

De toekomst van de huisarts

DOOR J. I. VAN DER LEEUW, HUISARTS TE ROTTERDAM

*Beschouwing naar aanleiding van
Medical World Conference, oktober 1963*

In oktober 1963 woonde ik de conferentie bij welke de Medical Practitioners Union (M.P.U.) jaarlijks organiseert. De op deze conferentie behandelde problematiek leidde tot een nadere beschouwing over de toekomst van de huisarts, welke men na het zakelijk verslag van de conferentie aantreft.

Verslag Medical World Conference, oktober 1963. De M.P.U. is een vakvereniging van Engelse huisartsen, die zich bezig houdt met alle aspecten van het huisarts-zijn, dus zo ongeveer het werkterrein heeft van Landelijke Huisartsen Vereniging en Nederlands Huisartsen Genootschap tezamen. De M.P.U. staat echter los van de British Medical Association en het College of General Practitioners, maar werkt met deze beide min of meer samen. De M.P.U. staat bekend als links-georiënteerd, hetgeen op de conferentie ook wel duidelijk bleek, wanneer medisch politieke kwesties werden aangeraakt. Eén van de sprekers in de discussie was de Labour schaduwminister van gezondheid (geen arts)! Bovendien is de M.P.U. een soort coöperatie en verleent zij diensten aan de leden op het gebied van verzekeringen en bij de aanschaf van allerlei zaken, tot wijn toe.

De ochtendzitting, onder voorzitterschap van Annis Gillie, had tot onderwerp „The next ten years in general practice”. Het Gillie-rapport*, werd door haarzelf kort weergegeven en toegelicht, en vormde het uitgangspunt voor boeiende voordrachten door prof. Brotherston, Edinburgh en prof. T. McKeown, Birmingham, die — zij het vanuit een verschillend gezichtspunt — een toekomstbeeld van de huisarts schetsten, dat — getuige herhaalde bijval — de vergadering sterk aansprak. Beiden uitten kritiek op de huidige toestanden, soms in pakkende uitdrukkingen zoals „organised disorganisation”. „Moet men doorgaan met de huidige opleiding van 100 procent normen, waarvan men later 50 procent moet laten vallen?” Met alle respect voor de hooggeleerde sprekers meen ik dat dergelijke toespraken het doen omdat ze een compensatie bieden tegen het gevoel van malaise dat ook de Engelse huisartsen hebben en een troost vormen voor de frustraties van de praktijk van alledag.

Prof. Brotherston, sociaalgeneeskundige koos als uitgangspunt zijn credo over de huisarts, die zo niet alles dan toch zeer veel zou moeten kunnen. Zijn desiderata sloten aan bij het rapport van Dr. Gillie, dat zeer de moeite van het lezen waard is. Hij legde er, evenals vrijwel alle sprekers, de nadruk op dat „the burden of responsibility is on us”, namelijk om zelf als professie plannen te ontwikkelen. Hij pleitte tenslotte voor een „national institute of general practice”; een „department of general practice” aan elke universiteit, en grote investeringen door National Health Service in de huisarts-sector.

Prof. McKeown benaderde de „next ten years” vanuit het jaar 2000 en brak vooral een lans voor handhaving van „domiciliary care” en uitbreiding van het aantal met huisartsen bemande Health Centers met ruimere faciliteiten en tevens een plaats voor de general practitioner in het ziekenhuis, al kon hij ook niet precies aangeven welke functie deze

in de kliniek kon hebben: „coffee-drinking and coat-hanging” of meer dan dat. De terugkeer van de huisarts binnen de muren van het ziekenhuis schijnt in Engeland een zeer belangrijk punt. In de kleine ziekenhuizen schijnt hij nog een belangrijke rol te spelen en men vreesst het nieuwe hospital-plan, dat hierin het mes wil zetten.

De grote moeilijkheid lijkt mij dat de specialist dit terrein terecht als het zijne beschouwt en de huisarts daarbij niet nodig heeft, temeer niet waar in Engeland de particuliere praktijk vrijwel geen rol meer speelt. In Nederland ligt dit probleem anders: of bestaat het ternauwernood, hoewel ook bij ons de persoonlijke relatie en communicatie tussen huisarts en specialist vaak veel te wensen laat. De klachten over ontslagbrieven die pas weken of maanden na het ontslag van de patiënt de huisarts bereiken vonden bij de discussies stormachtige bijval, als bewijs dat bij vele specialisten het daadwerkelijke besef ontbreekt dat de patiënt en de huisarts recht hebben op tijdig bericht, omdat deze weer — hoe dan ook — met elkaar verder moeten. Daarbij bleken ook in Engeland de gevoelens ten opzichte van de specialist beladen met jaloezie met betrekking tot zijn hoge status in de ogen van het publiek en zijn betere honorering, terwijl de huisarts 90 procent van alle zieken in de gemeenschap zonder veel hulp van anderen en tegen een matige vergoeding zelf behandelt. Volgens het nieuwe hospital-plan zouden aan de huisarts bovendien nieuwe taken worden toebedeeld, die de specialist nog specialistischer zouden maken en de verantwoordelijkheid van de huisarts zwaarder. Ook in Engeland schijnt de belangstelling om huisarts te worden maar matig te zijn en het Gillie-rapport vestigt hierop terecht de aandacht, in dezelfde geest als de voorzitter van het N.H.G. deed op het laatste congres in Utrecht — (1963) huisarts en wetenschap 6, 381.

De middagzitting stond in het teken van psychotherapie door de huisarts en de opleiding van de huisarts. M. Balint toonde aan de hand van een casuïstische mededeling aan, hoe in een geval dat op één van zijn studenten-seminars ter sprake was gebracht, ondanks zeer zorgvuldige klinische diagnostiek en behandeling, de patiënte niet tot een noodzakelijke chirurgische behandeling was te bewegen. Pas toen via de co-assistent, die het geval in het seminarium besprak, de patiënte op een andere wijze, met behulp van een consulterend psychiater werd benaderd, kon een betere relatie met de andere artsen tot stand komen, waardoor een levensreddende operatie mogelijk werd. Het bleef de vraag of deze patiënte die in haar relaties met mannen ernstig gestoord was, nu ook werkelijk was „genezen”. De kern van Balint's betoog was, dat de huisarts, afgezien van de vraag of alle in de ochtendzitting naar voren gebrachte verlangens zouden worden vervuld, reeds nu in staat gesteld kan worden, in kritische situaties als de bovengeschetste, beter werk te doen voor zijn patiënten door gebruik te leren maken van de relaties, die de patiënt hem biedt. En wel onafhankelijk van de vraag of het een lichamelijke of een andere klacht of vraag betreft, waarbij hij zichzelf niet alleen de vraag moet stellen wat de klacht medisch betekent, maar ook moet trachten te beluisteren en aan te voelen waarom deze mens nu met deze klacht komt, met andere woorden wat de ziekte uitdrukt in het leven van de patiënt, gezien in het licht van vroegere belangrijke gebeurtenissen en ervaringen. Het was opvallend dat het luisteren naar deze casuïstische mededeling — een drama zoals we allen wel eens in de praktijk hebben meegemaakt — de vergadering wat onrustig maakte.

De volgende spreker was M. Courtenay, huisarts, die enkele jaren deel uitmaakte van de Tavistock seminars voor huisartsen. Hij beschreef kort enkele voorbeelden uit zijn praktijk ter illustratie van zijn conclusies: hij kon beter dan voorheen beoordelen welke gevallen hij zelf met eenvoudige gespreks-

* The field of work of the family doctor, London, Her Majesty's Stationery Office 1963. Standing Medical Advisory Committee.

therapie, veelal op het spreekuur, kon helpen; hij kon beter dan voorheen selecteren wie hij naar de psychiater moest verwijzen en hij kon ook meer dan voorheen iets doen voor mensen die reeds onder psychiatrische behandeling waren geweest, of ongeschikt waren voor een dergelijke behandeling, de ernstige chronische psychiatrische patiënten en „borderline-cases”.

Ik zal op de laatste drie voordrachten over de opleiding tot huisarts niet ingaan, omdat het hier grotendeels om specifiek Engelse problemen ging.

Alles tezamen was het een bijzondere belevenis dit uitstekend georganiseerde congres mee te maken.

Bovendien had ik gedurende de week vóór en na dit congres het voorrecht een tiental patiëntenbesprekingen te mogen meemaken, bij groepen studenten onder leiding van M. Balint, en bij groepen huisartsen, zogenaamde research cum training-seminars van de Tavistock-Clinic, onder leiding van verschillende psychiaters, meestal twee per groep.

Ook deze ervaringen hebben stimulerend gewerkt en bijgedragen tot een duidelijker visie op eigen werk.

* * *

Nabeschouwing. Tussen het congres van de M.P.U. en de publikatie van dit verslag is in dit tijdschrift een reeks artikelen verschenen over de toekomst van de huisarts in Nederland. De problematiek in Nederland loopt grotendeels parallel aan die in Engeland, ondanks een andere organisatie van de gezondheidszorg. Ik kreeg de indruk dat de problemen in wezen dezelfde zijn. Een uitdrukking als „Organised disorganisation” is ook zeer toepasselijk voor Nederland, waar door de vele naast en door elkaar werkende organisaties van particulier initiatief en overheid, al of niet verdeeld in verschillende zuilen, elk met hun eigen beleid, de gezondheidszorg nog kaleidoscopischer in elkaar zit dan in Engeland. Een algemeen beleid in de gezondheidszorg ontbreekt hier vrijwel geheel, al doet men pogingen om tot een beleid te komen.

In Engeland kwam men binnen het kader van de National Health Service tot een hospitalplan. Het Gillie-rapport kan mijns inziens heel goed de basis vormen van een plan voor de algemene praktijk. Het geeft duidelijk aan op welke punten de positie van de huisarts kan worden versterkt, voornamelijk door het scheppen van betere praktijkomstandigheden, meer hulpkrachten ter beschikking te stellen en een betere samenwerking met andere functionarissen op het terrein van de zorg voor de patiënt thuis en in de gemeenschap. Het financieel beleid van de overheid moet uiteraard ook op deze verbeteringen zijn gericht.

De conclusies van prof. Brotherton, hierboven vermeld, lijken gezond en praktisch uitvoerbaar, zij het dat men ook in Engeland met conservatisme bij de universiteiten heeft te kampen. Bij het stichten van nieuwe medische opleidingen wordt ernstig overwogen een nieuw curriculum in te voeren, dat de arts beter zal voorbereiden op zijn taak in de gemeenschap. Het College of General Practitioners werkt, blijkens een voordracht van collega Swift, aan een experiment voor een verdere opleiding tot huisarts na het artsexamen.

Wat mij verder opviel was dat alle sprekers die het voor de arme geplaagde huisarts opnamen veel

bijval kregen, maar dat de zaal stil bleef zodra de sprekers een beroep deden op de huisartsen om zelf als professie plannen te ontwikkelen. Met andere woorden: er is ook in Engeland veel onlust (over de honorering, de verhouding met ziekenhuizen en specialisten), maar er zijn weinig alternatieven van de huisartsen zelf. Het besef dat dit nodig is leeft kennelijk wél bij de besturen van de Medical Practitioners Union en het College of General Practitioners. De belangstelling voor een gewichtige zaak als deze leek mij echter voor een groot land als Engeland betrekkelijk gering; naar schatting waren er ongeveer driehonderd deelnemers aan het congres. De deelname aan onze N.H.G.-congressen steekt daarbij niet slecht af.

De noodzaak om tot het formuleren van eigen gedachten over de huisarts en zijn plaats in de gezondheidszorg te komen, is in Nederland mijns inziens nog dringender dan in Engeland; het terrein is hier stellig onoverzichtelijker, zij het minder uitgestrekt en de communicatie is moeilijker dan in Engeland. Men kan zich afvragen waarom wij er moeilijk toe komen wens en gedachten over ons werk te formuleren. Het eerste obstakel ligt daarin dat de huisarts schijnt te twifelen aan eigen waarde, althans deze niet precies kan uitdrukken. Als hij datgene wat hij doet vergelijkt met wat hij heeft geleerd moet hij wel vaak aan zichzelf twifelen. Iedere huisarts zoekt voor deze moeilijkheid een oplossing en vindt die „in de praktijk” op eigen wijze, dus niet op grond van zijn opleiding, maar op grond van zijn persoonlijkheid. Dit proces leidt tevens tot zijn isolement, tot de moeilijkheid of zelfs de onmogelijkheid om hierover met anderen te denken of te spreken, en tot gevoelens van verlatenheid, wrok, onmacht, en schuldgevoel.

Het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft er al veel toe bijgedragen het besef te verlevendigen dat de huisarts een eigen werkgebied heeft waar andere normen en werkmethode eenvoudig noodzakelijk zijn. Hierdoor werd het isolement verbroken en kwam een doorbreking van de teacher-pupil relationship tot stand. Er komen steeds meer huisartsen, die de specialist kunnen zien als hun „beste meester-knecht” (een uitdrukking van wijlen collega Wassink te Delft).

Een tweede obstakel, samenhangende met het voorgaande, is dat het zo moeilijk schijnt zich een oordeel te vormen over wat men eigenlijk doet in de praktijk. Vaak hoort men in dit verband uitdrukkingen als „geen tijd” en „overbelast”. Stellig werkt de veelheid van dagelijks nieuwe en onverwachte verplichtingen, die iedere huisarts heeft, de overzichtelijkheid van zijn werk niet in de hand. Het is daarbij mijns inziens nog de vraag of praktijkverkleining dé oplossing is. In sommige gevallen ongetwijfeld wel. Tijdgebrek is echter een algemeen aanvaard excuus om op sommige klachten en openlijke of bedekte vragen van patiënten niet in te gaan en het lijkt niet onmogelijk dat de verantwoordelijkheid per patiënt voor de huisarts bij een kleinere praktijk moeilijker is te dragen.

Het vorenstaande hangt, zoals gezegd, sterk samen met de persoonlijkheid en het karakter van de huisarts en zijn praktijk. Het is een algemeen bekend feit dat iedere huisarts het soort praktijk krijgt dat bij hem past, dat wil zeggen er voltrekt zich in de loop der jaren een soort selectie. Daarover later meer. Eerst wil ik nog een ander feit releveren, dat inherent is aan ieder menselijk contact, namelijk dat een belangrijk deel van wat zich daarbij voltrekt niettemin aan de waarneming van de deelnemers is onttrokken, dat wil zeggen we reageren automatisch, „vanzelf”, onbewust.

Tenslotte wordt de beoordeling van eigen werk ten zeerste bemoeilijkt door het verschijnsel dat meer dan de helft, misschien wel tweederde van de ziekten en klachten waarvoor wij worden geraadpleegd, voorbijgaat, onafhankelijk van de diagnose welke wordt gesteld en onafhankelijk van de gegeven behandeling. Het is in dit verband typerend dat in de publikatie van Bremer en Van Westreenen — (1964) huisarts en wetenschap 7, 2 — in het door hen gebruikte schema voor de praktijkanalyse eigenlijk geen duidelijke scheiding wordt gemaakt tussen diagnostiek en behandeling. Het is met het werk van de huisarts als in de verloskunde: bijna elke bevalling verloopt normaal, onafhankelijk van de diagnostische kennis van de verloskundige, mits deze maar een zekere vaardigheid heeft. De verleiding is dan groot zich maar niet al te veel af te vragen en te vertrouwen op dit natuurlijke feit. Huygen doelt hierop als hij zegt dat de huisarts desnoods met een minimum schijnt te kunnen volstaan. Hiermee zijn naar mijn mening de voornaamste belemmeringen in het denken over ons werk aangeduid.

Ik zal nu proberen iets nader in te gaan op de functie van de huisarts. In vele beschouwingen hierover wordt gesteld dat de huisarts fungeert als gids, voorlichter en vooral als „zeef”, dat wil zeggen hij selecteert, hij kiest uit de patiënten-groep van elke dag en uit de vragen of klachten die iedere patiënt hem afzonderlijk biedt één of meer facetten en slaat daarmee een bepaalde richting in. De medische situatie brengt in principe mee dat die richting wordt bepaald door de noden van de patiënt, maar dit wordt beperkt door wat de huisarts op het terrein wat aan de orde is, heeft te bieden. Op medisch terrein kan hij tamelijk deskundig zijn, maar juist in de algemene praktijk komen er als oorzaak of als gevolg van ziekten vaak zaken aan de orde, waarin de huisarts niet deskundig is, zich onzeker voelt, maar zich niettemin nolens volens tot een oordeel of advies genoopt voelt. Hij moet zich dan verlaten op eigen, uiteraard beperkte, ervaring en eigen overtuiging, met andere woorden op de oplossing die hij persoonlijk voor dit soort problemen heeft gevonden. Ik heb het complex van motieven — medische en persoonlijke — waardoor de arts zich bij zijn selectie laat leiden, weleens vergeleken met een kompas waarvan hij de werking onvoldoende kent. Van Lidth de Jeude spreekt in dit verband van loven en bieden, wat duidt op het zoeken van

een soort compromis of overeenkomst tussen patiënt en arts, waarmee voorlopig wordt verder gegaan. Balint spreekt van de „patient's offers and the doctor's answers and the merciless follow up”. Over dit selectieproces is nog maar betrekkelijk weinig bekend; het ligt uiteraard bij iedere arts anders. Ik meen dat in het selectieproces de kern van de werkzaamheid van de huisarts ligt, de grondslag wordt gelegd voor de relatie met zijn patiënten en het verloop van ziekten ten sterkste wordt beïnvloed.

De unieke positie, de grote waarde en ook de begrenzingen van de huisarts, worden in het leven geroepen door vier factoren, die elkaar wederzijds versterken:

1 zijn bereikbaarheid: in principe is hij er altijd als de patiënt hem nodig heeft;

2 zijn algemene deskundigheid, die hem wordt toegedacht (of hij zichzelf toedicht?): men wendt zich tot hem met elke soort vraag of klacht;

3 de continuïteit: de relatie is in principe van langdurige aard en strekt zich vaak over één of meer generaties uit; en

4 omvat de relaties van de patiënt in zijn gezin: ouders, broers en zusters, huwelijkspartner en kinderen.

Dit alles samen tekent de „vertrouwde” huisarts, die zodoende deel uitmaakt van zeer vele aspecten van het leven van zijn patiënten.

De ideale huisarts zou dus altijd klaar moeten staan voor zijn patiënten, grote belangstelling hebben voor alles wat zijn patiënten hem voorleggen, en, gewapend met een grote medische kennis en vaardigheid, in een vruchtbare relatie met hen kunnen blijven. Het is zonder meer duidelijk dat dit een volstrekte onmogelijkheid is om praktisch te verwezenlijken, hoe juist een dergelijk ideaal op zichzelf ook is, omdat het beantwoordt aan de verwachtingen van de patiënt in nood. Hier ligt de bron van het insufficiëntiegevoel dat aan het doen van de huisartspraktijk van nature eigen is, en van irritatie en teleurstelling bij de patiënt, waaraan iedere huisarts is blootgesteld. De mate echter, waarin hij wel of niet aan deze voorwaarden kan voldoen, wordt grotendeels bepaald door zijn eigen persoonlijkheid en zijn privé belangen en omstandigheden waarvan hij afhankelijk is en die niet zo gemakkelijk zijn te veranderen. Hoewel het, geloof ik, moeilijk is op den duur onze ogen te sluiten voor zulke vraagstukken, is de verleiding groot ze er toch voor te sluiten, gewoon door te gaan met het dagelijkse werk dat ons geheel opeist, daarmee ons uiterste best doende en dan te kunnen blijven denken dat we het toch eigenlijk goed doen. Dit is een gedachte die de artsenstand als geheel zo bijzonder dierbaar is, en die misschien wel de grootste sta-in-de-weg is voor elke verandering.

Samenvatting. Naar aanleiding van het verslag van het jaarlijks congres van de Medical Practitioners Union in oktober 1963, met als onderwerp „The next ten years in general practice” en naar aanleiding van recente artikelen in dit

tijdschrift over de toekomst van de huisarts in Nederland, wordt getracht een uiteenzetting te geven van:

a de factoren, welke de huisarts weerhouden over eigen werk te denken en te spreken en er eventueel verandering in te brengen. Deze factoren zijn deels van persoonlijke aard, en dus min of meer variabel, sterk verschillend van praktijk tot praktijk en deels van structurele aard, dus min of meer constant en geldig voor elke praktijk.

b zijn centrale functie: selectie op al of niet medische motieven.

c de karakteristieke positie van de huisarts ten opzichte van zijn patiënten. Deze positie is uniek door vier factoren die elkaar wederzijds beïnvloeden: bereikbaarheid, algemene deskundigheid, continuïteit en de toegang tot alle fundamentele menselijke relaties.

Het onvermogen om in al deze opzichten bevredigend te functioneren, is de bron van insufficiëntiegevoelens bij de arts, maar moet als inherent aan de algemene praktijk worden aanvaard, zonder al te veel schuldgevoel. Compensatie voor insufficiëntie- en schuldgevoel wordt gevonden in het geloof dat hij zijn werk zo goed mogelijk, dus uiteindelijk goed, doet en in de neiging tekortkomingen te wijten aan de opleiders-specialisten. Dit zijn beide halve waarheden, die veranderingen in de weg staan.

Summary. The general practitioner's future. Considerations in view of the Medical World Conference, October 1963.

With reference to the proceedings of the annual congress of the Medical Practitioners Union in October 1963 (subject: „The next ten years in general practice”), and in view of recent publications in this journal about the future of the general practitioner in the Netherlands, considerations are presented on:

a) Factors which prevent the general practitioner from thinking about his own work, speaking about it and, if necessary, changing it. These factors are in part of a personal nature — and therefore widely variable from practice to practice — and partly of a structural character, i.e. more or less constant and applying to any practice.

b) his central function: selection, led by medical and personal motifs.

c) The general practitioner's characteristic position relative to his patients. This position is a unique one as a result of four interacting factors, viz: accessibility, general know-how, continuity and access to all fundamental interhuman relations. — The inability to function satisfactorily in all these respects constitutes the source of feelings of insufficiency in the practitioner; this, however, must be accepted without undue guilt feelings, as inherent to general practice. Compensation for insufficiency and guilt feelings is found in the belief that one does his work as best he can (that is, ultimately, well), and in the tendency to ascribe shortcomings to specialist-teachers. Both are half-truths which impede the making of changes.

De plaats van de huisarts bij de totale zorg voor de astmapatiënt*

DOOR E. M. JANSEN, HUISARTS TE UTRECHT

Alle sprekers op de eerste conferentiedag hebben doen uitkomen, dat de huisarts niet kan worden gemist in de zorg voor de astmapatiënt en het deed mij goed, dat een van de conclusies van bijna alle discussiegroepen was, dat de huisarts de centrale figuur behoort te zijn bij deze zorg. Deze centrale positie van de huisarts in de gezondheidszorg zou ik als thema van mijn voordracht willen stellen. Ik weet echter dat ik daarmee een bijzonder moeilijk onderwerp aansnijdt. Theoretisch wordt deze stelling, geloof ik, wel algemeen aanvaard. In de praktijk blijkt dit echter vaak te stuiten op vele moeilijkheden, die meestal liggen op het gebied van de communicatie, maar ook wel op ander gebied.

Er zijn nog altijd specialisten, die weinig fiducie hebben in de mogelijkheden en in de geneigdheid tot samenwerken met hen van de huisartsen. Daarvoor zullen zij hun redenen wel vinden in slechte ervaringen op dit gebied. Evenzo zijn er huisartsen, die niets voelen voor deze samenwerking, misschien wel uit de obsoleete gedachte, dat zij het wel alleen afkunnen, dat zij wettelijk bevoegd zijn de genees-, heel- en verloskunde in haar volle omvang uit te oefenen, en dat zij dat dan ook zullen doen! En dat zij, wanneer zij de hulp van een specialist nodig hebben, daarom dan wel zullen vragen.

Ik geloof, dat het aantal der zoëven genoemde specialisten zowel als dat van deze soort huisartsen

hoe langer hoe kleiner wordt. Steeds meer wordt van beide kanten aangedrongen op een goede samenwerking. Nog op het in oktober 1963 gehouden congres van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft voorzitter Van Woerden, zelf specialist, sprekend over de positie van de specialist in het ziekenhuis en met name over de samenwerking in teamverband van verschillende specialisten, gezegd, dat het in zo'n team vaak moeilijk is uit te maken wie als woordvoerder van het team en als behandelend arts zal optreden ten opzichte van de patiënt. Woordelijk zegt hij dan: „De ideale figuur als behandelend arts en als woordvoerder zou zijn de huisarts, die de patiënt meestal langer kent en in de familie de centrale medische vertrouwensman is.” Hij laat er dan echter direct op volgen, dat dit ideaal moeilijk te verwezenlijken lijkt gedurende de behandeling in het ziekenhuis. Bij de behandeling van de patiënt buiten het ziekenhuis, wanneer deze in zijn eigen milieu is, zijn de mogelijkheden hiertoe echter veel ruimer. Hierop wil ik straks graag nog terugkomen.

Ook van de kant van de huisartsen, en met name door het Nederlands Huisartsen Genootschap, wordt sterk aangedrongen op de samenwerking van de huisarts met de specialisten. Om de doelstelling van het N.H.G. te formuleren heeft het bestuur in januari 1959 een conferentie belegd met zijn commissies. Hierbij was het natuurlijk nodig om tot een omschrijving en een inventarisatie van de taak en de functie van de huisarts te komen. De functie van

* Voordracht, gehouden op de Astma Nazorg Conferentie te Utrecht, 26 oktober 1963.