

# huisarts en wetenschap



maandblad van het  
nederlands huisartsen  
genootschap

## Redactioneel

*Het beleid ten aanzien van de huisarts.* Het door de centrale overheid gevoerde beleid inzake de volksgezondheid houdt nauwelijks rekening met de huisarts. Afgezien van het in alle regionen bewijzen van lippendienst aan de huisarts, onder meer als „centrale (administratieve) figuur” — dankzij het ziekenfondssysteem — wordt er aan „het instituut huisarts” in ons land vrijwel niets gedaan.

„De huisarts sterft uit; het proces begint in de grote steden”. Deze uitspraak van een huisarts (in hart en nieren) is niet ingegeven door dépit, maar door gebrek aan vertrouwen in het ten aanzien van de huisarts in ons land gevoerde beleid.

Het aantal huisartsen neemt in absolute zin af, terwijl het juist relatief moet stijgen, gezien de toename van het aantal welzijnsstoornissen en de uitbreiding van de diagnostische, preventieve en therapeutische mogelijkheden. De oorzaken van dit gebrek aan belangstelling voor het huisartsberoep zijn vele, niet in de laatste plaats het curriculum, waarin het weinig leermeesters gegeven blijkt te zijn de medisch student het huisartsberoep niet tegen te maken.

Sleutelvraag is op welke wijze het beleid ten aanzien van de huisarts in positieve zin kan worden omgebogen. Het is duidelijk dat dit een politiek probleem is. Van groot belang zijn het op korte termijn realiseren van de verplichte huisartsopleiding, het spoedig oprichten van de in het rapport Muntendam genoemde dertig gezondheidscentra, verlening van faciliteiten, die het zich vestigen als huisarts stimuleren (bijvoorbeeld vrijstelling van militaire dienst voor zich in de grote steden vestigende huisartsen) en voorts alle maatregelen, welke er toe kunnen bijdragen dat de huisarts optimaal in het eerste echelon kan functioneren.

Wanneer de 4.500 huisartsen in ons land blijven berusten in het tot nu toe ten aanzien van hun

professie gevoerde — vrijblijvende — beleid, dan zal de eerder aangehaalde sinistere uitspraak binnen enkele tientallen jaren zijn bewaarheid. Trouwens, in de grote steden is het reeds begonnen.

\* \* \*

*Huisarts en ischemisch hartspierlijden.* In aansluiting op hetgeen over huisarts en hartinfarct in deze rubriek in het januari-nummer 1971 werd geschreven, vestigen wij hierop nogmaals de aandacht, onder meer naar aanleiding van de begin april 1971 door de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Dr. R. J. H. Kruisinga, aan het parlement medegedeelde beleidsmaatregelen inzake de bestrijding van hart- en vaatziekten. Deze beleidsmaatregelen zijn gebaseerd op een desbetreffend door de Gezondheidsraad recentelijk uitgebracht rapport, (1971) Medisch Contact 26, 447-449. Op een enkel punt zij hier de aandacht gevestigd.

De staatssecretaris heeft besloten regulerend op te treden voor wat betreft de materie van de bevolkingsonderzoeken op het gebied der hart- en vaatziekten, dat wil zeggen afremmen van een aantal initiatieven dat niet voldoende is gecoördineerd.

Bij de beleidsmaatregelen dient de primaire preventie — adequate leef- en voedingswijze, niet roken — een belangrijke plaats in te nemen. Ten aanzien van de secundaire preventie wordt voorlichting aan de huisartsen inzake maatregelen, welke zij bij een patiënt met een „vers” hartinfarct kunnen nemen ter verkleining van de sterftkans van bijzonder belang geacht. Voorlichting middels een voor dit doel door het Nederlands Huisartsen Instituut te vervaardigen film wordt nuttig geacht. Uiteraard is hier tegen geen enkel bezwaar, hoewel

men zich bij het lezen van een dergelijk advies afvraagt, hoeveel adviseurs eigenlijk huisartservaring hebben. Immers, de diagnostiek en de eerste — medicamenteuze — hulpmaatregelen bij de patiënt met een „vers” hartinfarct kosten gemeenlijk slechts een fractie van de tijd en de moeite welke het vergt de patiënt in een daartoe bestemd ziekenhuisbed te krijgen; bovendien treedt cumulatie van deze factoren op buiten de „normale werktijden”!

Voorlichting van huisarts, cardioloog en internist ten aanzien van het pre-infarctsyndroom („impending myocardial infarction”) lijkt heel wat zinvoller. *Wellens en medewerkers* concluderen uit een onderzoek, verricht bij tweehonderd in de kliniek opgenomen patiënten met een hartinfarct en hun respectievelijke behandelende huisartsen en specialisten, dat vele huisartsen en verschillende specialisten onvoldoende kennis hadden over de betekenis van pre-infarctklachten en de behandeling daarvan.

Ten aanzien van het bevolkingsonderzoek op hart- en vaatziekten schreef *Boer*: „Het gaat er om of een bevolkingsonderzoek op hart- en vaatziekten wel zo urgent is als sommigen het doen voorkomen, en of de gelden niet beter gebruikt zouden kunnen worden aan voorlichtingsprojecten. Want dat er vele miljoenen, op den duur misschien miljarden, met zo'n massaal onderzoek gemoeid zijn, lijdt geen twijfel. Moeten wij die bedragen besteden om statistisch aan te tonen dat een groot percentage van ons volk tamelijk ongezond leeft?” Men kan eraan toevoegen: terwijl er een onnoemelijk aantal hartneurotici mee wordt gemaakt. Niettemin dienen de „high risks” ten aanzien van hart- en vaatziekten uit de populatie te worden opgespoord, want om hen gaat het in *Meijler's* Delta-plan ter bestrijding van de sterfte aan hart- en vaatziekten.

In verschillende door huisartsen verrichte, secundair preventief geneeskundige onderzoeken in hun praktijkpopulatie is aangetoond, dat in de groep van de „high risks” het rendement het grootst is en dat men zich op praktische gronden

daartoe dient te beperken. Uiteraard heeft elke aan-doening, bijvoorbeeld cervixcarcinoom, diabetes, ijzeregebreksanemie, haar eigen „high risks”. Wanneer de huisarts de mogelijkheid zou kunnen verwerven alle in zijn praktijk voorkomende „high risks” ten aanzien van het ischemisch hartspierlijden (de hypertonici, diabetici, adipeuzen, sterke rokers, erfelijk belasten, managers enzovoort) en tevens alle patiënten met al dan niet suspecte pijn in de borst en voorts die met ritmestoornissen electrocardiografisch te onderzoeken, al dan niet met consultatieve hulp van een cardioloog of internist, of te laten onderzoeken met inschakeling van een E.C.G.-Dienst, dan zou dit uit het oogpunt van secundaire preventie een belangrijke aanwinst kunnen betekenen.

Dit plan is niet zo waterdicht als het Delta-plan van *Meijler*, maar het is misschien minder moeilijk te verwezenlijken, minder kostbaar en voor de desbetreffende patiënt psychisch minder belastend.

In twee artikelen in dit nummer van huisarts en wetenschap wordt verslag uitgebracht over de werkzaamheden van twee groepen huisartsen, die — zij het op verschillende wijze (men realiseer zich dat het een experiment betreft!) — de electrocardiografische diagnostiek in hun praktijk introduceerden door middel van een „E.C.G.-Dienst”.

In het licht van de voorafgaande beschouwing verdient het overweging het principe van de E.C.G.-Dienst voor huisartsen verder te bestuderen, op ruime schaal ervaring ermee op te doen, de uitkomsten te toetsen en de knelpunten bij de praktische uitvoering te bestuderen.

Het ter beschikking stellen van de voor dit doeleinde benodigde financiële middelen mag worden geacht geen al te zwaar wegend punt te zijn.

H.

Boer, E. J., N.R.C.-Handelsblad 8 april 1971.

Meijler, F. L. (1970) Ned. T. Geneesk. 114, 19-21.

Wellens, H. J. J., W. L. J. M. Chamuleau-Loonen, M. A. J. Romme en D. Durrer. (1971) Ned. T. Geneesk. 15, 652-657.