

Symposium over „The Art and Science of General Practice“

Aan het einde van het verslag over de twaalfde jaarvergadering van onze zustervereniging in Engeland* werden nog notities toegezegd aangaande het daarop gehouden symposium onder de titel „The Art and Science of General Practice“, die hier thans volgen.

Hebben wij in Nederland een congrescommissie, die elk jaar het wetenschappelijk gedeelte van de jaarvergadering organiseert, in Engeland is er één man die dit al vijf jaren achtereen alleen weet klaar te spelen. Dr. Harry N. Levitt, na afloop van dit symposium bijgenaamd the King of Symposia. Het was ook zijn idee geweest om voorlopers in de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde uit het buitenland te confronteren met wat er tot dusver in Engeland is bereikt en omgekeerd de Engelsen in aanraking te brengen met hetgeen elders, in casu Israël, Joegoslavië en Nederland is gewrocht. Hoewel de organisatie van deze symposia steeds perfect is, mede dank zij de gastvrijheid van de Wellcome Foundation, waar aula, koffiekamer en lunch-gelegenheid telkenjare worden aangeboden, is het programma vaak wat overladen. Zo spraken op zondagmorgen vanaf 9.35 uur mevrouw Dr. D. Stampar, huisarts in een platelands health centre in Joegoslavië, opgeleid door Prof. A. Vuletic aan de Stampar University tot Master in General Practice — zie Landheer (1964) Medisch Contact 608 — Dr. F. J. A. Huygen uit Nederland en Dr. J. H. Medalie uit Israël (tot voor kort huisarts, thans sociaal geneeskundige). 's Middags kwamen een huisarts (Dr. H. W. Asworth) en de directeur van het Health Centre uit Manchester (Dr. R. F. L. Logan) aan het woord, gevolgd door een huisarts uit de Schotse Hooglanden (Dr. W. W. Fulton) en de internist John Ellis.**

Het Symposium werd geopend door de president of the College Dr. Annis Gillie en de directeur van de Wellcome Foundation.

Er waren circa 200 personen aanwezig, waaronder enkele Amerikaanse hoogleraren en vertegenwoordigers van the Ministry of Health.

Na een kort overzicht van de oriëntatieris van de drie buitenlandse sprekers*** kreeg Stampar het woord. Zij schetste in grote lijnen de medische situatie in haar land en de praktijkvoering, zoals die onder supervisie van Vuletic geschiedt. Joegoslavië heeft ongeveer 15000 artsen, waarvan 50 procent huisartsen; 98 procent van de bevolking heeft een health insurance en 5,14 procent van het nationale budget wordt aan de gezondheidszorg besteed (in Nederland ongeveer 4 procent). Tot voor kort werd de scholing tot huisarts, zoals overal elders, overgelaten aan de individuele arts. De opleiding aan de universiteit is daarvoor volkomen onvoldoende en inadequaat; daar zien wij multiple sclerose en Addison-patiënten maar geen neurosen, aldus Stampar. Het patiëntenmateriaal in het ziekenhuis en de polikliniek is sterk geselecteerd, terwijl de huisarts juist een ongeselecteerd morbiditeitspatroon ontmoet.

In 1960 heeft A. Vuletic daarin verandering gebracht door een opleiding tot Master in General Practice van drie jaar te organiseren. Deze nieuwe opleiding wordt gesteund door een wetwijziging, in 1960 aangenomen, teneinde de specialisatie in huisartsgeneeskunde statutair mogelijk te maken. De huisarts krijgt daarin weer een essentiële rol, want de „basic health protection“ van de bevolking is immers

gebaseerd op de kwaliteit van het werk van de huisarts. Bovendien moet een goede gezondheidszorg zijn gericht op een integratie van curatieve en preventieve geneeskunde. Dit wordt met de opleiding van Vuletic nagestreefd in „community based health centres“ waar twee of meer huisartsen samenwerken. Stampar, behorend tot de eerste groep Masters in General Practice, sprak met grote overtuiging over haar werk. Er is een nieuw soort huisarts ontstaan, die niet meer alleen curatief is ingesteld. Wij proberen voortdurend tot een integrale diagnose en behandeling te komen. Health education en early detection worden intensief toegepast. Sinds 1961 gebruiken wij voor iedere patiënt een eigen health card, die bewaard wordt in familiemapjes, waarin specialistische en ook de nodige sociaal-economische gegevens staan vermeld.

Onze opleiding heeft ook een betere relatie met de specialist tot stand gebracht. Ook het publiek stelt meer vertrouwen in ons dan vroeger en bovenal hebben wij zelf meer voldoening in ons werk. De Mastertitel wordt op dezelfde wijze gehonoreerd als het klinische specialisme, met een extra toelage voor visites aan huis. Het gehele statusverschil tussen huisarts en specialist is hierdoor aan het verdwijnen.

Na de opleiding van drie jaar is er een continue nascholing in groepen, namelijk in researchgroepen, maandelijke studiebijeenkomsten en halfjaarlijkse symposia. Bovendien kunnen wij door het instellen van stages van studenten in de undergraduate periode, medewerken aan de opleiding. Alleen de huisarts zelf kan onderwijs geven in de praktische toepassing van preventie, nabehandeling en continue zorg. Iedere student moet een scriptie maken over de huisartsgeneeskunde.

Samenvattend zei Stampar: de opleiding van de medische studenten is veranderd, de plattelands-huisarts en de „community based health centres“ blijken aan hun doel te beantwoorden, het inkomen en de status van de Master in General Practice en van de specialist zijn gelijkwaardig geworden, de huisarts blijft betrokken in de research.

Collega Huygen begon zijn toespraak met de constatering dat er, zoals hij in de afgelopen week had gezien, een grote overeenkomst bestaat tussen de Engelse en de Nederlandse huisartsgeneeskunde. Volgens hem waren de verschillen, zoals bijvoorbeeld de 25 procent particuliere patiënten in Nederland, alleen van ondergeschikte betekenis. Wij zien dezelfde soort patiënten met dezelfde problemen.

Maar er zijn wel enkele verschillen in onze ideeën over de huisartsgeneeskunde. Zo verwachten wij geen enkel heil van het Engelse streven om de huisarts wederom te introduceren in het ziekenhuis of door een soort tussenvorm tussen huisarts en ziekenhuisarts te creëren. Natuurlijk is de communicatie tussen beiden essentieel en moet er een vrije toegang voor de huisarts tot de diagnostische faciliteiten zijn.

Verder moet de huisarts zijn patiënt in het ziekenhuis geregeld bezoeken. Maar de huisarts opnieuw eigen bedden in het ziekenhuis geven, neen, daar geloven wij niet in, aldus Huygen. Laten wij ons concentreren op onze eigenlijke functie, namelijk op de home care.

Huygen vroeg zich in dit verband af of het accent, dat in Amerika wordt gelegd op de functie van het ziekenhuis in de community medical care, wel in het belang van de bevolking is. Ook al verkeert de huisartsgeneeskunde overal in de wereld in een periode van grote veranderingen, er was volgens hem toch geen reden tot pessimisme. Als wij de veranderingen in sociologisch verband bezien en een vergelijking maken met het gezin, dat nog steeds de basis van onze samenleving vormt, dan kunnen wij vaststellen dat, evenals bij het gezin dat een aantal perifere functies heeft

* Het verslag over de twaalfde jaarvergadering van het College of General Practitioners in Londen, november 1964, vindt men in het juli-nummer - (1965) huisarts en wetenschap 8, 300.

** De volledige tekst van voordrachten en discussies is inmiddels gepubliceerd als supplement no. 2, (1965) J. Coll. gen. Practit. 84.

*** Zie Huygen (1964) huisarts en wetenschap 7, 150.

verloren, waardoor de centrale functies ervan des te belangrijker zijn geworden, zo ook de huisartsgeneeskunde bepaalde perifere functies heeft of nog zal moeten loslaten.

De kernfuncties van de huisarts vatte hij samen met de Woudschoter definitie: de bewuste aanvaarding van de verantwoordelijkheid voor een continu, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de individuele patiënten en hun gezinnen, die zich aan ons toevertrouwen, hetgeen inhoudt een curatieve, revaliderende en preventieve taak. Het gaat hierbij inderdaad om art en science. Bij de art hoort een skill, die alleen ontwikkeld kan worden in de praktijk. In dit verband noemde Huygen het werk in de kleine studiegroepen en seminars in Nederland, de ruggegraat van ons Genootschap.

Naast veertig studiegroepen, die speciaal de psychologische problemen in de huisartsp praktijk bestuderen, is er ook een groot aantal dat zich concentreert op de somatisch-klinische vraagstukken en op de organisatorische problemen der praktijkvoering. De studiegroepen voor medische psychologie, waarin psychiater, psycholoog of sociaal werkster samenwerken met een groep huisartsen, blijken niet alleen een change of attitude van de deelnemers te bewerkstelligen, er ontstaat ook een nieuwe interesse in het dagelijkse werk en een grotere bereidheid om samen te werken met anderen. (verpleegsters, sociale werksters en geestelijken). Men wordt zich meer bewust van de arts-patiënt-relatie, van de betekenis van een goede interview-techniek en van de rol welke men speelt in de gemeenschap. Aan andere studiegroepen nemen klinische specialisten zoals huidarts, orthopedisch chirurg of internist deel. Ook daar bestaat een goede verstandhouding en verdwijnt de teacher-pupil-relationship.

De huisarts, aldus Huygen, moet zijn „clinically affective with inadequate clinical data”. Hij kan dat alleen bereiken door een „maximal use of intuition and a full use of logical thinking”. Een ervaring van de meeste huisartsen is dat dit aanvankelijk gepaard gaat met schuldgevoelens, omdat de universiteit hiervan niet goed op de hoogte is en ons opleidt tot het stellen van exacte diagnoses.

Wat betreft de wetenschappelijke kant van de huisartsgeneeskunde moeten wij erkennen dat er nog geen systematische kennis bestaat. Er is nog veel wetenschappelijk onderzoek nodig. Enkele principes moeten wij daarbij in het oog houden, zoals de betekenis van constitutie en erfelijkheid en de relatie tussen individu en omgeving. Diverse huisartsen hebben vanuit hun unieke observatiepost reeds belangrijke gegevens verzameld (de gezinsstudies van Kuensberg in Edinburgh en de publikaties van Van Es, Van Nieuwenhuizen en Beekman). Daarnaast kan ook gewezen worden op de morbiditeitsstudie, gepubliceerd door de College en de jaarsonderzoeken van het Nederlands Huisartsen Genootschap (N.H.G.) over 10.000 partussen, abortus en tonsillitis.

Is de gezinsarts een specialist? Zonder enige twijfel. Het verschil tussen klinisch specialist en huisarts moet wat dit betreft geheel verdwijnen. Een specifieke training voor elke arts is absoluut noodzakelijk en de huisarts zal evenals de specialist toegang moeten hebben tot de diagnostische mogelijkheden van het ziekenhuis. De specialisatie tot Master in General Practice in Zagreb is een goed voorbeeld hoe dat in bepaalde omstandigheden is te verwezenlijken. In Nederland bestaan co-assistentenschappen, onder andere in Nijmegen (thans vier weken, vanaf 1965 acht weken) en in Groningen, waarbij het accent ligt op het gezin in plaats van op de individuele patiënt.

Ten slotte releveerde Huygen enkele recente ontwikkelingen in ons land, te weten de instelling van de regeringscommissie, de oprichting van het Nederlands Huisartsen Instituut (N.H.I.) met haar drie doelstellingen: research, nascholing en ontwikkeling van een opleiding tot huisarts en de huisartsafdelingen in Groningen en Leiden. Er is veel geld nodig voor het verrichten van operational research en voor het geven van continue nascholing. Dat zal de regering mogelijk moeten maken door ruime subsidies.

Medalie koos een geheel andere aanpak van zijn voordracht. Hij schetste de geschiedenis van een zijner patiënten en

illustreerde daaraan het bestaan van vier „levels of practice.”

Het eerste level is dat van de symptoom-diagnose, in dit geval angina tonsillaris bij een vrouw van 36 jaar, een kwestie die vaak in drie minuten wordt afgehandeld. Het tweede level is dat van de „care-approach”, van de nauwkeurige diagnose angina tonsillaris met mitraal stenose, waarbij de patiënt niet alleen een benzathinepenicilline (Penidural-injectie krijgt, maar waar nader op de betekenis van een eenvoudige keelontsteking wordt ingegaan. Het is het level van een interessant geval, belangrijk genoeg voor een klinische demonstratie, omdat er een reuma in de anamnese is. Het derde level noemde hij de „whole person level” of de „whole person approach” (vergelijk Balint „whole person pathology”).

Dan wordt aan één en twee toegevoegd het begrijpen van de patiënt zoals de psychiater dit beoogt. Dat was hier van belang omdat de patiënte er depressief uitzag, zo ziek was dat zij haar huishouden met twee jonge kinderen niet kon doen, omdat de relatie met haar man erg slecht was en ten slotte omdat ze deze ziekte op religieuze gronden ervoer als een straf voor een vroeger gepleegde abortus. Het vierde level is dat van het gezin. Er was tien jaren geleden een abortus gepleegd en de relatie met de echtgenoot (die recentelijk was gaan drinken) was van dien aard dat hij meestal buitenshuis verbleef, omdat ze anders toch maar ruzie maakten. Een van de twee kinderen, oud twaalf jaar, had een flinke obesitas (uiting van emotionele verwaarlozing?), de andere was debiel.

Voordat patiënte bereid was om zich te laten opnemen in een ziekenhuis voor cardiologisch onderzoek en eventuele hartoperatie, moest het schuldgevoel worden besproken en verwerkt, want daarvoor weigerde patiënte erop in te gaan. Hetzelfde gold voor de relatie met de man en de verzorging van de kinderen.

Medalie bracht dit voorbeeld omdat alleen bij het bereiken van level vier blijvend effect van het medische handelen te verwachten is. Dit is dus de ideale toestand. Laten wij na deze constatering eerlijk zijn, aldus Medalie, en nagaan hoeveel van onze tijd wij besteden aan een en twee en hoeveel tijd aan drie en vier. Hoe kunnen wij onze praktijkvoering zo inrichten, dat wij meer dan tot dusver in staat zijn om drie en vier te bereiken. Wij moeten daarbij nuchter blijven en beseffen dat het dilemma kwantiteit of kwaliteit altijd zal blijven bestaan. Medalie kwam ten slotte tot de volgende conclusie:

Een afspraakspreekuur is *conditio sine qua non*.

Speciale spreekuren voor bepaalde patiëntengroepen zijn noodzakelijk, zoals voor: zuigelingen; diabetespatiënten; (pre) marital-guidance; groepsbesprekingen bijvoorbeeld wijkzuster met „common interest groups” (bejaarden of friendshipgroups). Het laatste bleek in Medalie's praktijk zeer succesvol als vorm van health education, maar het is natuurlijk sterk afhankelijk van de sociaal-culturele verhoudingen in een land of streek.

Een gemakkelijk toegankelijk en bruikbaar kaartstelsel, ook voor vragen van buitenaf; een kaartstelsel op gezinsbasis; een kaartstelsel van de gehele praktijk door de wijkzuster, met gegevens over vaccinatie, chronische zieken enzovoort.

Teamwork van arts, verpleegster en sociaal werkster is noodzakelijk.

Gunstig kan misschien ook werken de „groupconsultation” over moeilijke patiënten, zoals ontwikkeld door Balint en het consult aan huis van de patiënt of voor een groep huisartsen door een klinisch specialist, zoals gepropagandeerd wordt in Israël, onder andere door Prof. Dr. J. Groen. Dit alles „more quality” is alleen te verwezenlijken bij „less quantity” van ons werk.

Het betekent eveneens dat een huisarts niet meer elk moment van de dag en elke dag van de week beschikbaar kan zijn voor zijn patiënt. Zijn patiënten zullen er niet onder lijden wanneer hij gaat werken in groepsverband en wanneer hij de hulp inroept van een doktersassistente als „receptionist”.

Vrij gebruik van alle moderne diagnostische faciliteiten is natuurlijk ook een absolute voorwaarde. Het is belachelijk

dat ons in de praktijk nog dingen worden ontzegd die ons aan de universiteit met moeite zijn bijgebracht.

Er zal nog veel research moeten worden gedaan zowel „in general practice” als vooral ook „into general practice”. Voor de toekomstige huisarts moet het normaal zijn aan deze onderzoeken mede te werken.

Tot slot van zijn betoog maakte Medalie nog enkele opmerkingen over de opleiding tot huisarts en de nascholing. Hij sloot zich aan bij het uitstekende rapport van de World Health Organization (W.H.O.) no. 25 uit 1962 „The role of public health officer and general practitioner in mental health”. Het hoofdstuk „Training of the general practitioner” zou Medalie, wat nader uitgewerkt willen zien met: the art of interviewing and observation; opportunity for the student to work with a group of doctors; students should see a group in action and participate; introduction to research methods; introduction to educational methods, on individual and group basis; the study of family problems (sexual and other); a period of clerking or preceptorship in family practice; instruction in social medicine; two years of internship.

De selectie van de toekomstige huisarts en wellicht van elke medische student zou moeten plaats vinden met behulp van psychotechnische middelen. Wat betreft de nascholing stelde hij als noodzakelijke voorbereiding: twee jaar gerichte ziekenhuiservaring, gevolgd door een jaar als senior assistent in een huisartspraktijk. In dat jaar moet individueel research werk worden verricht, moet speciale studie worden gemaakt van ingewikkelde gezondheidsproblemen in het gezin en moet worden deelgenomen aan „family care conferences”, „marriage guidance conferences” en „family epidemiology”.

In de bespreking na deze drie voordrachten kwamen onder meer de volgende punten aan de orde:

Vragen aan Stampar: Hoe is de verhouding tussen spreekuurconsulten en visites in Joegoslavië? Antwoord: In de stad vijf op een, op het platteland tien op een. Vraag: Hoe worden de artsen over uw land verdeeld? Antwoord: Op vrijwillige basis via advertenties. Vraag: Hoe is de opleiding van de huisarts in E.H.B.O.? Antwoord: Veertien dagen assistentschap op een ongevalspraktijk. Vraag: Hoe wordt in de praktijk de integratie van preventieve en curatieve geneeskunde verwezenlijkt in de benadering van het gezin? Antwoord: Door intensieve samenwerking in teamverband met de sociale werkster en gezinsverpleegster (een per twee huisartsen), onder andere in twee-wekelijkse respectievelijk dagelijkse besprekingen waar speciaal de werk- en gezinsproblemen in de praktijk worden besproken; verder door aandacht te besteden aan de secundaire preventie. Dit is het systematisch onderzoek van „vulnerable groups” ter vroegrijdige opsporing van bijvoorbeeld diabetes, cervixcarcinoom en glaucoom. Vraag: Hoe is het mogelijk al deze taken te vervullen met de beschikbare tijd? Antwoord: Dat is inderdaad moeilijk. Er moet hard worden gewerkt, vooral in de health centres op het platteland. Er werken daar echter twee of meer artsen samen, bij toerbeurt houdt de een 6 tot 7 uur spreekuur en doet de ander visites.

In een persoonlijk gesprek wilde Stampar pas na enig aandringen mededelen dat haar praktijk 5000 patiënten omvatte.

Zij was van mening dat dit eigenlijk nog veel te veel was om de integrale geneeskunde werkelijk ten volle te verwezenlijken.

Aan Huygen werd een vraag gesteld over ons controlestelsel volgens de ziektewet, een stelsel dat in Engeland niet bestaat, en over het aantal studenten dat in ons land huisarts wil worden (circa 25 procent). Twee sprekers complimenteerden Nederland wegens haar goede verloskundige verzorging. Alleen in de Oxford-regio schijnen vergelijkbare resultaten te zijn bereikt, dank zij de goede samenwerking tussen huisartsen, vroedvrouwen en verloskundigen.

Scott vroeg Huygen iets te vertellen over het rollenspel dat mejuffrouw Goubitz gebruikt in haar trainingsweekends voor huisartsen. In aansluiting hierop wees hij nog eens op de „change of personality”, welke de huisarts op de een of

andere manier moet ondergaan om een goede interview- en gesprekstechniek te verwerven.

Medalie deelde nog mede, dat er in zijn land een grote artsendichtheid is. Eén op 600, met echter een gemiddelde leeftijd boven de 56 jaar. De gemiddelde praktijkgrootte is 2000 patiënten op het platteland. Van de bevolking heeft 90 procent een soort ziekenfondsverzekering, 5,6 procent valt onder een social welfare care en 4,4 procent zijn particuliere patiënten. Hij meende dat voor het goed functioneren van een golden age group (bejaarden-sociëteit) een ervaren hulpkracht nodig is, evenals voor de „friendship-groups”, die meestal bij de patiënten aan huis samenkomen.

Tegen het eind van de bespreking van de ochtendzitting werden door de sprekers en enkele toehoorders nog de volgende opmerkingen gemaakt. John Horder uit Londen, die juist terug was van een W.H.O.-studiereis naar Joegoslavië en Israël*, merkte op dat in de grote steden in Joegoslavië het werk van de huisarts gesplitst wordt tussen kinderarts, gynaecoloog en internist. Het zal moeilijk zijn om die ontwikkeling te veranderen, want er hangt zoveel af van de persoonlijke interesse van de artsen. Toch kon hij de woorden van Stampar uit eigen aanschouwing bevestigen: de opleiding tot Master in General Practice heeft in Joegoslavië in vier jaren tijds een duidelijke verbetering van de status van de huisarts gebracht, zowel bij de andere specialisten als bij de bevolking. Wellicht zal de werkwijze der health centres op het platteland ook doordringen in de steden.

Horder memoreerde nog even de theoretische conceptie van Prof. Mc Keown uit Birmingham, die het werkkterrein van de artsen en ziekenhuizen in de toekomst wil indelen naar drie leeftijdsgroepen: kinderen, volwassenen en ouden van dagen. Dit zou de dood van de huisarts betekenen. Nederland, Denemarken en Engeland zijn momenteel vrijwel de enige landen in West-Europa waar de huisarts nog een werkelijke centrale positie in de gezondheidszorg heeft. Hij riep de College op om in navolging van Vuletic initiatieven te nemen om tot een soortgelijke specialisatie tot huisarts te komen.

Dr. M. B. Lennard, huisarts uit Bristol, die in 1962 een half jaar met een nascholingsstudiebeurs van de Nuffield Foundation, in Canada en Amerika verbleef**, sloot zich bij deze conclusie van Horder aan. De College moet een duidelijke „academic career structure” voor de toekomstige huisarts opstellen, de regering is de instantie die dit financieel moet verwezenlijken. Zij, de regering, is daarmee al op de goede weg geweest door het sinds 1948 betalen van een jaar trainee-assistantship bij huisartsen. Dit moet echter veel grondiger worden opgezet. In dit verband wees hij op het succesvolle experiment in Zuid-Engeland waar in 1962 in samenwerking tussen huisartsen en enkele perifere ziekenhuizen een „training for general practice” werd georganiseerd met steun van de British Postgraduate Medical Federation en de Nuffield Foundation.

Gillie werd als voorzitter op dit moment van de vergadering geprest een reactie van de aanwezige (huis)artsen-ambtenaren van de Ministry of Health te vragen. Hoewel deze uiteraard geen toezeggingen konden doen, bleek uit hun antwoord dat men in regeringskringen toch wel voor deze ideeën openstond.

Ook Dr. Ph. Hopkins uit Londen brak een lans voor de huisarts nieuwe stijl, waarbij deze aandacht moet schenken niet alleen de „whole person pathology” maar ook aan „whole family” en „community pathology”. Wij, zoals wij hier zitten, zijn daar wel van overtuigd, aldus Hopkins, maar om deze fraaie termen tot werkelijkheid te maken moet ook het publiek en de regering hiervan worden overtuigd. Een huisarts uit Manchester wees erop dat dit ook voor universiteiten geldt. Dr. A. Lask drong aan op meer gelegenheid tot langdurige experimenten volgens verschillende principes met voortdurende evaluatie van de resultaten. Huygen herhaalde dat de mogelijkheden van de huisarts in onze tijd groot zijn, maar dat inderdaad veel zal afhangen van de houding der regeringen. Medalie vatte zijn pleidooi nog

* (1965) *Lancet II*, 123.

** (1963) *Lancet I*, 40.

eens samen met de woorden: „Please strengthen the family doctor team.” De huisarts en zijn vrouw vormen inderdaad de basis van het Health System. In Israël kennen wij zowel de mogelijkheid van rechtstreeks contact van patiënten met de specialist als ook via een eigen huisarts. Van het eerste systeem komen wij langzamerhand terug. De College is de universiteit reeds in haar denken ver vooruit. Het zou van belang kunnen zijn dat uw College een eerste klas public relation officer aanstelde om deze denkbeelden en ervaringen meer bekendheid te geven. Met deze woorden van Medalie kwam een einde aan deze interessante ochtendzitting.

Zijn laatste woorden werden onderstreept door het interview van de drie sprekers door de British Broadcasting Company dat tijdens de lunch plaats vond.

De zondagmiddagzitting werd geleid door Dr. Henderson, voorzitter van de College in 1964. Hij opende met de opmerking dat de problemen in Engeland die nu aan de orde zouden komen, eigenlijk precies dezelfde zijn als in de genoemde andere landen.

Ashworth, de eerste spreker, begon zijn voordracht over „the art and science of general practice” met het noemen van John Hunt's definitie van de huisarts: „A doctor in direct touch with patients, who accepts continuing responsibility for providing or arranging their general medical care, which includes the prevention and treatment of any illness or injury affecting the mind or any part of the body”. De „science” heeft betrekking op het observeren en verzamelen van gegevens, de „art” op het therapeutisch handelen, met of zonder wetenschappelijke basis. Bij iedere patiënt zijn somatische, sociale en emotionele aspecten te onderscheiden. Volgens hem komt de „science” vooral op het somatische niveau aan de orde, op het sociale en het emotionele vlak gaat het vooral om de „art”.

Vervolgens deelde hij zijn ervaring mede met de pre-symptomatische screening van zijn praktijk op diabetes (potentieel zijn er acht diabetici op 1000 volwassenen), anemie en cervix carcinoom (potentieel drie op 1000). Het bleek dat slechts 60 procent van de volwassenen tussen 45 en 55 jaar uit zijn praktijk een periodiek geneeskundig onderzoek accepteerden, evenals slechts 20 procent van de vrouwen tussen 40 en 50 jaar, die werden opgeroepen voor vaginaal-uitstrijk. En wat moeten wij dan nog aan met de bij 30-50 procent van onze spreekuurpatiënten voorkomende psychosociale problemen?

Op welke wijze moeten wij onze technische en diagnostische mogelijkheden efficiënt gebruiken? Dat is dan zeker „the art of the art”, aldus Ashworth. Wij moeten ons realiseren dat de geneeskunst steeds verandert door de moderne mogelijkheden van onderzoek. Maar het stellen van een diagnose is slechts een begin. Als voornaamste taak van de huisarts zag hij het geruststellen van de mensen die zich bezorgd maken over hun lichamelijke gezondheid. Verder moet de arts oog hebben voor het feit dat de patiënt een werkend lid van de maatschappij is. De huisarts heeft niet geleerd hoe hij de werkelijke behoeften van zijn mensen moet vaststellen.

Als tweede spreker kreeg Logan, de bekende sociaal-geneeskundige, directeur van het Health Centre in Manchester, het woord. Hij stelde twee feiten voorop: ten eerste dat de problemen van de huisartsgeneeskunde internationaal zijn, ten tweede dat de scheiding van curatieve en preventieve geneeskunde voorbij is, want steeds meer ziekten blijken chronische ziekten te zijn, waarvan wij enkele reeds in hun pre-symptomatische periode kunnen opsporen.

Hij wees verder op de „operational problems” die thans moeten worden onderzocht om een beter inzicht in het werk van de huisarts te krijgen. Dat zal broodnodig zijn, want door de geboortegolf en het verouderen van de bevolking zal de reeds druk bezette huisarts van thans het in de komende tien jaar nog drukker krijgen. Wat is de voorraad aan medische mankracht voor de komende jaren? Waarom is de verhouding visite tot spreekuur in de Schotse Hooglanden 1 op 1; in de Schotse Laaglanden 1 op 2 tot 3; in Zuid-Engeland 1 op 6; in Holland, Denemarken of Zweden 1 op 20 en in Amerika bijna 0 op 100? Waarom varieert het gebruik van de diagnostische faciliteiten in de ziekenhuislaboratoria

door de huisartsen zo sterk? Waarom lopen de ziekmeldingen zo enorm op in de laatste tien jaar?

Ook op het gebied van de science staan wij voor belangrijke vragen: Weten wij al wat diabetes eigenlijk is, wanneer deze ziekte begint en of onze therapie behalve op de bloedsuikerwaarden verder wel enig effect heeft. Wat is er aan de hand met de epidemie van maagzweren wier aantal tussen de laatste wereldoorlogen enorm toenam en nu sterk afneemt in frequentie? Hoe staat het met de epidemiologie van coronairandoeningen en longkanker? Wat gebeurt er eigenlijk op het gebied van de geestelijke volksgezondheid? Dit zijn allemaal actuele problemen, waarmee de huisarts dagelijks in contact komt.

Dan is er nog het onopgeloste probleem van de medische zorg voor de ouden van dagen. Is dit een nieuwe taak voor de huisarts of voor een geriater? We weten het niet.

Ook over het onderwijs maakte Logan een kritische opmerking; de uitspraak van Pickering geldt nog steeds: De helft van de feiten, welke wij nu aan de medische faculteit onderwijzen, zijn over tien jaren achterhaald. De moeilijkheid is echter dat wij niet weten welke helft. Het enige wat wij hierna kunnen zeggen is: onderwijs en research moeten hand in hand gaan. Wij moeten ons meer realiseren dat „teaching is a learning process”. Wij moeten de student leren denken. Wij weten zo veel over de huisartsgeneeskunde, maar wij begrijpen er nog zo weinig van. Met deze provocerende opmerkingen besloot hij zijn korte voordracht.

De huisarts Fulton was de enige met een slechte spreektechniek, hij was daarom moeilijk te volgen. Hij was ook de enige die zijn voordracht in gestencilde vorm aan de belangstellenden uitdeelde. Zijn bijdrage was in vele opzichten een herhaling van wat anderen reeds hadden gezegd. Ik volsta hier met het volgende citaat: „The general practitioner is the patients main insurance against the effects of overspecialisation. He must accept a greater degree of medical responsibility for the continuing care of his patients and be given the opportunity to exercise it”. (Sir George Godber, directeur-generaal van de Ministry of Health). Volgens een recente morbiditeitsstudie naar het voorkomen van neurose door de West of Scotland Faculty of the College of General Practitioners bleek tot veler verrassing dit percentage uiteen te lopen van 18 tot 48% van alle ziekten, waargenomen in een bepaalde periode. De leerzame conclusie, die uiteraard ook voor andere ziekten geldt, was dat men ziet waarin men getraind is. „Family doctors must be able to diagnose anger as well as angina, envy as well as aczema, fear as well as fever”.

Ellis besloot de rij van sprekers. In 1961 hield hij een voordracht over hetzelfde onderwerp voor het symposium van de College, getiteld: „The training of the doctor for his work in the Community”. Zijn voordracht van 1964 was eigenlijk een herhaling en uitbreiding van die in 1961. Als staf lid van een universitair ziekenhuis in Londen, secretaris van de Association for the Study of Medical Education, en deelnemer aan de W.H.O.-conferentie over de opleiding van de huisarts in 1961, mogen aan zijn woorden wel enig gezag worden toegekend.

Met een opmerking vooraf maakte hij bezwaar tegen de vaak en ook tijdens dit symposium verkondigde mening, dat zuiver wetenschappelijke gegevens „koud en technisch” zijn. Het wetenschappelijke denken veronderstelt een voortdurend wikken en wegen met een volkomen eerlijke en open geest.

Vervolgens schetste hij de medische situatie van onze tijd door te wijzen op de functionele en feitelijke veranderingen die zijn opgetreden in de laatste twintig tot dertig jaar. Het gaat om veranderingen zowel in de omvang als in de aard van de medische problemen en wij leven thans in een periode, waarin sprake is van een voortdurend veranderd patroon. Wat gisteren tot de chirurgie werd gerekend, behoort morgen tot de interne geneeskunde. Problemen van de gynaecologie gaan over naar de psychiatrie, een behandeling die vroeger alleen in het ziekenhuis mogelijk was vindt nu daarbuiten plaats, omgekeerd verhuizen vele problemen, die thuis werden opgelost, naar het ziekenhuis.

Dan is er ook het delegeren van werkzaamheden aan medisch hulppersoneel. De vraag dringt zich op „how best to

employ and re-employ with the greatest freedom for movement our medical manpower". Wij kunnen aan de universiteit ook niet meer eerst een bepaalde structuur voor de gezondheidszorg opstellen en op grond daarvan het onderwijs geven. Wij moeten thans opleiden met het oog op een onbekende toekomst.

De huisarts is momenteel het meest blootgesteld aan al deze veranderingen. Nooit zal hij meer de man met de eenvoudigste opleiding worden. Wij moeten de student bijbrengen dat het gewoon is om te blijven studeren, wij moeten hem opleiden tot een wetenschappelijke wijze van denken. Het gaat niet alleen om het bijbrengen van kennis maar vooral ook om het aanleren van een open kritisch geestelijke attitude. Het actief blijven deelnemen aan wetenschappelijke denken is daarbij essentieel.

Vervolgens stelde Ellis dat er voor de huisarts een speciale opleiding moet komen. De huisarts is de meest gedifferentieerde arts van ons allen geworden. Toch ontbreekt nog zijn speciale opleiding. Het afwezig zijn ervan dwingt de universiteit zelfs nog steeds een soort algemeen medische opleiding te geven. In 1961 illustreerde hij dit met het volgende beeld: het is alsof de medische studenten deelnemen aan een diner met twee gangen. Niemand weet echter tevoren wie er het nabroodje zal nuttigen. Daarom propt iedereen zoveel mogelijk naar binnen tijdens de eerste ronde. Dit wekt indigestieproblemen op die jaren duren.

Om een speciale opleiding voor de toekomstige huisarts mogelijk te maken moet deze op nationale en regionale basis worden georganiseerd. De verantwoordelijkheid hiervoor moet echter niet bij de universiteit liggen, evenmin als dat voor de andere specialismen het geval is. Op basis van 500 nieuwe huisartsen per jaar in Engeland en Wales had hij uitgerekend hoe een dergelijke opleiding te verwezenlijken zou zijn. Deze opleiding van twee, drie of vier jaar, zou gedeeltelijk cursorisch en gedeeltelijk praktisch moeten zijn, met inschakeling van perifere ziekenhuizen en huisartsen in het betreffende gebied.

Samenvattend herhaalde Ellis nog eens: wij moeten de geneeskundige problemen kwantitatief benaderen. Er moet een speciale opleiding tot huisarts komen gedurende welke periode de huisarts in opleiding hetzelfde inkomen moet hebben als een senior house officer.

De hiermede afgesloten middagzitting gaf, mede door tijdsgebrek, minder aanleiding tot discussie dan 's morgens het geval was.

Aan Ashworth werd de vraag gesteld: hoe kan men gezinsgeneeskunde combineren met nevenfuncties en werk in het ziekenhuis? Zijn antwoord was: alleen door te werken in health centre of groepspraktijk dus samen met andere huisartsen.

Daardoor verandert de structuur van het werk: onder andere door vaste werkuren en bepaalde afspraakspreekuren.

Zo is het voor Ashworth mogelijk om enkele uren per week in een fabriek bedrijfsgeneeskundig bezig te zijn.

Dr. T. Bach, een van de huisartsen, werkzaam in de New Town Harlow — (Huygen) (1964), huisarts en wetenschap, 7, 150 — bevestigde dit spontaan. Zijn praktijk omvat 3000 patiënten.

Hij is zeer tevreden over het systeem van health centres in Harlow. Zijn enige klacht is het overbezet zijn. Er is daardoor onder andere een voortdurende achterstand in het administratieve werk.

Een andere spreker merkte op dat het zo moeilijk is om tijd te vinden voor nascholingscursussen.

Er werden recente praktijkanalytische gegevens vermeld.

Deze werden aangevochten omdat cijfers over de kwantiteit van ons werk weinig zeggen zonder de kwaliteit tevens in ogenschouw te nemen: Hoe gebruiken wij het eerste contact met de patiënt en in hoeverre bereiken wij level drie en vier genoemd in de ochtendzitting? Kennelijk was hier een volging van Balint aan het woord, namelijk Dr. A. Lask.

Er werd een vraag gesteld over het beperken van het aantal visites, bijvoorbeeld voor tonsillitis en mazelen onder normale omstandigheden eenmaal inplaats van tweemaal, per ziektegeval.

Ten slotte voerde de bespreking terug naar de opleiding aan de universiteit. Er werd op gewezen dat reeds in 1957 de General Medical Council een aantal veranderingen heeft voorgesteld in het medische studieplan. Deze adviezen zijn echter nog maar door enkele universiteiten overgenomen. De molens malen blijkbaar langzaam. Dit verslag zou daarom kunnen eindigen met de herhaling van de laatste opmerking van Ellis op het symposium in 1961, namelijk, dat geen instantie dan de College zelf beter in staat is om een postgraduate opleiding tot huisarts in het leven te roepen.

De voorzitter heeft niet gepoogd een samenvatting of conclusie te geven. Zij volstond met het bedanken van de sprekers en voor de aanwezigheid van de buitenlandse gasten.

Wanneer schrijver dezes zich nog een slotopmerking mag veroorloven, dan is het de conclusie dat dit symposium inderdaad heeft aangetoond dat de problemen van de huisarts niet alleen in Engeland en Nederland zeer veel overeenkomst vertonen (Huygen), maar dat zij inderdaad internationaal zijn (Logan).

Het besluit van onze zustervereniging in Engeland om de reeds strenge eisen voor het lidmaatschap nog te verzwaren, de vermanende woorden van Scott gericht tot de gehele medische professie en van het symposium gericht tot de regeringen, universiteiten en onze eigen Colleges, dit alles geeft veel stof tot overdenking en een stimulans voor ons Genootschap om op de ingeslagen weg verder te gaan.

R. C. Veldhuijzen van Zanten.

Verslag van de "Sessions d'études d'éducation sanitaire" gehouden in Frankrijk van 8 maart tot 15 april 1965

In de loop der jaren werd door de World Health Organization (W.H.O.) vrij veel aandacht aan de „health education”, de „éducation sanitaire”, aan de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (G.V.O.) besteed. In 1954, 1958 en 1960 verschenen technische rapporten over dit onderwerp. In 1961 werd samen met de UNESCO in Parijs een Europees symposium over de opleiding in de gezondheidsvoorlichting gehouden. In 1963 bezon een werkgroep zich over de vorming van artsen op het gebied van de G.V.O. In deze werkgroep, die te Kopenhagen vergaderde, had onder andere onze landgenoot Koekebakker zitting. Men kwam daar tot de conclusie, dat in alle Europese landen cursussen op het gebied van de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding moeten worden gegeven.

Deze zouden vooral moeten worden gevolgd door die artsen, die sleutelposities innemen en die door de aard

van hun werk in de gelegenheid zouden zijn de G.V.O. te bevorderen en in het overige werk te integreren. In een dergelijke opleiding zouden onder meer de volgende studieobjecten aan de orde moeten komen: de principes van de G.V.O., de problemen van het leerproces, de culturele en collectieve houding tegenover de gezondheid, de motivatie, de mogelijkheden en grenzen van de G.V.O. en de communicatietechnieken. Het accent zou dus niet zozeer op de uitvoering van de G.V.O. moeten liggen, maar meer op de „filosofie” er van. Men zag in, dat het van belang was een aantal mensen, dat zich tot nu toe niet uitgesproken met de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding bezighield, de betekenis en het belang ervan bij te brengen. Deze zouden dan in de toekomst ten aanzien van dit onderwerp als katalysator dienst kunnen doen.

Over de methoden, die op een dergelijke cursus zouden