

lijke cursus zou moeten staan onder auspiciën van het Nederlands Huisartsen Genootschap en moeten worden gesubsidieerd door het Rijk. De opzet zou zo moeten worden geregeld dat de aanstaande huisarts, die reeds als arts is afgestudeerd, wordt beschouwd als kostwinner en dus een vergoeding moet ontvangen. Alleen dan is het verplicht stellen van deze cursus binnen het kader van de voortgezette huisartsopleiding redelijk.

*Algemene opmerkingen.* De Nederlandse huisarts moet worden beschouwd als specialist in zijn vak. De huidige medische opleiding in Nederland, die veelal heet gericht te zijn op de algemene praktijk, is voor de aanstaande huisarts praktisch en theoretisch onvolledig. Bij iedere verandering in de opzet van de opleiding tot huisarts mag de totale opleidingstijd en voorbereidingstijd niet worden

verlengd. Een totale opleidingstijd van zeven jaar plus twee jaar militaire dienst is lang genoeg, eigenlijk te lang. Tenminste een jaar „Internship” in een ziekenhuis na het artsexamen, zoals in de meeste landen geschiedt, lijkt als voorbereiding tot de algemene praktijk verplicht te moeten worden gesteld.

Als suggestie moge het volgende globale studie-program worden genoemd. Een medisch-theoretische studie van vier en een half jaar, afgesloten door het doctoraal examen met inpassing van een systeem van keuzevakken voor de aanstaande huisarts; co-assistentenschappen van anderhalf jaar, afgesloten door het artsexamen; een jaar algemeen „rotating” ziekenhuisassistentenschap met de in dit verslag genoemde mogelijkheden; een cursus van drie weken tot een maand aan een sociaal-geneeskundig instituut en het vervangen gedurende drie weken tot een maand in een huisartspraktijk.

## Twaalfde jaarvergadering College of General Practitioners

De twaalfde jaarvergadering van onze zustervereniging in Engeland in november 1964 werd, zoals reeds traditie is geworden, gehouden in de aula van het B.M.A.-House, het hoofdbureau van de British Medical Association in Londen. De eigenlijke jaarvergadering op zaterdagmiddag wordt in de morgenuren voorafgegaan door de uitreiking van een aantal prijzen, en de James Mackenzie lecture, ditmaal uitgesproken door Prof. Richard Scott uit Edinburgh.

De uitreiking van de prijzen is een jaarlijks terugkerende belangrijke aangelegenheid, want behalve de Butterworth Gold Medal (voor het beste essay van het jaar over de huisartsgeneeskunde, voor 1964: De toekomstige plaats van de huisarts in de verloskunde, voor 1965: Diagnose en behandeling van het koortsende kind) en de Foundation Council Award (dit jaar toegekend aan het artsen-echtpaar Graves die samen de „medical recording service and sound library” hebben opgezet) worden elk jaar drie prijzen (van f 1.000,—, f 750,— en f 500,—) beschikbaar gesteld door de Public Welfare Foundation voor bijzondere ziektegeschiedenissen in de huisartspraktijk, geschreven door medische studenten en bovendien zestien tot twintig travelling fellowships, elk van f 2.000,— voor huisartsen, „members of the College, to enable them to carry out a minimum of two weeks postgraduate study at their old teaching hospitals or at any other hospital, clinic, health centre or general practice of their choice in the United Kingdom or Eire”. Deze travelling fellowships, aangeboden door een farmaceutische industrie, worden verdeeld door de College zelf en gebruikt om huisartsen in staat te stellen een bepaald onderwerp, dat hen interesseert, te bestuderen. (Voorbeelden van dergelijke onderwerpen zijn: een kritisch rapport over alle health centres in Engeland, de diagnostische faciliteiten voor huisartsen in ziekenhuis-laboratoria, de rol van de doktersvrouw in de praktijk, de medisch-psychologische studiegroepen, klinische onderwerpen in de huisartsgeneeskunde zoals de behandeling van lage rugpijn, hypertensie, otitis media of het gebruik van electrocardiogram, een onderzoek naar de oorzaken van foetale afwijkingen, duizeligheid bij ouden van dagen.) Deze prijzen vormen een grote stimulans voor individuele nascholing en wetenschappelijk onderzoek door huisartsen, welke in deze vorm in Nederland nog node ontbreekt.

Aan de vooravond van de jaarvergadering, dus op vrijdagavond, houdt het hoofdbestuur, de College-Council, een diner, ditmaal voor het eerst in het fraaie nieuwe hoofdkwartier van

de College, dat in het vorige artikel reeds door Huygen is beschreven\*. Dit diner had een officiële tint, omdat behalve de provosts (oud-voorzitters van de faculties, gelijk te stellen aan onze centra), getooid met een soort burgemeestersketting, tevens de ambassades van de drie buitenlandse sprekers waren uitgenodigd voor het Symposium op zondag, te weten de ambassades van Joegoslavië, Israël en Nederland (in de persoon van baron D. W. van Lynden). Door afwezigheid van collega Huygen, die op vrijdagmiddag naar Nederland moest terugkeren om op zaterdag ons eigen congres te kunnen openen, viel de eer te beurt aan schrijver dezes om als waarnemer van de voorzitter van het Nederlands Huisartsen Genootschap (N.H.G.) bij dit diner acte de présence te geven. Wanneer men mocht denken dat deze aanwezigheid ook het spontaan uitspreken van enkele vriendelijke woorden tot de tafelpaeres inhield, rekent men buiten de Engelse code. Er is een speciale toastmaster, die niet deelneemt aan het diner, die de tevoren aangezochte officiële sprekers aankondigt. Zowel de sprekers als zij, die antwoorden, staan vermeld tussen de verschillende gangen van het menu. Deze Engelse „waarneming” kan daarom worden omschreven met de woorden: non locum tenens, sed tenens tabulam. Overigens werd van de aanwezigheid van alle provosts (die met hun dames om het jaar voor een College-diner worden uitgenodigd) gebruik gemaakt om op vrijdagmiddag met het hoofdbestuur te vergaderen teneinde het onderlinge contact te bevorderen en het beleid van de College te bespreken.

Keren wij nu terug naar de in chronologische volgorde te noemen gebeurtenissen: zaterdag 11.00 uur: uitreiking der prijzen; 11.30 uur: James Mackenzie Lecture; 14.00 uur: Opening van de jaarvergadering door de voorzitter (chairman) met een kort resumé van het jaarverslag (een boekwerkje van 120 bladzijden). De College heeft thans 38 faculties. Zij telt 4421 leden (241 toegetroden in 1964), 2610 associate-members (297 nieuw) en 41 corresponding associate members, waaronder 12 uit Nederland. Het totaal aantal huisartsen in Engeland is ongeveer 20.000. De financiële toestand van de College bleek niet rooskleurig te zijn. In tegenstelling tot die van het Appeal Fund dat reeds £ 400.000 bedraagt, voor 16 procent afkomstig van de leden, voor de rest geschonken door stichtingen en industrie. Dit Appeal Fund werd

\* (1965) huisarts en wetenschap 8, 16.



ingesteld in 1959 en stelde als doel het verzamelen van £ 1.000.000 voor: research, aankoop van een eigen hoofdkwartier (voor de somma van £ 175.000) en uitbreiding van undergraduate en postgraduate activiteiten.

Er vonden verschillende benoemingen plaats. Benoeming van een nieuwe president, een representatieve erefunctie, meestal toegekend aan voormalige voorzitters. Ditmaal werd benoemd Dr. Annis Gillie, die van 1961 tot 1963 voorzitter was van de College. Zij is ook buiten Engeland bekend geworden om het naar haar genoemde regeringsrapport „The field of work of the family doctor”, dat in 1963 werd gepubliceerd. Dit rapport werd uitgebracht door een regeringscommissie (te vergelijken met de ten onzent benoemde commissie Muntendam), waarvan zij het voorzitterschap bekleedde. Benoeming van drie ereleden: Lord Amulree, een bekend internist-geriater, Prof. Fleming, voorzitter van de medische faculteit in Glasgow en Dr. Glen Hughes, ex-penningmeester van de College en directeur van een diagnostisch huisartscentrum in Peckam, Zuid-Londen. Benoeming van de vertegenwoordigers der 38 faculteiten en van vier bijzondere leden, waaronder John Fry. Elk centrum heeft dus een vertegenwoordiger die lid is van het hoofdbestuur.

Tenslotte het belangrijkste agendapunt van deze vergadering, namelijk het voorstel tot „strengthening the criteria for membership” op de basis van een individuele keuze uit twaalf hoofdstukken, waaronder voor het eerst de mogelijkheid van een examen. Dit punt werd toegelicht door John Hunt, \* secretaris van de College sinds de oprichting in 1952. Een van zijn argumenten was de verminderde belangstelling voor de huisartsgeneeskunde bij de medische studenten. In Noorwegen wilde in 1963 geen enkele afgestudeerde arts huisarts worden, in Amerika in 1963 slechts 17 procent en van de toonaangevende Cornell, Harvard en Yale University slechts 6 procent. Tijdens de vergadering van de American Academy of General Practice in 1963 bleken slechts achttien personen beneden 35 jaar (op een totaal van 2000 aanwezigen) in de huisartspraktijk werkzaam te zijn. Deze verhouding was op de Engelse jaarvergadering in november 1964 7 op ongeveer 200 aanwezigen. De huisartsgeneeskunde heeft voor de student weinig aantrekkingskracht, omdat hij er zich minder inspanning voor behoeft te getroosten dan voor de specialisatie, „it is looked upon as of lower academic, intellectual, scientific and social stature”.

Hunt riep de aanwezigen op om als eerste College of General Practice een stevige „academic, educational basis” te leggen, zodat een student weet wat van hem wordt verwacht als hij huisarts wil worden en een afgewezen kandidaat weet aan welke verschillende eisen zijn ervaring en opleiding moeten voldoen om het lidmaatschap in de toekomst wel te verkrijgen. Was het voorstel van 1959, om als toelatingseis alleen een examen te introduceren, na verhitte besprekingen, die de hele College in voor- en tegenstanders dreigde te splitsen, afgestemd (met 112 tegen 44 stemmen wegens de veriste driekwart meerderheid), het huidige voorstel, „to base our membership as the first medical organisation on multiple academic experience and achievements”, werd met algemene stemmen aanvaard.

In College-kringen beschouwde men dit als een besluit van historische betekenis. De lijst met twaalf hoofdstukken is gebaseerd op een in 1963 gehouden enquête, \*\* die werd beantwoord door 3216 van de 4421 leden van de College (de associate members mochten geen antwoorden inzenden). De betekenis van dit besluit van onze zustervereniging, de uitvoerige besprekingen die eraan voorafgingen en de inhoud van de zojuist genoemde enquête zullen nog in een afzonderlijk artikel worden besproken.

Na deze hoofdschotel van de jaarvergadering werd met één stem tegen, de motie aanvaard om leden na twee jaar wambetaling van contributie automatisch van de ledenlijst te schrappen. Hierna volgde een lange discussie over het al of niet introduceren van de letters M.C.G.P. (Members College

General Practitioners), een punt dat voor de toekomst werd aangehouden. De motie, dat het hoofdbestuur actie zou voeren om het aantal leden sterk te vergroten, werd met algemene stemmen aanvaard, evenals het advies om te zijner tijd een fellowship van de College in te stellen. Zo kon de voorzitter tegen vijf uur in de middag deze twaalfde jaarvergadering sluiten, waarna in een bestuursvergadering Dr. Harry N. Levitt tot voorzitter 1965 werd gekozen. De zaterdag werd besloten met een officieuze borrel in het hoofdbureau.

„*Medicine in Society*”. \* Hoewel de James Mackenzie lecture door Prof. Richard Scott onder deze titel op zaterdagmorgen werd gehouden in het kader van de jaarvergadering, was zijn toespraak zozeer een inleiding op het symposium over „the Art and Science of general practice” van zondag en was zijn bijdrage van zoveel belang, dat een uitvoerige weergave daarvan vooraf moge gaan aan een verslag van het eigenlijke symposium. Scott is voor velen reeds een begrip geworden, hij heeft ettelijke leden van ons Genootschap zowel in ons land als in zijn woonplaats Edinburgh ontmoet. Hij behoort tot de oprichters van het Engelse Huisartsen Genootschap, hij is lid van het bestuur gebleven en heeft zitting in diverse commissies van de College. In 1964 is hij benoemd tot „professor of medicine in relation to general practice”. Hij is daarmede de eerste hoogleraar in de wereld die nog dagelijks de huisartsgeneeskunde uitoefent. Wij hebben reeds veel aan hem te danken, ook in Nederland, en wij kunnen ons alleen maar verheugen in de versterking van zijn positie.

Scott begon met de opmerking dat een organisatie als de College een voorbeeld is van een „social institution” waarop invloeden en regels van maatschappijleer en sociologie van toepassing zijn, zoals zij ook voor andere social institutions gelden. De professie der geneeskundigen in zijn totaliteit beïnvloedt de maatschappij waarin zij leeft en werkt, maar wordt omgekeerd ook door die maatschappij beïnvloed en gevormd. Hij poneerde de these: de geneeskunde kan alleen dan bloeien, wanneer de maatschappij bereid en in staat is daarvoor de prijs te betalen, dat wil zeggen voorziet in de medische mankracht, de gewenste opleiding en de noodzakelijke organisatie om de arts in staat te stellen zijn functie te vervullen. De kwaliteit van de gezondheidszorg is echter niet alleen van deze drie factoren — de huidige medische kennis, de kwaliteit van de opleiding en de effectiviteit van de praktijkorganisatie — afhankelijk. Even bepalend daarvoor zijn de verhoudingen in de maatschappij zelf: sociaal, economisch, politiek, geografisch, religieus en cultureel.

De tweede stelling van Scott luidde: alleen wanneer de medici als professie een geheel zijn gaan vormen, kunnen zij beginnen coherent te reageren op druk, prikkels en behoeften van de maatschappij, in de hoop zodoende hun eigen ontwikkeling mede te bepalen.

Na deze inleidende opmerkingen nam Scott in zijn verdere betoog de huisartsgeneeskunde onder de loep, als medium in het actieveld tussen maatschappij en medische professie.

*Specialisatie en universitaire ziekenhuizen.* In ons land, aldus Scott, is ongeveer 45 procent der artsen werkzaam in ziekenhuizen en ongeveer 45 procent in de algemene praktijk. Hoe reageren deze twee groepen op elkaar en hoe integreren zij het noodzakelijke verschijnsel der specialisatie? Specialisatie is niet alleen noodzakelijk voor de vooruitgang van kennis, de toepassing ervan vereist ook dat de specialist zich vrij kan maken van andere verantwoordelijkheden om zich te kunnen concentreren op een scherp omschreven klein gebied. Met enige overdrijving kan men zeggen dat een specialist het spectrum van klinische problemen, waarmede hij bezig zal zijn, zelf kan bepalen. Hij kan bij wijze van spreken voorstellen welke ziekten zijn patiënten zullen hebben. Omdat hij dus zijn arbeidsveld nauwkeurig kan omschrijven, geldt hetzelfde voor de door hem gewenste mankracht en hulpmiddelen.

Wat de huisarts nog het meest opvalt is het grote verschil tussen de arts-patiënt ratio van het ziekenhuis en van de algemene praktijk. Het verschijnsel meer artsen voor minder

\* (1964) J. Coll. Gen. Practit, 7, 139.

(1965) J. Coll. Gen. Practit, 8, 48 en 78.

\*\* Twelfth Annual Report, 1964, College of General Practitioners, London.

\* De volledige tekst is inmiddels gepubliceerd in (1965) J. Coll. Gen. Practit, 8, 3.



patiënten is in elk land waarneembaar, maar geldt in veel sterkere mate voor ziekenhuisgeneeskunde dan voor huisartsgeneeskunde. Met andere woorden er heeft een sterke „redistribution of our medical manpower” plaats gehad. Het aantal huisartsen neemt in geringe mate af, het aantal patiënten per huisarts neemt dus relatief toe. Bovendien moet de huisarts in zijn dagelijkse werk contact onderhouden met een toenemend aantal specialisten. Van de specialisten in academische ziekenhuizen heeft slechts een klein en progressief afnemend percentage persoonlijke ervaring met de algemene praktijk, dat wil zeggen met „the practice of medicine in the community”. Er dreigt hier gevaar, want thans ontbreekt voor de student de mogelijkheid zich te identificeren met een docent die de huisartsgeneeskunde vertegenwoordigt.

Er bestaat een zekere rivaliteit tussen de researchwerker en de medicus practicus, maar een groter probleem is dat der communicatie tussen beiden. Zij gebruiken soms een geheel verschillende taal en zij moeten de analyse van de een en de synthese van de ander leren begrijpen. Er is trouwens niet alleen een communicatieprobleem tussen huisarts en specialist, ook tussen specialisten onderling doet zich dit probleem voor. Het lijkt wel of de allround internist aan het verdwijnen is. Wanneer het probleem van een patiënt niet tot een specialisme beperkt blijft, is het voor de huisarts en de patiënt vaak moeilijk en weinig effectief verscheidene specialisten hierin te moeten betrekken. Hoe conservatief wij als artsen ook mogen zijn, toch kan de klok niet terug worden gezet. Wellicht zal de toekomstige huisarts zelf als consulent voor het ziekenhuis en als tolk voor de patiënt moeten blijven fungeren. Maar als wij dit serieus nemen moet er heel wat realistischer aan nascholing worden gewerkt dan tot dusver gebruikelijk is.

Naast het communicatieprobleem is er nog andere conflictstof in de verhouding huisarts-specialist. Hoewel research en praktijk met elkaar wedijveren om geldmiddelen, blijven zij toch van elkaar afhankelijk. Het lijkt er echter op of wij de specialist hebben bevoordeeld ten koste van de „generalist”. De specialisatie heeft zo'n hoogte bereikt dat wij nu soms voor de vraag staan of wij de kennis nog verder zullen ontwikkelen of liever bestaande kennis zullen gaan toepassen en uitvoerbaar maken.

*Het dilemma: kwantiteit of kwaliteit.* Als functionele definitie van de huisartsgeneeskunde kan men zeggen dat het die sector uit de gezondheidszorg betreft waar de patiënt directe en continue toegang tot zijn eigen dokter heeft. Het rechtstreekse en het continue zijn de twee essentiële eigenschappen. Willen wij deze in stand houden dan vraagt dat in deze tijd wel de nodige aanpassing van de huisarts, want zolang een bepaalde maatschappij haar bevolking wenst te voorzien van direct contact met een eigen huisarts (personel doctor), zolang zal een belangrijk kenmerk zijn gelegen in de kwantitatieve aspecten van zijn werk, onafhankelijk van het feit of de dokter een groot aantal patiënten in een minder ontwikkeld gebied, of een relatief geringer aantal patiënten in een hoog ontwikkeld land heeft. In het laatstgenoemde geval is er immers een toeneming van het aantal specialisten ten koste van het aantal huisartsen. Zelfs als de huisarts zijn praktijkgrootte kan beperken zal hij op geen enkele dag de hoeveelheid en aard van zijn werk geheel kunnen bepalen. In laatste instantie is het per definitie juist de patiënt in plaats van de dokter die dit bepaalt. Dit betekent dat de huisarts vaak een groot aantal eenvoudige diagnoses en verrichtingen zal moeten verwerken, ook al is hij opgeleid om meer ingewikkelde problemen op te lossen en te behandelen. Door weinig voor veel patiënten te doen, wordt het de arts vaak onmogelijk gemaakt om meer voor enkelen te doen.

Dit dilemma wordt nog versterkt door de snelle veranderingen in de medische wetenschap, die uiteraard ook aan de studenten worden onderwezen. Er is dan ook duidelijk sprake van een aanpassingsstoornis als jonge artsen tot de ontdekking komen dat hun in de algemene praktijk middelen worden ontzegd welke zij tijdens hun opleiding hebben leren gebruiken. Scott pleitte daarom voor een vrije toegang tot de laboratoria en voor andere faciliteiten in het ziekenhuis enerzijds en anderzijds voor hulp van paramedische werkers, zoals doktersassistenten, secretaressen, verpleegsters en sociale werkers. Het dilemma kwantiteit of kwaliteit wordt verder nog

geaccentueerd doordat in vrij snel tempo, bijvoorbeeld in tien jaren, nieuwe behandelingsmethoden uit de ziekenhuiswereld worden overgedragen op de algemene praktijk. Deze ontwikkeling wordt echter geremd door het overbelast zijn van de huisarts. Bovendien vereisen sommige nieuwe behandelingsmethoden niet alleen een nascholing om up to date te blijven, maar het zal soms ook nodig zijn een „retraining” en „relearning” te ondergaan in preklinische vakken. Wanneer wij ernst gaan maken met deze duidelijke wisselwerking tussen huisarts en specialist, dan zullen de toekomstige nascholingsplannen op elkaar moeten zijn afgestemd en voortdurend moeten worden herzien met een open oog voor de steeds optredende veranderingen binnen en buiten het ziekenhuis.

*Huisarts en maatschappij.* Laten wij nu de huisartsgeneeskunde nader bezien als interactiegebied tussen de geneeskunde als geheel en de samenleving. Enerzijds concurreren de verlangens van de huisarts met die van de specialist en het ziekenhuis, anderzijds kan de huisarts als de beschermer van het ziekenhuis worden beschouwd, omdat hij als een buffer tussen de maatschappij en de gespecialiseerde geneeskunde fungeert.

Als een land zijn inwoners de vrije toegang tot een eigen arts garandeert, hebben deze inwoners daarmede een sterk en sprekend middel om niet alleen hun medische maar ook hun sociale noden kenbaar te maken. In deze situatie is het zelfs moeilijk een scheidingslijn te trekken tussen medische en sociale zorg. Een land met deze vrije toegang tot de huisarts vraagt om moeilijkheden. De geschiedenis van de National Health Service illustreert duidelijk, aldus Scott, dat de medische professe zich niet bewust was van de aard en de hoeveelheid van de latente sociale en medische behoeften onder de bevolking, laat staan dat zij voorbereid was op een adequate opleiding en organisatie voor de artsen. Maar een tekort aan artsen en een inadequate opleiding zijn bijzaken, die bovendien kunnen worden gecorrigeerd. Wat wij ons veeleer bewust moeten worden is dat in elke democratie, die kiest voor een gezondheidszorg gebaseerd op vrije toegang tot een eigen arts, de bevolking zelf de scheidingslijn zal bepalen tussen sociale en medische zorg. Deze lijn is nooit scherp en constant, zij verandert afhankelijk van de maatschappelijke noden en voorzieningen. Zij verandert ook door veranderingen in de medische wetenschap en praktijkvoering, al naar gelang onze medische horizon wijder of nauwer wordt.

De zorg voor zieken is slechts een uit een serie van onderling samenhangende sociale voorzieningen. Geen enkel programma voor gezondheidszorg kan werkelijk effectief zijn tenzij het is afgestemd op de organisaties die zich bezig houden met andere aspecten van 's mensens welzijn. Tot op zekere hoogte zal de gemakkelijk bereikbare huisarts door zijn patiënten worden geconfronteerd met tekortkomingen, welke de patiënt in sociaal opzicht ondervindt. Bovendien worden wij in de huisartsgeneeskunde in toenemende mate geconfronteerd met een etiologie van ziekten of met factoren, welke de behandeling van onze patiënten compliceren, die gelegen zijn in „social maladjustment” en in verkeerde tussenmenselijke relaties. Voorzover dit het geval is zal onze therapie zich niet zo zeer moeten richten op het herstel van het milieu intérieur der patiënten, maar op hun fysische, economische en sociale omgeving.

In hoeverre deze problemen door de geneeskunde en in hoeverre zij geheel los daarvan door de maatschappij moeten worden opgelost, kan alleen de toekomst uitwijzen. Wij zullen er echter niet aan ontkomen dat patiënten ons af en toe zullen gebruiken als uitwijkplaats voor de strenge eisen van de huidige samenleving. Dan gaat het niet om belangstelling en liefde voor patiënt of medische wetenschap. De patiënt vraagt beide van ons. Hij beschouwt ons als vriend en raadgever, maar ook als de poort naar de zegeningen van de moderne geneeskunde. En, alsof al deze verwachtingen van de huisarts, van de individuele patiënten in de maatschappij, van zijn collega's in de ziekenhuizen, nog niet genoeg zijn, is er nog een andere dimensie aan het werk van de huisarts, verbonden aan het vraagstuk der kwantiteit of kwaliteit.

*Preventie of genezing.* Is het van oudsher de patiënt die naar de dokter gaat, er is een groeiend aantal personen zowel



binnen als buiten onze professie, dat van mening is dat de dokter in bepaalde gevallen zelf het initiatief tot contact met de patiënt moet nemen. De voorbeelden van consultatiebureaus en prenatale zorg zijn overal bekend, maar daar wordt nu aan toegevoegd periodiek geneeskundig onderzoek, „pre-symptomatic screenings” op diabetes, glaucoom, anemie en cervix carcinoom, en onderzoek van of advies aan speciale bevolkings- of beroepsgroepen (huwelijksscholen, pensioeneringsproblemen). Elke praktijk is in feite een „population at risk” en in die populatie wordt het alternatief preventieve en curatieve geneeskunde toegevoegd aan het reeds omschreven dilemma kwantiteit of kwaliteit. De huisarts wordt als het ware verzocht, zonder zijn curatieve taak te verwaarlozen, ook nog de aanpak en techniek van de epidemioloog over te nemen. Ook hier zal hij moeten samenwerken met anderen en gebruik moeten maken van een public health team.

*Samenvatting.* Hoe kunnen wij de zegeningen van de specialisatie behouden en tegelijkertijd een evenwicht tot stand brengen tussen specialist en „generalist”? Hoe kunnen wij voorkomen dat de huisarts ten gevolge van alle nieuwe vorderingen in de geneeskunde ook zelf een soort specialist wordt, hoe kunnen wij bevorderen dat hij een positief antwoord ontdekt en een „specialist in antispecialism” wordt? De ontwikkeling van de medische wetenschap geldt niet alleen in de natuurwetenschappen, maar ook in de „social and behavioural sciences”. De vraag is zelfs gerechtvaardigd waar de geneeskunde eindigt en de sociologie begint. Culturele en sociale factoren zijn even belangrijk als de medische wetenschap voor het bepalen van de rol van de medici in de maatschappij en men ziet de interactie tussen beide in zijn meest pregnante vorm in de context van de huisartsgeneeskunde.

De situatie van thans is voor de huisarts allesbehalve rooskleurig, niemand kan zich veroorloven toeschouwer te blijven. Wat wij gaan doen op korte of op lange termijn, zal in harmonie moeten zijn met ons uiteindelijk doel, namelijk een effectieve relatie tussen de huisarts en zijn specialistische collega's enerzijds en tussen huisarts en maatschappij ander-

zijds. Het gaat hier niet om een statisch maar om een dynamisch evenwicht. Daarom moet er bij elke nieuwe stap ruimte zijn voor grote flexibiliteit. Elke stap moet gemotiveerd zijn door feitelijke ervaring. Er is behoefte aan een continue „medical audit” om nieuwe programma's van de gezondheidszorg te beoordelen tegen de achtergrond van de medische behoeften en de beschikbare krachten.

Het is niet mijn taak, aldus Scott in deze voordracht, de noodzakelijke stappen te specificeren die de huisartsen moeten nemen. Ik wil echter tot slot wel enkele verschijnselen noemen die een zeker optimisme rechtvaardigen, zoals: de groeiende belangstelling voor groepspraktijken; de steeds meer gehoorde eis tot vrij en ongehinderd gebruik van diagnostische en laboratoriumfaciliteiten; het enthousiasme van sommigen betreffende hun samenwerking met verpleegsters en anderen; onze pogingen tot rationalisering van praktijkvoering en opleiding van medisch hulppersoneel zoals in Holland, Duitsland en andere landen; ons voortdurend bezig zijn met plannen voor een speciale postgraduate opleiding voor de huisartspraktijk; de stimulerende voorbeelden van gezamenlijke acties van huisartsen en specialisten op het gebied van research, nascholing en dagelijkse praktijkvoering.

En tenslotte ben ik verblijd met de toenemende vrijmoedigheid waarmede bij ons eigen College de mening postvat, dat ook al is zij geen medisch politieke organisatie, het toch op zijn weg ligt „to produce yardsticks by which to measure quality of care in general practice, and be more specific about the time, the tools and the training which are required by all those privilege it is to work in this field of general practice”. Met deze brede visie en duidelijke woorden besloot Scott zijn voordracht, die een bijzonder goede achtergrond vormde voor de jaarvergadering, waarin over de nieuwe eisen voor het lidmaatschap moest worden gestemd en die tevens een fraaie inleiding was voor het symposium van zondag, waarvoor in een volgend nummer onder de titel *The Art and Science of General Practice* nog verslag zal worden gegeven.

R. C. Veldhuijzen van Zanten

## *Association for improvement in the maternity services; Patients association*

Sinds kort is Engeland, dat in onze ogen toch al zoveel merkwaardige instellingen kent, twee nieuwe organisaties rijk, waarvan de namen in de titel zijn genoemd. Association for improvements in the maternity services (A.I.M.S.) is opgericht door leken en streeft de volgende doeleinden na: Men wil dat een groter deel van het nationaal inkomen aan de National Health Service en speciaal aan de verloskundige sector wordt besteed. Men zegt, dat er een tekort is aan ziekenhuisbedden op de verloskundige afdelingen. Men wenst meer vroedvrouwen en hoopt dit te bereiken door de opleiding, de honorering en de arbeidsomstandigheden te verbeteren. Men wenst meer gezinshulpen en denkt daarbij aan een organisatie van kraamhulp, zoals deze in Nederland functioneert. De lezer bedenke dat de verhoudingen in Engeland wel heel anders liggen dan in Nederland. Hier 71 procent van de bevallingen thuis en 29 procent in het ziekenhuis; in Engeland en Schotland 20-30 procent van de bevallingen thuis en 70-80 procent in het ziekenhuis!

Ik besluit deze mededeling over A.I.M.S. met de laatste twee doelstellingen onvertaald weer te geven:

*No loneliness in labour.* It should be mandatory for no woman in established labour to be left alone against her will. Fathers or laysitters are encouraged to sit with mothers in labour where there is a shortage of nursing staff. A.I.M.S. members are undertaking and organising this service. Being left alone can cause acute mental distress. *Research and training of*

*doctors and midwives.* Research in obstetrics is lagging behind research in other medical fields. More research must be undertaken in analgesics and into relief of pain in childbirth. More investigation should be encouraged into the psychological aspects of pregnancy and the post natal period, particularly when training medical students and midwives.

Een organisatie, die ongetwijfeld meer stof heeft doen opwaaien dan de vorige, is de in 1963 opgerichte Patients Association, welke zich noemt: „a voice for the patient”. De doeleinden van deze vereniging zijn: de belangen van de patiënten te representeren en te bevorderen; bijstand en advies aan de patiënten te geven; informatie te verkrijgen en te verstrekken; begrip en goodwill te kweken tussen de patiënten en de beoefenaren van de medische en paramedische beroepen.

Enkele uitgaven van de Patients Association zijn: „Some lesser known services and concessions available under the National Health Service”, bevattende een aantal aanwijzingen zoals deze ook regelmatig in ons land worden gepubliceerd in de uitgaven van de ziekenfondsen.

„Going into hospital” een beschrijving van het ziekenhuis en alles wat de patiënt daar te wachten staat en wat hij er te doen en te laten heeft. Het is mij niet bekend of een dergelijke brochure in Nederland reeds bestaat, maar ongetwijfeld zou dit ook hier onder de patiënten veel misverstanden wegnemen over de verhoudingen in het ziekenhuis.