

Het Woudschoten-rapport

Hoofdstuk 1

Inleiding

In 1956 werd het Nederlands Huisartsen Genootschap opgericht. Het doel dat de oprichters voor ogen stond was de huisartsgeneeskunde op een hoger niveau te brengen.

De nauwkeurige formulering van de doelstelling van het N.H.G. heeft veel hoofdbrekens gekost. Dit is niet zo verwonderlijk, want als men de uitoefening van de geneeskunde door huisartsen wil bevorderen, zal men eerst moeten weten, wat die huisartsgeneeskunde precies omvat. Het is dus nodig eerst te komen tot een omschrijving en inventarisatie van de taak en de functie van de huisarts.

Om tot een bepaling van deze taak van de huisarts te komen heeft het bestuur van het N.H.G., samen met zijn commissies, een conferentie belegd in het conferentie-oord Woudschoten op 23 en 24 januari 1959. Op deze conferentie hield onder anderen Dr. J. T. Buma een inleiding. Mede op grond van een door hem verricht onderzoek in de praktijken van de leden van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het N.H.G. meende hij de taak van de huisarts te kunnen omschrijven en onderverdelen in tien deeltaken. Naar aanleiding van de discussies over deze materie kwam men tot een enigszins gewijzigde opstelling, hetgeen tenslotte resulteerde in de formulering van twaalf deeltaken. Deze deeltaken zijn de volgende:

- 1 eerste hulp, ook voor psychische traumata;
- 2 somatisch onderzoek;
- 3 psychisch en sociaal onderzoek, waarbij de beheersing van een goede gespreks- en anamnestechniek essentieel is;
- 4 registratie en beheer van alle medische gegevens;
- 5 differentiatie van de patiënten in twee groepen, namelijk in een groep waarvan de behandeling binnen de dagelijkse routine valt en een groep die afzonderlijke behandeling vraagt door het gecompliceerde van haar bijzondere problematiek;
- 6 behandelen, wat door hem behandelbaar is;
- 7 ad hoc en tijdelijk delegeren naar medische en andere deskundigen, waarbij zijn medeverantwoordelijkheid blijft bestaan;
- 8 in overleg met behandelende en adviserende medische specialisten en andere deskundigen

opstellen van een nazorgplan en zorg voor de uitvoering daarvan;

- 9 integratie en coördinatie van de zorg voor de zieke, invalide en onaangepaste mensen door een goede samenwerking met andere deskundigen, waar nodig in teamverband;
- 10 bijdragen tot preventie;
- 11 bijdragen tot gezondheidsvoorlichting en -opvoeding;
- 12 blijven werken aan eigen deskundigheid en vorming, met een open oog voor eigen mogelijkheden en grenzen.

De deelnemers aan de conferentie te Woudschoten formuleerden een aantal conclusies ten aanzien van het door het bestuur van het N.H.G. te voeren beleid. In het kader van dit rapport zijn vooral van belang de conclusies I en III te weten:

I „Binnen de doelstelling van het Genootschap bepalen de deeltaken van de huisarts het beleid van het bestuur; met name op bestaande desiderata op dit gebied dient het programma van het N.H.G. te zijn gebaseerd”.

III „In het beleid van het bestuur dient op de voorgrond te staan het zoeken naar middelen en wegen om de concreta van deze conferentie ingang te doen vinden bij, en te doen leven voor de leden van het Genootschap”.

Tenslotte werd naar aanleiding van de besprekingen in de discussiegroepen een aantal praktische aanbevelingen voor het beleid van het bestuur opgesteld. Aanbeveling IV heeft betrekking op de twaalf deeltaken en luidt als volgt:

- 1 voorlichting over spoedeisende gevallen in de huisartspraktijk;
- 2 voorlichting over gespreks- en anamnestechniek bij psychisch en sociaal onderzoek;
- 3 voorlichting over en propaganda voor efficiënte praktijkvoering en uniforme registratiemethodiek van medische gegevens;
- 4 bestudering van de mogelijkheid van afspraakspreekuren;
- 5 regelmatige voorlichting over vorderingen der geneeskunde die voor de huisarts van belang zijn;
- 6 regelmatige voorlichting over nieuwe therapeutische mogelijkheden (eenvoudige psychotherapie, fysiotherapie, medicamenteuze therapie);

- 7 een algemeen onderzoek naar de consequenties van de gedeelde verantwoordelijkheid, met als onderdeel hiervan het plegen van overleg met medische specialisten en andere deskundigen over de onderlinge berichtgeving;
- 8 bevordering van de centrale plaats van de huisarts (ook in teamverband) bij zorg en nazorg van zijn patiënten, met name bij het vraagstuk van de revalidatie;
- 9 bestudering van de positie van de huisarts in de algemene preventie (bijvoorbeeld bij morbiditeitsonderzoek, periodiek geneeskundig onderzoek enzovoort);
- 10 bestudering van en voorlichting over de mogelijkheden van nazorg;
- 11 in het algemeen bevorderen van scholing, nascholing en herscholing.

Het bestuur van het N.H.G. verzocht daarop de C.W.O. deze materie met voorrang aan de orde te stellen en om, na bestudering daarvan, een rapport aan het bestuur uit te brengen, dat praktische suggesties bevatte voor het beleid van het bestuur. De vraagstelling van het N.H.G.-bestuur luidde als volgt: „Welke bijdrage kan de C.W.O. geven aan het Genootschap om deze theoretische conclusies in de praktijk te vertalen en uitvoerbaar te maken? Welke onderzoeken zijn nodig, om deze conclusies op een hecht fundament te plaatsen dan wel te corrigeren? Kunnen deze onderzoeken prioriteit verkrijgen boven andere onderzoeken?”

De C.W.O. heeft gemeend dat het om verschillende redenen de voorkeur verdiende, dat de C.W.O. zelf de energie en de denkkracht zou opbrengen, om op grond van de theoretische conclusies tot praktische suggesties te komen. Dit zou zowel het wetenschappelijk gezag van de C.W.O. binnen het Genootschap als de vorming van de individuele C.W.O.-leden ten goede komen. Een praktische overweging hierbij was ook, dat het uitermate moeilijk, zo niet onmogelijk zou zijn, deze materie „uit te besteden”.

De C.W.O. heeft daarop gezocht naar een procedure, die deze zeer ingewikkelde en moeilijke materie voor haar hanteerbaar maakte. Na enig geëxperimenteer, waarbij zij onder meer de methode van de „brainstorming” toepaste, kwam zij tot een meer gerichte behandeling, die zeer goed voldeed. Hiertoe werd de volgende werkwijze gevolgd:

- a op elke vergadering werd één uur voor de bespreking van de „Woudschoten-materie” uitgetrokken;
- b twee leden stelden steeds een praeadvies over een deeltaak op. Dit werd rondgestuurd aan de leden en op de vergadering besproken;
- c zo nodig werd het praeadvies, naar aanleiding van de bespreking, gewijzigd of herschreven en dan opnieuw rondgestuurd. Dit heette dan slotadvies;

d het slotadvies wordt nogmaals besproken;

e voor het secretariaat van het onderdeel „Woudschoten” werd een aparte adviseur ad hoc in de C.W.O. aangetrokken.

Hoofdstuk II

Algemene beschouwingen

Het overleg op de genoemde conferentie te Woudschoten leidde tot de volgende formulering van de functie van de huisarts: „Het Nederlands Huisartsen Genootschap ziet de functie van de huisarts als het aanvaarden van de verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwende individuele mensen en gezinnen. Het ziet deze zorg als het opheffen, in hun uitwerking beperken en waar mogelijk voorkomen van stoornissen in de individuele of gezinsgezondheid (curatief, revaliderend, preventief)”.

Het is duidelijk dat hiermede een ideaal is gesteld, maar tevens dat de huisarts hiermede een verantwoordelijkheid aanvaardt, waaronder hij dreigt te bezwijken.

Wat in dit verband onder het begrip gezondheid moet worden verstaan wordt niet nader omschreven. De World Health Organization (W.H.O.) verstaat onder gezondheid niet slechts de afwezigheid van ziekte, maar zegt dat het betekent een toestand van optimaal welbevinden in somatisch, psychisch en sociaal opzicht. Ook deze definitie gaat dus uit van een ideaaltoestand, die in de praktijk onbereikbaar is en onbereikbaar zal blijven. Ieders gezondheidstoestand bevindt zich min of meer ver van het genoemde optimum verwijderd; dit zal ook noodzakelijkerwijze zo blijven, omdat volmaaktheid onbereikbaar is voor sterfelijke mensen.

De functie van de huisarts is nu door continue, integrale en persoonlijke zorg te streven naar dit per definitie onbereikbare ideaal.

Een andere definitie stamt van Prof. John Romano. Hij zegt: „Gezond is hij, wiens afweermechanismen tegenover de buitenwereld met deze buitenwereld in evenwicht zijn. Bij ziekte is dit evenwicht verbroken”. Deze definitie heeft tegenover die van de W.H.O. het grote voordeel, dat zij alleen spreekt over in evenwicht zijn, doch zich over het niveau van het evenwicht niet verder uitlaat. Dit evenwicht kan op een lager niveau tot stand zijn gekomen na een ziekte, die met irreversibele veranderingen gepaard ging. Heeft dan een herstel met defect plaatsgevonden, met andere woorden is er dan een nieuw evenwicht tot stand gekomen, dan is dus volgens Romano deze patiënt gezond: er is geen sprake meer van ziekte doch van gebrek.

Buma definieerde gezondheid als de functionele harmonie tussen de individuele mens en zijn milieu. Hij komt dan tot een omschrijving van de functie van de huisarts als gelegen in de continue zorg voor het harmonisch aangepast zijn van de mens

in zijn lichamelijke ten aanzien van de eigen persoon, in zijn gezin, en voorzover de situatie dit eist in zijn werk en wijdere milieukringen. De huisarts noemt hij dan de arts van het eerste milieu, in tegenstelling met school-, bedrijfs- en sportarts, die hij respectievelijk in het tweede en derde milieu onderbrengt. Indien men onder harmonie hetzelfde verstaat als in evenwicht zijn, dan zegt Buma in essentie hetzelfde als Romano. Buma noemt de eigen persoon expliciet; dit lijkt waardevol.

Bij de verdere beschouwingen zullen wij uitgaan van de functieomschrijving van de huisarts, zoals deze door de conferentie te Woudschoten is aanvaard.

* * *

Ook over de begrippen continue, persoonlijk en integraal is het een en ander te zeggen. Het begrip continue omvat volgens Buma twee aspecten, enerzijds het jarenlang bijstaan van dezelfde patiënt, anderzijds een zorg, die nooit geheel verslapt, ook niet wanneer de patiënt niet onder behandeling is. De arts draagt ook verantwoordelijkheid tegenover de „gezonden”, dat zijn degenen, die geen behandeling vragen. Nu kan iemand geen behandeling vragen om verschillende redenen. In de meeste gevallen zal het zo zijn, dat hij zich niet bewust is van de gevaren, die zijn gezondheid bedreigen. Dit zal vooral dan voorkomen, indien er reeds afwijkingen bestaan die behandeling behoeven, doch die nog geen klachten veroorzaakten (bijvoorbeeld beginnend carcinoom). Het is ook mogelijk dat de patiënt reeds wel klachten ondervindt, doch deze bagatelliseert en soms verdringt, in elk geval geen geneeskundige hulp inroept. Er komen tenslotte gevallen voor, waarbij de patiënt bewust geen hulp inroept, enerzijds omdat hij meent dat voor hem toch geen verbetering te bereiken valt, anderzijds omdat hij liever een bepaalde handicap aanvaardt dan zich aan een soms langdurige, moeizame en pijnlijke behandeling te onderwerpen. Dit laatste is overigens het goed recht van de patiënt.

Legt men enerzijds de nadruk op de taak van de arts ook op het gebied van de preventieve en positieve gezondheidszorg, waarbij de arts dus op eigen initiatief zijn patiënten gaat onderzoeken en behandelen, dan betekent dit ook meteen dat de patiënt de vrijheid moet hebben, de voorgestelde behandeling te weigeren. De huisarts van zijn kant kan hieruit dan niet zonder meer de consequentie trekken, dat hij de verantwoordelijkheid voor deze gang van zaken niet kan aanvaarden en daarom de patiënt moet adviseren een andere huisarts te kiezen. Dit zou namelijk betekenen dat de patiënt door zijn huisarts min of meer aan zijn lot wordt overgelaten en dit mag de huisarts niet doen. Slechts indien het verschil van mening tot een zeer ernstige relatiestoornis tussen huisarts en patiënt zou leiden, zou deze relatiestoornis aanleiding kunnen zijn tot het verbreken van de relatie huisarts-patiënt.

Overigens zullen deze gevallen zich slechts zelden voordoen, omdat het de huisarts toch veelal zal gelukken door een eerlijke uiteenzetting van de voor- en nadelen van de behandeling de patiënt tot zijn standpunt te overreden; anderzijds zal de arts, juist in gevallen van afweging van belangen, van argumenten en factoren, er vrede mee kunnen hebben dat de patiënt bepaalde factoren anders waardeert dan hijzelf.

De definitie spreekt verder van persoonlijke en integrale zorg. Bij persoonlijke zorg zal eerst moeten worden gedacht aan een zorg in de huisarts-patiënt-verhouding, een verhouding van mens tot mens. Deze zorg ligt in andere arts-patiënt-relaties vaak minder in het persoonlijke vlak, zij is bij bijvoorbeeld sociaal-medische contacten meer op het collectivum van patiënten dan op de enkeling gericht.

Tenslotte de integrale zorg. Buma omschrijft deze als een alle levensaspecten omvattende zorg. Het is wel zeer ruim gesteld indien de huisarts een alle levensaspecten omvattende zorg moet geven. Onder deze omschrijving valt bijvoorbeeld ook de zielszorg en de sociale zorg. Op deze terreinen is de arts zeker niet de eerst aangewezen deskundige. De zielszorg aan patiënten, die lid zijn van een kerk, wordt door de kerkelijke ambtsdragers krachtens opdracht van de kerk verricht; hiervan zal de huisarts zich in het algemeen hebben te onthouden. Wat betreft de sociale zorg, deze zal door de gespecialiseerde krachten meestal beter en deskundiger kunnen worden gedaan dan door de huisarts. Een nauwe samenwerking met zielszorgers en maatschappelijk werkers is echter zowel voor de patiënt als voor de arts bijzonder nuttig. Huygen heeft hiervan met zijn „home-team” een goed voorbeeld gegeven.

Tenslotte is niet slechts sprake van het aanvaarden van verantwoordelijkheid voor de gezondheid van individuele mensen, maar ook van hun gezinnen. Dit is een essentieel aspect van de huisartsentaak; de moderne huisarts voelt zich voor alles gezinsarts. Niemand toch is beter in staat om de medische situatie in het gezin en van het gezin te beoordelen dan de huisarts. Door zijn jarenlange, continue zorg voor de gezinsleden is hij in staat de zorg voor de gezinsgezondheid op zich te nemen en kan hij de medische situaties in het gezin het beste beoordelen. De huisarts ook is de aangewezen figuur om alle medische activiteiten ten opzichte van de gezinsleden te coördineren. Dit laatste is uiterst belangrijk; door ongecoördineerde medische behandelingen van de gezinsleden afzonderlijk kan de gezondheid van het gezin als geheel schade lijden.

* * *

Uit de omschrijving van de functie van de huisarts is reeds gebleken, dat deze zich niet richt op de wijze waarop de huisartsgeneeskunde thans in Nederland wordt bedreven. Men heeft bewust en

duidelijk een ideaal willen stellen, waarbij men zich er terdege van bewust was, dat door allerlei omstandigheden volledige verwezenlijking voorschijns onmogelijk is. De factoren, die de realisatie in de weg staan, liggen zowel op wetenschappelijk, sociaal en economisch terrein, maar dit behoeft het N.H.G. niet te verhinderen een ideaal te stellen en aan te geven op welke wijze de huisartsgeneeskunde zou kunnen functioneren. Dit betekent echter wel dat niet alles wat bij de bespreking van de afzonderlijke deeltaken zal worden gezegd, nu ook tot de taak van „de huisarts” of van iedere huisarts moet worden gerekend. Dit is in de tegenwoordige situatie een onmogelijkheid. In de C.W.O. zijn dan ook stemmen opgegaan het woord deeltaak te vervangen door bijvoorbeeld facetten van de huisartsgeneeskunde. Als in het vervolg nog sprake zal zijn van deeltaak, dan gebeurt dit omdat het woord in N.H.G.-kringen is ingeburgerd en omdat wij anders in een langere omschrijving vervallen; doch geenszins om daarmee dwingend voor te schrijven dat alles, wat onder het begrip deeltaak valt, inderdaad taak is.

* * *

In de discussies over de functie van de huisarts kwam steeds weer de vraag naar voren: Wie is die mens, wie is die persoon?, waarop de huisartsgeneeskunde zich richt, waarmee de huisarts in de arts-patiënt-verhouding in relatie treedt. De C.W.O. heeft met deze vraag geworsteld: enkele leden waren bijzonder door deze problematiek geïnterigeerd.

Het moge echter niemand verwonderen dat het de C.W.O. niet is gelukt tot een omschrijving van het „mens-zijn”, zoals zich dit in het „patiënt-zijn” voordoet, te geraken. De vraag naar de essentie en het wezen van het „mens-zijn”, ligt op het terrein der filosofie of op dat der levensbeschouwing; filosofen en theologen hebben zich reeds eeuwenlang met deze vragen beziggehouden. Een algemeen aanvaardbare oplossing is niet te verwachten, omdat een gemeenschappelijk levensbeschouwelijk uitgangspunt ontbreekt. Er is nog een poging gedaan een aanvaardbaar mensbeeld te ontwerpen, waarmee de medicus kan werken en dat medisch-wetenschappelijk verantwoord is, dus een medische antropologie en waarbij dan de wijsgerige vragen naar de menselijke existentie aan de filosofische antropologie zouden worden overgelaten. Hogerzeil maakte in dit verband het onderscheid van de mens als persoon en persoonlijkheid, waarbij hij onder de persoon de medisch toegankelijke en kenbare entiteit verstond, welke de arts kan en mag behandelen. De persoonlijkheid daarentegen, die zich in en door de persoon manifesteert, is medisch ongreepbaar en onbegrijpbaar; misschien is het de arts zelfs niet geoorloofd deze te behandelen.

De C.W.O. is zich terdege bewust van het onbevredigende van deze situatie, ja, zelfs van het benauwende feit dat de arts, zoals een van haar

leden het uitdrukte, als arts zijn patiënten adviezen moet geven die essentiële aspecten van het mens-zijn raken, terwijl hij niet weet wat dit mens-zijn inhoudt. Ook meent de C.W.O. dat de sleutel voor de essentie van de problematiek van het arts-zijn moet zijn te vinden in deze vragen naar het menselijk zijn. De vragen naar het mens-zijn, de menselijke existentie, liggen echter grotendeels buiten haar gezichtsveld, buiten het blikveld van de geneeskunde als zodanig. Iedere arts zal moeten trachten voor zichzelf en voor zijn geweten met deze vragen in het reine te komen; de medische wetenschap laat hem hier grotendeels in de steek.

Hoofdstuk III

De twaalf deeltaken afzonderlijk

Deeltaak I. „Primaire hulp, ook voor psychische traumata”. Deze deeltaak werd oorspronkelijk omschreven als „eerste hulp, ook bij psychische traumata”. Tegen deze formulering heeft Huygen terecht bezwaar gemaakt. Eerste hulp toch betekent in het spraakgebruik een tijdelijke hulp, meestal door een leek gegeven, waarop later een definitieve volgt, door een meer deskundige verleend. De voornaamste taak van de eerste hulp is dan ook te trachten verdere schade te voorkomen, niet zozeer een therapie in te stellen. De primaire hulp van de huisarts is wel degelijk therapeutisch gericht. Bij primaire hulp is niet alleen te denken aan ongevallen, maar aan alle spoedeisende gevallen, ook acute ziekten, acute verergering bij chronische ziekten, aan hulp bij emotionele schokken als sterfgevallen en maatschappelijke catastrofes. Deze spoedeisende gevallen hebben alle gemeen dat zij het normale dagprogramma verstoren. Zij kosten dus extra tijd en inspanning en zijn voor veel artsen emotioneel beladen; zij werken vaak irriterend.

De problematiek, waarvoor de arts bij spoedboodschappen wordt geplaatst, is vaak zeer gecompliceerd. Het zijn meestal problemen die geheel buiten de dagelijkse routine vallen, die dus extra aandacht en inspanning vragen. Zij zijn daarbij arbeidsintensief, dus zeer vermoeiend. Het is een weliswaar dankbaar, doch zeer moeilijk deel van de taak van de huisarts.

Eveneens dankbaar is ook zijn taak als verloskundige. Ook hiervoor komen boodschappen vaak op ongelegen momenten; een partus kan een dagprogramma grondig in de war sturen, maar de instelling van de arts maakt dat dit veel minder als storend wordt ervaren.

Behalve de hulp in spoedeisende gevallen dient onder primaire hulp ook de hulp in het eerste échelon te worden verstaan. Bij elke stoornis in zijn gezondheid doet de patiënt primair een beroep op zijn huisarts — en verwacht van hem ook prompt hulp te krijgen. De specialist verkeert veelal in een geheel andere situatie: hij ontmoet de patiënt op een tijd en een plaats welke hem schikken, meestal in de eigen wereld van de specialist, dat is het ziekenhuis of de polikliniek; hij kan rustig de

tijd nemen het geval „rond te krijgen”, zonder dat van hem direct ingrijpen wordt verwacht. De huisarts staat veel minder vrij tegenover de patiënt; hij ontmoet de patiënt vaak in diens eigen wereld, tijd en plaats zijn door de patiënt bepaald en de huisarts wordt veel minder tijd gegund voor een rustig en objectief onderzoek. Van hem wordt primair hulp verlangd, zijn instelling is dan ook primair therapeutisch. Dit neemt niet weg dat hij steeds kritisch tegenover zijn eigen handelen moet blijven staan; steeds bereid zijn mening te herzien en zonodig een volgend échelon in te schakelen.

* * *

Deeltaak II. „Somatisch onderzoek”. Mede omdat de patiënt meestal met lichamelijke klachten bij zijn huisarts komt, is en blijft het somatisch onderzoek de primaire taak van de huisarts. Bij deeltaak III wordt de anamnese expliciet genoemd; het spreekt vanzelf dat de anamnese evenzeer een integrerend onderdeel van het somatisch onderzoek vormt.

Dit oeroude onderdeel van de geneeskunde heeft voor de huisarts zijn speciale moeilijkheden. Door het grote aantal patiënten, dat dagelijks de huisarts consulteert of door hem wordt bezocht, is het hem onmogelijk iedere patiënt aan een grondig algemeen lichamenlijk onderzoek te onderwerpen. Op grond van de gegevens, die de anamnese heeft opgeleverd, en op grond van de kennis, welke de huisarts omtrent zijn patiënt door vroegere behandelingen bezit, zal de huisarts steeds weer moeten kiezen tussen een algemeen lichamenlijk onderzoek of een plaatselijk of een gericht onderzoek. Soms zal de arts na een plaatselijk of gericht onderzoek alsnog tot een algemeen onderzoek moeten besluiten indien zijn bevindingen dit noodzakelijk maken.

Van bijzonder belang is het eerste onderzoek. Telkens als een nieuwe patiënt bij zijn huisarts komt, of een oude patiënt met een nieuwe klacht, is het eerste onderzoek van bijzondere betekenis. Door dit snel, goed en zo volledig te doen als de situatie vraagt, met begrip en vermogen om klachten, angsten en moeilijkheden te interpreteren, zou het mogelijk kunnen zijn de patiënt later veel narigheid en zichzelf veel werk te besparen. Het is misschien hier de plaats om erop te wijzen dat somatisch, sociaal en psychisch onderzoek nooit los van elkaar mogen worden gezien.

Een huisarts zal steeds moeten trachten met zo min mogelijk omhaal, met zo weinig mogelijk hulpmiddelen en zo min mogelijk overlast voor de patiënt tot een verantwoorde werkdiagnose te komen. Deze handelwijze stelt zeer hoge eisen aan de huisarts. Het is een kunst die gebaseerd moet zijn op een grote kunde, zowel van mensenkennis als differentieel-diagnostische kennis. Steeds dreigt het gevaar van verstarring. De huisarts zal steeds bereid moeten zijn zijn diagnose te herzien; anderszins zal hij moeten trachten door aanvullend

onderzoek tot bevestiging van zijn diagnose te geraken. Hiertoe kan een specialist worden ingeschakeld; het is ook mogelijk dat de huisarts bepaalde laboratoriumonderzoeken laat verrichten ter toetsing van zijn diagnose of ter beoordeling van het verloop van de ziekte.

Voortdurend bevindt de huisarts zich tussen de polen van het teveel onderzoeken (belasting voor de patiënt en soms zelfs schadelijk, bijvoorbeeld röntgenonderzoek) en te weinig onderzoek (evenzeer schadelijk voor de patiënt). Tenslotte is de tijdsfactor zeer belangrijk: de huisarts moet woe-keren met zijn tijd en met zijn energie.

Een goede, doelmatig ingerichte spreekkamer, goede assistentie en het volgen van de aan de huisartsensituatie aangepaste onderzoeksschemata kan veel tijd en energie besparen. Ook de verdere organisatie van de praktijk: dieetschema's, afspraakspreekuren, onderzoekbriefjes enzovoort is in dit opzicht zeer belangrijk.

Na de laatste oorlog is het preventief geneeskundig onderzoek steeds meer in de belangstelling gekomen. Het kenmerkende van het P.G.O. is, dat men niet wacht tot de patiënt met klachten bij zijn huisarts komt, maar dat men een gehele bevolking of een deel van de bevolking voor onderzoek oproept. De bedoeling is ziekten en afwijkingen in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen, voordat de patiënt klachten krijgt. Over het P.G.O., dat een vraagstuk apart is, wordt in huisartsenkringen verschillend gedacht. Bij massa-onderzoek van de gehele bevolking spelen rendementsoverwegingen een grote rol; hoe hoger het gezondheidsniveau van de bevolking, hoe minder een ongericht massa-onderzoek oplevert dus hoe kostbaarder het onderzoek per ontdekte patiënt wordt. Bij onderzoek, gericht op een bepaalde ziekte bij gepredisponeerde groepen van de bevolking, gelden deze overwegingen in veel mindere mate; hierbij is a priori een hoger rendement te verwachten.

* * *

Deeltaak III. „Psychisch onderzoek en milieu-onderzoek, waarbij de beheersing van een goede gespreks- en anamnesetechniek onmisbaar is”. Na het somatisch onderzoek komt het psychische en sociaal onderzoek. Deze kunnen niet los van elkaar worden gezien; psychisch en sociaal onderzoek door de huisarts vooronderstelt lichamenlijk onderzoek. Evenmin kan het milieu-onderzoek van de individuele patiënt los worden gezien van het gezinsonderzoek.

De gespreks- en anamnesetechniek worden bij deze deeltaak afzonderlijk genoemd. De anamnese behoort uiteraard ook tot het somatisch onderzoek, maar wordt hier uitdrukkelijk afzonderlijk vermeld. Het is toch duidelijk dat de arts wel geleerd is hoe een somatisch gerichte anamnese op te nemen, maar dat zijn kennis van en vaardigheid in het sociaal en psychisch onderzoek, waarbij ook de

anamnese behoort, grote leemten vertoont. Dat is de arts bij zijn opleiding nu eenmaal niet geleerd. Het is wel een enigszins vreemde situatie, dat iedere maatschappelijk werkster in dit opzicht veel beter is opgeleid dan de huisarts. Tenslotte behoort de gesprekstechniek ten dele tot het onderzoek, tendele ook tot de therapeutische sfeer.

Tussen psychisch en sociaal onderzoek dient onderscheid te worden gemaakt. Bij beide is de integrale benadering het doel, de vereiste techniek is verschillend. Psychosomatische werkgroepen ontwikkelen de methoden voor psychisch onderzoek en gesprekstechniek. Verder kan hier worden gewezen op het werk van Rogers (counseling methode), Balint, Weyel en anderen. Ook de in Nijmegen ontwikkelde status voor sociale gezinsdiagnostiek kan in dit verband worden genoemd.

Het sociale onderzoek in de huisartspraktijk heeft zelfs het experimentele stadium nog nauwelijks bereikt. Van de verworvenheden van sociale wetenschappen en maatschappelijk werk is nog maar weinig tot de huisartsgeneeskunde doorgedrongen. Onvoldoende kennis van de gezins sociologie blijkt voor de huisarts steeds weer een ernstig tekort. Helaas is de kennis van de gezins sociologie nog niet in de voor de huisarts hanteerbare vorm beschikbaar. Voor het verwerven van de kennis, die deze taak veronderstelt, zal de arts de grenzen van de medische faculteit moeten overschrijden. Hij zal zich moeten oriënteren op andere gebieden, die eveneens de mens tot onderwerp van studie hebben, zich dus moeten wenden tot psychologen, sociologen, maatschappelijk werkenden en geestelijken.

Het sociaal en psychisch onderzoek door de huisarts zal zich niet mogen beperken tot de feitelijke situatie, tot de concrete feiten, maar zal evenzeer de beleevingskwaliteit, die verschillende maatschappelijke gebeurtenissen en omstandigheden voor de patiënt bezitten, moeten omvatten. Ook de gevolgen en repercussies voor anderen van handelingen en adviezen in het sociale vlak, zowel door patiënt als arts, moeten worden gezien.

Voor het verrichten van onderzoek is kennis van hetgeen men wil onderzoeken onontbeerlijk. De huisarts is weliswaar voldoende geschoold te achten voor het herkennen van de grote psychiatrische syndromen, voor een integrale benadering van de zieke mens is hij slecht toegerust. Niet alleen is zijn opleiding hierop niet gericht, maar ook is hierover nog bijzonder weinig met zekerheid bekend. De psychosomatiek, die een zekere vlucht heeft genomen, heeft belangwekkende relaties aan het licht gebracht zoals bijvoorbeeld de mogelijkheid van de mens psychische processen als angst, onbehagen, wrok, enzovoort met somatische klachten uit te beelden. Anderzijds is ook bekend dat zuiver somatische afwijkingen vaak een socio-psychologisch facet hebben in de vorm van depressies, ontstemmingstoestanden, vitale syndromen enzovoort. Niet voor niets spreekt men in de psychiatrie van „exogene reactietypen”. De invloed van sociolo-

gische factoren op het geestelijk en lichamelijk welzijn zijn evenwel nog zeer onvoldoende bekend. Aan de research op dit gebied zouden de huisartsen een waardevolle bijdrage kunnen leveren.

Het sociale en/of het psychologische onderzoek behoeft niet bij iedere patiënt in zijn volle omvang te worden verricht. Dit is ook volslagen onmogelijk. Veelal zal een gericht deelonderzoek voldoende zijn. Wel is het noodzakelijk dat de huisarts leert letten op bepaalde verschijnselen, die een nader onderzoek in deze richting wettigen.

* * *

Deeltaak IV. „Registratie en beheer van alle medische gegevens”. De huisarts verkeert in de bevoorrechte omstandigheid, dat alle of vrijwel alle medische gegevens van zijn patiënten bij hem samenkomen. Daardoor beschikt de huisarts over een sleutelpositie; geen andere instantie is zo goed geïnformeerd. De huisarts is dus de aangewezen instantie om anderen de inlichtingen over de patiënt, die zij nodig hebben, te verstrekken. Om van deze sleutelpositie ten volle, ten behoeve van de patiënten, profijt te kunnen trekken, dient de huisarts zijn kostbaar documentatiemateriaal zorgvuldig te beheren. Registratie is noodzakelijk om van deze gegevens optimaal nuttig gebruik te kunnen (geheugen) begraaft, doch hem gebruikt, vergelijking met de parabel van de talenten. Van de huisarts wordt verwacht dat hij zijn schat niet (in zijn geheugen) begraaft, doch hem gebruikt, vermeerdert, uitleent aan anderen, met rente terugontvangt en zo door zijn arbeid zijn schat vergroot.

De verzamelde gegevens zijn er uiteindelijk ten behoeve van de patiënt. Behalve direct ten behoeve van de individuele patiënt moeten de gegevens ook kunnen dienen voor wetenschappelijk onderzoek en bewerking, dus om de geneeskunde in het algemeen en de huisartsgeneeskunde in het bijzonder te bevorderen. Dit komt het collectivum van patiënten en potentiële patiënten ten goede. Zonder goede registratie is het onmogelijk de huisartsgeneeskunde op te heffen uit de sfeer van de casuïstiek, omdat men niet beschikt over vroegere gegevens van de patiënt. Een ander groot voordeel is hierin gelegen, dat de patiënt veel kostbaar, onaangenaam en soms zelfs schadelijk onderzoek kan worden bespaard.

Behalve zuiver somatische aantekeningen dienen ook „integrale” aantekeningen te worden gemaakt, dus aantekeningen die betrekking hebben op milieu en psyche van de patiënt. Ook gegevens, verkregen door gesprekken met wijkverpleegster, maatschappelijk werkster of controlerend geneeskundige dienen te worden genoteerd, indien zij van belang zijn. Kortom, alle gegevens die ter beschikking komen.

Het belang van de patiënt vraagt ook dat de voornaamste gegevens aan de volgende huisarts worden doorgegeven bij verandering van huisarts. Vele patiënten laten bij verhuizing echter na hun

huisarts te informeren, welke nieuwe huisarts zij hebben gekozen. De nieuwe huisarts kan echter altijd bij de patiënt informeren, wie zijn vroegere huisarts was. Het initiatief tot het verkrijgen van de gegevens van de oude huisarts dient in het algemeen van de nieuwe huisarts uit te gaan.

Het spreekt vanzelf dat het zonder meer doorgeven van de originele kaarten aan opvolgers bezwaarlijk is; trouwens, de meeste huisartsen zullen hun eigen kaarten willen behouden. Het is voorstelbaar, en ongetwijfeld zal dit ook soms voorkomen, dat de patiënt er nu juist geen prijs op stelt, dat zijn nieuwe huisarts door de vroegere huisarts wordt ingelicht. De patiënt moet tenslotte het recht behouden om eens, nadat de huisarts-patiënt-verhouding volkomen scheef is gegroeid, geheel opnieuw te beginnen, zonder dat zijn relatie met de nieuwe huisarts wordt belast door informatie van de zijde van de vorige huisarts. Ook kan bij de patiënt de wens bestaan bepaalde situaties (juridische, seksuele) voor zijn nieuwe huisarts verborgen te houden. Mede in verband hiermede is het altijd gewenst, dat de huisarts de patiënt toestemming vraagt om bij zijn voorganger informatie in te winnen.

In Engeland kent men de „summary-kaart”, die wordt doorgegeven. Misschien is dit ook voor Nederland een goede oplossing voor dit probleem.

Overdracht van gegevens zal meestal vele malen moeten plaatsvinden. Als men de gemiddelde levensverwachtingen van de pasgeborenen op 70 jaar stelt, betekent dit reeds, dat twee tot drie artsengeneraties deze patiënt zullen behandelen. Door verhuizing, wisseling van huisarts en andere oorzaken wordt het aantal huisartsen natuurlijk veel groter dan twee of drie; dit kan in de tientallen lopen!

* * *

Deeltaak V. „Differentiatie van de patiëntenstroom in twee groepen, namelijk een groep, waarvan de behandeling binnen de dagelijkse routine valt en een groep, die een afzonderlijke behandeling vraagt door het gecompliceerde van haar bijzondere problematiek”. In deze vijfde deeltaak wordt een probleem van organisatorische aard aangesneden.

Het gebruikelijke vrije spreekuur, waarbij de patiëntenstroom in volmaakt willekeurige volgorde in de spreekkamer komt, is uitermate vermoeiend voor de huisarts. Deze vermoeidheid wordt voor een belangrijk deel veroorzaakt door het zich steeds weer moeten verdiepen in een geheel andere problematiek. Het voortdurend omschakelen kost de huisarts veel energie, die op een andere manier veel doeltreffender had kunnen worden besteed.

Het blijkt nu dat de patiëntenstroom in twee grote groepen uiteenvalt. Ten eerste is er een groep, waarvan diagnostiek en behandeling geheel binnen de dagelijkse routine valt, die dus snel en afdoende tijdens het spreekuur geholpen kan worden. De

behandeling van deze patiënten kost betrekkelijk weinig tijd. Daarnaast echter is er een groep patiënten; wier problematiek, zowel organisch als psycho-sociaal, een benadering vereist, die meer tijd vergt dan op een spreekuur kan worden gegeven. Door deze patiënten uit het gewone spreekuur te lichten en voor hen een afspraak te maken op een rustiger tijdstip bereikt men, dat het spreekuur vlotter verloopt, maar vooral dat deze tweede groep de aandacht krijgt, die zij nodig heeft. Nu mag deze indeling van de patiëntenstroom echter geenszins als star worden opgevat. De groepen gaan voortdurend in elkaar over. Ook is het mogelijk dat iemand in beide groepen gelijktijdig thuisheert. Zo kan een „probleempatiënt” een lichte, intercurrente infectie of verwonding krijgen, terwijl ook het omgekeerde mogelijk is.

Een verdere fractionering is mogelijk door toepassing van een afsprakspreekuur, ook voor patiënten uit de eerste groep. Men zou dan alle patiënten met bepaalde aandoeningen op eenzelfde tijdstip kunnen terugbestellen. Zo krijgt men groepen patiënten, die naar diagnose bij elkaar horen. Te denken is hier aan hartziekten, hypertensie, vetzucht, chronische ziekten, diabetes, reuma, enzovoort. Op dezelfde wijze kan men alle patiënten met furunkels en andere infectieuze aandoeningen bijeenbrengen. Behalve deze indeling naar diagnosegroepen kan men ook patiënten in groeperingen bijeenbrengen zoals zuigelingen, kleuters, zwangere en bejaarden.

Het voordeel van een afsprakspreekuur is, dat het voor de arts veel minder vermoeiend is, omdat hij niet steeds hoeft om te schakelen op geheel andere problemen, terwijl het voor de patiënt veel prettiger en vlotter verloopt. Ook dit laatste is van groot belang; het is toch zaak dat zo min mogelijk produktieve tijd verloren gaat door het doelloos wachten in wachtkamers. De mate waarin een dergelijke selectie van patiënten door middel van afspraksprekuren kan plaatsvinden is sterk afhankelijk van de samenstelling en grootte van de praktijk en van de instelling van de arts. Goede assistentie is zeker bij afspraksprekuren onmisbaar. Ook bij het volledig invoeren van afspraksprekuren, wat slechts in etappes mogelijk zal zijn, zal er aan een vrij spreekuur behoefte blijven bestaan voor acute gevallen, acute verergeringen, enzovoort. Hiervoor zou tijd zijn te reserveren in aansluiting aan het afsprakspreekuur. In hoeverre dit alles kan worden toegepast in de visiteroutes is nog een open vraag.

Wat betreft de tweede groep patiënten; om deze patiënten goed te kunnen behandelen is een speciale (na)scholing vereist. Samenwerking in teamverband met anderen is van groot belang.

* * *

Deeltaak VI. „Behandelen, wat door hem behandelbaar is”. Deze deeltaak lijkt op het eerste gezicht zeer vanzelfsprekend. Bij nader inzien

roept ook deze deeltaak zeer vele problemen op. Wat moet in dit verband onder behandelbaar worden verstaan? Is dit de grootste gemene deler van wat de Nederlandse huisartsen thans behandelen, of moet onder behandelbaar iets geheel anders worden verstaan? Wat kan de huisarts alleen behandelen? Wat in samenwerking met anderen en waaraan moet hij liever maar helemaal niet beginnen?

Een verdere moeilijkheid is dat het begrip behandelen steeds meer een ruimere inhoud krijgt. Verstonde men vroeger onder behandelen het zuiver curatieve behandelen, dus het met de beschikbare middelen cureren in geval van ziekte, thans worden preventieve behandelingen, dus behandeling, zonder dat van actuele ziekte sprake is, steeds belangrijker. Naarmate de gezondheidstoestand van de bevolking beter wordt en naarmate de medische en sociale mogelijkheden toenemen, zal steeds meer de nadruk komen te liggen op preventie en op verhoging van het gezondheidsniveau. Als gevolg van deze zich wijzigende situatie wordt ook het onderscheid tussen patiënt en cliënt, tussen ziekte en bedreigde, steeds problematischer. Tenslotte komt bij de behandeling steeds meer de nadruk te liggen op de revalidatie. Naarmate de bevolking veroudert, neemt het aantal chronisch zieken toe. Velen van hen behoeven een revaliderende behandeling, een adaptatie aan hun handicap.

Van de patiënten, die nu dagelijks de huisarts passeren behoeven vrijwel allen een behandeling in enigerlei vorm, hetzij door de huisarts zelf, hetzij door anderen, in samenwerking met de huisarts. Dit laatste kan plaatsvinden door een verwijzing naar een specialist, of door inschakeling van een paramedische instantie als pedicure, heilgymnast-masseur, enzovoort.

De Commissie Wetenschappelijk Onderzoek is van mening dat het nuttig is dat de huisarts zo mogelijk veel zelf doet. Een specialistisch onderzoek toch kan voor de patiënt een grote ingreep betekenen, in elk geval brengt het kosten en moeite mede. Bovendien hebben vele patiënten niet alleen een technische behandeling nodig, maar evenzeer een persoonlijke. Combinatie hiervan in één persoon, die van de huisarts, kan alleen maar nuttig zijn. Anderzijds moet de huisarts uiteraard zijn verantwoordelijkheid beseffen en zijn grenzen zien.

Aan de behandeling door de huisarts worden grenzen gesteld door:

- 1 zijn kennis;
- 2 zijn vaardigheid;
- 3 zijn outillage (apparatuur, praktijkruimte);
- 4 zijn hulp (assistentie, laboratorium);
- 5 zijn persoonlijke belangstelling;
- 6 zijn plaats van vestiging (bereikbaarheid specialist en ziekenhuis);
- 7 zijn tijd.

De meeste van deze punten spreken voor zichzelf. Slechts willen wij erop wijzen dat, tengevolge van een onvoldoende opleiding, het gevaar bestaat dat de verloskunde, de kleine chirurgie en de eenvoudige fysiotherapie geheel aan de huisarts worden onttrokken. Hetzelfde geldt voor de eenvoudige psychotherapie.

De neiging van de huisarts zoveel mogelijk zelf zijn patiënten te behandelen, wordt behalve door de bovengenoemde factoren ook beïnvloed door:

- 1 zijn gevoel van mindere bedrevenheid tegenover de technische superioriteit van de specialist;
- 2 zijn opleiding in de onderwijsklinieken;
- 3 de wijze van honoreren van de huisarts.

Tot het terrein van deeltaak VI behoort ook de zorg voor de stervende. Deze zorg, weliswaar essentieel anders dan alle andere vormen van zorg door de arts aan zijn patiënten gegeven, is van groot belang en verdient nadere bestudering.

Bij het sterfbed is de taak van de genees- en heilkundige grotendeels geëindigd. Het sterven is een zeer intiem gebeuren; de patiënt neemt afscheid van zijn leven, van zijn familie, van dit leven. Hij nadert een grens, waarachter geen medische of menselijke begeleiding mogelijk is. Pastorale hulp zal dikwijls op prijs worden gesteld, misschien meer dan medische. Dit betekent echter niet, dat de arts aan het sterfbed in het geheel geen taak zou hebben. Hij zal ook kritisch moeten blijven, ook tegenover het al dan niet stervend zijn van de patiënt.

Ook aan een sterfbed kunnen medisch-technische fouten worden gemaakt, die vermijdbaar zijn. Therapeutische of liever palliatieve maatregelen analgetica en sedativa zullen niet altijd kunnen worden gemist. De moeilijkheid is steeds een evenwicht te vinden tussen medisch-technisch kunnen en menselijke waardigheid. Vele problemen rondom de zorg voor de stervende liggen meer op medisch-ethisch terrein dan op medisch-technisch gebied. De zorg voor de stervende is er een van zeer persoonlijke aard. Alleen na volkomen inleven in de structuur van gezin en patiënt kan de huisarts wat voor de stervende en zijn familie betekenen. Hoe meer de huisarts gezinsarts en vertrouwensman is, des te beter zal hij ook nu zijn taak kunnen vervullen.

* * *

Deeltaak VII. „Ad hoc en tijdelijk delegeren naar medische en andere deskundigen, waarbij zijn medeverantwoordelijkheid blijft bestaan”. Voor een optimale behandeling van de patiënten is het nodig, dat de huisarts met vele en velerlei deskundigen samenwerkt. Steeds als de grenzen van kennis, kunde en outillage van de huisarts in zicht komen, moet hij overwegen of hij de patiënt niet beter aan meer gespecialiseerde deskundigen kan overdragen. Dit overdragen wordt in deze deeltaak ad hoc en tijdelijk delegeren genoemd. Deze

opvallende formulering duidt er reeds op, dat hier een gevoelig punt wordt geraakt. Tegenwoordig heerst er een strikte communis opinio, dat het allerminst de taak van de huisarts is om coute que coute zoveel mogelijk zelf te behandelen. De huisarts bestrijkt een zo breed terrein, dat hiervan het onvermijdelijke gevolg is, dat de meer gecompliceerde behandelingen of onderzoeken beter aan de specialist kunnen worden overgelaten. Deze heeft zijn grotere technische vaardigheid, zijn grotere detailkennis en ervaring slechts kunnen verkrijgen door zich te specialiseren, dat wil zeggen door zich bewust te beperken tot een deelgebied. De winst aan diepte bracht dus verlies aan breedte mee. De patiënt zal hiermede gebaat kunnen zijn, mits de specialist zich ook zijn beperkingen bewust is. Dit betekent dat noch de individuele specialist, noch een team van specialisten de huisarts zonder meer kan vervangen. De huisarts kan ook nooit de patiënt naar de specialist afschuiven en dan menen van de verdere zorg ontslagen te zijn. Slechts delegatie is mogelijk, dat wil zeggen de huisarts verzoekt een andere deskundige een bepaald deel van de zorg voor deze patiënt tijdelijk op zich te nemen. De continue zorg berust bij de huisarts; hij kan ter uitvoering van deze zorg anderen te hulp roepen, maar ook dan blijft zijn medeverantwoordelijkheid bestaan. De huisarts moet bereid en in staat zijn ook tijdens de periode van delegatie zijn patiënt met raad en daad, dus met kennis van zaken terzijde te staan.

In deze deeltaak is verder sprake van delegatie ad hoc en tijdelijk. Dat de delegatie tijdelijk behoort te zijn, is duidelijk; de huisarts toch draagt de verantwoordelijkheid voor de continue zorg voor de patiënt. Hij roept met een verwijzing anderen te hulp om datgene te doen, wat hij zelf niet voldoende beheerst, ofwel wat beter door een ander kan geschieden. Indien dit gebeurt en het onderzoek voltooid is, het advies uitgebracht of de specialistische behandeling verricht is, is daarmee de delegatieperiode voorbij. Dit alles neemt evenwel niet weg dat soms, met name voor chronische aandoeningen, een meer permanente specialistische controle gewenst of noodzakelijk kan zijn.

Met delegatie ad hoc wordt bedoeld: verwijzing voor deze met name genoemde aandoening of klacht. Uit de verwijsbrief moet dan ook altijd duidelijk blijken ten eerste, welke aandoeningen onder de delegatie vallen en welke niet, en ten tweede, of de delegatie onderzoek of tevens behandeling omvat.

Een moeilijk, nauw met de ad hoc verwijzing samenhangend probleem is de vraag, in hoeverre het een specialist vrijstaat, ter verdieping van zijn inzicht, een specialist in een ander specialisme in consult te vragen. Buma verdedigt de stelling dat dit altijd via de huisarts behoort te geschieden; een Maatschappij-commissie, die dit vraagstuk bestudeerde, meent, dat de specialist zelfstandig een andere specialist kan inschakelen, zonder tussen-

komst van de huisarts. Vooral in het geval dat de patiënt is opgenomen, lijkt de stelling van Buma zeer moeilijk te realiseren. Zij houdt ook weinig rekening met de moderne ontwikkeling in de geneeskunde, waarbij vele onderzoeken en behandelingen slechts door verschillende specialisten in teamverband mogelijk zijn. De huisarts heeft evenwel het volste recht zijn plaats in dit team op te eisen!

Ook in minder gecompliceerde gevallen kan de specialist advies van een andere specialist nodig hebben. Hiertegen behoeft geen enkel bezwaar te bestaan, mits het binnen het kader van de ad hoc verwijzing blijft (te denken valt bijvoorbeeld aan de internist, die een consult aan de oogarts vraagt voor een patiënt die hij onder behandeling heeft wegens diabetes en arteriosclerose). Ook het inschakelen van beoefenaars van hulpspecialismen als röntgenologie en laboratoriumonderzoek zal in de meeste gevallen door de specialist zelfstandig kunnen geschieden, als behorende tot de ad hoc delegatie.

Ernstig bezwaar moet echter worden gemaakt tegen de neiging van sommige specialisten om andere of toekomstige afwijkingen, dan waarvoor de patiënt werd verwezen, te gaan behandelen of door andere specialisten te laten behandelen. Dit kan voor de patiënt ernstige gevolgen hebben, vooral indien de patiënt voor deze afwijkingen reeds onder behandeling is, waardoor onnodige dubblures van onderzoek of ongewenste controverses wat betreft de behandeling ontstaan.

Een goede communicatie tussen huisarts en specialist is van zeer groot belang. Dit houdt in dat de huisarts de specialist uitvoerig inlicht, niet slechts over recente klachten van de patiënt, maar ook, indien daar aanleiding toe bestaat, over vorige ziekteperiodes, over de resultaten van eventuele vorige observaties of operaties, over onderzoeken door andere specialisten verricht, over eventuele familiale of erfelijke ziekten in de familie. Tenslotte kan het nodig zijn dat de huisarts de specialist attent maakt op moeilijkheden of spanningen in het leven van de patiënt. Deze taak kan de huisarts uiteraard slechts goed vervullen indien hij kan beschikken over schriftelijk vastgelegde medische gegevens, dus een medisch dossier van de patiënt (deeltaak IV).

De specialist van zijn kant kan de goede communicatie bevorderen door de huisarts steeds op de hoogte te houden van de gang van zaken betreffende de patiënt. Dit houdt in berichtgeving na het eerste onderzoek, tussentijdse berichtjes en een snel ontslagbericht. Uitermate belangrijk is ook, dat de specialist bereidheid toont contact met de huisarts te zoeken indien zich moeilijkheden of complicaties voordoen en hem in staat wil stellen de indicatie voor grote ingrepen mede te beoordelen.

De moeilijkheid voor de huisarts wat betreft zijn in het ziekenhuis opgenomen patiënten is, dat de huisarts geen eigen plaats heeft in het ziekenhuis.

Voor zijn contact met de specialisten in het ziekenhuis is hij veelal aangewezen op de koffie-uurtjes, die overigens in de kleinere ziekenhuizen en in de kleinere plaatsen vaak zeer bevredigende contacten mogelijk maken. De huisarts dient echter te streven naar een adequate plaats in het medische team in het ziekenhuis, een plaats, min of meer te vergelijken met die van de revalidatiearts.

Tenslotte is in deze deeltaak niet alleen sprake van medische, maar ook van andere deskundigen, aan wie kan worden gedelegeerd. Dit zijn veelal paramedici of speciale bureaus en diensten. Bij de paramedici is te denken aan de wijkverpleegster, de districtsverpleegster met bijzondere opdracht, de vroedvrouw, de diëtiste, de maatschappelijk werkster, de logopediste en de heilgymnast-masseur. Verder de consultatiebureaus en diensten zoals voor tuberculose- en reumabestrijding, psychiatrische voor- en nazorg, revalidatie, alcoholisme, huwelijk- en gezinsmoeilijkheden, de Nederlandse Vereniging voor Seksuele Hervorming, de Medisch Opvoedkundige Bureaus. Ook het huisartsenlaboratorium valt hieronder. Voor al deze personen en diensten geldt in principe, zij het mutadis mutandis, hetzelfde wat reeds over de medische specialist is opgemerkt. Ook zij zouden, evenals de medische specialist, moeten proberen van patiënten, die zonder verwijzing van de huisarts komen, toch toestemming te verkrijgen de huisarts te rapporteren van hun bevindingen.

Contact tussen huisarts en zielszorger zal in bepaalde gevallen zeer nuttig kunnen zijn, ook al, omdat geestelijke en geloofsmoeilijkheden zich in lichamelijke klachten kunnen manifesteren. De arts zal hierbij evenwel steeds moeten bedenken dat de zielszorger een geheel eigen plaats inneemt en een eigen verantwoordelijkheid heeft. De zielszorg aan de leden der kerk geschiedt ambtelijk, door en namens de kerk, door de ambstdragers der kerk. Aan hen kan de arts niet zonder meer delegeren, evenmin als hij over de zielszorger de leiding kan hebben. Toch blijkt samenwerking tussen huisarts en zielszorgers in de praktijk mogelijk, indien beiden elkaars werkgebied respecteren en zich de beperkingen van de eigen benadering bewust zijn.

* * *

Deeltaak VIII. „In overleg met behandelende en adviserende medische specialisten en andere deskundigen opstellen van een nazorgplan, en zorg voor de uitwerking daarvan”. Ieder, die een ernstige ziekte heeft ondergaan, zal ook een korte of lange periode van reconvalescentie moeten doormaken. Tijdens deze reconvalescentieperiode is medische zorg en toezicht noodzakelijk. De patiënt zal er het meeste bij gebaat zijn als deze nazorg volgens een zorgvuldig overwogen plan kan verlopen. Uiteraard hebben slechts de patiënten, die door specialisten of in ziekenhuizen behandeld zijn,

behoefte aan nazorg. Evenzeer geldt dit voor de patiënt van de huisarts.

In deze deeltaak wordt gesteld, dat de huisarts niet alleen zorg moet dragen voor de uitvoering van dit plan, maar dat hij het ook, zonodig in overleg met de behandelende en adviserende specialisten, moet opstellen. Vooral dit laatste is geheel nieuw voor de huisarts. Weliswaar verleent de huisarts al heel lang nazorg, vooral voor die patiënten, die uit ziekenhuis of sanatorium zijn ontslagen, maar zelden gebeurde dit volgens een zorgvuldig overwogen plan. Als er al zoiets van een omschreven plan voor de nazorg bestond, was dat plan meestal ontworpen door de specialistische diensten; de huisarts werd hierin zelden betrokken. Ten hoogste werd hem verzocht zijn medewerking bij de uitvoering van het plan te verlenen. Het beleid bij de uitvoering van het plan berustte meestal weer bij de specialist (t.b.c.-nazorg, psychiatrische nazorg, enzovoort).

Bij de nazorg, als de patiënt weer thuis is, spelen evenwel vele factoren een rol, die slecht door de specialist of ziekenhuisarts kunnen worden overzien. Juist de readaptatie van de patiënt aan de maatschappij, eventueel zijn revalidatie, vragen om samenwerken van vele deskundigen en vele instanties. Dit kunnen zijn de behandelend specialist, de revalidatie-arts, de bedrijfsarts, de controlerend geneeskundige, de maatschappelijk werkster en de wijkverpleegster, de nazorgdiensten en nog andere. De huisarts is hier wel de aangewezen figuur om coördinerend en integrerend op te treden.

Het behoeft wel geen betoog, dat de huisarts het nazorgplan moet opstellen in nauwe samenwerking met de behandelend specialist, eventueel met de revalidatiearts en andere deskundigen. Hiertoe is een goede samenwerking nodig en een goede onderlinge communicatie. Wat betreft de medische specialist en het ziekenhuis: enerzijds bestaat van de zijde van het ziekenhuis de neiging zijn zorg ook over de reeds ontslagen patiënten uit te strekken, anderzijds heeft de specialist vaak de neiging zich weinig met de nazorg te bemoeien. Zijn ontslagbrief aan de huisarts bevat veelal te weinig aanwijzingen die voor nazorg van belang zijn.

De huisarts dient de zorg voor de uitvoering van het nazorgplan op zich te nemen, zo wordt in deze deeltaak gesteld. Natuurlijk betekent dit niet dat de huisarts alles zelf moet uitvoeren; heel veel zal hij kunnen delegeren aan anderen, de wijkverpleegster wel in de eerste plaats. Wel betekent dit dat de huisarts de supervisie over de uitvoering behoudt. Hij is de natuurlijke leider van het team. Hoe beter de samenwerking tussen de teamleden, hoe meer de huisarts zich tot coördinatie kan beperken.

Welke zijn nu degenen, aan wie de huisarts zijn nazorg heeft te wijden? In het algemeen zullen dit alle patiënten zijn, die een min of meer ernstige ziekte hebben doorgemaakt. Verder degenen, die uit het ziekenhuis of sanatorium zijn ontslagen, onder wie zich ook ongeneeslijk zieken bevinden.

Deze behoeven allen de zorg van de huisarts. Soms is deze periode slechts kort, een andere maal tot de dood.

Zo kunnen we naar de aard van het verloop drie groepen patiënten onderscheiden waarbij wij wel dienen te bedenken, dat iedere groep zowel somatisch als psychisch gestoorden zal bevatten:

- a zieken, die na enige tijd volkomen herstellen;
- b zieken, die niet volkomen herstellen, maar met een handicap verder door het leven moeten;
- c zieken, die niet herstellen en binnen afzienbare tijd zullen sterven.

Als wij nu bezien, wat de nazorg voor ieder van deze groepen patiënten inhoudt, komen wij tot de volgende opsomming:

Ad a Dosering van rust en activiteit, ontspanning en dieetregeling is van groot belang. De naaste omgeving van de patiënt moeten we begrip trachten bij te brengen voor deze voor de patiënt zo moeilijke periode van het ziek zijn. Een goede samenwerking met specialisten, controlerend geneesheer en eventueel revalidatie-arts zal hierbij waardevol kunnen zijn.

Ad b Bij deze groep patiënten gaat het er vooral om te streven naar een optimale aanpassing van de patiënt aan de omgeving, of eventueel van de omgeving aan de patiënt. Vooreerst is hiervoor nodig het defect zoveel als mogelijk is te beperken en verder het gebrek en zijn gevolgen zoveel mogelijk te compenseren. Indien er, ondanks alle maatregelen, toch een min of meer ernstige handicap blijft bestaan, betekent dit voor de patiënt een enorme schok, die hem meestal lange of korte tijd zijn psychisch evenwicht doet verliezen. In deze periode is de huisarts degene, die de patiënt steun en troost moet trachten te geven. Een zekere vorm van psychotherapie kan hierbij soms nodig blijken te zijn. Behalve hetgeen onder a is opgemerkt als algemene regels, dienen wij vooral, samen met revalidatie-artsen en specialisten, te zoeken naar de mogelijkheden, waarbij de patiënt leert zo goed mogelijk met zijn gebrek te leven. Het ideaal hierbij is, dat deze zich geheel zelfstandig in gezin en maatschappij kan handhaven. Het zoeken van een passende werkkring (eventueel na omscholing) is hierbij van groot belang. Ook dit zal in samenwerking met andere deskundigen dienen te geschieden.

Ad c Dit zijn de patiënten, die niet herstellen, maar snel of langzaam achteruitgaan. In vele gevallen is het voor de patiënt gunstig als hij zo lang mogelijk zijn gewone bezigheden kan blijven verrichten. Na enige tijd blijkt dan dat hij het zwaardere werk moet laten rusten, maar hij blijft dan nog lang in zijn vertrouwde omgeving. Behalve als psychische steun zal de huisarts ook nu nog veel voor de patiënt kunnen betekenen, als hij steeds tracht de ongemakken en het lijden zoveel mogelijk te verzachten. Palliatieve maatregelen zijn nu op hun plaats. Als het einde nadert moet de huisarts de familie op de hoogte brengen. Ook de zielszor-

ger, predikant of priester zal informatie op prijs stellen. Een goed contact tussen huisarts en zielszorger, niet alleen nu, maar bij iedere ernstige ziekte, zal zowel voor de arts, als voor de geestelijke, als voor de patiënt waardevol kunnen zijn. Het moeilijke probleem of de patiënt zelf, en zo ja, wanneer, van zijn komende levenseinde op de hoogte moet worden gebracht, is een vraagstuk apart en valt buiten het kader van deze deeltaak. Dit is vooral een probleem van ethiek, medische ethiek zo men wil. Iedere arts zal hierop individueel antwoord moeten geven, naar beste overtuiging en na ernstige overweging. De levensovertuiging, de levensbeschouwing van de arts en van de patiënt zal hierbij steeds een grote rol spelen.

* * *

Deeltaak IX. „Integratie en coördinatie van de zorg voor de zieke, invalide of onaangepaste mensen door een goede samenwerking met andere deskundigen, waar nodig in teamverband”. Deze deeltaak sluit nauw aan bij de vorige, de problematiek ervan valt zelfs voor een groot gedeelte ermee samen.

Reeds uit de vorige deeltaken bleek dat de huisarts de aangewezen figuur is om de zorgen, die door de verschillende instanties en specialisten aan de patiënt worden gewijd, te coördineren. Hij toch beschikt, in elk geval behoort te beschikken, over een volledig medisch dossier; bij hem komt alle medische informatie samen. Het streven van de huisarts dient erop te zijn gericht ook een afschrift van niet strikt medische, vooral van sociale en van psychologische rapporten te ontvangen. Hierdoor groeit zijn inzicht in de situatie en wordt zijn blik verruimd. (Vaak moet de huisarts ontdekken, hoe bijvoorbeeld de sociaal werkster moeilijkheden op het spoor komt, die hij niet kende of vermoedde.) De integratie van de gegevens, die de huisarts zo van verschillende kanten toevloeien, maakt het hem mogelijk tot weloverwogen, meerdimensionale beoordeling van zijn patiënten te geraken. Deze mogelijkheid bezit de huisarts als geen ander. Daarom is hij de aangewezen coördinator.

Aan de coördinatie van de gezondheidszorg ontbreekt nu nog wel het een en ander. Vooral aan de zogenaamde probleempatiënten en nog meer aan de probleemgezinnen wordt vaak van allerlei kanten tegelijk gedokterd, geheel onafhankelijk van elkaar. Ondanks de vele energie en tijd, die er zo aan wordt besteed, is het effect gering. Een gecoördineerde benadering door een team van specialisten biedt hier betere perspectieven. De methodiek, die hierbij zal moeten worden toegepast, dient echter nog nader te worden onderzocht en ontwikkeld. Wel is het zeker dat de huisarts in dit team een belangrijke coördinerende functie te vervullen krijgt als de medisch adviseur van het team. Of hij ook de leider van het team moet zijn is nog een open vraag.

Belangrijk is er met nadruk op te wijzen dat de

huisarts in de huidige situatie noch over de tijd, noch over de deskundigheid beschikt om zich intensief met onaangepaste mensen bezig te houden. Wel dient te worden beseft, dat het een maatschappelijk probleem van de eerste orde betreft.

In de C.W.O. gingen stemmen op om de tekst van deze deeltaak enigszins te wijzigen en wel in die zin, dat niet langer sprake is van: en onaangepaste mensen, maar van: of onaangepaste mensen. Hierbij golden de volgende overwegingen:

- 1e Onaangepastheid behoeft niet steeds en onder alle omstandigheden pathologisch te zijn. Het kan zelfs een bewijs van geestelijke gezondheid zijn, indien men niet aangepast is aan een pathologisch milieu.
- 2e Algemeen erkent men volledig dat de zorg voor de onaangepaste neurotische mens tot de taak van de huisarts behoort, maar velen stellen het problematisch, of het ook geldt ten aanzien van lastige, luie of werkschuwe lieden, die toch ook onaangepast moeten heten.

Behalve van onaangepaste mensen is in deze deeltaak sprake van zieke en invalide mensen. Bij zieke mensen is hier in de eerste plaats te denken aan chronisch zieken. Na hetgeen in de vorige deeltaak hierover is gezegd, moet er bij deze gelegenheid nog eens op worden gewezen dat arts en patiënt zo gemakkelijk tot een houding geraken van: Hier is toch niets meer aan te doen. Ook bij chronisch zieken dient de arts steeds open te blijven staan voor nieuwe mogelijkheden om verbetering in de toestand te brengen. Hiertoe is uiteraard nodig dat de huisarts enigszins op de hoogte blijft van de voornaamste ontwikkelingen in de geneeskunde.

Met behulp van specialisten, wijkverpleegsters, welfarewerksters en anderen zullen wij verder steeds moeten streven naar een optimale verzorging van de chronisch zieken. Van geval tot geval dient dan te worden beoordeeld, of verpleging in een gespecialiseerde verpleeginrichting de voorkeur verdient boven thuisverpleging. Een kortdurende opname in een inrichting om de familieleden thuis gelegenheid te geven zich eens helemaal te ontspannen kan zeer waardevol zijn.

* * *

Deeltaak X. „Bijdragen tot preventie”. De tiende deeltaak stelt, dat van de huisarts bijdragen tot preventie mogen worden verwacht. Wat in dit verband onder preventie moet worden verstaan, wordt echter niet nader aangeduid.

Onder het begrip preventie willen wij bij deze beschouwingen alle maatregelen noemen, die ertoe kunnen bijdragen dat het gezondheidsniveau van onze patiënten zich niet in ongunstige zin wijzigt. Als in medische kring over preventie wordt gesproken, denkt men meestal over preventie van ziekte en ongeval, waarbij de nadruk valt op het

somatische aspect van de gezondheid. Dit betekent echter niet dat wij de psychische en sociale aspecten mogen verwaarlozen. Wel betekent dit dat de arts niet de enige is, die zich met preventie zal moeten bezighouden. Vele andere groepen hebben hier eveneens een taak: overheid, geestelijken, sociaal werkenden, industriële ontwerpers, technici, wegebouwers, huisvrouwen en vele anderen.

In de geneeskunde is een ontwikkeling aan de gang van curatieve zorg naar preventieve zorg. Men streeft er steeds meer naar door preventieve maatregelen het optreden van ziekte of ongeval te voorkomen (voorkomen is beter dan genezen!). Hierbij dient echter wel te worden bedacht dat in vele gevallen, juist bij veel voorkomende en ernstige ziekten, de preventiemogelijkheden te enen male onvoldoende zijn. In deze gevallen zit er niets anders op dan onze toevlucht te nemen tot vroege diagnostiek, zoals met behulp van P.G.O., bevolkingsonderzoek, „multiple screening”, diabetesonderzoek, enzovoort. Deze vroege diagnostiek maakt het mogelijk de ziekte in een zo vroeg mogelijk stadium te behandelen. In het algemeen geldt dat wij op vroege diagnostiek zijn aangewezen bij die ziekten, waarvan de etiologie nog niet is opgehelderd.

Het onderscheid tussen preventie en therapie is in vele gevallen niet scherp aan te geven, want in vrijwel elke goede behandeling is een element van voorzorg voor de toekomst inbegrepen. Dit is het preventieve aspect van de behandeling. Heel duidelijk komt dit tot uiting in de behandeling met anticoagulantia bij ziekten als coronairsclerose, hartinfarct, trombose en flebitis, maar het geldt evenzeer voor de behandeling van hypertensie en vele andere ziekten.

Preventie houdt zich bezig met het voorkomen van een daling in het gezondheidsniveau. Dit betekent dat wij vanuit drie gezichtspunten over de preventie kunnen spreken, vanuit het object, vanuit het subject en vanuit de te gebruiken middelen. Als object voor de preventie geldt de persoon of de groep, bij wie wij iets willen voorkomen. Dit betreft de vraag naar het „wie”?

Een andere vraagstelling is deze: „Wat willen wij voorkomen? Dit is het subject van de preventie, dus gericht op ziekte en ongeval, eventueel op bepaalde ziekten of bepaalde ongevallen.

Tenslotte is het mogelijk de methode, de middelen, centraal te stellen bij beschouwingen over preventie. Het uitgangspunt is dan de vraag naar het „hoe”. Hierbij valt te bedenken, dat er een verschuiving plaats zal vinden met de leeftijd: kinderen moeten worden beschermd (onder meer door voorlichting aan de ouders), de ouders moeten worden voorgelicht, terwijl bij de bejaarden de nadruk weer meer zal vallen op de bescherming.

Uitgaande van het drieërlei gezichtspunt, van waaruit het begrip preventie kan worden benaderd, is het mogelijk een inventarisatie te maken van het gehele gebied der preventie. Uit deze inventarisatie, die als bijlage aan het oorspronkelijke rapport

was toegevoegd, blijkt, dat de huisarts vooral de volgende middelen tot preventief werk ter beschikking staan:

- voorlichting op velerlei gebied
- voedingsregeling
- voorschrijven van verstandige leefregels
- vaccinaties
- hygiënische adviezen, ook op het gebied van geestelijke hygiëne
- eugenetische adviezen
- onderzoek voor het huwelijk
- zwangerencontrole
- zuigelingen- en kleuterbureaus
- medicamenteuze preventie
- voorzichtig zijn met afgifte van gevaarlijke medicamenten.

Nu de mogelijkheden tot preventief geneeskundig werk verkend zijn, doet zich de vraag voor, wie deze arbeid zal verrichten. De huisarts kan dit onmogelijk alleen doen. Samenwerking met en verwijzing naar andere gespecialiseerde krachten is beslist noodzakelijk. Ook niet-artsen zullen hierbij moeten worden ingeschakeld. De laatste decennia hebben dan ook een ontwikkeling te zien gegeven, dat voor steeds meer preventief geneeskundige taken ambtelijke artsen worden aangesteld. Dit laatste is niet zonder gevaar, want daardoor komen steeds meer artsen en instanties regelmatig met het gezin in aanraking, met alle mogelijkheden van controversen en misverstanden van dien. De huisartsentaak kan hierdoor uitgehold, de huisarts-patiënt-verhouding worden ondermijnd.

De C.W.O. heeft zich bezonnen over de vraag, welke taken op het gebied van de preventie het beste door de huisarts zelf kunnen worden verricht. Zij is zich daarbij bewust dat het geen zin heeft te trachten een reeds bestaande toestand of maatschappelijke ontwikkeling gewijzigd te krijgen. Wel kan men trachten deze in goede banen te leiden.

Zolang het kind nog geheel in het gezin is, kan de preventieve zorg het best door de gezinsarts, de huisarts dus, worden verricht. Dit betekent dat zuigelingen- en kleuterbureaus tot zijn terrein behoren. Ook de zwangerencontroles dient de huisarts zoveel mogelijk zelf te doen.

De schoolartsendiensten daarentegen zijn reeds gevestigde instellingen, aan hen valt het preventieve werk voor de schooljeugd grotendeels toe. De arbeids- en bedrijfsgeneeskunde heeft zich dermate ontwikkeld en is zo buiten het blikveld van de huisarts komen te liggen, dat hierover nauwelijks meer problemen bestaan.

In de C.W.O. gingen ook stemmen op, om zich niet teveel op bepaalde taken op het gebied van de preventie vast te leggen, maar ermede te volstaan met te stellen, dat de huisarts van een preventieve mentaliteit moet zijn beziel. Door deze minder stringente formulering wil men voorkomen dat allerlei taken van secundair belang een onevenredig groot deel van de energie en aandacht van de huisarts zouden gaan opeisen.

Deeltaak XI. „Bijdragen tot gezondheidsvoorlichting en -opvoeding”. De huisarts verkeert door zijn frequente contacten met zijn patiënten en hun gezinnen in een zeer bevoorrechte positie om gezondheidsvoorlichting te geven. Vaak doen zich ongezochte gelegenheden hiertoe voor. Dit kan zijn als de patiënt spontaan met zijn problemen bij de huisarts komt, maar ook de huisarts kan ongezocht het initiatief tot voorlichting nemen als hij een recept voorschrijft, een leefregel bespreekt of het zuigelingen- en kleuterbureau houdt. Ook opzettelijk kan de huisarts zich met de gezondheidsvoorlichting bezig houden. Dit kan gebeuren door middel van groepscontact als moedercursussen, verloofdencursussen, E.H.B.O.-avonden, enzovoort. De vraag doet zich hierbij echter wel voor of dit laatste nog wel tot de taak van de huisarts moet worden gerekend of dat dit beter door bureaus en instellingen (Kruisvereniging, E.H.B.O.-vereniging, enzovoort) kan worden verzorgd, waaraan de huisarts dan incidenteel zijn medewerking verleent. Wat hiervan zij, de huisarts als vertrouwensman van het gezin, de medische raadgever en adviseur, kan reeds door zijn simpele aanwezigheid, door zijn voorbeeld en door zijn raadgevingen veel aan gezondheidsvoorlichting bijdragen.

Het contact van de huisarts met de gezinnen loopt vrijwel altijd via de moeder als sleutelfiguur, zeker in het jonge gezin. Bij de meer gerichte acties tot gezondheidsvoorlichting („health education”), zal met deze sleutelpositie van de moeder rekening moeten worden gehouden.

Deze deeltaak sluit zeer nauw aan bij de vorige; immers het bleek, dat de voornaamste bijdrage aan de preventie van de huisarts uit voorlichting op velerlei terrein bestaat. Het is echter eveneens gebleken dat de huisarts weliswaar in een gunstige positie verkeert om als voorlichter op te treden, maar dat hij er slecht op is voorbereid. Tijdens zijn eigen opleiding lag de nadruk al te zeer op het pathologische, van gezondheid zelf heeft hij maar weinig geleerd. Ja, zelfs heeft hij niet eens altijd geleerd wat normaal te achten is (normale reactie-typen van mensen onder moeilijke omstandigheden, normale belevingsinhouden, de psychologie van de normale mens). Nascholing van de huisarts op al deze terreinen is dus nodig, evenals over de mogelijkheden en vormen van kennisoverdracht. Het aandeel van de huisarts aan de bevordering der volksgezondheid zal hierdoor alleen maar kunnen worden vergroot.

* * *

Deeltaak XII. „Blijven werken aan eigen deskundigheid en vorming, met een open oog voor eigen mogelijkheden en grenzen”. De opsomming van de deeltaken van de huisarts eindigt met het aan de orde stellen van de plicht van de huisarts tot voortdurende studie en nascholing. Immers, „medicine is a lifelong study”. Vanaf de oprichting van het N.H.G. heeft men in de kringen van het Genootschap het belang van de nascholing inge-

zien, zozeer zelfs, dat aan een aparte commissie, de Commissie Nascholing, is opgedragen de problematiek hiervan nader te bestuderen. Deze commissie heeft in een soort beginselverklaring gesteld, dat „iedere arts, die op verantwoorde wijze mensen, die zich onder zijn behandeling stellen, wil blijven behandelen, behoefte heeft aan nascholing in de vordering der geneeskunde in het algemeen, en in dat speciale gedeelte der geneeskunde, dat hij beoefent”.

Drie elementen vallen in deze verklaring op. Ten eerste is er sprake van iedere arts, dus niet alleen de huisarts, maar iedere arts die patiënten behandelt, dus geneeskunst uitoefent. Nu wordt de hoedanigheid van arts in Nederland verworven na een uniforme, voor ieder gelijke, universitaire studie. Voor de huisarts bestaat er na deze medische basisstudie, die wel tot arts, maar niet tot huisarts opleidt, geen vervolgdopleiding, die speciaal op de huisartsgeneeskunde is gericht. Dit in tegenstelling tot de medische specialist en de sociaal-geneeskundige, die een eigen specifieke, jarenlang durende opleiding moeten volgen. Het artsdiploma stelt de jonge arts in staat zich meteen als huisarts te vestigen. Om echter aan de zware eisen van zijn beroep te kunnen blijven voldoen, is een voortdurende aanvulling en uitbreiding van kennis noodzakelijk. Deze aanvulling en uitbreiding van kennis wordt nader gepreciseerd als nascholing in de vordering der geneeskunde in het algemeen en in nascholing, speciaal gericht op dat gedeelte van de geneeskunde, dat de arts uitoefent. Het gaat dus om een specifieke nascholing, die iedere arts aangaat, en om een specifieke nascholing, die in ons geval speciaal op de huisarts betrekking heeft.

Groen heeft hier het onderscheid gemaakt tussen nascholing A en nascholing B. Wat betreft de nascholing A, de specifieke, deze levert geen grote problemen op. Een algemeen medisch tijdschrift kan hier reeds voldoende informatie leveren. Ook artsencursussen, afdelingsvergaderingen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en dergelijke kunnen het hunne ertoe bijdragen, dat de artsen voldoende op de hoogte blijven van de ontwikkelingen van de geneeskunde. De Commissie Nascholing heeft in zestien punten deze materie nog nader uitgewerkt.

Geheel anders ligt de situatie wat betreft nascholing B. Deze specifieke, op de huisartsgeneeskunde gerichte kennis en vaardigheden moet de huisarts thans nog geheel verwerven buiten de universiteit om. Deze kennis omvat onder meer kennis van het gezin en van de maatschappij met haar pathogenetische invloeden, met haar mogelijkheden van hulpverlening en met haar diverse interacties. Verder de kennis van de normale psychologie en de normale ontwikkelingsgang van de mens. Ook zijn te noemen de revalidatie, de seksuologie, de pedagogiek en het maatschappelijk werk. Het is van belang op te merken, dat de meeste van deze wetenschappen wel aan de universiteit worden gedoceerd, doch in de zogenaamde alfa-

faculteiten. De strenge scheiding tussen alfa- en bètawetenschappen aan de universiteit heeft de integratie hiervan in de artsenopleiding sterk bemerd. De laatste jaren is deze scheiding gelukkig veel minder scherp geworden. Er dient naar te worden gestreefd dat de materie van de nascholing B in de toekomst aan de universiteit zal worden gedoceerd tijdens de artsenopleiding, eventueel als leerstof voor de na-opleiding tot huisarts. Een universitair huisartseninstituut kan hier zeker nuttig werk verrichten.

Behalve over nascholing spreekt deze deeltaak ook over vorming. Deze vorming is een filosofisch begrip en heeft betrekking op het existentiële menszijn. Zij omvat de zorg voor een harmonisch geïntegreerde ontwikkeling van de eigen persoonlijkheidsstructuur tot een rijpe, evenwichtige persoonlijkheid, een essentiële voorwaarde voor de goede huisarts. Steeds dient de huisarts zich zijn houding ten opzichte van zijn patiënt bewust te zijn. Hiervoor zijn psychologisch inzicht en zelfkennis beslist noodzakelijk. Het kunnen hanteren van zijn relaties met zijn patiënten is voor de huisarts, die zo dicht en zo onbeschermd bij zijn patiënten staat, een levensvoorwaarde. Weet hij zich niet te distantiëren van de problemen, die de patiënten hem dag in dag uit voorleggen, dan zal hij zelf op den duur de dupe ervan worden.

Een open oog voor eigen mogelijkheden en grenzen wordt van de huisarts gevraagd bij zijn pogingen zichzelf te ontwikkelen. Zijn mogelijkheden wisselen vrij sterk. Op het platteland zijn de mogelijkheden vaak gering, de belangrijkste nascholingsmogelijkheden zijn literatuurstudie, lezingen en klinische demonstraties. In de grote steden en de grote centra daarentegen zijn de mogelijkheden zo vele, dat het de huisarts uiterst moeilijk valt een keus te maken uit de zo bont samengestelde scala. Hierbij dient te worden opgemerkt dat vele, ook voor huisartsen bedoelde lezingen, cursussen en artikelen, te specialistisch zijn. Ook de coördinatie van de nascholingsmogelijkheden laat veel te wensen over. Met een open oog voor de geboden mogelijkheden, maar evenzeer voor zijn eigen mogelijkheden en grenzen, moet de huisarts zijn keus maken. Het maken van plannen voor een lange termijn is hierbij nuttig, indien de mogelijkheid daartoe althans aanwezig is. Actieve scholing is waardevoller dan passieve, het geleerde wordt eer vergeten dan het zelf gedane.

Tenslotte de grenzen van de huisarts. De grenzen aan zijn nascholing gesteld zijn niet alleen van materiële aard door de beperkte keuzemogelijkheden of zijn beperkte tijd. Zijn grenzen worden vooral bepaald door zijn capaciteiten, zijn interesses, zijn aard en zijn persoonlijkheid. Laat hij deze grenzen echter niet bij voorbaat al te nauw trekken!

Namens de Commissie
Wetenschappelijk Onderzoek,
N. H. Vroege, rapporteur