

huisarts en wetenschap



maandblad van het
nederlands huisartsen
genootschap

Redactioneel

Optimale praktijkvoering. Een dezer dagen ontving de redactiecommissie van een huisarts-lezer van ons tijdschrift een brief, waarin grote bezorgdheid tot uitdrukking kwam over de spanningen, die de laatste jaren bij vele huisartsen zijn ontstaan door enerzijds het toenemend aantal taken, die elk op zich ook veelal omvangrijker zijn geworden en anderzijds de praktijkgrootte. „Ik heb al meer dan genoeg werk in mijn praktijk, staat centraal bij verreweg de meeste huisartsen, en tevens een ideale praktijkvoering — zoals huisarts en wetenschap ons steeds voorhoudt — in de weg.” Het komt er op neer dat er een zekere frustratie optreedt bij het lezen in ons maandblad van de verslagen van door huisartsen in hun praktijk verrichte onderzoekingen, waaruit wordt geconcludeerd, dat het bijvoorbeeld noodzakelijk is „cervical smears” bij vertegenwoordigers van risicogroepen te maken, of refractie-onderzoek te verrichten, of anteciperende geneeskunde te bedrijven, of samen te werken met een maatschappelijk werker, of kennismakingsonderzoek in te stellen. De brieveschrijver stelt, dat het beter zou zijn als huisarts en wetenschap de harde realiteit meer dan tot nu toe naar voren bracht.

Wij hebben de brieveschrijver geantwoord dat wij begrip hebben voor zijn bezorgdheid en frustraties maar dat dit onzes inziens geen reden mag zijn om de beschrijving van de ideale praktijkvoering en het vermelden van suggesties en ervaringen dienaangaande achterwege te laten. Wij menen dat naast vermindering van de praktijkgrootte — de invloed van de geboortegolf 1945/46 zal zich vermoedelijk ook onder de toekomstige huisartsen manifesteren in 1973/74 — het in de eerste plaats noodzakelijk is dat de huisarts zich ter uitvoering van al die — deels nieuwe — taken,

meer dan tot nu toe verzekert van de medewerking van een aantal hulpkrachten onder wie ook zo enigszins mogelijk een (part-time) verpleegster. Uiteraard zullen in te stichten wijkgezondheidscentra de omstandigheden voor een optimale praktijkvoering van de deelnemende huisartsen het gunstigst liggen.

De handicap van velen van ons is, dat wij niet van meet af aan de huisartspraktijk in een of andere vorm van werkelijke samenwerking met collega's en paramedische medewerkers zijn begonnen. Door de eisen, die wij onszelf in de afgelopen jaren — geheel vrijwillig!? — stelden en nog zullen willen (moeten) stellen, zullen wij noodzakelijkerwijs tot een andere, hiervoor summier aangeduide wijze van praktijkvoering moeten komen. Verwacht mag worden dat de aanpassing geleidelijk aan op gang zal komen; waarschijnlijk is dat de jonge jaarklassen huisartsen hierbij voorop zullen lopen; gehoopt mag worden, dat de eerste financiële bijdrage, die ooit van overheidswege ten behoeve van het door de huisartsen verleende aandeel in de extramurale gezondheidszorg zal worden toegekend, voor dit doel zal kunnen worden besteed.

De medicamentenkaart. Blaauwhof beschrijft in dit nummer een door hem in zijn praktijk gebruikte medicamentenkaart voor chronische patiënten. Het is opvallend dat er over dit onderwerp zo weinig is gepubliceerd: in dertien jaargangen „huisarts en wetenschap” is slechts eenmaal de aandacht gevestigd op de door de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst uitgegeven „Medische informatiekaart”, welke, voorzien van een plastic hoesje, bij de Maatschappij verkrijgbaar is. Desgevraagd deelde men bij de ad-

ministratie van de Maatschappij mede, dat sedert de uitgifte voortdurend vele kleine en grote (ziekenhuizen) bestellingen voor de medische informatiekaart worden behandeld. Over de omvang van het gebruik en de wijze waarop dit kaartje door de betreffende artsen wordt beoordeeld is — naar ik meen — nooit iets gepubliceerd.

Een van de stellingen bij het proefschrift van *De Beus* luidende: De voordelen om de patiënten een kaartje mee te geven waarop de medicatie is genoteerd, wegen op tegen de nadelen hiervan”, laat geen twijfel bestaan dat in het algemeen de gevoelens met betrekking tot de medicamentenkaart ambivalent zijn. Wanneer men gewend is op de patiëntenkaart onder meer steeds de medicatie aan te tekenen, heeft men voor eigen gebruik uiteraard geen behoefte aan een medicamentenkaart. Het betekent extra werk — voor de praktijkassistente — tevens de medicamentenkaart van iedere chronische patiënt up to date te houden. Voorts — en hier knelt de schoen vermoedelijk

het pijnlijkst — dient men consequent de chronische patiënt naar zijn medicamentenkaart te vragen, waardoor deze dit document in relatie tot de dokter als voor hem waardevol leert ervaren.

Medicamentenkaarten of formulieren — die echter uitsluitend voor dat ene doel zijn bestemd — worden consequent door de trombosediensten van het Nederlandsche Roode Kruis gehanteerd (Behandeling met anticoagulantia, (1970) huisarts en wetenschap 13, 188) en voorts verschaffen verschillende verenigingen van patiënten hun leden kaartjes of penningen om in geval van nood inlichtingen te kunnen verstrekken, zoals de Nederlandse Vereniging van Suikerzieken en Medicalert.

Het is bekend dat sedert geruime tijd overleg wordt gepleegd om tot een uniforme medische informatiekaart te komen, waarop ook de verschillende immunisaties (tetanus onder andere!) kunnen worden aangekend. Hopelijk inspireert *Blaauw-hof* met zijn kaart tot discussie in huisartsenkring over dit onderwerp. H.

Uit het N.H.G.-bestuur: Bezinning

DOOR DR. A. P. OLIEMANS

Bijna drie jaar na de oprichting van het NHG werd in januari 1959 in Woudschoten een conferentie belegd door het NHG-bestuur met de verschillende grote commissies over de problematiek, waarvoor de Nederlandse huisarts zich toentertijd gesteld zag. De diepgaande debatten over de plichten en rechten van de huisarts resulteerden tenslotte in een functie-omschrijving en in een opstelling van de twaalf deeltaken van de huisarts. *Huygen* wijdde enige beschouwingen aan deze Woudschoten-conferentie en onderschreef het belang hiervan voor het NHG.

Aan de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (CWO) van het NHG werd gevraagd de deeltaken verder te analyseren en het bestuur van advies te dienen bij een door hem met deze deeltaken als uitgangspunt te volgen beleid. Van 1959 tot 1963 besteedde de CWO een groot gedeelte van haar vergadertijd aan deze opgave en bood tenslotte in 1963 het NHG-bestuur een lijvig rapport hierover aan. In dit „Woudschoten-rapport” had de Commissie de deeltaken nader uitgewerkt en richtlijnen voor een verder beleid aangegeven. In 1966 verscheen van de hand van een van de adviseurs van de CWO, *Vroege*, een samenvatting van dit rapport.

Sinds de Woudschoten-conferentie zijn de functie-omschrijving van de huisarts en de twaalf deeltaken de richtlijnen gebleven, waarnaar het NHG-bestuur zijn beleid met betrekking tot de huisarts en de huisartsgeneeskunde bepaalde.

De functie-omschrijving en de deeltaken, zoals deze in het Woudschoten-rapport werden vastgelegd, brengen wij hier nog eens in herinnering. De functie van de huisarts ziet het NHG in: „aanvaarden der verantwoordelijkheid voor continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwende individuele mensen en gezinnen”. Het NHG zou deze zorg willen zien in: „het opheffen, in hun uitwerking belemmeren en waar mogelijk voorkomen van stoornissen in de individuele- of gezinsgezondheid, een drievoudige taak dus: curatief, revaliderend en preventief”.

De deeltaken zijn de volgende:

- 1 eerste hulp, ook voor psychische traumata;
- 2 somatisch onderzoek;
- 3 psychisch en sociaal onderzoek, waarbij de beheersing van goede gespreks- en anamnese-techniek essentieel is;
- 4 registratie en beheer van alle medische gegevens;
- 5 differentiatie van de patiënten in twee groepen, namelijk in een groep waarvan de behandeling binnen de dagelijkse routine valt en een groep die afzonderlijke behandeling vraagt door het gecompliceerde van haar bijzondere problematiek;
- 6 behandelen wat door hem behandelbaar is;