

Huisarts, maatschappij en wetenschap

DOOR DR. C. A. DE GEUS

*„Gewoonlijk is de huisarts de aange-
wezen trooster in ons leven. . . . Zonder
een figuur als de huisdokter kan een
gezin in een ontwikkelde samenleving
niet bestaan. Er steekt niets bescha-
mends in naar hem toe te gaan met een
of andere onbeduidende klacht, waar-
mee je nooit naar een polikliniek zou
zijn gegaan. . . . Tegenwoordig kom je
gemakkelijker aan een vrouw, dan aan
een dokter die bereid is je, zolang je dat
wenst, zijn persoonlijke aandacht te
geven en die je werkelijk volkomen be-
grijpt”.*

Uit: „Kankerpaviljoen” van Solzhenitsyn.

HUISARTS

Voelen huisartsen zich nog steeds evenzeer aange-
sproken als destijds door de visie op „de huisarts”
van de Woudschotenconferentie (1959)? Het is de
vraag. „Integrale, continue en persoonlijke
zorg . . .”, het is een beroepsbeeld waarin men zich
kon vinden, waaraan men ook wilde beantwoor-
den. In woord en geschrift kwam de formule tel-
kens terug. Zij gaf het enthousiasme een nieuwe im-
puls, het bezig-zijn structuur, het ideaal inhoud.
Door deze zinspreuk in het vaandel van het
Nederlands Huisartsen Genootschap werd men
gelijk gericht. Men schaarde zich erachter. De
homogeniteit en solidariteit van de beroepsgenoten
is in zo’n zelfportret van de groep tot uitdrukking
gebracht. Naar binnen gelijkrichtend, naar buiten
richting gevend is de Woudschoten-formule, om het
met een term van over onze grenzen te zeggen,
„Leitbild” geworden.

Zo’n Leitbild heeft iets heiligs. Men moet er niet
aankomen, men mag het evenmin loslaten. Toch
kan het, aanvankelijk min of meer onopgemerkt
functie verliezen. De werkelijkheid verandert, om-
standigheden wijzigen zich. Als er in de werkelijk-
heid ontwikkelingen gaande zijn die haar van het
ideaal vervreemden, gaat van het ideaal steeds
minder inspiratie uit. Als de werkelijkheid zich ont-
trekt lijkt het een loze formule te worden. Dan
loopt het in al zijn onaantastbaarheid de kans te
worden bijgezet. Een heiligenbeeld, een museum-
stuk.

HUISARTS-MAATSCHAPPIJ

De opstellers van het *Woudschotenrapport* heb-
ben destijds reeds beseft dat de huisarts onder de
beschreven ideale zorg zou bezwijken en dat ook het
doel van deze zorg, de gezondheid, een per definitie
onbereikbaar doel is. Ontwikkelingen nadien heb-
ben dit eigenlijk alleen maar bevestigd. Enkele dezer
ontwikkelingen worden langzamerhand steeds
duidelijker aanwijsbaar en zijn hier van belang: het
toenemen van informatie, het sterker worden van
de neiging tot samenwerking en de veranderde
levensinstelling. Deze ontwikkelingen zijn niet
nieuw, zij zijn ook niet tot de geneeskunde beperkt.
Zij werpen echter (ook) ons terug op onze uitgangs-
punten en nopen tot een hernieuwd beraad.

Toenemende informatie. Een huisarts moet veel
weten. Hij moet beschikken over een ruime kennis
van door hem in de praktijk waargenomen zaken en
daarbij kunnen terugvallen op een permanent weten
en weet hebben van feiten, beelden, complicaties,
risico’s, indicaties, methoden en schemata van dia-
gnostiek en therapie, die in het magazijn van zijn
geheugen zijn opgeslagen. Naast deze voorraad,
welke hij op peil moet houden, moet hij nieuws
garen. Daarin heeft hij vrij spel. Naar eigen voor-
keur kan hij uit een overstelpend aanbod van
studiemateriaal, door recensenten kwistig voorzien
van het predicaat lezenswaard en aanbevolen voor
de huisarts, oppikken wat van zijn gading is. Ook
bij strenge selectie zal de greep min of meer lukraak
blijven. Hoeveel temeer zal lukraak lezen een vol-
strekt willekeurige greep uit de lectuurlawine ople-
veren! De huisarts mist eenvoudig de wetenschap-
pelijke uitmonstering voor „integrale” zorg.

Mede om het voor de opleiding operationeel te
maken zou men het hier bedoelde aspect van de
taak van de huisarts moeten omschrijven als
latitudinale zorg, zorg in de breedte. De huisarts
werkt namelijk wel op een breed front. Daar staat
hij open voor elk probleem van de patiënt, hoe ge-
wichtig of onbeduidend ook. In die situatie tracht
hij het zwaartepunt van het probleem te ontdekken
en, uitgaande van zijn kennis van mens en milieu, de
perifere betekenis ervan te overzien. Hij tilt er aan
mee totdat één of elk van beiden anders beslist.

Meer samenwerking is de aangewezen manier om

de basis van een veel omvattende zorg te verbreden. Wat op de stromen van informatie dreigt te dissoneren en uiteen te drijven, zoekt men in het interdisciplinaire weer bijeen te brengen en te doen samensmelten. Getoetst aan het ideaal van continue zorg is samenwerking desondanks óók een complicatie. De arts die zich nog verder openstelt voor nieuwe informatie via nieuwe contacten en aandacht wil besteden aan de inbreng van andere disciplines, ziet zich genoodzaakt in de praktijk in toenemende mate te marchanderen met zijn principe van persoonlijke beschikbaarheid, een belangrijke pijler van continue zorg. Hij moet tijd vrij maken.

Maar er is meer. Aan eendrachtige samenwerking met bijvoorbeeld psychologen en maatschappelijke werkers gaat een confrontatie met andere takken van wetenschap en bedrijf vooraf. In de omgang met de andersdenkenden en anders gesitueerden treden taal- en klimaatsverschillen aan de dag en tevens praktische problemen (hulp van psychologen niet in het ziekenfondspakket). Verwijzen in deze sfeer betekent overdragen van de verantwoordelijkheid voor belangrijke inhoudelijke aspecten van de zorg aan andere deskundigen en dat in een maatschappelijk soms onduidelijke verkeerssituatie. Een van de problemen daarin is de rapportage over en weer. Dus hebben wij te maken met een toestand waarin de huisarts de continue lijn in de hulpverlening niet kan waarborgen, los van de vraag of dit in de praktijk dikwijls moeilijkheden oplevert. Het ideaal — continue zorg — en de werkelijkheid — de eigen huisarts niet altijd aanwezig en niet immer de aangewezen — ontmoeten elkaar in een opnieuw voor de opleiding operationele omschrijving en wel in de *longitudinale zorg*. Deze zorg wordt waar gemaakt in incidentele (reeksen) contacten binnen een patiënt-arts-relatie van duurzaam karakter.

Kenmerkend voor de functie van de huisarts in de samenleving is de wijze waarop deze kan worden uitgezet in de ruimte en de tijd. Latitudoonaal is de zorg die het functioneren van de patiënt op in beginsel elk levensterrein tot project heeft. De huisarts, binnen direct bereik van de patiënt en het gezin, helpt en ontsluit wegen naar tal van hulpverlenende instanties, lokaal, regionaal of buiten de regio binnen het communicatienet waarin hij gewijs is. Longitudinale zorg strekt zich in principe uit over alle levensstijperken van patiënten, van vóór de wieg (prenatale zorg) tot na de dood (omzien naar de nabestaanden). In feite omvat zij zelden de gehele levensweg, maar slechts het traject dat door de eerste kennismaking en door het afscheid wordt begrensd.

Primair gaat het in de huisartsgenees-

kunde dus niet om specifieke problemen die de huisarts zelfstandig behandelt. Zijn takenpakket is niet van een constante samenstelling. Karakteristiek is, dat hij in de voor de huisartspraktijk typische situatie en in de duurzame arts-patiënt-relatie, die beide functioneel zijn voor de latitudinale zorg, kan optreden als degene die belast is met basale patiëntenzorg.

Deze formulering heeft betrekking op zijn functie in de samenleving. Omtrent het doel van de zorg geeft zij geen uitsluitel.

Basale zorg. De gezondheidszorg is een systeem dat zich door toenemende specialisatie en bredere oriëntatie steeds wijder vertakt. Welke rol kan de huisarts in dit systeem nog spelen? Waarom blijft hij, terwijl men technisch en wetenschappelijk al verder voortschrijdt, geneeskunde beoefenen met zulke beperkte mogelijkheden en middelen?

Het antwoord luidt: dat moet nu eenmaal aan het front. Hij voert er zelfs belangrijke en zeer ingewikkelde medische opdrachten uit. De competentie van de huisarts hangt immers niet af van de vermeende almacht of alwetendheid. „He is becoming a medical tactician who manages a medical health system composed of specialized professionals (perhaps trained only in their particular specialization), paraprofessionals, and technicians, and who, like many of today's managerial cadres, is competent not because of what he knows, but because of his ability to assimilate and utilize the relevant knowledge of others” (*Simon*).

Tussen „needs and demands” enerzijds, „cure and care” anderzijds, ligt zijn werkterrein, waarop hij als ondernemer regulerend optreedt. Het is tegelijk een vertaalgebied, waarin de huisarts als tolk interpreterend bezig is. Basale patiëntenzorg binnen het totaal van de gezondheidszorg is behoefte en aanbod, vraag en antwoord tot elkaar brengen en door of via zichzelf op elkaar afstemmen.

Wij zijn niet ver van de oorsprong afgedwaald, wanneer wij bedenken, dat basale zorg meer is dan de som van latitudinale en longitudinale zorg: het is de combinatie. Daardoor kan een brede probleem-oriëntatie voortbouwen op een stuk bekende voorgeschiedenis en levensverhouding en deswege het integrale benaderen. Tevens kan de huisarts langs een onregelmatige reeks contacten een lijn van bij benadering continue zorg spannen, doordat hij kennis opdoet van gedrag en levenssfeer van zijn patiënten in hun milieu onder uiteenlopende omstandigheden. Deze opvatting van basale zorg stelt enerzijds hoge eisen aan motivatie, uitrusting en

attitude van de beroepsbeoefenaar, anderzijds ontslaat zij hem van een krampachtig streven naar integrale competentie. Integendeel, als hij de samenstelling van een op het algemene behoeftenpatroon gericht takenpakket op sommige onderdelen wil aanpassen aan zijn persoonlijke bekwaamheden, zijn voorkeur of zijn praktijkbestand, dan kan dat.

Veranderde levensinstelling. De verhouding huisarts-patiënt staat niet los van het totaal van menselijke verhoudingen, maar is er organisch in opgenomen, duidelijk geconditioneerd en tot op zekere hoogte ook gestabiliseerd. In het draaiboek van de samenleving is deze verhouding echter wel onderhevig aan invloeden die daar werkzaam zijn en tendensen die zich voordoen. Onder deze zijn er verscheidene die de verhouding arts-patiënt in onze tijd op zijn stevigheid en draagvermogen beproeven. Belangrijke veranderingen voltrekken zich niet langer in een uithoek. De massamedia knopen gesprekken aan tussen patiënten en hun huisartsen en geven er richting aan, gesprekken over hartziekten, CARA, abortus, seksueel verkeer, verslavingen, euthanasie. In elk van deze probleemgebieden banen moderne mensen zich een weg, sommigen tastend, anderen doortastend.

Voor de geneeskunde heeft dit zijn gevolgen. Terwijl de massa in beweging is in al haar geledingen, eisend en demonstrerend en protesterend en provocerend, onzeker en terughoudend en wikkend en wegend en verontrust en waarschuwend of alleen maar in meerderheid zwijgend, hoe dan ook, in de spreekkamer zijn de problemen feitelijk. Voor de artsen zelf wordt het van belang geacht dat hun niet alleen feitenkennis wordt aangereikt, maar dat deze ook attitude-vormend wordt overgedragen. Het totaalbeeld van deze bedrijvigheid laat er geen twijfel over bestaan dat de moraal diepgaand aan het veranderen is. De oude norm van de naastenliefde vraagt om een eigentijdse vertaling en toepassing. Ook de verhouding patiënt-arts is van tijd tot tijd aan een herwaardering toe. De volgende overwegingen staan model voor het demonstreren van deze noodzaak.

Vooreerst begunstigt de moderne ontwikkeling van maatschappij en wetenschap niet de rol van de huisarts als raadsman in de weidse zin van het woord. Die rol wordt ouderwets. Dat de huisarts nog toegang heeft tot moeilijkheden van mensen op tal van levensgebieden is terug te voeren op de menselijke eigenaardigheid aan narigheid een somatische uitdrukking te verbinden. Klagen over pijn in de borst is vaak een literaire ontboezeming voor een niet-letterlijk zeer. Door het opkomen en bekend worden van deskundigen, die eerste-lijns hulp ver-

lenen in psycho-sociale problematiek, zullen mensen de weg daarheen leren bewandelen. Ook de patiënt gaat niet meer uit van integrale competentie van de huisarts. Niet omdat iemand in moeilijkheden zit, maar wanneer hij zijn problemen onderscheidt als zodanige, waarvoor hij bij de huisarts moet wezen, zal hij deze in dat geval consulteren. Mede door het eigen streven naar professionalisatie van de huisarts wordt zijn patiëntenzorg dan toch meer zakelijk bepaald oftewel aan relevante problematiek gebonden geacht. Meer dan vroeger wordt de raadsman beoordeeld naar zijn terzake-kundig zijn en zal om die reden een beroep op hem worden gedaan.

Vervolgens, omdat toenemende specialisatie centralisatie in de hand werkt, wordt zorg van enige omvang spoedig gedelegeerd aan de instituten. Zijn arm is kort en daarom is de huisarts weldra aangewezen op instellingen waar de patiëntenzorg meer het karakter van een leuning heeft dan van een arm. In een leuning is alle ervaring van doelmatig houvast verwerkt, aan een arm is een mens verbonden die schraagt.

Dan is er in de samenleving het vraagstuk van de draagkracht waarop het speciaal bij het „oudgeworden ongeluk” (Bonhoeffer) aankomt. Het feit dat tien procent van de huwelijken, waarin een van de partners gaat lijden aan sclerosis multiplex, op een formele echtscheiding uitloopt, geeft te denken. In de opleiding van de huisarts ontbreekt nagenoeg de ontwikkeling van het vermogen tot het hanteren van uitzichtloze situaties. De kunst is zodanige inhoud te geven aan de contacten die „longitudinaal” worden gelegd, dat de verhouding huisarts-patiënt-gezin één van de dobbers wordt, waarop het gezin drijvende blijft. Het besteden van zorg aan slachtoffers van langdradig onheil wordt onvoldoende geleerd. Zou de tolerantie van de samenleving hiervoor verminderen dan zal dit de taak van de huisarts verzwaren.

Polariserende tendenzen in de maatschappij vereisen van de huisarts soms schrandere stuurmanskunst. Het is zijn opdracht mensen, die averij oplopen in arbeids-, generatie- of andere conflicten, te helpen. Het front waaraan hij werkt is inmiddels gesplitst in twee fronten. Om in deze situatie mensen tot hun recht te laten komen moet hij tactisch manoevreren tussen de neutraliteit van de witte jas, de strijd tegen een in de maatschappij gelokaliseerd ziekmakend agens (of ziekmakende „agent”) en de partijdigheid van een geëngageerde deelnemer aan het maatschappelijk leven. Polarisatie in de verhouding arts-patiënt zou uit den boze zijn. Wijzigingen in het maatschappelijk klimaat die daarin zouden kunnen culminereren, dienen tijdig te worden aangevoeld. Uit de toepassing van tranquil-

lizers op grote schaal blijkt, dat toenemende macht feitelijk onmacht verhuult. Volgens nog niet officiële mededeling zou het gaan om circa tien procent van de onder behandeling zijnde patiënten. Dat mensen al of niet opgewekt en opgericht onder levensproblemen gebukt kunnen gaan, is toe te schrijven aan een zinsbegoocheling, die ook de problemen een lange levensduur toestaat. Het gaat er op lijken dat men met behulp van tranquillizers door kan ademen in een verstikkende levenssfeer. Het is denkbaar dat hier welbevinden zonder welzijn, welzijn voor heil, basale zorg met voorbijgaan van de mens wordt geboden.

Eenzelfde dilemma wordt opgeroepen door de abortus provocatus. Hulp bij ongewenste zwangerschap behelst in elk geval ook het aanvaarden van medeverantwoordelijkheid voor beslissingen die men met elkaar neemt. Dan nog zijn het, onder druk van de omstandigheden, mogelijk beslissingen waarvan de draagwijdte niet is te overzien. Die brengt men niet binnen het gezichtsveld door bij de besluitvorming uit te gaan van een drogreden of zich daarbij uitsluitend te richten op een basaal behoefte-patroon. Op een drogreden berust het aanwijzen van de nidatie als beginpunt van de eenduidige en onomkeerbare ontwikkeling van het nieuwe individu. *Dankmeijer* en *Van Laer* hebben deze evidentie opnieuw onder de aandacht gebracht. De betekenis van het basaal behoeftepatroon, hoewel groot, wordt verabsoluteerd door *Veenhoven*, wanneer hij tijd voor consciëntieus be raad en tweestrijd met zichzelf als verloren tijd beschouwt, verspild ten nadele van een vlotte afhandeling van het verzoek van de vrouw, tot haar schade „op het medisch of psychisch vlak”. In tal van andere situaties kan aarzeling van de arts de patiënt duur te staan komen. Dit is echter nog geen reden om het aanvaarden van de verantwoordelijkheid voor basale patiëntenzorg met alle ethische implicaties van dien te reduceren tot basale patiëntenzorg met uitsluitend somatopsychosociale dimensies. In de Woudschoten-formule is nog sprake van persoonlijke zorg. Is dat terecht? Het staat er zo: Het Nederlands Huisartsen Genootschap ziet de functie van de huisarts als het aanvaarden van de verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwende individuele mensen en gezinnen.

Men kan eerst opmerken dat de zorg van een mens uiteraard persoonlijk is, anders is het geen zorg. Het is inherent aan het begrip. In de context, tussen aanvaarden van verantwoordelijkheid en zich toevertrouwen aan, is het persoonlijke bovendien zo onmiskenbaar aanwezig, dat expliciete vermelding eigenlijk overbodig lijkt.

Een grotere moeilijkheid levert de toevoeging op:

persoonlijke zorg „voor de gezondheid”. Gewoonlijk voorkomt een scherp onderscheid tussen functie en doel een afglijden van de gedachtengang in een verkeerde richting. „Woudschoten” heeft wel een doel in de functiebeschrijving ingebracht. Daardoor komt een bijzonderheid, een essentieel aspect van het huisarts-zijn, niet ten volle tot zijn recht. Het doelwit dat zich er tussen schuift, de gezondheid, lijkt meer geëigend voor de specialistische geneeskunde, hoewel het ook daar niet houdbaar is. Dat men het heeft tussengevoegd zou intussen toch wel eens de specialistische indoctrinatie van de huisarts kunnen verraden.

De huisarts brengt de duurzame relatie met zijn patiënten a priori onder in een verhouding, waarin patiënt-zijn meer is dan een kwestie van ziek-zijn of niet ziek-zijn. Het is een verhouding waarin de basale zorg wordt onderworpen aan de intentie van de huisarts aan het patiënt-zijn naar waarheid te beantwoorden, de patiënt als mens tot zijn recht te laten komen en zo het vertrouwen van de patiënt waardig te zijn.

Patiënten, mensen gedupeerd door schadelijke of vijandige milieufactoren, of gevangenen van systemen die niet deugen, dan wel slachtoffers van processen die zich niet laten assimileren, of ontspoorde, of anderszins, hebben hun „needs en demands”. Daarin te voorzien is een aspect van de zorg. Met lati-longitudinaal is aangegeven dat deze verstrekkend is. Patiënt-zijn is echter een kwetsbaar bestaan in spanningsvelden, waar tussen twee uitersten, goed en kwaad, de problemen rijzen.

Als men het zo stelt is de dokter volledig geïnvolveerd. Beoordelingsfouten, gemiste kansen, inadequate maatregelen, iatrogene stoornissen en ondoordachte uitlatingen ontsieren zijn staat van dienst en komen de patiënt ten kwade. Klimatologische stoornissen in de samenleving, die het saamhorigheidsgevoel ondermijnen, tasten ook de patiënt-arts-verhouding aan.

Temidden van en ondanks dit alles hééft een huisarts patiënten. Patiënt-zijn is een wijze van mens zijn. In dit verband: bedreigd en riskant, soms getroffen en geleederd en in dat geval noodlottig noodlijdend en leeddragend. Van de huisarts wordt gevraagd in zijn arts-zijn te beantwoorden aan de patiënten in hun patiënt-zijn, hoe dit ook moge zijn. Dus ook aan hen voor wie gezondheid geen haalbare en aan hen voor wie ziekte een vermijdbare zaak is. Het is een dienstverhouding. Macht — inbreng op basis van deskundigheid — en recht — optreden op grond van bevoegdheid — zijn er aan neven- en ondergeschikt. Met de functie van de

huisarts, omschreven als „het aanvaarden van de verantwoordelijkheid voor basale patiëntenzorg voor mensen en gezinnen die zich hiervoor aan hem toevertrouwen”, is dan ook alles gezegd.

HUISARTS, MAATSCHAPPIJ EN WETENSCHAP

Het behoeft nauwelijks te verbazen dat er een discussie is gevoerd over het medisch model. Het toemenen van eigen kennis, het verkennen van de denkwijze en gedachtenpatronen van anderen in nieuwe samenwerkingsverbanden en het onderkennen van de levensinstelling van de tegenwoordige mens stellen ons meer dan ooit voor de opgave „das Wissen zu verwerten”. Een model zou daarbij een belangrijk hulpmiddel zijn. Men zou kunnen denken dat zich in de poging een hedendaags medisch model te formuleren een drang tot zelfbehoud verdraagt: de huisartsen opnieuw op zoek naar eigen identiteit omdat desintegratie van het beroepsbeeld dreigt. Het heeft echter meer zin in de gedachten-gang de patiënt centraal te stellen.

Het gaat er om dat wij, huisartsen, moderne mensen die hulp behoeven gehoor geven, hen trachten te verstaan en met hen een antwoord zoeken. Wanneer wij ons nu realiseren hoe moeilijk het nog is functionele klachten te verklaren, hoe weinig vat wij hebben op sociale stress-situaties waaronder mensen gebogen gaan en bovendien welke verschuivingen er plaatsvinden van de curatieve zorg naar de welzijnszorg, dan is het opnieuw duidelijk, dat een medisch model niet te bekrompen mag zijn. Het zou een enorme ruimte moeten bieden aan de processen die bezig zijn te rijpen. De vraag of het zal lukken de feitelijke verhoudingen in een schematische voorstelling vast te leggen zonder de dynamiek in de ontwikkeling af te remmen, laat ik nu rusten. Misschien moeten wij ons voorlopig tevreden stellen met de gedachte, dat de opleiding tot arts het oog oefent voor het signaleren van menselijk wel en wee en dat de huisartspraktijk een belangrijke observatiepost is om het gade te slaan casu quo erin deel te nemen. Daardoor zijn wij althans in de gelegenheid tot waarnemen van verschijnselen, deze te ordenen en een kijk erop te ontwikkelen. Dan zijn wij op de weg van de wetenschap.

Het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft tot doel het bevorderen van de huisartsgeneeskunde en het richting geven aan de ontwikkeling daarvan op wetenschappelijk verantwoorde wijze. Het bestuur van het N.H.G. heeft zich tijdens een beleidsweekend in 1972 uitgesproken voor een wetenschappelijk genormeerde koersbepaling voor een maatschappijbetrokken geneeskunde.

Daarin schuilt een niet gemakkelijke opgave.

Vooreerst is de huisarts geen wetenschapsbeoefenaar pur sang. Hij oefent geneeskunde uit als beroep in een etmaalzaak. Vervolgens is de geneeskunde zelf een toegepaste wetenschap die bestaat bij de gratie van basis- en zusterwetenschappen, van wis- en natuurkunde, bio-, mens- en maatschappijwetenschappen. De aangekweekte instelling van de arts is vooral natuurwetenschappelijk. „Es ist nicht nur menschlich unbefriedigend, sondern unwissenschaftlich, auf den Menschen dieselben Denkschemen an zu wenden wie auf die Physik” (*Von Wartburg*). Zuiver natuurwetenschappelijk denkt de arts ook niet. Voegen wij hier aan toe, dat het aan wijsgerige oriëntatie in de opleiding nagenoeg heeft ontbroken: te weinig heeft de arts geleerd zijn kennis en kunde te relativieren.

Zo gezien is de doelstelling, wetenschappelijk genormeerde koersbepaling, wel pretentief. Zij roept trouwens nog een bedenking op. De wetenschap tot norm stellen is haar een autoriteit toekennen die haar niet toekomst. Wat wetenschappelijk aan de hoogste norm voldoet hoeft nog niet aan de hoogste norm van de samenleving te voldoen. De stelling, dat bij het bepalen van de koers aansluiting wordt gezocht bij de ontwikkeling van de wetenschap, is minder vergaand.

Er staat iets tegenover de innerlijke zwakte van de huisarts: zijn latilongitudinale benadering van mensen (problemen) in een functionele relatie. Hierin ligt een kans voor de huisarts om een initiatief te nemen.

Een denkkader. Er is behoefte aan een hulpmiddel om al het kennismateriaal te organiseren en te beheersen, een methode die de vragen en opgaven, waarvoor wij in het vertaalgebied tussen wetenschap en maatschappij worden gesteld, hanteerbaar maakt. Een denkkader, dat:

informatie selecteert, „onderbrengt” en ordent;

sub- of supradisciplinair is, dat met andere woorden de huisartsen en de helpers uit andere disciplines ertoe aanzet op „esperanto-niveau” met elkaar te communiceren;

in staat stelt de dimensies van ethische vraagstukken te overzien ten tijde van omwentelingen in de menselijke verhoudingen en de moraal.

De huisarts heeft niet alleen de kans, hij zou het als „manus van alles” op het terrein van de hulpverlening en als beoefenaar van historisch een van de oudere beroepen daarin, zich tot een plicht kunnen rekenen bouwstenen en/of grondlijnen aan te geven voor een dergelijk denkkader. Het zou voor de aangeduide problematiek een navigatieschema moeten zijn, een hulpmiddel om stuur te houden, dat idealiter aan nog twee desiderata tegemoet zou moeten komen: een kader dat eenvoudig is en dat

de geschiedenis en futurologie van de geneeskunde niet afgrendelt door een te momentane modellering, een te eigentijds karakter.

Fis ut sis. Hulp is altijd een begeleiden van mensen onderweg. Het is deelnemen in een verhaal. Tracht iemand zich een voorstelling te maken van hulpverlening, waarin basale zorg lati-longitudinaal wordt uitgewerkt, dan komt hij zeker uit bij bewogen verhalen met een vervolg. Hulp is actueel in kritische fasen, anticiperend op verwickelingen, agogisch in de levenswandel. „De grondnorm van de mens is zijn historiciteit. Dit lijkt mij zo wezenlijk met betrekking tot de werkelijke belangen van de patiënt dat dit noodzakelijk in de medisch-ethische normen moet worden verdisconteerd” (*Sporcken*). Ziektegeschiedenis valt samen met levensgeschiedenis, ziekteverloop is één met levensloop, ziek worden is patiënt worden. Patiënt = duldend, lijdend. Patiënt worden en zijn is een wijze van mens-in-wording zijn, uitgedrukt in een onvoltooid deelwoord. Het is de longitudinale zorg langs de levenslijn, met latitudinale dwarsdoorsneden door de levensge-

schiedenis, die bij uitstek gelegenheid biedt dit gebeuren te observeren. Het motto „fis ut sis”, ge wordt opdat/zodat ge zijt, is meer dan een woordspeling. Het zou de grondgedachte kunnen zijn voor het te ontwikkelen denkkader, omdat het de staat van wording van de mens in de aangesproken persoon plaatst en door de dubbele betekenis van het bijwoord het wezenlijke daarvan, naar mijn mening, zo beknopt mogelijk aangeeft.

Het is duidelijk dat het voorgaande een eerste aanzet bedoelt te zijn tot een herwaardering van de verhouding huisarts-patiënt in maatschappij en wetenschap.

Dankmeijer, J. en P. H. van Laer (1973) *Medisch Contact* 28, 473.

Simon, W. *Challenge to leadership*. The Foco Press, New York, 1973.

Sporcken, P. en J. v. d. Waard. *Ontwikkelingen in de geneeskunde*. Spruyt, van Mantgem en De Does n.v., Leiden, 1972.

Veenhoven, R. (1973) *huisarts en wetenschap* 16, 86.

Wartburg, W. von. *Innere School-reform. Orientierungen der Schweizerische Volksbank* no 55, 1972.

Woudschotenrapport. (1966) *huisarts en wetenschap* 9, 372.

*Het eigen risico: een gevaar voor de gezondheidszorg**

DOOR DR. H. LAMBERTS, HUISARTS TE ROTTERDAM-OMMOORD

Oud vaderlandse zegswijzen: Arbeid adelt — Wie z'n billen brandt moet op de blaren zitten — Geen lusten zonder lasten — Wie het kleine niet eert, is het grote niet weert — Grote jongens huilen niet — Wat niet weet, wat niet deert — Ledigheid is des duivels oorkussen.

De discussie over het eigen risico is als het hebben van koortsuitslag: het is hinderlijk, ontsierend, recidiverend, het treedt op in tijden van malaise, hoewel de verwekker bekend is, is het in beginsel onbehandelbaar maar het gaat altijd vanzelf weer over.

In de zestiger jaren is het eigen risico uitvoerig aan de orde geweest (*Van Es, Geschriften van de Prof. Mr. B. M. Teldersstichting*) nu is het kennelijk alweer zover. Tot nu toe worden weer dezelfde verzopen koeien uit de sloot gehaald, de discussie vertoont dezelfde hypocriete trekken. Toch is er in de situatie ook iets veranderd.

De doelstellingen van de gezondheidszorg zijn

* Inleiding, gehouden tijdens de landelijke bijeenkomst van het N.H.G. op 12 mei 1973, Jaarbeurs Vergader- en Congrescentrum, Utrecht.

meer in discussie, de enorme betekenis van leefproblemen bij de vraag om hulpverlening wordt nu schoorvoetend erkend. De ouverture in de discussie is weer hetzelfde: alles is zo duur, nee — het is té duur, het gaat de pan uit, het kan zo niet langer, er moet een eind gemaakt worden aan het misbruik, de overconsumptie, de onverantwoordelijkheid en noem maar op.

Tabel 1 laat zien waar het bij de kosten om gaat. Getallen lijken altijd zo objectief maar de beschouwer ervan is dat allerminst. Iedereen moet dus maar zijn eigen conclusie's trekken uit de cijfers: is het duur, is het te duur, welke posten kunnen vermindert worden en hoeveel en hoe, is het stelsel wel aanvaardbaar, is de filosofie die er aan ten grondslag ligt nog wel van deze tijd, vormt deze hoop getallen geen aanleiding na te denken over het stramien waarbinnen nu iemand in Nederland „geholfen” wordt of „ziek” is? In elk geval is het direct wel duidelijk dat „ziek” zijn niet alleen in de ziekenfondssfeer kosten met zich brengt maar ook in de sfeer van de andere ziektekostenverzekeringen, van de ziekwet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Wet Arbeids