

huisarts en wetenschap



MAANDBLAD

VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

Huisarts en Volksgezondheidsnota 1966

DOOR DR. J. C. VAN ES EN DR. F. J. A. HUYGEN

Sinds enige tijd bestaat bij ons de behoefte enkele opvattingen onder woorden te brengen met betrekking tot het functioneren van de huisarts. Het verschijnen van de Volksgezondheidsnota 1966* geeft aanleiding aan dit voornemen nu gevolg te geven. De Volksgezondheidsnota is immers voor dit doel zeer geschikt, omdat er een aantal opvattingen in tot uiting komt, dat voortreffelijk aan onze visie kan worden getoetst. Reeds de omvang van de nota maakt het niet mogelijk meer dan enkele aspecten naar voren te halen. De volgende punten hebben ons in het bijzonder getroffen omdat deze duidelijke consequenties hebben ten aanzien van de taak en de plaats van de huisarts in de gezondheidszorg.

Uitgangspunt van de nota is, dat de overheid zodanige voorwaarden dient te scheppen dat iedereen deel kan hebben aan een zo adequaat mogelijke gezondheidszorg. Consequenties hiervan zijn onder andere uitbreiding van het ziekenfondspakket (bij kraamzorg), de gelijkstelling van geestelijke en lichamelijke ziekten, die onder meer tot uitdrukking komt in de arbeidsongeschiktheidswet. Een ander gevolg is dat veel aandacht dient te worden gegeven aan de revalidatie. De volksverzekering tegen zware geneeskundige risico's vormt in dit geheel een waardig sluitstuk. De financiële consequenties van genoemde maatregelen zijn echter zo groot, dat uit dien hoofde wordt gezocht naar een mogelijkheid zogenaamde lichte risico's uit

het verzekeringspakket te verwijderen. Dit zou ook van belang kunnen zijn voor een goede gezondheidszorgbeleving door de in een welvaartsstaat levende burgers.

Direct met het voorgaande hangt samen, dat behalve aan de revalidatie ook veel aandacht zal moeten worden gegeven aan preventie en aan gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Uitdrukkelijk wordt gesteld dat de curatieve en preventieve gezondheidszorg niet langer van elkaar zijn te scheiden.

Eveneens hangt met het bovenstaande samen dat geconstateerd wordt, dat op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg een relatieve achterstand bestaat en dat het noodzakelijk is, dat deze zo spoedig mogelijk het niveau van de lichamelijke gezondheidszorg bereikt.

Vervolgens wordt veel aandacht besteed aan verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Een essentiële voorwaarde om hiertoe te geraken is het geven van een goede opleiding aan de werkers op dit terrein, waarbij uiteraard wordt gesteld dat deze goed dient te zijn aangepast aan de eisen welke aan de beroepskrachten in de praktijk worden gesteld. Bovendien is men van mening, dat de diverse opleidingen goed bij elkaar moeten aansluiten, zodat verandering desgewenst betrekkelijk gemakkelijk kan plaatsvinden. Voorts wordt gewezen op het belang van het opdoen van ervaring in het beroepsleven zelf om voldoende te worden geschoold. Ten slotte wordt de nadruk gelegd op de noodzaak van een verdere opleiding tijdens het beroepsleven.

Veel aandacht wordt vervolgens besteed aan de betekenis van het teamwork voor het ver-

* Volksgezondheidsnota 1966: grote uitgave 344 bladzijden f 13,50; samenvatting 126 bladzijden f 3,60. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage.

hogen van de kwaliteit van het werk. Het probleem van de onderlinge communicatie wordt daarbij onder ogen gezien. Ook gaat men in op de betekenis van integratie en onderling op elkaar afgestemd zijn van de voorzieningen.

Eén van de centrale gedachten in het rapport is, dat als pendant van de ziekenhuisgeneeskunde de wijkgezondheidszorg moet worden ontwikkeld. In de wijk is een horizontale communicatie met beroeps- en teamgenoten van grote betekenis voor het welslagen; een verticale communicatie met werkers in andere „echelons” is eveneens beslist noodzakelijk om een goede zorg te kunnen bieden. Uitgesproken wordt de opvatting dat in de wijkgezondheidszorg, waarin huisartsen, kruisorganisaties, organisaties op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg en vroedvrouwen in de zorg rond het leefmilieu samenwerken, de huisarts de centrale figuur dient te zijn.

Ten slotte wordt gewag gemaakt van de betekenis van de kwantiteit van de beroepsbeoefenaren, met inbegrip van de huisartsen. Aan de hand van prognoses wordt gesteld, dat de behoefte aan artsen in twintig jaar tijd zal stijgen van 1,11 per duizend inwoners tot 1,40. Met de huidige ontwikkeling zal slechts een percentage van 1,28 per duizend kunnen worden bereikt.

* * *

Alvorens op een aantal aspecten van bovengenoemde punten in te gaan willen wij onze grote waardering uitspreken voor het feit, dat in deze nota een visie wordt gegeven op een mogelijke toekomstige ontwikkeling, en dat daarbij de huisarts een centrale plaats wordt toegedacht. Dit is in tegenstelling tot zoveel plannen — door diverse organisaties ontworpen — vooral op het gebied van de primaire, secundaire en tertiaire preventie, waarin met het bestaan van de huisarts vrijwel geen rekening werd gehouden. Ook stemt het tot voldoening dat het Nederlands Huisartsen-Instituut op vele plaatsen wordt vermeld. Begrijpelijkwijls worden in de nota de taak en de positie van de huisarts en de problematiek hieromtrent nergens samenvattend behandeld. Wanneer wij nu trachten de gehele nota in dit opzicht te overzien, dan komt daaruit naar onze mening toch wel een vrij duidelijk beeld naar voren. Wij zouden dit als volgt kunnen omschrijven:

De huisarts zal in de toekomst — om in het beleid ten aanzien van de gehele gezondheidszorg te passen — een integrale geneeskunde moeten beoefenen. Dat wil zeggen dat hij niet alleen curatief werkzaam zal moeten zijn, maar dat hij ook belangrijke preventieve en revaliderende taken heeft. Dit betekent ook dat hij niet alleen aandacht moet besteden aan de lichamelijke, maar ook aan de geestelijke gezondheid. Op beide gebieden heeft hij een belangrijke preventieve taak. Het zal van hem gevraagd kunnen worden stornissen vroeg te

herkennen, respectievelijk op te sporen en voor de behandeling hiervan adequate maatregelen te nemen. Om de kwaliteit van de door hem verleende zorg op te voeren zal hij nauw moeten samenwerken met wijkverpleging, zuigelingen- en kleuterzorg en andere vormen van gezondheidsbehartiging door de kruisorganisaties. Hij zal ook nauw met de vroedvrouw moeten samenwerken. In de Gezondheidsnota wordt in deze zelfs van teamverband gesproken. De huisarts wordt een belangrijke taak toegedacht bij de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. De kwaliteit van zijn werk zal ook kunnen worden opgevoerd door onderlinge samenwerking in combinatie- of groepspraktijken. Ook het gezamenlijk in dienst nemen van hulpkrachten of het aanstellen van medewerkers zal hiertoe kunnen bijdragen. Zijn communicatie met de andere werkers op het terrein van de gezondheidszorg zal zeer intensief moeten zijn. In het bijzonder zal hij ten aanzien van het gezin moeten samenwerken met wijkverpleegsters en maatschappelijke werkers.

Deze horizontale verbindingen moeten volgens de visie van de Gezondheidsnota vooral tot ontwikkeling komen binnen het raam van een wijkgezondheidszorg. Duidelijk wordt uitgesproken dat hierbij de essentie van het vrije beroep van huisarts niet zal worden aangetast. Ook de verticale bindingen zijn uiterst belangrijk; niet alleen met de klinische specialisten en de ziekenhuizen, waarvan wordt gesteld dat een accentverschuiving naar de poliklinische behandeling zal moeten plaatsvinden, maar ook met de gespecialiseerde teams die werkzaam zijn op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg, zoals de M.O.B.'s, de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden en andere. Op het gebied van de revalidatie zal een goede communicatie moeten bestaan met de teams, welke zich hiermede bezighouden. Ook zal systematisch met schoolartsen moeten worden samengewerkt. Ten slotte zal een bijdrage moeten worden geleverd op wetenschappelijk gebied door epidemiologisch onderzoek en morbiditeitsstudies. Met het oog op het onderwijs en het te vormen beleid bestaat een grote behoefte aan gegevens op deze gebieden.

* * *

Bovenstaand beeld van de huisarts, dat uit de Gezondheidsnota 1966 naar voren treedt, komt zeer goed overeen met de opvattingen, welke in N.H.G.-kringen leven ten aanzien van de toekomstige ideale functie van de huisarts. Als men een en ander vergelijkt met de omschrijvingen, die in de conferentie van Woudschoten zijn opgesteld, is er zelfs een treffende overeenkomst. Wij achten dit zeer verheugend. Als wij echter de huidige situatie en een aantal tendensen in ogenschouw nemen, dan is het zonder meer duidelijk dat daarin enige factoren aanwezig zijn welke een ontwikkeling in de richting van het in de Volksgezondheidsnota geschetste beeld ernstig kunnen belemmeren, zo niet

onmogelijk maken. Onderstaand laten wij er enkele volgen, welke naar onze mening zeer belangrijk zijn, maar waarbij wij ons in het kader van dit artikel uiteraard beperken tot die factoren, welke het functioneren van de huisarts betreffen.

1 De huisartsendichtheid was op 1 januari 1963: 0,385 per 1000 inwoners. Volgens het rapport Artsenbehoefte en Artsenvoorziening 1963-1982 van de Academische Raad, waaraan in de Gezondheidsnota verschillende malen wordt gerefereerd, zal deze huisartsendichtheid tot 0,450 moeten stijgen. Bij analyse blijkt echter dat dit cijfer is berekend op een wijze, waarbij geen rekening werd gehouden met eventuele wijzigingen in de taak en werkwijze van de huisarts. Het zal een ieder echter duidelijk zijn dat een kwaliteitsverbetering niet is te verkrijgen zonder dat de huisarts meer tijd per patiënt ter beschikking zal hebben. Als bovendien de huisarts een integrale zorg wil gaan verlenen, waarin curatieve en preventieve geneeskunde een plaats krijgen, waarin aan vroege diagnostiek en revalidatie aandacht wordt besteed, waarin naast de lichamelijke gezondheidszorg aan de geestelijke gezondheidszorg een evenredige plaats wordt ingeruimd, waarbij in teamverband met anderen zal worden samengewerkt, dan moge zonder meer duidelijk zijn dat de huisartspraktijken aanzienlijk in omvang moeten worden beperkt. Het komt ons voor dat genoemde factoren, naast de in het rapport van de Academische Raad reeds vermelde, onder andere ook in aanmerking moeten worden genomen bij het bepalen van de optimale praktijk-grootte.

2 Een verlaging van de gemiddelde praktijk-grootte is echter alleen te verwezenlijken als het aantal huisartsen aanzienlijk toeneemt. Er valt te constateren dat in de laatste 50 jaar de huisartsendichtheid in Nederland vrijwel constant is gebleven. Alleen is de laatste jaren een stilstand en in één jaar zelfs een absolute lichte achteruitgang te constateren. Deze is ten dele toe te schrijven aan het algemene artsentekort, maar ook zijn er duidelijke tekenen dat de belangstelling voor de huisartspraktijk onder de pas afgestudeerde artsen daalt. Als men van mening is dat de huisarts in de gezondheidszorg een essentiële functie vervult, dan zullen actieve maatregelen nodig zijn om de huisartspraktijk aantrekkelijker te maken. Deze maatregelen zullen ten dele op materieel terrein liggen, zoals bijvoorbeeld het toekennen van een adequaat honorarium en het invoeren van een oudedagsvoorziening voor artsen, maar dit is stellig onvoldoende. Ook veranderingen in de praktijkvoering zullen moeten worden gestimuleerd. Hierop zullen wij in punt 4 nader ingaan.

3 In verband met het tekort aan huisartsen vervult ons ook met grote zorg het plan de toeloop van medische studenten naar de universiteiten te beperken door het instellen van een numerus fixus

gedurende tenminste de eerstkomende vijf jaar. Wij zijn diep doordrongen van de grote moeilijkheden, veroorzaakt door het grote aantal studenten, waarmee de medische faculteiten worstelen en van hun zorg om de kwaliteit van de gegeven opleiding te handhaven. Dit neemt echter niet weg dat wij van mening zijn, dat op zeer korte termijn het aantal opleidingsmogelijkheden zal moeten worden uitgebreid. Als dit niet zal geschieden, zal het bestaande algemene artsentekort blijven voortbestaan. Het is zeer goed denkbaar dat dit tekort in de toekomst in hoofdzaak op de huisartsenstand zal drukken. In dit verband is ook nog een ander verschijnsel van grote betekenis. Het blijkt dat er steeds minder animo onder aanstaande huisartsen bestaat zich in de grote steden te vestigen. Ook daalt de animo nieuwe praktijken te stichten. Dit betekent dat in het steeds meer verstedelijkende Nederland in de steden het eerst het tekort aan huisartsen voelbaar zal zijn. Bestaat er eenmaal een tekort, dan is de kans groot dat spoedig een „point of no return” zal worden bereikt. De nog aanwezige huisartsen zullen steeds zwaarder worden belast door het toenemende tekort, daardoor zal hun animo en vermogen om de praktijk voort te zetten steeds kleiner worden enzovoort, enzovoort. Het ontstaan van een dodelijke „vrille” is verre van denkbeeldig.

4 Direct hiermede hangt samen, dat de vestiging van huisartsen door gemeentelijke- en rijksoverheid moet worden bevorderd of gesteund. Ook zal de vorming van groepspraktijken — een vorm van praktizieren die in snel tempo populair schijnt te worden — moeten worden bevorderd. Bovendien zal het samenwerken met hulpkrachten dienen te worden gestimuleerd.

5 De nieuwe huisartsen zullen grondig op hun taak en functie moeten worden voorbereid. In de nota wordt duidelijk gesteld dat de opleiding als de voornaamste bouwsteen moet worden beschouwd voor het beleid op lange termijn ten aanzien van de kwaliteit. Wij zijn het hiermee uiteraard volkomen eens en zouden daarom willen stellen dat de huisarts, die de boven omschreven taak moet uitoefenen, hiervoor een specifieke, post-universitaire opleiding nodig heeft, nauwkeurig gericht op en in hoofdzaak plaatsvindend in de praktijk. Wij menen dat het dringend gewenst is dat hiermee zo spoedig mogelijk een begin wordt gemaakt. Het Nederlands Huisartsen-Instituut heeft uitgewerkte plannen gereed voor een experimentele beroepsopleiding tot huisarts na het artsexamen. Daar de tijd dringt achten wij het noodzakelijk dat op korte termijn mogelijkheden worden geschapen hiermee in de praktijk ervaring op te doen. Ten aanzien van de toekomst van de huisarts achten wij de opbouw voor een specifieke op de praktijk afgestemde beroepsopleiding van de huisarts in de nieuwe zin van doorslaggevende betekenis en van de hoogste urgentie.

Daarnaast zal het gewenst zijn op grote schaal moderne bijscholings- en nascholingscursussen te organiseren voor reeds gevestigde huisartsen. Hiervoor zal een apparaat moeten worden opgebouwd, waarin fulltime deskundige functionarissen zijn verbonden. Hierbij zal moeten worden gebruik gemaakt van moderne hulpmiddelen en methoden, aangepast aan de behoeften en mogelijkheden van de praktizerende huisartsen.

6 De bovengeschetste functie van de huisarts maakt het noodzakelijk dat hij onbelemmerd toegankelijk is voor ieder van zijn patiënten. Bovendien moet hij zich ook op eigen initiatief tot zijn patiënten kunnen richten wanneer hij dit nodig acht. Vooral met betrekking tot de preventie in primaire en secundaire zin is het noodzakelijk dat er geen financiële barrière bestaat tussen huisarts en patiënt. In dit verband vervult ons het spreken over een eigen risico van de patiënt met zorg. Zo dit al noodzakelijk is zal het niet in de eerste linie mogen worden gelegd, daar een preventieve zorg dan vrijwel illusoir wordt. Bij de boven omschreven moderne huisartsfunctie past naar onze mening het best een abonnementshonorarium. Het lichten van de huisartshulp uit het ziekenfondspakket zou een ontwikkeling in bovengenoemde zin vrijwel geheel onmogelijk maken. Als men ergens een rem wil aanleggen en een eigen risico wil invoeren, lijkt het ons het meest rationeel dit te doen bij de kostbaarste voorziening: het ziekenhuis. Het lijkt ons

bijvoorbeeld zeer goed te verdedigen dat verlangd zou worden dat de patiënt in het ziekenhuis zijn eigen voeding bekostigt. Om de lasten voor de betrokkenen niet te zwaar te maken zou men dit kunnen beperken tot bijvoorbeeld de eerste vier weken van een ziekenhuisopname. Een eenvoudige berekening leert dat een dergelijke maatregel een besparing voor de ziekenfondshoofdverzekering in de orde van 40 miljoen gulden zou kunnen opleveren.

7 Integratie van de zorgen rondom individu en gezin binnen de wijkgedachte, die in de nota zo sterk wordt gepropageerd, zal slechts geleidelijk tot stand kunnen worden gebracht. Experimenten op dit gebied, waarbij ervaringen worden opgedaan, zijn zeer gewenst. Door samenwerking tussen de kruisverenigingen en het Nederlands Huisartsen Genootschap is het Nederlands Huisartsen-Instituut hiermee reeds op bescheiden schaal begonnen. Dergelijke experimenten zullen moeten worden veelevoudigd. Hiervoor zullen subsidies nodig zijn. Op analoge wijze zal de samenwerking met de organen van maatschappelijke zorg moeten worden geïntensiveerd, terwijl ook op het gebied van de groepspraktijkvorming dringend behoefte bestaat aan financiële steun in een aanloopfase. Bij gunstig resultaat van dergelijke „pilotstudies” kan dit tot een sneeuwbaaleffect leiden. Wij zijn daarom bijzonder verheugd dat in de gezondheidsnota aan ontwikkelingsprojecten alle steun wordt toegezegd.

VAN DE REDACTIECOMMISSIE

Homoseksualiteit

De bijdrage in dit nummer van W. J. Sengers — Homoseksuele problematiek op het medisch spreekuur — zou men kunnen beschouwen als een voortzetting van de discussie over de vraagstukken rond de homoseksualiteit, welke de auteur en *Van Emde Boas* in 1965 in dit tijdschrift voerden. Nog steeds treden velen de desbetreffende problematiek niet zonder vooroordeel tegemoet, wellicht omdat men zich onvoldoende in het onderwerp heeft verdiept. De artsen, met hún vooroordeel, beschouw(d)en de homoseksualiteit als een hoofdstuk uit de psychiatrie, een perversiteit waaronder zij ook het sadisme, het masochisme, het exhibitionisme en het fetichisme rubriceerden. Ook sommige deskundigen waren tot voor kort geneigd een beperkt „patiëntenmateriaal” representatief te achten voor alle homofielen, dus ook voor hen die nimmer een arts consulteerden. Op deze wijze kwam men tot uitspraken die bewijsgronden, welke daartoe zouden moeten leiden, ontbeerden.

Sinds kort is er duidelijker sprake van een

wetenschappelijke benadering van de homoseksualiteit. *Kempe* komt tot de conclusie dat er in Nederland waarschijnlijk „ruim 200.000 mannen en vrouwen van 18 jaar en ouder (zijn), die, hetzij uitsluitend, hetzij zeer overwegend, hun erotische leven in de homophile sfeer situeren . . .” „Wanneer wij alle ervaringen, opgedaan met homophielen (dus ervaringen in clubverbanden, in psychiatrische praktijken en poliklinieken, in de pastorale praxis, in de justitiële sfeer etc.) zouden samenvoegen, dan komen we waarschijnlijk niet veel verder dan hooguit een goede 10.000 mensen, omtrent wie wij werkelijk iets weten, althans iets te weten zouden kunnen komen. Van de rest weten wij eenvoudig niets, en dit kan nauwelijks krachtig genoeg worden onderstreept”, zo zegt hij.

Uit boven aangehaalde cijfers valt af te leiden dat de gemiddelde huisarts in Nederland 40 tot 50 homofiele mensen boven de 18 jaar in zijn praktijk heeft, van wie twee of drie als zodanig aan hem bekend zijn.