

huisarts en wetenschap



MAANDBLAD

VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

De toekomst van de huisarts

DOOR PROF. R. HORNSTRA TE UTRECHT

Het verzoek over de toekomst van de huisarts te schrijven is niet eenduidig. Bedoeld kan zijn de beschouwing te geven over wat verwacht mag worden wie en wat de toekomstige huisarts zal zijn, maar uit de vraagstelling kan ook de twijfel spreken of de huisarts nog wel een toekomst heeft. In een zo dynamische en structureel gecompliceerde dienstensector als de gezondheidszorg kan het niet uitblijven dat de taakverdeling binnen deze sector zich voortdurend wijzigt. Oude functies, alhoewel niet meer passend bij de ontstane behoefte, leven dan nog een tijd voort, omdat gevestigde belangen en pure traditie zich tegen opheffen verzetten, doch dit geeft nooit meer dan uitstel. Men behoort met het verlopen van het getij de bakens te verzetten, maar dat gebeurt nooit. Het wordt pas later gedaan, nadat eerst een aantal schepen uit de koers zijn gelopen.

Zo verdwijnen telkens eertijds zinvolle functies, omdat ze hun zin verloren hebben. Door specialisatie kan de functie worden gespreid over een aantal nieuw ontstane functies. De gang van zaken is dan dat de bedreigende nieuwe functies aanvankelijk naast de oude ontstaan en bestaan, en voortdurend terrein winnen tot er niets meer overblijft dan een kern, welke niet meer aantrekkelijk is voor jonge mensen. Is die fase bereikt dan is de zaak beslist en het afstervingsproces is begonnen.

Met betrekking tot de huisarts is deze diagnose wel gemaakt en dat gebeurt al veertig jaar, steeds duidelijker en beslister tot na de laatste wereldoorlog. De meest resolute diagnose uit die tijd is van Van Esso in *Medisch Contact* als hij de toestand, waarin de huisarts verkeert, omschrijft als *morbus excavatus chronica progressiva*. Een zo cachectische patiënt kan geen lang leven meer beschoren zijn.

De laatste jaren worden deze klachten niet meer gehoord. Dat is toch wel merkwaardig want het af-

kalvingsproces bij de huisartsen door de specialisatie gaat nog steeds door. Het aandeel van de huisarts in het geheel van de curatieve geneeskunde blijft dalen, blijkens de veel snellere toename van het aantal specialisten vergeleken met de toename bij de huisartsen. Economisch uitgedrukt kan men bovendien nog constateren dat de produktiviteit van de specialist snel gestegen is door inschakeling van een toenemend aantal hulpkrachten, die hem zeer veel werk uit handen nemen. De praktijk-assistente van de huisarts haalt daar niet bij.

Het pessimisme ten aanzien van de huisarts na de oorlog vond zijn grond in de ontwikkeling van de geneeskunde met de veel grotere therapeutische mogelijkheden, vooral gebonden aan specialist en ziekenhuis. Feitelijk was dat ook al voor de oorlog waar te nemen en sommigen trokken daaruit reeds toen pessimistische conclusies over de toekomst van de huisarts. Ook toen zag men reeds de huisarts als de gehandicapte tegenover de specialist, als de volwaardige met meer kennis, meer gespecialiseerde ervaring en meer technische mogelijkheden. Doch dit raakte toen minder het bestaan van de huisarts, omdat het economisch niet bereikbaar werd geacht om alles specialistisch te laten behandelen met de zo nodig daarmee verbonden kosten van ziekenhuisopneming. Voor de brede laag van de minder goeden zou men ondanks het bestaan van ziekenfondsen wel genoeg moeten nemen en kunnen nemen met de hulp van de huisarts. Doch na de oorlog wordt met het recht op gezondheidszorg als sociaal grondrecht van alle burgers ernst gemaakt. In principe werd het voor ieder mogelijk gemaakt toegang te krijgen tot elke vorm van gezondheidszorg. Aanvankelijk in de praktijk nog niet volledig, maar het verstrekkingenpakket van de fondsen werd telkens uitgebreid en over de laatste afronding wordt thans gestudeerd als volksverzekering voor

de zware geneeskundige risico's. Het sociale grondrecht over de gezondheidszorg eist dat de laatste financiële barrière voor het raadplegen van welke arts dan ook wordt opgeruimd.

Dit alles tendeert naar het overhevelen van een steeds groter deel van de curatieve zorg van huisarts naar specialist. Indien de fondsleden zonder verwijsbriefje de specialist zouden kunnen consulteren zou dit proces nog veel sneller verlopen. Wij hebben in ons land daar de rem gelegd. Zeker niet op grond van een volksstemming, want dan zou het radicaal zijn afgestemd. Het is buiten de patiënt omgegaan, omdat alle verstrekkers van diensten op dit gebied het eens waren. Vanzelfsprekend is het gemotiveerd met een beroep op het volksgezondheidsbelang en dat was niet ten onrechte. Toch was het een bijzonder gelukkige omstandigheid dat de groeperingen, die betrokken zijn bij de uitvoering van de fondsverzekering, alle hierbij belang hadden. De overheid en de fondsen wilden een volledige verzorging geven, maar waren toch wel bijzonder geïnteresseerd in de goedkoopste oplossing, die tot dit doel zou kunnen leiden. En dat was het verwijsbriefje. De huisarts waardeerde dit zeer met het oog op zijn taak en op zijn positie. De specialist vreesde terecht zonder verwijsbriefje een verpletterende invasie en met het verwijsbriefje hield hij voldoende werk, gezien ook de wijze van honorering van de huisarts. Zo voegden zich, bij dit verwijsbriefje, volksgezondheidsoverwegingen en eigen belangen harmonisch samen. Zo mooi loopt het niet altijd en dan moeten we genoeg nemen met een compromis. De mens, en ook de dokter, is ni ange, ni bête.

Het is niet te voorspellen of ook in de toekomst het eigenbelang van huisartsen en specialisten in dezen zal blijven parallel lopen. Want, zou dit anders worden, dan zouden de fronten anders komen te liggen en afschaffing van het verwijsbriefje zou ongetwijfeld de positie van de huisarts ten zwaarste bedreigen.

Bij de huidige geringe aanvoer van jonge artsen is er geen enkele reden om te vrezen voor een de huisartsen bedreigende trek naar het specialisme. Wanneer evenwel het onverwacht bijzonder grote aantal eerste jaars studenten in de geneeskunde een begin van een reeks van enige dusdanige jaren zal zijn, kunnen de verhoudingen over 15 jaar wel heel anders liggen. En als de broodvraag bij de specialisten zou gaan nijpen, dan zijn er wel argumenten te vinden voor een aanval op het verwijsbriefje als element voor bescherming van de positie van de huisarts, maar tegelijk vrijheidsbeperkend voor de verzekerde patiënt.

Dit gevaar lijkt thans heel weinig reëel en ik heb geen grond voor een voorspelling dat dit anders zal worden, maar wel kan men stellen, dat het zeker mogelijk is. Wij hebben een zekere parallel met de vroedvrouwen. Nog steeds geldt in ons land officieel de opvatting, dat zij de voorkeur verdient bij de normale bevalling thuis en de bescherming die zij geniet bij de verstrekkingen van de ziekenfondsen,

vindt alleen hierin zijn rechtvaardiging. Toch is dit oude beroep in de fase aangeland, dat te weinig jonge vrouwen daarin langer een toekomst zien. De verkleining van de huisartspraktijken speelt hierbij een rol, doch nog meer gecompliceerd, omdat bij de nieuwe instelling van de huisarts deze voor zijn contacten met het gezin een geboorte van een kind niet graag zal missen. Ook hier weer de bijna vanzelfsprekende menging van materieel en boven materieel belang, die de protectie van de vroedvrouw tot een acuut discutabel punt maakt. Zoiets is nooit jaren van tevoren te voorzien, omdat het een resultaat van vele krachten is, maar daarom is het ook van tevoren nooit uit te sluiten op grond van een extrapolatie vanuit het verleden.

Doch ook al zal het verwijsbriefje nooit aangevochten en terzijde worden gesteld dan blijft toch nog een afbrokkeling van de curatieve taak van de huisarts bij de medisch duidelijk te omschrijven ziekten te verwachten en dat is niet animerend voor de jonge arts, die een medische loopbaan moet kiezen. Men hoort dan ook van indrukken dat een veel te klein percentage van de afgestudeerden bewust de huisartsenloopbaan wil. Dat niettemin de vacante plaatsen van huisartsen vlot worden bezet zou kunnen betekenen dat dit voor een aantal de tweede keus uitmaakt en een begin met niet genoeg enthousiasme. Ik weet natuurlijk dat dit enthousiasme in de praktijk wel kan komen, omdat de aanvankelijke keuze op onvoldoende kennis, van wat een huisarts is en doet, berustte. Maar het blijft dan toch een keuze op krediet.

Naar mijn overtuiging ligt de toekomst van de huisarts niet in een hijgend pogen ziekten te behandelen als de specialist daartoe meer mogelijkheden heeft. De beste huisarts is niet degene, die probeert op dit terrein nog zoveel mogelijk zelf te doen, ook al overschrijdt hij nooit de grens, waarop de patiënt in diens belang naar de specialist moet worden verwezen. Naar mijn mening richt de huisarts in dit geval zijn ambitie niet op het meest essentiële deel van zijn werk. Hiermee redt men de huisarts ook niet van zijn ondergang. In landen waar men in de huisarts nog niet veel meer ziet dan een medische kracht, die een beetje specialist in alles is, zoals in Amerika voor dun bevolkte plattelandsgedieden, is het met de werfkracht van dit beroep gedaan.

In de *Journal of Medical Education* van november 1963 komt in een artikel van Schumacher over „Interest and personality factors as related to choice of medical career” een tabel voor over de keus van 1.649 studenten aan het eind van hun „internship”, dus wat wij zouden noemen: vlak voor het artsexamen. Deze studenten kwamen van 28 Amerikaanse medical schools over het gehele land. Van de 1.649 wilden 285, dit is 17 procent general practitioner worden. Daarmede is geen huisartsendienst op te bouwen. Nu betreft dit Amerika met een geheel eigen samenleving en medische verhoudingen, maar het lijkt toch wel maatgevend voor een situatie, waarin de huisarts general practitioner wil zijn

en niet primair mikt op het zijn van family doctor. In de laatste aanduiding valt een duidelijk ander accent. Ligt hier misschien de toekomst van de huisarts?

Wanneer we de beweging onder de huisartsen in Engeland en mede in navolging daarvan in ons land zien, dan is duidelijk dat hier sprake is van iets nieuws, wat men compact kan uitdrukken door te spreken van: de huisarts als gezinsarts. Gaat de huisarts oude stijl ten onder, maar herleeft hij of overleeft hij het als huisarts nieuwe stijl? Dit is natuurlijk uitermate belangrijk in een beschouwing over de toekomst van de huisarts.

De betekenis van psycho-sociale factoren op het ontstaan en verloop van ziekte heeft de medicus practicus altijd geweten en bij zijn behandeling heeft hij daaraan aandacht geschonken. Wel ligt er een tijd achter ons, dat het accent bijzonder sterk naar een uitsluitend biologisch-natuurwetenschappelijke behandeling van ziekten was verschoven. Het enorme succes daarvan maakte dit begrijpelijk en rechtvaardigde het, en deze belangstellingsrichting zal voorlopig zeker blijven bestaan. Een ongekende toename van de therapeutische mogelijkheden mag ervan worden verwacht. De psycho-sociale factoren werden als minder belangrijk gezien. Ze waren alleen maar lastig als ze tegenwerkten, en door ziekenhuisopname probeerde men ze zoveel mogelijk tijdelijk uit te schakelen.

De ontwikkeling van de psychiatrie, de geestelijke gezondheidszorg, de individuele en de sociale psychologie en het maatschappelijk werk hebben tot een begin van systematische studie van de invloed van de psycho-sociale gegevenheid geleid. Duidelijk is geworden dat in deze velden soms het beste — en ook wel het enige — aangrijpingspunt ligt om de patiënt van zijn klachten af te helpen.

De konsekwenties van wat de sociale wetenschappen ons omtrent de mens leren, zullen voor de geneeskunde en vooral voor het ruimere dat als gezondheidszorg kan worden aangeduid, bijzonder groot zijn. Nadere bestudering en toepassing hiervan bij patiënten, vraagt evenzeer aandacht als het biologisch-natuurwetenschappelijke. Dit vraagt een eigen deskundigheid, en klinisch zien we ook al zeer duidelijk een toeneming van de samenwerking tussen psychiater en orgaanspecialist, terwijl het medisch maatschappelijk werk zijn plaats begint te vinden.

De situatie van de huisarts en het ziektepatroon waarmee hij te maken heeft dwingen tot een deze meer integrale behandeling van zijn patiënten. Een toenemend aantal huisartsen ervaart dit als een nieuwe dimensie bij zijn handelen en voelt zich dan zeer incompleet toegerust tijdens zijn opleiding. Zij weten dat voor deze integrale geneeskunde meer nodig is dan algemene mensenkennis en het aanpraten van flinkheid of berusting. Het hanteren van gezinsproblematiek wordt dikwijls gevraagd en dit vereist vakkennis en komt neer op het toepassen van een wetenschap, die nog zeer jong is. De noodzakelijke kennis om verder te komen zal vooral in

de huisartsensituatie moeten worden verkregen. Kras uitgedrukt kan worden gesteld dat de huisarts wetenschappelijk onderzoek moet doen op een terrein, waar hij krachtens zijn opleiding slecht thuis is en een betrouwbare gids ontbreekt. Toch moet het gebeuren, want bij hem komen veel patiënten, die uitsluitend langs deze weg kunnen worden geholpen.

Deze visie op het werk van de huisarts maakt hem tot een onvervangbare figuur in de geneeskunde. Als hij zou verdwijnen zou een voorziening nodig worden voor de grote groep van patiënten, die zonder deze integrale hulp niet wordt geholpen. Bij de orgaanspecialist horen ze niet thuis, ook al staan klachten van een bepaald orgaan op de voorgrond en een opname in het ziekenhuis vertroebelt het symptomenbeeld. Het is vaak het belang van deze patiënten dat ze worden behoed in het slop van herhaalde specialistische onderzoeken, en daarop volgende behandeling, terecht te komen.

Hier ligt een kerntaak voor de huisarts nieuwe stijl en hij is hiervoor de meest aangewezen, zo niet de enig aangewezen. Dit is een specifieke, of zo men wil, een specialistische taak. Om deze taak aan te kunnen is een gespecialiseerde opleiding nodig en dan is het niet zo vreemd dat huisarts-geneeskunde te noemen. Het zal buitengewoon moeilijk zijn deze voorwaarde van de specifieke opleiding te vervullen, maar de toekomst van de huisarts hangt er van af. Maar zelfs als dit zou slagen, dan blijft het nog de vraag, of voldoende jonge artsen met de ambitie en de persoonlijke geschiktheid voor deze wel heel bijzondere medische taak zijn te vinden. Het gaat om een corps van zeker zesduizend artsen in de nabije toekomst. Het moeten mensen zijn die krachtens hun aanleg een brede belangstelling hebben, zowel natuurwetenschappelijk als geesteswetenschappelijk. Het lijkt onmogelijk om ze te vinden, maar zo is het met veel functies in de maatschappij. Prof. Rümke heeft eens een opsomming gegeven van de eisen waaraan een psychiater moet voldoen en met die maat gemeten schiet de meest excellerende psychiater tekort. Het praktisch bereikbare niveau ligt een belangrijk stuk lager, maar we moeten het ermee doen.

Zo zal het ook gaan met de huisartsen nieuwe stijl, want de oude stijl kan niet worden afgeschaft. De huisarts zal op de hoogte moeten blijven van de vorderingen in de geneeskunde. Van zijn diagnostiek en indicatiestelling voor verwijzing hangt zoveel af, dat dit met niet minder aandacht en kennis van zaken dan thans goed kan worden behartigd.

Voor mij ligt hier de toekomst van de huisarts en ik heb daarin geloof, omdat in het geheel van de geneeskundige zorg de huisarts onmisbaar is en waarschijnlijk dit in de toekomst nog meer zal worden. Maar als ik denk aan de vele ingrijpende voorwaarden, waaraan moet worden voldaan, dan zie ik veel moeilijkheden. Recruitering, opleiding, maatschappelijke positie, status in het oog van de patiënten, het kostenvraagstuk, verhouding met instel-

lingen voor maatschappelijk werk, en zo zijn er wel meer te vinden, die, interdependant als ze zijn, dikwijls gelijktijdig onder ogen moeten worden gezien.

Het Nederlands Huisartsen Genootschap ziet dit en kan niet anders dan met zwakke krachten deze totale problematiek te lijf gaan en dan zijn de te verwachten moeilijkheden wel dreigingen, maar deze kunnen geen reden zijn om er maar niet aan te beginnen. Het moet worden geprobeerd en overtuigde mensen kunnen veel.

Samenvatting: Betoogd wordt dat het aandeel van de specialist in de curatieve geneeskunde toeneemt en dit in de toekomst zal blijven doen. De bedreiging die hierin voor de huisarts ligt, wordt niet weggenomen als de huisarts probeert hiervan zoveel mogelijk vast te houden. In het verwijfsbriefje van de ziekenfondsen ligt een zekere bescherming voor de huisarts. Deze bescherming kan wegvallen.

De onvervangbare en bijzonder belangrijke taak van de

huisarts ligt bij de afwijkingen, die geheel of ten dele door psychische of sociale factoren zijn geconditionneerd. Daar is hij „family doctor” en meer dan „general practitioner”. Hier ligt zijn toekomst, maar of dit zal worden gerealiseerd hangt van heel veel voorwaarden af. Zekerheid bestaat hieromtrent niet.

The future of the general practitioner. Summary. It is maintained that specialists claim an increasing proportion of the tasks of curative medicine, and will continue to do so in future. The threat to the general practitioner which this development implies, is not eliminated by the general practitioner's attempt to keep as many cases as possible to himself. The sick fund's referral system affords some protection to the general practitioner, but this protection may be withdrawn in future.

The general practitioner's irreplaceable and especially important task lies in the field of affections conditioned entirely or in part by psychological or social factors. In this field he is the „family doctor” rather than the GP. His future lies here, but whether this will be realized is dependent on many imponderables. There is no certainty in this respect.

Incest

DOOR PROF. DR. H. TH. FISCHER TE UTRECHT

Wanneer wij over „incest” of „bloedschande” spreken weten wij, dat wij het over mensen hebben. Beide termen, gewoonlijk als synoniemen gebruikt, duiden iets exclusief menselijks aan. Het gaat om een begrip, dat in de wereld van het dier volstrekt onbekend is. Met andere woorden: het gaat hier niet om een relatief, maar om een absoluut verschil tussen mens en dier. Het begrip incest is bovendien niet enkel iets exclusief menselijks, maar bovendien iets universeel menselijks. Overal waar mensen samenleven vinden wij een kritische instelling tegenover bepaalde vormen van seksueel leven. Er is een goedkeuren, een toejuichen, een tolereren, maar ook een radicaal of wat minder radicaal afwijzen van bepaalde vormen van seksueel verkeer.

De mens leeft, anders dan het dier, in een culturele wereld, in een wereld van normen en symbolen, die voor hem, opgegroeid als lid van een bepaalde samenleving, gelding hebben. Culturen zijn complexen van normen en symbolen, die door hun historische en geografische bepaaldheid onderling grote verschillen vertonen. De verscheidenheid is zo groot en valt zozeer op, dat tal van volkenkundigen van mening zijn dat bijvoorbeeld universele ethische normen, normen dus die altijd en overal gelden en gegolden hebben, niet voorkomen. Wanneer dan op het algemeen voorkomen van het afwijzen van de incest wordt gewezen, is deze universaliteit voor hen een reden de afkeer van de incest op een aangeboren instinct terug te voeren. Met andere woorden: deze afkeer zou niet iets cultureels, maar iets natuurlijk zijn.

Intussen is het niet moeilijk aan te tonen dat dit laatste niet waar kan zijn. In de eerste plaats komen incestueuze verhoudingen vrij veel voor, ondanks

het feit, dat zware straffen, ja zelfs de doodstraf, bij zeer veel volken de schuldigen bedreigen. Deze straffen zouden niet nodig zijn, wanneer sprake was van een aangeboren afkeer. De wijze, waarop de onderlinge omgang tussen verschillende verwanten is geregeld, wijst er duidelijk op, dat men elke kans op incest wil voorkomen. Een broeder en een zuster mogen bij de Bataks van Noord-Sumatra nooit alleen met elkaar in huis zijn en zij zullen, wanneer zij daar met anderen zijn, vermijden op dezelfde plank van de vloer te zitten. Een meisje zal nooit een kledingstuk van haar broer mogen verstellen. Waarvoor dit alles, wanneer de afkeer voor incest instinctief zou zijn?

Bij zeer veel volken vinden wij de zogenaamde schoonouder-taboe's, die bijvoorbeeld inhouden, dat een man zijn schoonmoeder niet mag toespreken en haar naam niet mag noemen. Zelfs de schijn van intimiteit moet worden vermeden. Soms vermijdt hij zelfs het gebruik van bepaalde woorden, omdat zij toevallig enigszins op de naam van zijn schoonmoeder gelijken. De bekende taalgeleerde van Midden-Celebes, Dr Adriani, die koningin Wilhelmina het begrip schoonouder-taboe wilde verduidelijken, zei het aldus: „Wanneer uw dochter gehuwd is zal uw schoonzoon, wanneer hij een Toradja van Midden-Celebes is, iemand vragen: „Wenst u een kopje thee?”; nooit zal hij zeggen: „Wilt u een kopje thee”, omdat het woord „wilt” te dicht bij uw naam zou komen.”

Het is zonder meer duidelijk dat een dergelijk normatief paringsgedrag alleen kan voorkomen bij de mens, omdat alleen mensen talen spreken. Zij alleen hebben woordbegrip, hetgeen betekent, dat alleen zij het vermogen bezitten aan bepaalde klan-