

griepepidemie, een acute drukverhoging op, zonder al te extreme algemene verschijnselen, dan valt het niet al te zeer te verwonderen, dat deze wordt miskend.

Men wordt hieromtrent milder in zijn oordeel en veroordeling, indien, zoals ik zelf enige malen heb meegemaakt, een in een algemeen ziekenhuis verpleegde patiënt dagen lang aan een acuut glaucoom bleek te hebben geleden, zonder dat de diagnose werd gesteld.

Eenmaal zag ik bij de voorbereiding tot operatie van een acuut glaucoom op het ene oog, een acute aanval optreden op het andere, hetgeen bij toeval werd ontdekt!

N.H.G.-Quo Vadis? (2)

DOOR DR. F. J. A. HUYGEN, HUISARTS TE LENT

In het vorige artikel over de conferentie in Woudschoten is — na een historische inleiding op de vraagstelling — slechts verslag uitgebracht over de gang van zaken op deze conferentie. De conclusies, waartoe de bespreking van het eerste thema (Hoe moet het Genootschap de ontwikkeling van de geneeskunst van de huisarts zien?) leidden, werden zondere nadere toelichting vermeld. Het is de bedoeling in dit tweede artikel enig commentaar op deze conclusie te leveren. Dit commentaar zal uit de aard der zaak onvermijdelijk een enigszins persoonlijk karakter dragen.

De lezer zal zich herinneren dat de eerste conclusie van de conferentie een aanbeveling was de formulering van de doelstelling van het Genootschap te wijzigen. De oorspronkelijke omschrijving van deze doelstelling luidde: „Het bevorderen van de wetenschappelijke uitoefening van de geneeskunst door huisartsen”. De conferentie beval aan om dit te veranderen in: „*Het bevorderen van de huisartsengeneeskunst en het richting geven aan de ontwikkeling daarvan op wetenschappelijk verantwoorde wijze*”.

Wanneer we deze nieuwe redactie met de oude vergelijken, vallen een aantal ingrijpende veranderingen op. De nieuwe omschrijving is in de eerste plaats ruimer. De klemtoon valt niet meer zo op het woord „wetenschappelijk” waarmee de oude definitie bij wijze van spreken stond of viel. In de nieuwe formulering heeft het woord wetenschappelijk een secundaire plaats gekregen. Het heeft de eerste plaats daarbij moeten afstaan aan een geheel nieuw woord: „de huisartsengeneeskunst”, dat nu in het centrum van de aandacht staat. Dit is een nieuw woord, een nieuw begrip, waarvan de inhoud echter niet nader wordt gedefinieerd. De verdere omschrijving van de doelstelling maakt wel duidelijk dat dit iets is, wat in ontwikkeling is en dat aan deze ontwikkeling nog richting kan worden gege-

Tenslotte moge ik nog op het volgende wijzen:

Bij patiënten, klagende over herhaalde verduisteringen van de visus, die dan min of meer vluchtig kunnen zijn, of wel bij hen, die aangeven gedurende de laatste tijd zo nu en dan flikkeringen waar te nemen, zij de huisarts op zijn hoede. Maar al te vaak heeft men hier te doen met herhaaldelijk tijdelijk optredende drukverhoging in de oogbol met een allengs zich vormende trombus in een der retina-vaten, met een neoplasma van de retina, chorioidea of corpus ciliare, of met een beginnende loslating van het netvlies. In al deze gevallen met visusklachten blijve het devies van de huisarts:

„Op korte termijn doorsturen naar de oogarts!”

ven. Deze wijziging van de doelstelling lijkt inderdaad ingrijpend. Men zou kunnen zeggen dat de oude formulering suggereert dat alle heil voor de huisarts te verwachten viel van een *wetenschappelijke* uitoefening van *de* geneeskunst. De geneeskunst is hierbij blijkbaar iets algemeen en voor alle artsen gelijk. De nieuwe formulering maakt duidelijk dat men zich inmiddels bewust is geworden dat de geneeskunst van de huisarts iets eighen heeft en zich onderscheidt van de geneeskunst van anderen. Voorwaar een gedurfde (doel)stelling, niet van pretenties en aspiraties ontbloot! Er is in de drie jaar, die zijn verlopen tussen de formulering van de oude en nieuwe omschrijving, blijkbaar heel wat gebeurd. Er schuilt in de oude formulering iets negatiefs, hetgeen bijvoorbeeld aan het licht komt wanneer men het woord „ook” inlast: de bevordering van een wetenschappelijke uitoefening van de geneeskunst ook door huisartsen. Er is iets wat duidt op een gevoel van tekortschieten in een zeker — wetenschappelijk — opzicht. De nieuwe formulering duidt juist op een positief gevoel van eigenwaarde, op het bezitten en tot verdere ontwikkeling willen brengen van iets eighen, iets oorspronkelijks: de huisartsengeneeskunst. De wetenschappelijkheid is daarbij niet alleenzalmakend, ofschoon deze wel als een essentiële voorwaarde voor de verdere ontwikkeling wordt gezien. Er is in de conferentie — en ook daarna bijvoorbeeld in de C.W.O. — nog gesproken over andere voorwaarden als doelmatigheid en doelgerichtheid in het ten aanzien van deze ontwikkeling te voeren beleid.

Wat bedoelde de conferentie met dit woord: huisartsengeneeskunst? De begripsinhoud daarvan wordt misschien wat duidelijker wanneer we onze aandacht richten op de volgende conclusie, waarin de functie van de huisarts wordt omschreven. De conferentie zou deze functie willen zien als: „*Het aanvaarden der verantwoordelijkheid voor een con-*

tinue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwende individuele mensen en gezinnen". Deze zorg wordt nader gedefinieerd als „het opheffen, in hun uitwerking belemmeren en, waar mogelijk, voorkomen van stoornissen in de individuele of gezinsgezondheid” (dus drievoudig: *curatief, revaliderend en preventief*).

In deze formulering wordt een aantal kenmerken genoemd die samen een zekere karakteristiek van de functie van de huisarts geven. Men zou deze kenmerken ook als karakteristika voor de geneeskunst van de huisarts kunnen beschouwen. Het is daarom dubbel de moeite waard, deze omschrijving eens aan een nadere beschouwing te onderwerpen. Dit kan misschien het beste deel voor deel geschieden. Het *aanvaarden* van *verantwoordelijkheid* wordt vooropgesteld; verantwoordelijkheid voor een *gezondheidszorg*. Van deze zorg worden drie kenmerken genoemd:

a. *continu*. Men kan deze continuïteit, deze longitudinaliteit van de zorg van de huisarts zien als essentieel verschillend van de tijdelijkheid van de intermitterende specialistische zorg. De zorg van de huisarts voor zijn patiënten strekt zich letterlijk uit vanaf de conceptie tot aan de dood. Of deze zorg voor de gezondheid van een individueel mens leven nu in feite door éénzelfde huisarts of door een opeenvolging van huisartsen wordt uitgeoefend, doet niets af aan het continue karakter van deze zorg. Dit geldt niet alleen voor individuele mensen, maar ook voor gezinnen. Men is in Nederland algemeen van mening dat ieder mens en elk gezin zijn eigen huisarts nodig heeft. Dit kan men niet van de verschillende specialisten zeggen. De meeste mensen komen slechts incidenteel en sommige zelfs nooit met een specialist in aanraking. De specialistische zorg draagt over het algemeen een *tijdelijk* karakter. Verscheidene specialismen zijn zelfs op bepaalde leeftijdstijdperken ingesteld, zoals kindergeneeskunde, geriatrie, gynaecologie, schoolgeneeskunde en bedrijfsgeneeskunde.

Vooropstelling van de continuïteit in de zorg van de huisarts zal in de toekomst leiden tot een groter aandacht voor de fasen van *gezondheid*. Bovendien kan het leiden tot een andere opvatting van het begrip ziekte, namelijk als een stadium of een ontsporing in de ontwikkeling van die gezondheid en niet als een verschijnsel op zichzelf.

Verantwoordelijkheid voor een continue gezondheidszorg betekent ook: continuïteit in deze verantwoordelijkheid. Dit impliceert dat de huisarts nooit geheel en al van zijn verantwoordelijkheid ontslagen is, dus nooit geheel afzijdig staat, wanneer hij een patiënt tijdelijk aan een specialist heeft toevertrouwd.

b. *Integraal*. De zorg van de huisarts kan zich niet beperken tot onderdelen van de geneeskunst. De huisarts kan zich niet veroorloven zijn patiënten alleen of hoofdzakelijk chirurgisch, internistisch, gy-

naecologisch, te beschouwen: hij zal altijd integraal-geneeskundig moeten denken. Geldt dit reeds voor het somatische vlak, het feit dat de mens niet alleen een psychosomatisch, maar ook een sociaal wezen is, maakt het voor de huisarts noodzakelijk te trachten ook het psychische en sociale en zelfs het metafysische aspect te integreren in de beschouwings- en benaderingswijze van zijn patiënten. In dit verband mag misschien worden verwezen naar de slotzin van het boek van Prof. Querido *, waarin wordt gesteld dat integrale geneeskunde het specialisme van de huisarts is.

Verantwoordelijkheid voor integrale zorg betekent ook: streven naar bewuste coördinatie en integratie van de zorgen die aan de patiënt worden besteed door specialisten en andere instanties op gezondheidsgebied.

c. *Persoonlijk*. Het woord persoonlijk kan in dit verband op tweeërlei wijze worden verstaan. Het kan worden betrokken op de persoonlijkheid van de patiënt, die in zijn totaliteit en zijn eenmalige individualiteit moet worden gezien en het kan worden betrokken op de persoonlijkheid van de huisarts, in de zin van: persoonlijke zorg voor een patiënt of een gezin in tegenstelling met onpersoonlijke, neutrale, institutionele zorg. Het lijdt geen twijfel dat deze beide betekenissen tegelijkertijd zijn bedoeld. Iedereen is het er over eens dat de persoonlijke betrekking, de band tussen arts en patiënt, van veel groter betekenis is in de huispraktijk dan in de specialistische praktijk. Patiënt en huisarts kennen elkaar wederkerig goed. Deze betrekking is zelfs ruimer, meer omvattend dan die tussen de psychiater en zijn patiënt. Zij die het weten kunnen, wijze, ervaren huisartsen en huisartsen die later specialist zijn geworden, kan men horen zeggen, dat de essentie van het beroep van de huisarts bestaat in het leggen van banden en het hanteren van deze relaties met patiënten. Men kan hen ook horen zeggen dat dit juist de grote charme van dit beroep uitmaakt. De rechtvaardiging van het woord *geneeskunst* inplaats van *geneeskunde* in de doelstelling van het Genootschap zal ook hoofdzakelijk in dit persoonlijke vlak moeten worden gezocht.

Over de aard van de zorg van de huisarts wordt gezegd dat dit een zorg is voor de *gezondheid*. Het valt op dat dit positief is gesteld. Er wordt niet gesproken over zorg alleen voor ziekte. Er wordt wel met nadruk vermeld dat deze zorg zich uitstrekt over diegenen, die zichzelf aan de huisarts *toevertrouwen*. Hiermede is niet alleen de vrijheid van de artskeuze en het vertrouwenskarakter van de band tussen huisarts en patiënt vastgelegd, maar ook de vrijheid van de mens al of niet een beroep op de zorg van zijn huisarts te doen, zelf te bepalen of hij in een concrete situatie deze zorg al of niet behoeft. De zorg voor de gezondheid is immers

* Querido, A. (1955) Inleiding tot een integrale geneeskunde. Stenfert Kroese, Leiden.

vooreerst een kwestie van 's mensen eigen verantwoordelijkheid.

Tenslotte wordt niet alleen gesproken over *individuele mensen*, maar worden direct daarna gezinnen genoemd. Hierbij wordt de nadruk op het karakter van de huisarts als *gezinsarts* gelegd. De huisarts heeft niet louter te maken met losse individuele mensen, hij ziet deze in hun gezinsverband. Hij ervaart dagelijks welk een sterke wisselwerking er bestaat tussen de individuele- en gezinsgezondheid. Immers, niet alleen geeft een stoornis in de gezondheid van één lid aanleiding tot repercussies in het gezin, maar deze individuele stoornis kan dikwijls ook alleen maar goed vanuit een stoornis in het gezin worden begrepen en behandeld.

De zorg van de huisarts werd op de conferentie van Woudschoten nader gedefinieerd als: „*Het opheffen, in hun uitwerking belemmeren en, waar mogelijk voorkomen van stoornissen in de individuele of gezinsgezondheid*”. Als objecten van deze zorg worden dus opnieuw direct na stoornissen in de individuele gezondheid, stoornissen in de gezinsgezondheid genoemd, waarmee het tweeledige karakter van de functie van de huisarts nog eens wordt onderstreept. Verder wordt nadrukkelijk vastgesteld dat de zorg van de huisarts drievoudig van aard is: *curatief, revaliderend en preventief*. De woorden curatief en preventief zullen geen nadere toelichting behoeven. Over de inhoud van het woord „revaliderend” is echter op de conferentie vrij uitvoerig gesproken. Buma had erop gewezen dat in onze volksgezondheid onder meer door het terugdringen van infectieuze aandoeningen en het geleidelijk verouderen van de bevolking, acute ziekten aan belang hebben ingeboet, maar dat de arts daarentegen steeds meer te maken krijgt met chronische ziekten, degeneraties en defecten. Door deze ontwikkeling krijgt het begrip behandeling

een nieuwe inhoud. Bij een bestaand chronisch defect van lichaam of geest wordt het accent bij de behandeling van het cureren van een defect verlegd naar het helpen aanpassen aan dit defect, dus naar het bespelen van overgebleven gezonde elementen. Naarmate het cureren van een defect minder mogelijk is, wordt het belang van een revaliderende, *het defect relativerende* instelling groter. Bij een dergelijke ontwikkeling zal het centrum van de aandacht van de huisarts dienen te verschuiven van belangstelling voor het defect op zichzelf naar belangstelling voor de persoonlijkheid, de totaliteit van de (defectueuze) mens. Een verschuiving dus van belangstelling voor ziekte naar belangstelling voor gezondheid. Een dergelijke verruiming van de belangstellingswereld van de huisarts zal voor de gehele benaderingswijze van zijn patiënten, voor zijn onderzoek- en behandelingsmethoden, maar ook voor zijn scholing, grote consequenties hebben. Het helpen aanpassen van mensen veronderstelt een kennen van deze mensen als totaliteit en het kunnen hanteren van zijn relaties met deze mensen.

Het zal de lezer na deze uitweiding duidelijk zijn dat de inhoud van het begrip revalidatie, zoals dit door de conferentie van Woudschoten bedoeld is, ruimer is dan de gebruikelijke opvatting die dit begrip gewoonlijk beperkt tot een betrekking met lichamelijke invaliditeit.

Bij dit — uiteraard wat persoonlijk gekleurde — commentaar op de eerste twee conclusies van de conferentie van Woudschoten moge het deze keer blijven.

In een volgend artikel zal op de „deeltaken” van de huisarts en op de verdere conclusies worden teruggekomen. Inmiddels houd ik mij echter aanbevolen voor commentaar. Mogelijk kan dit dan in volgende artikelen worden verwerkt.

Fysiologie en functieproeven van de nier (1)

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

Inleiding

Het is voor het leven van de mens noodzakelijk dat de samenstelling en de hoeveelheid van de verschillende lichaamsvloeistoffen zoveel mogelijk constant wordt gehouden.

Daarbij speelt de nier een zeer overwegende rol. Per minuut stroomt ongeveer 600 ml bloedplasma door de nier. Hiervan wordt door de glomeruli 120 ml filtraat gevormd. Dit filtraat wordt vervolgens tijdens zijn stroom door de tubuli zodanig gemodificeerd dat uiteindelijk urine ontstaat. Tijdens dit modificatieproces in de tubuli worden die stoffen, welke voor het lichaam niet noodzakelijk of zelfs schadelijk zijn, hetzij niet teruggeabsorbeerd, hetzij door

de tubuli aan deze vloeistof toegevoegd, terwijl stoffen die het lichaam niet kan missen in de hoeveelheid die gewenst is weer worden teruggeabsorbeerd. Dit in principe eenvoudige, maar in de uitvoering veel ingewikkelder systeem dan wij aanvankelijk dachten, maakt het mogelijk de samenstelling van de lichaamsvloeistoffen opvallend constant te houden.

Het proces van de urinevorming bestaat dus uit twee gedeelten:

- 1 ultrafiltratie van het bloedplasma in de glomeruli;
- 2 modificatie van dit ultrafiltraat in de tubuli.

Voor het verkrijgen van een goed inzicht in de fysio-