

tief genoeg kan zijn. Daarover merkt het rapport van de Wereldgezondheidsorganisatie op, dat tijdens hun wetenschappelijke opleiding de medici worden beïnvloed door de „glamour” van specialisatie en research, die er beiden naar tenderen om een veel grotere publiciteit te verkrijgen dan de algemene medische praktijk. Het rapport voegt er aan toe dat de medische studenten bijna geheel worden opgeleid door specialisten, die weinig of geen ervaring hebben op het gebied van de algemene medische praktijk en die daardoor ook onvermijdelijk de specialisatie als een ideaal naar voren schuiven. Het gaat mij echter niet alleen over de vraag of en waarom jongeren minder bereid zijn het beroep van huisarts te kiezen dan in vroeger jaren. Het gaat mij in het bijzonder om uw deskundig inzicht in de taakbeartiging in de toekomst. De huisarts kan niet blijven stilstaan bij een constatering van somatische klachten. Meer dan in vroeger jaren beseffen wij dat de mens als sociaal wezen gevoelig is voor sociale invloeden en relaties. Welke plaats heeft hij in zijn gezin, hoe zijn zijn verbindingen in de groep waarin hij werkt, studeert, zich ontspant, enz.? De beoordeling van de gezinssituatie en van de aard van de vele andere maatschappelijke relaties kan de huisarts somtijds niet klaarspelen zonder inschakeling van dienstverlenende niet-geneeskundige functionarissen. Uw commissie zal er mijns inziens daarom niet aan kunnen ontkomen ook de huisarts-ondersteunende activiteiten in de beschouwingen te betrekken. Welke ondersteuning van niet-geneeskundige aard is noodzakelijk?

Tot slot wil ik vaststellen dat het departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid een gezondheidszorgbeleid hoopt te ontplooiën met steun van vele organen en deskundigen. Ik hoop dat vooral ook uw commissie bijzonder waardevolle bouwstenen zal aandragen voor dit beleid. Minister Bot en ik vertrouwen, dat u ons op de hoogte zult houden

van uw arbeid en dat u ons in incidentele gevallen ook advies zult willen verstrekken over zaken, die samenhangen met het functioneren van de huisarts of met opleidingsvragen.

Departementale beleidsvorming is een continue proces en het is niet mogelijk de arbeid ten departemente in zijn contact met vele organisaties en advieslichamen stop te zetten tot aan het moment, dat u meent als commissie met een eindrapport voor het voetlicht te kunnen treden. Hoewel ik toch hoop en vertrouwen dat het geen werk van jaren zal worden; wij zien met belangstelling uit naar uw eindrapport en wij hopen dat u bij uw rapportering ook zodanig realistisch zult zijn, dat u alleen over de punten die van de hoogste urgentie zijn, zult adviseren. De politiek is voor een minister en staatssecretaris de kunst van het haalbare en misschien kan het nuttig zijn, dat u daar al enigermate rekening mee houdt.

In een geest van vertrouwvol tegemoetzien van resultaat van uw arbeid verklaar ik deze commissie voor geïnstalleerd.

* * *

De „Commissie Huisartsen” is als volgt samengesteld: Prof. Dr P. Muntendam, voorzitter; Dr J. J. Brutel de la Rivière te 's-Gravenhage; Prof. Dr K. J. van Deen te Groningen; Prof. Dr H. Deenstra te Utrecht; Dr J. C. van Es, arts te Apeldoorn; H. Frese, arts te Bergambacht; Dr. F. J. A. Huygen, arts te Lent; J. A. de Jong, arts te Amsterdam; Dr J. A. C. de Kock van Leeuwen te Oegstgeest; Dr M. G. van Nieuwenhuyzen, arts te Hoensbroek; Dr J. M. L. Phaff te Leeuwarden; Prof. Dr J. R. Prakken te Amsterdam; F. H. Veldhuyzen van Zanten, internist te Gouda, en mejuffrouw Prof. Dr C. M. J. Velzeboer te Amsterdam.

Secretaris is Mr J. de Vries te 's-Gravenhage.

Gedachten over een opleiding tot huisarts

DOOR DR J. H. F. LAHR HUISARTS TE LEIDEN

Alvorens een poging te wagen wat dieper op dit netelige probleem in te gaan, zal men eerst moeten trachten zich een duidelijk beeld te vormen van wat huisartsgeneeskunde is. Bestaat er eigenlijk wel huisartsgeneeskunde? Het antwoord op deze vraag is zeker niet eensluidend en degenen die menen dat er inderdaad van een dergelijke geneeskunde gesproken kan worden, geraken veelal in grote moeilijkheden wanneer men hen vraagt een duidelijke omschrijving van deze geneeskunde te geven.

De specialistische geneeskunde is aan de universiteiten ontstaan. Op eigen afdelingen hebben de specialisten hun eigen specialisme tot ontwikkeling kunnen brengen. In eigen leerboeken werd de leer-

stof vastgelegd, welke aan de toekomstige specialisten en ook aan de aanstaande artsen moest worden overgedragen. Zo zijn de medische specialismen gevormd, op eigen afdelingen, met eigen leerkrachten, door eigen wetenschappelijk onderzoek, waarvan de resultaten werden neergelegd in aparte leerboeken en tijdschriften. Aan dit alles heeft het de huisarts tot nog toe vrijwel geheel ontbroken. Aangezien het artsdiploma de bevoegdheid geeft de huisartspraktijk uit te oefenen, gaan vele artsen zonder verdere opleiding en ervaring, direct na het afleggen van het artsexamen, de algemene praktijk in. Eenmaal met de praktijk begonnen ontdekken zij, dat er op medisch terrein veel van hen wordt gevraagd, dat aan

de universiteit niet wordt onderwezen. Dit komt doordat het ziektepatroon in de algemene praktijk gedurende de afgelopen decennia steeds sterker is gaan afwijken van dat in de universiteitsklinieken. Psychologische en sociologische factoren hebben daarbij een steeds grotere rol gespeeld.

Men is het er nu wel over eens, dat de huidige voorbereiding tot het artsexamen evenmin een opleiding tot huisarts voorstelt als een opleiding tot welk specialisme dan ook: de opleiding tot arts moet dus worden opgevat als een basisopleiding (*Prakken*). Deze gedachtengang impliceert dan ook de noodzakelijkheid van de instelling van een aparte opleiding voor huisarts.

Wanneer men zich afvraagt waarom eerst nu de behoefte wordt gevoeld aan een aparte opleiding voor huisarts, dan ligt mijns inziens het antwoord voor de hand. Allereerst is de moeilijke vroege diagnostiek, die nog altijd op het terrein van de huisarts ligt, door de uitbreiding van de specialistische mogelijkheden veel belangrijker geworden. De huisarts kan zeer veel bijdragen tot een gunstig resultaat van de specialistische geneeskunde indien hij zijn kennis van de vroege diagnostiek zou kunnen vergroten. Daarnaast is het werk van de huisarts in onze tijd veel moeilijker geworden door de toenemende invloed van psychologische en sociologische factoren op het ontstaan van ziekten.

Enige tientallen jaren geleden heeft men zich beziggehouden met de vraag of de taak van de huisarts niet beter zou kunnen worden overgenomen door bureaus of door specialistische poliklinieken. Dit schijnt soms in het buitenland te gebeuren. Ik meen echter te kunnen vaststellen dat men, althans in Nederland, gekozen heeft voor het handhaven van de huisarts, maar dan zo mogelijk een die een aparte opleiding daartoe heeft genoten.

Wanneer men zich met deze gedachtengang kan verenigen, dan moet men zich vervolgens afvragen, hoe, waar en door wie een dergelijke opleiding zal moeten worden gegeven; ook de duur van de opleiding, de bevoegdheden die deze geeft en de kwestie van de honorering zullen aan de orde moeten komen. Voordien moet men zich rekenschap geven van het verschil tussen het werk, dat de huisarts doet en dat door de specialisten wordt gedaan.

De huisarts wordt bezocht door, of geroepen bij „een mens in nood” zoals *Weyel* zegt. Wat er met deze mens aan de hand is kan de arts op het eerste gezicht vaak niet vermoeden. Er kan sprake zijn van een organisch lijden en dat kan uiteenlopen van likdoorn tot hersentumor. Maar het kan ook zijn dat de patiënt zo in moeilijkheden is geraakt, thuis of in zijn werk, dat hij zijn al of niet bewuste zorgen met een organisch lijkende klacht camoufleert om hulp te zoeken bij zijn arts. Het is zelfs mogelijk, dat de persoon die het spreekuur bezoekt zelf niets mankeert: hij komt slechts uit zorg voor zijn zieke verwanten. De huisarts zal moeten trachten zo spoedig mogelijk de juiste diagnose te stellen om met een

doeltreffende behandeling te kunnen beginnen. Vóór de patiënt het spreekuur verlaat zal deze vragen: „Dokter, wat is het?” Ook op die vraag moet onmiddellijk een passend antwoord worden gegeven.

De specialist daarentegen krijgt een patiënt meestal toegestuurd. Deze lijdt aan een aandoening die vermoedelijk behoort tot zijn specialisme. Van hem wordt verwacht dat hij met de hem ten dienste staande technische hulpmiddelen de klachten van de patiënt en de symptomen van de aandoening verder zal onderzoeken om zodoende tot een juiste diagnose te komen. Niet alleen de noodzakelijke hulpmiddelen, ook de benodigde tijd staan de specialist daarbij ter beschikking.

Wanneer men een poging wil wagen de huisartsgeneeskunde te benaderen, dan zal men moeten uitgaan van het eerste ogenblik: de ontmoeting arts-patiënt. In de huisartspraktijk zal die in het algemeen geen echte eerste ontmoeting zijn; er bestaat veelal reeds een relatie tussen de huisarts en zijn patiënt door vorige ontmoetingen. Toch zal deze „eerste” arts-patiënt-ontmoeting steeds opnieuw de eerste fase van elke nieuwe arts-patiënt-relatie moeten zijn. Hierover zal de huisarts bij zijn opleiding zoveel mogelijk moeten weten: waaruit die relatie bestaat, hoe men van deze relatie gebruik kan maken, wat het nut ervan is, welke gevaren eraan verbonden zijn, enzovoort. Ook in een eventueel leerboek zal deze arts-patiënt-relatie een sleutelpositie moeten vormen.

Na de begroeting zal de patiënt met zijn klachten voor de dag komen. Hoe men uit vele soms schijnbaar onsamenvangende woorden het belangrijke van het onbelangrijke moet onderscheiden, is zeker geen gemakkelijke taak. Dit zou mijns inziens een essentieel deel moeten uitmaken van de aparte opleiding voor huisarts. Een bespreking hiervan zou het tweede hoofdstuk van het onmisbare leerboek kunnen vormen. Het onderwerp goed leren luisteren verdient hierbij bijzondere aandacht.

Op het eerste gesprek zal vaak een onderzoek volgen, maar wanneer zal dit wel en wanneer zal dit niet moeten gebeuren? Hoever zal zo'n onderzoek moeten gaan? Wanneer men bij de eerste patiënt begint een complete status aan te leggen, zoals ons is geleerd tijdens onze studie voor het huidige artsexamen, dan zal het avond zijn voor de eerste helft der patiënten de spreekkamer heeft verlaten. Dit kan dus niet. Maar hoe moet er dan gewerkt worden? Efficiënter, maar toch medisch verantwoord, zodat de huisarts in staat zal zijn zeldzaam voorkomende ernstige aandoeningen in een zo vroeg mogelijk stadium te ontdekken. Zouden hier geen richtlijnen zijn op te stellen en statussen te ontwerpen welke bijvoorbeeld verschillend zijn voor de verschillende fasen der klachten?

Wanneer wij bij onze artsopleiding de verschillende ziekten gedemonstreerd krijgen, dan zijn er altijd symptomen en we horen hoelang de symptomen al bestaan. Als huisarts krijgen we een mens met klachten. We moeten dan gaan zoeken of er

ook symptomen zijn; dikwijls vinden we die niet. Hoelang moeten we blijven zoeken? Wanneer moeten we opnieuw gaan zoeken? Een harmonische combinatie van medisch specialistische en medisch psychologische kennis is hierbij onontbeerlijk.

De klachten die de huisarts het meest te horen krijgt zijn: moeheid, hoofdpijn, rugpijn en buikpijn. Een interessante poging om de huisarts te helpen bij het analyseren van hoofdpijn is het invoeren van de zogenaamde hoofdpijnstatus, ontworpen door de studiegroep Alphen aan den Rijn van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Vele andere algemene klachten kunnen op dergelijke wijze worden benaderd en geanalyseerd. Eén en ander zal kunnen bijdragen tot het ontstaan van een nieuw specialisme: huisartsgeneeskunde. De beoefenaren daarvan dienen te beschikken over een zekere kennis van alle orgaanspecialismen, van medische psychologie en sociologie en wat dies meer zij. Zij zullen dan de enige artsen zijn die een dergelijke combinatie van wetenschappelijke kennis bezitten.

Naast de analyse van de klachten zal het onderzoek van de patiënt een belangrijke plaats moeten innemen. Wanneer is een mens normaal, welke afwijkingen zijn niet en welke wel pathologisch. Hoe herkent men de „psychologische rug”, de „sociologische rug” en welke schijnbaar normale rug kan toch pathologisch zijn?

* * *

Bij de aparte opleiding van de huisarts moet mijns inziens de leer van het onderzoek van de patiënt geleidelijk van de normale situatie overgaan naar de pathologie. Het gaat er daarbij niet om zoveel mogelijk pathologie te zien te krijgen zoals dit bij het thans gebruikelijke onderwijs voor de basisopleiding het geval is. De film zou daarbij als onmisbaar communicatiemedium moeten worden ingeschakeld. Zodoende kan men ook de normale ontwikkeling van de mens vanaf de geboorte tot het senium vervolgen en de bij elke leeftijdsgroep behorende pathologie demonstreren. Bij de aparte opleiding zal naast de fysiologie van het groeiende lichaam ook de psychologie van de gehele ontwikkeling tot in het senium in het centrum van de belangstelling moeten staan.

Wil men de toekomstige huisarts zo goed mogelijk voorbereiden op de moeilijkheden van de vroege diagnostiek, dan zal een behoorlijke opleiding in zoveel mogelijk specialismen de beste weg zijn. Met roulerende assistentschappen, zoals deze thans in verschillende ziekenhuizen bestaan, onder andere in Delft en Beverwijk, valt een dergelijke opleiding te realiseren. De huisarts in opleiding behandelt daar-

bij zelfstandig patiënten die tot verschillende specialismen behoren. Voor het vergroten van de kennis van de medische psychologie lijken groepsbesprekingen, zoals door *Balint* aangegeven, het meest aangewezen. Deze worden thans reeds gehouden door vele studiegroepen voor medische psychologie. Ook onderwijs in de huisartspraktijk zelf zal bij de aparte opleiding moeten behoren. Zoals de commissie „opleiding van de huisarts” in haar interim-rapport stelt zal een zoveel mogelijk gelijktijdige combinatie van al deze methoden de oplossing moeten brengen.

Wanneer de huisarts in opleiding dus eerst de patiënt als mens, als eenheid heeft leren zien, leren beluisteren en leren onderzoeken, dan wacht hem een schier onuitputtelijke rij mogelijkheden, welke hij eventueel moet kunnen benutten.

Behalve met de tijdens de basisopleiding geleerde specialistische therapeutische methoden zal de toekomstige huisarts ook terdege op de hoogte moeten zijn van de vele maatschappelijke mogelijkheden waarmee hij zijn patiënt kan helpen. De studiegroep Gouda is op het ogenblik bezig met een studie van de bestaande mogelijkheden. Wat de toekomstige huisarts nog meer moet weten kan men vinden in de uitvoerige beschrijving van *Huygen* in „Lacunes in de kennis van de huisarts”. Daarnaast is het Rapport Woudschoten, samengesteld door de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek, een onmisbaar document bij de opleiding van huisartsen. De in beide stukken voorkomende gegevens zullen zeker tot waardevolle hoofdstukken in een toekomstig leerboek voor huisartsgeneeskunde kunnen worden verwerkt. Ook het vele werk van de Commissie Praktijkvoering en het werk van *Ten Cate* leveren belangrijke bijdragen voor de opleiding van de toekomstige huisarts.

Wanneer het in Nederland werkelijk de bedoeling is de huisarts in de gezondheidszorg te handhaven, dan zal dit alleen gelukken wanneer de toekomstige huisarts een aparte opleiding krijgt. Hierdoor zal de huisarts niet alleen beter worden voorbereid op de hem wachtende taak, hij zal er ook een betere status door krijgen, zowel ten opzichte van zijn collegae specialisten als ten aanzien van het publiek.

Balint, M. The doctor his patient and the illness, Pitman Medical Publishing Co. Ltd., Londen, 1957.

Cate, R. S. ten, De Praktijkvoering van de huisarts, H. E. Stenfert Kroese n.v., Leiden 1963.

Huygen, F. J. A. (1960) huisarts en wetenschap 3, 433.

Prakken, J. R. (1963) Ned. T. Geneesk. 107, 233.

Weyel, J. A., Medische Psychologie, Erv. J. Bijleveld, Utrecht, 1961.

December 1963