

De toekomst van de huisarts in Nederland

DOOR DR J. C. VAN ES, HUISARTS TE APELDOORN

Het ontwerpen van toekomstbeelden is in het verleden reeds op allerlei gebied gedaan. Filosofen, politici, literatoren, demografen en vele anderen hebben zich daaraan gewaagd. Vaak bleek dat de gedane voorspellingen niet uitkwamen. Leeft bij de historici de tot het eigen vakgebied behorende vraag, of men zich de ontwikkelingsgang cyclisch, lineair of nog anders moet voorstellen, bij de anderen treft men gewoonlijk een lineaire voorstelling van zaken aan, waarin dus een bestaande ontwikkeling wordt doorgetrokken in de toekomst. Voor een deel zijn deze toekomstvisies bedoeld als een hulpmiddel bij het vormen van een beleid, zoals bij stedenbouwkundigen en economen. Bij literatoren (bijvoorbeeld: Bordewijk—Blokken; Huxley—*Brave new world*; Orwell, 1984) kan men er nogal eens een poging in ontdekken de vinger op een wonde plek in de maatschappij te leggen door een bestaande tendens tot in het absurde door te trekken.

In een toekomstbeeld kunnen ook diverse elementen door elkaar aanwezig zijn. Enerzijds kan er een „wishful thinking” in schuilen, anderzijds een angst voor de toekomst. Ook kan er een zekere visie in waarneembaar zijn, maar ook een al of niet badinerend spelen met bepaalde aspecten.

Als wij nu een toekomstbeeld van de Nederlandse huisarts willen ontwerpen, moeten wij ons realiseren dat de genoemde elementen alle in dat beeld aanwezig kunnen zijn: zowel de wens als de angst, zowel het spelen met ideeën als het geven van een visie. Vooral een visie, een „ontwerp in de toekomst” kan van belang zijn, omdat het eigen handelen daardoor mede richting kan krijgen.

Wij zullen ons eerst afvragen, welke factoren de toekomst van de huisarts bepalen. In de eerste plaats is er de ontwikkeling van de geneeskunde als wetenschap. Het vinden van nieuwe diagnostische en therapeutische mogelijkheden kan een grote invloed hebben op het werk van de huisarts. Zijn arbeidsveld kan daardoor kleiner of groter worden. Zijn eigen mogelijkheden zullen kunnen worden uitgebreid, maar het kan ook komen tot een uitbreiding van de taak van de specialisten. In de tweede plaats is het werk van de huisarts afhankelijk van de ontwikkeling van de geneeskunde als organisatie. Overheid, sociaal-geneeskundige diensten, kruisverenigingen, ziekenfondsen, Maatschappij voor Geneeskunst hebben door hun beleid vaak een diepgaande invloed op het werk van de huisarts. Men denke slechts aan de vorming van entgemeenschappen of aan het thans aan de orde zijnde vraagstuk van organisatie en erkenning van de geriatrie als specialisme. Het is duidelijk, dat deze beleidsaspec-

ten enerzijds worden beïnvloed door de ontwikkeling van de medische wetenschap, anderzijds door het derde punt dat wij in dit verband willen noemen, namelijk de ontwikkeling van de menselijke samenleving. Deze is uiteraard ook in sterke mate bepalend voor de vorm en de inhoud van het werk van de huisarts. De drie genoemde factoren beïnvloeden elkaar over en weer zeer intensief; daarom zullen wij ze bij onze nadere beschouwingen niet scherp van elkaar gescheiden kunnen houden.

Men kan zich in gemoede afvragen of de huisarts nog wel een toekomst heeft. Dit zal men vooral doen als men het proces van de specialisatie van de artsenstand in ogenschouw neemt. In 1883 waren er in Nederland — uiteraard onder geheel andere maatschappelijke verhoudingen en betiteling — nog slechts 33 specialisten; in 1940 was er reeds één specialist op 6400 inwoners, terwijl deze verhouding twintig jaar later gestegen was tot één op 2700. Deze snelle stijging is te meer opvallend, als men weet dat gedurende dezelfde periode het aantal huisartsen relatief constant bleef met één huisarts op 2600 inwoners (*Bruinsma; Festen; van Rijnberk* 1936). Als men deze ontwikkeling op haar economische aspecten beziet, blijkt dat voor de ziekenfondsen de kosten van de huisartsenhulp per lid tussen 1940 en 1960 drie en een half maal zo hoog zijn geworden (dus ongeveer gelijk gebleven, als men de ontwaarding van de gulden in rekening brengt), dat de specialistische hulp echter acht maal zo duur is geworden en die van de ziekenhuizen zelfs tien maal (*Wetsontwerp, enz.*). Men kan uit deze cijfers opmaken, dat niet alleen het aantal specialisten meer dan verdubbeld is, maar dat de totale kosten van de specialistische hulp ook meer dan verdubbeld zijn, zodat, aannemende dat de honorering relatief gelijk is gebleven, de specialist in 1960 gemiddeld ongeveer even veel te doen zal hebben gehad als in 1940, ondanks het grotere aantal.

Een andere reden om zich af te vragen of de huisarts nog wel een toekomst heeft, is gelegen in het feit, dat van de pas afgestudeerde artsen slechts een betrekkelijk klein percentage huisarts wil worden en dat voorts vrij veel huisartsen, hetzij vroeg hetzij laat, hun praktijk opgeven om zich te specialiseren of een ambtelijke functie te aanvaarden. Blijkbaar bestaat deze tendens ook in Amerika, waarover *Terris* c.s. onder meer het volgende schrijft: „The fact that physicians have continued to change from general practice to full-time specialization many years after graduation indicates that the determining causes of increased specialization are to be found more in the conditions of professio-

nal life in which the medical graduate finds himself than in the orientation he receives in medical schools." Het is zeer de vraag of deze conclusie ook voor Nederland geldt, maar daarop zullen wij later nog ingaan. In Amerika zien wij dat de huisarts steeds minder huisarts is omdat hij zijn patiënten niet of nauwelijks meer in hun huiselijke milieu waarneemt. Zowel de Franse omnipraticien als de Duitse Praktische Arzt is veelal halfspecialist. De vraag dringt zich op of ook de Nederlandse huisarts gedoemd is te verdwijnen, waarbij dan hoogstens nog enige troost kan worden gezocht bij het woord van Heine, dat men bij een op handen zijnde wereldramp het beste in Nederland kan gaan wonen, omdat daar toch alles vijftig jaar later gebeurt dan elders.

Of moeten wij in deze situatie een uitdaging zien, waarop een antwoord dient te worden gegeven? Dit antwoord is niet alleen voor de huisarts zelf, maar vooral ook voor de patiënt van belang. Immers, een zeer groot deel van 's patiënten wel en wee in geneeskundig opzicht wordt bepaald door het al of niet aanwezig zijn van een huisarts.

Het antwoord op de uitdaging dient echter in de eerste plaats door de huisartsen zelf te worden gegeven, mede omdat zij de ernst van de toestand het beste kunnen beoordelen. In de oprichting van het Nederlands Huisartsen Genootschap kunnen wij al een poging zien tot formulering van een antwoord. En uit reacties op het bestaan van het Genootschap kan men wel afleiden, dat dit antwoord niet steeds aan dovemansoren wordt gegeven. Natuurlijk wordt er, zoals *Hornstra* schreef, met betrekking tot de huisarts veel lippendienst verricht, maar ik meen, dat er de laatste tijd méér wordt gedaan dan dat. Velen zien in, dat de huidige ontwikkeling in de geneeskundige voorziening niet op deze wijze kan voortgaan. Het risico van een „ontmenselijking” van de geneeskunde zou te groot zijn, terwijl er bovendien reeds nu sprake is van een in geneeskundig en economisch opzicht schadelijke overmaat. In de ogen van velen zou een versterking van de positie van de huisarts in verscheidene opzichten heilzaam op de ontwikkeling kunnen werken. Hierbij moet men zelfs al op zijn hoede zijn voor een overwaardering van de huisarts en zijn mogelijkheden. Er zijn dus ongetwijfeld tegenkrachten werkzaam, die aan ons vertrouwen in de toekomst van de huisarts een reële basis kunnen geven.

Als wij ons nu een beeld van de huisarts van de toekomst willen vormen, waarbij wij dan denken aan een periode van bijvoorbeeld twintig jaar, moeten wij om te beginnen een idee hebben hoe de maatschappij er over twintig jaar zal uitzien. Het maken van een toekomstbeeld is een hachelijke zaak, maar in onze situatie onontkoombaar. Voor het vormen van een beeld van de toekomstige maatschappij zullen wij ons beperken tot een korte beschouwing van een aantal tendensen, die aanwezig zijn en die voor onze visie van belang lijken te zijn.

Sinds 1950 is Nederland in een fase gekomen, die in economisch opzicht vooral wordt gekenmerkt

door een toenemende massaconsumptie (*Pen en Bouman*). Dank zij een aantal economische factoren is het reële inkomen zodanig gestegen, dat van een moderne volkswelvaart kan worden gesproken. Als men nu weet, dat het inkomen per hoofd van de bevolking in de laatste eeuw $2\frac{1}{2}$ maal zo groot is geworden en dat het volgens de inzichten van de economen (de zogenaamde „prognozems”!) binnen 25 jaar nog eens zal worden verdubbeld, dan kan men enig begrip krijgen van de vlucht, die de welvaart in Nederland thans neemt. Om een illustratie te geven: reeds nu heeft een op de vijf gezinnen een auto en een op de drie een televisietoestel. De volkswelvaart zal vooral te herkennen zijn aan het aanschaffen van duurzame consumptiegoederen en aan een toeneming van de beschikbare vrije tijd. Om een misverstand uit de weg te ruimen: ook bij een zeer snelle groei van het nationale inkomen kan er zeker nog een relatieve armoede bestaan (en zelfs een absolute door de ongelijke verdeling van de welvaart). Velen kunnen zich niet snel genoeg aan een ander bestedingspatroon aanpassen; deze „backward art of spending money” (Thorsten Veblen) kan tot onverstandig budgetteren en daardoor tot armoede leiden. Dit kan bijvoorbeeld op het gebied van de voeding tot uiting komen (*Den Hartog*). Inzicht in dit sociologisch belangwekkende verschijnsel zal vele artsen ervoor kunnen behoeden zich al te zeer aan deze verschijnselen te ergeren. Beter kan men zeggen, dat hier voor hen een taak ligt op het gebied van de voorlichting, die men tot de positieve gezondheidszorg kan rekenen.

Een tweede opvallend feit is de steeds toenemende mechanisatie en rationalisatie op velerlei gebied. Technische ontwikkelingen zullen nieuwe mogelijkheden openen; men denke slechts aan het gebruik van computers en als uiterste consequentie de ruimtevaart. Mede hierdoor zal er een verschuiving optreden in de sterkteverhouding tussen de verschillende beroepsgroepen. Thans werkt nog 10 procent van de werkzame beroepsbevolking in de landbouw, 45 procent in de industrie en 45 procent in de dienstverleningssector. De verwachting is, dat deze verhouding over twintig jaar 5-35-60 zal zijn, dus met een uitgesproken overwegen van de dienstverleningssector. In deze sector vindt bovendien een steeds voortgaande specialisatie plaats.

In de derde plaats kan men verwachten, dat de bevolking van Nederland nog aanzienlijk zal toenemen. Volgens een prognose van het *Centraal Bureau voor de Statistiek* zal de bevolking omstreeks 1980 ongeveer 15 miljoen zielen tellen. Momenteel is er een tendens merkbaar, dat deze groei niet zozeer de grote steden als wel de kleine en middelgrote gemeenten ten goede komt. Bovendien blijkt in het westen van het land de bevolking minder snel te groeien dan in de overige delen (*Kruyt*). Hierdoor — maar ook door andere oorzaken, waaronder vooral de steeds toenemende verbetering van de communicatie is te noemen — vindt momenteel een verstedelijking van het platteland plaats. De groei van

de bevolking en het lage sterftecijfer brengen met zich mede, dat ook de leeftijdsopbouw van de bevolking verandert: er vindt een veroudering plaats.

De verstedelijking van het platteland brengt ons op een vierde aspect, namelijk op de veranderingen in het gezinsleven. Het blijkt dat het rurale, open gezin meer en meer gaat plaatsmaken voor het gesloten middle-class gezin, waarvan men de vertegenwoordigers vooral in de grote steden vond (*Douma*). Dit laatste gezinstype wordt vooral hierdoor gekenmerkt, dat die gezinsfuncties, waarin het psychologische gebeuren een belangrijke plaats inneemt, steeds in betekenis toenemen, terwijl andere functies, zoals de economisch-produktieve functie, steeds afnemen. Het moderne gezin wordt vooral een min of meer veilige haven, waarin de gezinsleden een compensatie kunnen vinden voor de competitie, die zij in de grote maatschappij moeten leveren; het gezin heeft vooral een „koesterende” functie. Deze functieverschuiving brengt wel met zich mede, dat het gezin veel labiel is dan het vroegere gezin, dat in functioneel opzicht een veel bredere basis had. Ook hangt ermee samen dat het in vergelijking met het vroegere patriarchale gezin veel meer democratisch is ingesteld. Het is in dit bestek niet doenlijk over de gezinssociologische aspecten verder uit te wijden. Slechts zij nog vermeld dat er ook een verandering in het waardenstelsel plaats vindt, waardoor bijvoorbeeld de houding tegenover een bewuste geboorteregeling anders wordt (*Van Es* 1963).

Vele van de genoemde factoren, zoals de bevolkingsgroei en de toenemende specialisering, ook in overheidsorganen en andere organisaties, brengen met zich mede dat de maatschappij steeds minder overzichtelijk wordt. Op velerlei gebied heeft men zelfs al gidsen nodig om de weg te kunnen vinden; vaak behoort dit tot de taak van de vele maatschappelijke werkers.

Tenslotte willen wij nog een kenmerk van onze moderne maatschappij noemen, dat ook voor de huisarts van belang is en dat niet zozeer een structureel als wel een politiek of een ethisch element is. Ik doel hierbij op het feit, dat naast de reeds verworven vrijheidsrechten uit de Franse revolutie een aantal sociale grondrechten ontwikkeld wordt of reeds gerealiseerd is (*Van der Ven*). De moderne mens heeft recht op arbeid, op vrije beroepskeuze, op veiligheid en hygiëne, op sociale voorzieningen bij ziekte en ongeval, bij ouderdom en werkloosheid en zo meer. Deze verworven rechten zullen echter alleen dan zinvol in onze samenleving kunnen functioneren, als ieder lid van die samenleving zichzelf ook gaat leren zien als een sociaal gebonden wezen, met elementaire plichten tegenover de naaste en de gemeenschap. Dit betekent in zijn uiterste consequentie onder meer, dat de mens in plaats van een recht op arbeid ook een plicht tot arbeid gaat krijgen. Een nieuwe vrijheid brengt aldus een nieuwe onvrijheid met zich mee. Deze onvrijheid is wellicht de prijs, die voor het verlangen naar sociale en economische zekerheid moet worden betaald.

Voor non-conformisme zal steeds minder ruimte komen; de woonwagengedwone past niet meer in dit maatschappijbeeld.

Wij kunnen zien dat individualisatie en specialisatie, die tot een versplintering kunnen leiden, tegenkrachten in het leven roepen, die de mens meer maatschappelijk leren functioneren. In staf, ploeg en team leert de moderne mens weer met anderen samen te werken. Aanvankelijk wellicht door de nood hiertoe gedwongen, ziet en ervaart hij, dat dit samenwerken ook een stuk eenzaamheid kan doorbreken en dat een samen dragen van een vaak te hoog opgevoerde verantwoordelijkheid weldadig en goed is. Wij zien echter ook samenwerking ontstaan op gebieden, waar niet een directe, materiële noodzaak aanwezig is. Men denke slechts aan wat in de Wereldraad van Kerken en in het Concilie gebeurt. Het blijkt, dat de desintegratie van de maatschappij integratieve krachten oproept. Als men dit ziet, is men eerder geneigd tot een gematigd optimisme dan tot een ondergangsfilosofie.

In deze maatschappij moet de huisarts nu zijn plaats vinden of hervinden. Welke stormen woeden over het hoofd van de huisarts? Reeds in 1913 wees *Van Rijnberk* erop, dat het werk van de huisarts grote veranderingen onderging door de toenemende specialisatie en door de maatschappelijke veranderingen: „Door de overweldigende ontwikkeling van de wetenschap en de wetenschappelijke techniek is een groot deel der artsen tot beperking van hun praktische uitoefeningsgebied gedwongen; door de gewijzigde maatschappelijke verhoudingen is een veranderde vorm van vraag naar geneeskundige hulp ontstaan.” Hoezeer dit op het werk van de huisarts zijn invloed heeft gehad, blijkt duidelijk uit het vele jaren later geschreven proefschrift van *Ruhe*. Deze vond bij een vergelijking van zijn werk in 1938 en 1954 een verviervoudiging van het aantal consulten, terwijl het aantal visites anderhalf keer zo groot werd. Hiermee naderde de medische consumptie van alle bevolkingsgroepen samen die van de notabelen van voorheen. Deze bijna revolutionaire verandering werd weliswaar teweeg gebracht door de invoering van het ziekenfondsenbesluit, maar de achtergrond hiervan was toch wel de bovengeschilde verandering van de maatschappij. De sociale grondrechten werden gerealiseerd in een vorm die paste bij de moderne volkswelvaart, terwijl bovendien, onder andere door de verstedelijking van het platteland, andere normen op het gebied van de gezondheidszorg ontstonden.

Deze ontwikkeling gaf aanleiding tot een overbelasting van de huisartsen, die aan deze wijze van praktijkvoering niet gewend waren. Deze overbelasting leidde onder andere vaak tot het verwijzen naar specialisten op onvoldoende gemotiveerde indicatie. Deze handelwijze, gevoegd bij de rijstebrijberg van literatuur, die de huisarts niet kon verwerken en de toenemende technische vaardigheden van de specialisten, veroorzaakte sterke minderwaardigheidsgevoelens bij de huisarts. Deze had immers nog een of ander ideaalbeeld van de arts die de

„geneeskunde in zijn volle omvang” moest kunnen uitoefenen. Dit irreële ideaalbeeld werd niet door de opleiding afgebroken, integendeel. De toekomstige huisarts kreeg immers zijn opleiding van vele specialisten, die hem allemaal wegwijs wilden maken in hun eigen specialisme. De „teacher” werd het voorbeeld, het toekomstbeeld van de „pupil”. Hij had echter geen huisarts om zich mee te identificeren, dus werd een verbrokkeld beeld van specialisten zijn voorbeeld. Velen droegen lange jaren dit beeld in hun huisartsenpraktijk met zich mee.

Is het een wonder dat het hem, als hij over zijn eigen werk nadacht, verging als vele gezinssociologen? Deze waren dikwijls de mening toegedaan, dat het gezin ten dode zou zijn opgeschreven, omdat vele andere instituten de gezinstaken zouden overnemen. De school en de jeugdvereniging de opvoedende functie, het ziekenhuis en het bejaardencentrum de verzorgende, de conservenfabriek de produktieve functie en zo meer. Inderdaad is het waar, dat het gezin vele functies verloor, maar men moet niet uit het oog verliezen, dat aan de andere kant verscheidene andere functies steeds belangrijker werden. Juist nu het gezin functie na functie verloor, verkreeg het zijn eigen functie, schreef McIver. Er ontstond ruimte en tijd voor het vervullen van zeer wezenlijke gezinsfuncties.

Men maakt in de gezinssociologie wel onderscheid tussen kern- en randfuncties, of tussen primaire en secundaire (Van Es 1959). De kernfuncties blijven altijd aan het gezin verbonden, de randfuncties daarentegen zijn facultatief, kunnen dus in de loop der tijden veranderen. Een gezin bestaat alleen als de kernfuncties gehandhaafd blijven, de overige zijn voor het bestaan niet van essentiële betekenis. (Overigens is bij de verschillende auteurs de verdeling der diverse functies over deze beide groepen nogal verschillend!)

Naar analogie hiermede zou men in het werk van de huisarts ook een aantal kern- en randfuncties kunnen onderscheiden. Het hangt ook hier in belangrijke mate van de eigen instelling af, welke functies men tot de kern- en welke men tot de randfuncties wil rekenen. Maar het komt mij voor, dat door de eeuwen heen centraal in het werk van de (huis)arts heeft gestaan de taak zich een integraal oordeel over een hulpzoekende te vormen op grond van gegevens, die anamnese en onderzoek opleveren, teneinde de hulpzoekende zo menselijk en zo deskundig mogelijk te helpen en daarbij de verantwoording voor dat handelen volledig te dragen. Menig huisarts kreeg in het nabije verleden steeds meer het gevoel een soort „residu-geneeskunde” te bedrijven; een behandeling dus van die gevallen, die de specialist nog niet of niet meer kon behandelen. Houdt men echter de kernfunctie van de huisarts in het oog, dan zal men niet licht meer tot een dergelijke negatieve omschrijving van zijn werk komen. Het is dan namelijk van secundaire betekenis of men een patiënt zelf doorlicht of dat dit door de specialist geschiedt. Het doet er niet veel toe of de specialist een fractuur behandelt of dat de huisarts

dit zelf doet. De hulpzoekende moet zo menselijk en zo deskundig mogelijk worden geholpen. Als men van oordeel is dat de specialist dit in een bepaald geval beter kan, is een verwijzing op z'n plaats. Maar daarmee is de rol van de huisarts nog niet uitgespeeld! De kernfunctie blijft onverminderd gehandhaafd. Als men integraal wil oordelen en handelen, is men immers met een verwijzing naar de specialist nog niet ontslagen van de eigen verantwoordelijkheid voor de patiënt. De specialist kan en hoeft immers alleen maar een facet in ogenschouw te nemen. Voor de rest is en blijft de huisarts verantwoordelijk. „In werkelijkheid is de medische specialist slechts de gespecialiseerde hulpkracht van de huisarts, behoort dat althans te zijn,” aldus Stolte.

Het streven naar een integrale benadering van de patiënt houdt voorts in, dat de huisarts naast persoonlijk arts ook gezinsarts moet zijn. Men zou kunnen denken, dat dit nieuwlichterij is, maar niets is minder waar. In 1913 schreef Van Rijnberk in het reeds eerder geciteerde artikel: „Regel was, dat „de dokter” als huisarts, ja beter als gezinsarts functioneerde, en in geestelijken soms niet minder dan lichamelijken nood als raadgever optrad. Toen was de geneesheer, met vaste, zich soms over verscheidene geslachten uitstrekkende banden aan de gezonde, zowel als aan zieke leden van talrijke gezinnen verbonden.”

Het is te verwachten, dat de huisarts als gezinsarts in de toekomst nog belangrijker zal worden dan in het verleden het geval was. Wij hebben immers kunnen constateren dat het functioneren van de psychologische functies in het gezin in belangrijkheid toeneemt, maar ook dat het gezin labiel wordt. Daarom zal van de huisarts vaak hulp of adviezen, het gezin betreffende, van node zijn. Maar gezien het feit dat de maatschappij en daarmee de onderlinge relaties zoveel gecompliceerder zijn geworden, is meer inzicht en dus grotere deskundigheid noodzakelijk, dan bij de voorganger van de tegenwoordige huisarts. Ook zal de huisarts bij menige handeling zich moeten afvragen welke de gevolgen hiervan zijn voor de overige gezinsleden, die immers ook zijn patiënten zijn.

De aard van zijn relatie met het middle-class gezin zal ook anders zijn dan met het rurale, open gezin. Het lijkt waarschijnlijk, dat bij het eerstgenoemde gezin een democratische houding meer op z'n plaats is dan bij het meer autoritaire open gezin (Van Es 1959). Het is ook niet uitgesloten dat bij het eerstgenoemde gezin een grotere verwachting ten aanzien van de huisarts bestaat dan bij het ouderwetse plattelandsgezin.

Het werk van de huisarts zal op nog meer terreinen van aard kunnen veranderen. Wij hebben reeds de verwijzing naar de specialist besproken. Naast een medische noodzaak kan de verwijzing ook plaatsvinden op grond van een grotere behoefte aan „medische consumptie” bij de patiënt, passend in het patroon van de grote welvaart. Het gevaar van het toebrengen van iatrogene schade is hierdoor verre van denkbeeldig. Ook is te verwachten,

dat het plattelandspatroom steeds meer op dat van de grote stad zal gaan lijken. Maar het is niet uitgesloten, dat de „backward art” van de patiënt om met zijn medische behoeften om te gaan op den duur weer meer adequaat zal worden. In ieder geval ligt er op dit gebied voor de huisarts een belangrijke taak om de patiënt zo goed mogelijk met raad en daad terzijde te staan.

De neiging tot verhoogde consumptie zal ook een weerslag kunnen krijgen op het gebied van het geneesmiddelenverbruik. De toename in het gebruik van pijnstillende en slaapmiddelen kan mede veroorzaakt worden door een verandering in de instelling tegenover de pijn. Het is niet onwaarschijnlijk, dat de moderne mens een geringere „pain acceptance” (*Zborowski*) heeft dan zijn voorouders. Ook op dit gebied is voor de huisarts een belangrijke taak weggelegd om misbruik tot de kleinst mogelijke proporties terug te voeren.

Het werk van de huisarts zal verder verandering ondergaan, omdat het palet van ziekten, dat hij onder ogen krijgt, langzamerhand van karakter verandert. Het aantal bacteriële infectieziekten neemt nog steeds af; virusziekten zullen daarentegen wellicht in belangrijkheid toenemen. Er zullen steeds meer ziekten van de ouderdom optreden. Anderzijds zal de huisarts een verzoek om advies betreffende geboorteregeling niet zonder meer naast zich neer kunnen leggen. Het is niet ondenkbaar, dat nog meer dan nu reeds het geval is, zieken, die „niets mankeren”, de hulp van hun huisarts inroepen. Ten dele zullen dit patiënten zijn met psychische noden (*Weyel*), terwijl anderzijds de betrekkelijk grote onvrijheid in de moderne maatschappij er toe zal leiden, dat velen voor hun maatschappelijk falen een spanningsvermindering zullen zoeken door middel van het „medisch ventiel” (*Van Doorn*). De vlucht in de ziekte of alleen al de vlucht naar de huisarts biedt de mogelijkheid om even de plichten, welke de maatschappij op ieders schouders legt, te ontgaan. Om hier zinvol te handelen zal een integrale benadering ook niet kunnen worden gemist.

Bovengenoemde veranderingen, die nog met vele andere zouden zijn aan te vullen, vormen op zichzelf al een pleidooi voor het voortbestaan van de huisarts. Maar deze zal alleen kunnen blijven bestaan als voor hem in het totaal van de gezondheidszorg een passende plaats wordt ingeruimd. De bestaande neiging tot verdere uitbouw en institutionalisering van bepaalde diensten en specialismen kan daarbij een ernstige belemmering zijn. De preventie en behandeling van bepaalde ziekten of groepen van zieken worden te zeer door verschillende organisaties geïsurpeerd. Men denke aan de geriatrie, aan de revalidatie, aan bepaalde tendensen in het kruiswerk, waar de huisarts maar al te vaak over het hoofd wordt gezien.

Deze voorbeelden maken duidelijk, dat de huisarts zich zijn eigen waarde zeer goed bewust mag en zelfs moet zijn, wil hij een rol in het totaal van de geneeskundige voorzieningen blijven spelen. Zijn patiënten wensen dit wel! Ik wil daar enkele voor-

beelden van geven. Bij een in het Nederlands Gesprek Centrum gehouden gedachtenwisseling over de waarde van de huisarts bleken alle deelnemers (die op enkele uitzonderingen na uit de hogere rangstanden afkomstig waren) zeer hoge verwachtingen ten aanzien van de huisarts te koesteren. Zo hoog zelfs, dat het de daarbij toelusterende huisarts wel eens benauwd om het hart werd! Naast deskundigheid werden vooral „menselijke” verwachtingen gekoesterd. Vorig jaar woonde ik in Berlijn een conferentie bij, waar ik verschillende collegae uit Oost-Duitsland ontmoette. Deze vertelden mij, dat men van hogerhand trachtte langzamerhand de huisartsen aan poliklinieken te verbinden, waar ze willekeurige patiënten te behandelen kregen. Binnen korte tijd vormde zich echter om iedere huisarts toch, zij het informeel, een groep van „eigen” patiënten. Ook hier ziet men duidelijk gedemonstreerd, dat bij vele patiënten de behoefte aan een eigen huisarts zeker aanwezig is.

Waarom is de huisarts voor de gezondheidszorg nu zo belangrijk? Als men zijn belangrijkheid onder één noemer zou willen brengen, geloof ik, dat deze noemer is dat de huisarts de patiënt en diens gezin kan helpen een bolwerk op te werpen tegen de „ontmenselijking” van onze samenleving, tegen de verzakelijking, die de meeste intermenselijke relaties doordringt. Alles wat dit proces kan tegengaan is van vitale betekenis. Iedere huisarts afzonderlijk kan dit voor zijn patiënten doen, maar ook dient men zich af te vragen of de huisartsen niet als groep — al of niet tezamen met anderen — ten aanzien van de maatschappijstructuur een bijzondere verantwoordelijkheid dragen. Moeten zij niet een bijdrage leveren tot een „humanisering” van de samenleving? Tot dit alles is de specialist niet in staat. Hij heeft immers veelal tot taak een deelprobleem op te lossen. De organen van gezondheidszorg kunnen het nog minder, omdat deze juist zelf vaak een uitvloeisel zijn van de gewraakte verzakelijkte relaties. Neen, de moderne huisarts als mens, als persoon heeft dit werk te verrichten. „Der moderne Hausarzt hat eine persönliche Aufgabe zu erfüllen, die mit seiner technischen und sozial-hygienischen Aufgabe zu einer Einheit werden soll” (*Buytendijk*).

Wil de huisarts deze taak naar behoren vervullen, dan moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan. Terris schreef veel huisartsenproblematiek toe aan de omstandigheden, waaronder hij zijn werk moest verrichten, veel meer dan aan zijn opleiding. Ik geloof, dat voor de Nederlandse huisarts beide factoren zwaar wegen. In de eerste plaats krijgt de medische student geen adequate opleiding; na de beëindiging van zijn studie is hij absoluut nog niet klaar voor het werk in de huisartsenpraktijk. In de tweede plaats — wij spraken er reeds over — mist hij een huisarts als opleider om zich mee te identificeren. Hij wordt door specialisten opgeleid voor een beroep, dat die specialisten niet kennen. Hoe zal er dan ooit een juiste benadering van en instelling tegenover het huisartsenberoep zijn? Wij

moeten dus concluderen dat er een verandering in de opleiding tot arts zal moeten komen. Hoe deze moet zijn, daarin zullen wij ons thans niet verdiepen.

Ook zal de aanstaande huisarts een specifieke opleiding moeten krijgen. Hierop zullen wij evenmin in den brede ingaan, omdat dit ons te ver zou voeren. Wel moeten wij vaststellen dat deze opleiding voor een groot deel in de huisartsenpraktijk zal moeten plaatsvinden. Mede om de opleidende huisartsen niet al te zeer te belasten is een korte theoretische vooropleiding en een begeleiding van het werk in de praktijk noodzakelijk. Deze laatste elementen uit de opleiding zullen waarschijnlijk het beste door het ontworpen huisartseninstituut kunnen worden verwezenlijkt.

In deze opleiding zal in de eerste plaats aandacht moeten worden besteed aan de diagnostiek en behandeling van die ziekten, die in de huisartsenpraktijk veelvuldig voorkomen, maar die men slechts zelden binnen de muren van het ziekenhuis kan aantreffen. Daarbij zal ook aan de sociale en psychologische aspecten van het ziek zijn aandacht moeten worden besteed, teneinde tot een integrale benadering te komen. Hiermee hangt samen, dat de huisarts een scholing tot gezinsarts moet krijgen, met dus onder andere verwerving van inzicht in de kleine groep van het gezin, in de micro-sociale geneeskunde, zo men wil. De huisarts zal zichzelf moeten leren hanteren in de relatie met de patiënt; hij zal gesprekstechniek in de breedste zin van het woord moeten leren. Voor zijn patiënten moet de huisarts ook vaak een zekere gidsfunctie vervullen. Daarom zal hij enige kennis van de maatschappij niet kunnen ontberen. Ook zal hij moeten leren omgaan met vertegenwoordigers van andere disciplines, vooral met hen, die eveneens bemoeienis met zijn patiënten hebben. Ik denk daarbij vooral aan maatschappelijk werkers, aan geestelijken en aan verpleegsters. De huisarts zal bovendien enig inzicht moeten verkrijgen in de positieve gezondheidszorg, want ook op dat terrein zal zijn gidsfunctie voor het gezin onontbeerlijk zijn.

Op deze wijze toegerust en regelmatig bijgeschoold, zal de huisarts zijn taak naar behoren kunnen vervullen. Dan zal hij in de behandeling van zijn patiënten een eigen, deskundige inbreng hebben, waardoor ook een werkelijk collegiale relatie met de met hem samenwerkende specialisten mogelijk is. De huisarts zal dan zijn oorspronkelijke taak weer kunnen opnemen, maar nu in een gewijzigde vorm. Want hij zal het niet kunnen stellen zonder een nauwe samenwerking met specialisten; de ondoorzichtig geworden maatschappij eist een nieuwe deskundigheid; en het moderne gezin heeft meer en subtielere hulp nodig dan het traditionele.

Maar ook de omstandigheden, waaronder hij zijn werk moet verrichten, hebben invloed op de huisarts. Hij is zelf lid van de veranderende maatschappij. Men kan daarom ook bij hem in toenemende mate een verlangen naar sociale en economische zekerheid waarnemen. Ik kan mij niet aan de indruk

onttrekken, dat het ontbreken hiervan sommige artsen doet terugschrikken huisarts te worden of te blijven.

Verder kan men waarnemen dat bij een aantal huisartsen het verlangen bestaat het eigen isolement te doorbreken en tot een of andere vorm van samenwerking met anderen te komen. Deze anderen kunnen dan zowel collegae als bijvoorbeeld maatschappelijk werkenden zijn. In dit verlangen naar samenwerking vindt het N.H.G. ongetwijfeld een van de wortels van zijn bestaan. De onlangs gehouden conferentie over groepspraktijken (*Van Es* 1962) is in dit opzicht een teken aan de wand.

Ook het gezinsleven van de huisarts zelf stelt zijn eisen. Het zal waarschijnlijk geen huisarts beschoren zijn zonder schuldgevoelens tegenover zijn gezin en zijn patiënten door het leven te gaan, omdat hij beide vaak tekort doet. Maar hij zal steeds minder bereid zijn zijn gezinsleven vrijwel geheel aan de praktijk op te offeren. Ook voor hem is psychologisch functioneren van zijn gezin steeds belangrijker. Hij zal dus streven naar een wijze van praktijkvoering, waarin het eigen gezinsleven nog op een redelijke wijze het zijne krijgt. Een uiting hiervan is de groeiende behoefte aan vakantie. Als aan de huisarts nog een toekomst verzekerd moet blijven, dient aan deze aspecten van de beroepsuitoefening de nodige aandacht te worden geschonken.

Wij hebben een aantal aspecten van de huisartsenpraktijk in de nabije toekomst zeer globaal bekeken. Daarbij zijn, het kan niet anders, vele belangrijke gezichtspunten en feiten niet aan de orde geweest. Maar aangezien de artikelen in deze serie bedoeld zijn om een discussie over dit onderwerp op gang te brengen, is deze onvolledigheid geen bezwaar, integendeel.

Onze conclusie is, dat de huisarts in het geheel van de gezondheidszorg een zeer belangrijke rol heeft te vervullen. Hij is, omdat hij zijn patiënten in hun totaliteit en in hun milieu het beste kan beoordelen, in staat hen voor een aantal schadelijke invloeden te behoeden, niet het minst voor iatrogene schade. Vaak zal zijn behandeling een specialistische behandeling kunnen voorkomen of overbodig maken. Zijn advies zal van grote betekenis kunnen zijn bij de moeilijke taak om de verschillende overwegingen, welke vaak bij het nemen van beslissingen op medisch terrein in aanmerking moeten worden genomen, in de juiste volgorde te plaatsen. Uitermate belangrijk is bij dit alles nog, dat hij zijn patiënten terzijde kan staan in hun strijd tegen verzakelijking van hun betrekkingen, zowel op geneeskundig gebied als in het geheel van de samenleving.

Tot welke hoogtepunten dit een enkele maal kan voeren wordt goed uitgedrukt door *Jaspers*, wanneer hij zegt: „Das Höchste, was ihm hier und da gelingt, ist Schicksalsgefährte zu werden mit dem Kranken, Vernunft mit Vernunft, Mensch mit Mensch, in den unberechenbaren Grenzfällen einer zwischen Arzt und Kranken entstehenden Freundschaft.” Alleen al deze mogelijkheid moet voldoende argument

zijn om het voortbestaan van de huisarts tot iedere prijs te verzekeren.

Samenvatting. Teneinde een beeld van de toekomst van de huisarts te ontwerpen, wordt eerst nagegaan welke maatschappelijke factoren hierop van invloed kunnen zijn. Hierbij passeren de toenemende massaconsumptie, de mechanisatie en rationalisatie, de bevolkingstoename, de verstedelijking van het platteland, de verandering in het gezinsleven, de ontwikkeling van sociale grondrechten en het onoverzichtelijk worden van de moderne maatschappij als aanwezige trends de revue. Door de maatschappelijke veranderingen en door de vooruitgang in de geneeskunde zal een aantal randfuncties van de huisarts zich kunnen wijzigen. De kernfunctie van de huisarts, namelijk het zo menselijk en deskundig mogelijk helpen van de hulpzoekende, zal echter blijven bestaan. Van belang is daarbij dat de huisarts in de moderne maatschappij zijn patiënten terzijde kan staan in de strijd tegen een verzakelijking van de betrekkingen in geneeskunde en maatschappij. Voor het vervullen van zijn functie zal de huisarts in de toekomst een meer aangepaste opleiding moeten krijgen en bovendien onder meer adequate omstandigheden moeten kunnen werken.

Summary. In order to form an idea of the future of the general practitioner the first question considered is which social factors can be of influence here. Herewith the increasing mass-consumption, the mechanization and rationalization, the population-increase, the urbanization of the country, the changes in family life, the development of basic social rights and the increasing intricacy of modern society are passed under review as existing trends. Through the social changes and through the progress of medicine a number of the general practitioner's marginal functions will be able to change. The chief function of the general practitioner, namely aiding those who seek help as humanly and expertly as possible, will however remain. It is of importance thereby that the general practitioner in modern society can stand by

his patients in the fight against the relationships in medicine and society becoming more business-like. For performing his function the general practitioner will have to receive a more appropriate training in future and also be able to work under more efficient circumstances.

- Bruinsma, G. W. (1911) Ned. T. Geneesk. 55, 937.
Buytendijk, F. J. J. (1956) in: Weiszäcker, V. von. Arzt im Irrsinn der Zeit. Eine Freundesgabe zum 70. Geburtstag. Centraal Bureau voor de Statistiek (1954) Herzene berekening omtrent de toekomstige loop der Nederlandse bevolking 1951-1981. De Haan, Zeist.
Doorn, J. J. A. van (1956) Sociologische gids 3, 152.
Douma, W. H. (1961) Bulletin 20 van de Afd. sociologie en sociografie, Landbouwhogeschool, Wageningen.
Es, J. C. van (1959) Gezinnen met zwakzinnige kinderen. Van Gorcum, Assen.
Es, J. C. van (1962) Medisch Contact 17, 440.
Es, J. C. van (1963) huisarts en wetenschap 6, 157.
Festen, H. (1962) Medisch Contact 17, 416.
Hartog, C. den (1962) T. Soc. Geneesk. 40, 605.
Hornstra, R. (1951) Medisch Contact 6, 640.
Jaspers, K. (1958) Philosophie und Welt. Piper, München.
Kruyt, C. S. (1961) De verstedelijking van Nederland. Van Gorcum, Assen.
Pen, J. en P. J. Bouman (1962) Drift en koers. Van Gorcum, Assen.
Ruhe, H. A. M. (1957) Een huisartsenpraktijk in 1938 en 1954. Van Gorcum, Assen.
Rijnberk, G. van (1913) Ned. T. Geneesk. 49, 77.
Rijnberk, G. van (1936) Ned. T. Geneesk. 80, 1176.
Stolte, J. B. (1957) R.K. Artsenblad 36, 5.
Terris, M. en M. Monk (1956) J. Amer. Med. Ass. 160, 653.
Ven, F. J. H. M. van der (1957) Sociale grondrechten, Spectrum, Utrecht/Antwerpen.
Wetsontwerp tot regeling van het ziekenfondswezen (1962) Medisch Contact 17, 217.
Weyel, J. A. (1962) huisarts en wetenschap 5, 217.
Zborowski, M. (1952) J. Social Issues 8, 16.

AANWINSTEN

Is het cervixcarcinoom te voorkomen?

DOOR DR I. S. SINDRAM, VROUWENARTS TE AMSTERDAM

Willen wij nagaan of een bepaalde aandoening kan worden voorkomen, dan zullen wij ons eerst zo goed mogelijk moeten oriënteren over de oorzaken van de betreffende ziekte. Daarna moet worden beoordeeld of de causale factoren geheel of gedeeltelijk kunnen worden geëlimineerd. Is zulks het geval, dan is werkelijke preventie mogelijk. Men kan evenwel het begrip preventie ook ruimer nemen en het niet beperken tot het voorkómen van morbiditeit, maar er ook mee omvatten het voorkómen van mortaliteit. In dat geval zal bij de bespreking van de preventie ook aandacht besteed moeten worden aan de opsporing en behandeling van de allereerste stadia van de ziekte in kwestie. Om praktische redenen zal ik mij in het navolgende niet beperken tot de preventie in engere zin, maar de vroege diagnostiek ook in het betoog moeten betrekken.

Causale factoren. Zoals bij de meeste carcino-

men, die gelokaliseerd zijn aan de oppervlakte van het lichaam, geldt ook voor het cervixcarcinoom, dat exogene factoren voor het ontstaan van grote betekenis zijn. Over de endogene oorzaken — de aanleg tot het krijgen van een maligne aandoening — is nog zo weinig met zekerheid bekend, dat dit probleem buiten beschouwing kan blijven.

De betekenis van exogene factoren voor het ontstaan van het plaveiselcelcarcinoom van de cervix uteri wordt aangetoond door de volgende algemeen aanvaarde feiten:

1 de ziekte komt vooral voor in de sociaal-economisch lagere bevolkingsgroep (*Graham e.a.*);

2 seksuele activiteit op jeugdige leeftijd verhoogt de kans (*Terris en Oelmann*);

3 er is een duidelijk verband tussen de hu-