als andere patiënten die juist vroegtijdig „oud” zijn?

Ik herinner mij in Amsterdam een patiënt, die een pseudo-bulbairparalyse met dubbelzijdige hemiparesis had, incontinent was en bij de verpleging thuis voor zijn vrouw veel problemen opleverde. De huisarts had een mechanische knobbel; hij construeerde een apparaat, waarmee de patiënt via katrollen, bevestigd aan het plafond, en met behulp van ophangbanden, gemakkelijk door één persoon kon worden opgetakeld. De ondersteek werd dan geledigd, de patiënt gewassen en vervolgens weer neergelaten. De huisarts werd aangemoedigd deze uitvinding te publiceren, daar zij even origineel en belangrijk was als sommige chirurgische of obstetrische methodische nieuwigheden.

Ik herinner mij een geval van een dame, die twintig jaar door dezelfde huisarts was geobserveerd en in die twintig jaar een afwisseling van verschillende functionele syndromen had vertoond zonder dat ooit organische afwijkingen te vinden waren. Toen de huisarts haar voor de eerste keer zag, was zij dertig jaar oud; zij had toen habituele constipatie en dysmenorrhoea; later kreeg zij functionele buikpijn met af en toe diarree; nog weer later migraine-achtige hoofdpijn en slapeloosheid; daarna pseudo angina pectoris en hartkloppingen. Nu de patiënte vijftig jaar was, vertoonde zij een struma en hypertensie. Was er een verband tussen de vroegere functionele syndromen en deze langzaam ontstane organische ziekte?

Een ander geval dat men mij toonde betrof een vrouw, die van de jeugd af dwangneurotisch was, migraine en dysmenorrhoea had. Na haar huwelijk werd ze dik, kreeg cholelithiasis, vervolgens diabetes; zij werd wegens cholelithiasis geopereerd, maar hield de „galsteen-aanvallen”, ofschoon de stenen en de galblaas lege artis waren weggenomen. In het climacterium kreeg deze dame een myoma uteri en hypertensie. Onze studenten leren nog altijd, dat men bij één patiënt slechts één diagnose moet stellen, maar deze vrouw had er liefst negen. Toen ik zei, dat ik vooral deze combinatie van ziekten interessant vond, zeiden andere huisartsen in de discussie: „Maar van deze combinatie kunnen wij u zoveel gevallen laten zien als u wilt”. Komen dan bepaalde combinaties van ziekten vaker voor dan andere? Is de combinatie dwangneurose, dysmenorrhoea, migraine, myoma uteri en galstenen wellicht een specifieke combinatie? Een nog niet beschreven „ziekte-eenheid” die wij nog niet verklaren kunnen? Er is zeker reden om zulke patiënten, waargenomen

Thyrodex

een waardevol adjuvans voor behandeling van
obesitas

Eén THYRODEX tablet verenigt twee
geheel verschillende middelen ter
bereiking van hetzelfde doel.

Samenst.: Dextro-amphetamine sulfaat 5 mg
Thyreoid 30 mg.

Verpakkingen:

Doosje à 20 gleuftabletten f 2.10 (publieksprijs)

Doosje à 50 gleuftabletten f 4.35 (publieksprijs)

Op aanvraag wordt U gaarne een proefverpakking toegezonden.

PAINES & BYRNE LTD.
GREENFORD - ENGLAND

Voor Nederland:

Apharmo

GABRIËLSTR. 53 - ARNHEM



speciale artsenpolis

biedt aan jonge artsen een lage basis-premie
met de mogelijkheid tot het doen van vrije
stortingen.

**HOLLANDSCHE SOCIETEIT VAN
LEVENSVZERKERINGEN N.V.**

*) Ook een gunstige praktijk - financiering.



HOOFDKANTOOR
HERENGRACHT 475
AMSTERDAM

in de eigen praktijk, aan collega's te demonstreren. Zo is er bijvoorbeeld de waarneming van Brühl, ook op een artsencursus vermeld, dat hij zó vaak patiënten tijdens een vermageringskuur aan een andere ziekte zag ziek worden of een ongeval zag krijgen, dat hij zich afvroeg of er een samenhang bestond tussen de frustratie, die de vermageringskuur voor de patiënt moest betekenen en het ziek worden; een waarneming die ik uit eigen ervaring dadelijk kon bevestigen.

In Israël zag ik, door verschillende huisartsen gedemonstreerd, een soort patiënten, die degenen van u, die in de tropen zijn geweest, zeker zullen kennen. Het betreft patiënten die ziek worden met diarree en buikpijn en dan meestal werden gediagnostiseerd als amoeben-dysenterie, al of niet op grond van de positieve vondst van amoeben in de feces. De anamnese luidt dan verder dat de amoeben werden verdreven en dat de klachten daarop verdwenen. Maar vroeg of laat kwamen de bezwaren terug. Men vond dan soms nog één keer amoeben, soms vond men ze niet meer, maar men besloot dan gewoonlijk toch nog maar eens een emetine- of carbasonkuur te geven. Dat hielp misschien nog een keer, maar nu kwamen de klachten binnen korter tijd terug. In dit stadium heeft de patiënt dezelfde buikpijn en diarree, terwijl er geen amoeben meer te vinden zijn; als men dan nog de moed heeft een derde emetinekuur te geven, heeft deze kuur in het geheel geen resultaat meer. Deze buikpijn wordt erger bij koude, bij emoties, bij dieetfouten en bij alcoholgebruik. Deze ziekte staat, voorzover mij bekend, niet goed in de leerboeken beschreven. Toch kwam zij in Israël blijkbaar veel voor en ik herinnerde mij dadelijk het zelfde beeld bij Indonesische verlofgangers te hebben gezien. Wij hebben die ziekte bij gebrek aan een officiële naam voorlopig maar genoemd „(Sub)tropische buikklachten”. Het merkwaardige was dat bijna alle huisartsen, die zo'n geval demonstreerden, zich weer verontschuldigten, dat zij mij met zo'n „gewoon” geval lastig vielen. Inderdaad, de ziekte is wel frequent maar daarom nog niet gewoon en voor de therapie allerm minst eenvoudig. Zo ontstond al spoedig het plan, daaraan een bijzondere studie te gaan wijden.

Blijkbaar zien de huisartsen vaak interessante patiënten zonder het zelf te weten. Ik ben ervan overtuigd, dat er nog vele van die, voor u gewone, maar niet goed in de boeken beschreven ziektebeelden bestaan, die u zó goed kent, dat u ze niet aan elkaar durft te demonstreren. Een huisarts zei eens tegen mij: „Dat boekje van jou over de psychische grondslagen van astma heb ik met plezier gelezen, maar ik zou zoiets nooit hebben durven schrijven. Ik vind die samenhang zo verschrikkelijk gewoon; ik heb zo vaak van die mensen gezien; ik wist niet dat het de moeite waard was zo'n ziektegeschiedenis op papier te zetten.” Zo ziet de huisarts vaker dan hij zich bewust is, bijzondere patiënten, van wie ook de ziekenhuisspecialist het bijzondere niet altijd herkent. Vaak zijn dergelijke patiënten al bij diverse ziekenhuisspecialisten in behandeling ge-

weest, die ze weer terugzonden, omdat ze in hun boekjes niet voorkwamen. Men zou kunnen zeggen: evenals wij de huisarts ten opzichte van zijn ziekenhuiscollegae weer in zijn waarde en waardigheid moeten herstellen, zo moeten wij er ook de nadruk op leggen, dat zijn patiënten, noch in menselijke, noch in wetenschappelijke „waarde”, bij de ziekenhuisgevallen ten achter staan.

Ik zou dus een lans willen breken voor het onderling demonstreren van elkaars patiënten door huisartsen als vorm van nascholing, op dezelfde wijze als dat door specialisten in ziekenhuizen gebeurt.

In Israël hadden wij dit zó georganiseerd dat ik (of een ander ziekenhuisarts) eens in de week of in de twee weken, naar een dorp of een kleine stad ging en daar in de polikliniek met de huisartsen uit de omgeving samenkwam, die daarheen hun eigen patiënten meebrachten en demonstreerden. Het was merkwaardig, hoeveel goede raad de huisarts, die een patiënt voorstelde, in eerste instantie van zijn collegae-huisartsen kreeg. De demonstratie was dan ook in de eerste plaats bedoeld als onderlinge discussie door de huisartsen zelf. De aanwezigheid van een specialist had daarbij natuurlijk voordelen, want hij kon zo nodig een ander licht op het geval laten schijnen. Eventueel kon hij alsnog bepaalde onderzoeken of een nieuwe behandeling entameren. De volgende keer werd dezelfde patiënt dan wéér besproken, zodat ieder gelegenheid had het vervolg, dus het integreren van de laboratoriumgegevens of de resultaten van het nieuwe onderzoek of van de voorgestelde behandeling mee te maken. Deze onderlinge discussies en demonstraties onder leiding van een specialist zijn dus geheel verschillend van het sturen van een patiënt naar het poliklinisch spreekuur van de specialist, van wie de huisarts alleen een schriftelijk verslag, zonder discussie of gelegenheid tot het stellen van vragen, terugkrijgt.

De meeste ziekenhuisartsen, die in Israël thans voor deze vorm van nascholing „naar de periferie” worden gestuurd, zijn internisten, maar af en toe komen ook andere specialisten; zo is er een psychiater die ook aan dit systeem meedoet. Hij heeft mij verteld, dat het gevolg van zijn bezoeken, eens per maand, is geweest, dat de psychiatrische anamnese, die de huisartsen hem geven, sindsdien veel beter zijn geworden, dat hij minder eenvoudige gevallen op zijn spreekuur krijgt omdat de huisartsen ze nu zelf kunnen behandelen en dat de diagnoses eveneens zijn vooruitgegaan. Het is echter wel duidelijk, dat men voor deze uitzending niet iedere ziekenhuisspecialist kan gebruiken. Sommige artsen worden specialist, zelfs super-specialist, omdat zij zich graag op een beperkt gebied concentreren; zij zijn voor dit werk in het algemeen niet zo geschikt.

In Israël bleek de werkring echter voor sommige jonge ziekenhuisspecialisten zoveel aantrekkelijks te hebben, dat zij zich er op begonnen te oriënteren. Zo konden wij een aantal jongeren met deze onderwijsopdracht gaan inwerken in het soort vraagstuk-

ken, die de huisartsen hun, gezien onze ervaring, zouden voorleggen.

6. Een andere vorm van samenwerking tussen huisartsen en specialisten is de „adoptie van een aantal huisartsen door een ziekenhuis of een ziekenhuisafdeling”. In een kleine plaats gebeurt dit eigenlijk vanzelf: de huisartsen sturen hun patiënten altijd naar hetzelfde ziekenhuis; ze kennen de aan het ziekenhuis verbonden specialisten en ze zien hen geregeld. Daardoor is er in de kleinere centra nooit de sterke scheiding tussen de huisartsenpraktijk en het ziekenhuiswerk, zoals die in de grote steden is ontstaan. In de grote steden heeft de huisarts er betrekkelijk weinig invloed op in welk ziekenhuis zijn patiënten terecht komen; de band van de huisarts met de verschillende ziekenhuizen wordt daardoor veel losser. Zou men dit kunnen veranderen? Men zou bijvoorbeeld de huisartsen, die rondom een ziekenhuis gevestigd zijn, bij het werk in dat ziekenhuis kunnen inschakelen in die zin, dat de patiënten van deze huisartsen, zo enigszins mogelijk, alleen in dat ene ziekenhuis worden opgenomen. Deze huisartsen kunnen dan bijvoorbeeld één keer per week een zaalvisite meemaken; zij zijn ook altijd welkom op de stafbesprekingen. Aan deze huisartsen zou ook gevraagd kunnen worden op de stafbespreking van een patiënt de anamnese te geven, zoals deze aan hen bekend is. Als het onderzoek en behandeling in het ziekenhuis afgelopen zijn, zou de huisarts ook meteen weer de nabehandeling op zich kunnen nemen. De huisarts zou als het ware de functie hebben van een onbezoldigd assistent van de afdeling, „in de buitendienst”. Voor de patiënt wordt op deze manier ook een betere continuïteit in de behandeling verzekerd en ik maak mij sterk, dat menige verpleegtijd bekort zou kunnen worden indien een patiënt van de afdeling naar de „buitendienst” terug zou kunnen gaan, wanneer zijn ziekte weliswaar nog niet genezen is, doch zo is verbeterd of begrijpelijk is geworden, dat de huisarts nu weer de leiding kan overnemen.

U merkt, dat ik, schrijvende over voortgezet onderwijs voor de huisarts, vanzelf gekomen ben tot een transformatie van die arts tot een arts die zowel in de eigen praktijk als in de buitendienst van een ziekenhuisafdeling werkzaam is. Zo zeer hangt dus de nascholing van de huisarts met zijn werk samen, dat men terwille van die nascholing tot bepaalde reorganisaties van zijn werk kan komen. Dit systeem verdient naar mijn mening als „pilot study” een kans te worden gegeven, zowel in Israël als in Nederland.

7. Een andere reorganisatie in zijn werk, die van belang kan zijn voor de nascholing, is de samenwerking met niet-medische hulpkrachten. In Israël is de organisatie daarvan gemakkelijker dan hier. De artsen zijn daar vast betaalde krachten in dienst van het ziekenfonds, wat ongetwijfeld bepaalde nadelen heeft. Eén van de voordelen is echter dat deze medici gezamenlijk een praktijkruimte hebben, voor hen beschikbaar gesteld door het ziekenfonds, be-

staande uit een wachtkamer met een bediende, die de patiënt ontvangt en inschrijft, een administratieve hulpkracht dus, en een verpleegster, die verbanden legt en andere hulptaken verricht.

Nu bleek, dat die verpleegsters vaak veel meer wisten van de patiënt dan het verbandje dat hij droeg. Vele patiënten praten gemakkelijker met verpleegsters dan met artsen en vertellen dan allerlei over hun huiselijke omstandigheden en moeilijkheden. De arts kan met die gegevens zijn voordeel doen voor zijn inzicht in de sociale en psychische achtergronden van de ziekte. Er waren daar ook enkele huisartsen, die reeds begonnen waren éénmaal per week een stafvergadering te houden met hun verpleegster en de plaatselijke sociale werkster. In mijn laatste rapport over de toekomst van het voortgezet onderwijs in Israël heb ik de algemene toepassing van zulke wekelijkse stafvergaderingen in alle centra sterk aanbevolen en ik hoop dat deze raad zal worden opgevolgd. Ook in Nederland zou dit wellicht kunnen gebeuren. Ik ben er van overtuigd, dat vele wijkverpleegsters, vooral zij die een moderne opleiding hebben gehad, zeer gaarne meer contact met de huisartsen zouden willen hebben in de vorm van regelmatig georganiseerde besprekingen, maar ook dat de huisartsen van hun kennis van de gezinnen zeker een goed gebruik zouden kunnen maken.

Nu zult u zeggen: „Wat is dat nu? Het gaat om onze nascholing. Die willen wij ontvangen van hoogleraren en ziekenhuisspecialisten, maar niet van onze wijkverpleegsters”. Toch is deze tegenwerping niet helemaal juist. Het is wel regel, dat sociaal lager geplaatsten leren van hoger geplaatsten en niet omgekeerd, maar daarmee gaat voor de sociaal hogeren vaak veel verloren. Ik weet niet of u bekend bent met het aardige verhaal van onze grote bioloog Tinbergen, dat hierbij als parabel kan dienen. Chimpansees kennen onder elkaar een sociale rangorde; waarschijnlijk berust de plaats van het individu in deze rangorde op een eenmalig agressief machtsvertoon. Met intelligentie heeft de plaats op de maatschappelijke chimpansee-ladder echter niets te doen, hetgeen onder meer blijkt uit het feit dat sommige chimpansees van lagere orde wel een kokosnoot kunnen open maken, terwijl sommige hooggeplaatste soortgenoten dit niet kunnen. Tinbergen citeert nu de waarneming dat een chimpansee van lagere orde die geen kokosnoot kan openen, van één van hogere orde die dit wel kan, direct de kunst afkijkt, maar dat een hooggeplaatste chimpansee dit nooit van een lager geplaatste leert, al ziet hij het hem nog zo vaak doen! Of de waarneming wetenschappelijk gecontroleerd is, weet ik niet, maar dit op de mens overbrengende, voelen wij geloof ik allen, hoezeer hetzelfde in onze maatschappij opgaat: Hoeveel vaders leren van hun zoons, hoeveel onderwijzers of (hoog)leraren van hun leerlingen? Hoeveel chefs profiteren van de ervaring van hun ondergeschikten? De huisarts kan zeker veel leren door zijn oor te luisteren te leggen voor hetgeen wijkverpleegsters en sociale werksters hem over zijn patiënten kunnen vertellen. Zij immers krijgen reeds

een opleiding in „nieuwe” vakken als interview techniek, opvoedkunde, groepspsychologie die de medicus in zijn opleiding nog niet ontvangt en die hij door nauwer met deze para-medische werksters in contact te komen, via hun praktische resultaten kan leren kennen. Dit brengt ons vanzelf tot een volgend punt.

8. De nascholing in sommige hulpwetenschappen. De geneeskunde is een merkwaardig vak. Het is een vak, dat zijn kennis en technieken overal vandaan haalt en ze dan toepast op de herkenning, behandeling en voorkóming van ziekten. Zo past de geneeskundige, met modificaties, technieken toe, die afkomstig zijn uit de fysica, de chemie, de bacteriologie etc. Daarin krijgen wij dan ook terecht een zeer grondige vooropleiding en dit te hebben ingesteld is de belangrijke bijdrage van Boerhaave aan ons geneeskundig onderwijs.³ Daarnaast zou ik echter willen stellen dat de mens in gezondheid en ziekte een psychosomatische eenheid is en dat de arts in de uitoefening van zijn praktijk vrijwel altijd met deze psychosomatische eenheid te maken heeft. Maar terwijl zijn opleiding de arts gelegenheid geeft een zeer behoorlijke basis te leggen voor zijn kennis van het soma, is de opleiding van de arts in de wetenschappen, die hij nodig heeft om de mens als psychische eenheid te kunnen begrijpen, veel en veel geringer. Nu kunnen wij daar onze universiteiten geen verwijt van maken. De situatie is als het ware een expressie van de materialisatie van onze westerse cultuur, terwijl ook moet worden erkend dat juist door de invoering van de simplificatie, dat de mens alleen een somatisch wezen is, de geneeskunde in sommige opzichten geweldig is vooruit gegaan. Ook moet worden bedacht dat de wetenschappen, die zich bezig houden met de mens als psychisch fenomeen, alle van veel jongere datum zijn dan de natuurwetenschappen, zodat de wetenschappelijke psychologie, culturele antropologie en pedagogie eigenlijk nog pas kort bestaan. Maar nu bestaan ze dan toch en dan mogen wij vaststellen, dat de arts in deze „hulpwetenschappen” praktisch niet wordt opgeleid. Maar wanneer hij eenmaal huisarts is, komen zijn patiënten die van dit hiaat in zijn kennis geen vermoeden hebben, bij hem met hun psychologische problemen.

Onze patiënten weten niet, dat men huisarts en zelfs kinderarts kan worden zonder ooit iets van kinderpsychologie of opvoedkunde te leren. Men kan geen onderwijzer worden, zonder verplichte studie van deze vakken, maar wel kinderarts of huisarts. Een patiënt of ouder, die advies vraagt, mag gelukkig zijn wanneer zijn arts over gezond verstand beschikt, een evenwichtige persoonlijkheid is en door de opvoeding van zijn eigen kinderen een en ander heeft

³ Ook het voortgezet onderwijs in de biologische „hulpwetenschappen” der geneeskunde: fysiologie, biochemie, farmacologie, immunologie en dergelijke heeft belangrijke speciale aspecten. Daar deze echter vallen onder voortgezet onderwijs A wordt daarop in deze voordracht niet verder ingegaan.

geleerd of zich als hobby iets van psychologie of opvoedkunde eigen heeft gemaakt en op grond van die kennis, zij het onwetenschappelijk, ten minste met verstand, een behoorlijke raad kan geven.

Toch leeft algemeen onder de huisartsen de behoefte om wat betreft de menswetenschappen, op een even vaste wetenschappelijke basis te staan als in de biologische en natuurwetenschappen. Deze behoefte aan te vullen is dus een taak voor de nascholing. Nu doen zich dadelijk vragen voor: Wie moet die opleiding geven? Hoeveel moet de huisarts van deze psychologische en sociale vakken weten? Want het is wel duidelijk, dat men niet van een huisarts kan vergen, dat hij zich opnieuw aan de Universiteit laat inschrijven om daar psychologie of sociologie te studeren. Dit hoeft ook niet. Wij staan eigenlijk voor hetzelfde probleem, als indertijd, toen men de artsen iets van biochemie moest leren. Er is een tijd geweest (en dat is nog niet zo lang geleden) dat er aan geen enkele Nederlandse Universiteit een hoogleraar in de biochemie bestond. Hoe moesten de artsen toen biochemie leren? Wel, dat vak werd in die tijd niet onderwezen door biochemici, maar door artsen. Zij kenden en doceerden, hetzij als klinicus, hetzij als fysioloog, speciaal dat deel van de biochemie dat de arts nodig had. De eerste onderzoekers en docenten in de biochemie waren dus artsen, die zich in medisch-biochemische problemen hadden verdiept en daartoe uit de algemene chemie datgene hadden gepuurd, wat voor een arts belangrijk was. Zij waren degenen, die de biochemie in de geneeskunde introduceerden, welke taak pas later door pur sang biochemici werd overgenomen.

Het is mogelijk dat wij onder de hoogleraren in de psychologie, de opvoedkunde, de culturele antropologie of sociologie reeds nu mensen vinden, die de huisarts datgene van hun vak kunnen bijbrengen, wat deze nodig heeft. Het is ook mogelijk, dat er hier en daar een practiserend psycholoog is, die, ondanks de omstandigheid dat medische kennis hem niet eigen is, in staat zou zijn zich speciaal in het werk van de huisarts te verdiepen. Maar ik geloof, dat het aantal van deze mensen niet groot is en dat wij veeleer moeten zoeken naar artsen, die zich voor deze wetenschappen reeds zo zeer interesseren en zich de benodigde kennis daarvan reeds thans zo zeer eigen hebben gemaakt, dat zij bereid en in staat zijn hun collegae in de medische toepassing van deze wetenschappen in te leiden.

9. Wetenschappelijk onderzoek door huisartsen kan eveneens gerekend worden tot de methoden van nascholing, althans indien dat onderzoek gericht is op problemen die zich voordoen in de huisartsenpraktijk. Als voorbeeld noem ik ten onzent het onderzoek van Buma, van Hogerzeil, van van Deen en van Cornelissen.

Vaak meent de huisarts dat hij in zijn werk niet voldoende interessant materiaal vindt voor een wetenschappelijk onderzoek. Dat komt geloof ik, omdat de norm voor interessant-zijn voor velen van

ons nog altijd is de maatstaf, die gold tijdens onze opleiding in het ziekenhuis. Maar niet zelden wordt door een ziekenhuis „materiaal” veronachtzaamd, omdat men meent dat het voor de wetenschap waardeloos is, dat later blijkt wetenschappelijk goud te bevatten. Er bestaat in de natuur geen oninteressant materiaal en soms kan men juist in de gebieden, die door de meeste onderzoekers worden verlaten, „omdat er niets in zit” belangrijke ontdekkingen doen. Ik wil daarom een paar voorbeelden noemen, waarvan ik geloof dat ze juist voor huisartsen interessante resultaten kunnen opleveren. In de eerste plaats het geweldige gebied van de geriatrie, dat pas voor onderzoek wordt ontsloten. Ik noem daarin het probleem van de decubitus bij oude mensen. Hoe ontstaat decubitus? Hoe kan men deze het best behandelen en voorkomen? Ik noem u het belangrijke probleem van de nachtelijke onrust van sommige oude patiënten met dementia of arteriosclerosis cerebri, waardoor ze in tehuizen vaak zoveel moeilijkheden opleveren. Het is een onderwerp, dat in de grote psychiatrische en neurologische klinieken te weinig interesse vindt, maar het is een heel merkwaardige vorm van slaapstoornis, die voor een dokter, die huisarts is in een bejaardentehuis, een interessant object van studie zou vormen. Incontinentie komt eveneens veel voor bij oude mensen met verlies van hersenmassa. Kan men deze mensen nog weer tot continentie opvoeden? Zijn dezelfde methoden, die worden gebruikt om kinderen zindelijk te maken, ook bij deze mensen nog te gebruiken? Dan is er het probleem dat ik reeds noemde en dat zo oud is als de geneeskunde zelf: Wat bepaalt de snelheid der veroudering? Is er verband met de levensgewoonten en de levensloop? Zo ja dan is de huisarts de man om daarover gegevens te verzamelen.

Verder is er de interessante geneeskunde van de kleine ongemakken: hemorrhoiden, varices, fluor albus, acne, vatbaarheid voor verkoudheid, zijn aandoeningen die men in een ziekenhuis bezwaarlijk voor een promotie kan bewerken, maar die de huisarts bij massa's ziet en waar allerlei vraagstellingen uit te halen zijn, die niet alleen interessant doch van groot praktisch belang kunnen zijn.

Dan is nog grotendeels onontgonnen wat men zou kunnen noemen de klinische goudmijn van de functionele ziekten. De functionele ziekten zijn wetenschappelijk nog niet of nauwelijks geëxploreerd. Er zijn nog tal van onbekende functionele aandoeningen te beschrijven, alsmede combinaties en afwisselingen; er zijn studies te schrijven over het beloop, de erfelijkheid en de „epidemiologie” van deze zo veelvuldig voorkomende ziektegroep. Daarnaast noem ik u het buitengewoon fascinerende onderwerp (waar geen ziekenhuisarts aan kan beginnen) van de combinaties van ziekten in één gezin. Collega Hogerzeil heeft mij medegedeeld, dat hij hierover reeds werkt, maar dit is een onderwerp dat aan vele onderzoekers werk kan geven. Zijn in deze gezinscombinaties wetmatigheden te vinden? Als de man een ulcus duodeni, hypertensie of coronairtrombose

heeft, welke ziekten vindt men dan bij de vrouwen? Welke ziekten vindt men bij de echtgenoten van vrouwen met galstenen? Welke *gevolgen* heeft de ziekte van één lid van het gezin voor de andere leden? Welke ziekten verwekt een tyrannieke dwang-neurotische vader of hysterische moeder bij de kinderen? Hoe is het met de ziektefrequentie in harmonische gezinnen ten opzichte van die waar het huwelijk der ouders disharmonisch is? Om deze vragen op te lossen heeft men de observatie nodig van vele gezinnen, gedurende lange tijd, twee voorwaarden die alleen in de huispraktijk te vervullen zijn.

De huisarts kan dus wetenschappelijk onderzoek doen. En daarbij ontmoeten we niet zo zeer de moeilijkheid van de keus van een onderwerp, want onderwerpen zijn er blijkbaar genoeg. Maar de moeilijkheid is, dat wij, in Nederland althans, tijdens onze opleiding niet leren, hoe men een wetenschappelijk onderzoek moet doen. Hoe moet men een onderzoek beginnen, hoe zijn onderwerp en methodiek kiezen, hoe het probleem definiëren, hoe de literatuur bij elkaar zoeken, hoe aantekeningen maken? Hoe te voorkomen dat men, wanneer het probleem eenmaal is gesteld, verdwaalt in een volgend probleem? Deze „techniek” van het wetenschappelijk onderzoek moeten de meesten van ons leren. Er zijn enkelen die hiervoor zo’n aanleg hebben, dat zij de weg naar het wetenschappelijk onderzoek alléén vinden. Maar de meesten moeten het leren door hun eerste en vaak ook volgende onderzoekingen onder leiding of in samenwerking te doen.

Het zou dus van veel belang zijn, wanneer het N.H.G. een indruk had wie er in Nederland als onderzoekers beschikbaar zouden zijn om samen met huisartsen wetenschappelijk werk te doen. Ik herinner aan prof. Hornstra, die zich bijzonder interesseert voor wetenschappelijk werk door huisartsen op het gebied der sociale geneeskunde; aan het onderzoek naar de lichamelijke en geestelijke toestand van bejaarden dat thans door een aantal huisartsen onder leiding van de Gezondheidsorganisatie T.N.O. wordt gedaan. Er zijn zeker nog onderzoekers te vinden, die op verschillende terreinen in staat en bereid zijn, huisartsen te helpen bij wetenschappelijk onderzoek dat hen ligt.

10. Alle punten die wij tot nu toe behandelden, hebben betrekking op, wat wij in de aanvang noemden: het onderhouden van kennis en het aanvullen van technische vaardigheid van de arts. Hebben wij nu ook al bepaalde principes die uitgangspunt zouden kunnen vormen voor de verdere ontwikkeling van de persoonlijkheid van de huisarts, zoals dit als derde desideratum voor een volledige nascholing door de voorzitter van het N.H.G. is gesteld? Ik hoop dat u het mij niet euvel zult duiden wanneer ik hier wat meer uitweid over eigen werk en persoonlijke ervaring.

Het is u uiteraard niet onbekend gebleven (al is het alleen al door het stof dat de daaraan verbonden controversen in de Nederlandse geneeskunde hebben doen opwaaien) dat sinds een tiental jaren aan

de afdeling waaraan ik verbonden ben, niet alleen onderzoekingen worden verricht over voedings- en stofwisselingsstoornissen, atherosclerose, diabetes etc. doch dat wij ook trachten wetenschappelijk onderzoek te doen over de invloed van emoties op het ontstaan van inwendige ziekten. Daarbij hebben wij onder meer gebruik moeten maken van methoden die tot nu toe alleen door de psychiater werden toegepast en die van de natuurwetenschappelijke methoden vooral daarin verschillen, dat de persoonlijkheid van de onderzoeker als onderzoekend instrument niet zoveel mogelijk wordt uitgeschakeld, doch juist wordt ingeschakeld. Dit vergroot uiteraard de invloed van de persoonlijke fout, maar ik wil nu niet spreken over de wegen die men kan bewandelen om daaraan tegemoet te komen. Hoofdzaak is dat wij daardoor langs geheel andere weg er toe kwamen ons te interesseren voor dezelfde vraag als u: welke wegen staan voor de arts (dus ook de niet-psychiater) open om zijn persoonlijkheid zo te ontwikkelen dat zij hem voor het contact met zijn patiënten als optimaal instrument ten dienste staat? In de eerste plaats wil ik opmerken dat het hier niet gaat om religieuze of wijsgerige vervolmaking, iets wat vaak met de ontwikkeling van de persoonlijkheid van de arts wordt verward. De arts vervult in de verhouding tot zijn patiënt een eigen functie, die anders is dan die van de pastor of van de hoogleraar in de wijsbegeerte. Hoewel uiteraard ieder mens (en de universitair gevormde mens a fortiori) voortdurend aan zijn persoonlijke ontwikkeling werkt en dit niet te scheiden is van zijn maatschappelijke functie, is de vraag die ons hier bezig houdt er in de eerste plaats één van deze specifieke functie zelf, waarbij de graad van deze persoonlijkheidsontwikkeling wordt afgewogen aan het nut, dat de patiënt aan zijn contact met de arts ontleent. Dat wil dus zeggen dat wij voor de ontwikkeling van de arts, zoals die ons hier voor ogen staat, voor de verbetering dus van zijn mogelijkheden tot begrip en genezend contact met zijn patiënt, de religie, de wijsbegeerte en de ethiek niet in de eerste plaats nodig hebben, maar wél de psychologie en dan als wetenschap van waarneming en ervaring.

De vraag naar de ontwikkeling van de persoonlijkheid van de arts tot optimaal instrument in de arts-patiënt-verhouding is er dus één van zo objectief mogelijk wetenschappelijk onderzoek van het gedrag van de arts tegenover zijn patiënt. Daarbij vormen de verbeteringen in de klachten en verschijnselen van de patiënt de maatstaf voor de al of niet juistheid van het gedrag van de arts, voortvloeiende uit diens persoonlijkheid. Zo wordt de vraag naar de ontwikkeling van de persoonlijkheid van de arts dus een vraag naar de wegen waarlangs zijn medisch-psychologische resultaten kunnen worden verbeterd. U merkt dat wij hier eigenlijk een medisch-pragmatische benadering van een psychologisch probleem toepassen. Het is immers het nut voor de patiënt waaraan wij uiteindelijk de appreciatie van al onze bemoeiingen als arts beoordelen. Verder volgt uit deze methodische uiteenzetting dat wij, evenals men

de geneeskunde slechts in de praktijk kan leren, de ontwikkeling en de persoonlijkheid van de arts zien als het verwerven van instellingen, houdingen en gedragingen, tijdens het contact met patiënten, of zoals men het tegenwoordig wel uitdrukt, in de arts-patiënt-situatie zelf.

Allicht zult u nu vragen: wat voor nut heeft deze principiële inleiding? Daartoe gaan wij een stap verder. Aangenomen dat wij het probleem op medische wijze willen aanpakken, ligt het voor de hand, analoog aan de ontwikkeling van de geneeskunde in het algemeen, om ons op naburige terreinen over de stand van dit probleem te gaan oriënteren. Want deze ontwikkeling van de eigen persoonlijkheid is niet alleen van belang voor de arts. Ze is evenzeer een vraag voor de maatschappelijk werker, reclasserder en vooral voor de opvoeder of hij nu onderwijzer, jeugdleider of hoofd van een tehuis voor moeilijk opvoedbare kinderen is. Met andere woorden, ons probleem is er een van tussen-menselijke relaties en wel van leiderschap met een sterk pedagogische inslag.

En laat ik nu maar te voorschijn komen met de werkhypothesen die in onze kliniek bij de ontwikkeling van de persoonlijkheid van de daar werkende artsen, dus ook bij de verbetering van de resultaten van hun contact met de meest uiteenlopende patiënten (makkelijke en vriendelijke, rustige en nerveuze, psychoneurotische, psychosomatische of organische, geneeslijke of ongeneeslijke) tot de beste resultaten hebben geleid: elk contact van een arts met een patiënt is tot op zekere hoogte een herhaling van het contact van een ouder met een kind; de wetten der psychotherapie zijn grosso modo dezelfde als die der pedagogiek; zoals in iedere pedagogische verhouding niet alleen een verstandelijke doch ook een gevoelsrelatie bestaat, wordt de arts-patiënt-verhouding ook altijd door deze beide elementen beheerst; bij moeilijkheden in de arts-patiënt-relatie is de beste weg altijd de pedagogische weg; een moeilijke patiënt is een moeilijk kind; de instelling en het gedrag tegenover de patiënt moeten dus niet bepaald worden door de gevoelens van anti- of sympathie die deze bij ons opwekt, doch door het begrip voor de graad van rijping waarin de patiënt (het kind), ongeacht zijn chronologische leeftijd, blijkt te verkeren; hoe beter een arts ook tegenover moeilijke patiënten (kinderen) een ouderrol kan blijven spelen, hoe beter arts is hij, doch hoe meer onopgeloste conflicten de arts uit de eigen kind-ouder-relatie met zich medebrengt in de arts-patiënt-verhouding, hoe meer hij tekort schiet. Kortom: de ontwikkeling van de persoonlijkheid van de arts betekent meer geschikt worden voor de liefdevol aanvaardende en tegelijk verstandelijk-met-distantie-beoordelende, voorbeeldgevende, zelden straffende, meestal belonende, altijd redelijke en op de graad van rijpheid van de ander ingestelde houding, die het kenmerk is van de opvoeder. Nu kan ik mij voorstellen, dat deze wat hoogdravend aan-doende formulering, die volstrekt niet oorspronkelijk

is, doch ontleend aan wat in psychiatrie, psychotherapie en pedagogiek elementaire kennis is, in zijn algemeenheid u weinig zegt. Maar op grond van deze principes hebben wij ons de laatste jaren op onze afdeling (en dit geldt zowel voor de artsen als voor de verpleegsters) kunnen oefenen in het laten uitspreken van patiënten, in non-directieve gesprekstechniek, onderlinge stafvergaderingen op basis van niet-autoritaire uitwisseling van gedachten, groepsdiscussies met patiënten en dergelijke. De ervaring is niet alleen gunstig voor onze patiënten geweest, doch (en ik geloof dat ik hier namens al mijn medewerkers spreek) een verrijking van onze eigen persoonlijkheid. Vooral verheugend is geweest dat het mogelijk bleek het verwerven van deze instellingen, houdingen en gedragingen, aan en van anderen te leren. Wij hebben dus de indruk dat wij artsen, dank zij de verworvenheden der pedagogische psychologie tot een ontwikkeling van onze persoonlijkheid kunnen komen, die ook een der doeleinden van de nascholing van de huisarts blijkt te zijn. Mochten er onder u zijn die belangstelling hebben om deze wijze van werken op de Tweede Kliniek van Inwendige Ziekten van het Wilhelmina Gasthuis te leren kennen, dan bent u daar van harte welkom.

11. Ik wil nu nog enige richtlijnen ter sprake brengen, waarvan ik mij bewust ben dat zij niet direct zijn in te voeren. Aansluitend aan hetgeen reeds is gezegd over de opleiding van de huisarts in de psychologische hulpwetenschappen, zie ik de tijd niet ver meer, dat de huisarts zich zal moeten bekwaamen in eenvoudige vormen van therapeutische gesprekstechniek en andere vormen van psychotherapie, zoals groepsdiscussies etc., die nodig zijn voor de behandeling van patiënten met functionele aandoeningen en van sommige patiënten met psychosomatische ziekten. Dit is geen eenvoudige probleem. Want hier komt de vraag op van het kennen van eigen grenzen en zorg te dragen om niet te treden op het gebied van specialisten die dit beter doen. Niet zo spoedig is een specialisme zo ver ontwikkeld, dat het voor de patiënt van voordeel is om bij deze specialist in behandeling te zijn of de huisarts moet zich van dit terrein terugtrekken. De moderne narcose-techniek is daar een voorbeeld van: er was een tijd, dat men elke operatie kon laten doen met de huisarts als narcotiseur. Dit kan nu niet meer. Er zijn operaties, waarbij het gevaarlijker is door de eigen huisarts met ether te worden genarcotiseerd dan door de moderne narcosespecialist. Dit stuk van zijn werkzaamheden heeft de huisarts dan ook moeten opgeven; hij heeft het er niet minder druk om gekregen, voorzover ik kan zien.

Zo is het dus nu een probleem in hoeverre de huisarts zich bepaalde pedagogisch-psychiatrische technieken, zoals bijvoorbeeld eenvoudige „non-directieve” gesprek-psychotherapie of het leiden van groepsdiscussies mag eigen maken of dat hij dit per se aan de psychiater moet overlaten. Het komt mij voor dat dit probleem er ook weer een is, dat al ex-

perimenterende, dus als een „pilot study” tot oplossing zal moeten worden gebracht. Maar zulke pilot studies van huisartsen zullen dan toch onder leiding van of in contact met een psychiater moeten geschieden. Daar komt nog bij, dat niet iedere huisarts hiervoor geschikt is. Net zoals de één handiger is en dus volkomen verantwoord, wanneer hij bepaalde technische handgrepen toepast, die een ander, die minder manueel vaardig is, liever aan een specialist overlaat, zo zijn er op het gebied van het tussen-menselijk contact ook huisartsen, die zo evenwichtig zijn en zoveel invoelend vermogen en zelfkritiek hebben, dat ze zich op dit terrein veilig kunnen begeven, terwijl anderen, die misschien manueel-technisch beter zijn, zich minder tot dergelijke gebieden voelen aangetrokken en er ook onheil zouden stichten. Dat er echter op het terrein van het tussen-menselijk contact zal moeten worden geschoold en nageschoold staat voor mij vast; het zou mij niet verbazen indien daaraan bijvoorbeeld in de groep waartoe collega Van Lidt de Judee behoort, reeds een en ander was gedaan.

12. Ik geloof, dat op den duur een eigen tijdschrift, geschreven niet alleen voor, maar vooral door huisartsen, de oplossing zal zijn van het literatuur probleem voor de huisarts. Tijdschriften over maag-darmziekten worden niet alleen door maag-darm-artsen gelezen, maar ook door hen geschreven en dit geldt voor vrijwel alle specialistische tijdschriften. Zo zal op den duur ook een goed tijdschrift voor huisartsen overwegend door huisartsen moeten worden geschreven. Ik zou het niet erg vinden, wanneer zo'n tijdschrift voor en door huisartsen, in het begin niet op zo'n hoog niveau zou staan. Het is immers een grote opgave om de huisartsen tot die taak langzaam op te voeden. Voor de noodzaak van zulk een tijdschrift wil ik een voorbeeld noemen en ik kies daarvoor de voorlichting, die de huisarts thans nodig heeft voor het gebruik van de moderne „tranquillizers”.

Wij hebben allen kennis kunnen nemen van een uitstekend stuk, over largactil, dat geschreven was door een farmacoloog. Maar deze farmacoloog had haar ervaring over largactil gekregen uit de literatuur en uit ervaring bij proefdieren in het laboratorium. Men zou dus voor de huisarts bovendien nog een stuk aan een psychiater kunnen vragen. Maar deze behandelt met largactil bijvoorbeeld mensen met hallucinatoire onrust, ernstige opwindingsstoelstanden of hysterische schemertoelstanden. De huisarts echter wil weten wat hij met largactil kan doen bij de man, die 's avonds niet kan inslapen omdat hij aldoor moet nadenken over wat hij die dag heeft gedaan en over wat hem morgen te doen staat, maar verder geregeld zijn werk doet, en volstrekt niet onrustig is, of bij een patiënt met carcinofobie of extrasystolie. Dit zijn dus heel andere gevallen dan de patiënten, die in de psychiatrische kliniek met largactil worden behandeld en de dosering die de huisarts gebruikt zal dus veelal geringer

kunnen zijn. Maar wie anders zou dit kunnen uitwerken, dan de huisarts zelf, die uiteraard in de algemene tijdschriften wel eerst kan lezen wat de farmacoloog schrijft en wat de psychiater rapporteert, maar die daarna in de praktijk toch zelf zal moeten uitvinden, welke toepassing dit middel in de huispraktijk verdient. Het verslag van zijn bevindingen is dus even belangrijk en even onontbeerlijk als dat van de farmacoloog en van de psychiater en het zal uiteraard in een tijdschrift voor en dóór huisartsen moeten worden gepubliceerd.

13. In Israël heeft men sinds enkele jaren een organisatie geschapen om de huisartsen gelegenheid te geven elke drie tot vijf jaren een tijd, wisselend van twee tot zes weken, in een ziekenhuis te wonen en daar te werken om te worden bijgeschoold. Het is een pioniersproject dat in het Beilinsonziekenhuis te Petach Tikvah plaats vindt en dat, voorzover ik de resultaten kan zien, op bijna ideale wijze aan de behoefte aan voortgezet onderwijs „A” voorziet.

Toch is men over de resultaten wat betreft nascholing „B” niet tevreden. Vele huisartsen keren, na hun verblijf in het ziekenhuis, in de praktijk terug met minderwaardigheidsgevoelens, met ontevredenheid over het eigen werk, vergeleken met dat wat zij in het ziekenhuis hebben gedaan. Het is dus duidelijk, dat ook naast deze ideale vorm van voortgezet onderwijs („A”) de behoefte aan nascholing in de eigen praktijk („B”) blijft bestaan.

14. Het zal nog lang duren voordat de vele mogelijkheden van voortgezet onderwijs en nascholing, waarvan er een aantal hier is besproken, op hun deugdelijkheid zullen zijn getoetst en meer algemeen ingang zullen hebben gevonden. Dat is eigenlijk wel zo goed, want de opbouw van het voortgezet onderwijs kan niet anders dan geleidelijk gebeuren. De oprichting van het N.H.G. heeft echter reeds een mogelijkheid geopend, waardoor in de nabije toekomst iedere arts, na zijn artsexamen, niet een onderbreking in zijn opleiding krijgt, maar eigenlijk van zijn scholing als student, meteen in de meer zelfstandige vorm van nascholing overgaat. Misschien zou het daarom reeds nu aanbeveling verdienen aan de voorzitters van de artsexamen-commissies te vragen, bij de uitreiking van het artsdiploma, de aanstaande huisartsen op het werk van het N.H.G. opmerkzaam te maken. Hoe vroeger men de jonge artsen bij de nascholing betreft, hoe beter de resultaten kunnen zijn.

Ik moge dan eindigen met het aanhalen van de formule, die op zo voortreffelijke wijze weergeeft wat wij bij de nascholing nastreven en aan deze formule alleen iets toevoegen: „Iedere arts, die op verantwoorde wijze mensen, die zich onder zijn behandeling stellen, wil blijven behandelen, heeft behoefte aan en recht op nascholing in de vorderingen der geneeskunde in het algemeen en in dat speciale gedeelte der geneeskunde, dat hij beoefent”.