

vidu. Ook dit is echter een grote uitzondering. In het algemeen kunnen wij zeggen dat de zelfmoordpoging wijst op een ernstige daling van de psychi-

sche spankracht en dat er voor het aannemen van een balans-zelfmoord in normale tijden maar heel weinig plaats overblijft.

De relatie arts-patiënt

DOOR M. G. VAN NIEUWENHUYZEN, HUISARTS TE HOENSBROEK

Dat de redactie van „huisarts en wetenschap” de relatie arts-patiënt aan de orde wil stellen is zeker niet vreemd aan het feit, dat juist de huisarts steeds meer de spanningen in deze verhouding ervaart en het belang van een goede relatie in de behandeling van zijn patiënten dagelijks onderkent.

Op 2 mei 1959 werd er te Heerlen, in prettige samenwerking tussen afdelingsbestuur en centrumbestuur N.H.G., een reeks lezingen gehouden, waarbij Prof. Dr. F. J. J. Buytendijk de theoretische achtergronden beschouwde en het algemene psycho-sociologische tijds patroon toepaste op de relatie arts-patiënt, J. J. Moors, internist, de relatie ziekenhuisarts-patiënt belichtte, de nadruk erop leggend dat ook deze arts zijn werk nauwelijks half doet indien hij niet voldoende rekening houdt met de achtergrond der patiënt en G. Hillebrand, bedrijfsarts, het zeer onvrije tot stand komen van de relatie met zijn patiënten naar voren bracht en beklemtoonde hoe belangrijk zijn contacten waren met de behandelende artsen. Schrijver dezes heeft toen gesproken over de relatie huisarts-patiënt.

Getracht zal worden met een paar artikelen dit laatste deel weer te geven. Eerst wordt begonnen de relatie huisarts-patiënt te zien in vergelijking met die bij de andere artsenmodaliteiten en hun patiënten, vervolgens zal mede aan de hand van een bespreking van één of enkele patiënt(en) een speciaal deel worden gewijd aan de typische huisartsenproblematiek.

De allerwege groeiende belangstelling en bestudering van de verhouding arts-patiënt mag zeker niet als een modeverschijnsel worden gezien. Sociaal-psychologisch zijn veel redenen te noemen waarom deze verhouding, die toch altijd belangrijk is geweest, juist nu zo centraal wordt gesteld. De sociaal-culturele structuurwijzigingen¹, de autoriteitscrisis², de crisis der zekerheden³ met anti-traditionalisme en sceptisch levensontwerp zijn geladen uitdrukkingen van enkele facetten waarop hierboven werd gedoeld.

Het beleven van de verhouding arts-patiënt, zowel door de arts als door de patiënt, is beïnvloed door de psycho-socio-culturele veranderingen van de omgeving, waarvan ze beiden deel uitmaken, en aan welke veranderingen zij zich als deel van het geheel niet kunnen onttrekken. Maar naast de beleving is ook de bezinning hier bij betrokken. Bij de arts zien we een reactie op de iatro-mechanische

instelling² van zijn voorgangers. Gestuwd door de psychiatrische en psychologische ontwikkeling^{4, 5, 6} de opkomst der integrale geneeskunde^{7, 8} en de medische sociologie⁹, tracht hij de mens-patiënt minder fragmentarisch, maar meer in zijn totaliteit te zien.

Dit pogen de patiënt in zijn totaliteit te zien stelt bij elke medische situatie¹⁰ opnieuw hoge eisen aan de opbouw der relatie. Waar de relatievorming, zo gezien, een kardinaal punt betekent voor schier iedere arts om in deze veranderende wereld zijn taak naar behoren te vervullen, zal het duidelijk zijn dat onze opleiders aan de universiteiten zich ernstig zullen moeten bezinnen hoe de persoonlijkheid van de aanstaande arts hiervoor zal moeten worden ontplooid en gerijpt. Voor de reeds afgestudeerde arts zal in het nascholingswerk met prioriteit een mogelijkheid moeten worden geschapen zich hierin te ontwikkelen. De „meester” zal, eenvoudig gezegd, de geest van de tijd dienen te verstaan, en geneigd moeten zijn, samen met de ervaren „leerling”, dit moeilijke onderwerp te bestuderen, opdat hij de onervaren „leerling” kan tonen hoe de dynamiek ligt van een zogenaamd statisch syndroom bij een mens met zijn eigen persoonlijkheid, zijn eigen verleden, zijn eigen gezin, zijn eigen omgeving, zijn eigen werk. Indien de „meester” de instelling heeft om zijn student, assistent, collega, op deze manier geneeskunde en kunst te onderwijzen, zal het graag genoemde spook van studieverlenging waarschijnlijk alleen maar spook blijven. Na deze, misschien door eigen levensontwerp bewerkstelligde uitwijding, zullen we enkele facetten van de relatie arts-patiënt bekijken en daarbij de relatie huisarts-patiënt met andere artsen-patiëntrelaties vergelijken. Hoe meer relatiefacetten we zien en hoe scherper we de verschillen zien met de andere artsen, des te beter zal het ons gelukken een poging te ondernemen een functieomschrijving voor de huisarts op te stellen, of reeds bestaande omschrijvingen te bekrachtigen. Er dient van meerdere gezichtspunten uit een dergelijke poging te worden gedaan en tot een functieomschrijving te komen. Het zal dan des te gemakkelijker vallen om de plaats van de huisarts in de gehele volksgezondheids aera te bepalen¹¹ en daarmee vele intercollegiale problemen eenvoudiger te maken, zo niet op te lossen.

Laten we nu met bovenstaande gedachten op de achtergrond enige relatiever verschillen vergelijkenderwijs bezien.

1 Bij de huisarts is de relatie gemakkelijker te ont-wikkelen dan bij de andere artsen, omdat de medi-sche situatie in de grootst mogelijke vrijheid ont-staat, zowel van de zijde der patiënt als van die van de arts. Wanneer Veenenbos en Festen — (1958) *Medisch Contact* 13, 573 — schrijven over de irra-tionele of meer rationele vrijheid van keuze van huisarts door de patiënt, lijkt dit voor een deel be-gripsmatig misverstand en kunnen we stellen, dat de keuze van de huisarts meestal weinig verstande-lijk bepaald is, maar meer gevoelsmatig, terwijl de keuze van andere artsen meer verstandelijk plaats vindt of helemaal geen keuze is.

2 De huisarts heeft met zijn patiënt een relatie in algemene zin, die continu is. Hij zal in elke nieuwe medische situatie een bijzondere relatie moeten scheppen om arts te zijn voor die patiënt op dat moment. Maar dit zal door het bestaan van de al-gemene relatie niet moeilijk vallen. Wordt een bij-zondere relatie verstoord, dan zal door de algemene relatie in nieuwe situaties het weer mogelijk zijn om de verhouding te herstellen. Bij de andere artsen betekent een éénmalige verstoring meestal een voortdurende.

3 De huisarts heeft een relatie met een patiënt ge-zien in het gezinsverband, terwijl dit bij de andere artsen meer op de persoon of een facet van de per-soon betrokken blijft. Door deze verhouding staat de huisarts soms aan spanningen bloot, individu-belang en gezinsbelang, die de andere artsen moei-lijk kunnen begrijpen. Waar de huisarts zich graag gezinsarts noemt zal hij zich de moeite moeten ge-troosten zich te scholen in de sociologie van het gezin.

4 De relatievorming is bij de huisarts van andere aard dan bijvoorbeeld bij de specialist, omdat de eerste de beginverschijnselen van ziekten waar-neemt, die door de persoonlijkheid van de patiënt sterker zijn gekleurd, en de laatste, de gerijpte, stereotype gevallen te zien krijgt. De laatste ziet meer de statische syndromen, zoals ze ons op de universiteit geleerd zijn. Buma² zegt een weinig lyrisch: „de vraagstukken waar de huisarts mee te doen krijgt zijn bijna zonder uitzondering uiterst dynamisch. Hij staat als het ware midden in de stroom van mensen die op mars zijn op de levens-weg, ieder met een eigen bestemming, ieder met een eigen aanleg, erfgoed en levenservaring, ieder ook met persoonlijke moeilijkheden, zorgen en las-ten.” Hier zit ook de moeilijkheid dat pas afgestu-deerde artsen de patiënten, die zich in de algemene praktijk bij hen aandienen, niet kunnen rubriceren in de syndromenscala die ze hebben meegekregen. Dit is ook de reden waarom huisarts en andere art-sen elkaars taal soms niet verstaan. De terminologie van de clinicus en de practicus dekken elkaar niet.

Uitgebreide analyses van de „gevallen”, die de huisarts te verwerken krijgt, zullen nodig zijn om te zien of deze „gevallen” tot ideaaltypes zijn terug te voeren, zoals de syndromen¹², of dat hieruit zal blijken dat deze „gevallen” zo door de persoonlij-heid worden gekleurd, dat er niet valt te rubriceren.

5 Een verschil dat ook duidelijk naar voren komt, is het beperkte gebied dat alle andere artsen ten opzichte van de patiënt hebben, en het totale gebied waaraan de huisarts tegemoet komt. De patiënt zet zijn huisarts zijn gehele problematiek voor en de arts antwoordt soms met genezen, vaak met verlich-ten, bijna altijd met troosten. Hier wordt de huis-arts, of hij wil of niet, geconfronteerd met verleden, heden, werk en omgeving van de patiënt en zal met de behandeling van een enkel facet zijn patiënt te-kort doen. Veldhuyzen van Zanten zei hierover op het laatste N.H.G.-congres: „De geneeskunde heeft de medicus van deze tijd een zeer groot arsenaal van diagnostische en therapeutische hulpmiddelen gegeven. Hierdoor is een aantal ziekten vrijwel uitgeroeid of ongevaarlijk geworden, terwijl mede hierdoor een sterkere veroudering van de bevolking is opgetreden. Onder andere als gevolg hiervan worden we nu geconfronteerd met andere gezond-heidsproblemen, die niet meer op zuiver medisch-technische wijze kunnen worden opgelost. Hier kan alleen een meer dimensionale diagnostiek en be-handeling oplossing brengen.” Als we de proble-matiek van onze patiënt zo gaan zien, zullen we integrale geneeskunde bedrijven en een adequaat antwoord geven aan de zoveel mogelijk in zijn tota-liteit geziene, lijdende mens.

6 Voor de goede arts-patiëntrelatie is de geheim-houding een zeer belangrijk punt. Hornstra¹ ziet het als één van de essentiële voorwaarden, als basis van het vertrouwen. Dit ambtsgeheim ligt het veil-igste in het éénmansbedrijf van de huisarts, zij het dan dat vele collegae en instanties hem hierin be-lagen. Bij de sociaal-geneeskundigen, met een groter en ingewikkelder administratieapparaat, ligt het vaak gevaarlijk. Ze hebben soms erg veel draden naar het lekenvlak. Ook de huisarts raakt steeds meer verweven in een zich ontwikkelende volksge-zondheidsorganisatie en hij zal zich ook hierom moeten bezinnen op zijn plaats in de gehele gezondheidszorg om ten opzichte van individu en gemeen-schap de geheimhouding de juiste waarde te geven.

7 De verantwoordelijkheid¹³: één van de belang-rijkste punten uit de (medische) ethiek, heeft bij de artsenmodaliteiten een verschillende klank. De huis-arts houdt in elke medische situatie de verantwoor-delijkheid of medeverantwoordelijkheid. Bij de an-dere artsen is de verantwoordelijkheid meestal be-perkter. De specialist is incidenteel adviserend of behandelend expert, veelal van een facet, evenals de sociaal-geneeskundige. Zij kunnen en behoeven de wijdere verantwoordelijkheid der huisarts niet mede te dragen. De huisarts ervaart ook hier het

spanningsveld, zoals in punt 3 genoemd, tussen individu en kleinere of grotere gemeenschap meer dan de andere artsen.

8 Als laatste verschilpunt kan worden genoemd dat er bij de relatie huisarts-patiënt naast een medische ook een niet-medische, meer persoonlijke, particuliere relatie bestaat.^o De patiënt kent een andere arts soms van naam, vaak niet van gezicht. Zijn huisarts kent hij, diens vrouw, soms diens kinderen, de auto enz. De patiënt weet, dat zijn huisarts zijn gezin kent, zijn bedoeninkje, zijn omgeving. Het heeft iets van het kennissenvlak. Waarschijnlijk is deze facet wel één van de grote charmes van ons beroep. We zouden kunnen zeggen dat er dus naast de algemene en bijzondere relatievorm bij de verhouding huisarts-patiënt nog een derde vorm bestaat, de particuliere.

Wanneer we nu de bovengenoemde relatieverschillen overzien kunnen we ze gebruiken om het werkveld van de huisarts af te palen. Om deze bakens in het kort nog eens te releveren: de wijde verantwoordelijkheid, de continuïteit, de ontwikkeling van het integraal medisch denken, de door de persoonlijkheid gekleurde symptomatologie en de daardoor noodzakelijke persoonlijke beschouwing, de vrije keuze met het niet alleen verstandelijk beredeneerd vertrouwen, de zorg voor het gezin.

Nu deze reeks in deze volgorde is gesteld zal het niet moeilijk zijn om hierin de functieomschrijving van de huisarts te herkennen die reeds binnen het

N.H.G. is gebezigd, en die als volgt luidt: „Het Nederlands Huisartsen Genootschap ziet de functie van de huisarts als het aanvaarden van de verantwoordelijkheid voor de continue, integrale en persoonlijke zorg van de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwde individuele mensen en gezinnen.”

Hoe deze zorg in de relatie huisarts-patiënt dan effectueerd wordt moge in een volgend artikel worden besproken.

^o Persoonlijke mededeling van Prof. R. Hornstra.

¹ Hornstra, R. (1952) Wending 7, 333.

² Buma, J. J. (1953) Sociaal-medische perspectieven. Stenfert Kroese, Leiden.

³ Buytendijk, F. J. J. Theoretische achtergronden relatie arts-patiënt. Lezing gehouden 2 mei 1959 te Heerlen. Wordt elders gepubliceerd.

⁴ Alexander, F. (1939) Psychosom. Med. 1, 7.

⁵ Carp. E. A. D. E. en B. Stokvis (1953) Ned. T. Geneesk. 97, 213.

⁶ Groen, J. et al. (1951) Grondslagen der klinische psychosomatiek. De Erven F. Bohn N.V., Haarlem.

⁷ Draper, G. et al. (1932) Arch. Int. Med. 49, 615.

⁸ Prick, J. (1955) Ned. T. Geneesk. 99, 998.

⁹ Simmons-Wolff (1954) Social science and medicine. Russell. New York.

¹⁰ Poslavsky, A. (1956) Voordrachten over medische psychologie. Erven J. Bijleveld, Utrecht.

¹¹ Buma, J. J. (1959) Beschouwingen over de plaats van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg. Stichting Nederlands instituut voor praeventieve geneeskunde. Leiden.

¹² Es van, J. C. (1959) Gezinnen met zwakzinnige kinderen. Diss. Utrecht.

¹³ Salomon, A. (1948) Arts en patiënt. Wetenschappelijke uitgeverij, Amsterdam.

Fysiologie en functieproeven van de nier (2*)

DOOR DR. G. BLOMHERT, INTERNIST TE 's-GRAVENHAGE

Tubulusfunctie

De functie van de tubuli bestaat uit het modificeren van het glomerulusfiltraat door terugresorptie en secretie, terwijl gedeeltelijk ook een verhindering van de terugresorptie van bepaalde stoffen plaatsvindt. Het eerste gedeelte van de tubulus heeft voornamelijk tot functie het terugresorberen van ongeveer 80% van de totale hoeveelheid water en opgeloste stoffen die zich in het glomerulusfiltraat bevindt, zodanig dat de osmolariteit en de pH van de vloeistof dezelfde blijft als die van het glomerulusfiltraat. De terugresorptie geschiedt in dit gedeelte niet voor alle stoffen op dezelfde wijze. Eiwit en glucose worden in dit gedeelte praktisch geheel terugresorbeerd. In het distale gedeelte van de

tubulus wordt voornamelijk de zuurgraad en de osmolariteit van het glomerulusfiltraat geregeld, terwijl bovendien wordt verhinderd dat eiwitafbraakproducten, zoals ureum en andere, in het bloed terugkeren.

Enkele aspecten van de tubulusfunctie worden hier achtereenvolgens besproken namelijk:

- 1 De betekenis van de niertubulus bij het regelen van het zuurbase evenwicht in het lichaam.
- 2 De natriumuitscheiding.
- 3 De kaliumuitscheiding.
- 4 De uitscheiding van glucose.
- 5 Het concentratievermogen.
- 6 Tubulussecretie.

1 De betekenis van de niertubulus bij het regelen van het zuurbase evenwicht in het lichaam

De zuurgraad van het bloed wordt vrij nauwkeurig in de buurt van pH 7,4 gehouden. Een ingewikkel-

* Dit is het tweede deel van een artikel, waarvan het eerste deel is geplaatst in het voorgaande nummer van „huisarts en wetenschap”.