

De huisarts in Europees perspectief*

DOOR PROF. DR. F. J. A. HUYGEN, HUISARTS TE LENT

De omschrijving van het onderwerp van deze conferentie zal misschien sommige lezers wat vreemd voorkomen. Het ging hierbij naar onze begrippen om de rol van de huisarts. Het Europese Bureau van de Wereld Gezondheid Organisatie heeft daaraan in de laatste tien jaar vrij veel aandacht geschonken, waarvan verscheidene conferenties en rapporten getuigen. Daarbij doet zich voor dit Bureau echter de grote moeilijkheid voor, dat de medische zorg in de diverse aangesloten landen op geheel verschillende wijzen is georganiseerd. Sommige Westeuropese landen, met Engeland en ons land als prototype, kennen de huisarts die als het ware het monopolie heeft voor de medische zorg in de eerste linie; in andere landen met de Sovjet Unie als het andere prototype, wordt deze eerste linie gevormd door specialisten voor verschillende leeftijdscategorieën of ziekten. Tussen deze beide uitersten zijn er tal van overgangsvormen. Er is dus geen sprake van uniformiteit in deze, laat staan van uniformiteit in rolopvattingen. Om toch met elkaar over dit onderwerp te kunnen spreken, is daarom als compromis de term „Primary Physician” gekozen, de arts in de eerste linie van de gezondheidszorg.

Deze conferentie te Noordwijk is te danken aan het initiatief van ons ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, dat hierom had verzocht. De eer van het openingswoord voor de conferentie viel dan ook te beurt aan onze staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Dr. R. J. H. Kruisinga. Hij wees daarin op de grote veranderingen die er plaats vinden bij huisarts, patiënt en overheid, noemde NHG en NHI en de benoeming van de Nederlandse huisarts-hoogleraren in dit verband en onderstreepte nogmaals hoezeer de Nederlandse overheid overtuigd is van het vitale belang van de huisarts voor de gezondheidszorg. In zijn antwoord op deze rede, noemde de directeur van het Europese Bureau van de WGO twee belangrijke redenen voor het bestaan van een frontlijndokter, namelijk een humanitair motief (een persoonlijke dokter voor de patiënt) en een economisch motief, dat des te belangrijker wordt nu het percentage van het nationale inkomen, dat aan gezondheidszorg besteed wordt in Europa stijgt van 5 naar 10.

Daarna kon het eigenlijke werk van de conferentie beginnen. Dit was zo opgebouwd dat de

ochtenden besteed werden aan plenaire zittingen, onder de voortreffelijke leiding van Prof. De Kock van Leeuwen, en de middagen aan discussies in kleine groepen. Er waren drie groepen met voertaal Engels, twee Franstalige en een gemengde Engels-Frans-Russische groep. In deze laatste groep, waarin ik zitting had, verliepen de discussies wat moeizaam, eensdeels omdat gebruik gemaakt moest worden van de simultaanvertaling door tolken in de grote zaal, anderzijds omdat de vertegenwoordigers van de Oosteuropese landen in deze groep bijzonder zwijgzaam waren.

Ik zal trachten een globaal overzicht te geven van hetgeen in deze conferentie werd besproken. Daarbij zal onvermijdelijk mijn persoonlijke visie wel eens meespelen, omdat men nu eenmaal altijd selectief luistert en noteert. Een meer objectief verslag zal verschijnen van de hand van de daarvoor door de WHO aangewezen rapporteur, Cotrell.

De eerste dag. Het schema van de conferentie was dus: 's ochtends plenaire zitting, waarin door de rapporteurs verslag werd uitgebracht van de groepsdiscussies en waarin „papers” werden gepresenteerd, die te voren aan alle deelnemers waren toegestuurd ter bestudering. Daarna konden korte verhelderende vragen worden gesteld. De „papers” werden echter pas 's middags in de groepen besproken, meestal aan de hand van vragen die door het „steering-committee” waren opgesteld. Van deze discussies werd door rapporteurs de volgende ochtend in plenaire zitting verslag uitgebracht.

De eerste ochtend was er uiteraard nog geen sprake van een verslag van rapporteurs, zodat in plaats van zoals gewoonlijk twee, nu drie „papers” werden geïntroduceerd. Het eerste was van de Engelse huisarts Smith, werkend in een groepspraktijk in New Castle upon-Tyne. Hij gaf daarin een overzicht van de huidige situatie in Europa. Het zou te ver voeren hier in te gaan op interessante details die hij uit de verschillende landen vermeldde. Hier zij volstaan met op te merken, dat uit het overzicht duidelijk werd dat er inderdaad in Europa grote verschillen bestaan in de rol van de artsen in de eerste linie, maar dat er één factor gemeenschappelijk was voor allen, namelijk dat de aanvoer van artsen voor de eerste linie overal minder is of dreigt te worden dan nodig is om aan de steeds groeiende behoeften van de bevolking te voldoen. Voor dit dilemma zijn in principe twee oplossingen mogelijk, namelijk

* Verslag van de Europese „WHO Conference on the Role of the Primary Physician in the Health Services” te Noordwijk aan Zee, 30 juni - 4 juli 1970.

- a. Het aantal artsen in de eerste linie opvoeren. Dit is in de praktijk slechts in beperkte mate mogelijk.
- b. Door het opvoeren van hun doelmatigheid en doelgerichtheid. Hiertoe beval hij drie maatregelen aan:
 1. Onderwijs in primaire medische zorg. Dit zou dienen te geschieden door praktiserende eerste linie-artsen in universitaire afdelingen. Het zou reeds vroeg in het curriculum dienen te geschieden en gevolgd moeten worden door een beroepsopleiding en voortdurende in-service-training, aangevuld met regelmatige nascholingscursussen. Op deze wijze zullen artsen voor de eerste linie goed kunnen worden opgeleid voor hun beroep, dat dan ook erkend zal worden als gelijkwaardig aan andere reeds bestaande specialisaties in de geneeskunde en dat dan ook de goede studenten zal aantrekken.
 2. Delegatie van functies. Alle niet-medische taken dienen toebedeeld te worden aan administratieve hulpkrachten en ook traditionele medische taken kunnen worden gedelegeerd aan verpleegsters en medisch maatschappelijke werkers, die speciaal opgeleid worden voor primaire zorg.
 3. De inrichting van speciale eenheden voor primaire medische zorg in de gemeenschap, waar in teamverband wordt samengewerkt in daarvoor doelmatige gebouwen (groepspraktijken, gezondheidscentra). Deze eenheden zouden een nauwe band met de ziekenhuizen moeten hebben om op de hoogte te blijven met de ontwikkelingen aldaar en om de juiste patiënten op de juiste tijd naar de juiste specialist te kunnen verwijzen.

Aanwijzingen in ontwikkelingen naar een dergelijk patroon van primaire medische zorg zijn in vele Europese landen te zien, maar hebben in geen van alle geleid tot de logische conclusie. Als dit wel gebeurt, zouden artsen in de eerste linie in teamverband onderling en met anderen samenwerkend in staat zijn betere en meer volledige (preventieve plus curatieve) medische zorg te geven aan meer mensen dan op het ogenblik geschiedt. Een hoge kwaliteit van zorg in de eerste linie van de gemeenschap moet de basis zijn voor elke gezondheidszorg, omdat anders de voordelen van ziekenhuiszorg zullen worden verspild aan sommige patiënten die beter en goedkoper thuis kunnen worden behandeld, terwijl deze voordelen onthouden zullen worden aan andere patiënten, omdat zij niet als daarvoor in aanmerking komend, worden herkend en behandeld.

Het komt mij als uw verslaggever voor dat wij, wanneer wij in dit perspectief de situatie in Nederland vergelijken met die in andere Europese landen, het er nog niet zo slecht afbrengen. De aanvoer van huisartsen is veel minder zorgwekkend als in de meeste andere vergelijkbare landen. Het aanzien

van de huisarts bij de bevolking is in ons land vermoedelijk beter dan in de meeste andere landen. Op het gebied van de universitaire opleiding nemen wij zelfs een leidende positie in, die hopelijk zal resulteren in een betere beeldvorming en een grotere aantrekkingskracht van dit beroep bij de medische studenten. Engeland is ons duidelijk voor op het gebied van het teamwork en de samenwerking met verpleegsters en maatschappelijke werkers. De Oosteuropese landen hebben enerzijds een duidelijke voorsprong bij de integratie van het curatieve en het preventieve werk, maar missen anderzijds de gezinsarts waardoor de gezondheidszorg voor de gezinnen in de gemeenschap toch weer uiteenvalt in verschillende delen.

Na dit overzicht over Europa van Smith presenteerde de Pool Kleczkowski zijn beschouwing over de behoeften aan en de vraag naar primaire medische zorg in de huidige gemeenschap. Hij wees er daarbij op dat een betere kennis van de reële noden en vragen essentieel is voor een betere planning van gezondheidszorg. Het al of niet gebruik maken van primaire medische zorg is gewoonlijk afhankelijk van de motivatie en beslissingen van de patiënt zelf. Nadat de patiënt echter eenmaal primaire medische hulp heeft ingeroepen, wordt de duur en de aard van de zorg die wordt verleend meestal afhankelijk van de arts en zijn medewerkers. Zo kan men het proces van medische zorg zien als te bestaan uit een aantal gedragingen van patiënten enerzijds en een aantal gedragingen van artsen anderzijds met complexe interacties. Deze interacties hebben een tweevoudig resultaat: een intermediair resultaat, namelijk het gebruik van diensten en een uiteindelijk resultaat, dat men kan definiëren in termen van gezondheid en welzijn van de patiënt.

Het is gebruikelijk dat de artsen in de eerste linie er toe neigen hun kennis en kundigheden meer te distribueren in overeenstemming met het selectieve gebruik van hun diensten door individuele patiënten dan in overeenstemming met de collectieve noden van de gemeenschap. Men zou dit een passief systeem kunnen noemen, waarbij het begin van het proces van medische zorg geheel afhankelijk is van de perceptie van de patiënt en van de intensiteit van zijn behoefte aan zorg.

De ontwikkeling van een toenemende publieke verantwoordelijkheid voor een integrale gezondheidszorg voor de gemeenschap brengt de noodzaak met zich van een heroriëntering, zowel in de ontwikkeling van de behoeften en vragen naar primaire medische zorg als in de omvang van deze zorg. De conceptie van de behandeling van ziekte, eens de voornaamste functie van primaire medische zorg, is in twee richtingen verruimd, namelijk door de toevoeging van verantwoordelijkheid voor preventie en voor revalidatie (zowel medisch als sociaal). De arts van de eerste linie zal zich in de toekomst niet alleen hebben te bemoeien met de individuen die zichzelf selecteren voor medische hulp, maar ook met de collectieve noden en vragen van

de gemeenschap. Het gedrag van de medische professie in het proces van primaire medische zorg zal worden veranderd door een verschuiving van de hoofdzakelijk curatieve activiteiten naar preventieve en door een oriëntatie naar de juiste oplossing van probleemgebieden in de huidige gemeenschap. Primaire medische zorg zal in toenemende mate een actief systeem worden, waardoor nieuwe noden opduiken, zoals gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, specifieke preventie en vroege opsporing. Een andere ontwikkeling zal zijn dat primaire medische zorg in toenemende mate te maken zal krijgen met een vraag naar nazorg, follow-up en revalidatie van chronische patiënten, inclusief lijdens aan geestelijke stoornissen. De tendens om de duur van het ziekenhuisverblijf te bekorten, zal het beroep van deze patiënten op de artsen in de eerste linie vergroten, terwijl ongeneeslijke zieken ook vaker door hen zullen moeten worden opgevangen. Op dit gebied van behoeften aan en vragen naar medische zorg zal veel onderzoek nodig zijn: enerzijds om te weten waarom en hoe men gebruik maakt van medische diensten, anderzijds om te achterhalen wat de werkelijke noden van de gemeenschap zijn en hoe deze op de beste wijze kunnen worden opgevangen. Dit laatste type onderzoek, gebaseerd op statistische procedures, zal moeten worden ingebouwd in het systeem van primaire medische zorg.

Op de voordracht van Kleczkowski sloot de Deense sociaal geneeskundige Holst aan. Hij wees erop hoe weinig aandacht is besteed aan evaluatie van de gezondheidsdiensten bij de bevolking zelf. De groei van de aandacht voor de totale mens in zijn gehele omgeving leidt tot een grotere belangstelling voor de arts in de eerste linie. Wat zijn de behoeften van de consument aan medische zorg, welke factoren bepalen de keuze van de arts door de patiënt, welke belemmeringen bestaan er voor het invoeren van medische hulp, hoe is de satisfactie van de patiënt te meten?

Een grote moeilijkheid bij deze laatste vraag is, dat men in het algemeen tevreden lijkt omdat men geen alternatieven kent. De consument-patiënt zal in de toekomst veel meer als een met de arts gelijkwaardige partner moeten worden beschouwd in het geheel van de gezondheidszorg. Bij wetenschappelijk onderzoek op dit gebied zullen psychologen en sociologen onmisbaar zijn.

's Middags werd in kleine groepen gediscussieerd aan de hand van door het stering-committee opgestelde vragen. Daarover werd de volgende ochtend in de plenaire zitting gerapporteerd.

De tweede dag. Ik was zeer benieuwd naar de uitkomsten van deze discussies, omdat sommige van de gestelde discussievragen wel eens tot een splitsing in de vergadering zouden kunnen leiden door divergentie in opvattingen, met name tussen Oost en West. In dit opzicht was de vraag „Wat zijn de gemeenschappelijke kenmerken en functies van de arts in de eerste linie, zoals deze gedefi-

nieerd wordt in diverse landen?” nogal onschuldig. Daaruit kwam een opsomming die vrij dicht kwam bij de kenmerken die genoemd worden in de door het NHG aanvaarde functie-omschrijving van de huisarts. Men was het eens over een combinatie van curatieve, preventieve en opvoedkundige functies, onderstreepte het belang van een continuïteit in de gezondheidsvoorzieningen, terwijl ook het belang van een persoonlijke zorg werd genoemd.

De tweede vraag, „Wat zijn de voor- en nadelen van primaire zorg, uitgeoefend door een specialist of door een generalist?” was in dit opzicht gevaarlijker, daar bijvoorbeeld Rusland slechts specialisten kent in de gezondheidszorg. Nu had ik bij een van de eerste conferenties van de WHO over de primaire arts, namelijk in Edinburg in 1961 (waarover ik in dit tijdschrift verslag uitbracht) (1962 huisarts en wetenschap 5, 225) meegemaakt hoe daar bij het begin van de conferentie de generalist in de vorm van de huisarts, zoals wij hem kennen, dreigde geheel van de tafel te worden geveegd. Tot mijn verrassing liep het thans in Noordwijk geheel anders. Of het nu kwam doordat de Russen niet waren komen opdagen of niet, feit was dat nu voor de gezondheidszorg in de eerste linie de specialisten vrijwel buitenspel stonden.

Men was het er over eens dat generalisten voor het verlenen van primaire zorg zeer grote voordelen boden en dat zij de basis moesten vormen voor de gezondheidszorg in de gemeenschap. De vraag of dit één generalist voor alle leeftijden moest zijn, een „omni-praticien” zoals de Fransen zeggen, of generalisten voor verschillende leeftijdscategorieën werd niet geheel eenstemmig beantwoord. Wel werd duidelijk dat het publiek in alle landen de voorkeur geeft aan een min of meer permanent persoonlijke arts. Met het „image” van deze persoonlijke algemene arts was het nog niet zo slecht gesteld, althans ten aanzien van het publiek. Binnen de medische professie lag dit echter anders. Vooral uit West-Duitsland werden zeer sombere berichten gebracht door Prof. Pflanz, die meedeelde dat uit onderzoek bleek, dat onder de huisartsen aldaar wanhoop heerste en dat zij alle tekenen vertoonden van het „giving-up syndrome”. Maar ook in vele andere landen (Oostenrijk, Frankrijk) is de animo van medische studenten voor deze functie onrustbarend klein.

In de inleiding van Dr. Glynn Thomas van de WHO werd nader ingegaan op de functies van de primaire arts ten aanzien van de gemeenschap en de publieke gezondheidszorg.

Daarbij werd de nadruk gelegd op het belang van zijn bijdragen aan statistiek, epidemiologie en research en zijn taken met betrekking tot besmettelijke ziekten, de zorg voor moeder en kind, de geestelijke gezondheidszorg en de geriatrie.

De directeur-generaal voor gezondheidszaken van Oostenrijk, Dr. Bauhofer, vroeger functionaris van de WHO, hield een uitstekende voordracht over de relaties en de coördinatie van de gezond-

heidszorg in de eerste linie met andere diensten. Hij wees er daarbij op dat als basisprincipe zou moeten worden aanvaard, dat specialisten nooit naar andere specialisten dienen te verwijzen, maar steeds naar de primaire arts als de initiator en coördinator van elk proces van medische zorg. Hij wees ook op de grote kloof die er, met uitzondering van de Sovjet Republiek, bestaat tussen het ziekenhuis en de extramurale diensten.

Voor de groepsdiscussies over deze themata waren weer enige vragen opgesteld. Daarvan interesseerde mij in het bijzonder de vraag naar de mening van de deelnemers over het werken van de primaire arts in het ziekenhuis, omdat dit met name in Engeland dikwijls zo sterk wordt aanbevolen.

De derde dag. Uit de verslagen van de discussies in de plenaire zitting bleek echter dat er unanimiteit bestond, ook bij de Engelse vertegenwoordigers, dat er geen plaats is voor de huisarts in de staf van het grote ziekenhuis. Het zou een verspilling zijn van zijn krachten en zijn specifieke deskundigheden, wanneer hij de taak van ziekenhuis-assistenten zou overnemen. Afgezien van een eventuele taak in kleine perifere ziekenhuizen en verpleeginrichtingen, is een deugdelijk motief voor gedeeltelijk en tijdelijk werk in het ziekenhuis de vergroting van zijn deskundigheid en de wens om op de hoogte te blijven van de vorderingen in de geneeskunde. Een dergelijke verworven deskundigheid op een bepaald gebied dient hij dan echter weer uit te dragen naar zijn (groeps-) beroepsge-noten.

De communicatie en coördinatie tussen de eerste linie en het ziekenhuis vormde een groot probleem in de meeste landen, behalve in sommige Oosteuropese, met name Rusland. De huisarts kan wel een zeer belangrijke taak vervullen bij deze communicatie door de hem uit de gemeenschap bekende medisch-psychologische, sociale en andere gegevens over de achtergrond van de patiënt daar in te brengen.

In de discussie over deze materie bracht Prof. Holst de klemmende vraag naar voren hoe wij kunnen voorkómen, dat het centrum van de gezondheidszorg steeds meer komt te liggen in de ziekenhuizen in plaats van bij de huisarts met zijn team, ondanks het feit dat dit algemeen ongewenst wordt geacht. Holst wees eigenlijk op hetzelfde als ten onzent Hornstra, toen deze reeds 15 jaren geleden sprak over de lippendienst die aan de huisarts wordt gepleegd, terwijl iedereen toch in wezen zo nodig zijn eigen gang gaat buiten de huisarts om. Deze vraag van Holst is door de conferentie niet opgepikt.

Wel werd gewezen op de wenselijkheid de arts in de eerste linie ook deskundige hulpkrachten ter beschikking te stellen, als hij zulke belangrijke functies heeft ten aanzien van de publieke gezondheidszorg.

Mijn bijzondere belangstelling ging uit naar de antwoorden op de vraag naar de mening van de deelnemers over de conceptie en de uitoefening van

een gezinsgezondheidszorg door de huisarts. Het bleek dat dit ook in diverse Westerse landen veel ongunstiger ligt dan in ons land en in Engeland. In de Oosteuropese landen wordt de zorg voor een gezin in feite uitgeoefend door een aantal verschillende artsen, zoals kinderarts, gynaecoloog en diverse artsen voor volwassenen. Maar in tegenstelling tot ons land en Engeland is in de landen van Zuid en Centraal Europa de kinderarts sterk in opmars om een stuk taak van de primaire arts over te nemen. Hetzelfde geldt voor de vrouwenarts en de psychiater. Hoewel het ideaal van een gecoördineerde gezinsgezondheidszorg wel leefde bij de deelnemers, kwam dit toch op deze conferentie weinig uit de verf.

Anderzijds werd de verdeling in artsen voor verschillende levensfasen, zoals bijvoorbeeld is voorgestaan door McKeown, weinig verdedigd, zelfs door de Oosteuropese landen. Men vond elkaar eigenlijk in de vervanging van de huisarts, zoals wij hem kennen, door een team voor de primaire (gezins-) gezondheidszorg. Dit was een belangrijke ontwikkeling die in deze conferentie naar voren kwam. Hierover handelden ook de inleidingen van onze Nederlandse Dr. Phaff en de Engelse (groepspraktijk) huisarts Lowe. Phaff ging in op de algemene aspecten, zoals de samenstelling van het team, de taakverdeling, de verantwoordelijkheid en de belangrijke sociaal-psychologische factoren die een rol spelen bij de samenwerking met anderen zoals verpleegster, maatschappelijk werker en vroedvrouw. Lowe gaf een enthousiast verslag over zijn persoonlijke ervaringen in een gezondheidscentrum in een nieuwe stad in Engeland. Hieruit bleek welke belangrijke gedeelten van het werk van de arts kunnen worden overgenomen en zelfs beter uitgevoerd door anderen.

De vierde dag. De discussies over het onderwerp „Teamwork” waren bijzonder levendig, maar er heerste toch ook wel wat verwarring over enige zaken. Zo waren er taalmoelijkheden bij het spreken over de termen „groep” en „team”. Werken in een groepspraktijk behoeft bijvoorbeeld geen teamwork te betekenen. De deelnemers kenden verschillende vormen van teams, bijvoorbeeld bestaande uit enkele huisartsen, huisartsen plus specialisten, huisartsen plus andere disciplines zoals verpleegster en maatschappelijk werker. Iedere deelnemer kende slechts enkele van de vele vormen. Men zou een team kunnen beschouwen als een groep met een gemeenschappelijke taak en een gemeenschappelijk doel. Verder was er verwarring over de term „leiderschap”. Men kan hierbij denken aan een persoon en zich afvragen welke eigenschappen deze moet hebben. Daarbij bleek al heel spoedig aangenomen te worden, dat deze leider een medicus moest zijn, met daaraan inherent subordinatie van anderen en spreken over „hulpkrachten”. Men kan leiderschap echter ook, zoals De Kock van Leeuwen verhelderend opmerkte, beschouwen als een functie van de groep, waarvan

delen door verschillende personen kunnen worden vervuld.

Het werd uit de discussies duidelijk, dat eigenlijk iedereen de arts in de eerste linie zou willen vervangen door een team van verschillende deskundigen. Er werd dus niet zozeer gedacht aan een team van medici als wel aan een gezondheidsteam, bestaande uit medicus (of medici) plus verpleegkundige en maatschappelijk deskundige als kern. Teamwork kan en moet worden geleerd, waarbij wederzijds respect voor elkaars deskundigheid bijzonder belangrijk is. Er zijn echter grote moeilijkheden in de praktijk, zoals verschillen in opleiding, status, inkomen en dergelijke. Er is ook een grote weerstand bij artsen te bespeuren tegen delegatie van verantwoordelijkheden en een angst voor verlies van vertrouwelijkheid ten aanzien van de patiënt. Het systeem van de arts als individuele ondernemer, dat in tal van Westeuropese landen geldt, is een ander belangrijk obstakel. Daardoor rijzen bijna onoverkomelijke organisatorische moeilijkheden. Wat dit betreft verkeren wij in Nederland met onze lappendeken op het gebied van de gezondheidszorg in een ongunstige situatie. Anderzijds gaf het weer moed uit de ervaringen van Lowe te leren, dat het grote voordelen heeft wanneer verpleegster en maatschappelijk werker niet door de huisartsen in dienst worden genomen, maar slechts bij hen gedetacheerd, omdat dit een beveiliging is tegen misbruik van hen als „hulpkrachten.”

De ervaring, dat groepspraktijken duurder zijn, werd van verschillende kanten bevestigd. Gedeeltelijk is dit een schijneffect, te wijten aan het feit dat verbeteringen in de individuele praktijkuitvoering moeten worden ingehaald, die reeds lang geleden hadden moeten worden ingevoerd. Toch blijft bestaan dat de inkomsten geringer zijn en de uitgaven hoger; hier staat echter tegenover dat een grotere satisfactie in het werk optreedt. Holst wees erop hoe de groepspraktijk zich in Denemarken ondanks de aanvankelijke weerstand van de artsen en ondanks de bestaande reële obstakels als een epidemie over het land verbreidde, terwijl niet duidelijk is wat hiervan de reden is. (Referent vernam van een Deense insider dat de verklarende factor vermoedelijk moet worden gezocht in de angst voor het zelfbehoud van de individueel werkende huisartsen, omdat er bij de bevolking een run op de groepspraktijken is ontstaan, waardoor individuele praktijken dreigen leeg te lopen.) In verschillende landen kon een aanzienlijke reductie ten aanzien van het aantal verwijzingen naar specialisten en ziekenhuisopnamen worden aange-toond door de vorming van groepspraktijken in de zin van gezondheidscentra.

Verder werd erop gewezen dat een verandering in de rol van de huisarts toch reeds wordt gevraagd door de veranderingen in de samenleving en dat het willen vasthouden aan de oude vertrouwde rol als een verdediging tegen deze veranderingen zinloos is. Tevens werd de vraag opgeworpen in

hoeverre de behoefte aan vertrouwelijke contacten tussen huisarts-patiënt werkelijk een behoefte van de patiënten is of meer een behoefte van de arts met zijn neiging tot paternaliseren. Duidelijk werd in elk geval, dat in de toekomst een vrij grondige verandering van de instelling van de arts in de eerste linie zal worden gevraagd. In de discussies hierover werd ook gesproken over de mogelijkheid die de opleiding hiertoe biedt en hiermede werd gepre-ludeerd op de laatste voordracht van deze conferentie, namelijk die over de opleiding van de frontlijndokter. Deze werd gehouden door Prof. Kestic van de beroemde Andrija Stampar School in Zagreb, waar men voor het eerst een specifieke opleiding tot huisarts heeft gerealiseerd.

Kestic stelde vast dat er drie belangrijke oorzaken waren voor het verminderen van het aantal huisartsen respectievelijk het verdwijnen van de huisartsen in de verschillende landen, namelijk achteruitgang van zijn kennis; gebrek aan beroepsbevrediging en een sociale discriminatie ten opzichte van zijn collegae-specialisten.

In Joegoslavië heeft men een nieuwe opleiding tot huisarts gecreëerd met de volgende drievoudige doelstelling:

- a. het ontwikkelen van een juiste ideële instelling ten aanzien van de rol van de arts en van de geneeskunde in de gemeenschap;
- b. het vergroten van de professionele kennis en kunde van de huisarts;
- c. het verwerven van de titel huisarts-specialist, waardoor hij sociaal wordt gerehabiliteerd.

Wat betreft zijn ervaringen vertelde Kestic dat de persoonlijkheid van de arts van groot belang was gebleken, waarbij hij, naast toewijding en accurate-tesse, in het bijzonder belangstelling voor patiënten en sociale problemen noemde. Hij kwam dan ook tot de conclusie dat een zorgvuldige selectie van studenten van groot belang is.

In zijn inleiding had Kestic erop gewezen, dat de opleiding van de arts van de eerste linie voor zijn taak in de gemeenschap in de meeste landen over de gehele wereld onbevredigend is, waarbij een voorname oorzaak is gelegen in het feit dat de medische opleiding veel meer op ziekte is gericht dan op gezondheid. Bovendien is deze opleiding gebaseerd op sterk geselecteerde specialistische ziekenhuisgevallen, waarbij de sociale pathologie, de psycho-sociale diagnostiek en therapie met betrekking tot het individu, het gezin, de groep en de gemeenschap als geheel zeer sterk worden verwaarloosd. In verschillende medische scholen worden nu nieuwe onderwerpen aan het curriculum toegevoegd zoals inleiding in de geneeskunde, medische sociologie en gedragswetenschappen. Een andere gangbare tekortkoming van het huidige onderwijs is het gebrek aan contact met en praktische training in het veld van de gemeenschap. Om hierin verbetering te brengen worden op diverse plaatsen verschillende maatregelen toegepast, zoals het volgen van de (medische) levensloop van enkele ge-

zinnen door studenten, stages bij de huisarts en dergelijke, terwijl sommige universiteiten (met name in Oost-Europa) over gezondheidscentra als opleidingsplaatsen voor studenten beschikken.

Op het gebied van het post-universitaire onderwijs is er in de verschillende landen een scala van mogelijkheden, variërend van korte vrijwillige cursussen enerzijds tot een volledige specifieke beroepsopleiding met verplichte regelmatige nascholing anderzijds.

De vijfde dag. Over de opleiding was reeds op de avond van de tweede dag gediscussieerd, nadat op verzoek van de organisatie van de conferentie de aanwezige Nederlandse hoogleraren in de huisartsgeneeskunde over hun ervaring en plannen hadden verteld. Daarbij was het bijzonder nuttig gebleken, dat Van Es de moeite had genomen voor een uitvoerige schriftelijke documentatie in het Engels over de Nederlandse situatie te zorgen. De discussie over de opleiding werd op de ochtend van de laatste dag voortgezet. Veel nieuws kwam er daarbij niet uit. Wel bleek dat — voor zover men een voortgezette opleiding na het artsexamen kende — deze scholing dikwijls grotendeels of geheel op de ziekenhuisgeneeskunde was gericht, terwijl men het er toch over eens was, dat men de specifieke huisartsenopleiding juist zou moeten toespitsen op de gezondheid in brede zin en op de eigen taak van de arts in de eerste linie van de gemeenschap. Van verschillende zijden werd het belang onderstreept reeds in de opleiding de neiging tot samenwerking met anderen te bevorderen en dit ook praktisch te leren. Het gehele gezondheidsteam zou in de opleiding moeten worden ingebouwd. Dit impliceert meer aandacht voor de sociale en gedragswetenschappen en voor de persoonlijkheidsontwikkeling van de student.

Aan het eind van deze ochtend werd de gehele conferentie op briljante wijze in onnavolgbaar fraai Frans samengevat door de bekende Parijse hoogleraar Pequignot.

Nabeschouwing. Wanneer ik tracht terug te kijken en het geheel te overzien, moet ik constateren dat deze conferentie is geslaagd en dat er zelfs meer is uitgekomen dan zowel door de organisatoren als door de Nederlandse deelnemers werd verwacht. Afgezien van het nut van het leggen van persoonlijke contacten als begin van relaties, is het altijd nuttig zich in internationaal verband aan anderen te spiegelen en te trachten algemene ontwikkelingen waar te nemen. Als ik deze onder woorden tracht te brengen, zou ik het volgende willen opmerken.

1. Er is, zowel in nationaal als in internationaal verband, nog steeds een sterke neiging om, wanneer over de huisarts moet worden gesproken, dit te laten doen door buitenstaanders, niet-huisartsen. Naast kwade kanten (gebrek aan kennis, deskundigheid omtrent het beroep van binnenuit) heeft dit ook goede kanten (grotere objectiviteit, minder persoonlijke betrokkenheid en beter overzicht over het geheel).

2. In een dergelijk internationaal gezelschap in WHO-verband is een duidelijke klimaat-verbetering ten aanzien van de huisarts te constateren. Er is een groot verschil tussen Edinburgh 1961 en Noordwijk 1970. Men onderkent thans veel meer dan toen de nadelen voor de volksgezondheidszorg van de zich voortzettende ontwikkeling naar eenzijdige ziekenhuisspecialisatie. Het grote belang van een specifiek opgeleide generalist wordt nu door niemand meer ontkend. Er is thans ook sprake van een meer deskundige bijdrage van huisartsenzijde. Tussen 1961 en 1970 hebben blijkbaar belangrijke ontwikkelingen plaatsgevonden.

3. Een zeer duidelijke ontwikkeling is het algemeen doorbreken van het inzicht dat de alleenwerkende huisarts zal worden vervangen, niet zozeer door groepspraktijken als samenwerkingsvorm van huisartsen onderling, als wel door een multidisciplinair team van gezondheidsdeskundigen.

4. Het passieve afwachten tot het een individuele patiënt belijft hulp voor zijn ziekte in te roepen, zal plaats maken voor een meer actieve multidisciplinaire benadering, gericht op bevordering van gezondheid en voor een zich verantwoordelijk gevoelen voor de gezondheidszorg van de bevolking als geheel, waarbij elke huisartspraktijk kan worden gezien als een deel van deze bevolking. Wat dit betreft is de ontwikkeling in Nederland achtergebleven bij die in vele andere Europese landen, hetgeen hoofdzakelijk te wijten is aan structurele problemen.

5. Betreffende een belangrijke sleutel tot verbetering in de toekomst, namelijk de opleiding, nemen wij daarentegen een vooraanstaande positie in door onze curriculum-vernieuwingen en doordat in alle medische faculteiten thans huisartsen-docenten zijn opgenomen. Het ziet er naar uit dat mede hierdoor in Nederland een keerpunt zal worden bereikt in een ontwikkeling, welke in verschillende andere Europese landen moeilijk meer zal zijn te stuiten en leidt tot het verdwijnen van de generalist aan de basis van de gezondheidszorg in de vorm van een all-round huisarts, die de algemene gezondheidszorg niet alleen voor het individu, maar ook voor het gezin op zich kan nemen.