

## *Uit het N.H.G.-bestuur: De huisarts in de nabije toekomst*

DOOR DR. H. J. DOKTER

Het N.H.G.-bestuur heeft tezamen met de Congrescommissie een conferentie belegd op 26 en 27 maart 1971 te HydePark (Driebergen). Het thema van de conferentie was „De huisarts in de nabije toekomst”. Doelstelling was van gedachten te wisselen over de structuur van de gezondheidszorg in de nabije toekomst en de plaats van de huisarts daarin.

Aan deze conferentie hebben deelgenomen het N.H.G.-bestuur met zijn adviseurs, de Congrescommissie, vertegenwoordigers van de N.H.G.-commissies, de Stichting het N.H.I., de Universitaire huisartsinstituten, de L.H.V., het N.H.I., de Wetenschappelijke Vereniging der Vlaamse Huisartsen en voorts enkele sociologen, studenten en publiciteitsadviseurs. Er waren totaal 53 deelnemers.

Als documentatie voor deze conferentie was de deelnemers een aantal stukken toegestuurd. Deze stukken zijn inmiddels grotendeels in druk verschenen. Het zijn: Dr. H. J. Dokter: Over de toekomst van de extramurale gezondheidszorg; Prof. Dr. H. J. P. M. Dijkhuis: De ontwikkeling van de positie van de huisarts in de gezondheidszorg; Dr. J. H. Lamberts: Wat kan de huisarts aan zijn toekomst doen? Dr. J. M. L. Phaff: Het gesloten circuit; C. Seldenrijk: Over de plaatsbepaling van de huisarts in de gezondheidszorg in de jaren 1970-1980; Th. J. v. Stockum: Honoreringssystemen; Dr. M. J. v. Trommel: De huisarts op slag van twaalfen.

Op vrijdagavond begon de conferentie met een aantal inleidingen van Dokter, Seldenrijk, Van Trommel en Van Stockum. Tijdens mijn inleiding voor deze conferentie heb ik er op gewezen, dat een N.H.G.-werkgroep geconcludeerd heeft, dat de tijd rijp is om taak en functie van de huisarts te formuleren; dat het N.H.G. op grond van ervaring en eigen doelstelling de meest geëigende is deze formulering ter hand te nemen; dat echter andere disciplines bij deze formulering moeten worden betrokken. Wij moeten de taak van de huisarts, zoals die in Woudschoten destijds is vastgelegd, opnieuw bezien.

Van Trommel signaleerde in zijn inleiding een aantal verschilpunten tussen de huisarts-functieomschrijving van Woudschoten en de werkelijkheid van nu. Ik kan in het kader van deze samenvatting niet op al deze punten ingaan, maar op enkele wil ik wel de aandacht vestigen. Met name stelt Van Trommel dat de afnemende deskundigheid van de

huisarts één van deze factoren is. Wij zullen ons moeten afvragen of de deskundigheid beantwoordt aan hetgeen van de huisarts wordt verwacht, wanneer wij de taakomschrijving van de huisarts volgens Woudschoten willen waarmaken. Er is onderzoek nodig naar de eigen deskundigheid. Men kan stellen dat in het huidige systeem onvoldoende toetsing is ingebouwd.

Een andere belangrijke factor is de onvoldoende mogelijkheid tot samenwerking met andere werkers in de medische sector. Een thema van grote betekenis van deze conferentie is dan ook geweest de samenwerking in het eerste echelon en de samenwerking van dit echelon met de hogere echelons. De toekomst van de huisarts is gelegen in een of andere vorm van samenwerking, waarin zoveel mogelijk werkers van het eerste echelon zijn verenigd.

Tijdens de inleiding van Van Trommel is duidelijk geworden dat verschillende honoreringssystemen van de teamleden ongewenst zijn. De huisarts kan mogelijk beter functioneren in dienstverband.

De Woudschoten-conferentie is destijds belegd om te komen tot een taakomschrijving van de huisarts. Deze taakomschrijving gaat uit van de huisarts zelf en is duidelijk op hem gericht. Reeds in een aanhangsel bij het rapport over de Woudschoten-conferentie stelt de C.W.O., dat aan de beschrijving van de taak van de huisarts een aantal bezwaren kleefte. Volgens de commissie is het grootste bezwaar, dat de deeltaken zeer ongelijk van betekenis zijn.

Volgens mij is het grootste bezwaar nu, twaalf jaren later, dat deze functieomschrijving vooral een „geloofsbelijdenis” wil zijn. De huisarts moest weer in zichzelf gaan geloven. Ons uitgangspunt is vandaag anders. Men kan uitgaan van het werk van de huisarts, maar evenzeer van de behoeften van de patiënt en zijn gezin, van de gezondheidszorg in het algemeen enzovoort. Elk van deze laatste gezichtspunten levert een ander beeld van de taak van de huisarts, dat elk voor zich juist, maar onvolledig is.

Wil men tot een volledige omschrijving geraken, dan zal men ergens zijn uitgangspunt moeten kiezen. Ons uitgangspunt zal nu een ander moeten zijn dan destijds in Woudschoten. Nu zal veel meer dan destijds de toekomstige structuur van de gezondheidszorg ons uitgangspunt moeten zijn en secundair de plaats van de huisarts daarin. Voor mij is de belangrijkste vraag: „Met welke structuur

van de gezondheidszorg is de mens in de toekomst het beste gediend?"

Seldenrijk wees er op in zijn inleiding: „In de toekomst minder zorgen?" dat de doelstelling van de huisartsgeneeskunde dient te worden uitgebreid van „cure" naar „care". Dit vereist een nieuwe attitude van de huisarts. Hij neemt niet alleen de verantwoordelijkheid op zich voor degene die zich met een klacht tot hem wendt, maar hij heeft tevens aandacht voor de gezondheid van de gehele bevolking uit zijn praktijk („care").

Sprekend over de structuur van de gezondheidszorg die het beste tegemoet komt aan de wensen van de patiënt/cliënt en aan de veranderde attitude van de huisarts, meent Seldenrijk dat het aantal zorgende instellingen drastisch dient te worden beperkt en de reorganisatie van de extramurale zorg gecoördineerd en geïntegreerd behoort te verlopen met de huisarts als spil van deze zorg. Ook hij meent dat de huisarts niet kan ontkomen aan een toetsing van de kwaliteit van zijn werk binnen deze organisatie.

Van Stockum wees er eveneens op dat de huisartsgeneeskunde gevaar loopt. De geïnstitutionaliseerde gezondheidszorg kan geen contact met ons krijgen en doet het volgens hem dadelijk wel zonder ons. Ook hij is van mening, dat samenwerkingsverbanden tussen huisartsen onderling noodzakelijk zijn; de communicatie met de werkers in het eerste echelon moet worden georganiseerd en er een verband moet komen tussen de honorering en de hoeveelheid arbeid. Een gemengd systeem van basisvergoeding en verrichtingsvergoeding kan hierbij overdrijving voorkomen. De vergoeding van de praktijkkosten moet meer op de werkelijkheid worden afgestemd.

Na deze inleidingen is de conferentie in een vijftal discussiegroepen uiteengegaan. Aan elk van deze groepen is een drietal vragen gesteld respectievelijk stellingen voorgelegd welke zijn voortgekomen uit de gehouden inleidingen. In totaal zijn tien vragen in de groepen besproken. De derde vraag was voor alle groepen gelijk en luidde: Is de omschrijving van de taak van de huisarts, zoals in Woudschoten geformuleerd, namelijk het aanvaarden van verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwende individuele mensen en gezin, nog up-to-date? Zo neen, hoe dient deze dan opnieuw te worden geformuleerd?

Op enkele vragen en de beantwoording ervan door de deelnemers in de groepen wil ik ingaan. Op de vraag „welke structuur van de gezondheidszorg is nodig om de positie van de huisarts te waarborgen?" is geantwoord, dat de structuur alléén geen waarborg kan zijn voor het voortbestaan van de huisarts. Veeleer heeft men de overtuiging, dat de kwaliteit van zijn werk van doorslaggevend betekenis is. Ook in de discussiegroepen is gebleken, dat een kwaliteitscontrole en -bewaking op het werk van de huisarts een eerste noodzaak is.

Deze controle dient niet alleen door de beroepsgenoten te geschieden, maar ook door andere werkers in de gezondheidszorg. In de toekomst moet men er rekening mee houden, dat de patiënt kritischer zal worden ten aanzien van de kwaliteit van het werk van de huisarts. Opvallend blijft voorsnóg, dat de patiënt méér belang hecht aan de persoonlijke eigenschappen van de huisarts, dan aan zijn door hem moeilijk te beoordelen exacte kennis.

Twee van de discussiegroepen hebben de aan hen gestelde vragen en stellingen in één antwoord samengevat. De gestelde vragen en stellingen luiden aldus:

- Een optimaal werkend intern toetsingsstelsel is onontbeerlijk voor het voortbestaan van de huisarts.
- Hooggekwalificeerde gezondheidszorg toegankelijk voor iedereen, kan slechts worden geboden wanneer de huisarts zijn centrale plaats in het volksgezondheidsbestel blijft behouden.
- De functie van de huisarts wordt belangrijk verbreed door de overgang van „cure"- naar „care"-instelling. Hoe stelt u zich de afgrenzing van zijn werkgebied en zijn taak met betrekking tot de welzijnszorg voor?
- Welke werkzaamheden zal de huisarts in de toekomst kunnen delegeren en/of afstoten?

Men is tot de conclusie gekomen dat deze vragen en stellingen niet los van elkaar zijn te bespreken. Gezien vanuit het belang van de patiënt, heeft men geconcludeerd dat de huisarts hoort deel uit te maken van een eerste echelons hulpverleningsgroep, die zich tot taak stelt het geven of doen geven van een persoonlijke, integrale en continue zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwende individuen en gezinnen. De huisarts wordt binnen dit team geacht te handelen vanuit zijn kennis van de somatische, psychische sociale factoren, die het ontstaan en beloop van ziekte bepalen. De teamleden hebben ieder een specifieke inbreng en een zodanige opleiding dat zij elkaars werkgebied kunnen overzien. Het werken in een dergelijk team zal leiden tot een toetsingsstelsel, waarbij de leden zich voortdurend aan elkaar zullen spiegelen. Men ziet dat hier tevens de derde gemeenschappelijke vraag beantwoord is. De bovengenoemde vragen kunnen vanuit deze instelling eveneens beantwoord worden.

De volgende vraag werd uitvoerig beantwoord. „De georganiseerde maatschappelijke en geestelijke gezondheidszorg worden in Nederland gefinancierd door overheid en particulieren. De huisarts werkt in de gezondheidszorg nog als een zelfstandige ondernemer. Hierdoor worden spanningen opgeroepen. Welke zijn deze? Hoe zijn deze te voorkomen of te verminderen?"

De conclusie luidt: De huisarts gaat op in dienstverband; de detachering van bijvoorbeeld wijkverpleegster of maatschappelijk werkster bij de groepspraktijk moet zo volledig mogelijk zijn, zodat het

aldus ontstane team zelfstandig beslissingen kan nemen.

Een andere aan de discussiegroep voorgelegde stelling luidde: „Paramedische werkers, huisartsen, ziekenhuisspecialisten en ziekenhuizen, dienen in een nieuw organisatie-verband — zowel functioneel als financieel — samen te werken”. De groep is van mening, dat men het hiermede eens kan zijn onder voorbehoud, dat onder een gemeenschappelijke organisatievorm niet alleen een organisatiestructuur wordt bedoeld, maar ook een stelsel van onderlinge afspraken ten aanzien van taakafbakening en functievervulling. Als model van zo'n organisatievorm wordt een structuur aanbevolen, waarin een aantal gezondheidscentra, zowel diagnostisch als therapeutisch, samenwerkt met een streekziekenhuis. Tevens staat het gezondheidscentrum in relatie met de tweede echelonsvoorzieningen van de maatschappelijke en geestelijke gezondheidszorg.

Enkele consequenties voor het werk van de huisartsen zullen zijn: Wijzigingen in zijn werk (meer nazorg, meer overleg, meer onderlinge consultaties); toetsing van zijn werk; bereidheid tot samenwerking; bereidheid de honoreringsstructuur te accepteren, die de samenwerking ondersteunt: waarschijnlijk dienstverband; en tenslotte conformatie aan reglementen en afspraken.

Naar de mening van de deelnemers aan de conferentie ligt hier een taak voor het N.H.G. ten aanzien van evaluatie van deze organisatievorm van de gezondheidszorg qua functie, financiën en satisfactie van arst en patiënt.

Tenslotte is de vraag behandeld of het honoreringssysteem invloed heeft op de kwaliteit van het werk van de huisarts. Afgezien van wat hierover al eerder is gezegd kan men concluderen, dat de honorering zeker invloed heeft op de deskundigheid en dus op de kwaliteit van het werk. Men kiest voor een honoreringssysteem dat de beste mogelijkheden in zich heeft en denkt aan een basishonorering al dan niet in abonnementsvorm met daarboven kwaliteitstimulerende toelagen.

Na de discussies zijn de deelnemers zaterdagmiddag weer bijeen gekomen in een plenaire vergadering. Mogelijk is deze vergadering enigszins als een anticlimax ervaren en is naar het gevoel van de deelnemers niet datgene verwoord wat men zo gaarne onder woorden had willen brengen. Op enkele naar mijn mening belangrijke punten wil ik hier de aandacht vestigen.

Gesteld is dat het N.H.G. een toekomstvisie dient te ontwikkelen en deze behoort te toetsen aan de mening van alle werkers in de gezondheidszorg. Deze visie ligt volgens mij na deze conferentie duidelijk vast. Er moet worden gestreefd naar werken in groepsverband en in gezondheidscentra. Tevens dient te worden gestreefd naar een goede samenwerking van gezondheidscentra met de districtziekenhuizen en met de maatschappelijke- en geestelijke gezondheidszorg in het tweede echelon.

Bij de overheid zal dit beleid moeten worden verdedigd, omdat de overheid experimenten in deze richting met kracht zal moeten steunen. Daarnaast zal het N.H.G. moeten bevorderen dat de attitude van de huisarts verandert. Tijdens één van de laatste bestuursvergaderingen is al duidelijk geworden, dat de huisarts géén enkelvoudig statisch begrip betekent, maar veel meer een dynamisch begrip. De huisarts verandert met de maatschappij waarin hij functioneert, evenals zijn patiënten. Bij deze verandering zal het N.H.G. leiding moeten geven.

Ook voor de opleiding blijkt het N.H.G. een duidelijke taak te hebben. De taak van de huisarts is bij de studenten onduidelijk. Het is onze taak te formuleren wat men onder huisarts-zijn wil verstaan, zodat niet alleen wij, maar ook de opleiders weten waar zij naar toe moeten werken.

Koch heeft tijdens de plenaire zitting gesteld, dat de opzet van de conferentie is geweest, het onbehagen dat de Woudschoten-formulering in zake de taak van de huisarts niet meer in deze tijd past. Zijn er inderdaad andere wegen om tot een andere structuur, tot een andere vorm van huisarts-zijn te komen? Duidelijk is volgens hem dat men bij het ontwikkelen van een visie niet is uitgegaan van oude structuren, maar een geheel eigen visie heeft ontwikkeld. Daarbij is tevens duidelijk geworden dat de conferentie van mening is, dat de huisarts bereid moet zijn, zijn leiderspositie op te geven om plaats te nemen in de rij van eerste echelon-werkers.

Tijdens de conferentie is ook gesproken over de afgrenzing van het gebied dat typisch door huisartsen moet worden verzorgd. Dit zou moeten gebeuren aan de hand van de deeltaken van Woudschoten, die dan anders moeten worden geformuleerd. Wij vragen ons dan niet meer af „wat is de taak van de huisarts”? maar „welk gedeelte van de eerste echelon-hulp mag de patiënt van de huisarts verwachten?” Zo zal met name de eerste hulp niet meer obligaat voor de huisarts zijn, evenmin als verloskundige hulp. Dit zijn gebieden waar de huisarts zich wel beschikbaar kan stellen, maar niet moet stellen. Voor het vervullen van deze taken zijn samenwerkingsverbanden onvermijdelijk. Het lijkt gewenst de C.W.O. en de universitaire huisartseninstituten te vragen zich te bezinnen op de deeltaken van de huisarts en te komen tot een taakafbakening passend in deze tijd. Dan kan voor ieder — ook voor de huisarts-opleider — duidelijk worden wat wel en wat niet van de huisarts kan worden verwacht.

Moors schrijft in een nabeschouwing op de conferentie, dat misschien een belangrijke conclusie van de conferentie is geweest: men is het er over eens, dat de processen die zich in de huisartsgeneeskunde en in de individuele huisartsen aan het voltrekken zijn, goede mogelijkheden in zich bergen, dat de huisarts zijn taak als begeleider van mensen met stoornissen in hun welbevinden en hun welzijn, in toenemende mate op adequate wijze ge-

stalte geeft. Voorts dat de gesignaleerde ontwikkeling verder moet worden gestimuleerd, vooral in die zin dat samenwerkingsverbanden, organisch aangepast aan de omstandigheden ter plaatse, sterk moeten worden bevorderd. Hierbij valt te denken aan een financiële injectie alswel aan het vormen van de benodigde attitude. Dat de huisarts daarvoor van zijn voetstuk moet klauteren, is duidelijk

en hij is dit reeds aan het doen. Dat hij min of meer horizontaal in het plaatselijke samenwerkingsverband moet functioneren is eveneens evident. Dit horizontale functioneren in de groep is misschien wel de essentie van de toekomstige huisarts. Hij zal er echter voor dienen te waken zich niet te laten verleiden slechts als somaticus te functioneren, al dus Moors.

## Vreemde getallen

DOOR PH. JACOBS\*

*Eén laboratoriumtaal.* Nauwelijks heeft de pasgeborene het levenslicht aanschouwd of hij maakt kennis met meetlat en weegschaal; gedurende ons gehele leven spelen vervolgens maat, tal en gewicht zowel in het dagelijks bestaan als in onze denkwereld een enorme rol; zelfs in het hierna maals zullen wij, volgens sommigen althans, gewogen en al dan niet te licht worden bevonden.

Hoeveel meer nog geldt bij de beoefening van de natuurwetenschappen dat meten de grondslag vormt van al het weten. Wil men elkander echter in onze „klein” geworden, door de technologie beheerste wereld wetenschappelijk blijven verstaan, dan is het zaak om meetresultaten in één „taal” vast te leggen.

Dit geldt onverkort voor het rapporteren van klinisch-chemische laboratoriumresultaten. Momenteel heerst op dit terrein een grote chaos. Men behoeft slechts een aantal wetenschappelijke tijdschriften na te slaan om te constateren dat voor een en dezelfde parameter („grootheid”) geheel verschillende aan getallen gebonden uitdrukkingwijzen („eenheden”) worden gehanteerd. Laten wij eens de grootheid bilirubinegehalte als voorbeeld nemen. Indien een pasgeborene een gehalte aan indirect bilirubine in zijn plasma heeft van rond 20 mg/100 ml is veelal een wisseltransfusie geïndiceerd. Bedraagt het gehalte aan bilirubine echter 20 E Hijmans van den Bergh, hetgeen gelijkstaat met 10 mg/100 ml dan zal wisseling in de regel achterwege blijven. Het gebruik van het getal 20 zonder nadere aanduiding is dus riskant. De arts weet pas wat hem te doen staat, wanneer het getal 20 wordt vergezeld door een bepaalde *eenheid*. Een ander voorbeeld: wordt voor een calciumgehalte 7 opgegeven, dan kan het ene laboratorium daarmee 7 mg/100 ml bedoelen, het andere echter 7 meq/l; laatstgenoemde uitkomst komt overeen met 14 mg/100 ml. Gevaarlijke diagnostische en therapeutische consequenties liggen voor de hand.

Hoewel de uit deze spraakverwarring voortko-

\* Apotheker en klinisch chemicus bij het Ziekenhuis Eudokia te Rotterdam.

mende fouten veelal van triviale aard zijn, leiden dubbelzinnige formuleringen soms tot foutieve diagnoses, onjuiste therapie en een enkele keer zelfs tot fatale beslissingen voor de zieke.

In het licht van de gesignaleerde onduidelikheden en tevens met het oog op de enorme vermeerdering van de per patiënt verlangde laboratoriumonderzoekingen — zowel per soort als in diversiteit — hebben de Deense laboratoriumartsen *Dybkaer* en *Jørgensen* zich gedurende ruim tien jaar in internationaal verband beijverd om een uniforme, strikt logische, uitdrukkingwijze voor laboratoriumresultaten te creëren. Zij hebben daartoe steeds verbeterde versies van hun ontwerp doen circuleren en uitvoerig overleg gepleegd met competente medische, chemische en fysische collegae en organisaties. Tenslotte zijn *Dybkaer* en *Jørgensen* met een rationeel opgebouwd en zeer goed te hanteren systeem voor de dag gekomen. Grootheden en eenheden zijn hierin zeer precies gedefinieerd, zodat medicus en klinisch chemicus elkander ondubbelzinnig kunnen begrijpen. De Deense voorstellen zijn in 1966 door de International Federation of Clinical Chemistry (I.F.C.C.) en door de Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie (N.V.K.C.) aanvaard. De N.V.K.C. heeft de leden vervolgens geadviseerd om ernaar te streven uiterlijk per 1 januari 1971 bij het weergeven van laboratoriumuitslagen nog slechts van de nieuwe nomenclatuur gebruik te maken. Hierbij zijn verreweg de meeste ziekenhuislaboratoria in ons land betrokken. Zoals onlangs onder andere in dit tijdschrift is aangekondigd — (1970) huisarts en wetenschap 13, 347 — is ook het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid (R.I.V.) per 1 januari 1971 ertoe overgegaan zijn laboratoriumuitslagen uitsluitend in nieuwe eenheden te verstrekken. Tengevolge hiervan zal ook de huisarts steeds meer met deze „vreemde getallen” worden geconfronteerd. Het lijkt derhalve zinvol in het volgende de grondslagen en de consequenties van de nogal ingrijpende veranderingen nader te belichten.