

niveau wordt niet duidelijk verbeterd, wel echter de subjectieve integratie.

Dat bij een vergelijking ook andere factoren in het geding zijn, zoals het verschil in maatschappelijke klasse, wil ik hier nu verder laten rusten. Ook op de betekenis van het wonen in stad of op het platteland wil ik hier niet verder ingaan.

Tot slot zou ik nog een enkele opmerking willen maken over de rol van de huisarts in het gezin in verband met de opname van het zwakzinnige kind. Het blijkt wel zeer duidelijk, dat men als huisarts er niet is met het geven van een advies om een kind in een inrichting op te laten nemen. Bij een van de door mij bezochte gezinnen werd op een gegeven moment op korte termijn een kind opgenomen, omdat huisarts en specialist dit nodig achtten. Het duurde echter niet lang of de ouders hadden dit kind weer naar huis gehaald. Bij een ander ouderpaar had de huisarts direct na de geboorte van een mongooltje het probleem van een eventuele opname aangesneden. Bij deze ouders ontwikkelde zich uitgesproken schuldgevoelens. Bij weer andere gezinnen, waar een kind vroeg, dat wil zeggen vóór het vierde jaar werd opgenomen, ontstonden nogal eens psychosomatische reacties bij de ouders na de opname van het kind.

Het blijkt dus wel dat de ouders eerst een rijpingsproces moeten doormaken, voordat zelfs een opname ter sprake kan komen. Dit proces kost meestal vele jaren. Eerst moeten de ouders zover komen dat zij hun kind helemaal — dus ook in zijn abnormaal zijn — leren aanvaarden. Pas daarna kan worden gedacht over een eventuele opname. In deze lange

periode kan de huisarts wel een begeleidende rol spelen, maar hij moet vooral geen beslissing forceren. Daar moeten de ouders naar toe groeien. Pas daarna kan de opname ook de betekenis krijgen van een „kind tot zijn bestemming brengen”, zoals een van de ouders het zo treffend noemde. Het mag geen wegsturen, geen wegdoen van het kind zijn. Mede om die reden is over het algemeen gesproken een opname vóór het vijfde jaar niet nodig en niet wenselijk. De huisarts hoede zich dan ook voor een al te actieve houding, hoewel bij de verschillende gezinstypen zijn houding toch weer een andere moet zijn. Men heeft aan de gegeven voorbeelden kunnen zien, dat een bepaalde gebeurtenis voor een gezin als geheel een trauma kan betekenen. Als huisarts moet men hiervoor een open oog hebben. Dit is niet alleen het geval bij de aanwezigheid en de opname van een zwakzinnig kind, maar ook kan dit voorkomen bij het overlijden van een van de ouders, bij de opname in een psychiatrische inrichting van een van de gezinsleden, bij werkloosheid, het invalide worden van man of vrouw en bij nog veel meer omstandigheden.

Ik hoop enig inzicht te hebben gegeven in de mogelijkheden, welke de gezinsociologie ons, huisartsen, kan bieden bij de beoordeling van bepaalde gezinsomstandigheden en de moeilijkheden, die zich daarbij kunnen voordoen. Duidelijk is wel, dat op dit gebied nog veel te verrichten valt; dat de gezinsociologie en de andere takken van de sociologie ons, artsen, belangrijk materiaal kunnen leveren en waardevolle methoden kunnen leren, daarvan ben ik overtuigd.

*Promoveren door huisartsen**

DOOR PROF. R. HORNSTRA

Voor een eerste inzicht in het probleem van het promoveren door huisartsen zou het nodig zijn het percentage van de doctores onder de huisartsen te kennen. Dat blijkt niet zo eenvoudig. Op een door het bureau van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst verstrekte lijst van gepromoveerde huisartsen komen 352 namen voor. Het is niet precies bekend op welk totaal aantal dit moet worden betrokken, want behalve de actief praktizerende, vallen ook de rustende huisartsen hier onder. Globaal zal dit in de buurt van 5000 liggen. Van dit getal uitgaande kan men stellen dat van de huisartsen zeven procent is gepromoveerd. Voor de specialisten zijn wij, door het onderzoek dat op mijn instituut is gebeurd, nauwkeuriger op de hoogte. Van alle sedert 1933 ingeschreven specialisten is 38 procent gepromoveerd. De gepromoveerde huisarts is dus een betrekkelijke uitzondering; dat specialisten gepromoveerd

* Voordracht, gehouden op het N.H.G.-congres 1959.

zijn, kan geen regel worden genoemd.

Sprekend over promoveren van huisartsen kunnen we ons echter niet baseren op de bovengenoemde lijst van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Van alle personen die daarop voorkomen, voorzover ze thans jonger zijn dan 65 jaar, heb ik de onderwerpen van de dissertaties laten uitzoeken en dan blijkt duidelijk, dat de meesten van de gepromoveerde huisartsen zeer kort na het artsexamen als assistent zijn gepromoveerd, dus voordat zij huisarts werden. De farmacologie blijkt een relatief grote aantrekkingskracht te hebben gehad. Aan de titel van de dissertatie is lang niet altijd na te gaan of deze bewerkt is ten tijde dat men als huisarts werkzaam was. Maar ook al zou dat wel mogelijk wezen dan hadden we nog geen beeld gekregen van het aantal gepromoveerde huisartsen. Er zouden dan namelijk diegenen moeten uitvallen, die als huisarts een dissertatie schreven, maar nu geen huisarts meer zijn, omdat ze in

een ambtelijke functie overgingen. Deze komen dan op de lijst van de Landelijke Huisartsen Vereniging, als groep in de Maatschappij voor Geneeskunst, niet meer voor. Alleen langs een zeer moeizame weg zou het mogelijk zijn tot het benaderend juiste aantal als huisarts gepromoveerden te komen.

Wij kunnen nog wel iets verder komen over het aantal gepromoveerde huisartsen en ons dan tegelijkertijd verdiepen in de aard van de onderwerpen. Op de lijst van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst komen 62 proefschriften voor, die na de laatste wereldoorlog zijn bewerkt. Van 5 hiervan heb ik het onderwerp niet kunnen achterhalen. Bij de overblijvende 57 voeg ik er drie waarvan mij bekend is dat ze na de oorlog door huisartsen zijn bewerkt, die thans geen huisarts meer zijn. Met deze 60 zullen we niet geheel compleet zijn, maar de analyse naar de aard van de onderwerpen geeft zeker een goede indruk van de situatie.

De verdeling is als volgt:

analyse en organisatie van de huisartsenpraktijk	5
infectieuze ziekten, mede op grond van eigen praktijkervaring	6
andere ziekten of afwijkingen	4
medische historie	6
medisch-sociaal of statistisch onderzoek, los van eigen praktijk	6
algemene onderwerpen (cultuur-sociologisch, antropologisch)	3
psychologisch-psychiatrisch in verband met de oorlog	2
farmacologisch onderzoek	7
overig laboratoriumonderzoek, eventueel klinisch-chemisch onderzoek	14
klinisch	5
antropogenetisch	1
bedrijfsgeneeskundig-toxicologisch	1
totaal	60

Het staat vrijwel vast dat de eerste zes groepen, tezamen 30 proefschriften, in de praktijk zijn bewerkt. Van de resterende 30 lijkt het waarschijnlijk, dat het merendeel van deze proefschriften niet tijdens het uitoefenen van een huisartsenpraktijk is ontstaan. Het komt mij voor dat we mogen concluderen dat het aantal na de oorlog gepromoveerde huisartsen tussen 35 en 50 ligt.

Bij beschouwing van de hierboven gegeven tabel blijkt dat de eerste drie groepen, tezamen 15 proefschriften omvattend, betrekking hebben op een onderwerp, ontleend aan de eigen praktijk. Deze zijn dus te rubriceren als te behoren tot de huisartsengeneeskunde. De oogst is dus nog niet groot en het Nederlands Huisartsen Genootschap ziet dus stellig nog een grote taak voor zich als het zich ten doel stelt dat deel van de geneeskundige wetenschap, dat voor rekening komt van de huisartsen, te bevorderen; het zal interessant zijn om in 1970 opnieuw de balans op te maken. Hopelijk kan dat dan gebeuren aan de hand van een nauwkeuriger boekhouding

dan waarop de thans gegeven cijfers steunen. Het aantal dissertaties van huisartsen over onderwerpen in de huispraktijk mag in de toekomst ongetwijfeld worden gehanteerd als maat voor de bloei van het N.H.G.

Het N.H.G. — in navolging van het Engelse College of General Practitioners — heeft van de oprichting af een taak voor de huisartsen gezien bij de voortschrijdende ontwikkeling van de geneeskundige wetenschap. Men dacht daarbij niet aan veel schrijvende en in grote getale dissertaties bewerkende huisartsen, als status verhogende voorhoede van de huisartsen. Wel sprak daaruit de overtuiging dat de huispraktijk een terrein is, waar uitsluitend, of in elk geval beter dan waar ook, een antwoord kan worden gezocht op bepaalde medische vragen van hoge importantie. Op analoge wijze is bijvoorbeeld de ziekenhuissituatie bij uitstek geschikt voor de beantwoording van medische vraagstukken.

De ontwikkeling is zo geweest dat vrijwel alle wetenschappelijke middelen, zowel materieel als personeel aan de sector ziekenhuis en laboratorium ten goede zijn gekomen. (Het succes daarvan is zo groot geweest, dat artsen en financierende overheid er nauwelijks bij stil stonden, dat in de huisartsensituatie een terrein zou kunnen bestaan met eveneens belangrijke perspectieven bij wetenschappelijke exploitatie).

Het is verleidelijk te gaan fantaseren wat er mogelijk zou zijn gebeurd wanneer de omstandigheden voor speurwerk op het terrein, dat de huisarts overziet, even gunstig geweest zouden zijn als het geval is geweest in bijvoorbeeld de academische ziekenhuizen. Fantasieën zijn nooit bewijzend en ook niet als zodanig bedoeld. Toch fantaseer ik even.

We zouden dan veel eerder dan nu hebben geweten van de nadelige gevolgen voor de vrucht van ru-beola bij de moeder in de vroege zwangerschap. De „comprehensive medicine” of integrale geneeskunde zou in dat geval thans niet meer zijn beschouwd als een soort nieuwlichterij, maar al lang gemeengoed zijn geweest en de organisatie van de huisartsengeneeskunde zou al lang zo geweest zijn dat de huisarts dit probleem aan zou kunnen. De zogenaamde „minor maladies”, die zoveel leed geven, zouden niet in de periferie van of zelfs buiten het gezichtsveld van de geneeskunde terecht zijn gekomen. Het nu nog zo weinig ontgonnen gebied van de betekenis van milieu en sociale omstandigheden voor het ontstaan en verloop van ziekten zou heel wat beter zijn bestudeerd met als resultaat preventieve mogelijkheden, waarvan we nu niets afweten. We weten van exogene invloeden op carcinomen, zonder ze nader te kunnen bepalen. Had men dit jarenlang systematisch onderzocht met dezelfde intensiteit als men nu in biochemische richting doet, dan is het zeer wel denkbaar dat het kankervraagstuk nu dichterbij de oplossing zou zijn geweest.

De medische vraagstelling heeft zich door het eenzijdige accent op de ziekenhuissgeneeskunde toegepitst op de vraag: „Wat heeft de patiënt en hoe helpen wij hem?” Bij zwaarder accent op de huis-

artssituatie zou meer aandacht zijn geschonken aan de vraag: „Waarom heeft deze patiënt dit, en hoe is na genezing, dit bij hem en vooral bij anderen te voorkomen?” De Engelse huisarts-cardioloog Mackenzie, zag dit al in 1916, toen hij zijn „Principles of Diagnosis and Treatment in Heartaffectations” begon met de woorden: „The progress of medicine will be hempered and delayed till the general practitioner becomes an investigator”.

En zo zijn we dan weer terug bij het onderwerp van deze beschouwing over de huisarts als onderzoeker. Het N.H.G. heeft de bevordering hiervan nadrukkelijk in zijn doelstelling opgenomen. Overig geneeskundig Nederland heeft hier tegenover de welwillende houding aangenomen van „daar zit misschien wel wat in” en aangemoedigd het maar te proberen.

Het N.H.G. had de bekende woorden van Churchill „give us the tools and we will finish the job” tot de zijne kunnen maken. Churchill begon, niettegenstaande hij wist niet voldoende bewerktuigd te zijn om de taak tot een goed einde te brengen. Het N.H.G. is ook maar met een schop gaan graven, omdat een dragline of bulldozer buiten de mogelijkheid lag. En toch zal er met de schop van de volbezette huisarts niet veel terecht komen van de exploitatie van de bodemschatten uit de grond, waarop de huisarts staat. Het moet verwondering wekken dat er, ondanks de gebrekkige bewerktuiging, al wat is uitgekomen, maar dat neemt niet weg dat ook het N.H.G. en zijn leden aan de pretentie, de huisartsengeneeskunde wetenschappelijk te bewerken, de voorwaarde moeten verbinden, daarvoor over de werktuigen te mogen beschikken. Financieel en inhoudelijk in de vorm van ter beschikking staande deskundige adviseurs en hulpkrachten bij de uitvoering. Dit geldt ook voor het schrijven van een dissertatie door een huisarts over een onderwerp de praktijk betreffende. Wanneer de dissertatie een eenmanszaak moet worden, dan is de keuze van onderwerp voor een huisarts zeer beperkt. De moeilijkheid ligt geloof ik niet in het gebrek aan tijd om aan de studie te geven. Iemand die een concreet probleem voor zichzelf ziet, dat hem boeit en dat hij zonder hulp van anderen kan bestuderen, vindt de tijd wel. Het schrijven van een dissertatie lijkt meer eenmanswerk dan dat het in feite zo is. Bij het bewerken van een dissertatie in kliniek of laboratorium heeft men personele hulp in de vorm van adviezen en begeleidend toezicht van medewerkers van een zeer verschillende deskundigheid. Hulpkrachten staan ter beschikking evenals apparatuur en voor zover deze moet worden aangepast aan de speciale proefopstelling van het onderzoek, zijn er technici, die ontwerpen en fabriceren. De betekenis van een voorhanden bibliotheek met documentatie is een belangrijk hulpmiddel.

De huisarts-promovendus zit er echt alleen voor. Hij kan ten hoogste zijn vrouw of, als hij die rijk is, zijn praktijkassistente wat routinewerk laten doen, maar daarmee is het dan ook uit. In deze gebrekkige werksituatie is het niet mogelijk het gebied van de

huisartsengeneeskunde te bewerken. Met een schop kan men nu eenmaal niet diep graven. De gemeenschap zal de huisartsen aan de middelen moeten helpen zoals ze ook kliniek en laboratorium het wetenschappelijk werken mogelijk maakt.

Wie is die gemeenschap waarvan hulp zal moeten komen? Wanneer ik hier met name denk aan de rijksoverheid en concreter nog aan het departement van Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen, dan betekent dat niet dat er verder geen taak ligt voor particuliere kringen. De vaste financiële basis, waarop men een deskundig adviserend centrum kan inrichten, moet van de overheid komen. Het algemeen belang is hierbij in voldoende mate betrokken om een grote rijksbijdrage te kunnen motiveren. De verdelende rechtvaardigheid, die de overheid dient te betrachten, pleit er sterk voor om ook geld beschikbaar te stellen voor wetenschappelijke bewerking van het terrein dat de huisarts overziet.

Het komt mij voor dat het gewenst is dat het N.H.G. zich een zo concreet mogelijk beeld zal vormen over de wenselijke gang van zaken. Met de inrichting van een centrum alleen zal men er financieel niet zijn. Huisartsen, die een onderwerp van studie hebben gevonden en dat willen bewerken, zullen in de gelegenheid moeten worden gesteld hiervoor ook financiële hulp te krijgen, hetzij voor bijzondere te maken onkosten, hetzij voor honorering voor een tijdelijke assistent of waarnemer om zich enige tijd rustig te kunnen concentreren.

Veel onderwerpen zullen alleen kunnen worden bestudeerd als een aantal andere huisartsen bereid is uit eigen praktijk gegevens te verschaffen. In een aantal gevallen zal het niet meer redelijk zijn deze hulp om niet te vragen. Dan moet het mogelijk zijn daarvoor een voorziening te treffen. Men zegge nu niet dat de wetenschap het alleen moet hebben van onbaatzuchtige dienaren. Baatzucht is bepaald iets anders dan een vergoeding vragen voor het geven van professionele tijd.

Wanneer het de huisartsen ernst is de geneeskundige wetenschap door speurwerk verder te brengen, dan zal echter ook de organisatie van de praktijkvoering vanuit dit gezichtpunt mee moeten worden bestudeerd. Aan een nauwere samenwerking in de richting van een vorm van groepspraktijk zijn dan bepaald aantrekkelijke kanten niet te ontzeggen.

Het N.H.G. is tot nu toe gekenmerkt door een jeugdige frisheid, doordat er een tot enthousiasme prikkelende visie aan ten grondslag ligt. Om dit élan te bewaren zal men aan deze visie een concrete gestalte moeten geven. Dit geldt zeker ook voor de bevordering van het wetenschappelijk onderzoek. Wanneer het waar is dat in de huisartsensituatie mogelijkheden liggen voor wetenschappelijke vooruitgang dan zal dat moeten blijken uit het promoveren van meer huisartsen en dan op onderwerpen aan de praktijk ontleend. Nu zijn dit nog betrekkelijke uitzonderingen en ik zie hierin weinig verandering komen als niet speciale gunstige voorwaarden vervuld worden. You cannot finish the job if you don't get the tools.