

mogelijk is, moet dus vooral afhangen van de ziekten waaraan hij lijdt. Men houde hierbij echter wel in het oog dat elke verstoring van het evenwicht voor bejaarden een langdurige aanpassingsperiode meebrengt, gedurende welke hij blootgesteld blijft aan alle schadelijke invloeden welke een verblijf in het ziekenhuis nu eenmaal meebrengt. In het algemeen moet men zich ernstig bedenken bij het aanraden van ingrepen die weliswaar het leven kunnen verlengen, maar niet de levensvreugde of levensmogelijkheden kunnen vergroten.

Prognose. Tenslotte iets over de prognose van ziekten bij bejaarden. Hoe ouder iemand is, hoe onbelangrijker de prognose quo ad vitam wordt. Een tachtigjarige heeft statistisch nog slechts enkele jaren te leven en, als hij ziek is, waarschijnlijk minder dan het statistisch gemiddelde. Men moet zich daarom niet zozeer afvragen wat de prognose van een bepaalde ziekte is voor het leven, maar wel wat deze is ten aanzien van de validiteit. Bij de therapie gaat het evenzeer niet in de eerste plaats om het verlenen van het leven als zodanig, alswel om het verlenen van een levenswaardig leven. Vermijden van berust, goede reacterende verpleging, bewegings-

therapie in een vroeg stadium van alle ziekten, zijn de beste middelen om de prognose voor een levenswaardig leven gedurende de resterende jaren te verbeteren.

Samenvatting. Bij bejaarde patiënten is de diagnostiek moeilijker door afwijkend ziekteverloop, de multiple pathologie, het ontbreken van kennis over de normale waarden van verschillende laboratoriumgegevens bij personen op hoge leeftijd en doordat één symptoom vaak verschillende oorzaken heeft.

Bij de therapie is het meest essentiële het vermijden van bedrust. Daarnaast is bijna steeds bewegingstherapie noodzakelijk. Medicamenteus is grote voorzichtigheid geboden met het geven van combinaties van geneesmiddelen. Zowel bij de therapie als bij het schatten van de prognose moet men steeds in het oog houden, dat het behoud van het leven alleen zin heeft als men ook kan zorgen, dat het levenswaardig is.

Summary. The aged patient. In aged patients, diagnosis is impeded by an aberrant clinical course, multiple pathology, lack of knowledge of normal values of various laboratory data in advanced age, and the fact that a single symptom often has multiple causes.

An essential feature of treatment is that bed rest must be avoided; kinesitherapy, moreover, is nearly always called for. In drug therapy, great caution is necessary in prescribing combinations of drugs. Both in treatment and in prognostic prediction it must always be borne in mind that life is worth saving only if it can be made worth living.

Studiereis in Engeland*

De reisgenoten. Behalve van Engeland leerde ik veel van mijn reisgenoten. Dr. Dubravka Stampar is een vrouwelijke huisarts uit Joego-Slavië. Zij is een „Master in General Practice”, ofwel zij heeft een graad in de huisartsgeneeskunde gehaald. Het zal de lezers bekend zijn dat men in Joego-Slavië een specialisering tot huisarts heeft gecreëerd, waarop ik hier niet verder hoef in te gaan. Het zal minder bekend zijn dat in Joego-Slavië een groot verschil bestaat tussen een huisarts in de stad en ten plattelande. In de stad zijn grote groepen van de bevolking aan de zorg van de huisarts onttrokken. Hij doet daar weinig preventief werk en heeft bijvoorbeeld praktisch niets met kinderen te maken, daar dit onder de competentie van de kinderarts valt, en niet met zwangeren omdat deze onder de hoede komen van de gynaecoloog. Dr. Stampar praktiseert op het platteland. Als een Master in General Practice is haar status gelijk aan die van een specialist. De Masters in General Practice verdienen ook evenveel als een specialist, soms zelfs meer door toeslagen, onder andere voor nachtdienst. Een belangrijk stuk voor hun opleiding bestaat uit een training in sociale geneeskunde en hygiëne, maar ook aan de klinische zijde wordt veel aandacht besteed.

Dr. Jack Medalie was tot voor kort huisarts in Israël. Hij heeft een graad gehaald in openbare gezondheidsleer in Amerika. Op het ogenblik is hij verbonden aan een researchproject over hart- en vaatziekten. In Israël was hij ongeveer zeven jaar leider van een gezondheidscentrum. Hierin werkten een aantal huisartsen samen met wijkverpleegsters en vroedvrouwen, later ook met maatschappelijk werkers. Men deed veel aan preventief werk. Hij heeft getracht de resultaten van zijn gezondheidscentrum te evalueren. Daarbij bleek, dat de ziekenhuisopname-frequentie van de bevolking, waarvoor men zorg droeg, dusdanig daalde, dat de totale kosten van de staf alleen hierdoor drie jaar konden worden betaald!

Hij was met mij van mening dat men de health visitor niet

als een echte maatschappelijk werkster kon beschouwen. Men zou misschien zelfs kunnen zeggen dat men haar daarvoor „bederft” door haar eerst drie jaar als verpleegster en daarna nog geruime tijd in de verloskunde te trainen. Dit geeft namelijk een autoritaire instelling. Wij konden ons moeilijk voorstellen dat men haar kan omschakelen door hierop een jaar maatschappelijk werk te superponeren. Wij kregen dan ook de indruk dat de meeste Engelse huisartsen eigenlijk niet goed weten en beseffen wat het samenwerken met een pur sang maatschappelijk werkster inhoudt en voor de patiënten kan betekenen.

Als reisgenoten discussieerden wij veel onderling. Het prettige van de organisatie van onze reis was, dat men overal groepen huisartsen, soms samen met specialisten en sociaal-geneeskundigen, voor onze komst had bijeengeroepen. Hierdoor ontstonden zeer levendige en stimulerende groeps gesprekken, waarbij veel gedachten tussen ons en de Engelse artsen werden uitgewisseld. Dit was een groot voordeel voor beide partijen. Namen, die wij tot nu toe alleen uit publikaties kenden, kwamen nu voor ons tot leven door directe persoonlijke ontmoetingen.

Alles bijeen was dit een uiterst leerzame en stimulerende studiereis, waarvoor ik het College zeer dankbaar ben.

Samenvatting. Wanneer ik nu tracht de verzamelde indrukken te ordenen en in het kort samen te vatten zou ik willen stellen dat wij veel positiefs leerden, maar dat wij ook met negatieve kanten in aanraking kwamen. Ik wil trachten dit in een aantal punten naar voren te brengen. Positief zijn de volgende:

1 Het eerste waardoor wij werden getroffen was de grote openheid waarmee men ons tegemoet trad. Onze gastheren waren over het algemeen merkwaardig vrij van zelfvoldaanheid. Men liet ons zien hoe men de problemen aanpakte, maar stond daarbij geheel open voor andere visies en suggesties.

2 Wij kregen de indruk dat de Nationale Gezondheids-

* Eerste deel zie (1965) huisarts en wetenschap 8, 149.

dienst een sterke verbetering van de Engelse gezondheidszorg heeft teweeggebracht. Dit geldt vooral voor het ziekenhuiswezen, dat in Engeland notoir was verouderd. Ook voor de huisartspraktijk zijn er echter veel grotere en nieuwe mogelijkheden gekomen door het verdwijnen van de financiële barrière tussen arts en patiënt.

3 Wij kwamen bijzonder onder de indruk van de grote bereidheid tot samenwerking, zowel wat betreft de huisartsen onderling, resulterende in groepspraktijken, als wat betreft de samenwerking tussen de huisartsen en hulpkrachten, wat wij onder andere in gezondheidscentra, maar ook in individuele groepspraktijken zagen. In ideale vorm leidt dit tot een goede integratie en teamvorming op het thuisfront, dat hierdoor aanzienlijk kan worden versterkt. Dit opent wijde perspectieven en hier valt voor ons zeer veel te leren. Het is echter duidelijk dat deze zaken in Engeland veel eenvoudiger liggen dan bij ons, omdat er één overkoepelende gezondheidsorganisatie is, waarbij specialisten, huisartsen, wijkverpleegsters, vroedvrouwen, health visitors, maatschappelijk werkers, gezinsverzorgsters en het hele consultatiebureauwezen in dienst zijn.

4 Bijzonder gunstig hierbij is de houding van de overheid. Zowel in Engeland als in Schotland was men op het hoogste niveau werkelijk van plan de huisartsen te helpen en streefde men zeer bewust naar de bovengenoemde integratie.

5 Het door het College of General Practitioners verzette werk dwingt respect af, zowel op organisatorisch gebied als wat betreft de nascholing en het wetenschappelijk onderzoek. Ook hiervan valt voor ons veel te leren.

De hemel is echter voor de huisarts in Engeland ook niet onbewolkt. Hiervan mogen de volgende punten getuigen.

1 Ook in Engeland vindt de ontwikkeling van het ziekenhuiswezen veel sneller plaats dan die van de huisarts. Om hiermee gelijke tred te houden en zeker om een achterstand in te halen zullen ingrijpende maatregelen op een veel grotere schaal nodig zijn. Wij kregen de indruk dat de ontwikkeling van de ziekenhuisgeneeskunde die van de huisarts tot op zekere hoogte zelfs remt. Men streeft naar samenwerking tussen huisarts en ziekenhuis en tracht soms een middenvorm te vinden, waarbij de huisarts op part time basis ook in het ziekenhuis werkt. De proefprojecten van een specialisering tot huisarts vinden voor een zeer belangrijk gedeelte in de ziekenhuissfeer plaats. Hierin schuilen naar onze mening grote gevaren. Dit zou de duidelijke tendens in de richting van het ziekenhuis wel eens kunnen versterken en tenslotte kunnen leiden tot een verwaarlozen en verdwijnen van de wezenlijke functies van de huisarts.

2 Er is een vrij grote groep ontevreden en overwerkte huisartsen. Het dreigende artsentekort zal onvermijdelijk leiden tot nog grotere, dus nog meer belastende praktijken. Dit zou kunnen leiden tot oppervlakkig werken en een groeiende ontevredenheid. Er zijn te weinig stimulansen ter verbetering van de praktijkuitoefening, van de opleiding en uitrusting. Men zoekt echter naar oplossingen voor deze problemen.

3 De splitsing van de curatieve en preventieve functies van de wijkverpleegster, die in Engeland is gerealiseerd in de vorm van respectievelijk de (district)-nurse en de health visitor lijkt niet ideaal. De toestand bij ons, waar deze beiden in een figuur zijn verenigd, lijkt verre de voorkeur te verdienen. De Engelse huisarts — en de Engelse patiënt! — zouden er veel bij kunnen winnen als zij de beschikking konden krijgen over een volledige maatschappelijk werkster. Deze zou dan (family)-case-worker moeten zijn. Hiervan zouden wij ook in Nederland veel kunnen profiteren.

4 De figuur van onze opgeleide praktijk-assistente, die niet alleen als receptioniste en secretaresse fungeert, maar ook helpt met verbinden, injecties en eenvoudig laboratoriumwerk is in Engeland praktisch onbekend. Wij kunnen daardoor, zeker wat het onderzoek betreft, beter en efficiënter werken.

Summary. Study tour of England. In an attempt to arrange and summarize the impressions gathered, it can be stated that we learned of many positive things but also became acquainted with some negative features. Positive impressions may be summarized in the following items.

1. The first aspect to strike us was the out-going attitude of our hosts, who in general were remarkably free of com-

placency. They showed us how they approached the problems, but were always open to other views and suggestions.

2. We gained the impression that the National Health Service has brought about a considerable improvement in English public health. This applies especially to the hospital system, which in England was notoriously obsolete. But general practice, too, has been given new and greater possibilities with the disappearance of the financial barrier between physician and patient.

3. We were favourably impressed by the great willingness to cooperate; this concerned both cooperation between general practitioners, resulting in group practice, and cooperation between general practitioners and auxiliary personnel, examples of which were seen in health centres as well as in individual group practices. In its ideal form this cooperation leads to adequate integration and team formation at the home front, which in consequence is considerably enhanced. This opens up vast perspectives, and in this respect we can learn a great deal. Obviously, however, the English situation in this respect is much simpler than our situation, because in England there is a single coordinating health organization of which specialists, general practitioners, district nurses, midwives, health visitors, social workers, family welfare workers and all dispensary personnel are employees.

4. The government attitude in this context is exemplary. Both in England and in Scotland the highest levels showed a genuine willingness to help general practitioners and made determined efforts to ensure the abovementioned integration.

5. The work accomplished by the College of General Practitioners compels respect, both in terms of organization and in respect to postgraduate training and research. Here, too, there is much from which we can learn.

However, even for the British general practitioner the sky is not entirely without clouds. This may be indicated by the following items.

1. In England, too, the rate of development of the hospital system is much higher than that in general practice. If general practice is to keep abreast, and if it is to make up for existing arrears, radical measures will have to be taken on a much larger scale. We gained the impression that the evolution of hospital medicine to some extent even inhibits the progress of the general practitioner. Efforts are being made to ensure cooperation between general practitioner and hospital, and occasional compromises have been tried, with general practitioners doing part-time work in the hospital. The experimental programmes for the special training of general practitioners are for the most part conducted in a hospital setting. And we believe that this situation entails grave risks in that it might enhance the unmistakable trend in the direction of the hospital and finally lead to neglect and abolition of the essential functions of the general practitioner.

2. There is a fairly large group of dissatisfied and overworked general practitioners. Inevitably, the imminent shortage of physicians must lead to even larger and therefore even more stressful practices. This could be the road to perfunctory work and increasing discontent. There are too few factors stimulating improvement in practice procedure, training and equipment. Meanwhile, however, determined efforts to find solutions for these problems continue to be made.

3. England divides the curative and preventive functions of the visiting nurse, assigning them to the district nurse and the health visitor, respectively. This system seems far from ideal, and we would prefer our own system of uniting these functions in one person. The English general practitioner — and the English patient! — would greatly benefit by the services of a fully trained social worker, i.e. a (family) case-worker. In the Netherlands we would derive similar benefits from such services.

4. The trained practice assistant found in the Netherlands, who not only acts as receptionist and secretary but also gives assistance with bandaging, injections and simple laboratory work, is practically unknown in England. Our assistants are conducive to better and more efficient work, certainly in examining patients.

Dr. F. J. A. Huygen