

De toekomstige ontwikkeling van de huisartsenpraktijk in Nederland

DOOR DR H. FESTEN, ARTS TE OISTERWIJK

Nauwelijks was met veel moeite en na veel strijd in 1865 de nieuwe figuur geschapen van de Nederlandse arts als de enige geneeskunstbeoefenaar, die na een uniforme universitaire opleiding tot de gehele praktijk van de geneeskunde werd toegelaten, of de spoedig daarna aangevangen en snel doorgezette specialisering in de geneeskunde riep een toestand op, waarbij opnieuw meer soorten geneesheren met zeer uiteenlopende bevoegdheden, verkregen na verschillende opleidingen in aansluiting aan een algemene basis-opleiding, naast elkaar praktiseerden. Terwijl in de „oude tijd” bij de wet de onderscheidene bevoegdheden waren geregeld en de taken waren afgebakend, is later geleidelijk, op basis van onderlinge afspraken binnen de artsengroep zelf, een feitelijke terreinafbakening ontstaan, zó afdoende, dat het zelfs mogelijk zou zijn hieraan de grondslag te ontnemen voor een sluitende wettelijke regeling van gedifferentieerde bevoegdheden, zonder dat deze bevoegdheden verdere omschrijving behoeften.

De ontwikkeling der geneeskunde leidde er toe, dat aan het begin van deze eeuw de specialist op indrukwekkende wijze zijn intrede deed. Voorop de oogarts, die respect afdwong met zijn ingenieus instrumentarium, op de voet gevolgd door de chirurg met zijn adembenemende ingrepen, die de wereld versteld deed staan over wat mogelijk was; iets later kwam de kinderarts, die zich eerst wat onwennig voelde in dit bijzondere gezelschap en daarom aanvankelijk overwoog om zich maar huisarts voor kinderen te blijven noemen, enzovoort.

Tegelijk met deze ontwikkeling ontstond er in het begin van deze eeuw voor het eerst een discussie over het bestaansrecht van de huisarts; daarbij bleek dat men, kennelijk onder de indruk van de ontwikkeling der geneeskunde, het juiste maatgevoel voor de werkelijke waarde der dingen verloor. Onder de wijd-verbrede leuze: de huisarts wordt binnenkort overbodig en de toekomst van de geneeskunde ligt volledig in de ontwikkeling der orgaanspecialismen, zijn in de medische periodieken van die tijd beschouwingen te lezen, waarin men voor die opvatting een beredeneerde achtergrond tracht te geven.

Wat moet de huisarts doen wanneer de mensen, die hij als huisarts goed kent, werkelijk ziek worden? „... Aldus opgevat zij de huisarts meer hygiënist dan therapeut want, laat het ons eerlijk bekennen, ons arsenaal van pharmaca in de engere zin is arm aan krachtige wapenen. In de kunst van het genezen moeten wij in vele gevallen de vlag strijken voor onze collega's de specialiteiten”, luidt het antwoord van een zeer bekend huisarts als *Dr P. W. Onnen* uit Utrecht. Welke moet de houding zijn van de ge-

neeskundigen tegenover de specialisten? vraagt *A. C. van Bruggen* en hij antwoordt: „Bovendien is het hun plicht zooveel mogelijk te bevorderen, dat hun patiënten zich in voorkomende gevallen, lichte zoowel als zware, gemakkelijke zoowel als moeilijke, direct tot den specialist wenden”.

Maar er waren natuurlijk ook andere stemmen, die de positie van de huisarts verdedigden; stemmen van gezaghebbende medici, die niet uit hun evenwicht waren geraakt en die de nieuwe dingen op hun werkelijke waarde wisten te schatten; stemmen, die de huisarts van toen als muziek in de oren moeten hebben geklonken en die men op de dag van vandaag nog ongewijzigd zou kunnen herhalen. Zo vindt men in het Tijdschrift voor Geneeskunde van die dagen van *Prof. Friedrich Müller* uit Bazel een vertaald artikel, dat voor de oprechte huisarts een verademing moet zijn geweest. „En toch zal de huisdokter steeds de gewichtigste vertegenwoordiger van den geneeskundigen stand zijn, en in zijn zegenrijke werkkring als raadsman van het huisgezin kan hij nooit ook niet door den besten specialist vervangen worden; ik aarzel niet in hem alsook in den in alle richtingen werkzamen en degelijken dorpsdokter, die geheel op zichzelf moet vertrouwen, het ideaal van den geneeskundige te zien.”

Ondanks de sombere voorspelling van *Pijnappel* als voorzitter van de Maatschappij in 1900, dat de huisarts bij het eeuwfeest dier Maatschappij wel eens een historische figuur zou kunnen zijn geworden, is hij niet uitgestorven. Een indrukwekkende stoet van actieve huisartsen heeft in 1949 deze profetie gelogenstraft en het tekort aan inzicht gedemonstreerd, dat aan het begin van deze eeuw velen, ook de meest prominente figuren in de medische wereld, parten heeft gespeeld.

Na enkele jaren luidde deze discussie dan ook, om opnieuw aan bod te komen na de eerste wereldoorlog toen een daarop aansluitende opleving van de medische techniek een nieuwe impuls gaf aan de ontwikkeling van het specialisme in de geneeskunde. De voorzitter van de Maatschappij *Kersbergen* gaf in zijn openingsrede voor de Algemene Vergadering van 1926 duidelijk aan, waarom het vraagstuk van het bestaansrecht van de huisarts met voorrang moest worden behandeld, ondanks het feit dat er binnen de artsengemeenschap andere brandende vraagstukken en meningsverschillen aan de orde waren. „En zou men mij vragen: wordt dan dat bestaansrecht dusdanig aangevochten, die betekenis zoo ernstig in twijfel getrokken, dat zij op deze plaats en op dit ogenblik een bespreking wenschelijk, ja noodig doen zijn? Dan antwoord ik vol-

mondig, ja Wie uwer daaraan nog twijfelen mocht, verwijs ik naar de telkens opduikende berichten in de medische pers en waarlijk niet alleen in de periodieken van ons land."

De conclusie, waartoe de voorzitter der Maatschappij in die rede kwam, kan worden samengevat met de volgende woorden: de huisarts kan weliswaar in de toekomst niet worden gemist doch hij zal zich grondig moeten aanpassen; hij moet de raadgever worden op het gebied van de individuele gezondheid en de beoefenaar van de preventieve geneeskunde. „Dit betekent dat de huisarts zich meer en meer moet gaan bezighouden met het normale en met de kennis van den invloed, dien diët sport, gemoedsgesteldheid, gedachtensfeer, ontspanning, familie en maatschappelijk bestaan op de gezondheid van het individu hebben."

Ook deze tweede „aanval" op de huisarts als therapeut en op zijn aandeel in het behandelen van zieken heeft de huisarts glansrijk doorstaan, want hoewel de ontwikkeling van de medische wetenschap een groot arbeidsveld voor de specialisten in en buiten het ziekenhuis schiep, werd tegelijk daarmee ook het werkterrein voor de huisarts belangrijk uitgebreid en bleef de huisarts in het geheel van de curatieve verzorging een waardevolle figuur.

Ondanks deze ontwikkeling werd, zoals ook wel te verwachten was, de betekenis van de algemeen practicus als behandelaar van zieke mensen opnieuw ter discussie gesteld toen na de laatste wereldoorlog de geneeskunst met sprongen vooruit ging en met name aan de specialisten in de ziekenhuizen ongekend grote mogelijkheden werden gegeven.

Deze hernieuwde „aanval" op de positie van de huisarts is waarschijnlijk in de meest uitdagende vorm geformuleerd door *Hornstra* (1962), in zoverre men dat althans uit de verslagen van een vergadering van het Oranje-Groene Kruis kan opmaken. „Niet te ontkennen is, dat de specialisten veel van de curatieve zorg van de huisartsen overnemen. De huisarts wordt meer en meer teruggedrongen tot adviseur, die zegt tot welke specialist men zich moet wenden; hij krijgt een passieve preventieve taak en zal steeds meer de sociaal-geneeskundige raadsman van het gezin worden."

Het feit dat de huisarts nog zieken behandelt, dankt hij volgens *Hornstra* tot op zekere hoogte aan het verwijzingsstelsel van het ziekenfondssysteem, doch wanneer hij als tussenschakel zou worden geëlimineerd, „dan zou de animo om huisarts te worden lam geslagen worden". Naar de mening van de Utrechtse hoogleraar in de sociale geneeskunde zal de huisarts nieuwe stijl de prenatale zorg op zich nemen, de taak van schoolarts vervullen en van controlerend arts, wat met zich medebrengt dat hij rapporten zal moeten schrijven omdat de overheid op de hoogte wil blijven van de gezondheidstoestand der bevolking. Mogelijk zal hij in de toekomst de positie van ambtenaar moeten hebben.

Nu moet men voor een beoordeling van deze gelanceerde meningen *Hornstra* kennen, die (als ik het

goed aanvoel) vaak de discussie op gang wil brengen met het stellen van extreme gedachten, die veel verder reiken dan zijn eigen feitelijke opvattingen. *Hornstra* is vaak een toreador, die de rode lap naast het lichaam houdt; bij een aanval op deze uitdaging stoot men toch nog in de lucht, zonder het lichaam zelf te raken.

Niettemin is de conclusie, waartoe *Hornstra* komt, tot op zekere hoogte een herhaling van de standpunten uit vroeger jaren, zij het ook met andere woorden weergegeven en met gebruikmaking van anders gekleurde beelden. De genezende taak zal de huisarts zijns inziens steeds meer aan de specialisten moeten overlaten en de nieuwe huisarts zal vooral de sociaal-geneeskundige raadsman der gezinnen moeten zijn. Het toekomstbeeld van de huisarts, zoals *Hornstra* dat schildert, is haast niet te vergelijken met het beeld van de huisarts uit het verleden en het heden.

Het komt mij voor dat deze summier aanteekeningen over het verleden als inleiding een zeker nut kunnen hebben omdat zij het mogelijk maken de thans opnieuw voorliggende vraag (namelijk of de huisarts, zoals wij die kennen, nog reden van bestaan heeft en of zijn positie misschien moet worden gewijzigd dan wel zijn taak fundamenteel moet worden herzien) vanuit de historie te waarderen als een op geregelde tijden terugkerend verschijnsel.

Bij een poging om aan te geven welke ontwikkeling van de huisartsenpraktijk wenselijk is, dient men de toevoeging „in Nederland" met nadruk in het oog te houden, temeer omdat de onrust op dit terrein voor een groot deel uit andere landen (Engeland, Amerika, Zweden, enz.) naar ons overwaait. Men mag bij het stellen van een prognose voor de toekomst niet uit het oog verliezen dat de organisatie van onze Nederlandse gezondheidszorg in belangrijke mate verschilt van die in andere landen en dat de verwachting, die de Nederlander van de huisarts heeft, een andere is dan die, welke men elders koestert. Dit is het gevolg van de geaardheid van ons volk, terwijl door een geheel eigen ontwikkeling een toestand is gegroeid, afwijkend van die welke men in andere landen kan waarnemen. Dit geldt in het bijzonder ten aanzien van de plaats en de taak, die de huisarts bij ons vervult. Bij mijn poging om te beschrijven hoe het was, hoe het is en hoe het zal moeten worden, beperk ik mij dus nadrukkelijk tot onze Nederlandse situatie.

Voor het beantwoorden van de vraag, of er een wijziging moet komen in de plaats en de taakopvatting van de Nederlandse huisarts, is een inzicht in de feitelijke toestand van het ogenblik onmisbaar, terwijl bij het stellen van een prognose de ontwikkeling, die tot de thans bestaande toestand heeft geleid, van belang zou kunnen zijn. Nu heb ik het, wat dit laatste betreft, beslist niet moeilijk want wanneer ik mij, onderzoekende op welke wijze de huisarts tot zijn huidige status is gekomen, plaats op de top van de heuvel van de tijd en dan terugblik over het ver-

leden, voorzover het ongewapend oog dat in de grote lijn kan onderscheiden, dan durf ik te concluderen, dat tot op heden de taak van de huisarts niet fundamenteel is gewijzigd en dat de plaats, die de huisarts thans inneemt, dezelfde is als die, welke hij door de eeuwen heen heeft bekleed. Er hebben slechts verschuivingen (aanvullingen zowel als beperkingen) van ondergeschikt belang plaats gehad, waardoor echter het wezen van zijn taak en plaats in de gezondheidszorg niet werd aangetast. Dit geschiedde zelfs niet door de indrukwekkende ontwikkeling van het specialisme in de geneeskunde.

Voor een uiteenzetting van de taak van de huisarts van vandaag, moet ik verwijzen naar wat ik daarover in 1955 heb gezegd in het kader van een voordracht over het vrije beroep van de arts; de onderdelen, die ik toen heb genoemd, te weten de curatieve zorg, het geven van geruststelling aan hen, die ziek menen te zijn, de preventieve zorg en de functie van raadgever (thans zou ik zeggen sociaal-geneeskundige raadgever) in de gezinnen, vormen ook thans nog de werkzaamheden, waaruit de taak van de huisarts is opgebouwd. Voor een inzicht in mijn opvatting ter zake verwijs ik dan ook naar het desbetreffende artikel. Aan de hand van deze beschrijving zou ik in eerste aanleg willen nagaan of in de toekomst fundamentele wijzigingen moeten worden aangebracht of nagestreefd.

Ten aanzien van de curatieve taak van de huisarts kan men zeggen dat dit onderdeel van zijn werk het meest beantwoordt aan de verwachting, welke het publiek van hem heeft; men gaat naar zijn dokter, en dat is in ons land als regel de huisarts, wanneer er iets hapert aan de lichamelijke of geestelijke gezondheid.

Het is mijn dagelijkse ervaring, zowel in de sector der ziekenfondsverzekerden als bij de gezinnen boven de loongrens, dat men in geval van moeilijkheden met of stoornissen in de gezondheid met de opmerking „ga dan naar de dokter” de huisarts bedoelt en niet de specialist. Als uitzonderingen op deze regel moeten wij noemen de oogarts (vooral wanneer het gaat over het aanmeten van een bril), de oor-, neus-, en keelarts, hoewel die in veel mindere mate rechtstreeks wordt geconsulteerd, en de huidarts, voor wie hetzelfde geldt. In onze Nederlandse verhoudingen gaat men voor kwalen en kwaaltjes, ondanks de sterke groei van het specialisme en het grote aantal specialisten dat beschikbaar is, toch naar een huisarts. Ieder gezin in ons land (behoudens enkele uitzonderingen) „bezit” dan ook een huisarts, met wie men blijkens de ervaring over het algemeen lange tijd verbonden blijft. Persoonlijk ben ik er van overtuigd dat dit belangrijke feit zeker voor een deel te danken is aan het abonnementsstelsel in het ziekenfondswezen, dat ieder gezin dwingt zich een huisarts te kiezen. Het is namelijk een typisch Nederlands verschijnsel, althans in de mate waarin het bij ons voorkomt en ik acht het van niet te onderschatten waarde voor de gezondheidszorg in haar geheel.

Dat bij ons degenen die behoefte hebben aan een medisch advies, als regel in de eerste plaats naar een huisarts gaan, is echter mede een gevolg van de omstandigheid dat het Nederlandse volk over het algemeen een groot vertrouwen in de Nederlandse huisarts heeft. Ik ben het dan ook beslist oneens met Hornstra wanneer hij concludeert, „dat door het verwijzingsstelsel der ziekenfondsen de huisarts een zodanige bescherming geniet dat, wanneer deze tussen-schakel zou wegvallen, de animo om huisarts te worden zou zijn lamgeslagen”, omdat volgens hem de patiënten, indien dat mogelijk was, liever rechtstreeks naar de specialist zouden gaan. Indien de patiënten in het algemeen niet blijken geven vertrouwen in de huisarts te hebben, zouden de huisartsen zeker niet veel neiging hebben zich te verzetten tegen de aandrang van sommige patiënten om zoveel mogelijk specialisten te raadplegen; het is trouwens een regel van medische gedragsleer dat aan de wens van de patiënt om een specialist te consulteren als regel moet worden voldaan. Wanneer men verder nog rekening er mede houdt dat de huisarts per jaar-abonnement wordt gehonoreerd en dat het verwijzen naar de specialist in feite slechts ontlasting van werk betekent, dan ben ik veeleer geneigd mijn bewondering uit te spreken voor het vertrouwen, dat het Nederlandse publiek in de huisarts stelt, kennelijk als een gevolg van de juiste opvatting, die de huisartsen bij ons over het algemeen van hun taak hebben.

Maar er is nog meer! Zelfs in de ziektekostenverzekering, die als regel de kosten van huisartsenhulp voor eigen rekening laat, terwijl de kosten van klinische en poliklinische specialistenhulp wel zijn verzekerd (zij het ook met een bescheiden eigen risico van f 15,— à f 25,— als drempel), toont de wijze waarop de verzekerden van hun rechten gebruik maken overduidelijk aan, welke centrale positie de huisarts in ons land inneemt en hoezeer de Nederlandse patiënt er prijs op stelt door een huisarts te worden behandeld zolang dat enigszins mogelijk is; dit in duidelijke tegenstelling tot de toestand in de meeste der ons omringende landen.

De keuze van de huisarts berust op talrijke factoren en daarbij speelt de werkelijke deskundigheid zeker niet de belangrijkste rol; slechts door middel van de reputatie kan de patiënt daarvan soms enige mate op de hoogte zijn, doch in de meeste gevallen is die reputatie afhankelijk van andere eigenschappen. Het is trouwens nog de vraag, of er werkelijk zo grote behoefte bestaat aan de mogelijkheid voor het publiek om die keuze op de deskundigheid te baseren. Het afgelegde examen geeft de garantie dat de noodzakelijke basis-kennis aanwezig is. De waarde van het arts-zijn hangt dan verder af van de vraag, of men die kennis op de juiste wijze wil gebruiken, of men zich moeite wil geven voor de patiënt, of men interesse kan opbrengen, of men voldoende met de mensen meeleeft en of men zich wenst in te spannen om de verdere ontwikkeling van de medische wetenschap bij te houden. Met

uitzondering van de laatstgenoemde kan het publiek de aanwezigheid van deze factoren als regel wel beoordelen en hiervan is de reputatie dan ook gewoonlijk afhankelijk. Trouwens, indien het publiek inderdaad de feitelijke kennis van de arts zou kunnen waarderen en de keuze alleen daarop zou baseren, zou het resultaat daarvan praktisch tot een onmogelijke toestand leiden, omdat de patiënten, indien het mogelijk zou zijn, liever rechtstreeks naar de specialist gaan. Indien het waar zou zijn dat de patiënten over het algemeen geen vertrouwen in de huisarts hebben wanneer het gaat om behandeling van ziekten, waarom — zo vraag ik mij af — zouden de huisartsen zich dan nog verzetten tegen een aandrang van deze patiënten om de specialist te consulteren, die daarvan onvermijdelijk het gevolg zou zijn? Het is juist de differentiatie in persoonlijke geaardheid en de voorkeur voor bepaalde eigenschappen, die leiden tot de noodzakelijke spreiding der patiënten over de aanwezige artsen.

Door de enigszins vage toespeling van Prof. Hornstra in zijn lezing voor het Oranje-Groene Kruis, dat de huisarts van de toekomst misschien een ambtenaar zou moeten zijn, komt de vraag aan de orde, of het laten voortbestaan van de vrijheid van artsenkeuze voor de patiënt in onze tijd nog reële waarde heeft. Het is mijn mening dat door het ambtenaarschap met de daarbij behorende aanstelling die vrije keuze sterk wordt verminderd en hoogst waarschijnlijk volledig wordt teniet gedaan; in ieder geval verdraagt een ambtelijke positie van de huisarts zich niet met vrije vestiging en volledige vrijheid van keuze van de zijde van de patiënt.

Met het oog hierop wil ik nog even ingaan op de ontmoeting tussen arts en patiënt; slechts kort, omdat daarover in het verleden reeds zeer veel is geschreven. Deze ontmoeting blijft, temidden van de vele vormen, waarin mensen in onze moderne samenleving elkaar ontmoeten, nog steeds van een geheel eigen karakter en is misschien alleen te vergelijken met de ontmoeting met de geestelijke raadsman in moeilijke ogenblikken. Ze is soms vluchtig, oppervlakkig en van weinig inhoud, maar ze is ook vaak zeer dramatisch: wanneer 's mensen bestaan onzeker wordt en de patiënt zijn zwakheden niet verborgen kan houden en daarom naast geneeskundige bijstand ook menselijke hulp behoeft; wanneer, om geestelijk rust te herkrijgen, schuldgevoelens moeten worden uitgesproken omdat een objectieve menselijke beoordeling in staat is scheef gegroeide voorstellingen recht te trekken; wanneer intieme gezinsomstandigheden, die voor de buitenwereld angstvallig verborgen worden gehouden, moeten worden geopenbaard en kunnen worden uitgesproken omdat men vertrouwen in zijn arts heeft en van hem begrip verwacht. Dit zijn geen romantische beelden, maar dagelijkse ervaringen.

Het vraagstuk van de keuze van huisarts heeft mij in mijn vrij langdurige functie als praktiserend huisarts vaak bezig gehouden; ik heb mij meermalen afgevraagd wat bepaalde

personen, die door hun maatschappelijke positie wel beschikten over de mogelijkheid zich een reëel oordeel te vormen over een bepaalde arts, bij die keuze kon hebben geleid; hoe vaak heb ik mij ook niet verbaasd over de keuze van arts bij mijn familieleden. Het blijkt dan steeds opnieuw dat die keuze berust op bepaalde persoonlijke eigenschappen, waarvoor men waardering heeft, op een bepaalde gelijkgerichtheid van levenswijze, levensopvatting en denken, enzovoorts.

Door onze dagelijkse omgang met patiënten zijn wij ons vaak te weinig bewust van het grote vertrouwen, dat men moet opbrengen in de arts, van wie men toch dikwijls betrekkelijk weinig weet en in wiens handen men het behoud van gezondheid en leven feitelijk legt; want het is heus wel algemeen bekend dat een te laat inzicht of een verzuimde kans tot ernstige gevolgen kan leiden, òók bij gevallen die er aanvankelijk niet alarmerend uitzien. En realiseren wij ons in de praktijk ooit nog wel, welk vertrouwen een vrouw moet stellen in de arts, voor wie zij zich moet ontkleden en die zij als man niet of nauwelijks kent?

Naar mijn mening is het vertrouwen in de arts nog steeds de basis, waarop de geneeskunst moet rusten, en dit noodzakelijke vertrouwen vraagt vrijheid in de keuze van de arts en wel heel in het bijzonder van de huisarts. Wanneer een verandering op dit terrein moet worden gesignaleerd (en betreurd als het niet te vermijden gevolg van een bepaalde ontwikkeling), dan is het wel deze: dat als gevolg van de groei van de specialisering, de ontwikkeling van het ziekenhuiswezen en de groei van het teamwork, de specialistische medische bijstand steeds meer het karakter krijgt van medisch-technische hulpverlening, waarbij de mogelijkheid van keuze van specialist belangrijk is verminderd of verdwenen. Daarom is juist voor de patiënt, die specialistisch wordt behandeld, de behoefte aan een huisarts als een in vrijheid gekozen vertrouwensman zoveel groter geworden.

Voor het behoud van het vertrouwen van het publiek in de huisarts als gezinsarts moet een vrije keuze mogelijk blijven uit artsen, die zich zelfstandig en vrij kunnen vestigen; derhalve zou een ambtelijke positie ernstige schade toebrengen aan een van de belangrijkste grondbeginselen van een juiste uitoefening der geneeskunst. Want juist het feit dat de huisarts zijn mensen kan kennen, niet alleen tijdens ziekte maar ook in gezonde dagen, geeft hem een unieke positie waarin hij door geen enkele specialist kan worden vervangen. Omdat de huisarts van het gedrag van zijn patiënten zowel onder normale als onder abnormale omstandigheden op de hoogte is, is hij beter dan de specialisten in staat de waarde van bepaalde symptomen te beoordelen, hetgeen vooral van grote betekenis is bij symptomen, die op zichzelf van weinig belang zijn, zoals hoest, minder goede eetlust, jeuk, en dergelijke.

Daarnaast zal men dienen te bedenken dat het nu eenmaal niet mogelijk en trouwens ook ongewenst

is, bij ieder symptoom alle onderzoeken te verrichten op afwijkingen waarop dat symptoom kan wijzen, want nog steeds zal de nauwgezette huisarts bij zijn selectie voor een nader en meer uitgebreid onderzoek gebruik moeten maken van wat wij gaarne aanduiden als de klinische blik. Het uiterlijk van een patiënt, die de huisarts reeds lang kent en die met de klacht van hoesten op het spreekuur verschijnt, terwijl bij auscultatie en percussie niets is te horen en de bezinking normaal is, kan aanleiding zijn tot een uitgebreid longonderzoek; hetzelfde geldt voor de man, die het spreekuur bezoekt met de klacht dat zijn eetlust is verminderd. Nog afgezien van het feit dat de curatieve gezondheidszorg onbetaalbaar zou worden wanneer niet de huisarts op deze wijze, nauwgezet en met een juist gevoel voor zijn verantwoordelijkheid een zekere voorselectie toepast, zou het de specialisten voor een onmogelijke taak plaatsen wanneer als regel de patiënt rechtstreeks zijn heil bij de specialist zou zoeken, eventueel na de huisarts als „wegwijzer” te zijn gepasseerd. Maar niet alleen zou de specialist wat betreft de omvang van het werk voor een onmogelijke taak worden geplaatst, hij zou zijn werk zelfs niet goed meer kunnen uitvoeren. Een groot deel van de kracht van de specialistische hulp is immers gelegen in het feit dat er een voor-onderzoek en eventueel een voor-behandeling door de huisarts heeft plaats gehad en dat de daarbij verkregen gegevens aan de specialist bekend zijn.

Het lijdt voor mij geen twijfel dat de curatieve gezondheidszorg ernstig schade zou lijden indien de huisarts als eerste geneeskundige instantie met de opdracht, zo lang dat mogelijk en verantwoord is, de behandeling op zich te nemen, zou wegvallen.

In de tweede plaats moet men goed bedenken dat de andere bemoeienissen van de huisarts, zoals het preventief gerichte werk en het optreden als sociaal-geneeskundige raadsman in de gezinnen, alleen kunnen worden uitgevoerd omdat de huisarts door zijn curatieve werkzaamheden toegang tot de gezinnen heeft en het vertrouwen heeft gewonnen. De arts kan namelijk het vertrouwen niet bemachtigen door middel van preventieve arbeid omdat de resultaten van dat werk niet of nauwelijks aan het licht komen en in ieder geval de mensen veel minder aanspreken; het feit, dat men een bepaalde ziekte niet krijgt, overtuigt veel minder van de bekwaamheid van de arts, die daarvoor zorgde, dan het feit dat men met zijn hulp van een bepaalde ziekte is hersteld.

Een belangrijke vraag die moet worden beantwoord, is voorts deze: is de curatieve taak van de huisarts heden ten dage nog wel van betekenis en is het verantwoord dat hij bij de huidige stand van de medische wetenschap nog zieken behandelt met de mogelijkheden, die hem ten dienste staan? Men hoort namelijk vaak stellen dat er in het curatieve werk een zodanige verschuiving van huisarts naar specialist heeft plaats gevonden (een ontwikkeling, die — zo meent men — nog steeds verder gaat) dat

binnen afzienbare tijd de huisarts er beter aan zal doen het behandelen van zieken maar over te laten aan de specialisten, die zowel materieel als mentaal hiervoor beter zullen zijn toegerust; op de huisarts zou dan nog de taak rusten de juiste verwijzing toe te passen. Zo dat de toekomst van de huisarts zou zijn, kan hij inderdaad maar beter van het toneel verdwijnen, want ik ben ervan overtuigd dat, indien de huisarts niet als voornaamste taak zou hebben het bijstaan van zieken, er van andere taken, die hem eventueel worden toebedeeld, niets terecht zou komen.

Ik ben echter van mening dat degenen, die redeneren zoals boven is weergegeven, het slachtoffer zijn van een grote dwaling en dat met het bevorderen van een dergelijke ontwikkeling de gezondheidszorg in zijn geheel ernstig zou worden geschaad.

Natuurlijk heeft de groei van de medische wetenschap met name sedert de laatste wereldoorlog een sterke uitbreiding van de mogelijkheden gegeven, vooral in de sector van de specialistische curatieve zorg; in ieder geval is de uitbreiding daar wel het meest spectaculair. Maar het valt niet te ontkennen dat de moderne geneeskunde ook aan de huisarts veel grotere mogelijkheden op diagnostisch en therapeutisch gebied heeft geschonken. Het zou naar mijn mening niet moeilijk zijn aan te tonen, dat de huisarts van vandaag veel meer patiënten geheel voor eigen verantwoordelijkheid effectief kan behandelen dan vóór de laatste wereldoorlog het geval was. *Dr F. M. Meijers* zegt hierover: „Het arsenaal waarover de huisarts beschikt moge in omvang beperkt zijn, het is er niet minder belangrijk om. Volgens *J. Bauer* die daarover uit zijn eigen praktijk een schatting maakte, was het mogelijk om tot een juiste diagnose te komen op de anamnese en het uiterlijk aspect van zijn patiënten in omstreeks 55 procent van zijn ziektegevallen en in nog eens 25 procent als het klassieke algemeen lichamenlijk onderzoek erbij werd betrokken. Het is mijn stellige indruk dat dit arsenaal al te zeer ongebruikt wordt gelaten.”

Het allerbelangrijkste echter, dat men niet uit het ook mag verliezen wanneer men speelt met de gedachte om de behandeling van zieken zoveel mogelijk door specialisten te doen plaats vinden, is wel, dat men dan de bevoorrechte plaats, die de huisarts inneemt, ongebruikt zou laten, als gevolg waarvan de curatieve zorg in haar geheel een belangrijk verlies zou leiden.

Wanneer wij echter willen blijven vasthouden aan een gang van zaken waarbij de patiënt zich eerst tot de huisarts wendt voordat hij eventueel onder behandeling komt van een specialist, aangezien deze gang van zaken in het belang is van de curatieve zorg en tevens leidt tot de meest economische wijze van werken, dan moet de garantie aanwezig zijn dat van de zijde der huisartsen deze taak op de juiste wijze wordt gezien en uitgevoerd. In de eerste plaats zal de huisarts hierbij een goed gebruik

moeten maken van de diagnostische mogelijkheden, die — zoals de ervaring heeft geleerd — ook met een betrekkelijk eenvoudige apparatuur niet gering zijn, mits men uit deze apparatuur maar haalt wat er in zit. Ik moge in dit verband verwijzen naar de interessante voordracht, die *Prof. Borst* hield op het Ledencongres der Maatschappij in 1961, waarin zo duidelijk wordt gesteld, aan welke voorwaarden een medisch onderzoek moet voldoen en welke waardevolle gegevens dan een betrekkelijk eenvoudig onderzoek kan opleveren.

Ik meen voorts dat het van veel groter belang is dan men algemeen denkt, dat de huisarts bedoeld onderzoek, zolang enigszins mogelijk en de moeite waard, zelf verricht. Zo kan men bij het bezichtigen van een urine-sediment bijzonderheden aantreffen, die een inzicht geven in de loop van het ziektegeval en die in een beschrijving vanuit een laboratorium niet zijn terug te vinden; daarbij komt nog dat het geval dan levendiger voor de geest staat en dat dergelijke onderzoekingen over het algemeen interessant zijn. Ik onderschrijf op grond van mijn ervaring als huisarts volkomen de mening van *Prof. Borst*, dat „alleen onderzoek dat met grote aandacht en speciale belangstelling wordt verricht betrouwbaar is. Als men een deel van het onderzoek aan anderen overdraagt dient men ook de gerichte belangstelling voor ieder geval over te dragen en bij het werk aan de lopende band komt hiervan weinig terecht”. Wanneer het dus niet noodzakelijk is, drage men geen onderzoekingen op aan een laboratorium!

Met nadruk en bij herhaling dient erop te worden gewezen dat men de apparatuur, die de huisarts ten dienste staat, volledig moet gebruiken. Het opnemen van de bloeddruk, mits met aandacht verricht, geeft meer gegevens dan alleen de maximum en minimum druk; terloops merk ik hierbij op dat ik de oscillometer een apparaat vindt, dat de huisarts dient te bezitten omdat hij de resultaten, die hiermede worden verkregen, kan beoordelen. Wanneer men de normale methoden van onderzoek volledig gebruikt, staat men vaak verbaasd hoe ver men met het stellen van de juiste diagnose kan komen. Het gebruik van bijzondere apparatuur, zoals een electrocardiograaf of een röntgentoestel is niet gewenst omdat de huisarts als regel de resultaten daarvan niet voldoende kan interpreteren. Wil men werkelijk profiteren van de bevoorrechte plaats, die de huisarts inneemt omdat hij meestal de patiënt en het gezin gedurende langere tijd heeft kunnen volgen (waardoor hij de omstandigheden het beste kent), dan is voorts een goede administratie een noodzakelijke voorwaarde.

Alleen bij deze wijze van werken kan de huisarts ontkomen aan het grootste gevaar dat hem bedreigt, namelijk het gevaar van on-wetenschappelijk handelen, van routine-behandelingen en van polypragmasie. (Dit gevaar wordt in de hand gewerkt door de te grote praktijk, die ontstaat als gevolg van de voor iedere arts aanlokkelijke positie de „veel gevraagde dokter” te zijn en waarbij het uiterst moeilijk valt het moment te bepalen waarop men geen

nieuwe patiënten meer kan aannemen zonder de praktijkvoering in gevaar te brengen.) Klassieke voorbeelden van on-wetenschappelijk handelen uit het verleden zijn het beruchte vleesloze dieet bij hoge bloeddruk, het zoutloze dieet bij albuminurie en zovele andere vlot gegeven voorschriften, die soms zeer onaangename gevolgen voor de patiënt met zich mede brengen zonder dat de arts zich voldoende heeft gerealiseerd of het voorschrift werkelijk van nut kan zijn.

In dit verband zou ik nog eens willen wijzen op een raadgeving, die uitwendig stoffig is door ouderdom, maar naar mijn mening inwendig nog steeds glanzend van actualiteit. *Klinkert Sr.*, het nooit overtroffen voorbeeld van de echte Nederlandse huisarts, wiens eigenhandig geschreven levensverhaal als antwoord op de destijds gestelde vraag of de huisarts nog wel reden van bestaan had, nog steeds het lezen waard is, betoogde dat de huisarts om te ontkomen aan het gevaar van sleurwerk een „breikous” nodig heeft; hij bedoelde hiermee een eenvoudig, mogelijk ook betrekkelijk onbelangrijk, wetenschappelijk werkje, dat men elk ogenblik kan neerleggen of opnemen om de geest lenig te houden.

Persoonlijk ben ik van oordeel dat de algemene praktijk zich, behoudens enkele hoge uitzonderingen, niet leent voor zuiver medisch-wetenschappelijk onderzoek, omdat de voorwaarden, die iedere proefopstelling vraagt, moeilijk kunnen worden gegarandeerd, de omstandigheden te wisselvallig zijn en vele storende uitwendige invloeden vrijwel niet zijn uit te schakelen, terwijl het aantal der waargenomen gevallen en situaties doorgaans te klein is om het toeval uit te sluiten. Wel kan men naar mijn mening in een algemene praktijk, uitgaande van een bepaalde werk-hypothese, gerichte waarnemingen doen, die aanleiding zouden kunnen geven tot een elders opgezet en uitgevoerd wetenschappelijk onderzoek onder de omstandigheden, die daartoe vereist zijn.

Wanneer hier wordt gesproken van een wetenschappelijk werkje, dat de geest lenig houdt en dat stimuleert tot wetenschappelijk denken bij de dagelijkse arbeid, denk ik onder meer aan een theoretisch wetenschappelijk onderzoek bijvoorbeeld in of in samenwerking met een laboratorium, waartoe mogelijk enkelen de gelegenheid hebben; ik denk aan bestudering van vraagstukken in de grensgebieden van de geneeskunde, zoals de psychologie, sociologie en dergelijke; ik denk aan een bescheiden onderzoek naar karakterveranderingen bij bepaalde lichamelijke aandoeningen; ik denk aan erfelijkheids-onderzoekingen en zelfs aan beoefening van wetenschappen, die geheel los staan van de medische wetenschap. Het is mijn ervaring dat, onverschillig in welke branche men een bepaalde wetenschappelijke activiteit tot gelding weet te brengen, de invloed daarvan op het dagelijkse werk buitengewoon groot is.

* * *

Het voorgaande zou de schijn kunnen wekken dat mijns inziens de huidige werkmethode en taakopvatting van de huisarts in alle opzichten aan redelijk te stellen eisen beantwoorden, zodat er op dit gebied niets behoeft te worden ondernomen. Maar dan vergist men zich!

Vanwege de grote betekenis van de taak van de huisarts op het gebied van de curatieve gezondheidszorg en het belang van het streven naar behoud van deze taak, acht ik een intern onderzoek naar de wijze, waarop die taak in het algemeen wordt uitgevoerd, op dit ogenblik aangewezen. Hoewel uiteraard individuele tekortkomingen, die men bij iedere beroepsgroep kan aantreffen, slechts individueel gerichte maatregelen vragen, is het naar mijn mening op dit moment niet geheel zeker dat taakopvatting en -uitvoering op een zodanig niveau staan dat geen enkele meer algemene maatregel gewenst zou zijn. Als gevolg van het feit dat het werk van de huisarts, in tegenstelling tot vroeger, veel meer onder de aandacht komt van anderen, zowel artsen als niet-artsen, zijn er reeds lang enkele symptomen waar te nemen, die erop zouden kunnen wijzen dat de praktijkvoering van de huisartsen over het algemeen toch niet voldoet aan de eisen, welke men zonder overdrijving, idealisering of perfectionisme zou moeten stellen.

Een onderzoek ter zake „van buiten af” is niet alleen moeilijk uitvoerbaar, omdat men de noodzakelijke medewerking daarbij niet gemakkelijk kan verkrijgen, maar ook zullen de resultaten in eerste aanleg veelal niet voldoende bewijskracht bezitten. Bovendien heeft de ervaring geleerd dat deze resultaten nogal eenzijdig kritisch worden bestreden; de onderzoeker, die meestal buiten de kring der praktiserende artsen staat, krijgt het verwijt van gebrek aan objectiviteit en wordt zelfs hier en daar verdacht van een licht rancuneuze houding. Zo is het gegaan met het onderzoek van Van der Wielen, waarvan de resultaten, behoudens zijn pleidooi voor kleinere praktijken, nogal bestreden zijn. Er zijn meer symptomen van bescheidener omvang, die tot nadenken stemmen en tot verder onderzoek zouden moeten noden. Ik denk bijvoorbeeld aan de sterk uiteenlopende verwijzingscijfers in de ziekenfondssector; aan een waarneming in enkele grote praktijken, die zich daarvoor leenden, waaruit bleek dat op een bepaald moment van alle patiënten, die een uitkering genoten krachtens de ziekwet, 80 procent onder behandeling was van een specialist; ik denk aan ervaringen, die serieuze controlerende artsen en bedrijfsartsen opdoen en die om begrijpelijke redenen in het algemeen niet publiekelijk worden uitgesproken of neergeschreven.

Ik ben ervan overtuigd dat ook mij bij het weer-geven van deze gedachtengang het verwijt zal treffen dat ik beschuldigingen uit of vermoedens uitspreek zonder daarbij voldoende bewijsmateriaal te leveren. Daarop zou ik willen antwoorden dat dit inderdaad het geval is, maar dat dit ook altijd het geval zal blijven zolang de huisartsen niet zelf in onderlinge samenwerking vorenbedoeld onderzoek

instellen, al was het alleen maar om ongerechtvaardigde verwijten te weerleggen en het gevoel van onbehagen, dat bij velen bestaat, weg te nemen.

Wanneer men incidenteel een onderzoek instelt naar de gang van zaken bij gevallen, waarin een juiste medische behandeling tot betere uitkomsten zou hebben geleid, dan blijkt als regel dat de ongunstige ontwikkeling een gevolg is van een opeenstapeling van onjuiste of minder gelukkige beslissingen, waaraan gewoonlijk zeker niet alleen de huisarts debet is. Vaak is er sprake van een ongelukkige samenloop van omstandigheden, soms van een gebrek aan coördinatie of aan onderlinge samenwerking; het kan voorkomen, dat de patiënt op een kritiek moment als een der laatsten van een vermoeiend spreekuur aan de beurt komt; soms ook ligt het aan een merkwaardige mentaliteit bij de patiënt zelf en soms kan men zich slechts met moeite onttrekken aan de gedachte, dat op de behandeling van bepaalde patiënten het noodlot heeft gerust.

* * *

Wanneer men doordrongen is van de grote waarde van de huisarts als degene, die de zieken in eerste aanleg onderzoekt, respectievelijk behandelt, en van de grote betekenis van de huisartsgeneeskunde voor het geheel van de curatieve zorg, dan is naar mijn mening een op geregelde tijden ingesteld onderzoek naar het niveau van de huisartsenhulp beslist aangewezen. Uiteraard staan hiervoor verschillende wegen open en een eerste indicatie op grond waarvan men zou kunnen beslissen over de vraag of een meer diepgaand onderzoek noodzakelijk is, is gemakkelijk te verkrijgen. Zo zou men bijvoorbeeld door een lokaal onderzoek eens kunnen nagaan welk percentage van de patiënten, die naar de specialist worden verwezen, een onderzoek door hun verwijzende huisarts hebben ondergaan, dat redelijkerwijze voldoende kan worden geacht om de verwijzing te motiveren. Hoeveel patiënten, die het spreekuur van de specialist bezoeken, zijn voorzien van een briefje met de noodzakelijk medische gegevens over hun geval?

De curatieve taak van de huisarts in het geheel van de gezondheidszorg lijkt mij zo belangrijk, dat men alles in het werk dient te stellen om die taak te behouden en uit te voeren op het niveau, dat noodzakelijk en verantwoord is.

Een dergelijk oriënterend onderzoek kan echter slechts tot stand worden gebracht en worden uitgevoerd in onderlinge samenwerking tussen huisartsen en specialisten ter plaatse (eventueel in het kader van een landelijk plan), terwijl men de resultaten in eerste aanleg intern zou moeten bespreken.

Zoals reeds terloopt werd gesteld, geeft zijn curatieve taak de huisarts de gelegenheid op ander terrein belangrijk werk te doen, onder andere de uitvoering van de preventieve zorg, waaronder ik (naast de gerichte preventieve maatregelen, zoals immunisaties, prenatale zorg en dergelijke) meen te moeten verstaan de gezondheidsvoorlichting en

-opvoeding alsook de zogenaamde positieve gezondheidszorg, die mijns inziens alleen maar zinvol is zolang deze zorg gericht blijft op het behoud van gezondheid. Bij de uitvoering van deze belangrijke taak, waarbij het „voorkomen is beter dan genezen” uit de volksmond het leidend motief is, zal men dienen te bedenken dat maatregelen op preventief gebied de mensen als regel veel minder aanspreken. behoudens in tijden van rechtstreeks gevaar (epidemie); dat zij gemakkelijk worden verwaarloosd en dat de actieve medewerking van de bevolking veel moeilijker kan worden verkregen dan bij maatregelen op curatief gebied. Daarom is juist in deze sector van de gezondheidszorg van zo groot belang de bevoorrechte positie van de huisarts, verkregen door zijn geregeld verkeer in de gezinnen, door zijn overredingskracht en door het vertrouwen, dat hij zich door middel van zijn curatieve taak heeft kunnen verwerven.

In de tweede plaats dient erop te worden gewezen dat een groot deel van de preventieve zorg onverbrekkelijk met de curatieve zorg is verbonden. Een patiënt met een ulcus duodeni behandelen zonder na het herstel een dieet of leefwijze voor te schrijven, waarmede hopelijk een recidief kan worden voorkomen, zou dwaasheid zijn. Het stellen van een vroegtijdige diagnose zwangerschap met de toezegging dat men te zijner tijd de partus zal leiden, om daarna de geneeskundige voorzorg aan een ander over te laten, zou vanuit medisch oogpunt bezien als onjuist moeten worden gekwalificeerd, om over het menselijke standpunt maar te zwijgen. Het behandelen van een lid van een gezin voor een ziekte, die gevaar oplevert voor de overige gezinsleden, zonder maatregelen te nemen, die dit gevaar verminderen of wegnemen, zou een ernstige tekortkoming betekenen. Van Loghem zegt dan ook in zijn leerboek: „Er laat zich van geen enkel gezichtspunt uit een preventieve geneeskunde als onderdeel van de geneeskunde afsplitsen.” Daarbij komt dan nog dat de preventief-geneeskundige handelingen zich in zoverre niet onderscheiden van de adviezen en ingrepen op curatief gebied, dat zij hetzelfde vertrouwen in de verzorger vragen, mede omdat ook deze taak de arts binnenleidt in de intimiteit van persoon en gezin. Het belangrijke verschil echter tussen deze werkzaamheden en de uitoefening van de curatieve zorg is wel hierin gelegen, dat de preventie, wil zij werkelijk effect sorteren, moet worden beoefend in een georganiseerd verband. In een artikel in *Medisch Contact* (1958) ben ik uitvoerig ingegaan op de taak van de huisarts op het gebied van de preventieve gezondheidszorg, zodat ik, daarnaar verwijzend, op deze taak thans niet uitvoerig behoeft terug te komen.

Een andere mening, die vaak naar voren wordt gebracht, is, dat de huisarts zich meer zou moeten gaan toeleggen op de uitoefening van de sociale geneeskunde en dat hij het behandelen van zieken zou moeten overlaten aan specialisten, zodat meer tijd

beschikbaar komt voor de sociaal-geneeskundige problematiek in de gezinnen. Ik kan een dergelijke suggestie niet geheel begrijpen, omdat ik meen dat geen enkele vorm van geneeskundig handelen af is en beantwoordt aan redelijk te stellen eisen, wanneer daarbij de sociaal-geneeskundige problematiek, die onverbrekkelijk aan ieder vraagstuk betreffende gezondheid of ziekte van de mens is verbonden, niet de volle aandacht krijgt, waarbij ik niet uit het oog wil verliezen dat de huisarts in de gezinnen uiteraard dichter bij deze problematiek staat, meer ermee in aanraking komt en over grotere mogelijkheden op dit gebied beschikt dan de specialist. In ieder geval acht ik het onmogelijk dat men zich uitsluitend zou toeleggen op de uitoefening van de sociale geneeskunde, tenzij op zuiver wetenschappelijke en theoretische basis.

Zwaarder echter weegt mijns inziens het feit dat een scheiding tussen curatieve en sociaal-geneeskundige zorg nog veel kunstmatiger en ongewenster is dan een scheiding tussen curatieve en preventieve gezondheidszorg. Ik ben van mening dat de sociaal-geneeskundige aspecten van gezondheid en ziekte eerst goed tot hun recht kunnen komen in onmiddellijke samenhang met de curatieve en preventieve zorg. Nog altijd kan iedere huisarts het overbekende gezegde herhalen: „I understand that I have been practising social medicine for a lifetime without being aware of it”. En tot op de dag van heden geldt nog wat Brenkman hieromtrent zei: „Vaak wordt vergeten dat de taak van de praktiserende arts van ouds her — lang voordat dus van sociale geneeskunde gesproken kon worden — veel meer omvatte dan alleen maar de behandeling van zieken. De algemene werkzaamheid van de huisarts toch bestond voor een groot deel in het geven van raad aan degenen, die zich aan hem toevertrouwden, zichzelf en hun gezinnen. Dit geven van raad nam veelal slechts de vorm aan van een huiselijk praatje, een enkel woord soms, schijnbaar achteloos gesproken. Steeds was dit het uitvloeisel van de band, die de geboren huisarts met zijn „patiënten” verbond . . . Alleen de woorden zijn anders geworden, maar de gedachte leeft.”

Bij de beschouwing van het probleem wat er met de huisarts in de toekomst moet gebeuren, komen er voorts vragen aan de orde als: Moet de huisarts niet in groepsverband gaan werken, in een gezondheidscentrum misschien? Moet hij geen afspraak-sprekuren inrichten? Het zijn naar mijn mening allemaal vragen en suggesties, die niet van wezenlijke betekenis zijn voor de uitoefening van de taak van de huisarts en die hij zelf, afgestemd op eigen geaardheid, moet beantwoorden. *Hornstra* (1951) zei hieromtrent: „De redding van de huisarts verwacht ik niet van een anders ingericht ziekenfondswezen en evenmin van een meer ambtelijk verband of omgekeerd van een sterkere accentuering van het vrije beroep, van groepspraktijk, hoger loon, gezondheidsarts, enz. Waarschijnlijk moet er op deze gebieden wel het een en ander gebeuren,

maar wezenlijk acht ik dit niet. Het cardinale feit is, naar het mij voorkomt, dat de huisarts niet meer aan zichzelf gelooft."

Ik kan deze opvatting geheel onderschrijven en meen het geloven in de eigen taak te moeten zien in die zin, dat men ernaar streeft deze taak zo volledig en zo goed mogelijk uit te voeren. Daarbij dient de huisarts niet uit het oog te verliezen dat het geven van geruststelling aan mensen, die vrezende een bepaalde kwaal of afwijking te hebben, geen onbelangrijke zaak is en niet van geringere betekenis dan bijvoorbeeld het wegnemen van een ontstoken blindedarm; dat het geven van een goede raad op het gebied van hygiënische levenswijze niet van minder belang is dan het uitvoeren van een ingewikkeld laboratorium-onderzoek met behulp van ingenieuze apparatuur en moeilijk te volgen berekeningen.

De vaak uitgesproken mening dat vele huisartsen of toekomstige huisartsen er van blijk geven niet meer te geloven in de taak, die zij in het geheel van de gezondheidszorg hebben te vervullen, doet mij steeds weer denken aan Godfried Bomans' verhaal over de onzekerheid omtrent de werkelijke schrijver van de sprookjes van Moeder de Gans.

Perrault was een geleerd Frans schrijver uit de 17e eeuw, die een zetel bezat in de Académie; hij schreef een omvangrijk werk tegen niemand minder dan Boileau om aan te tonen, dat de Franse schrijvers niet onderdeden voor de oude Grieken en Romeinen. Toen Boileau zich niet overwonnen verklaarde, schiep Perrault een werk van dubbele omvang om hem hieronder te verpletteren. Dat was zijn levenswerk, een worp naar de onsterfelijkheid. Hij had er dag en nacht aan gewerkt en 's avonds daalde de geleerde man wel eens af naar de kinderkamer en luisterde naar de wonderlijke vertelsels, die de oude kindermid aan zijn jongens opdiste. Hij ging zelfs zover, dat hij er enkele opschreef in het schriftje van zijn zoon. Deze potlood-krabbels nu hebben hem onsterfelijk gemaakt!

Maar Perrault zag zijn simpelheid niet als een bekroning, hij zag haar als een schrede terug. Hij begreep zijn eenvoud niet als de goudkorrel, gewonnen uit het slijk van zijn geleerde geschriften; hij zag haar als een stofje op het verguldsel van zijn standaardwerken en hij blies het weg. Maar hij boet nog steeds voor zijn onachtzaamheid. De standaardwerken schrijft men rustig aan hem toe; die zijn het twisten niet waard, maar het vaderschap van de sprookjes wordt hem nog steeds ontzegd.

Men mag hopen dat vele huisartsen „bien entendeur" van Godfried Bomans zullen zijn.

* * *

Tot slot nog enkele opmerkingen over de opleiding van de huisarts, waaromtrent voortdurend discussie gaande is. Bij deze discussie valt mij in de eerste plaats een neiging op om de huisarts een specialist en de huisartsgeneeskunde een specialisme te noemen, alsof alleen hij, die de titel van specialist kan voeren, volwaardig zou zijn. Ik meen dat dit streven voortkomt uit een zekere kortzichtigheid. Wel beschouwd is de specialisatie min of meer een noodzakelijk kwaad en verkeert de specialist bij het behandelen van zieken veelal in een ongunstiger positie dan de huisarts.

Overigens zijn de klachten over het niet-aangepast zijn van de academische opleiding tot arts in het geheel niet nieuw en zijn ze feitelijk reeds vrij kort na het begin van deze eeuw gehoord. Mijns inziens vergeet men daarbij de omstandigheid dat, hoewel men na het verlaten van de middelbare school in de universitaire opleiding toch weer het bord met het krijtje tegenkomt, de universiteit nooit een medische school kan zijn, waar men kan leren hoe onder alle omstandigheden concreet moet worden gehandeld. Geneeskunde is nu eenmaal geen routine-wetenschap en ieder ziektegeval is een vraagstuk op zichzelf, dat de arts met persoonlijk inzicht en ervaring moet weten op te lossen. Naast het leren omgaan met patiënten door middel van het observeren van de goede klinicus aan het ziekbed, zal men zich een aantal technische handelingen eigen moeten maken, maar de opleiding als zodanig kan nooit anders zijn dan een algemeen wetenschappelijke vorming aan de hand van toevallig aanwezige ziektegevallen; zij kan slechts leren om medisch te denken.

Maar het belangrijkste is dat men inziet dat de universiteit steeds een dubbel doel moet hebben: de beoefening van wetenschap, gecombineerd met de opleiding voor bepaalde beroepen, waarvoor hoofdzakelijk een wetenschappelijk fundament wordt gelegd, dat de toekomstige arts zelf moet uitbouwen en vervolmaken. De universiteit moet opvoeden tot zelfstandig denkende mensen, die vooral in hun latere leven zelf in staat moeten zijn problemen op te lossen en waardevol van waardeloos te onderscheiden (*de Lange*). Wanneer ik mij niet vergis, ligt juist hier de oorzaak van alle klachten over onvoldoende opleiding en met *Florin*, Kors, Van Rijnberk en anderen meen ik zelfs te mogen spreken van een ernstige achteruitgang bij de studenten gedurende de na-oorlogse jaren.

Florin sprak over de belangrijke mentaliteitsverandering bij de student, waar het realisme van na de oorlog grenst aan cynisme en materialisme. „Een verbetering hierin is echter niet gemakkelijk te bereiken. Immers hiertoe is in hoge mate de medewerking van de student zelf vereist. Helaas hebben niet alle studenten als ideaal zich te ontwikkelen tot zelfstandig denken. Aan het bezit van academische graden zijn materiële voordelen verbonden en niet weinigen zien slechts dit voordeel. Hun vorming interesseert hun weinig; het vaak te bekrompen realisme van dit geslacht werkt dit in de hand, al is het geen nieuw verschijnsel. Altijd heeft men studenten kunnen aantreffen, wie het weinig te doen is om wetenschap of bekwaamheid, die integendeel als enige bekommernis hebben, met zo weinig mogelijk moeite het ezelsvel te bemachtigen."

Wat heeft het te betekenen als men gedurende zijn opleiding nog nooit heeft gehoord van het bestaan van kruisverenigingen (een klacht uit onze tijd)? Mag men dan niet verwachten dat de arts, die bij zijn vestiging deze leemte ontdekt, hierin snel geheel zelfstandig voorziet? Hetzelfde kan wor-

den gezegd ten aanzien van het bestaan en de taak van ziekenfondsen. Wat zou het bovendien bij de snelle en voortdurende ontwikkeling der geneeskunde voor zin hebben om — stel dat dit mogelijk was — artsen af te leveren die volgestopt met feitenkennis, in staat zouden zijn op een bepaald ogenblik alle voorkomende ziekten te cureren, als aan deze artsen de mogelijkheid tot zelfstandig denken ontbreekt?

Mijn antwoord op de vraag welke wijzigingen moeten worden aangebracht in de toekomstige positie van de huisarts, is, naar ik vermoed, wel duidelijk. De taak van de huisarts in ons land is in wezen nog steeds ongewijzigd en zal ook in de toekomst niet fundamenteel mogen veranderen, zo wij de gezondheid van ons volk geen ernstige schade willen toebrengen. De huisarts moet naar mijn mening de man blijven, die in eerste aanleg de gezondheidszorg in haar volle omvang in de gezinnen brengt. Daarvoor is zelfstandige beroepsuitoefening en vrije vestiging noodzakelijk omdat alleen onder deze omstandigheden de vrije artskeuze, die onontbeerlijk is voor de man, die deze taak in de gezinnen vervult, tot zijn recht kan komen.

* * *

De curatieve taak van de Nederlandse huisarts vormt de grondslag voor zijn plaats in de gezinnen en in het geheel van de gezondheidszorg, terwijl deze plaats hem bovendien de mogelijkheid biedt tot uitvoering van zijn andere taken. Voor de totaliteit van de curatieve gezondheidszorg is het van het grootste belang dat de huisarts als gezinsarts de eerste instantie blijft tot wie men zich terzake van gezondheid en ziekte wendt. Het is in dit verband nodig dat de huisarts zich bewust is van zijn functie en die zo goed en zo volledig mogelijk uitvoert. Voorwaarde hiertoe is een goed en volledig gebruik van de diagnostische mogelijkheden, die de normale huisartsapparatuur hem verschaffen. Het volgen van het klassieke algemene onderzoek (status) blijft nog altijd het belangrijkste middel om fouten te voorkomen; nodig is — bij een duidelijk inzicht in de grenzen van de bevoegdheid — een gevoel van verantwoordelijkheid voor de patiënt, welk gevoel niet ophoudt bij de drempel van het ziekenhuis of de spreekkamer van de specialist, terwijl het voorts van belang is dat de huisarts zijn patiënten zelf onderzoekt en behandelt zolang dat mogelijk is. „Wij menen dat de behandelend arts op grond van eenvoudig onderzoek, dat hij in hoofdzaak zelf verricht, een goed gefundeerde werkhypothese moet opstellen, vóór hij zich tot specialisten richt” (Borst).

Terwijl de gevaren van onwetenschappelijk handelen (routine en polypragmasie), meestal voortkomend uit te grote praktijk-omvang of uit tijdgebrek door andere oorzaken, voortdurend moeten worden onderkend, is het volgen van andere methoden van praktijkvoering, zoals groepspraktijk en afspraakspreekuur, tot op zekere hoogte van ondergeschikt

belang. Iedere huisarts moet in deze naar eigen inzicht handelen, daarbij er voor wakend dat vrouwen van de patiënt in de gekozen arts niet in gevaar wordt gebracht.

Samenwerking met de vele medische instanties, die de patiënt op zijn weg ontmoet, is voor de huisarts in deze tijd een noodzakelijke voorwaarde. Alleen op deze bases kan hij ook zijn andere werkzaamheden, zoals de geneeskundige voorzorg en het vervullen van de functie van raadsman in de gezinnen, werkelijk met succes uitvoeren.

Het is mijns inziens noodzakelijk dat de praktiserende artsen zelf in onderling overleg een onderzoek instellen naar de doelmatigheid van de praktijkvoering.

Onze academische medische opleiding kan de student nooit zonder meer geschikt maken voor de taak van de huisarts. Alleen eigen studie, zelfstandige oefening en voortdurende bijscholing kunnen, in aansluiting aan een wetenschappelijke opleiding, de arts huisarts maken en doen blijven.

Samenvatting. De ook in vroeger tijden reeds herhaaldelijk gestelde vraag, of de positie en de taak van de huisarts in Nederland verandering behoeven, wordt ontkennend beantwoord. De huisarts moet de man blijven, die als vrij gevestigd arts in eerste aanleg de curatieve zorg geeft; deze moet dan echter zo goed en zo volledig mogelijk zijn. Dit biedt hem dan tevens de gelegenheid tot preventieve, sociaal-geneeskundige en positieve gezondheidszorg. Veranderingen in de wijze van praktijkvoering zijn slechts van secundaire betekenis. De huisartsen dienen zelf in onderling overleg een onderzoek in te stellen naar de doelmatigheid van hun praktijkvoering en het peil van hun werk. De universitaire opleiding kan niet meer geven dan een wetenschappelijke basis, waarop de huisarts zelf moet voortbouwen.

Summary. The future development of general practice in the Netherlands. The question (already raised repeatedly in earlier times) whether the position and the task of the general practitioner in the Netherlands need to be changed, is answered in the negative. The G.P. must continue to be the man who, after a free establishment, will in the first instance provide curative care, which of course must be as good and thorough as possible. This then gives him in addition the opportunity for giving preventive, socio-medical and positive health care. Changes in the manner of practising are but of secondary importance. The G.P.'s themselves should investigate in concerted action the efficacy of their methods of practising and the level of their work. University training cannot provide more than a scientific basis, on which the G.P. himself must build forth.

- Borst, J. G. G. (1961) Ned. T. Geneesk. 105, 2449.
Bruggen, A. C. van (1901) Ned. T. Geneesk. 45, 1340.
Festen, H. (1955) R.K. Artsenblad 34, 454.
— (1958) Medisch Contact 13, 482.
Florin, H. B. J. (1952) Annalen Thymgenootschap, aug.
Hornstra, R. (1951) Medisch Contact 6, 640.
— (1962) G.O.Z.-documentatie, juli 1962.
— (1962) Christ. Instellingswezen, juli 1962.
Kersbergen, L. C. (1926) Ned. T. Geneesk. 70, 213.
Lange, C. de (1942) Ned. T. Geneesk. 86, 2618.
Meyers, F. M. (1961) Medisch Contact 16, 605.
Müller, F. (1900) Ned. T. Geneesk. 44, 437.
Onnen, P. W. (1900) Ned. T. Geneesk. 44, 681.
Pijnappel, M. W. (1900) Ned. T. Geneesk. 44, 1.