

Het N.H.G. in beweging

*Enige opmerkingen naar aanleiding van
het N.H.G.-Congres 1971*

Als deelnemer aan groep B van de discussie over „Beter worden, hoe?” — het thema van het jaarlijks N.H.G.-congres — werd ik getroffen door het feit, dat in deze groep enige kernproblemen van de huisarts zelf aan de orde zijn gekomen. Hier bracht men het op de persoon van de huisarts ter discussie te stellen.

Vragen als: „Waarom wenden al die hulpvragenden zich alleen tot hun huisarts en is hij wel de man, waar ze moeten zijn?” „Hoe is het eigenlijk historisch gegroeid, dat die huisarts een bijna universele „intaker” is geworden voor het publiek?” „Wie of welke machten hebben de mens, die geholpen wilde worden, alleen maar het adres van de huisarts gegeven?”, roepen om bezinning.

Een mogelijke conclusie kan zijn dat de huisarts — veelal nu nog opgeleid als natuurwetenschapper — het steeds groter wordend psycho-sociaal probleemveld van zijn „patiënten” gewoon en passant meeneemt. Hij realiseert zich niet of nauwelijks, dat zijn historische compagnon, de pastor, weliswaar amateur gelijk hijzelf, reeds geruime tijd op vele plaatsen heeft afgehaakt. Anderzijds realiseert de huisarts zich niet voldoende, dat de gedragswetenschappen zich in de loop der laatste tientallen jaren enorm hebben ontwikkeld en een kader afleveren van deskundigen, die wél professioneel in het veld van de psycho-sociale probleemstelling thuis zijn.

Balint en medewerkers voegden een nieuwe discussie toe aan het huisartsgeneeskundig denken door het verband tussen somatische en psychische klachten te leggen en de persoon van de huisarts als medicijn te signaleren. Maar ook Balint neemt reeds op de tweede bladzijde van zijn boek „The doctor, his patient and the illness” voetstoots aan, dat de mens in nood naar de (huis)dokter gaat. En wat te zeggen van „his patient” in de titel? Dit suggereert een duidelijke claim, dat de lijder eigendom, respectievelijk het exclusieve werkterrein van de medische discipline is.

De Balint-groepen, waarin de deelnemende huisartsen eigen functioneren ter discussie stelden aan de hand van zogenaamde „problempatiënten”, lieten zich dan ook begeleiden door psychiaters, dat wil zeggen artsen voor geesteszieken. Toch bleek, gezien het grote aanbod van problematiek

en de onvoldoende fundering en training in de gedragswetenschappen, dat voor de huisarts niet méér was weggelegd dan een „raken aan” het gebied der psycho-sociale problematiek van de hulpvragenden. Als belangrijk gevolg was hij nu wél geoefend in het *signaleren* hiervan. Dit resultaat is evenwel nooit als „voldoende” herkend. Men zat op een nieuw spoor, vergat zich te beperken en op de ontwikkelingen in de psychologie en de sociologie te letten. Er ontstond een „medische” psychologie, waarover boeiende literatuur en congressen werden geproduceerd. Ik meen, dat dit slechts een symptoom is van de bewustwording, dat de huisarts niet langer de somaticus was, maar ook de psychische facetten van het ziek-zijn leerde herkennen.

Men poogde zelfs de psychologie binnen de medische setting te plaatsen. In een laatste poging het „helpen” exclusief te reserveren voor de medische discipline ontstond het begrip „integrale geneeskunde”, waarover ook weer lezenswaardige literatuur verscheen (Querido). Dat zelfs de nieuwe opleiding tot huisarts in een uiterste poging tot inventarisatie van wat de „integrale huisarts” zou moeten kennen en kunnen nog vanuit het historisch uitgangspunt wordt benaderd, moge blijken uit de substantiële opleidingseisen samengesteld door de afdeling huisartsgeneeskunde van de medische faculteit te Leiden.

* * *

De vraag, die uit deze beschouwing volgt, is of het tempo van deze ontwikkelingen binnen de medische discipline vergeleken met de snelle ontwikkelingen in andere disciplines en de gehele maatschappij niet zó traag is, dat een eigen inbreng van de beroepsgroep ten aanzien van aansluiting en integratie van de medische bijdrage in de algehele dienstverlening nog mogelijk zal blijken. De kans bestaat, dat „anderen” dan zullen aangeven hoe de gezondheidszorg zal worden georganiseerd, tenzij een sprongsgewijze mutatie in functioneren en attitude van de huisarts dit zou voorkómen.

Wanneer dan tevens aan de orde wordt gesteld, of men zich wel realiseert, dat naast het zogenaamde eerste-echelonsteam, bestaande uit huisarts, maatschappelijk werker en wijkverpleegster

(waarin de huisarts als enige academicus toch nog duidelijk „primus inter pares” blijft!), vanuit de geestelijke gezondheidszorg gebouwd wordt aan een ander eerste-echelonsteam, zoals Release, JAC en crisisinterventiecentra waarin psychologie en sociologie een belangrijke rol vervullen, dan zijn hier toch zaken van vitaal belang aan de orde. Mogelijk moet zelfs ter discussie komen of het Nederlands Huisartsen Genootschap zich niet zal moeten transformeren tot een wetenschappelijk genootschap van werkers in het eerste echelon. Daarbij kan het model staan voor het beeld dat men zich in de toekomst voorstelt van de totale dienstverlening in het eerste echelon.

Het Nederlands Huisartsen Genootschap, uit wiens boezem deze gedachten oprijzen, kan aan het einde van een dergelijk congres niet met lege handen naar huis worden gestuurd. De geëngageerde leden zullen zich verder willen verdiepen in deze problematiek. Zij zullen wegen willen vinden om tot een wezenlijk toekomstig beleid te geraken, welke wegen eerder naar omscholing dan naar nascholing zullen leiden. Men zal de behoefte hebben een aantal werkgroepen te formeren waarin men zich in deze zaken zal willen verdiepen, zoals reeds naar aanleiding van het laatste groepspraktijken-congres, georganiseerd door het N.H.I., een contactgroep voor centra van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening is opgericht.

Het zou jammer zijn wanneer men degenen, die op dit congres wèl de moed hebben opgebracht een aantal wezenlijke zaken aan de orde te stellen, naar huis zou sturen met de mededeling, dat hierop over twee of drie jaar nog wel eens nader zal

worden teruggekomen. Het is zelfs een gemiste kans wanneer eindelijk een doorbraak mogelijk lijkt, uit de fase te geraken, waarin bij beschouwingen over de toekomst van de huisartsgeneeskunde nog steeds zoveel wordt gerationaliseerd over „te weinig tijd”, „te veel patiënten”, „te grote consumptie” en „wij-hebben-het-toch-al-zo-druk-en-komen-nergens-aan-toe”, het zogenaamde rugtegen-de-muur-principe, getuigend van een passieve houding en gebrek aan élan.

Mijn verwachting is, dat wanneer de huisartsen die voorop lopen in het denken over de toekomst van hun vak en de consequenties daarvan, zich niet intensief en onophoudelijk bezighouden met het zoeken naar openingen naar een nieuwe ontwikkeling, zowel door dit in hun omgeving met de andere werkers ten uitvoer te brengen, als door deze in Genootschapsverband te bestuderen en modellen te ontwerpen, dit over niet te lange tijd niet meer nodig is.

Huygen gaf in zijn samenvatting aan, dat in 1956 de reden tot oprichting van het N.H.G. was te vinden in een bedreiging van de huisartsgeneeskunde van binnen-uit de medische discipline, dus door de snelle ontwikkeling van de specialismen, terwijl nú deze bedreiging bestaat vanuit de gehele snel veranderende maatschappij.

Zou de tijd rijp zijn voor een nieuw N.H.G., waarin de leden zich met evenveel enthousiasme als in 1956 inzetten voor een attitudeverandering van de huisarts? Het initiatief tot dit congres bewijst, dat het N.H.G. nog steeds een beweging wil zijn. Hier ligt de kans nieuwe vaart te krijgen!

J. C. Oeberius Kapteijn