

Gedachten over de toekomst van de huisarts

DOOR DR H. A. M. RUHE, HUISARTS TE HILVERENBEEK

Uit de vele publikaties, die in de laatste jaren verschenen zijn over de taak van de huisarts bij de medische verzorging, mag worden geconcludeerd dat men deze als belangrijk en zelfs essentieel ziet, maar dat men zich afvraagt of de huisarts wel berekend is voor die taak. En verder of hij zijn taak wel naar behoren vervult. De vraag wordt ook gesteld of het accent van de geneeskundige zorg niet te veel dreigt te verschuiven, of zelfs al verschoven is, in de richting van de specialistische of ambtelijke geneeskunde, bovendien een geneeskunde die niet meer wordt uitgeoefend in de woning van de arts of de patiënt, maar in een ziekenhuis, een fabriek, of een bureau.

Zonder nu een uitvoerige en gedocumenteerde beschrijving te willen geven van de status quo op dat gebied, een weergave van de al dan niet van een bepaalde, als ideaal gedachte, situatie afwijkende werkelijkheid, heb ik mij toch afgevraagd of het wel verstandig is de ontwikkeling in deze af te laten hangen van het toeval of van het vrije spel der krachten, die daarbij de weg van de minste weerstand zullen vinden en volgen.

Ik meen dat het van groot belang is dat de huisartsen zelf hier ingrijpen door een doelbewust beleid in hun praktijkvoering. Terecht wees *Van Es* erop dat de overheid, sociaalgeneeskundige diensten, kruisverenigingen, ziekenfondsen en de Maatschappij voor Geneeskunst door hun beleid vaak een diepgaande invloed op het werk van de huisarts hebben. En dat deze beleidsaspecten enerzijds door de ontwikkeling van de medische wetenschap, anderzijds door de ontwikkeling van de menselijke samenleving worden beïnvloed. Zeer bijzonder trof mij een aantal opmerkingen door *Festen* gemaakt in zijn artikel over de toekomstige ontwikkeling van de huisartspraktijk in Nederland. Zijn opmerkingen zijn waardevol omdat hier een insider aan het woord is met grote ervaring op velerlei gebied, zoals maar zelden wordt gevonden. Deze oud-huisarts heeft een specialistische opleiding gehad. Hij is thans medisch adviseur van een ziekenfonds en bovendien aan een kruisvereniging verbonden. Hij is oud-voorzitter van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, van de afdeling Tilburg van deze Maatschappij en van de R.K. Artsenvereniging. Hij heeft in al die functies een grote ervaring opgedaan en ook veel achter de schermen kunnen kijken. Op grond van die ervaring maakt hij enkele opmerkingen die wij gerust als juist mogen opvatten.

Zo schrijft hij: „Wanneer wij 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 erin zit.” En verder: „Vanwege de grote betekenis van de taak van de huisarts op het gebied van de curatieve gezondheidszorg en het belang van het streven naar het behoud van deze taak acht ik een intern onderzoek naar de wijze, waarop die taak in het algemeen wordt uitgevoerd, op dit ogenblik aangewezen.” Weer elders: „.....er zijn 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.” Voorts geeft hij aan dat „deze tekortkomingen vrij gemakkelijk met een beroep op onvoldoende bewijsmateriaal ontkend kunnen worden, maar dat een intern onderzoek, door de huisartsen zelf ter hand genomen, het enige middel is om verwijten te weerleggen en het gevoel van onbehagen, bij velen bestaand, weg te nemen.”

* * *

Er zijn enkele factoren aan te wijzen die een nadelige invloed hebben op het peil van het werk van de gemiddelde huisarts. De voornaamste volgen hier:

1 De huisarts kan zich gemakkelijk onttrekken aan deskundige kritiek op zijn werk. Hij oefent zijn beroep strikt individueel uit met als voornaamste beoordelaar slechts de ondeskundige patiënt. Hij verschilt in dit opzicht in belangrijke mate van de andere artsen, zowel de specialisten als de artsen in dienstverband. De specialist is van zijn werk verantwoording verschuldigd aan de huisarts en werkt regelmatig in teamverband met andere specialisten en assistenten aan wier kritiek hij is onderworpen. De arts in dienstverband moet regelmatig verslag van zijn doen en laten uitbrengen aan de instantie bij welke hij in dienst is: zijn werk wordt beoor-

deeld naar bepaalde meetbare resultaten, zowel door artsen als door niet geneeskundigen, naar gelang de omstandigheden.

2 De ziekenfondsen hebben een enorme invloed ten gunste uitgeoefend op onze gezondheidszorg, doordat zij de mogelijkheid om van alle beschikbare geneeskundige voorzieningen gebruik te maken binnen het bereik van iedereen hebben gebracht, terwijl dat vroeger slechts mogelijk was voor de zeer rijke en de straatarme patiënten. Het verwijzingsstelsel in de ziekenfondspraktijk met de verplichting van de verzekerden om primair van de diensten van een vaste huisarts gebruik te maken, sloot wel aan bij een bestaande traditie, maar versterkte de positie van de huisarts enorm. Doordat er echter zo ruimschoots de gelegenheid wordt geboden om via de huisarts gebruik te maken van specialistische hulp en doordat de financiële beloning van de ziekenfondshuisarts geen samenhang vertoont met zijn inspanning, treedt er in toenemende mate een nivellering op, die zich onder meer uit in een teveel verwijzen door de huisarts. Wie het meest verwijst verdient zijn geld met de minste inspanning. Wanneer de huisarts door gemakzucht, onkunde, tijdsgebrek of slordigheid een fout maakt, is er altijd nog de specialist die dat, als het niet al te erg is, kan corrigeren en met de mantel der collegiale liefde bedekken.

3 De hard en serieus werkende huisarts, die zich een grotere dan de gemiddelde praktijk verwerft en door het aantrekken van hulppersoneel en een doeltreffende inrichting van zijn praktijkruimte grotere kosten maakt, wordt daarvoor beloond door een korting op zijn ziekenfondshonorarium (met bepaalde economische overwegingen wel te verdedigen, maar psychologisch verschrikkelijk fout) en wordt bovendien getroffen door een progressie in de inkomstenbelasting die voor een man, die alles door persoonlijke inspanning verdient, roofofbouw lijkt op zijn toewijding en werkkraft; bepaald niet bemoedigend om op de ingeslagen weg voort te gaan, doch integendeel de neiging in de hand werkend het maar op zijn gemak te doen en het niet meer zo nauw te nemen.

Ik meen dat het Nederlands Huisartsen Genootschap maatregelen in studie moet nemen om een ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde in de goede richting te bevorderen. Verder deze maatregelen in een experiment moet toetsen aan hun bruikbaarheid, terwijl het daarna de taak van de Landelijke Huisartsen Vereniging zal zijn om bruikbaar bevonden mogelijkheden in praktijk te brengen.

Het wil mij voorkomen dat wij zouden moeten beginnen met een zich vrijwillig onder toezicht stellen van individuele huisartsen. De vragen die dan terstond opkomen zijn onder wiens toezicht, wat moet dat toezicht omvatten, welke normen moeten bij een eventuele oordeelvorming worden gehanteerd, welke consequenties moeten op de oordeel-

vorming volgen, wie betaalt de hieraan verbonden kosten?

Wanneer ik tracht deze vragen te beantwoorden moet ik uitdrukkelijk vooropstellen, dat het zonder gedachtenwisseling met anderen niet goed mogelijk is het juiste antwoord te geven. Daar zou dus nog veel over kunnen worden gepreut, een gesprek overigens dat mij nuttig en nodig voorkomt.

De huisarts die dus meent dat het voor de juiste vervulling van zijn taak nuttig is dat hij zijn werk vrijwillig laat beoordelen door deskundige collega's, zal daarom moeten vragen en dan natuurlijk bereid moeten zijn die beoordeling mogelijk te maken door openhartigheid en eerlijkheid. De beoordeling dient te geschieden door een arts die volledig op de hoogte is van het huisartsenwerk, bijgestaan door enkele andere artsen met name ook door een specialist en een sociaal-geneeskundige.

Om zich een oordeel te kunnen vormen over het werk van een huisarts lijkt het mij nodig kennis te nemen van een aantal punten die hier volgen:

Hoe heeft de huisarts zich na zijn artsexamen verder op zijn taak voorbereid, hoe lang is hij gevestigd, doet hij wetenschappelijk werk, heeft hij publikaties op zijn naam staan? Hoe is zijn praktijkvoering, hoe is de praktijkruimte, welk instrumentarium is aanwezig, welk gebruik wordt ervan gemaakt? Is er een praktijkassistente, hoe wordt het spreekuur georganiseerd, is er een kaartsysteem en wordt het gebruikt? Hoe is zijn samenwerking met de ziekenfondsen, met specialisten, met sociaal-geneeskundige instellingen? Hoe staat hij tegenover avond- en nachtdiensten, hoe staat hij bekend bij de afdelingsraad van zijn woonplaats?

De commissie, die de huisarts beoordeelt, moet dat natuurlijk, evenals bij een examen, op de totaalindruk doen; de beoordeling behoort gemotiveerd te worden gegeven en duidelijk te stellen op welke punten de betrokkene uitblinkt of tekort schiet. Wanneer het oordeel gunstig is zou aan de betrokken huisarts het recht kunnen worden gegeven een bepaalde titel te voeren, bijvoorbeeld „huisarts, N.H.G.,” en die titel te voeren op zijn naambord en zijn drukwerk. Dat voorrecht zou niet voor het leven moeten gelden, maar voor een aantal jaren. De beoordeling zou dus periodiek moeten worden herhaald.

Het wil mij voorkomen dat de huisarts, die om een beoordeling heeft gevraagd, in principe de daaraan verbonden kosten zelf moet dragen. Ik kan mij echter voorstellen dat van bepaalde zijde, het belang van uitstekend huisartsenwerk in aanmerking genomen, subsidie zou kunnen worden verleend. Zeker in de aanvang wanneer aan de titel vernoemd geen andere voordelen dan de eer zullen zijn verbonden.

Mogelijk zal ook na enkele jaren blijken op welke wijze een ander vraagstuk kan worden opgelost, namelijk of de huisarts zich na zijn artsexamen

moet specialiseren en op welke wijze hij dat zal moeten doen. Verder zal moeten blijken of er bij de als goed beoordeelde huisartsen sprake is van een duidelijke accentverschuiving van de medische zorg uit de ziekenhuissfeer naar de behandeling thuis en in de spreekkamer van de huisdokter.

Wanneer zou blijken dat de huisarts in staat is om de medische zorg doelmatiger en economischer te maken door een betere praktijkvoering zal het de taak van de Landelijke Huisartsen Vereniging zijn om voor hen, die dat bereiken, hogere honoraria te bedingen, een voor de meesten noodzakelijke stimulans voor het verbeteren van de arbeidsprestatie.

In elk geval lijkt mij deze gang van zaken verkieslijker dan de van sommige zijden voorgestelde beperking van de praktijkgrootte voor de huisarts door middel van directe of indirecte dwang. Ik meen dat daardoor de nivellering nog zal toenemen en men dat beter aan het persoonlijk verantwoordelijkheidsgevoel van de huisarts, die zich vrijwillig onder toezicht stelde, kan overlaten.

Samenvatting. Terecht wordt af en toe gesteld dat de praktijkvoering van de Nederlandse huisarts vaak niet vol-

doet aan redelijke eisen, waardoor niet alleen de optimale verzorging van de patiënt onvoldoende wordt bereikt, maar ook het gevaar bestaat dat de huisartsenhulp meer dan nodig wordt vervangen door een meer kostbare en tevens minder mogelijkheden biedende hulp door niet-huisartsen.

Aangeraden wordt de huisartsen er toe te brengen zich vrijwillig onder collegiaal toezicht te stellen om daardoor het nadeel van een buiten elke deskundige controle staande beroepsuitoefening te ondervangen en tevens door het treffen van bepaalde stimulerende maatregelen te bevorderen dat de huisarts meer persoonlijk belang krijgt bij een goede beroepsuitoefening dan in het huidige maatschappelijke stelsel het geval is.

Summary. Reflections on the family doctor's future. It is occasionally contended, and rightly so, that the Dutch family doctor's practice management often fails to meet reasonable requirements, so that there is not only less than optimal care of the patient but also a risk that general practitioner's care is replaced, more often than necessary, by more expensive and less versatile care extended by others than the family doctor.

It is advised that family doctors should be persuaded to accept, voluntarily, the supervision of colleagues. This abolishes the disadvantage of professional practice completely outside expert control and also promotes, through certain stimulating measures, a more personal interest of the family doctor in adequate professional management than can be expected in the current social system.

Es, J. C. van (1963) huisarts en wetenschap 6, 277.

Festen, H. (1963) huisarts en wetenschap 6, 385.

Beschouwingen over orgasme

DOOR DR A. J. WESTERMAN HOLSTIJN, ZENUWARTS TE AMSTERDAM

Onder „orgasme” verstaat men meestal een zeker „hoogtepunt der gevoelens van geslachtelijke wel-lust” (*Winkler Prins*). Door *Kinsey* wordt dit begrip uitvoeriger omschreven en wel als een speciaal seksueel beleven, gekenmerkt door „een toenemen van neuromusculaire spanningen, die culminereren tot een hoogtepunt, waarop een plotselinge, explosieve ont-lading van spanningen kan voorkomen, gevolgd door een terugkeer tot de normale fysiologische toestand”. Indien bij de man deze snelle ontlading ontbreekt, is dat als een stoornis te beschouwen; zoals wij echter zullen zien, ligt dat bij de vrouw anders. Wij zullen deze typische orgasmevorm, waarbij men wel van paroxysme, climax of acme spreekt en die bij de man als regel gedurende de ejaculatie optreedt, hier het climax-orgasme noemen, ter onderscheiding van andere bevredigingsvormen, die door sommigen wel, door anderen niet orgasme worden genoemd.

In het algemeen zal alles, wat de volledige over-gave aan deze beleving in de weg staat, stoornis kunnen geven, zoals een momentaan afgeleid worden door wat ook, een doorwerken of naar boven komen van een nog (eventueel onbewust) bestaan-de afkeer tegen of schuldgevoelens over het geni-tale verkeer, enige tegenzin tegen de partner of een sterke fixering aan andere personen of aan anders-gerichte (soms pervers genoemde) seksuele doel-

einden. Het zou weinig zin hebben te trachten hier alle speciale mogelijkheden te registreren; in de praktijk dient natuurlijk te worden nagegaan waar in elk geval de schoen wringt. Het spreekt vanzelf dat deze belemmerende factoren, al naar hun sterkte en hun bijzondere aard, het orgasme meer of minder kunnen storen. De gevolgen kunnen variëren van licht verminderde lustgevoelens, via een moei-lijk of niet geheel kunnen bereiken van een climax, tot een geheel ontbreken van lustgevoelens en een volkomen impotentie of frigiditeit. Bij de man uiteten deze belemmeringen zich het duidelijkst in enige vorm van genitale impotentie.

Veel gecompliceerder is de situatie bij de vrouw. Daar komt om te beginnen een climax-orgasme lang niet regelmatig voor. Het is zeer belangrijk, dat de percentages, die de verschillende auteurs voor die „anorgasmie” opgeven, zo ongelooflijk veel verschil-len. *W. Kemper*, in een in 1942 verschenen voor-treffelijk boek, citeert auteurs, die aangeven dat slechts 15 procent der vrouwen het orgasme ken-nen, naast anderen, die zeggen, dat 90 procent het regelmatig hebben. Tussen deze uitersten worden natuurlijk allerlei andere percentages opgegeven. Zo zegt *E. Chesser*, dat 46 procent nooit het orgas-me beleeft, terwijl *Van Emde Boas* opgeeft dat bij twee-derde der door hem onderzochte vrouwen een vaginaal orgasme volledig ontbrak. *Kinsey's* onder-