

## Van algemeen arts naar gezinsarts\*

DOOR PROF. DR. A. MERTENS TE NIJMEGEN

Centraal in onze gezondheidszorg staan aan de zijde van de vraag: de patiënt en zijn gezin, aan de zijde van het aanbod: de huisarts. Zij staan centraal in twee actievelden (zie *De Vries*), welke men kan betitelen als: het medische veld in enge zin en het medisch-sociale veld. Deze twee actievelden overlappen elkaar gedeeltelijk; de kern is dezelfde, namelijk het individueel curatieve werk van de huisarts, zijn diagnostiek en therapie. Vanuit deze kern werkt de huisarts in het medische veld in enge zin samen met specialisten en ziekeninrichtingen; in het medisch-sociale veld met andere plaatselijke hulpverleners en met de maatschappelijke gezondheidszorg.

Vroeger — laten we zeggen rond 1900 — had de huisarts in beide velden praktisch een monopoliepositie. Specialisten waren er nauwelijks. Kruisverenigingen waren nog in opkomst. Wijkverpleegsters waren er nog niet. Sociaal-geneeskundigen, zoals Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst (G.G. en G.D.), school-, bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundigen moesten nog worden geboren. Bureaus voor Geestelijke Gezondheidszorg en het maatschappelijk werk in de maatschappij bestonden niet. Alleen zielzorg was er ook toen al. Veranderingen in de geneeskunde en in de maatschappij en met name ook in het gezin hebben gevoerd tot de huidige situatie (*Mertens, 1952*). Een verhelderende visie op het huidige gezin en de ontwikkeling ervan naar de toekomst werd onlangs gegeven door *Douma*.

*Verwachtingen van de patiënten.* Waarom spreekt men de laatste jaren steeds meer van gezinsarts, „family-doctor”, „médecin de famille”, „Familienarzt”? Met andere woorden: moet de huisarts in de huidige maatschappij het gezin in zijn moeilijkheden te hulp komen, moet hij dit inderdaad doen en kan hij dit? En voorts, hoe kan hij ten deze samenwerken met anderen? Want dat hij het niet alleen af kan is a priori duidelijk: naast gezondheidszorg is er bijvoorbeeld ook zielszorg en maatschappelijk werk.

De meest in aanmerking komende partij om bovenstaande vragen te beantwoorden wordt gevormd door de patiënten. Van wie verwachten zij hulp bij hun gezinsproblematiek, bij onder meer hun huwelijks- en opvoedingsmoeilijkheden? Een antwoord op een zo gestelde vraag is niet te geven, omdat

een dusdanige vraag nooit aan de patiënten is gesteld. Wat hun wel ooit is gevraagd — zij het aan zeer beperkte categorieën van patiënten — is: Meent u dat de huisarts uw ter zake kundige raadsman kan of zal zijn in huwelijks- en opvoedingsproblemen?

Bij het in 1960 door *Timmermans* in de Limburgse mijnstreek gehouden onderzoek omtrent „Huwelijksbeleving van katholieke jonggehuwden” bleek dat, van degenen die hun huwelijksmoeilijkheden met een derde zouden willen bespreken, ruim de helft van de mannen en bijna de helft van de vrouwen hiervoor hun arts zouden uitkiezen. De zielzorger kwam op de tweede plaats als consulent in aanmerking en wel voor 20 procent van deze mannen en voor 30 procent van deze vrouwen. Het is niet onwaarschijnlijk dat bij minder kerkse bevolkingscategorieën het percentage dat de arts voor zijn huwelijksmoeilijkheden wenst te consulteren aanmerkelijk hoger is. Uit het onlangs gepubliceerde in 1962 verrichte onderzoek van de socioloog *Winkler Prins* blijkt dat door tweederde van de patiënten deskundigheid van de huisarts wordt verwacht zowel ten aanzien van huwelijksmoeilijkheden als ten aanzien van opvoedingsproblemen. Uit een nog niet gepubliceerd onderzoek, dat de Nijmeegse medische kandidaten die de gedragswetenschappen als keuzevak hadden gekozen, in september van dit jaar onder leiding van de medische socioloog *Persoon* hebben verricht, blijkt dat driekwart der ondervraagde Nijmeegse gehuwde vrouwen van mening is, dat de huisarts verstand behoort te hebben van huwelijksmoeilijkheden en tweederde dat hij verstand behoort te hebben van opvoedingsproblemen.

Hoewel er dus nog weinig en slechts fragmentarisch onderzoek is verricht, mag men hieruit naar mijn mening toch wel met zekerheid concluderen dat thans in ons land het merendeel van de patiënten, wellicht ongeveer driekwart tot tweederde, van mening is dat zij voor hun gezinsproblemen bij hun huisarts een deskundig advies zouden moeten kunnen krijgen.

*Professionele gezinsadviseurs.* Er is in het geheel geen onderzoek geschied naar de hulp welke men inzake gezinsproblemen van anderen dan de huisarts verwacht. Een feit is dat thans vier professionele helpers of adviseurs in principe bereid zijn aan ieder gezin desgevraagd hulp te verlenen en daartoe aan huis te komen: de huisarts, de wijkverpleegster, de maatschappelijk werkster van pa-

\* Voordracht, gehouden op het elfde N.H.G.-congres te Amsterdam, november 1966.

rochie, diaconie of gemeente en de pastor. Behalve deze vier permanent beschikbare en niet-gespecialiseerde helpers, komen incidenteel bovendien nog specifieke helpers in de gezinnen: de specialist, die de huisarts vergezelt, een districtsverpleegster, die de wijkverpleegster vergezelt, de vroedvrouw, een categorale zielzorger, een maatschappelijk werkster van een bureau voor geestelijke gezondheidszorg, ziekenhuis, bedrijf of school, een kraamverzorgster, ziekenverzorgster of bejaardenverzorgster, een fysiotherapeut of gehoorstrainster.

*Wenselijke en feitelijke samenwerking.* De taken van de vier permanente helpers, waarop ieder gezin een beroep kan doen, zijn in principe goed ten opzichte van elkaar af te bakenen: huisarts en wijkverpleegster geven gezondheidszorg, de maatschappelijk werkster sociale zorg, de zielzorger pastorale zorg. Zij benaderen allen hetzelfde gezin en dezelfde mensen in dat gezin, ieder langs een eigen invalsweg. Ieder van hen wordt steeds weer geplaatst voor de totaliteit van het gezin en de totaliteit van ieder individu. De kwaal en de sanering ervan, waarvoor de ene helper is geroepen, heeft meermalen wortels, respectievelijk repercussies in de actievelen van de andere helpers. Omtrent de frequentie of intensiteit waarin samenspel van dit kwartet van permanente gezinsadviseurs is gewenst, is nog praktisch geen onderzoek verricht, wel in beperkte mate over het duo huisarts-maatschappelijk werkster.

In zijn nog niet gepubliceerde onderzoek stelt *Vlamings* vast dat drie huisartsen voor hun gezamenlijke ongeveer 13000 patiënten tellende praktijken in een jaar tijds voor 234 patiënten de hulp van een maatschappelijk werkster ter diagnostiek en (of) ter therapie gewenst achtten. Wanneer men aanneemt dat alle patiënten met maatschappelijke problemen gedurende dat jaar hun huisarts zullen hebben geconsulteerd, zou dit dus voor 1,7 procent der patiënten het geval zijn. Backett (1957) vond bij zijn onderzoek in een Schots dorp voor alle patiënten van een huisartspraktijk een percentage van 3,3; *Collins* kwam bij haar onderzoek in een groepspraktijk te Cardiff in Engeland tot een percentage van 1,6. De genoemde drie percentages zijn echter onderling niet in alle opzichten vergelijkbaar; zij worden alleen genoemd om enigermate de orde van grootte aan te duiden. Op grond van een onderzoek in Pretoria vermeldde *Botha en medewerkers* als een der voorlopige conclusies, dat de rol van de maatschappelijk werkster voor de gezinsgeneeskunde een hoogst belangrijke is. „Sy is in staat om die agtergrondskennis en huislike probleme van die gesin vinniger te leer ken as die huisarts. So kan laasgenoemde alleenlik die spits van die ysberg van psigo-sociale stoornisse waarneem. Sy is waar-skynlik vir die huisarts in die stad net so onont-beerlik als sy ontvangsdame”.

Dit is alles wat kon worden gevonden omtrent de wenselijkheid van samenwerking tussen huis-

arts en maatschappelijk werkster. Omtrent de gewenste „bipartite” samenwerking tussen andere gezinsadviseurs bestaat geen literatuur, laat staan dat er cijfers zouden zijn over de wenselijkheid van „tri”- of „quadri-partite” samenwerking.

Indien wij iets willen weten omtrent de feitelijke frequentie of intensiteit van de samenwerking tussen de professionele gezinsadviseurs, dan vinden wij hieromtrent geen enkele publikatie. Een kleine driënjacht op het terrein van de literatuur door medewerkers van mijn instituut leverde het volgende schamele resultaat op. Uit cijfers omtrent de contacten van negen algemene maatschappelijk werksters te Nijmegen bleek dat ieder van hen gedurende 1965 gemiddeld tien contacten met een huisarts had gehad, dus nog niet één contact per maand. Dit gemiddelde werd uitsluitend bereikt doordat een paar van deze maatschappelijk werksters frequent contact onderhielden met een of enkele huisartsen; de overigen hadden nooit of bijna nooit contact met een huisarts. Uit verslagen van 50 Nijmeegse semi-artsen, die het meest recent hun co-assistentie bij een huisarts hadden gelopen, bleek dat zij per maand gemiddeld de volgende aantallen ontmoetingen van hun huisartsen-gastheeren meemaakten: 5,1 met een wijkverpleegster; 1,4 met een maatschappelijk werkster en 0,6 met een pastor. Op het platteland is deze ontmoetingsfrequentie iets hoger dan in de steden. Het is echter mogelijk dat de huisarts, behalve de door de semi-artsen meegemaakte ontmoetingen, nog enkele telefonische contacten of contacten buiten hun aanwezigheid heeft gehad.

Een nog niet gepubliceerde landelijke enquête, die in 1965 door het Wit-Gele Kruis, in samenwerking met het Dr. Veeger-Instituut, onder 1040 wijkverpleegsters werd gehouden, leverde onder meer de volgende voorlopige resultaten op: de contacten van de wijkverpleegster met de huisarts zijn in het algemeen slechts van incidentele aard; deze contactfrequentie is omgekeerd evenredig met de gemeentegrootte. Indien de wijkverpleegster maatschappelijke problemen aantreft, verwijst zij deze slechts in een derde deel der gevallen naar het maatschappelijke werk. Een dergelijke verwijzing doet zij in bijna de helft van deze gevallen rechtstreeks, in ruim 20 procent via de huisarts en in de resterende 30 procent via anderen of via een combinatie van de genoemde mogelijkheden. Na een dergelijke verwijzing volgt in nog niet de helft van de gevallen een regelmatige samenwerking tussen maatschappelijk werkster en wijkverpleegster. Bijna tweederde van deze 1040 wijkverpleegsters deelt mede, dat zij harerzijds nooit of slechts zeer incidenteel een patiënt krijgt verwezen door de maatschappelijke werkster.

Een eveneens in 1965 gehouden enquête onder alle wijkverpleegsters en huisartsen in Friesland, waarvan Phaff mij de uitkomsten ter beschikking stelde, geeft voor deze provincie met een overwegend plattelandskarakter, een gunstiger beeld te

zien. Van de wijkverpleegsters zegt 46 procent regelmatig contact met de huisartsen te hebben, 37 procent soms en 17 procent zelden of nooit. Van de huisartsen zegt 45 procent regelmatig, 29 procent soms en 26 procent zelden of nooit contact met wijkverpleegsters te hebben. De huisartsen ervaren dus de contacten als minder frequent dan de wijkverpleegsters. Vermeldenswaard is voorts dat slechts twaalf procent der wijkverpleegsters en elf procent der huisartsen de feitelijke onderlinge contacten als onvoldoende kwalificeert. Ik meen dat er bij het experiment te Assen inzake de samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegster nog gegevens zijn verzameld omtrent de contacten tussen beide vóór het begin van het experiment. Deze gegevens zijn mij echter niet bekend.

De door mij genoemde cijfers mogen wij niet generaliseren. Helaas is er nochtans onvoldoende reden om aan te nemen, dat de samenwerking tussen de vier gezinsadviseurs in het algemeen goed zou zijn te noemen, behalve misschien — op grond van de ervaring — de samenwerking tussen pastor en de maatschappelijk werkster van parochie of diaconie. Hoe weinig er ook is onderzocht omtrent de wenselijke en feitelijke samenwerking tussen de vier permanente gezinsadviseurs, de volgende twee feiten staan wel vast. Ten eerste dat het merendeel der patiënten verwacht dat ook de huisarts hen van advies kan dienen inzake de gezinsproblemen. Een tweede feit is dat de gezinsproblematiek in zijn genese en (of) in zijn gevolgen meermalen tegelijkertijd het terrein van gezondheidszorg, zielzorg en maatschappelijk werk bestrijkt.

Deze twee feiten brengen de volgende consequenties voor de huisarts met zich: willen zijn patiënten inzake hun gezinsproblematiek adequate hulp krijgen dan moet hijzelf verstand hebben van gezinsproblemen, tevens moet hij op dit terrein samenwerken met anderen.

*Deskundigheid van de huisarts.* Wat betreft de deskundigheid van de huisarts inzake gezinsproblemen gaat het hier, zoals steeds, om een deskundigheid in diagnostiek en therapie, waaruit als regel een deskundigheid in preventie voortvloeit. Deze preventie — onder andere geneeskundige adviezen vóór het huwelijk, voorkómen van toekomstig sociaal-pathologisch gedrag van de kinderen door de actuele gezinsrelaties gezond te doen zijn, cursorische voorlichting — wordt korthedshalve buiten beschouwing gelaten. Deskundigheid in gezinsproblematiek kan de huisarts zich alleen verwerven door bijscholing. Zeker in het verleden was het onderwijs aan medische studenten niet speciaal op het bijbrengen van deze kennis en kunde gericht.

Nu is het wat de bijscholing op dit terrein betreft, naar mijn mening, niet anders dan met de bijscholing op andere terreinen. Er is een voorhoede van 20 tot 30 procent, een „avant-garde” van huisartsen, die bij is en bij blijft; er is een grote midden-groep, die zich slechts een deskundigheid met gro-

te of kleine hiaten verwerft en er is een achterhoede, die het inzake de gezinsproblematiek op de „common sense” laat aankomen, welke „common sense”, zoals wel vaker is opgemerkt, voor de patiënt dikwijls niet meer dan „common places”, gemeenplaatsen, oplevert. In het hierna volgende wordt korthedshalve van huisartsen gesproken, wanneer degenen worden bedoeld die tot de genoemde voorhoede behoren.

*Gezinsdiagnostiek.* Wat de gezinsdiagnostiek betreft hebben deze huisartsen de gezinstypologieën van *Saal*, *Kooy*, *Ponsioen* of het samenvattend overzicht van *In 't Veld-Langeveld* bestudeerd. Omtrent de fasen welke ieder gezin doorloopt — wordings-, stabilisatie-, involutie- en rest-fase, die ieder hun eigen problemen meebrengen — hebben beschouwingen zoals die van *Eysink* de nodige informatie verschaft. De huisarts dient de genoemde sociologische inzichten te kennen om zijn gezinnen en hun problemen in het juiste perspectief te zien. Meer direct voor zijn behandeling is sociaal-psychologische kennis van de verschillende, naar hun aard onderscheiden tussenmenselijke relaties van belang. *Oldendorff* bijvoorbeeld onderscheidt conventionele, instrumentele, functionele en persoonlijke relaties, een indeling die door *Defares* experimenteel is onderzocht en verder hanteerbaar is gemaakt. De gezinsproblematiek is veelzijdig belicht in een reeks instructieve artikelen, verschenen in 1964 in „huisarts en wetenschap”. Een aantal huisartsen heeft een bijscholingscursus met „Het gezin” als onderwerp aan het Dr. Veeger-Instituut gevolgd. Studies zoals die van *Rijksen*, *Frijlings-Schreuder*, *Querido-Nagtegaal* en *Weijel* zijn door vele huisartsen gelezen.

Te weinig bekend is dat de eerste gezinssociologische studies in Nederland niet door sociologen zijn verricht, maar door de huisarts *Barentsen*. Zijn observaties in Bergeyk en later in Velsen, in Kempenland en Kennemerland, zoals hijzelf zegt, zijn gepubliceerd tussen 1921 en 1935. Zij zijn ook nu nog alleszins het lezen waard. Wanneer er ooit in Nederland een instituut zou worden opgericht ter bestudering van de gezinssociologie vanuit de medische gezichtshoek, zou het juist zijn daaraan de naam van deze pionier te verbinden.

In ons land is op dit terrein verder nog niet veel onderzoek geschied en het werken hierover lijkt nu al bijna tien jaar stil te staan. Wel bestaan er een aantal buitenlandse studies op dit terrein, vooral van Engelse en Amerikaanse zijde, waarvan het de moeite waard is kennis te nemen ondanks het feit dat de gezinsproblemen daar meermalen enigszins anders liggen dan in ons land. De uitkomsten van deze studies zijn in onderling verband geplaatst door *Huygen* en de psychiater *Nevejan*. Ook verscheen er een publikatie van de *World Health Organization* over deze materie.

De medische gezinssociologie begint in toeneemende mate door te dringen in het onderwijs aan de aanstaande artsen. Naar buiten waarneembare

symptomen hiervan zijn de publikaties van *Veeneklaas en de zijnen* (1961) en die van mijn medewerkers (*Mertens 1965*). Ook de benoeming van een docent in „de sociale geneeskunde van het gezin” in 1960 te Nijmegen, de benoeming onlangs van een hoogleraar in „de geneeskunde van de huisarts” te Utrecht en de medewerking van huisartsen aan het onderwijs in andere faculteiten leiden, gezien de kennis en instelling van deze huisartsen, ertoe dat gezinssociologische inzichten in toenemende mate aan alle medische studenten worden aangeboden, hetgeen naar mijn mening grote voordelen biedt.

*Gezinstherapie.* Deze therapie is schematisch als volgt te verdelen.

Therapie die aangrijpt op de omstandigheden. Hierbij is meermalen verwijzing naar het maatschappelijk werkster, hulp van arbeidsbureaus en van de aanstonds te noemen diensten der Kruisverenigingen nodig.

Therapie die aangrijpt op de enkeling. Hierbij is bij ernstige psychische stoornissen verwijzing naar een psychiater en soms hulp van beroepskeuzeadviseurs en van bureaus voor geestelijke gezondheidszorg nodig.

Therapie die aangrijpt op de intermenselijke relaties. Vooral deze derde therapievorm ligt op het werkteerrein van de huisarts en het gezinsteam. Menige huisarts is hierin geschoold doordat hij zich gespreks- en „counselings”-technieken heeft eigen gemaakt, een en ander vooral dankzij de vele studiegroepen voor medische psychologie en de trainingscursussen in gesprekstechniek. Bij alle drie genoemde therapievormen is meermalen samenwerking met of verwijzing naar het maatschappelijk werk, diensten van Kruisvereniging of bureaus voor geestelijke gezondheidszorg nodig. Zoals overal in de geneeskunde voert ook hier onze therapie niet steeds tot een volledig of ook maar gedeeltelijk succes. Dan rest de betrokkenen slechts aanvaarding van het onvermijdelijke. Onze soms noodzakelijke hulp om hen tot deze aanvaarding te brengen, behoort mede tot de taak van de huisarts. Het is een van zijn moeilijkste maar ook meest karakteristieke opgaven.

*Medische gezinssociologie.* Inzake gezinsdiagnostiek en -therapie weet en kan de huisarts die zijn vak heeft bijgehouden, alles wat er valt te weten en te kunnen. Aanbod van wetenschap, vooral inzake de diagnostiek, is er echter nog weinig. Om deze wetenschap uit te breiden zijn naar mijn mening voornamelijk twee dingen nodig: integratie van de voorhanden zijnde medische en gezinssociologische kennis en, vooral, longitudinaal onderzoek in de gezinnen.

Wat het eerste betreft mag men goede verwachtingen koesteren van de activiteiten van de sinds drie jaar in ons land bestaande werkgroep van 28 sociologen, die allen in een medische „setting” werkzaam zijn of zijn geweest en voorts van de on-

langs door de minister van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk ingestelde multidisciplinaire „Werkgroep gezinsbenadering”. Van de kant van het maatschappelijk werk worden trouwens de laatste tijd meer activiteiten op dit gebied ont-plooid, getuige de inhoud van nummer 19 van de jaargang 1965 van het Tijdschrift voor Maatschappelijk Werk, dat geheel aan gezinsdiagnose en gezinstherapie is gewijd en de in 1966 uitgegeven brochure van het ministerie „Kennis en theorie omtrent het gezin ten behoeve van het maatschappelijk werk”.

Wat het tweede betreft betekenen de studies van *Van Es*, *Van Nieuwenhuysen*, *Brenkman*, en *Huygen* een eerste stap in de goede richting. Voorts is ook de voordracht, die *Michels* onlangs op een internationaal congres te Mittendorf (Oostenrijk) hield over „De chronische patiënt en zijn gezin” een wegwijzer voor vruchtbaar verder werken. Zijn werkwijze is een variant van die van *Van Es* en van *Van Nieuwenhuysen*. Hij zet hierbij de chronische zieke man respectievelijk vrouw af tegen de verschillende gezinsfuncties, zoals de sociaal-biologische, de sociaal-economische, de sociaal-culturele en de sociaal-psychologische functies, om na te gaan in welke van deze functies deze patiënten noodzakelijkerwijs tekortschieten en in welke mate.

Tenslotte mag in dit verband nog melding worden gemaakt van de werkzaamheden van een multidisciplinaire werkgroep uit mijn medewerkers die tot een schema voor gezinsdiagnostiek tracht te komen. Onlangs is gebleken dat *Botha en medewerkers* in Zuid-Afrika een soortgelijke studie maken. In het buitenland wordt trouwens ook elders onderzoek op dit terrein verricht, waarbij vooral het werk van Logan in Manchester, van Pflanz in Giessen, van Haggerty in Boston, van Reader, van Silver en van Goodrich, allen te New York, de aandacht trekt.

„*Team-work*”. Naast het verwerven van eigen deskundigheid werd als tweede noodzakelijkheid: het samenwerken met anderen genoemd. Wie serieuze samenwerking wil moet deze niet van het toeval laten afhangen; minimaal moet hij deze regelen en maximaal de samenwerkende personen in één instituut samenbrengen. De reeds vermelde schaarse gegevens omtrent de samenwerking van de vier permanente gezinsadviseurs duiden erop dat van deze samenwerking nog te weinig terecht komt. Het voorstel, dat *Huygen* in 1962 op grond van zijn eigen gunstige ervaringen deed, om te komen tot gemeenschappelijke besprekingen op vastgestelde tijden tussen huisarts, wijkverpleegster, maatschappelijk werkster en pastor in wat hij noemde een „home-team”, gezinsteam of thuisfront, heeft dan ook nog niets aan actualiteit ingeboet. Doel van deze besprekingen is: samenwerking bij de hulpverlening ad hoc aan bepaalde gezinnen, waarvoor een der teamleden dit zinvol acht en wel ter voorkoming van tegen elkaar in werken, dubbel werk

of hiaten in het werk en ter bevordering van de effectiviteit van het werk door, als dit is gewenst, de begeleiding van verschillende gezinsleden onderling te verdelen of om een koploper in de uitvoering aan te wijzen. Met andere woorden, een gereguleerde samenwerking van de vier permanente professionele adviseurs voor hulp aan die gezinnen waarvoor dit nuttig lijkt. In deze samenwerking kunnen incidenteel anderen, zoals onderwijzer of arbeidsbemiddelaar, worden betrokken.

Het is zonder meer duidelijk dat samenwerking in een „home-team” op dorpen veel gemakkelijker is te verwerkelijken dan in steden, waar dit in het algemeen niet mogelijk is. Hier zal een dergelijke samenwerking — en dan zelfs nog geregelder en inniger dan in een „home-team” — pas mogelijk worden in groepspraktijken, die ook om andere redenen zijn gewenst. Aan werken in teamverband moet de arts nog wennen. Van oudsher is hij de man aan de top van de hiërarchie, de man die het voor het zeggen heeft. De sociaal-geneeskundige werkt thans reeds veelvuldig in teamverband; van de specialist wordt hetzelfde in toenemende mate gevraagd. Ook de huisarts zal moeten leren zowel in het „home-team” als in de groepspraktijk, samen te werken met anderen, met maatschappelijk werkers en pastores, die ieder hun eigen wijze van benadering hebben. hun eigen methoden ter diagnose en therapie en hun eigen verantwoordelijkheid.

*Huisartsen en wijkverpleegsters.* De taken van huisarts en wijkverpleegster liggen in hetzelfde vlak; de wijkverpleegster werkt gedeeltelijk naast en gedeeltelijk onder de huisarts. Het heeft voordelen de samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegster uit te breiden door de wijkverpleegster meer als rechtstreekse helpster van de huisarts in te schakelen en haar bepaalde taken te geven welke de huisarts thans zelf verricht, bijvoorbeeld vaccineren, het houden van consultatiebureaus voor zuigelingen, het in een aantal gevallen als een soort voorpost fungeren, die gezin en huisarts adviseert omtrent de wenselijkheid van hulp van laatstgenoemde, zoals dit ten plattelande nog meermalen het geval is. Zo zou er eerst contact kunnen zijn tussen patiënt en wijkverpleegster in die gevallen waarin de patiënt niet weet of hij doktershulp zal vragen of niet, bij sommige retourvisites en bij sommige later op de dag aangevraagde visites.

Op grond van het belangwekkende experiment van *Van der Sande* inzake de samenwerking huisarts-vroedvrouw, zou volgens mijn mening het werken van de wijkverpleegster in dezelfde spreekkamer als de huisarts een nauwere samenwerking in hoge mate kunnen bevorderen. De voornaamste argumenten voor deze nauwere samenwerking zijn namelijk dat men nooit werk door een duurdere kracht moet laten doen dan strikt noodzakelijk is en dat een uitbreiding van het curatieve werk van de wijkverpleegster de mogelijkheden voor haar preventieve taak nog zal vergroten. Voor de wijkverpleegster, evenals voor de huisarts, geldt dat de ge-

zondheidsopvoeding het beste aanslaat, indien deze in het kader van en in aansluiting op het curatieve werk kan worden gegeven.

Voor de realisering van een innige samenwerking tussen wijkverpleegster en huisarts moeten diverse organisatorische problemen worden opgelost, waarvan de consequenties, met name voor de Kruisverenigingen, niet gering lijken, terwijl ook de afpaling van de verantwoordelijkheid van wijkverpleegster en huisarts geen eenvoudige zaak is. Een dergelijke samenwerking zal gemakkelijker in groepspraktijken dan in éénmanspraktijken zijn te realiseren, zoals dit ook het geval is met de samenwerking tussen huisartsen en maatschappelijk werkers en tussen huisartsen en vroedvrouwen. De resultaten van het gezamenlijke onderzoek van het Nederlands Huisartsen Genootschap en de Kruisverenigingen in Assen inzake nauwere samenwerking tussen huisartsen en wijkverpleegsters zullen wellicht de richting aangeven, waarin verder kan worden gewerkt.

*Steun van diensten.* De samenwerking van de huisarts en het gezinsteam met anderen in het medisch-sociale veld komt — wanneer wij kortheids-halve afzien van de sociaal-geneeskundige diensten en functionarissen — voornamelijk neer op samenwerking met de diensten voor chronische zieken van de Kruisverenigingen en met de bureaus voor geestelijke gezondheidszorg, in de grote steden beiden grotendeels geïncorporeerd in de G.G. en G.D.- en. Op dit terrein doen zich ontwikkelingen voor die de samenwerking kunnen vereenvoudigen en deze daardoor effectiever maken. Het inzicht breekt eindelijk baan dat de problematiek van de chronische zieken die thuis worden verpleegd weinig specifiek is voor de aandoeningen waaraan deze patiënten lijden. Het zou dan ook gewenst zijn de thans bestaande specifieke diensten samen te bundelen tot één dienst voor langdurig zieken en voor revalidatie.

Op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg streeft men — onder andere op grond van de ervaring dat de verschillende bureaus veelal met dezelfde gezinnen hebben te maken — eveneens naar één dienst, welke men de dienst voor geestelijke gezondheidszorg zou kunnen noemen. Daarin zouden de huidige sociaal-psychiatrische diensten voor volwassenen en voor kinderen, de Medische Opvoedkundige Bureaus (M.O.B.'s), de bureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden en die voor alcoholisten kunnen worden samengebundeld.

Deze samenbundelingen zouden een veel fijnere regionale differentiëring mogelijk maken dan de thans veelal provinciale en bovendien confessionele differentiëring, zodat er per ziekenhuisrayon bijvoorbeeld één dienst voor chronische zieken en revalidatie en één dienst voor geestelijke gezondheidszorg werkzaam zou zijn. Deze diensten zouden als hun doel moeten zien: de huisarts en het gezinsteam te helpen bij die taken ten opzichte van de patiënt thuis, welke zij alleen niet kunnen kla-

ren omdat deze of hun geografische actie-radius of hun deskundigheid overschrijden.

Elk van deze twee regionale diensten zou slechts één adres (eventueel één „intake“- of selectieteam) moeten hebben, waarmee de huisarts in alle gevallen en te allen tijde in contact kan treden en waarmee hij reëel kan samenwerken. Binnen de dienst zelf kan dan — voor zover nodig — differentiëring zijn naar verschillende taken, doch het contact tussen huisarts en dienst moet tot dit ene punt blijven beperkt. Dusdoende wordt het de huisarts mogelijk de verantwoordelijkheid voor iedere patiënt thuis te dragen — een verantwoordelijkheid die geen dienst van hem kan noch wil overnemen —, terwijl deze samenbundeling in slechts twee diensten en de regionalisering daarvan kostenbesparend werkt. Versnippering van mankracht, outillage en geld wordt voorkomen. De „verbindingslijnen” worden korter; men kent elkaar en raakt op elkaar ingespeeld.

Met het „intake-team” van deze diensten, evenals misschien ook met vrijgevestigde specialisten, zou in toenemende mate een samenwerking, als door Caplan bepleit, mogelijk moeten zijn: huisarts en gezinsteam vragen advies hoe zij een bepaalde patiënt of een bepaald gezin verder zullen behandelen. De adviseur zelf ziet de patiënt niet en draagt ook geen directe verantwoordelijkheid voor de behandeling. Aan deze wijze van consulteren was het jongste meinumnummer van het Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid geheel gewijd.

*Huisarts of gezinsarts.* In ons land werd oorspronkelijk van algemene praktijk gesproken om aan te duiden dat de betrokkene de genees-, heelen verloskunde in volle omvang uitoefende en dat hij was opgeleid na 1865, toen er een einde was gekomen aan de afzonderlijke opleiding en gescheiden werkgebieden van medicinae doctores en chirurgijns. Pas secundair, toen de specialisering op gang kwam en steeds meer artsen van „de volle omvang” afstand gingen doen, zich in de breedte gingen beperken om aan hoogte te winnen — van pycnici asthenici werden, zou men kunnen zeggen — pas toen is men de algemene praktijk tegenover de specialistische gaan stellen. Indien men thans de voordelen van de algemene visie tegenover de beperktheden van de specialistische kijk wil beklemtonen spreekt men van „generalist” tegenover specialist.

Ook thans nog is de huisarts een algemene arts met een eigen deskundigheid. Deze eigen deskundigheid bestaat in het toepassen van de geneeskunde in de gezinssituatie, een situatie met zijn eigen beperktheden en zijn eigen mogelijkheden. Van deze laatste is de belangrijkste: de patiënt te kunnen zien in zijn gezins- en verdere maatschappelijke relaties. Deze eigen deskundigheid wordt naar mijn mening uitstekend tot uiting gebracht in de naam: huisarts. Om deze reden is deze naam echter niet in gebruik gekomen. Oorspronkelijk wilde men er slechts mee aanduiden dat de betreffende

arts bij de patiënt aan huis kwam, in tegenstelling tot de specialist die alleen maar in zijn eigen huis — en later in het ziekenhuis — zijn diensten verleende.

De naam huisarts, die alleen wordt gebruikt in Nederlands- en Duitssprekende landen is echter, als pars pro toto, zeer wel bruikbaar om er de taak van de gezinsarts mee tot uitdrukking te brengen. Engels- en Franssprekenden mogen behoefte hebben aan „family-doctor” en „médecin de famille”, wij behoeven de naam huisarts niet door de term gezinsarts te vervangen. In de naam huisarts wordt diens deskundigheid pregnant tot uitdrukking gebracht. Hier, evenals elders, is evenwel nodig dat wij door eigen onderzoek in de huisartspraktijken de bouwstenen aandragen die het mogelijk maken het vertrouwen dat de patiënten in hun huisartsen stellen ook in gezinsaanleggenheden met deskundigheid te beantwoorden. Tegelijkertijd moeten wij komen tot een institutionalisering van de samenwerking met andere deskundigen op dit terrein. Deze tak van het huisartsenwerk, evenals andere takken, komt evenwel niet tot uitgroei of verdort, indien hij niet krachtig wordt gevoed via de stam van het werk van de huisarts, welke stam is en blijft zijn individueel curatieve werk, waarvan als regel het uitgangspunt is: het soma van zijn patiënt.

- Barentsen, P. A. (1922) Ned. T. Geneesk. 66, 610.  
——— (1923) Ned. T. Geneesk. 67, 268.  
——— (1926) Mens en Mij. 2, 44.  
——— (1928) Mens en Mij. 4, 59 en 145.  
——— (1935) Het oude Kempensland. Noordhoff, Groningen.  
Botha, H. P. e.a. (1966) S. Afr. med. J. 8, 131.  
——— (1964) S. Afr. med. J. 6, 71.  
Brenkman, C. F. (1963) De huisarts en het gezin van zijn patiënt. Academisch proefschrift van Gorcum & Co., Assen.  
Collins, J. (1965) Social casework in a general medical practice. Pitman, London.  
Commissie Onderzoek Maatschappelijk Werk (1966) bulletin 11. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage.  
Defares, P. B. (1963) Grondvormen van menselijke relaties. Van Gorcum & Co., Assen.  
Douma, W. H. (1966) T. Maatsch. Werk 20, 17.  
Es, J. C. van (1959) Gezinnen met zwakzinnige kinderen. Academisch proefschrift. Van Gorcum & Co., Assen.  
Eysink, R. (1957, 1962) Gezinsociologie, proeve van een systematische inleiding. Van Loghum Slaterus, Arnhem.  
Frijling-Schreuder, E. C. M. (1955) Preventie van neurotische gezinsrelaties. Van Gorcum & Co., Assen.  
Gezinsdiagnose en gezinstherapie (1965) T. Maatsch. Werk 19, 345.  
Huygen, F. J. A. (1962) huisarts en wetenschap 5, 119 en 258.  
——— (1964) huisarts en wetenschap 7, 429.  
Kooy, G. A. (1957) Het veranderend gezin in Nederland. Van Gorcum & Co., Assen.  
Mental health consultation (1966) Maandbl. Geest. Volksgezondh. 21, no. 5.  
Mertens, A. (1952) Med. Contact (Amst.) 6, 697.  
——— e.a. (1965) De patiënt als gezinslid. Dekker & v. d. Vegt, Utrecht, Nijmegen.  
Nevejan, M. A. J. M. (1966) Relatieproblematiek in het huwelijk. Het Spectrum, Utrecht, Antwerpen.  
Nieuwenhuyzen, M. G. van (1961) Persoon en milieu van de ulcus duodenilijder. Academisch proefschrift. Wijnants, Heerlen.



- Oldendorff, A. (1957) De psychologie van het sociale leven. Bijleveld, Utrecht.
- Ponsioen, J. A. (1958) Gezinstypen; in: Het sociale leven in al zijn facetten. Van Gorcum & Co., Assen.
- Querido-Nagtegaal, C. G. (1957) Gewone mensen; een medisch-psychologisch onderzoek van een sociale steekproef. Stenfert Kroese, Leiden.
- Rijksen, P. (1955) Sociale en psychologische aspecten der gezinsonvolledigheid. Academisch proefschrift. Van Gorcum & Co., Assen.
- Saal, C. D. (1951) Sociaal Jaarboek no 5, 28.
- (1958) Het boerengezin in Nederland. Van Gorcum & Co., Assen.
- Sande, W. J. M. van der (1966) huisarts en wetenschap 9, 265.
- Timmermans, L. A. G. J. (1954) Huwelijksbeleving van katholieke jonggehuwden. Academisch proefschrift. Dekker & v. d. Veght, Nijmegen.
- Veeneklaas, G. M. H. e.a. (1960) Driehoeksbesprekingen in de Leidse Kinderkliniek. De Haan, Zeist.
- Veld-Langeveld, H. M. in 't (1963) Gezinsociologie en gezinsbeleid. Bijleveld, Utrecht.
- Vries, A. E. N. de (1966) huisarts en wetenschap 9, 233.
- Vlamings, H. L. A. (1967) Samenwerking van huisarts en maatschappelijk werkster. Academisch proefschrift. Dekker & v. d. Veght, Utrecht, Nijmegen.
- Werkgroep gezinsbenadering (1966) T. Maatsch. Werk 20, 261.
- Weijel, J. A. (1961) Medische psychologie; psychologie en psychotherapie voor de huisarts. Bijleveld, Utrecht.
- Winkler Prins, J. (1966) Huisarts en patiënt; een empirisch-sociologisch onderzoek naar het verband tussen maatschappelijke bindingen van patiënten en hun beeld over de huisarts. Academisch proefschrift. Boom & Zn., Meppel.
- W.H.O. (1965) Aspects of family mental health in Europe. W.H.O., Geneva.

## Een ongewoon ziektegeval uit de huisartspraktijk

DOOR W. W. OOSTERHUIS, HUISARTS TE HAARLEM

Door vakantie gesterkt, hervatte ik dit najaar met frisse moed de praktijk. Zoals een schip dat op de helling is geweest, bij de tewaterlating een grote golf opwerpt, zo onderging ik bij de hernieuwde onderdompeling in het dagelijkse werk, de traditionele golf van ziekmeldingen. Temidden van de talloze boodschappen nam ik van mijn waarnemers ook die van de bejaarde heer X over. Zijn hardnekkig „griepje” had mijn collega tot twee huisbezoeken genoopt.

Het bestaan van de heer X had ik al bijna vergeten, zolang was het geleden dat hij voor het laatst medisch advies vroeg. Op aandringen van mijn collega bezocht ik hem de eerste dag van mijn praktijkhervatting. Ik trof hem te bed aan; hij klaagde over pijn in nek en armen, een vieze smaak in de mond en over een gevoel van grote vermoeidheid. Hij had een temperatuur van 38,5° Celsius. Deze toestand was volgens zijn opgave drie dagen tevoren begonnen met misselijkheid, braken en algemeen onwel bevinden. Van de aanvang af bedroeg de temperatuur 38,5° Celsius. Sinds een dag had hij ook last van spierpijn, vooral in de schouders.

Het algemeen lichamelijke onderzoek bracht geen afwijkingen aan het licht. Er waren met name geen afwijkingen aan hart en longen, geen palpabele organen in abdomine, noch pathologische weerstanden aldaar. Ook waren er geen klieren te voelen in oksels, liezen, in de sulcus bicipitalis supraclavicularis en in de hals. Onderzoek van keel, neus en oren leverde, behalve een vuil beslagen tong, geen bijzonderheden op. Daar patiënt over constipatie klaagde, deed ik rectaal toucher, doch ik vond geen pathologische afwijkingen.

Het is het vermelden waard, dat de echtgenote van patiënt protesteerde tegen het wederom voor-

*Samenvatting.* Een zich aanvankelijk als „griep” manifesterende ziekte bij een 77-jarige man optoede zich later als arteriitis temporalis. Beschreven wordt het verdere beloop en de gunstige afloop van deze ziekte bij behandeling thuis.

schrijven van de, door mijn waarnemer reeds verstrekte griepoeders welke ik, ut aliquid fit, wilde itereren. Zij deed dit met het onweerlegbare argument, dat deze poeders de afgelopen twee weken geen enkele bijdrage tot het herstel van haar echtgenoot hadden geleverd. Daar zij van twee weken sprak en haar man van drie dagen, ging ik nader op dit verschil tussen auto- en heteroanamnese in. Wat mij niet was opgevallen, werd door mevrouw X zeer precies aangegeven: de patiënt bleek ieder besef van tijdsduur te hebben verloren en al dagenlang niet meer te weten hoe laat het was, hoelang hij ziek was of welke dag het was. Daar hij overigens geen ernstig zieke indruk maakte, bracht deze tegenstrijdigheid mij er toe, hem dagelijks te gaan bezoeken.

Door het huisartsenlaboratorium liet ik aan huis bloed afnemen ter bepaling van: het hemoglobinegehalte, bezinkingssnelheid van de erythrocyten, het aantal leukocyten en de differentiatie daarvan en, in verband met zijn cerebrale dysfunctie ter uitsluiting van een eventuele uremie, het ureum- en creatininegehalte. Het resultaat luidde: hemoglobinegehalte 90 procent; aantal leukocyten matig verhoogd: 13900; differentiatie: geen bijzonderheden; bezinkingssnelheid der erythrocyten 53 mm in het eerste uur; creatininegehalte 0,6 mg procent en ureumgehalte 45 mg procent. Gelukkig