

huisarts en wetenschap



MAANDBLAD

VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

Huisarts en revalidatie

JAARREDE VAN DE VOORZITTER VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP
DR F. J. A. HUYGEN

De voorzitter van het Nederlands Huisartsen Genootschap, Dr F. J. A. Huygen, heeft bij de opening van het 8e N.H.G.-congres op 30 november 1963 te Utrecht de volgende jaarrede uitgesproken:

Dames en Heren,

Voor een inleiding op dit congres leek het mij aantrekkelijk aan te sluiten bij het thema, dit jaar door de Congrescommissie gekozen in haar streven ieder jaar een bepaald facet van de huisartsgeneeskunde te belichten. Over dit onderwerp — de revalidatie — nadenkend, zocht ik naar connecties tussen huisarts en revalidatie. Het eerste wat mij toen te binnenviel was, dat in de kring van het Genootschap reeds eerder over dit thema was gesproken, namelijk op de conferentie van Woudschoten in januari 1959. Daar werd zelfs vastgesteld dat de gezondheidszorg, die door de huisarts wordt uitgeoefend, drievoudig van aard dient te zijn: curatief, preventief en revaliderend. Er is toen reeds uitvoerig ingegaan op de inhoud van het begrip revalidatie. In het spraakgebruik wordt hieronder gewoonlijk vooral een herstel van de lichamelijke arbeidsgeschiktheid verstaan. De conferentie van Woudschoten vatte dit begrip echter ruimer op en dacht ook aan revalidatie in geestelijk en maatschappelijk opzicht.

Buma heeft er toen op gewezen dat de huisarts, door de ontwikkeling van de volksgezondheid, steeds meer te maken krijgt met chronische en degeneratieve ziekten en met defecten die na curatieve behandeling overblijven. Het begrip „behandeling” krijgt in deze omstandigheid voor de huisarts een andere inhoud. Bij een bestaand chronisch defect van lichaam of geest dient het accent te worden verschoven van cureren naar helpen aanpassen, naar

het bespelen van overgebleven gezonde elementen en naar een behandeling van de patiënt als individuele totaliteit. Naarmate cureren van een defect minder mogelijk is, wordt het belang van een revaliderende, dat wil dus zeggen het defect juist relativerende instelling groter. Dit betekent dat het centrum van de aandacht dient te verschuiven van belangstelling voor ziekten en gebreken naar belangstelling voor gezondheid, voor de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling, de persoonlijkheid en de aanpassing van de patiënten aan hun omgeving. Wij bespraken toen reeds welke consequenties uit deze gedachten voortvloeiden voor de huisarts en voor het beleid van het Genootschap.

Wij bespraken toen reeds welke consequenties uit deze gedachten voortvloeiden voor de huisarts en voor het beleid van het Genootschap.

Inmiddels is het duidelijk geworden dat revalidatie niet alleen van belang is bij chronische ziekten en gebreken, maar eveneens bij ongevallen en acute ziekten en is de slagzin gelanceerd, dat revalidatie reeds bij het begin van elke behandeling dient aan te vangen. De voordrachten die vandaag worden gehouden zullen u wel duidelijk maken hoe groot het belang is van een revaliderende instelling van de huisarts en hoe nodig het is daarbij aandacht te besteden aan de psychische en sociale aspecten.

Peinzend over de historische connecties tussen de term revalidatie en het Genootschap schoot plotse-ling de gedachte door mij heen dat er nog een veel directer historisch verband is te leggen tussen huisarts, Genootschap en revalidatie. Is dit Genootschap immers niet eigenlijk geboren uit de wens de huisarts zelf te revalideren? Hoewel u misschien zul glimlachen om deze associatie wil ik toch graag in alle ernst op deze gedachte doorgaan, want de wens, de huisarts zijn waarde te hergeven, zou men inder-

daad het motief van de oprichters van ons Genootschap kunnen noemen.

Misschien mag ik weer teruggrijpen op de reeds genoemde conferentie van Woudschoten. Daar hebben wij ons gezamenlijk beraden over onze doelstellingen en over het beleid, dat wij zouden moeten voeren om deze doeleinden zo goed en zo spoedig mogelijk te benaderen. Twee inleiders hebben daar de besprekingen geopend, Van Deen en Buma. Ik zou van hun stellingen willen uitgaan om deze aan het heden te toetsen.

Beiden zagen als het meest urgente punt van ons programma, te komen tot een zekere omschrijving van de taak van de huisarts, daar men slechts daarop richtlijnen voor een beleid zou kunnen uitstippelen. Welnu, de conferentie heeft aan hun verlangen voldaan. Wij hebben zelfs een zekere formule voor de (toekomstige) taak van de huisarts gevonden, welke wij definieerden als: „het aanvaarden van verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwende individuele mensen en gezinnen”. Het is duidelijk dat hetgeen wij hier aangaven, een ideaalstelling was en dat er een zekere spanning bestaat tussen de werkelijkheid van alledag en het realiseren van ons ideaal.

Hoe kon het Genootschap zijn doelstelling: bevordering van de uitoefening en het richtinggeven aan de ontwikkeling van de boven omschreven huisartsgeneeskunde, het best nastreven? Waren de beide inleiders in hun eerste stelling min of meer gelijkgestemd, over de te volgen weg liepen hun gedachten uiteen.

Buma sprak over een ontwikkeling van een technologie, afgestemd op de inhouden van de huisartsgeneeskunde en over het in het leven roepen van organisatievormen en een apparatuur, die een en ander zou kunnen realiseren. Als ik de afgelopen jaren overzie meen ik te mogen zeggen, dat in deze richting reeds belangrijke stappen zijn gezet. Het werk dat door de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek, door de Studiegroep Praktijkvoering, door de Commissie Nascholing en door de 25 medisch-psychologische studiegroepen is verzet, kan men zien als pogingen om te komen tot een eigen technologie. Er zijn zeer verheugende dingen te noemen als het toetreden van het duizendste lid tot onze organisatie, het in gebruik nemen van meer dan een miljoen werkkaarten, het verrichten van belangrijke groepsonderzoekingen, waarvan er een vanmiddag zal worden besproken, het grote succes van ons eigen maandblad, dat nu door meer dan de helft van alle Nederlandse huisartsen wordt gelezen, en dergelijke meer.

Wij zijn echter ook tot de conclusie gekomen dat de technische onderbouw van onze ideaalstellingen alleen is te verwezenlijken, wanneer wij kunnen beschikken over georganiseerde deskundige krachten, die zich hieraan geheel kunnen wijden. Het bestuur heeft daarom dit afgelopen jaar de Nederlandse Stichting tot Bevordering van de Huisartsgenees-

kunde in het leven geroepen, die het ontstaan van huisartsen-instituten, verbonden aan universiteiten, wil bevorderen. Het ligt daarbij in de bedoeling eerst te komen tot de oprichting van een instituut, dat als centraal coördinerend wetenschappelijk apparaat voor het Genootschap kan fungeren. Gelukkig vonden wij bij de geografisch meest centraal liggende universiteit, namelijk hier te Utrecht, bij medische faculteit en curatoren een willig oor en plannen, die zeer goed bij de onze pasten, zodat er een goede basis voor samenwerking aanwezig bleek. Een dergelijk instituut zal echter veel geld kosten, zelfs al komt de universiteit ons zoveel mogelijk tegemoet. Het verheugt mij zeer hier te kunnen mededelen dat wij de Nederlandse Vereniging van Pharmaceutische Producten „Nepropharm” en de Bond van Importeurs van Pharmaceutische Artikelen bereid hebben gevonden ons instituut van de grond te helpen, door een subsidie voor de eerste vijf jaren toe te zeggen, zonder daaraan enige voorwaarden te verbinden. Het past mij hier een woord van dank tot deze organisaties te richten. Mede door hen daartoe in staat gesteld, hopen wij begin volgend jaar een bescheiden aanvang te kunnen maken bij het opbouwen van een eigen apparaat, dat ons behulpzaam kan zijn bij het bereiken van onze doelstellingen. Aan het bereiken van de desiderata, die door Buma werden gesteld, wordt dus met man en macht gewerkt.

Van Deen's gedachten op de conferentie van Woudschoten bewogen zich echter in een ietwat andere richting. Hij achtte het de meest urgente opgave voor het Genootschap, na de omschrijving van de huidige taak van de huisarts, alle grote en kleine problemen op te sporen, die een goede vervulling van deze taak belemmeren en daarna te trachten deze problemen op te lossen.

Wat hebben wij op dit gebied gedaan? Wij hebben aandacht besteed aan de opleiding van de huisarts, door hieraan een conferentie te wijden, door het instellen van een Commissie Assistentenschap Huisarts, die een rapport heeft uitgebracht dat binnenkort zal worden gepubliceerd, en door mee te werken aan de Maatschappij-Commissie over de opleiding van de huisarts. De Studiegroep Praktijkvoering heeft verschillende problemen in behandeling genomen en over meerdere een rapport uitgebracht en de Commissie Nascholing is bezig een overzicht over de nascholingsmogelijkheden in de centra uit te werken.

Er zijn dus wel verschillende problemen onder de loep genomen, maar er is niet geschied wat Van Deen eigenlijk bedoelde: systematisch opsporen van alle factoren, die de huisarts kunnen belemmeren zijn taak goed uit te oefenen. Nu was dit ook geen eenvoudige opgave, die ons bovendien kon voeren op gebieden, die buiten het eigenlijke terrein van het Genootschap liggen. Toch moeten wij ons, geloof ik, afvragen of het niet gewenst is dat wij een poging in deze richting ondernemen. Het zal echter zeer moeilijk zijn dit op wetenschappelijk verant-

woorde wijze te doen — wat wij toch in het devies van ons Genootschap schreven —. Hoe komt men namelijk uit boven het niveau van subjectieve meningen? Staat u mij toe hier eens een poging te wagen het terrein te verkennen, uitgaande van de vraagstelling: wat belemmert de huisarts bij het streven naar de ideaalfunctie, zoals die door ons is omschreven, of in het kader van dit congres anders gezegd: oplossing van welke problemen zou kunnen helpen de huisarts te revalideren?

Het komt mij voor dat daarbij twee grote probleemgebieden zijn te onderscheiden, enerzijds dat van de deskundigheid — uiteindelijk dus van opleiding en nascholing —, anderzijds dat van de werkomstandigheden. Over het eerste probleemgebied heb ik het vorig jaar op dit congres gesproken, ditmaal wilde ik iets zeggen over het tweede, dat van de werkomstandigheden. Ik vraag mij af of wij hieraan voldoende aandacht besteedden. Wat zijn belangrijke problemen op dit gebied?

Over één hebben wij herhaaldelijk gesproken, te weten dat van de isolatie van de huisarts in zijn beroepsuitoefening, met het daaraan inherente gevaar van het ongemerkt afglijden in zijn werk en het loslaten van bepaalde normen. Het organisatorische werk in de centra heeft ons geleerd dat het uiterst moeilijk is dit isolement te doorbreken. Op sommige plaatsen is het min of meer gelukt, maar op vele andere plaatsen laat het contact tussen de huisartsen op beroepsniveau te wensen over. In een conferentie vorig jaar te Eindhoven hebben wij het voor en tegen van groepspraktijken uitvoerig overwogen. Een van de conclusies, welke men uit deze besprekingen kon trekken, is, dat het dringend gewenst is te zoeken naar en te experimenteren met vormen van samenwerking tussen huisartsen, die het isolement kunnen doorbreken. Het Genootschap zal op dit gebied zeker nog belangrijk werk moeten verrichten.

* * *

Een verder probleem is dat van de outillage van de huisarts, zijn uitrusting wat praktijkruimten en hulpmiddelen voor diagnostiek en therapie betreft. De Studiegroep Praktijkvoering deed reeds veel op dit gebied, maar dienen wij ons niet nog meer systematisch af te vragen over welke mogelijkheden de huisarts in de toekomst zal moeten beschikken om zijn taak goed te kunnen uitoefenen? Het is duidelijk dat de gemeenschap de hulpmiddelen voor diagnostiek en therapie hoe langer hoe meer concentreert in de ziekenhuizen. Aanknopen bij een beeldspraak uit een recent Engels rapport zou men kunnen zeggen dat de huisarts in het stadium van de huisvlucht is blijven steken, terwijl het ziekenhuis zich tot een moderne groot-industrie heeft ontwikkeld. Wordt het geen tijd dat men zich afvraagt of dit een ontwikkeling is waarmee de gemeenschap op den duur gelukkig zal zijn? Is het nog wel juist te achten dat de huisarts zijn gehele outillage zelf moet bekostigen, terwijl hier geen financiële tegemoetkomingen of prikkels tegenover staan? Zou het niet

mogelijk zijn, met behoud van zelfstandigheid van de huisarts, premies te stellen op een betere outillage? Ik kom hier echter op het terrein van de Landelijke Huisartsen Vereniging.

Nauw verwant aan het vorige is het probleem van de hulpkrachten. Daarmee bedoel ik op de eerste plaats uiteraard onze onvolprezen praktijkassistenten. Daarover behoeft ik na het belangrijke werk van Ten Cate weinig te zeggen. Het verheugt mij alleen u te kunnen mededelen dat er, mede op onze instigatie, zich een vereniging van praktijkassistenten heeft gevormd met doelstellingen, die goed aansluiten bij de onze. Met hulpkrachten bedoel ik echter ook anderen, al is deze term dan in dit verband onjuist gebruikt, en wel al degenen, die kunnen helpen het medisch thuisfront van de patiënt te versterken. Ik denk dus aan de wijkverpleegster, de vroedvrouw, maar ook aan de maatschappelijk-werker en de hulp die de geestelijk verzorger kan verlenen. Het lijkt mij dringend nodig dat wij ons gaan beraden op betere vormen van samenwerking. Ook met de medische specialisten zal een veel beter samenspel moeten worden ontwikkeld, daar dit in toenemende mate te wensen overlaat. Over dit alles zou veel te zeggen zijn. Laat ik volstaan met te vermelden, dat op het ogenblik drie experimenten plaatsvinden over een nauwere samenwerking tussen huisartsen en maatschappelijk-werkenden, te Amsterdam, Apeldoorn en Nijmegen. Er zullen echter meer van dergelijke experimenten moeten worden verricht, die er bewust op zijn gericht de zorg voor onze patiënten in hun eigen milieu te verbeteren. Het thuisfront zal in de toekomst aanzienlijk moeten worden versterkt.

* * *

Een laatste probleem dat ik zou willen aanstippen is dat van de tijd, welke de huisarts nodig heeft om zijn patiënten een goede geneeskundige verzorging te geven. Hierbij komt aan de orde het moeilijke probleem van de optimale praktijkgrootte, waarop tal van factoren zoals de werkkraft en de instelling van de huisarts, zijn organisatievermogen en de aard van zijn praktijkbevolking invloed hebben. Uit verschillende onderzoekingen is komen vast te staan dat voor de huisarts met een mediane praktijk kan worden gesproken van een chronische tijdnoed, terwijl ik ervan overtuigd ben dat chronische tijdnoed van iedere huisarts op den duur een slechte arts kan maken, omdat de huisarts in zijn praktijk ook met een minimum blijkt te kunnen volstaan zonder vast te lopen.

Allen, die zich in dit onderwerp hebben verdiept, zijn het erover eens, dat voor een betere praktijkuitoefening door de huisarts meer tijd per patiënt een van de meest dringende eisen is. Dit betekent dus dat er aanzienlijk meer huisartsen zullen moeten komen. Valt dit in de toekomst te verwachten? Er zijn gegronde redenen hieraan te twijfelen, ik geloof zelfs dat er reden is tot ernstige zorg wat dit betreft. Uit de cijfers omtrent het aantal afstuderenden, verstrekt door *Prof. Hornstra*, blijkt, dat er in de ko-

mende jaren een tekort aan artsen valt te verwachten. Het is moeilijk betrouwbaar te achterhalen welk gedeelte van de afstuderenden huisarts wordt, maar het staat vast dat dit percentage sinds de eeuwwisseling steeds verder dalende is. Het is duidelijk dat er een sterke neiging is in de richting van de klinische specialisatie en in die van de sociaal-geneeskundige beroepen. Men kan verschillende factoren opsommen, die deze ontwikkeling in de hand werken, zoals de invloed die uitgaat van de opleiding in het ziekenhuis, de hogere wetenschappelijke status van de specialist, de minder ideale werkomstandigheden van de huisarts en zijn dag en nacht rechtstreeks blootgesteld zijn aan de druk van de kant van zijn patiënten, de minder grote verantwoordelijkheid voor de assistent-specialist, terwijl financiële perspectieven ongetwijfeld een zeer belangrijke rol zullen spelen bij de keuze van de jonge arts. Hoe dit alles ook zij, feit is dat de beschikbare cijfers erop wijzen dat in de laatste jaren waarschijnlijk minder dan 25 procent van het aantal afgestudeerden in Nederland huisarts wordt. Bovendien stappen geregeld huisartsen na een aantal jaren praktijkuitoefening over op een volledig ambtelijke functie, waar zij betere werkomstandigheden en een verzekerde oudedagvoorziening kunnen vinden.

Wij staan voor de paradoxale ontwikkeling dat de bevolking blijkt steeds vaker een beroep op de huisarts te doen, steeds meer van hem te verwachten — aan welke verwachting hij ook potentieel kan beantwoorden — terwijl er relatief steeds minder huisartsen ter beschikking komen. Ik geloof dat dit een verontrustende ontwikkeling is. Wij kunnen in de Verenigde Staten zien waartoe dit kan leiden. Uit onderzoekingen aldaar is gebleken dat de bevolking de getalsmatig uitstervende huisartsen in hoge mate waardeert, trouw blijft en nog steeds bijzonder veel van hen verwacht, terwijl er een onderbewuste wrok groeit tegen de medische stand als geheel, die zich naar het gevoelen van de bevolking van haar heeft verwijderd. Het is mijn overtuiging dat ook de Nederlandse bevolking een steeds grotere behoefte zal krijgen aan goede, primaire, persoonlijke, continue en zoveel mogelijk omvattende gezondheidszorg. Maar het lijkt mij de vraag of hieraan zal kunnen worden voldaan wanneer de ontwikkeling, welke wij op het ogenblik waarnemen, aan haar lot wordt overgelaten. Het zou weleens kunnen dat wij dan een „point of no return” zouden passeren vóór het goed wordt beseft, zoals in Amerika waarschijnlijk reeds het geval is.

Wij, als Genootschap, doen ons maximale best om de diensten van de huisarts aan de bevolking te verbeteren en ik meen te mogen zeggen, dat wij reeds het een en ander hebben bereikt. Wij alléén zullen het echter nooit kunnen redden. Er zullen beslist méér huisartsen moeten komen en het valt, dunkt mij, niet te verwachten dat die er vanzelf zullen komen en zeker niet dat zij vanzelf beter opgeleid, gespecialiseerd zullen worden voor hun taak in de gemeenschap.

Er zal een weldoordachte revalidatie van de huisarts moeten plaatsvinden, waarvoor heel wat nodig zal zijn. Daar zullen grote bedragen mee gemoeid zijn, maar dat lijkt mij geen bezwaar als ik zie dat jaarlijks tientallen miljoenen guldens worden gestoken in de uitbreiding van het aantal ziekenhuisbedden, terwijl, naar mijn mening, rustig kan worden gesteld dat reeds nu een aanzienlijk gedeelte van de ziekenhuisopnamen zou kunnen worden voorkomen door een betere poliklinische behandeling in samenwerking met de huisarts en door een betere gezondheidszorg door de huisarts alleen. Om enig idee te geven van de grootte-verhoudingen: het budget waarmee wij onzerzijds het Nederlands Huisartsen-Instituut, dat in principe ten dienste zal staan voor 4.500 huisartsen, van de grond moeten helpen, komt overeen met de kosten van slechts één ziekenhuisbed, één van de duizend die ieder jaar in Nederland worden bijgebouwd. Dit bedrag wordt ons nu geschonken door particuliere organisaties, die dit in het geheel niet behoeven te doen. Wij zijn daarvoor bijzonder dankbaar. Het is echter duidelijk dat organen als de Nederlandse Stichting tot Bevordering van de Huisartsgeneeskunde voor de oprichting en instandhouding van huisartseninstituten spoedig aangewezen zullen zijn op financiële steun van de overheid. Een periode van specialisatie tot huisarts na het artsexamen zal moeten worden gehonoreerd en er zullen grote subsidies nodig zijn voor een continue, op de praktijkuitoefening gerichte nascholing van de huisarts en voor wetenschappelijk onderzoek op zijn terrein. Kortom, er zal hulp op grote schaal moeten worden geboden vóór het te laat is. Wij krijgen reeds hulp van vele kanten, waarvoor wij dankbaar zijn en waardoor wij ons gesteund voelen. Ik meen echter dat er periculum in mora is met het plannen van de grote lijnen en het daarop afstemmen van het beleid.

Dames en heren, beginnend met een poging de problemen op te sporen, die een revalidatie van de huisarts in de weg staan, ben ik geëindigd met een emotionele roep om hulp. Ik heb echter niet geschroomd dit te doen, daar het hier tenslotte niet gaat om het belang van het Genootschap of van de huisartsenstand, maar om het belang van de gezondheidszorg van de Nederlandse bevolking. De basis daarvan wordt nog steeds door de huisarts gevormd, die minstens 80 procent van alle gezondheidsstoornissen zelfstandig behandelt en de rest samen met de medische specialisten. Een gebrek aan de basis zal zich ook in de top wreken. Zonder een goede huisarts zullen ook de specialisten hun werk niet goed meer kunnen verrichten. Het is voor de Nederlandse bevolking van essentieel belang te achten dat zij ook in de toekomst de hulp zal kunnen krijgen van goede, deskundige en toegewijde huisartsen, die beschikken over de kennis, de tijd en de hulpmiddelen, welke hun patiënten nodig hebben.

The work of the family doctor (1963) *Lancet* II, 727.
Hornstra, R. (1963) *Medisch Contact* 18, 80.
Prakken, J. R. (1963) *Ned. T. Geneesk.* 107, 233.
Mac. F. Cahal (1963) *J. Amer. med. Ass.* 108, 183.