

Het werkterrein van de huisarts

DOOR C. P. BRUINS, K. H. NOORDHOFF EN W. VERDENIUS, HUISARTSEN*

De huisarts blijft in de zich in toenemende mate institutionaliserende gezondheidszorg een wat vage positie innemen. De huisartsgeneeskunde laat zich niet inpassen in een omschreven kader, zij wordt niet gesteund door een specifiek wetenschappelijke basis en zij is nauwelijks door organisatorische banden vastgelegd. Dit brengt mede dat men, sprekend over huisartsgeneeskunde, een uiterst vaag begrip hanteert. In talrijke praktische situaties is hier tegen weinig bezwaar; het is echter te verwachten, dat bij toenemende integratie en intensivering van diverse vormen van samenwerking, vooral in sociaal-geneeskundig, maar ook in orgaan-specialistisch kader, meer behoefte zal gaan bestaan aan een duidelijke begripsinhoud van de huisartsgeneeskunde. Deze begripsinhoud wordt thans in grote trekken bepaald door wat iedere huisarts afzonderlijk daaronder verstaat. Het is niet moeilijk om voorbeelden te geven van de onzekerheid die hierdoor ontstaat in aangrenzende gebieden, met betrekking tot hetgeen men van de huisarts kan verwachten.

In feite heeft het handelen van de huisarts in de laatste decennia zich als het ware amoebegewijs moeten aanpassen aan een gewijzigd morbiditeitspatroon (*Ruhe; Winkler Prins*) dat niet volledig kon worden ingepast binnen de bestaande medische en sociale kaders. Aangezien de opleiding tot huisarts niet aan deze gewijzigde omstandigheden was aangepast (*Van Es 1968, Huygen 1962, Huisarts en Universiteit*), bestond veel ruimte en noodzaak tot pionieren en „amateuren”; een en ander wordt vaak als zodanig gesignaleerd op het moment waarop men vanuit een bepaald sociaal, sociaal-geneeskundig of orgaan-specialistisch kader professionele belangstelling gaat tonen voor het betreffende gebied.

In een zodanige ontwikkeling is te verwachten, dat de huisarts in de toekomst geleidelijk zal worden ingekapseld, zelfs dat hij mogelijk zal worden vervangen door instanties en instituten met gespecialiseerde deskundigen (*Dokter; Van Es 1963; Winkler Prins*).

Volgens de huidige opinio communis is de volksgezondheid hiermede niet gediend en er zijn aanwijzingen dat, juist bij een zo gefractioneerde gezondheidszorg als de onze, de behoefte aan een

centrale figuur zal blijven bestaan (*Van Es 1963; Hogerzeil; Huygen 1959; Muntendam*).

Enkele denkbare vormen waarin een dergelijke centrale positie valt te realiseren zijn de volgende:

- een sterk somatisch georiënteerde werker in het eerste „échélon” met een uitgebreid diagnostisch en curatief werkterrein, dat ten dele het huidige specialistisch-poliklinische werk vervangt, al of niet samengaand met groepsvorming en een zekere mate van specialisatie.

- een sterk sociaal-geneeskundig georiënteerd werker in het eerste „échélon”, met een zeer beperkt curatief werkterrein, te beschouwen als een medisch-psycho-sociale „intaker”.

- een in beide genoemde richtingen tot een beperkte en goed omschreven diepte werkzame figuur, die een duidelijk afgebakend curatief gebied integraal kan voorzien, daarbij zinvol aansluitend zowel op de bestaande orgaan-specialistische als op de psycho-sociale instellingen.

Om tal van redenen die hier niet alle ter sprake zullen komen, lijkt de derde vorm ons in de huidige Nederlandse situatie de meest gewenste.

Het bestaansrecht van de huisarts en zijn sleutelpositie in de gezondheidszorg worden onder andere door *Huygen* (1963b) overtuigend verdedigd. Hetgeen zijn betoog onzes inziens buitengewoon behartigenswaardig maakt, is het met zorg afwegen van de psycho-sociale, preventieve en somatische rolvervulling van de huisarts. Met *Huygen* menen wij „dat de taakomschrijving, zoals die door het N.H.G. is aanvaard, in grote trekken juist is” en dat „het psycho-sociale aspect hierin niet moet worden overschat”; dat de arts primair arts moet blijven met als hoofdtaak medische diagnostiek en therapie en dat „preventie van ziekte en psycho-sociale activiteiten voor hem van secundair belang zijn, namelijk in zoverre zij stroken met zijn werkzaamheden als individueel behandelend arts; het somatische aspect zal voor hem kwalitatief zowel als kwantitatief op de voorgrond dienen te blijven staan”.

De door *Klooster* gepropageerde heroriëntatie spreekt ons in het algemeen bijzonder aan, met name zijn voorkeur voor afbakening van functie en deeltaken van de huisarts. *Klooster* wijst op de talrijke deskundige instanties en personen die als onderdelen van de welzijnszorg rondom de patiënt zijn gegroepeerd. Hij legt de nadruk op het strikt persoonlijke van de arts-patiënt-relatie en op de betekenis welke het somatische onderzoek daar-

* Verbonden aan de afdeling Huisartsgeneeskunde van het Laboratorium voor Sociale Geneeskunde (hoogleraar-directeur Prof. Dr. K. J. van Deen) Rijksuniversiteit te Groningen.

in heeft: „zonder het somatisch onderzoek en zonder het daaruit voortvloeiende zeer persoonlijk contact tussen arts en patiënt (worden) alle andere taken voor de huisarts zinloos, omdat de porte d'entree, de basis voor zijn werk, ontbreekt.” „Besecheidenheid en werkelijkheidszin gebieden ons te erkennen, dat de welzijnszorg... niet een uitsluitend medische aangelegenheid is, maar dat deze multidisciplinair van structuur is.”

Huygen merkt in zijn inaugurele rede onder andere op, dat het begrip gezondheidszorg aan verschuiving onderhevig is geweest, namelijk zich bewegend van „cure” naar „care” en in de richting van de integrale geneeskunde. Hierbij moet de principiële vraag worden gesteld of de gezondheidszorg en alle betrokkenen erbij zijn gebaat wanneer de huisarts eveneens een zo volledig mogelijke verschuiving in de genoemde richting nastreeft. Het komt ons voor, dat sommige verschuivingen in het werkerterrein van de huisarts juist en verdedigbaar zijn. Ten aanzien van elke verandering van de begripsinhoud van de gezondheidszorg zal afzonderlijk moeten worden nagegaan in hoeverre deze moet worden gevolgd door een functieverandering van de huisarts in de gezondheidszorg.

Wanneer wij dit thans nalaten bestaat het gevaar, dat de toekomstige huisarts datgene zal zijn wat wij juist wilden voorkomen: een schaap met meer dan vier (rudimentaire) poten, die hem het lopen op aanvaardbaar wetenschappelijk niveau beletten. Een argument ten gunste van de centrale positie van de huisarts lijkt ons vooral het feit, dat hij bij de huidige structuur van de maatschappij vrijelijk en gemakkelijk bereikbaar is voor iedereen. Daar ten opzichte van deze bereikbaarheid geen restricties bestaan, wordt de huisarts tot een integrale benadering van de patiënt genoodzaakt.

De huisarts kan bij wijze van spreken worden beschouwd als de receptionist in het gebouw van de gezondheidszorg; het lijkt ons niet juist, dat bij elke verbouwing of uitbreiding van dit gebouw de receptionist wordt genoodzaakt om zijn werkerterrein in de hal te verlaten of uit te breiden naar de gangen in het gebouw. Zijn taak moet zijn toegespitst op het deskundige beoordelen van de hulp welke het binnenstromende publiek, talrijker en gevarieerder dan vroeger, vraagt; hij moet een globale kennis hebben van wat op elke verdieping achter elke deur in het gebouw kan worden geboden.

Om bij deze beeldspraak te blijven, men kan de vrees koesteren dat het publiek van de receptionist zal gaan verwachten, dat hij hen tot ver in de gangen voorgaat, dat hij zelfs sommige kamers met hen binnengaat om het werk van het personeel ter plaatse over te nemen. Een en ander zou niet zo bezwaarlijk zijn wanneer de receptionist inderdaad over voldoende deskundigheid beschikt, maar het gevaar is groot dat bij deze gang van zaken de bedrijvige „allround” receptionist niet langer in staat is optimaal te functioneren in zijn eigen specifieke gebied waar hij door niemand wordt vervangen,

met name zijn loge en zijn hal. In zijn loge oefent hij namelijk, behalve zijn functie als receptionist bovendien vrijwel de gehele curatieve extramurale geneeskunde uit, dat wil zeggen dat hij zelf hulp verschaft aan 85 procent van het publiek.

Er bestaat derhalve behoefte aan een scherp omschreven taak voor de receptionist, gebaseerd op de volgende twee grondslagen: zijn deskundigheid om vragen van het publiek te beoordelen (integrale diagnostiek) moet van hoge kwaliteit zijn, terwijl hij aan de eisen die aan de beoefenaar van de extramurale geneeskunde worden gesteld (onder andere diagnostiek en behandeling van „minor ailments” in integrale zin) volledig moet kunnen voldoen (eisen betreffende opleiding, uitrusting, hulpkrachten).

Een belangrijk punt van discussie zal hierbij moeten worden: waar precies eindigt de hal en waar beginnen de gangen?

Voor het optimaal functioneren van de gezondheidszorg lijkt het ons van groot belang, dat alle werkers in het gebouw precies weten waar die grens ligt, waartoe de receptionist in staat is en wat hij doet. De anderen moeten zich realiseren dat de bezoeker die zij zien, met zijn vraagstelling bij de receptionist bekend is, zodat deze een bijdrage kan leveren tot de oplossing van het probleem van iedere bezoeker.

Elke poging om te komen tot een afgrenzing van het gebied waarop de huisarts werkzaam is, moet worden gezien als het opstellen van een werkhypothese, die op haar merites zal moeten worden beoordeeld (*Hansma en Timmer; Huygen 1959b*). Beginnen met een dergelijke afbakening betekent: de spade zetten in een stuk vaderlandse bodem, dat zijn huidige structuur dankt aan een complex van al even vaderlandse, min of meer autonome ontwikkelingen op het gebied van de gezondheidszorg. Het interimrapport van het N.H.G., *Huisarts en Universiteit*, kan als een stap in deze richting worden beschouwd.

Het lijkt niet zinvol te streven naar de afgrenzing van het werkerterrein van de huisarts zonder aandacht te schenken aan de relaties tussen dat werkerterrein en op zijn minst enkele zeer nauw aangrenzende gebieden in casu dat van de wijkverpleging en dat van het maatschappelijk werk. *Van Es* schetst een structuur, die door medische beroepsorganisaties en kruisverenigingen zou kunnen worden gekozen en die ons — hoewel voor uitbreiding en wijziging vatbaar — een bijzonder geschikt uitgangspunt lijkt. Bij onze poging tot het aangeven van grenzen voor de huisartsgeneeskunde heeft een dergelijk beeld ons eveneens voor ogen gestaan.

Hansma en Timmer maken bij hun zoeken naar het specifieke van de huisartsfunctie gebruik van de begrippen „health demand” — het pakket van voorzieningen dat door individuen ten behoeve van hun gezondheid wordt gevraagd — en „health

need" — het pakket van voorzieningen ten behoeve van de gezondheid van individuen dat wetenschappelijk gezien noodzakelijk is —. Zij stellen dat een functie die niet kan worden geformuleerd in termen van „health needs”, als inadequaar moet worden beschouwd.

Wij menen dat, zeker zolang een discrepantie bestaat tussen „demands” en „needs”, het als een van de karakteristieke kenmerken van de huisarts moet worden gezien dat hij meer dan andere functionarissen op het gebied van de volksgezondheid wordt geconfronteerd met de „demands” en dat zijn — door genoemde auteurs voor het kenmerken van de huisartsfunctie weinig geschikt geachte — werkomstandigheden, zoals duurzame relatie met de patiënt, continue toegankelijkheid, kennis van het gezin, hierbij van essentiële betekenis moeten worden geacht. De patiënt die met zijn „demand” op pad gaat, onverschillig of dit een „need” is of niet, ontmoet vrijwel steeds als eerste de huisarts van wie hij hulp voor zijn „demand” verwacht; deze behandelt de patiënt vanuit zijn „need”-achtergrond (*lege artis*), waarbij de „demand” van centrale betekenis blijft („patient-centered”) of hij verwijst hem naar de specialist (hij vertaalt de „demand” in een „need”, waarvoor hulp wordt gevraagd van een speciale deskundige).

Actieve groepspreventie sluit, in deze termen gedacht, meer aan bij „health needs” dan bij „health demands”. Wij vragen ons dan ook af, of het wel juist is dat de huisarts vanuit zijn positie van individueel arts, zich intensief moet bezighouden met actieve groepspreventie. Ons lijkt het in beginsel juist, dat de huisarts de preventie bedrijft die voortvloeit uit de individuele „demand”, zoals somatische individuele vroege diagnostiek, het onderkennen van relatiestoornissen in huwelijk, gezin, school, werk en dergelijke.

Daarnaast echter zal de actieve groepspreventieve benadering in bijvoorbeeld school-, sport- en bedrijfsgeneeskunde en periodieke screening van „at risk”-groepen aan de sociaal-geneeskundige moeten toevallen.

Bij het opstellen van een bruikbare werkhypothese moet onzes inziens een op zichzelf onnatuurlijk en ongewenst onderscheid worden gemaakt tussen aspecten die in feite nauw zijn verweven.

Somatische aspecten. Als voorlopige criteria voor de diagnostiek en behandeling door de huisarts moeten de volgende worden genoemd.

Bij de differentiële diagnostiek moet hij de aandoening in elk stadium met grote mate van zekerheid (arbitrair) kunnen onderscheiden van aandoeningen die zonder specialistische diagnostiek of therapie een evident slechte prognose hebben (neoplasma, acute buik en dergelijke).

Alle acute complicaties die zijn te verwachten, moeten in eerste instantie door de huisarts worden voorzien en door hem voorlopig adequaat kunnen worden behandeld (bloedingen post partum?

aritmieën bij hartinfarct? hypoxemie bij pseudocroup?).

De aandoening moet zo frequent voorkomen, dat kan worden aangenomen dat de huisarts met een „normale” praktijkomvang deze met een zekere regelmaat (arbitrair) kan verwachten (wondtoilet? stuitbevalling? erythema exsudativum multiforme?)

De vereiste technische vaardigheden moeten in de opleiding of nascholing zijn verworven (paracentese? fysiologische baring? tonometrie?).

De vereiste uitrusting moet binnen het bereik van de huisarts zijn (bepaling van het hemoglobinegehalte, röntgendiagnostiek, assistentie).

Behandelingen die geen specifieke (intramurale) specialistische voorzieningen, voorzorgen of vaardigheden eisen, horen thuis op het terrein van de huisarts.

Waar men op arbitraire grenzen stuit, zullen deze moeten worden getrokken in, wat *Hansma en Timmer* noemen, „een zinnige afspraak met andere functionarissen op het terrein van de volksgezondheid”.

Factoren waardoor de geldigheid van deze criteria kan worden gerelativeerd, zijn: duur van de aandoening; ernst van de aandoening; een ongebruikelijke veelvuldigheid van het optreden van recidieven en het volstrekt niet-gemotiveerd zijn van een patiënt om hulp van de huisarts te aanvaarden of omgekeerd, een niet-gemotiveerd zijn om verwijzing naar de specialist te accepteren.

Het toetsen van dit deel van de werkhypothese zou kunnen bestaan uit:

1 Het verzamelen van morbiditeitsgegevens in huisartspraktijken (*Oliemans; Ruhe*).

2 Het op basis van deze gegevens uitzetten van beleidslijnen voor elke aandoening die blijkt voor te komen, in overeenstemming met bovengenoemde criteria (bijvoorbeeld de hoofdpijnstatus van het N.H.G.).

3 Het in groepen van praktijken te werk gaan volgens deze beleidslijnen, waarbij moet worden gestreefd naar het werken met controlegroepen. Retrospectief onderzoek lijkt in het algemeen hierbij van beperkt nut.

4 Het evalueren van resultaten.

5 Het aanpassen van beleidslijnen aan de uitkomsten der evaluaties.

Een en ander zal waarschijnlijk tot een betrekkelijk continue activiteit moeten uitgroeien, omdat veranderingen in de medische mogelijkheden en in de structuur van de samenleving, directe gevolgen kunnen hebben voor de grens van het werkterrein van de huisarts. Zo zal bijvoorbeeld de toenemende urbanisatie en de aanwezigheid van een bewakingsapparatuur in een groter aantal ziekenhuizen moeten leiden tot een veelvuldiger opnemen van patiënten met een hartinfarct.

Psycho-sociale aspecten. De huisarts moet de individuele patiënt als een complete persoonlijkheid in zijn maatschappelijke en psychische context kunnen zien en beoordelen; de inventarisatie van Huygen (1969) achten wij een goed uitgangspunt; het betrekken van het gezin in de beoordeling, eventueel behandeling van de patiënt vloeit, indien geïndiceerd, op natuurlijke wijze voort uit de behandeling van die patiënt.

Ons lijkt het dat de behandeling door de huisarts duidelijk eindigt (einde van de hal, begin van de gangen) bij:

1 de groepspreventie; hier moet de sociaal-geneeskundige centraal staan, de huisarts heeft in een eventueel te vormen team ad hoc een randfunctie (bijvoorbeeld in de bedrijfsgeneeskunde, schoolgeneeskunde, periodiek geneeskundig onderzoek van „at risk” groepen).

2 de individuele of groeps(gezins)stoornissen in de gezondheid die voor hun diagnostiek of behandeling een deskundigheid eisen op het niveau van „client-centered therapy” volgens een „case work” methodiek (arbitrair). In een teambehandeling kan de huisarts bijdragen.

3 de gezondheidsvoorlichting aan groepen: dit is het werk van geïnstitutionaliseerde organisaties en hun medewerkers; bij planning en programmering kunnen huisartsen eventueel bijvoorbeeld via hun organisaties op elk niveau bijdragen. Men kan zich afvragen of men de patiënten rondom een gezondheidscentrum, zoals door Van Es geschetst, als een groep zou kunnen zien. In een dergelijke situatie zou tezamen met de gehele „bemanning” van een dergelijk centrum, ook de huisarts een taak als groepsvoorlichter in de eigen praktijk kunnen hebben; aan deze figuur lijken zowel voor- als nadelen te kleven.

De geschetste afgrenzing van de hal is uiterst globaal en arbitrair. Nog schematischer moet het aangeven van de psycho-sociale werkzaamheden binnen de hal gebeuren. De inhoud van de psycho-sociale taak van de huisarts lijkt ons als volgt te omschrijven:

1 Diagnostiseren van persoonlijkheidsstoornissen.

2 Diagnostiseren van relatiestoornissen.

3 Diagnostiseren van milieustoornissen.

4 Het reguleren van stress- en grenssituaties en levensfaseproblematiek van niet-neurotische patiënten.

5 Het behandelen en begeleiden van patiënten met lichte persoonlijkheidsstoornissen (*Brouwer en Dijkhuis; Castelnovo-Tedesco*).

6 Het behandelen en begeleiden van niet-diepgaande relatiestoornissen.

7 Het behandelen van eenvoudige milieustoornissen.

8 Het motiveren door middel van enkele gesprekken van de verwijzing van patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen (of dreigende ontwikkeling hiertoe), relatie- casu quo milieustoornissen naar de specialist.

9 Het begeleiden van niet verder behandelbare psychoneurosen en andere pathologische persoonlijkheidsstructuren.

10 Het begeleiden van chronisch zieken, bejaarden en stervenden.

Kennis van de patiënt en zijn milieus (persoonlijkheid, relaties, sociologische patronen) zoals door Mertens beschreven, aangevuld met attitude-training, -vorming en -bewustzijn, rolbegrip en scholing in elementaire gespreksvoering lijken ons goede uitgangsstellingen, al overschrijdt Mertens hier en daar de grenzen, waarbinnen wij de huisarts therapeutisch werkzaam zouden willen zien.

Wij menen, dat het goed functioneren van de huisarts in de gezondheidszorg, een duidelijke omschrijving en inventarisering van diens werkerterrein vereist, waarbinnen een zekere standaardisering moet worden nagestreefd en aan zekere eisen wat betreft de kwaliteit moet worden voldaan.

- Brouwer, W. en J. H. Dijkhuis. Praten met patiënten. Erven J. Bijleveld, Utrecht, 1967.
- Castelnovo-Tedesco, P. The twenty-minute hour, a guide to brief psychotherapy for the physician. Little, Brown and Company, Boston, 1965.
- Dokter, H. J. (1969) huisarts en wetenschap 12, 81-83.
- Van Es, J. C. Maatschappelijke gezondheidszorg in Perspectief, Van Gorcum en Comp. n.v., Assen, 1968.
- Es, J. C. van (1963) huisarts en wetenschap 6, 277-283.
- Hansma, J. en M. Timmer (1969) Soteria 13, 1-11.
- Hogerzeil, H. H. W. (1960) huisarts en wetenschap 3, 438-440.
- Huisarts en Universiteit, Interimrapport N.H.G., 1968.
- Huygen, F. J. A. (1959) huisarts en wetenschap 3, 12-14 (a) en 54-58 (b).
- Huygen, F. J. A. (1962) huisarts en wetenschap 5, 353-356.
- Huygen, F. J. A. (1963) huisarts en wetenschap 6, 314-318 (a) en 347-353 (b).
- Huygen, F. J. A. Inaugurale rede, Nijmegen 1969.
- Klooster, C. F. M. (1968) huisarts en wetenschap 11, 343-347.
- Koopman, J. (1962) huisarts en wetenschap 5, 141-144.
- Mertens, A. Th. L. M. en anderen. De patiënt als gezinslid. Dekker en Van der Vegt, Utrecht, Nijmegen 1965.
- Muntendam, P. (1960) huisarts en wetenschap 3, 387-390.
- Oliemans, A. P. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Stenfert Kroese n.v., Leiden, 1969.
- Ruhe, H. A. M. Een huisartsenpraktijk in 1938 en 1954. Van Gorcum en Comp. n.v., Assen, 1957.
- Winkler Prins, J. Huisarts en patiënt. J. A. Boom en Zoon, Meppel, 1966.