

De toekomst van de huisarts in Nederland (2)

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

In het vorige artikel * werd een overzicht gegeven van stemmen, die in het buitenland zijn te beluisteren in de discussie over de toekomst van de huisarts. In dit artikel wil ik trachten daaruit enkele conclusies te trekken en mijn persoonlijke visie op de situatie in Nederland te geven.

Wanneer wij denken over de toekomst van de huisarts zullen wij dit moeten doen in het kader van de ontwikkeling van de gehele gezondheidszorg. Als uitgangspunt voor deze beschouwingen lijkt het nuttig ons te baseren op de gegevens over het voorkomen van gezondheidsstoornissen in de gemeenschap. Uit het vorige artikel is gebleken dat op het ogenblik voor tweederde tot driekwart van alle aandoeningen, die door de bevolking als ziekte worden beleefd, nog geen medische hulp wordt ingeroepen, terwijl verschillende bevolkingsonderzoeken in Nederland (*Van der Heide, Van den Dool*) aantoonde, dat er nog aanzienlijk meer gezondheidsstoornissen in de gemeenschap zijn dan degene, die subjectief als ziekte worden beleefd.

Wij hebben soms de neiging te denken, dat er reeds sprake is van een „overconsumptie” van medische hulp. Het is echter een dagelijkse ervaring van iedere huisarts dat hij nauwelijks rustig in een gezin kan vertoeven zonder te worden geraadpleegd voor verschillende gezondheidsstoornissen van diverse gezinsleden, waarvoor men het nog niet nodig achtte het spreekuur te bezoeken, maar waarvoor men nu de gelegenheid te baat neemt. Ook uit onderzoeken als van *Pel*, die de gezondheidstoestand van een aantal kinderen gedurende vijf jaar volgde, blijkt dat de Nederlandse bevolking voor een groot gedeelte van de ziekten nog geen medische hulp inroept. Het is echter de vraag of dit zo zal blijven. In een land als Amerika, waar het merendeel van de bevolking zijn medische zorg per richting zelf moet honoreren, vormen de zeer hoge kosten een flinke rem op het inroepen van medische hulp. Dit is in Nederland echter niet het geval. Gezien de ontwikkeling in onze samenleving met zijn sterke behoefte aan sociale zekerheid, zullen wij er bij onze beschouwingen ernstig rekening mee moeten houden dat — nog geheel afgezien van een onderwerp als periodiek geneeskundig onderzoek — de vraag van de bevolking naar medische hulp nog aanzienlijk groter kan worden, dan nu reeds het geval is.

Hoe wordt op het ogenblik aan de medische behoefte van de bevolking voldaan? Het komt mij voor dat de analyse van de situatie door *Crombie*

bijzonder verhelderend is. Zijn schemata (zie figuur 2a en 2b in het vorige artikel) lijken mij toepasselijk voor Nederland. Ook bij ons is aan de huisarts praktisch de gehele taak van de initiële diagnostische schatting van de medische behoefte toevertrouwd en blijkt de huisarts tegelijkertijd in staat te zijn 80-90 procent van de ziekten, waarvoor zijn hulp wordt ingeroepen, zelfstandig te behandelen en voor de rest de passende specialistische hulp te vinden.

* * *

Het wordt steeds duidelijker dat in de geneeskunde twee grote terreinen zijn te onderscheiden: dat van de „specialistische” geneeskunde, met het ziekenhuis als centrum, en dat van de extramurale gezondheidszorg, waar de huisarts de belangrijkste figuur is. Er zijn dus als het ware twee polen te onderscheiden: huisarts en ziekenhuis. Tussen deze beide polen dient een zeker evenwicht te bestaan wil de gezondheidszorg goed kunnen functioneren.

Wanneer wij nu trachten de ontwikkeling in de verschillende landen te overzien, springt in het oog dat daar, waar de huisarts op retour is, zoals in Amerika, de balans gaat doorslaan naar het ziekenhuis. Uit het vorige artikel is gebleken dat men daar in deze landen niet erg gelukkig mee is. Het lijkt mij een belangrijke vraag voor de toekomst, waar in Nederland het zwaartepunt zal komen te liggen: bij de huisarts zoals het nu nog is, of bij het ziekenhuis zoals in Amerika.

In Engeland tracht men een tussenvorm te vinden door te zoeken naar mogelijkheden, de huisarts in het ziekenhuis te doen terugkeren. De problemen, die hieraan inherent zijn, keren in de Engelse discussies steeds terug. Ik ben het eens met *Muntendam* dat wij in Nederland wat dit betreft verder zijn dan onze Engelse collegae. Wij beseffen dat een terugkeer van de huisarts in het ziekenhuis niet mogelijk en niet gewenst is. In Nederland verwachten echter velen dat bij de behandeling van ziekten een voortgaande verschuiving zal plaatsvinden van huisarts naar specialist en ziekenhuis. Laten wij eens trachten de situatie te overzien en ons afvragen waartoe een dergelijke verschuiving zou leiden.

Van de totale morbiditeit van de bevolking — ons uitgangspunt — wordt nu slechts een zeer klein en zeer geselecteerd gedeelte door de specialistische of ziekenhuisgeneeskunde bestreken, volgens de gegevens van *Horder* slechts 3-5 procent en volgens de onderzoeken van *White, Williams* en *Greenberg* slechts 3,6 procent. Er is geen reden om aan te nemen dat deze getallen voor Nederland in een

* (1963) huisarts en wetenschap 6, 314.

andere orde van grootte zullen liggen. Ten aanzien van de behandelde morbiditeit blijkt uit cijfers van de Ziekenfondsraad, dat de inwoners van Nederland gemiddeld niet vaker dan eens in de 12 tot 13 jaar in een ziekenhuis worden opgenomen, terwijl uit onderzoekingen van *Buma, Van Deen, Hogerzeil, Ruhe* en anderen bekend is dat zij hun huisarts meermalen per jaar raadplegen. Deze cijfers wijzen erop dat het ziekenhuis op het ogenblik al heel weinig geschikt is om te dienen als centrum van de gezondheidszorg.

* * *

Het valt te betwijfelen of de toekomst hierin veel verandering zal brengen. Het is namelijk de vraag of door een verdere uitbouw van de ziekenhuisgeneeskunde een aanzienlijk groter deel van de totale morbiditeit kan worden bestreken. Zelfs wanneer het aandeel van specialist en ziekenhuis tot het tienvoudige zou worden opgevoerd, zou nog niet eens de helft van de huidige totale morbiditeit kunnen worden gedekt. Daarbij moeten wij bovendien de zeer juiste opmerking van Crombie in het oog houden, dat ziekenhuis en specialist alleen maar zo goed kunnen functioneren, dank zij de effectieve preselectie door de huisarts. Ook zijn opmerking dat een gezondheidszorg in de toekomst niet alleen goede oplossingen moet geven voor diagnostiek en therapie van de ingewikkelde en ernstige ziektegevallen, maar tevens een adequate zorg moet verzekeren voor de minder ernstige, maar veel frequentere afwijkingen van de lichamelijke en geestelijke gezondheid, lijkt mij zeer behartigenswaardig.

Een sterke uitbreiding van de ziekenhuisgeneeskunde zou echter bovendien grote bezwaren en zelfs gevaren met zich meebrengen. Reeds nu heeft de ziekenhuisgeneeskunde een duidelijke economische last op de gemeenschap gelegd. De cijfers van elk willekeurig ziekenfonds kunnen ons aantonen, dat op het ogenblik, terwijl van de behandelde morbiditeit ten minste vier-vijfde geschiedt door huisartsen en slechts een-vijfde door specialisten, toch meer dan de helft van de gelden naar ziekenhuis en specialist vloeit tegenover slechts ongeveer 15 procent naar de huisarts. De ziekenhuisgeneeskunde vergt dus, zowel relatief als absoluut, zeer veel grotere bedragen dan de geneeskunde, die door de huisarts wordt uitgeoefend. Dit kan niet zonder meer worden toegeschreven aan de aard der gevallen, die de specialist ter behandeling krijgt, maar moet vooral worden toegeschreven aan zijn werkwijze en de daarvoor benodigde mankracht en apparatuur.

Afgezien van deze economische last kan ook worden gesproken van een schadelijke nevenwerking van de specialistische geneeskunde. De klinische specialist is tot opname geneigd, daar het ziekenhuis zijn natuurlijk werkteerrein vormt. Hij kan zijn werk daar gemakkelijker en beter verrichten. De specialist realiseert zich dikwijls onvoldoende dat vrijwel elke opname — afgezien van de kosten — voor de

patiënt psychisch en sociaal een grote ingreep betekent. Een onderzoek van een ziekenhuisbevolking in Engeland (*Thomson*) heeft aangetoond dat de opname van 25 procent van de mannen en van bijna 50 procent van de vrouwen op andere dan medische redenen berustte. Een dergelijk onderzoek in Nederland is mij niet bekend. Het staat echter wel vast dat wij meer ziekenhuisbedden hebben bijgebouwd dan Engeland. Ik heb dan ook de stellige indruk dat in Nederland eveneens een belangrijk gedeelte van de patiënten, die in het ziekenhuis worden opgenomen, eigenlijk niet gehospitaliseerd had behoeven te worden, of zelfs niet gebaat is met opname, omdat de wortel van hun problemen eigenlijk thuis op een andere wijze zou moeten worden aangepakt. Er is een tendens tot institutionalisering in de specialistische geneeskunde en in de gehele gezondheidszorg merkbaar, die tot ongezonde toestanden zal leiden, wanneer zij niet wordt gebreedeld. Een steeds groter gedeelte van de bevolking zou dan in ziekenhuizen, verpleeghuizen en andere inrichtingen terecht komen. Het zou niet moeilijk zijn alleen vanuit mijn eigen praktijk een klein ziekenhuis, een verpleeghuis en een groot bejaardentehuis voortdurend gevuld te houden. Elk jaar worden in Nederland meer dan 1000 ziekenhuisbedden bijgebouwd, hetgeen een investering vergt van meer dan 50 miljoen gulden. Terwijl de bevolking per jaar met 1,4 procent groeit, stijgt het aantal ziekenhuisbedden met 2,6 procent en het aantal ziekenhuisopnamen met 4,1 procent per jaar.*

De ziekenhuisgeneeskunde neigt tot mechanistische en onpersoonlijke behandeling van de patiënt, wat, ondanks alle pogingen om dit tegen te gaan, in de hand wordt gewerkt door de ingewikkelde technische apparatuur en de hiërarchische personeelsverhoudingen. Wordt door de specialistische geneeskunde niet reeds nu vrij veel iatrogene schade berokkend, vooral op psychisch terrein? Ik denk hier bijvoorbeeld aan die vrij omvangrijke groep patiënten, bij wie geringe of geen duidelijke somatische afwijkingen worden gevonden, maar die toch steeds voor controle en nader onderzoek worden terugbesteld uit vrees van de medicus iets over het hoofd te zien, daarbij de vrees van de patiënt versterkend, dat er iets ernstigs met hem aan de hand moet zijn. De ziekenhuisgeneeskunde neigt tot perfectionisme en overbehandeling. Hier staat echter tegenover dat veel patiënten thuis zorg tekort komen.

Samenvattend zou ik willen constateren dat het ziekenhuis een buitengewoon gecompliceerd en kostbaar instrument is geworden voor diagnostiek en behandeling, berekend voor een klein, geselecteerd gedeelte van de zieken. Het is een niet ge-

* Bij deze berekeningen is afgezien van verplegings- en verzorgingstehuizen, die als paddestoelen uit de grond rijzen, daarbij soms de indruk wekkend, dat het dienen als statussymbool van bijvoorbeeld de desbetreffende gemeente een minstens even grote rol speelt als de objectief moeilijk meetbare, reële noodzaak.

schikt en te kostbaar instrument voor het merendeel van de gangbare ziekten. Wat de bestrijding van de totale morbiditeit betreft loopt het noodgedwongen, als laatste station, grotendeels achter de feiten aan.

Wanneer men deze morbiditeit efficiënter te lijf wil gaan zal moeten worden getracht meer perifeer in te grijpen, op een vroeger station in de gemeenschap, waar met geringer middelen groter effect kan worden bereikt. Dat lijkt mij de ontwikkeling waarom de toekomst zal vragen.

In dit perspectief zie ik een belangrijke toekomst voor de huisarts. Deze neemt namelijk voor de bestrijding van de totale morbiditeit een veel gunstiger positie in. Hij staat midden tussen zijn patiënten in de gemeenschap in voortdurend rechtstreeks contact met het wisselend spectrum van gezondheidsstoornissen in de bevolking. De huisarts schiet echter dikwijls tekort bij het opvangen van deze stoornissen. Enerzijds is dit te wijten aan zijn instelling, anderzijds aan de omstandigheden waaronder hij zijn werk moet verrichten. Echter niet alleen op somatisch, maar ook op psychisch en sociaal gebied is de praktische mogelijkheid tot hulpverlening aan de bevolking thuis dikwijls uiterst beperkt.

* * *

Men versta hetgeen ik hierboven schreef niet verkeerd. Het moge ieder duidelijk zijn dat ik het een zegen acht dat de ziekenhuisgeneeskunde tot bloei is gekomen en rijke vruchten heeft voortgebracht, waarvan ik dagelijks dankbaar gebruik maak voor mijn patiënten. Geen huisarts zou het ziekenhuis en zijn specialisten kunnen of ook maar willen missen. Ik heb slechts willen wijzen op de nadelen, die eraan zijn verbonden, wanneer men het ziekenhuis tot het centrum van de gehele gezondheidszorg zou willen maken.

Als wij de ontwikkeling in Nederland overzien blijkt het aandeel van de huisarts in de gezondheidszorg steeds af te nemen. Volgens de gegevens van *Lamberts* is het percentage huisartsen onder de Nederlandse medici van 67 procent in 1934 gedaald tot 32 procent in 1960. Het aantal huisartsen groeit nog wel, maar het aantal der specialisten en artsen in dienstverband (waaronder vele hoogleraren en aanstaande specialisten) groeit veel sneller, zoals moge blijken uit de onderstaande tabel die ontleend is aan de jaarverslagen van de hoofdinspecteur van de volksgezondheid.

| | 31-12-'57 | 31-12-'59 | procentuele toeneming |
|---------------------------|-----------|-----------|--------------------------|
| Huisartsen | 4215 | 4343 | 3 |
| Specialisten | 3371 | 3733 | 10,7 |
| Overige artsen | 4089 | 4554 | 11,4 |
| Rustende artsen | 912 | 1118 | |
| Totaal | 12587 | 13748 | |

Er is dus sprake van een duidelijke verschuiving. Het is nu de vraag of de gezondheidszorg voor de

bevolking er mee is gediend, wanneer deze ontwikkeling zal voortgaan. Het valt te vrezen dat de balans in de gezondheidszorg uit zijn evenwicht zal raken, wanneer slechts de ene pool voortdurend wordt versterkt. Het lijkt praktisch uitgesloten dat de functie van de huisarts in onze samenleving door de huidige specialisten wordt overgenomen, daar het hun dan onmogelijk zal zijn hun specialisme te handhaven. Zij zouden worden overstelpt door een lawine van ongedifferentieerde klachten, waarvan zij zich dan niet kunnen afmaken met te zeggen, dat deze niet op hun terrein liggen.

* * *

Ik meen dat de functie van de huisarts evenmin door een team van specialisten kan worden overgenomen. De mens heeft nu eenmaal liever met een individuele medicus te maken dan met een team, waarmee men moeilijk persoonlijke relaties kan leggen. Een team kan slechts op een beperkt terrein nuttig zijn, zoals bijvoorbeeld bij de geestelijke gezondheidszorg. De specialisering is van groot belang geweest voor de ontwikkeling van de ziekenhuisgeneeskunde, maar de veronderstelling dat dit ook het geval zou zijn voor de ontwikkeling van de geneeskunde buiten het ziekenhuis lijkt mij een niet verantwoorde generalisering. Voor het terrein, dat de huisarts nu bestrijkt, zou specialisering weleens destructief kunnen blijken. Het komt hier juist aan op een niet beperkt zijn tot een bepaald onderdeel van de geneeskunde, op een toegankelijkheid voor elke klacht en elke stoornis in de gezondheid, zowel op lichamelijk als op geestelijk gebied. Een continue, persoonlijke relatie met de patiënt in zijn eigen omgeving, in zijn gezin, is hierbij van essentiële betekenis. Blijkens mijn gezinsstudies dankt de huisarts deze relatie hoofdzakelijk aan het frekwente contact dat hij heeft, niet zozeer met het individu als wel met het gezin van zijn patiënten, in allerlei omstandigheden en voor tal van problemen. De sleutelpositie, welke de huisarts in de gezondheidszorg inneemt, houdt naar mijn mening nauw verband met zijn relatie tot de sleutelfiguur in het gezin, de moeder. Van de drie aspecten, welke door *Mc.Keown* zo scherp in de functie van de huisarts worden onderscheiden, de „domiciliary, personal and family care”, kan er geen enkele worden gemist, daar zij door de spilfunctie van de moeder in het gezin onderling afhankelijk en wezenlijk met elkaar zijn verbonden. Het lijkt mij niet goed mogelijk een dergelijke huisartsfunctie vanuit het ziekenhuis uit te oefenen, daar dan het persoonlijke element in het gedrang zou komen. Het huisbezoek is van groot belang, hoe weinig efficiënt deze omgeving in medisch-technisch opzicht ook moge zijn. Een bezoek aan huis stelt iemand echter op de beste wijze in staat om contacten met de gezinnen te leggen. Een onderzoek van *Scott* en *Mc.Vie* heeft aangetoond dat de huisarts ook op zijn spreekuur meer aandacht aan zijn patiënten ging schenken, wanneer hij hen eenmaal thuis had bezocht.

Ik geloof dat de huisarts in Nederland zal blijven bestaan en meen zelfs dat er voor hem een groot perspectief in de toekomst is. Hij zal dan echter zijn werk beter moeten verrichten dan thans in het algemeen het geval is. Wil dit mogelijk zijn, dan zal hij over alle hulpmiddelen moeten kunnen beschikken, die voor hem dienstig zijn, als klinisch-chemische, röntgendiagnostische, farmaco-, fysico- en psychotherapeutische mogelijkheden, hulp van psychologische en maatschappelijke deskundigen en anderen. Wij moeten constateren dat sommige van deze hulpmiddelen op het ogenblik alleen voor de specialist beschikbaar zijn. Afgezien van de hulp van psycholoog en maatschappelijk werkende, waarover bijna geen enkele huisarts kan beschikken, wordt op verschillende plaatsen in het land de huisarts bijvoorbeeld niet toegestaan rechtstreeks de hulp van de röntgenoloog in te roepen. Wij moeten bovendien vaststellen dat controle wordt uitgeoefend en een rem wordt aangelegd op de uitgaven van luttele bedragen per ziel per huisarts (bijvoorbeeld wat biochemisch onderzoek en medicamenten betreft) terwijl in het ziekenhuis grote bedragen per ziel per jaar worden uitgegeven, zonder dat hierop effectieve controle wordt uitgeoefend. De enige praktische rem in het ziekenhuis is het aantal beschikbare bedden en eventueel een tekort aan verpleegsters.

Vergeleken met het ziekenhuis is er van investering in de huispraktijk nauwelijks sprake. Toch zal investering in het perifere station in de voorhoede naar mijn mening een groter nuttig rendement kunnen afwerpen dan verdere investering in de uiterst kostbare, reeds geëvolueerde machine van het ziekenhuiswezen in de achterhoede. Bij deze investering denk ik bijvoorbeeld aan een gehonoreerde, grondige opleiding tot huisarts na het artsexamen, aan een goede praktijkoutillage en een sterke verkleining van de gemiddelde praktijkomvang. De huisarts wordt op het ogenblik per abonnement gehonoreerd en dit zal misschien ook moeilijk anders kunnen. Het is echter gevaarlijk dat er zo weinig prikkels zijn om zijn werk zo goed mogelijk uit te voeren. De aard en de intensiteit van zijn activiteiten zijn moeilijk exact aan te geven. Het blijkt dat hij ook met een minimum kan volstaan, zonder vast te lopen. Bij een bepaalde praktijkomvang heeft hij er geen enkel voordeel van zich beter te outillieren of zich veel moeite voor zijn patiënten te geven, terwijl zijn werk weinig corrigerende contacten oplevert. Het zou gewenst zijn extra prikkels te scheppen voor een betere praktijkuitoefening.

Ik denk verder aan de oprichting van centra voor diagnostische en therapeutische hulp voor de huisarts, bemand met deskundige krachten, niet alleen op somatisch maar ook op psychisch en sociaal gebied. Dit zouden adviserende instanties moeten zijn, die zich verdiepen in de mogelijkheden en de mogelijkheden van de huisarts. Zij zouden de huisarts niet alleen kunnen helpen met hun kennis en inzicht voor bijvoorbeeld de probleemgevallen, welke hij

aan hen zou voorleggen, maar het zou misschien op die manier ook mogelijk zijn goed geschoolde maatschappelijk werkenden onder supervisie aan de huisarts ter beschikking te stellen. Op analoge wijze zouden technische hulpmiddelen, die voor de huisarts individueel te kostbaar zijn, bereikbaar kunnen worden gemaakt. Dergelijke centra of adviesinstanties zouden echter vóór alles moeten vermijden de behandeling van de huisarts over te nemen. Op het ogenblik is er op allerlei gebied een neiging, de huisarts het werk uit handen te nemen. Op somatisch gebied loopt de huisarts, die een patiënt naar een klinisch specialist verwijst, grote kans, ook wanneer hij uitdrukkelijk alleen om advies heeft gevraagd, dat zijn patiënt in de molen van de ziekenhuisgeneeskunde terecht komt, waarbij de huisarts onwillekeurig wordt uitgeschakeld. Zelfs wanneer de huisarts tracht zich niet te laten uitschakelen, komt hij dikwijls toch aan de kant te staan en kan hij weinig invloed meer uitoefenen op de gang van zaken met zijn patiënt. En hoeveel huisartsen geven zich deze moeite? De specialist is ertoe geneigd, de behandeling over te nemen en soms de nabehandeling onnodig aan zich te houden.

Op psychisch en sociaal gebied werken de hulpcentra die in de gemeenschap aanwezig zijn, zoals medische opvoedkundige bureaus, bureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden en dergelijke, dikwijls buiten de huisarts om. Zij kunnen hem zodoende weinig hulp bieden en hem bovendien ook niet bevuchten, hetgeen de verbreiding van de gedachten van deze bureaus en hun preventieve werkzaamheid niet ten goede komt. Instellingen die er meer naar zouden streven de huisarts bij zijn werk te helpen, zouden weleens een groter nuttig effect voor de gemeenschap kunnen hebben. Het is dringend nodig dat er betere vormen van samenwerking worden ontwikkeld tussen huisartsen, specialisten en anderen, die zich begeven op het gebied van de gezondheidszorg.

Wanneer er meer verzorgings- en verplegingsmogelijkheden thuis waren, zouden tal van opnamen — vooral van bejaarden — voorkomen of bekort kunnen worden, hetgeen zowel de patiënten als de gemeenschap ten goede zou komen. Wanneer er meer goed opgeleide maatschappelijk werkenden waren, die niet bleven staan bij materiële hulpverlening, zouden veel maatschappelijke problemen, die tot lichamelijke klachten en zo tot het frekwenteren van artsen en klinieken leiden, meer causaal kunnen worden behandeld.

Het komt mij voor dat het niet lang meer kan duren, eer bij de verantwoordelijke overheidsinstanties en bij degenen, die plannen maken op langere termijn, het besef zal doordringen dat het tijd wordt de extramurale gezondheidszorg in de gemeenschap te gaan versterken en dus ook de huisarts daadwerkelijk steun te verlenen.

* * *

Wat de toekomstige functie van de huisarts betreft zou ik mijn gedachten gaarne wat nader willen specificeren. Op de conferentie van Woudschoten heeft het Nederlands Huisartsen Genootschap als voorlopige omschrijving van de (toekomstige) taak van de huisarts aanvaard „een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwende mensen en gezinnen.” Uit de voorgaande beschouwing blijkt dat de elementen, waaruit deze omschrijving is opgebouwd, in de recente buitenlandse discussies voortdurend terugkeren. Er is daarin telkens sprake van „personal, continuous, cemprehensive medical care, domiciliary care, family practice”, enzovoort, terwijl ook in het buitenland het accent wordt verschoven van zorg bij ziekte naar bevordering van gezondheid. Ik geloof dat de taakomschrijving, zoals die door het N.H.G. is aanvaard, in grote lijnen juist is. Het psychosociale aspect hiervan moet echter niet worden overschat.

De huisarts zal mijns inziens primair arts dienen te blijven. Medische diagnostiek en therapie zal altijd zijn hoofdtaak moeten blijven. Ik meen dat hij zijn taak als individueel werkend arts op het gebied van preventie ook in het individuele vlak moet vinden. Het lijkt mij zeer nuttig wanneer hij zich bijvoorbeeld bezig houdt met zuigelingen- en kleuterzorg voor zijn patiënten, omdat hij hiervoor als gezinsarts een ideale positie inneemt. Preventie van ziekte en psychosociale activiteiten zullen voor hem echter slechts van secundair belang zijn, namelijk slechts in zo verre zij stroken met zijn werkzaamheid als individueel behandelend arts. Het somatische aspect zal voor hem kwalitatief en kwantitatief op de voorgrond dienen te blijven staan. Anders zou enerzijds de patiënt hem niet meer als dokter blijven zien, zou de huisarts dus ook geen goede dokter-patiënt-relatie kunnen opbouwen, en zou anderzijds de uitoefening van dit beroep mijns inziens voor een medicus ook niet voldoende aantrekkelijk blijven. Ik geloof daarom niet, dat het voor de huisarts voldoende is medisch adviseur of begeleider van zijn patiënten te zijn. Hij zal altijd zelf therapeutische activiteiten moeten ontwikkelen, waarvoor ook alle ruimte is. Ik meen dat een aantal belangrijke rubrieken hiervoor kunnen worden aangegeven. Afgezien van de diagnostische functie van de huisarts, waarvan het belang door Crombie met recht is onderstreept, zou ik de volgende rubrieken voor de therapeutische activiteit van de huisarts willen opsommen.

1 *Acute (infectie) ziekten.* Deze vormen thans het grootste deel van het werk van de huisarts. Bij de bestrijding van deze ziekten zal de huisarts altijd in de eerste linie staan. Door de ontwikkeling van de chemotherapeutica en antibiotica is de huisarts thans veel machtiger tegenover infectieziekten dan vroeger. Tegenover een verschuiving naar het ziekenhuis bij de bestrijding van sommige ziekten staat een verschuiving in omgekeerde richting ten aanzien van andere. Dit wordt dikwijls vergeten.

2 *Chronische ziekten.* Het belang hiervan zal waarschijnlijk steeds groter worden, met name van de „degeneratieve” ziekten als arterio-sclerose en arthrotische aandoeningen, en de neoplasmatische ziekten. Afgezien van preventie, van vroege diagnostiek en opsporing voor curatieve behandeling, zal de zorg voor die patiënten, waarvoor weinig rechtstreeks curatief, maar wel veel palliatief, ondersteunend en revaliderend kan worden verricht, op de voorgrond komen.

Het lijkt mij dat het belang van de constitutie voor diagnostiek en behandeling op het ogenblik wordt onderschat. Bij mijn gezinsstudies stuit ik telkens op de grote betekenis hiervan. Vroeger werd hieraan — mijns inziens terecht — veel meer aandacht geschonken dan tegenwoordig, nu wij zo worden afgeleid door exogene momenten. Kennis van de aanleg en van de constitutie zal uiterst belangrijk worden wanneer werkelijk preventie kan worden bedreven. Afgezien van infectieziekten is preventie thans dikwijls meer leuze dan realiteit. Wanneer het echter werkelijk mogelijk zal worden door gerichte maatregelen ziekte te voorkomen, zal het van het grootste belang zijn bijtijds te onderkennen, welke mensen gevaar lopen. De huisarts neemt een ideale positie in voor het leren kennen van de aanleg, constitutie en de levensomstandigheden van zijn patiënten.

3 *Geboorte en sterven.* Het lijkt mij een natuurlijke taak voor de huisarts hulp te bieden bij het begin en het einde van het leven. Op deze momenten kan hij bovendien de sterkste banden met zijn gezinnen leggen. Dit helpen is een medische, en wat verloskunde betreft, zeker een dankbare taak. Het ligt in de lijn van de opvatting van de toekomstige functie van de huisarts hem niet alleen bij het sterven, maar ook bij de geboorte een belangrijke rol toe te delen. Het is duidelijk dat de voorkeur van de Nederlandse bevolking hiernaar ook uitgaat. Dit zal mijns inziens op den duur niet door regelingen van bovenaf kunnen worden tegengehouden. Voor vele huisartsen is het verloskundige werk een dierbaar onderdeel van hun taak, het versterkt hun gevoel van eigenwaarde en bevordert hun plezier in het werk, waardoor het een gunstige invloed uitoefent. In ons land wordt nog steeds het grootste gedeelte van de bevolking thuis geboren en wensen de meeste mensen zo mogelijk thuis te kunnen sterven, wanneer hun uur gekomen is. Dit is een groot en kostbaar goed, dat mijns inziens met zorg beschermd en mogelijk moet worden gemaakt.

4 *Lichtere gezondheidsstoornissen,* nerveuze en functionele klachten, aanpassingsstoornissen en neurotische verschijnselen. Het lijkt mij duidelijk dat de huisarts bij de diagnostiek en de behandeling hiervan altijd een belangrijke rol zal spelen. Zijn plaats als gezinsarts is veel gunstiger dan die van bijvoorbeeld de psychotherapeut, om dergelijke stoornissen bijtijds op te vangen en te behandelen.

De opvatting van *Darley* dat de huisarts, wil hij

zijn functie op niveau kunnen uitoefenen, daartoe een speciale opleiding nodig heeft, lijkt mij volkomen juist. Ik meen dat daartoe een „specialisering” tot huisarts in de toekomst noodzakelijk zal zijn. Het hieraan voorafgaande werk van het opbouwen van een eigen wetenschap en techniek, die aan anderen kan worden doorgegeven, zal voor een groot gedeelte door huisartsen zelf dienen te geschieden met behulp, niet alleen van medische specialisten, maar ook van (gezins)-sociologen, sociaal-psychologen en anderen. In dit verband meen ik dat het N.H.G. reeds nu een belangrijke taak kan vervullen. Een fundering van een eigen wetenschap van de huisarts zal, naar mijn mening, zijn natuurlijk centrum vinden in het gezin. Reeds nu is er omtrent gezinnen een aanzienlijke hoeveelheid wetenschappelijke kennis geformuleerd, die kan worden overgedragen en voor de huisarts van groot belang is.

Wat betreft het wetenschappelijk onderzoek en het onderwijs — vooral aan toekomstige huisartsen —, meen ik, dat eveneens een taak voor de huisarts is weggelegd. Er zal veel werk moeten worden verricht ter verdieping van het inzicht en ter verbetering van de diagnostiek en de therapie.

* * *

Men hoort bij gesprekken dikwijls opmerken dat er zoveel huisartsen zijn die hun werk slecht verrichten. Daaruit wordt dan soms het argument geput hun het werk uit handen te nemen. Ik meen dat dit blijk geeft van een wel begrijpelijke, maar niet erg logische gedachtengang. Als een bepaalde functionaris, zoals bijvoorbeeld een bedrijfsleider, faalt, zal men trachten een betere te krijgen en gaat men niet zijn functie onder anderen verdelen. Als huisartsen hun werk slecht verrichten, zou het logischer en nuttiger zijn zich af te vragen wat de oorzaken daarvan zijn. Alle huisartsen hebben aan de eisen van een universitaire opleiding voldaan. Men kan niet zeggen, dat al degenen die huisarts worden, minder capaciteiten hebben, dan degenen die specialist worden. Bij de keuze van een specialisme kunnen ook angst voor verantwoordelijkheid en zelfstandigheid een rol spelen. Wanneer van de huisartsen een groter gedeelte in de praktijk faalt dan van de specialisten, dient men zich vooreerst af te vragen of de opleiding voor hun taak en de werkomstandigheden wel geschikt zijn. Pas wanneer men daaraan voldoende aandacht heeft besteed en getracht heeft gebleken tekorten met alle beschikbare middelen te verbeteren en wanneer dan nog een groot gedeelte zou falen, zou men mogen besluiten dat de taak van de huisarts te veeleisend is. Tot nu toe is echter, meen ik, noch aan de opleiding noch aan de werkomstandigheden voldoende aandacht besteed. Sinds 1900 is bijvoorbeeld het gemiddelde zielen aantal per huisartsenpraktijk in Nederland slechts weinig verminderd, terwijl deze praktijk per ziel thans zeer veel hogere eisen aan de huisarts stelt dan vroeger. Er kan dus het gevaar

dreigen dat de huisarts wordt gedwongen tot haastige en oppervlakkige arbeid. In dezelfde tijd is de medische kennis en kunde enorm toegenomen en is het aantal specialisten en ziekenhuizen tot een veelvoud gestegen.

* * *

Persoonlijk geloof ik dat het beroep van de huisarts in Nederland een grote toekomst heeft, wanneer opleiding en werkomstandigheden zullen worden verbeterd. Ik verwacht dat dergelijke verbeteringen in de komende decennia tot stand zullen worden gebracht. Met de Amerikaan Darley kan men zich echter afvragen of dit niet te laat zal komen.

In ons land doet zich echter de gelukkige omstandigheid voor, dat de belangen van de huisartsen en de ziekenfondsen tot op zekere hoogte samengaan. De ziekenfondsen hebben de positie van de huisarts als vaste gezinsarts gestabiliseerd, terwijl de huisarts de uitgaven van het ziekenfonds aan specialisten en ziekenhuizen af kan remmen. Zonder de huisarts zou de financiële positie van het ziekenfonds onzeker worden en zou het op een geheel andere basis moeten gaan functioneren. Ik verwacht dat deze wederzijdse stabilisering voldoende tijd zal opleveren om nieuwe ontwikkelingen voor de huisarts in de toekomst mogelijk te maken. In deze wedloop met de tijd vormt de omstandigheid dat de huisarts per abonnement wordt gehonoreerd, maar specialist en ziekenhuis per verrichting, hetgeen een verschuiving van het werk in de richting van de laatsten in de hand werkt, een ongunstige factor. Het belang van de verzekerden en een welbegrepen eigenbelang zullen de ziekenfondsen er echter hopelijk toe kunnen brengen de huisarts op andere wijze in zijn ontwikkeling te steunen.

Het aantal huisartsen is in Nederland niet zo teruggelopen als in Amerika. De huisarts is hier nog de ruggegraat van de gezondheidszorg gebleven en is nog steeds gezinsarts, wat in Amerika niet meer het geval is en in Engeland in veel minder sterke mate dan bij ons, omdat daar vaak meer huisartsen in hetzelfde gezin komen. Dit alles geeft mij vertrouwen om de toekomst van de huisarts in Nederland met optimisme tegemoet te zien.

* * *

Ik vraag mij wel met bezorgdheid af of het beroep van huisarts nog voldoende aantrekkingskracht op de huidige medische student uitoefent, om het aantal goede beoefenaren van dit beroep op peil te kunnen houden. De sfeer van de ziekenhuisopleiding en de instelling van de docenten hebben hierop een zeer nadelige invloed. Voor een verheffing en verdieping van het beroep van de huisarts zal een gezamenlijke krachtsinspanning van de huisartsen zelf nodig zijn, maar bovendien veel hulp van buiten: van overheid, universiteiten, specialisten, maatschappelijk deskundigen, ziekenfondsen en vele anderen die hierbij betrokken zijn. Mijn activi-

teiten in het N.H.G. hebben mij geleerd dat ons bij het streven naar een betere beroepsuitoefening van alle kanten hulp en sympathie worden geboden. Het klimaat is gunstig, ook bij de Nederlandse bevolking, bij onze patiënten: beter dan het een tiental jaren geleden was. Ik geloof daarom dat de toekomst van de huisarts in Nederland hoopvol is, al zal er nog heel wat moeten gebeuren eer een dergelijke gunstige ontwikkeling zal zijn gerealiseerd.

* * *

De redactiecommissie heeft mij gevraagd mijn persoonlijke visie te geven op de toekomst van de huisarts in Nederland. Ik mag dus misschien wel eindigen met het uitspreken van een persoonlijke gedachte.

Naar mijn gevoel is het huisartsenberoep in wezen een Europees begrip. Het vormt de meest rechtstreekse voortzetting van het oorspronkelijke beroep van de arts. Door zijn werk is de huisarts zeer nauw verbonden met huis en haard van de mens, met de meest wezenlijke vorm van de samenleving: het gezin, kweekplaats van mensen in de volle zin van het woord, broedstroom van de menselijke geest, om met Westerbeek van Eerten te spreken.

In zijn magistrale toespraak over Europa na de uitreiking van de Erasmusprijs heeft Guardini erop gewezen, dat het misschien de taak van Europa is de macht dienend te ordenen. Het zou in dit perspectief de taak van de huisarts kunnen zijn de medische macht dienend te ordenen. Ook op medisch gebied is een enorme macht gegroeid, die moet worden geordend, gericht en beperkt. Guardini gelooft dat aan Europa de bezorgdheid voor de mens is toevertrouwd, bezorgdheid voor de menselijkheid van de mens. Misschien is het de huisarts toevertrouwd bezorgd te zijn voor de menselijkheid van de geneeskunde, in zijn bemiddeling tussen de mensen en de mogelijkheden van de moderne geneeskunde. Misschien doet de huisarts er goed aan voor zijn toekomst niet buiten, maar binnen Europa te kijken en zich te bezinnen op de wezenlijke menselijke waarden, zoals de Europese arts die in de loop van de eeuwen heeft getracht te belichamen.

Samenvatting. De toekomst van de huisarts in Nederland (2). Als uitgangspunt voor deze beschouwing wordt de aard en de frequentie van gezondheidsstoornissen in de bevolking gekozen. Deze frequentie is veel groter dan gewoonlijk wordt beseft. Het is waarschijnlijk dat de behoefte van de Nederlandse bevolking aan geneeskundige hulp nog ver-

der zal toenemen. Gesteld wordt dat in de gezondheidszorg twee polen zijn te onderscheiden: de huisarts en het ziekenhuis. Tussen deze beide polen dient een zeker evenwicht te bestaan. Aangetoond wordt dat in de ontwikkeling van de gezondheidszorg een verschuiving valt waar te nemen in de richting van het ziekenhuis. Er wordt op gewezen dat hierdoor de balans uit zijn evenwicht dreigt te raken, met ongewenste gevolgen voor de gehele gezondheidszorg. De ziekenhuisgeneeskunde is slechts geschikt om een klein en zeer geselecteerd gedeelte van alle gezondheidsstoornissen in de bevolking te behandelen. Het valt te verwachten dat bij de bestrijding van de totale morbiditeit in de toekomst vooral de eerste linie zal moeten worden versterkt. In dit verband wordt de huisarts niet alleen onmisbaar geacht, maar wordt voor hem zelfs een belangrijk perspectief gezien. Gedachten over de toekomstige functie van de huisarts worden nader gespecificeerd, waarbij erop wordt gewezen dat het belang van de psycho-sociale aspecten niet moet worden overschat.

Summary. The future of the general practitioner in the Netherlands (2). As a starting-point for this treatise the nature and frequency of health-disorders among the population is chosen. This frequency is far greater than usually realized. It is to be expected that the need of the Dutch population for medical aid will increase still further. It is postulated that in the health-care two poles can be distinguished: the general practitioner and the hospital. A certain balance must exist between these two poles. It is demonstrated that in the development of health-care a shift can be observed in the direction of the hospital. It is pointed out that because of this the balance threatens to be lost, with undesirable consequences for the whole health-care. Clinical medicine is only suitable for treating a small and very selected part of all health disorders among the population. It can be expected that in the fight against the total morbidity in the future the frontline especially will have to be fortified. In this connection the general practitioner is not only regarded as indispensable, but an important perspective even comes into view for him. Ideas on the future function of the general practitioner are further specified and it is pointed out here that the significance of the psycho-social aspects must not be overrated.

- Buma, J. T. (1959) Beschouwingen over de plaats van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg. Uitgave Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde.
- Crombie, D. L. (1962) Lancet II, 257.
- Deen, K. J. van (1952) Academisch proefschrift, Groningen.
- Dool, C. W. A. van den (1960) Academisch proefschrift, Leiden.
- Heide, R. M. van der (1959) Academisch proefschrift, Amsterdam.
- Hogerzeil, H. H. W. (1959) Academisch proefschrift, Utrecht.
- Horder, J. en D. Horder (1954) Practitioner 173, 177.
- Darley, W. (1961) J. Med. Educ. 36, 142.
- McKeown, Th. (1962) Lancet I, 923.
- Lamberts, J. H. (1961) Het Ziekenfonds 35, 66.
- Muntendam, P. (1961) huisarts en wetenschap 4, 365.
- Pel, J. Z. S. (1960) Academisch proefschrift, Amsterdam.
- Ruhe, H. A. M. (1957) Een huisartsenpraktijk in 1938 en 1954. Academisch proefschrift, Utrecht.
- Scott, R. en D. H. McVie (1962) J. Coll. Gen. Pract. 5, 72.
- Thomson, W. A. R. (1962) Ciba Symposion 10, 162.
- White, K. L., T. F. Williams en B. G. Greenberg (1961) New Engl. J. Med. 265, 885.