

Het Art Institute van Chicago, liet 25 etsen weg, als zijnde „ongeschikt voor publieke vertoning”, maar ontving niettemin telefoontjes van mensen die Picasso een oude viererik noemden en eisten dat de tentoonstelling verwijderd zou worden. (Time) (N.R.C. 8-2-'69)

Samenvatting. De oudere mens met klachten op het gebied van de geslachtsorganen zal zowel bij zichzelf als bij de arts remmingen moeten overwinnen alvorens hij zijn problemen vrijuit met de medicus kan bespreken. Het vooroordeel, dat oudere mensen geen seksuele verlangens meer hebben - en dus ook seksueel niet meer actief zijn -, belemmert vooral de effectieve patiënt-arts-communicatie. Tevens heeft het bestaan van dit vooroordeel ertoe geleid dat weinig onderzoek op het gebied van de normale seksuele gedragingen van bejaarden is verricht. In het algemeen kan men aannemen dat van de 60-jarigen 75 procent nog regelmatig geslachtsverkeer heeft, van de 70-jarigen 50 procent en van de 80-jarigen 12 procent. Voor de ongehuwde bejaarden liggen deze percentages echter veel lager.

De medicus zal om deze redenen bij sommige oudere patiënten de seksuologische aspecten van het ziek zijn ter sprake moeten brengen. Dit geldt vooral voor patiënten die een

operatie aan de geslachtsorganen moeten ondergaan en voor patiënten die een ziekte hebben die hun motorische activiteiten belemmert.

- Cahn, L. A. Psychiatrische problemen van de oude dag. Mouton, Den Haag, 1964
- Fuldauer, A. Bejaardenonderzoek in een huisartspraktijk. Academisch Proefschrift, Leiden, 1966.
- Kinsey, A. C. en anderen. Sexual behavior in the human male. Saunders, Philadelphia, 1948.
- Kinsey, A. C. en anderen. Sexual behavior in the human female. Saunders, Philadelphia, 1953.
- Logan, W. P. D. Morbidity Statistics from General Practice (Volume I, III), H.M.S.O., London, 1958, 1962.
- Musaph, H. Het consultatiebureau voor huwelijks- en geslachtsleven. Uitgave N.V.S.H., 's-Gravenhage, 1960
- Newman, G. en C. R. Nichols (1960) J. Amer. med. Ass. 173, 33.
- Peberdy, G. (1967) Practitioner 199, 564.
- Post, F. (1967) Practitioner 199, 377.
- Rümke, H. C. Derde bundel studies en voordrachten over psychiatrie. Scheltema en Holkema, Amsterdam, 1958.
- Zonneveld, R. J. van. The health of the aged. Van Gorcum en Comp., Assen, 1961.

De huisarts 1970

Inleiding. De Wetenschappelijke Vereniging der Vlaamse Huisartsen heeft op zaterdag 3 oktober 1970 in Beerse een nationaal colloquium gehouden onder de titel „De huisarts 1970”. In verband met de grootte van de congreszaal — men had de beschikking gekregen over het auditorium van Janssen Pharmaceutica, gelegen op enkele kilometers van Turnhout — was het aantal genodigden en panel-leden beperkt tot omstreeks 90. Wanneer de lezer tot zover gekomen zich afvraagt wat uw correspondent wel bewogen mag hebben deze nationale Belgische manifestatie rondom de huisarts bij te wonen, dan kunnen de volgende argumenten worden genoemd:

1. De Wetenschappelijke Vereniging der Vlaamse Huisartsen (W.V.V.H.), opgericht in 1963, is een zustervereniging van het N.H.G. Een bijzonder beminlijke zuster, die dezelfde taal spreekt en reeds verscheidene malen tijdens N.H.G.-congressen vertegenwoordigers afvaardigde.

2. Ter informatie van de deelnemers aan het colloquium was studiemateriaal verzameld, samengebracht in een boekwerk van 342 pagina's, waarin op uiterst deskundige wijze de totale problematiek van de functie van de huisarts in de gezondheidszorg ter discussie was gesteld (zie verder).

De Belgische huisarts. In tegenstelling tot Nederland, waar de centrale positie van de huisarts tot nu toe door het ziekenfondssysteem in belangrijke mate in stand wordt gehouden, bestaat in België een „free acces” van iedere patiënt tot iedere arts. Men kan met zijn klachten bij iedere huisarts en iedere specialist terecht. Bij uitzondering kan de Belgische huisarts spreken van „mijn praktijk”: van de grootte, de samenstelling enzovoort is hem veelal weinig bekend, zoals dat in ons land met de inschrijving op naam het geval is. Voorts discrimineert het honoreringssysteem de huisarts* ten opzichte van de specialist en het gevolg is dat er een wanverhouding bestaat tussen het aantal huisartsen en specialisten. Bijvoorbeeld: in een gemeente met negentienduizend zielen praktizeren zeven huisartsen en 28 specialisten; in een universiteitsstad met een kwart miljoen inwoners praktizeren 52 huisartsen en zeshonderd specialisten.

* De huisarts krijgt in tegenstelling tot de specialist verschillende onderzoeken die hijzelf doet of laat doen niet vergoed, waardoor hij in zijn diagnostische mogelijkheden ernstig is beperkt.

Doordat de specialisten bij wijze van spreken alles doen behalve het huisbezoek, beperkt het werk van de huisartsen zich grotendeels — vooral in de grote steden — tot het afleggen van zeer vele visites op alle mogelijke en vaak onmogelijke tijdstippen („Ik zit den gehelen dag in mijnen auto”, merkte desgevraagd een grote stadsarts op).

De werksituatie en de wijze van functioneren van de Belgische huisarts is in veler ogen ernstig insufficiënt en moet — dunkt mij — bijzonder deprimerend zijn. Het is derhalve van grote moed en ondernemingsgeest getuigend wanneer men ondanks deze positie van „underdog” in de gezondheidszorg, niettemin tot samenbundeling van krachten komt om te proberen de functie van de huisarts in de gezondheidszorg beter tot zijn recht te doen komen in het belang van de patiënt.

De huisarts 1970. De omstreeks 150 leden van de W.V.V.H., die medewerkten de basisrapporten over „De huisarts 1970” te realiseren zijn de exponenten van het idealisme dat de Vereniging voortstuwt. Dit studiemateriaal omvat de volgende themata: I. Sociaal-economische vaststellingen over de huisarts in de huidige gezondheidszorg; II. De huisarts en de psychologie van de zieke mens; III. De relatie tussen huisarts en specialist; IV. Taak en promotie van de huisartsgeneeskunde. Om een indruk te geven van de uiterst serieuze werkwijze van de verschillende samenstellers zij hier vermeld, dat in de bovengenoemde hoofdstukken respectievelijk 58, 84, 48 en 112 literatuurverwijzingen zijn opgenomen.

Tijdens het colloquium werden deze themata door Van Orshoven, Janssens, Baeyens en De Smet elk in ongeveer twintig minuten ingeleid, waarna steeds gedurende een half tot driekwart uur gelegenheid bestond over het onderwerp te discussiëren met een panel, waarvoor verschillende deskundigen waren uitgenodigd.

Het studiemateriaal, aangevuld met de discussieverslagen, de praktische conclusies en het actieplan zullen binnenkort worden gepubliceerd. Belangstellenden wordt aangeraden zich voor verkrijging van deze volledige uitgave „De huisarts 1970”, te richten tot collega H. Baeyens, huisarts te Leuven, en secretaris van de W.V.V.H., Diestsestraat 85.

Waar het in het bestek van een verslag van een dergelijke manifestatie onmogelijk is anders dan slechts enkele facetten te belichten, maar het anderzijds van groot belang is de

lezer kort en bondig te informeren, volgt hierna de vrijwel volledige tekst van de resoluties van het Nationaal Colloquium „De huisarts 1970”, opgesteld door H. Baeyens.

Resoluties Nationaal Colloquium „De huisarts 1970”. „Met dit colloquium „De huisarts 1970” wil de W.V.V.H. de plaats van de huisarts situeren in de gezondheidszorg en de mogelijkheden van zijn valorisatie belichten.

Onze vereniging behandelt de kern van het probleem en maakt daarbij welbewust abstractie van de modaliteiten waarop de ziekteverzekering nu functioneert; evenmin laat zij zich leiden door motieven die eigenbelang nastreven.

De huisarts 1970 situeert zich tussen de huisarts van gisteren en de huisarts van morgen. Het imago dat het publiek, de publieke instanties . . . en vele collegae zich voorstellen van de huisarts 1970 is nog teveel het imago van de huisarts van gisteren: de immer overwerkte huisarts, die zijn status zoekt in het hoge aantal prestaties; de huisarts, die enigszins geminacht wordt door de specialisten, omdat zijn werk niet wetenschappelijk is; de huisarts, die tot voor kort in de academische milieus een grote onbekende was; de huisarts, van wie de functie door de overheidsinstanties gewoon niet gekend is.

Die huisarts van gisteren heeft de mutatie van de geneeskundige wetenschap en de mutatie van de sociale structuren niet begrepen, a fortiori niet begeleid, maar verloor contact met beide. Om die werkelijkheid te ontvluchten trok hij zich terug in een individualisme, dat hem duur te staan is gekomen. In het dieptepunt van deze crisis, tijdens de jaren 1955-1960, is de huisarts zich gaan bezinnen, en nu, in 1970, werkt hij aan het identiteitspatroon van de huisarts van morgen.

Ook morgen blijft de huisarts een onmisbare en specifieke rol vervullen. In de euforie van de verwetenschappelijking, en daaruit voortvloeiend de specialisatie van de geneeskunde, werden de begrippen „gezondheid” en „ziekte” verarmd. Men dacht dat gezond zijn overeenkomt met afwezigheid van ziekte, en dat ziekte een defect is van de menselijke machine. Om een defect op te zoeken en te herstellen wendt men zich liefst tot specialisten in het vak. Met die simplistische opvatting voor ogen moeten de huisartsen de banale kwaaltjes verzorgen, liefst ter plaatse en wordt de echte geneeskunde voorbehouden aan de specialisten.

Gezond zijn is evenwel meer dan begenadigd zijn met een goed lichaam. De World Health Organization formuleert gezondheid als „de toestand van volledig lichamelijke, geestelijke en maatschappelijk welbevinden”, met andere woorden men functioneert maar goed als men op die drie niveaus een behoorlijk evenwicht bereikt. We weten immers dat er niet alleen een nauwe verwevenheid bestaat tussen de geestelijke gesteldheid van de mens en zijn lichamelijke ervaringen, maar dat de geestelijke gesteldheid, of liever de persoonlijkheid van de mens op zijn beurt weer enorm gedetermineerd wordt door de omgevingsinvloeden. Ziek worden is uit zijn evenwicht geraken op één van die niveaus en daardoor ergens lichamelijke hinder ondervinden.

Bij de patiënt die zijn lichamelijke klacht presenteert, moet de arts zich niet alleen afvragen „wat hapert aan dit lichaam?” maar ook, „waarom functioneert deze zieke niet normaal?” Anders gezegd, bij de patiënt met zijn somatisch aanbod moet de arts niet telkens volgens een koele wetenschappelijke procedure zoeken naar de lichamelijke afwijking. Hij moet vooraf deze klacht naar waarde schatten en haar betekenis ontleden.

Om het verstoorde evenwicht te kunnen herstellen, moet de arts de patiënt benaderen als een integrale persoonlijkheid, moet de arts vertrouwd zijn met de ziektegeschiedenis, de persoonlijkheid en de omgeving van de zieke. Voor deze opgave lijkt ons de huisarts die de zieke continu, persoonlijk en integraal benadert, uitzonderlijk geschikt.

Dan stelt zich de vraag: „Wie is die huisarts, die zulke taak aankan?” Het wettelijk diploma van dokter in de genees-, heel- en verloskunde waarborgt niet de bekwaamheid tot het uitoefenen van de huisartsgeneeskunde. Wij willen niet poneren dat de huisartsgeneeskunde evengoed een specialiteit is als de traditioneel erkende specialiteiten. Het woord „specialiteit” is bijna een contradictio in terminis met

de integrale wijze waarop de huisarts de zieke benadert. Wel willen wij benadrukken dat de huisartsen een specifieke bevoegdheid en een specifieke bekwaamheid moeten hebben.

Simultaan met dit colloquium belegt de W.V.V.H. de „European Conference on Teaching General Practice”, om alles wat tot nu toe gerealiseerd werd op het gebied van specifieke opleiding tot en van de huisarts samen te brengen. Uit die conferentie zullen we veel vernemen over de wijze waarop men in de toekomst de huisarts beter kan bekwaamen. Over de bekwaamheid zelf kunnen we zeggen dat ze meer is dan een zekere kennis van de verschillende specialistische vakken. Ze veronderstelt ook nog: kennis van de eigen patiënt, kennis van de huisartsgeneeskunde en kennis van de mens en de maatschappij met alle communicatieproblemen daaraan verbonden. Het is evenwel niet voldoende dat er bekwame huisartsen bestaan. In de gezondheidsstructuur moet ook de functie van de huisarts worden gespecificeerd, met andere woorden de bevoegdheid van de huisarts moet worden omschreven.

Volgende overwegingen lijken ons hierbij belangrijk:

Ten eerste: de zorgenverstrekking moet hiërarchisch worden opgebouwd. Aan de basis de huisartsen, die exclusief verantwoordelijk zijn voor de eerste echelon-geneeskunde. Hoger in de pyramide de specialisten en de klinieken met wie de huisartsen continu samenwerken voor de tweede echelon-geneeskunde. Praktisch wil dit zeggen, dat aan de huisartsen een absolute zeffunctie moet worden toegewezen.

Ten tweede moet de huisarts continu verantwoordelijkheid dragen voor zijn patiënten. Die verantwoordelijkheid wordt gematerialiseerd door de inschrijving van de zieken bij een huisarts. Natuurlijk moeten de modaliteiten een zekere vrije keuze toelaten. De huisarts van zijn kant is verplicht van elke patiënt een medisch dossier bij te houden waarvan het standaardgedeelte bij eventuele verandering van huisarts moet worden overgedragen aan de volgende huisarts om de continu notering mogelijk te maken.

Ten derde: de verantwoordelijkheid van de huisarts is zo enorm, vooral als hem de zeffunctie wordt toegewezen, dat het huidige artsendiploma niet volstaat om continu de huisartsgeneeskunde uit te oefenen. We bedoelen dat enerzijds de nieuweling zich specifiek moet bekwaamen voor de huisartsgeneeskunde en dat anderzijds de geldigheid van het diploma maar van beperkte duur mag zijn. De artsen zijn verplicht hun nascholing te verzorgen willen ze hun verantwoordelijkheid volwaardig dragen. Het lijkt ons wenselijk dat een diploma daarom periodisch moet gevalideerd worden. Dit kan gebeuren aan de hand van deelname aan erkende vormen van nascholing.

Aan welke onmiddellijke noden moet voldaan worden, om dit beeld van de huisarts van morgen door te drukken tot een doeltreffende realiteit? Om een doeltreffende pyramide van zorgenverstrekkers uit te bouwen, moeten de beleidsinstanties vooraf weten hoeveel huisartsen en specialisten nodig zijn, in welke agglomeraties diagnostische centra, regionale klinieken en algemene klinieken moeten worden voorzien. Daartoe moet het volume en het soort van ziekteaanbod gekend zijn, met andere woorden de morbiditeit moet geregistreerd en ontleed worden. De verwijzingspercentages, gekoppeld aan de morbiditeitsregistratie geven een kwalitatieve en kwantitatieve aanduiding over de nood aan specialisten.

Tenslotte moet door operationeel onderzoek, het nuttig prestatievermogen per artsendiscipline bepaald worden. Het is verkeerd te denken dat men veel nuttig werk doet wanneer men veel prestaties uitvoert. De kwaliteit kan zo oppervlakkig zijn, dat het eigenlijk ziekteprobleem niet aangeraakt wordt, en de patiënt gedurig opnieuw aankomt met klachten. Ergens moet een gemiddelde minimum tijd bestaan per contact. Zo die limiet niet gerespecteerd wordt, daalt de kwaliteit (helaas ten voordele van de rendabele kwantiteit.) Om de kwaliteit van het werk te bevorderen, moeten de artsen hun praktijkvoering rationaliseren, door samenwerking met hulppersoneel, paramedisch personeel en door groepspraktijk. De statussymbolen moeten meer geves-

tigd worden op de kwaliteit van de praktijkvoering dan op de uiterlijke tekens die het nu doen.

Eerste onmiddellijke nood is dus: operationeel onderzoek over de vraag om zorgen en het aanbod ervan.

Tweede onmiddellijke nood: de huisartsen zelf moeten de inhoud van de huisartsgeneeskunde methodisch ordenen. We moeten uitstijgen boven ons individualisme en een standaard aanpak van de eerste echelon-geneeskunde formuleren: enerzijds moet het minimum van wetenschappelijke benadering van een symptoom, syndroom of ziekte vastgelegd worden, anderzijds moeten de grenzen met het tweede echelon afgebakend worden. Pas dan kunnen de specialisten en de overheidsinstanties veilig de eerste echelon-geneeskunde aan de huisartsen toevertrouwen.

Derde onmiddellijke nood: een systematische aanpak van de scholing en nascholing van de huisartsen. Aan de faculteiten vragen wij dat ze huisartsen zouden integreren voor het onderwijs en de specifieke vorming van onze toekomstige huisartsen. Aan de Staat vragen wij dat een budget zou uitgetrokken worden voor nascholing. Tot hiertoe mochten wij ons niet verheugen in een belangrijk initiatief van de officiële instanties om de nascholing te bevorderen: er bestaat geen planning, er bestaan geen leerkrachten, er bestaan geen materiële middelen specifiek voor de nascholing van de artsen.

De zwaarste last van de actuele nascholing wordt gedragen door de kaders van de faculteiten van geneeskunde, die we bij deze gelegenheid hiervoor huldigen en danken. Maar al hun inspanningen voor de nascholing zijn vrijwillige initiatieven, zijn supplementair werk buiten hun gewone onderwijsopdracht, dat niet systematisch gehonoreerd wordt. De permanente nascholing van alle artsen is levensbelangrijk voor de zieken. Het wordt hoog tijd dat én van de kant van de overheidsinstanties, én van de kant der mogelijke onderwijskrachten, én van de kant van alle artsen een geordende inspanning geleverd wordt.

De actie die de W.V.V.H. moet voeren in de komende jaren ligt op drie niveaus:

De huisartsen bekwamen en bewust maken van hun bevoegdheid. Dit is de meest solide weg naar hun valorisatie bij het publiek.

Met de specialisten de nodige goede relaties opbouwen om een vlotte taakverdeling in de zorgenverstrekking te bekomen.

De overheidsinstanties geleidelijkaan bewijzen wat haalbaar is in de huisartsgeneeskunde, om vervolgens hun steun te vragen met wettelijke regelingen het goede van onze initiatieven te sanctioneren.

Onze contacten met buitenlandse collegae leren ons dat de verdedigde stellingen gezond en haalbaar zijn. Indien we van de huisarts van morgen geen realiteit kunnen maken, dan ligt de oorzaak hoofdzakelijk in de behoudsgezinde belangenstrijd, die op elk niveau van de gezondheidszorg gevoerd wordt en in het gebrek aan visie over de gezondheidszorg.

De W.V.V.H. wil met dit colloquium aantonen, dat het van de kant der huisartsen niet mangelt aan visie noch aan goede wil om de gezondheidsstructuur rationeel te ordenen, ten bate van arts en patiënt."

Prijs van de Vlaamse huisarts. Na voorlezing van de resoluties werd deze uiterst zorgvuldig voorbereide conferentie besloten met de uitreiking van de prijs van de Vlaamse huisarts aan Gilbert Temmerman, eveneens secretaris van de W.V.V.H. en sedert 1949 huisarts te Gent. Deze koploper van de Vlaamse huisartsgeneeskunde ook op deze plaats namens vele Nederlandse kennissen-collegae van harte gelukgewenst.

Besluit. Het N.H.G. is in 1956 opgericht; de W.V.V.H. zeven jaren nadien. Het — ongunstige — werkklimaat van de huisarts in België is niet te vergelijken met het Nederlandse. Wat de W.V.V.H. in deze zeven jaren — met het rapport „De huisarts 1970” als voorlopige afsluiting — heeft gepresteerd, is fenomenaal. In zeker opzicht is onze zustervereniging met dit rapport, met deze belijdenis, zo men wil, verder dan ons Genootschap! Ik heb grote bewondering — en zij die ik in ons land over dit rapport sprak met mij — voor de moed, de werkkraft en het elan, waarmee onze Vlaamse collegae zich voor het goede functioneren van de huisarts in de gezondheidszorg ten behoeve van hun patiënten hebben ingezet.

H.

REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

69-47. Vier weitere Fälle von aplastischer Anämie nach Chloramphenicoltherapie. *Speck, B. en S. Moeschlin (1969) Schw. med. Wsch. 99, 910-914.*

Een huisvrouw, 38 jaar oud, werd wegens een septisch verlopende Salmonellosis behandeld met veertig gram chloromycetin. Twee maanden later kreeg zij klachten van moeheid en kortademigheid bij inspanning; na nog één maand ontstonden echymosen; vaginale en rectale bloedingen drie maanden nadien; elf maanden na de chlooramfenicolbehandeling stierf patiënte aan een hersenbloeding. Het beenmerg was voor alle celsoorten sterk hypoplastisch.

Een 66-jarige huisvrouw met een chronische astmatische bronchitis werd door een astmaspecialist gedurende zeven maanden behandeld met in totaal 78 gram chlooramfenicol. Eén maand nadien optreden van verspreide onderhuidse bloedingen en pancytopenie; exitus drie maanden na de laatste chlooramfenicolgift door sepsis en hemorrhagieën.

Een twintigjarige verkoopster met hardnekkige acne vulgaris werd door een huidarts behandeld met anderhalve gram chlooramfenicol per dag gedurende twee maanden, in totaal 135 gram. Twee maanden hierna optreden van tandvlees- en neusbloedingen en purpura; bij opname pancytopenie. Viereneenhalve maand na de chlooramfenicolmedicatie overleed patiënte aan uitgebreide bloedingen.

Twee maanden voor opname maakte patiënte een hepatitis door, waarvan de genese onbekend was.

Een man van 78 jaar met chronische insufficiëntia cordis en ademhalingsinsufficiëntie werd zes maanden voor opname behandeld met twee stoten van zeveneneenhalve gram chlooramfenicol per keer. Bij binnenkomst in het ziekenhuis was hij bleek en moe; voorts bestond een pancytopenie, koorts, diarree en toxische veranderingen in het bloedbeeld. De diagnose was salmonellose en de therapie bestond uit driëntwintig gram chlooramfenicol. Het was toen nog niet bekend dat patiënt reeds chlooramfenicol had gebruikt. De pancytopenie verergerde en exitus volgde twee maanden na de laatste chlooramfenicol-behandeling ten gevolge van een longontsteking.

Chlooramfenicol heeft steeds een deprimerende invloed op de aanmaak van bloedcellen in het beenmerg. De ijzerstofwisseling is gestoord, doordat de opname van ijzer in de rode bloedcellen is bemoeilijkt; dit uit zich in een verhoogd serumijzergehalte en een verminderde latente ijzerbindingscapaciteit. Ook op de aanmaak van leukocyten en trombocyten in het beenmerg heeft chlooramfenicol een verdragende invloed. Deze toxiciteit is dus obligaat, qua intensiteit afhankelijk van de dosering en reversibel.

De aplastische anemie ten gevolge van chlooramfenicol