

# huisarts en wetenschap

maandblad van het  
nederlands huisartsen  
genootschap



17de JAARGANG No. 11 — NOVEMBER 1974

Inhoud:	blz.		
B. S. Polak: Enige gedachten over de invloed van de beroepsopleiding tot huisarts op medisch onderwijs, artsen en gezondheidszorg	401	Nota bene	429
Vier jaar continue morbiditeitsregistratie in de huisartspraktijk door middel van peilstations	407	Literatuurinformatie	429
H. G. M. van der Velden: Gezinsgeneeskundige colloquia: een onhandelbaar kind	414	Berichten	431
W. Frankenberg: Huisarts en crisisinterventie	418	Doorlopende agenda	433
H. F. J. M. Crebolder: Onderzoeken rond het gezondheidscentrum Withuis	423	N.H.I.-rubriek	434
Spierziekte, voor de huisarts een zeldzame aandoening; enige algemene aspecten	426	N.H.G.-bestuur over de structuurnota gezondheidszorg	438
Referaten	427	Uit de Commissie Wetenschappelijk onderzoek	439
Nascholing door middel van multiple choice vragen	429	Uit de centra	439
		Aanvullende ledenlijst	440
		<i>Redactiecommissie:</i> A. Hofmans, voorzitter, Rotterdam; Dr. K. Gill, Zwammerdam; S. van der Kooij, Voorschoten; Dr. H. Lamberts, Rotterdam en Dr. H. G. M. van der Velden, Nijmegen.	
		<i>Secretariaat:</i> Burgemeester Reigerstraat 87, Utrecht telefoon 030-516741.	
		<i>Nederlands Huisartsen Genootschap:</i> Burgemeester Reigerstraat 87, Utrecht, telefoon 030-516741.	

*Nederlands Huisartsen-Instituut:*  
Mariahoek 4, Utrecht, tel. 030-319946.

*Uitgever:* Uitgeverij Kruij B.V.,  
Groot Hertoginnelaan 28, Bussum,  
telefoon 02159-16241\*; postgiro 142554.

*Advertenties:* In te zenden — ook brieven op advertenties onder nummer — uitsluitend aan de uitgever. Advertenties behoeven de goedkeuring van de redactiecommissie en kunnen zonder opgaaf van reden worden geweigerd.

*Abonnementen:* f 40,— + f 1,60 btw = f 41,60 per jaar; voor studenten f 20,— + f 0,80 btw = f 20,80; voor het buitenland f 45,—; losse nummers f 4,— + f 0,16 btw = f 4,16.

*Adreswijziging:* Leden van het N.H.G. uitsluitend aan Burgemeester Reigerstraat 87, Utrecht. Niet-leden aan Uitg. mij. Kruij B.V., Bussum.

*Druk:* Verweij, Mijdrecht,  
telefoon 02979-1251\*.

## Enige gedachten over de invloed van de beroepsopleiding tot huisarts op medisch onderwijs, artsen en gezondheidszorg\*

DOOR B. S. POLAK\*\*

Sinds de beroepsopleiding tot huisarts werd voorgesteld, beproefd en tot uitvoering gebracht is dit de tweede maal dat degenen, die met de voorbereiding en uitvoering ervan zijn belast in internationaal verband bij elkaar komen om erover te pra-

ten. Deze dagen hebben wij besteed, ons op feitelijke gegevens over de huidige toestand baserend, vanuit onze ervaring van gedachten te wisselen over alles wat ons bij ons dagelijks werk van onderwijs, onderzoek en „patient care” bezighoudt. Nu wil ik in hetgeen hier volgt een poging doen de beroepsopleiding in een algemener verband te plaatsen.

In 1950 publiceerde de Lancet het beroemde Collingsrapport over het werk van een aantal huisartsen in de

National Health Service. Het sloeg toen in als een bom. Zowel het feit dat de kwaliteit ter discussie werd gesteld als de kritiek die in het thema lag opgesloten, waren moeilijk te verteren. Nu, meer dan twintig jaar later citeert de Observer op 10 maart 1973 de secretaris van het Royal College of General Practitioners „Standards among GPs range from excellent to plainly incompetent”, maar er moest heel wat veranderen voor zo iets mogelijk werd.

\* Naar een voordracht, gehouden tijdens de „International workshop on vocational training”, Noordwijkerhout, april 1974.

\*\* Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam.

De houding van de artsen — specialisten en huisartsen — tegenover het probleem van de kwaliteit van het geleverde werk, de vraag hoe dit te bepalen en de vraag of er in het openbaar over gesproken dient te worden is zeer ambivalent. Met allerlei argumenten worden de vraagstelling, het onderzoek en de discussie, laat staan het streven naar veranderingen in de organisatie, omzeild. Het vertrouwen van onze patiënten mag niet worden ondermijnd. Verantwoord onderzoek is eigenlijk niet mogelijk omdat kwaliteit van zoveel factoren afhankelijk is en niet of zeer moeilijk te beoordelen, zo wordt gesteld. Tevens blijkt dat zowel huisartsen over andere huisartsen en specialisten, als specialisten en andere deskundigen over huisartsen, wel degelijk vaak zeer negatief oordelen. Dat ziet men in het academisch onderwijs, van de kant van de staven van de academische klinieken ten opzichte van bepaalde huisartsen, met het gevolg dat de studenten gemakkelijk een denigrerende instelling tegenover de huisarts, die het wel moeilijk heeft, maar het zo vaak verkeerd doet, wordt bijgebracht.

Collings heeft het probleem van de kwaliteit in het openbaar gesteld en vele huisartsen elders hebben datzelfde onderling in kleine kring gedaan. Zij voelden liefde voor hun vak, werkten hard en lang, poogden het vak adequaat toe te passen en de ontwikkeling van het geneeskundig weten bij te houden en hadden tegelijkertijd de frustrerende beleving tekort te schieten.

Zij voelden zich kwantitatief en kwalitatief overbelast. Deze dubbele overbelasting was geen toevallig verschijnsel. De burgerlijke welvaartmaatschappij kent in zijn cultuur het verlangen van degene die in die maatschappij thuishoort naar een individuele, persoonlijke bejegening op elk gebied en met name als het zijn gezondheid of het herstel van zijn gestoorde gezondheid betreft. Maar voor de velen die in die maatschappij leven, maar geen of maar beperkt deel aan de welvaart hebben bestond

in de eerste helft van deze eeuw die persoonlijke relatie met de dokter niet. Toen de zorg voor de, zoals dat toen heette, minder bedeeden op gang kwam, was dat van de kant van de artsen oorspronkelijk geheel of overwegend liefdadigheid. Dit kenmerk heeft de ontwikkeling van de moderne sociale verzekering nog lange tijd vergezeld.

In de afgelopen jaren is hierin verandering gekomen. Met het toemenen van de welvaart is het aantal mensen dat aan een of andere verzekeringsregeling het recht op geneeskundige behandeling ontleent zeer snel toegenomen. In Nederland bijvoorbeeld is dat ongeveer 70 procent van de bevolking. De wijze van honorering van de huisartsen is mee veranderd, het deels charitatieve karakter van hun werk is terecht verdwenen.

Deze vrucht van stijgende en tegelijkertijd ongelijk verdeelde welvaart in ons deel van de wereld, het toenemend recht van steeds meer mensen op gezondheidszorg, ging niet gepaard met een toenemend welzijn. En hier ligt een belangrijke bron voor de geschetste overbelasting van de huisarts. Steeds meer mensen komen bij de huisartsen steeds meer aandoeningen ter behandeling aandragen, omdat zij daar een recht op hebben verworven.

Er zijn vier groepen te onderkennen:

1. Een deel van die aandoeningen komt overeen met de beelden die de huisarts tijdens zijn opleiding heeft geleerd. Maar hij heeft tot nu toe niet geleerd de verworven kennis toe te passen in de situatie waarin hij de patiënt ontmoet, diens dagelijks leven.

Het voorbeeld dat ik in dit verband graag geef is, dat alle jonge assistenten in mijn praktijk, als zij zelfstandig gingen werken, bij de eerste ontmoeting met een patiënt met een niersteenkolk dat beeld wel herkennen, maar dan van behandelen afzagen en zonder aarzelen de uroloog inschakelden. Geen van allen kwam

op het idee dat ze er zelf wat aan konden doen of vroegen zich af in hoeverre ze er zelf wat aan konden doen.

Het niersteenlijden was namelijk tijdens het onderwijs door een specialist behandeld. Daarom behoorde in de geest van de jonge dokter de behandeling daarvan bij een specialist.

2. Vele problemen die de patiënt de huisarts aanbiedt zijn tijdens het academisch onderwijs niet aan de orde geweest, eenvoudig omdat zij de academische ziekenhuizen niet bereiken. Aan Hodgkin danken wij een excellent overzicht van dit hele gebied.
3. Een volgende groep wordt gevormd door de mensen met klachten bij wie geen diagnose kan worden gesteld. Somatisch gepresenteerde beelden — soms ook bij anderen dan degene die het eigenlijk betreft, denk aan „the child as the presenting symptom” — die uiting zijn van psychische of sociale problemen die de klagende niet als zodanig kan herkennen of herkent. De somatische stoornis of de beleving van een somatische storing vormen de enige hem ter beschikking staande uitdrukkingvorm. Balint leerde ons het gevaar zien, dat voortvloeit uit het als uitsluitend somatisch opvatten en beantwoorden van een dergelijke presentatie: de organisatie door de patiënt van zijn belevingen en klachten in een onaantastbaar en invaliderend stuk ziekte.
4. De directe psychische en sociale problemen die de patiënt als zodanig presenteert.

Al deze mensen, somatisch zieken en psychisch gestoorde, ongelukkigen in hun persoonlijk leven en sociaal gefrustreerden bezoeken de huisarts — al of niet met een lichamelijke presentatie van hun klacht — en vragen om hulp. Die hulp wil de huisarts bieden, maar hij kan dat slechts als hij de relatie van mens tot mens kan hanteren en van wie heeft

hij dat geleerd?; hij moet het zichzelf leren.

Het grote aanbod heeft bij sommigen ertoe geleid een beleid voor te staan dat men kan samenvatten in de leuze „weg met het aanbod”. De mensen komen teveel, zij moeten wegblijven. Ook het streven naar eigen risico in sommige verzekerings-systemen is een uiting van deze instelling.

Er is een andere aanpak van dit aanbod denkbaar, namelijk het streven naar een integrale benadering en het zich realiseren dat, wanneer men in ieder concreet geval de somatische, psychische en sociale factoren die een rol spelen heeft geleerd te onderkennen en op hun relatieve betekenis te schatten en vervolgens daar aan te grijpen waar het zwaartepunt ligt zonder de andere aspecten te verwaarlozen, men betere resultaten bereikt en op den duur minder werk heeft, minder behoeft te verwijzen en op te nemen. Dat is een buitengewoon imponerende en efficiënte methode die heel wat huisartsen zich pogen eigen te maken en te realiseren.

Ook deze poging tot een opleiding heeft zijn grenzen en die zijn van tweërlei aard. Een deel ligt buiten het bereik van de huisarts. De beslissende factor in een aangeboden probleem is vaak onbeïnvloedbaar of de middelen om invloed uit te oefenen ontbreken; denk aan een niet te corrigeren woonsituatie of het ontbreken van de mogelijkheid tot een nodig geachte behandeling. Toch is er in een deel van deze gevallen hulp te bieden in een vorm die de hulpzoekende verder brengt. Ik denk hierbij aan een reactie volgens het conflictmodel, waarbij de patiënt wordt betrokken in het bewust streven een onaanvaardbare situatie alleen of samen met anderen trachten te veranderen. Alleen al dit streven kan een genezingsproces aan de gang brengen.

Andere beperkingen liggen bij de dokter zelf — gebrek aan kennis, vaardigheid of tijd — of bij de wijze waarop hij werkt: de solist en met name de solist zonder hulp bij zijn

praktijkuitoefening en zonder samenwerking met vertegenwoordigers van andere mogelijkheden tot hulpverlening is duidelijk gehandicapt. Hier ligt een wortel van de ontwikkeling naar samenwerkingsvormen, met name van gezondheidscentra.

Dit zijn de beperkingen en de mogelijkheden die beperkingen op te vangen, die aan huisartsen ter beschikking staan om de moeilijkheden van het aanbod en de kwalitatieve problemen die daarmee samenhangen te lijf te gaan. Het is duidelijk dat voor de gehele huisartsenstand en voor het gehele probleemgebied binnen de bestaande verhoudingen niet aan een oplossing valt te denken, maar het betekenen wel stappen op weg naar een oplossing.

In deze situatie van overbelasting in dubbele zin en het groeien van het inzicht in het tekort schieten van de opleiding vroegen de meest bewuste huisartsen een andere, een op het beroep gerichte, opleiding. Zij beseften natuurlijk best dat die andere opleiding hen niet meer kon helpen; dat zij alleen maar door „self-made men” te zijn en door onderlinge contacten hun status konden verbeteren, maar zij wilden dat bereiken voor toekomstige generaties artsen. En het interessante is nu — en deze conferentie is daar een symptoom van — dat wij, twintig jaar na Collings, in alle landen die hier zijn vertegenwoordigd op weg zijn naar een behoorlijk opgezette en voor de toekomstige huisartsen in feite verplichte opleiding tot huisarts.

Voor het tot stand komen van deze opleiding zijn tenminste vier belangrijke factoren te noemen.\*

1. De artsenstand heeft in deze ont-

\* Het is heel goed mogelijk dat hetgeen ik stel, niet geldt voor de ontwikkeling in de groep socialistische landen die de huisarts in hun gezondheidszorg een plaats geven en zijn opleiding ter hand hebben genomen. Het zal interessant zijn over dit aspect, de wijze waarop in een planmatig geleide samenleving een probleem als het hier besprokene wordt aangepakt en opgelost, nader te worden geïnformeerd.

wikkeling een rol gespeeld. Het initiatief kwam van de kleine groep huisartsen, die als een soort gideonsbende het aangezicht van het huisartswerk positief hebben beïnvloed. Men zou kunnen zeggen dat deze activiteit voor die huisartsen een handeling volgens het conflictmodel is geweest en voor de betrokkenen het nuttig effect heeft gehad, dat viel te verwachten.

2. Behalve een groep huisartsen waren het ook de studenten die met kracht om beter onderwijs en beter gericht onderwijs vroegen en daarvoor ook de nodige belangstelling toonden.
3. De consumenten, de potentiële patiënten en de patiënten, spelen naar mijn smaak een veel te geringe rol. Weliswaar vragen zij in steeds grotere getale om hulp, weliswaar nemen hun eisen aan de artsen toe, maar veel te weinig nog mondt dit uit in een bewuste organisatorische benadering van het vraagstuk en in een bewuste vraag naar structurele en feitelijke veranderingen op het gebied van de gezondheidszorg.
4. Binnen de organisatie van de gezondheidszorg ligt het daarom iets anders, omdat men daar met de concrete problemen wordt geconfronteerd en omdat met name het kostenprobleem daar langzamerhand toch een prikkel wordt die ertoe leidt dat men bereid is mogelijke ontwikkelingen, waarbij de kostenstructuur gunstig wordt beïnvloed, te ondersteunen.

Een gesloten regeling is echter nog lang niet in alle genoemde landen tot stand gekomen. En met name in de landen van de EEG wordt de ontwikkeling naar een verplichte beroepsopleiding van de huisarts geremd door overeenkomsten die tot stand kwamen voordat het inzicht in de noodzaak daarvoor was gerijpt, laat staan in de realiteit nagestreefd of bereikt. Ten gevolge hiervan dreigt de beroepsopleiding niet die plaats te krij-

gen, die voor een gezonde ontwikkeling van de frontlijn noodzakelijk is.

Het onderwerp van mijn betoog, de invloed die van de opleiding tot huisarts op medisch onderwijs, artsen en gezondheidszorg is te verwachten, kan ik slechts tegen de achtergrond van de geschetste ontwikkelingen en problemen bespreken.

In de eerste plaats de invloed die van onderwijs door instituten voor huisartsgeneeskunde kan uitgaan. Dat onderwijs heeft twee kanten, het is gericht op alle medische studenten en het biedt dat deel van de aankomende artsen die huisarts willen worden een specifieke opleiding.

1. Het onderwijs dat voor alle medische studenten is bestemd, dient een zeer groot belang door integratie te brengen van de in kleine hoog ontwikkelde deelgebieden versplinterde geneeskunde, die als zodanig aan de studenten van het begin af wordt overgebracht.

De geneeskunde heeft zich slechts in concentratie op deelgebieden tot het huidige niveau kunnen ontwikkelen. Het onderwijs is een afspiegeling van die specialisatie geworden. Maar zeer langzaam worden de nadelen van een op deze basis opgebouwd medisch curriculum duidelijk. Zoals ik heb uiteengezet werden de huisartsen er in hun dagelijks werk mee geconfronteerd.

De studenten blijken in toenemende mate moeite te hebben hun toekomstig vak in stukken versplinterd te leren, hoe imponerend en boeiend die stukken op zich ook zijn. De docenten en hun staven die met het onderwijs zijn belast beginnen inzicht in deze problemen te krijgen, zonder een oplossing te kunnen vinden binnen de structuur waarin zij nu eenmaal zitten opgesloten. Evenmin kunnen studenten of huisartsen menen dat zij de oplossing voor dit vraagstuk in hun zak hebben.

Het zal een moeilijk proces worden de curricula zo te veranderen dat de vruchten van de specialistische ontwikkeling behouden blijven, de toe-

komstige artsen, specialisten en huisartsen een voor hun beroepsuitoefening aanvaardbaar beeld van de geneeskunde kunnen ontwikkelen en de studenten gemotiveerd en met plezier hun opleiding volgen. De eisen die de opleidende instituten stellen aan degenen die de opleiding tot huisarts willen volgen kunnen praktisch de hefboom hiertoe zijn.

Degenen die specialist worden leren bovendien de huisarts niet meer uitsluitend kennen als de leverancier van onopgeloste, maar vaak ook inadequaat benaderde probleemgevallen, als de man die het niet weet en niet kan, maar in zijn dagelijks werk als de man die het grootste deel van het hem aangeboden werk zelf aan kan en ook als hij specialist of ziekenhuis nodig heeft daarbij betrokken blijft en de patiënt vervolgens opvangt en begeleidt. Studenten in de geneeskunde kunnen daardoor tot een positieve keuze voor het huisartsberoep komen. Zij hebben dat beroep als een bevredigende vorm van toepassing van de geneeskunde voor ogen gezien en het beeld van de huisarts is niet meer dat van de man die na de studie niets meer heeft geleerd en toen maar zijn huidige beroep heeft moeten kiezen.

Deze dubbele doelstelling gaat uit van de bestaande structuur van de medische faculteiten, van autonome afdelingen voor elk van de basis- en van de klinische vakken. De instituten voor huisartsgeneeskunde zijn daarbij gekomen, zij zijn aan het bestaande toegevoegd. Het probleem is hoe al deze onderdelen zo te doen samenwerken dat een onderwijs ontstaat, dat de jonge dokter een geïntegreerd beeld van zijn vak, de geneeskunde, meegeeft. U moet de betekenis van het beeld dat de student van zijn vak wordt ingeprent voor zijn verdere beroepsleven en voor zijn houding tegenover veranderingen in de situatie waarin dat beroep wordt uitgeoefend en tegenover veranderingen van de wetenschap die er aan ten grondslag ligt, niet onderschatten.

Zelf heb ik te veel moeten worstelen met — al of niet terecht — bijge-

bleven beelden, vooroordelen zo u wilt, om het gewicht ervan niet te beseffen. Ik weet dat ik in 1941 — nog net vóór de bezetting de studie onmogelijk maakte — de universiteit als arts verliet, met het haast wel onaanastbare beeld, dat kanker eigenlijk onbehandelbaar was en dat de prognose van de aard van de tumor en niet van de acties van de dokter afhing. Met zo'n idee-fixe kost het bijna onoverwinnelijke moeite anders te gaan denken. Hoeveel sterker geldt dit niet voor een beeld dat niet een deel van het terrein beslaat, maar de gehele geneeskunde.

Alle medische faculteiten staan voor de taak tegelijkertijd bij te dragen aan de verdere ontwikkeling van het geneeskundig kennen en kunnen op steeds kleiner wordende onderdelen en onderwijs te geven binnen een geïntegreerd kader.

In de staf van ons instituut is wel eens met de gedachte gespeeld de verantwoordelijkheid voor en de organisatie van het gehele medisch onderwijs aan huisartsen op te dragen, omdat dan in elk geval van een geïntegreerd beeld van het vak wordt uitgegaan. De basisvakken en de specialisten vinden bij deze opzet ongedwongen hun plaats in het onderwijs op een moment dat hun bijdrage onmisbaar is. Het is misschien niet onverstandig zo'n bizarre gedachte meteen af te wijzen; bovendien hebben wij de handen al vol aan onze huidige taak en zijn wij verstandig genoeg onze grenzen te zien. Toch zijn speelse invallen vaak het uitgangspunt voor een nuttige ontwikkeling.

2. Het blijft niet bij een invloed, zoals hier geschetst, op curriculum en toekomstige artsen, de beroepsopleiding zal niet nalaten van betekenis te worden voor de gehele artsenwereld en voor de gezondheidszorg. Die betekenis wordt in belangrijke mate bepaald door de aard van de dokter die wij na de opleiding aan de maatschappij, aan de gezondheidszorg gaan aanbieden. Die dokter moet en dat vloeit voort uit wat ik al heb gezegd, dat wat

hij heeft geleerd kunnen toepassen in de situatie waarin de patiënt de problemen aanbiedt. Op somatisch gebied moet hij de kennis en ervaring hebben ziekten te voorkomen, te herkennen of te doen herkennen en te behandelen of te doen behandelen. Hij moet in staat zijn psychische problemen bij lichamelijke presentatie te herkennen en ook deze primair als zodanig te herkennen — ik denk aan angstequivalenten — en in staat zijn de verantwoordelijkheid ervoor te dragen, dat hij het daarbij laat. Hij moet psychische en sociale problemen die zich als zodanig voordoen kunnen herkennen en opvangen. Hij moet in staat zijn een groot gedeelte van wat hem wordt gevraagd zelf te doen en tegelijkertijd de grenzen van zijn kennen en kunnen weten en dus weten wanneer en naar wie hij zijn patiënten moet verwijzen. Maar hij moet het verwijzen niet daartoe beperken. Hij moet na het verwijzen mee blijven doen.

Wij hebben aan Balint een voortreffelijke beschrijving te danken van de problemen die samenhangen met de leermeester-leerling verhouding, die tengevolge van het in specialismen verdeelde onderwijs gold voor de huisartsen en hun houding tegenover de specialisten. De door ons opgeleide huisartsen zullen die houding niet meer hebben en zij zullen, wanneer zij een patiënt verwijzen of wanneer hun patiënt in een ziekenhuis is, actief moeten blijven deelnemen aan de benadering en de behandeling van hun patiënt. Zij moeten in staat zijn met andere artsen en met vele niet-artsen samen te werken, niet alleen in consultatief verband maar steeds meer in teamverband; zij moeten leren te verdragen dat zij tekortschieten, dat zij niet alles kunnen, dat het maar beperkt is wat zij kunnen, dat zij dingen helemaal niet kunnen, dat zij fouten maken en zij ongelijk kunnen hebben. En zij moeten in staat zijn hun houding dienovereenkomstig te corrigeren.

Het is eigenlijk niet nodig hier nog aan toe te voegen dat als vrucht van onze onderwijsmethodiek de jonge dokter als vanzelfsprekend aan zijn permanente educatie werkt. Tenslotte moeten zij mensen zijn die de mondige patiënt verdragen en die het zich bovendien tot een plicht maken patiënten mondig te maken.

Deze eisen impliceren de noodzaak te pogen het reactiepatroon, de persoonlijkheid van de student te beïnvloeden. Zijn karakter is een wezenlijk instrument in de opbouw en het handhaven van zijn relatie met de patiënt. De opleiding heeft niet alleen tot taak hem kennis en vaardigheden bij te brengen, maar moet hem tevens leren zichzelf in zijn reacties op de patiënt en diens optreden en problemen waar te nemen en te besturen.

Dat is een bewust doel van het onderwijs, maar wij moeten niet denken dat dit element niet al in het onderwijs zat. Het zat erin, maar niet als een bewust doel. Het voorbeeld van de grote klinicus, of het nu ten goede of ten kwade was, was een beïnvloeding van de attitude van de student. En het feit dat de leerlingen van scholen van klinici aan hun gedragspatroon zijn te herkennen is hierbij een illustratie. De ontwikkeling is niet dat persoonlijkheidsbeïnvloeding nu wordt ingevoerd, maar dat deze nu bewust met een goed omschreven doel en naar ik hoop ook met adequate methoden wordt ingevoerd.

Wanneer u zich nu afvraagt welke invloed een dergelijke opleiding op de artsenstand zal hebben, dan zou ik eerst iets over de huisartsen willen zeggen. Ik dacht dat huisartsen die zo zijn opgeleid, wanneer zij overigens in een adequate situatie kunnen werken, tevreden werkende mensen zullen zijn, die in staat zullen zijn het aanbod dat zij vroeger niet aankonden goed te verwerken.

Ik heb tot nu iets meegedeeld over de groep die door ons wordt opgeleid, maar voorlopig zullen er nog tien, twintig jaar in afnemende, maar toch altijd nog in zeer ruime mate huisartsen zijn die niet als zodanig zijn opgeleid. Voor deze huisartsen,

die niet bij de opleiding zijn betrokken, zullen die nieuwe, opgeleide artsen die formeel dezelfde rechten hebben, een voorbeeld en een prikkel kunnen zijn en in de huidige verhoudingen zal ook de concurrentiepositie ten opzichte van deze nieuw gevormde huisartsen een prikkel zijn zelf te gaan werken aan het bereiken van een niveau dat wij eisen van degenen die onze opleiding verlaten.

Naast deze groep zal er ook een belangrijke groep zijn die in allerlei vormen bij het onderwijs is betrokken: zowel stafleden van universitaire instituten als huisarts-opleiders van aanstaande huisartsen. De invloed op deze groep zal veel groter zijn en ook deze groep zal op de anderen een positieve invloed kunnen uitoefenen. Deze verwachting zal ons overigens niet van de verplichting ontslaan een evaluerend onderzoek van al deze invloeden te doen plaatsvinden. Het feit dat al onze instituten in hun staven gedragswetenschappelijk geschoolde medewerkers hebben zal ons zeker helpen adequaat onderzoek in die richting op te zetten.

De specialisten zullen merken dat zij beter geselecteerd materiaal krijgen aangeboden, dat dit beter geselecteerde materiaal na onderzoek en behandeling of opname beter wordt opgevangen en dat daardoor voor hen ook het werken veel vruchtbaarder wordt; dat de efficiëntie en het effect van hun werk zich gunstig zal ontwikkelen.

Hieruit vloeit voor een belangrijk deel de invloed op de gezondheidszorg voort. In het eerste echelon zullen in toenemende mate huisartsen werken, zoals ik ze heb beschreven. Huisartsen die meer tijd zullen hebben de problemen te zien en met een grotere deskundigheid die problemen kunnen aanpakken waardoor minder fixatie aan ziekte door patiënten zal ontstaan en daardoor het ziektepatroon in dit opzicht zal kunnen veranderen. Doordat de artsen minder en beter verwijzen en minder en korter opnemen zullen de patiënten minder onder hun aandoeningen behoeven te lijden. De specialisten

zullen minder overbodig onderzoek behoeven te doen, waartoe zij bij verwijzing vaak zijn gedwongen om zich aan de regels van het spel te houden en zij zullen meer de kans krijgen op niveau te werken. De ziekenhuizen zullen minder en kortere opnamen met een grotere effectiviteit krijgen. Dat zal voor een deel een gevolg zijn van het feit dat de patiënten, als zij toch moeten worden opgenomen, al integrale zorg hebben gehad.

Het onderzoek van Querido heeft aangetoond dat het effect van ziekenhuisopname van een belangrijk deel van de patiënten vèr onder de geneeskundig-technische mogelijkheden ligt, omdat deze patiënten niet integraal waren benaderd. Men zou dat kunnen trachten op te vangen door integraal werkende teams in ziekenhuizen aan het werk te zetten, maar dat heeft, omdat het verblijf in het ziekenhuis voor de meeste patiënten toch niet meer is dan een episode en daarna de ongunstig werkende factoren blijven bestaan, nauwelijks een blijvende invloed. De integrale behandeling behoort dus reeds aan de gang te zijn als het tot een verwijzing of opname komt en die integrale behandeling kan tijdens de opname door de huisarts in samenwerking met wat er in het ziekenhuis gebeurt worden voortgezet en daarna gecontinueerd.

Betere zorg voor de patiënten, door huisartsen die tijd krijgen voor andere functies — denk aan preventie en voorlichting — gecombineerd met minder en beter gebruik van specialist en ziekenhuis, dat zullen de directe gevolgen van onze opleiding voor de gezondheidszorg zijn.

De mogelijke uitwerking van deze veranderingen in de verdere echelons laat ik thans terzijde behalve een zeer belangwekkend aspect en dat is de ontwikkeling van nieuwe samenwerkingsvormen, tussen artsen onderling en van artsen met andere werkers in de eerstelijns in gezondheidscentra. Zoals ook op andere gebieden, is het hier niet de opleiding alleen die deze ontwikkeling bepaalt. De eisen van de patiënten, de aard van de proble-

men die zij aanbieden, de instelling van vele jonge artsen en het ter beschikking komen van wijkverpleegkundige, maatschappelijk werker en psycholoog zijn even zovele factoren die onafhankelijk van de opleiding in deze richting werken. Wij zullen de opleiding er op moeten afstemmen en ervoor zorgen dat het werken in teamverband, met name met anderen dan artsen een vanzelfsprekendheid wordt; op de nivellerende invloed die de wijze van werken in gezondheidscentra uitoefent op de status van artsen, op autoritaire verhoudingen, op onaantastbaar geacht beslissingsrecht en naar te verwachten is, ook nog op de honorering.

Wel wil ik wijzen op een mogelijk gevolg dat mij inviel toen ik de lijst van deelnemers aan deze conferentie zag en nog eens duidelijk merkte hoe gering het aandeel van de vrouwelijke arts in het huisartsberoep is. De huisarts als solist is voor zijn werk van zijn vrouw afhankelijk. Pas het samenwerkingsverband zal vrouwen de gelegenheid geven ook op dit terrein mee te gaan doen in een mate die op andere gebieden als normaal wordt beschouwd.

Voor ik tot een afronding van mijn betoog kom voel ik behoefte iets te zeggen over de plaats van de somatiek in de opleiding. De huisarts als solist en de huisarts in samenwerkingsverbanden is de enige die de patiënt of de mens met een stoornis heeft, die is geschoold in het denken aan, het herkennen en behandelen van somatische afwijkingen. En dat legt op ons de verplichting het onderwijs zo in te richten dat dit element de betekenis houdt die het altijd heeft gehad en die het nooit zal verliezen.

Het is wel begrijpelijk dat een aantal clinici vanuit ervaringen die zij opdoen, vreest dat onze belangstelling voor psychische en sociale ziekmakende factoren en voor psychische en sociale factoren die de verwerking van ziekte en de kansen op genezing ervan beïnvloeden, ertoe zou kunnen leiden dat de somatische geneeskunde in de nieuwe opleiding niet de plaats krijgt die deze geneeskunde toekomt

en ik zou daar een voorbeeld van willen behandelen. In het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde heeft een van de internisten het geval beschreven van een man die met pijn in de bovenbuik bij de huisarts kwam en die door de huisarts werd beschouwd als lijder aan een ulcus duodeni, hoewel dat röntgenologisch niet aantoonbaar was. De neiging van de huisarts deze diagnose te stellen werd versterkt doordat die man met allerlei spanningen en problemen zat; hij werd behandeld onder andere met natriumhoudende zuurbinders totdat hij zieker en zieker werd en bij een internistisch onderzoek bleek te lijden aan hypertensie met een complicerend nierlijden. Zijn klachten en ook de hoofdpijn waar hij over had geklaagd werden daardoor veroorzaakt.

Dit is een voorbeeld van slecht werken door een huisarts, maar het levert geen argument tegen het adequaat plaatsen van psychische en sociale factoren in de context van een ziektegeval en het opnemen van deze wijze van benaderen in het onderwijs. Slecht werken kwam, zoals Collings aan een wereld, die het wel wist, aantoonde, in ruime mate voor, lang voordat de psychische en sociale factoren van ziekte bewust en systematisch in het denken en handelen van de huisarts werden geïncorporeerd. De beste opleiding oude stijl heeft dat niet kunnen voorkomen, omdat het niet overwegend van de opleiding afhangt, maar van de wijze waarop de geneeskunde en de huisartsgeneeskunde in de gezondheidszorg en in de maatschappij zijn opgenomen.

Is de geschiedenis van het tot stand komen van de beroepsopleiding nog niet geschreven, de opleiding is een feit. Wij zijn er in verschillende stadia van ontwikkeling mee bezig. Wij zijn in de gelukkige positie dat wij kunnen werken met sterk gemotiveerde jonge artsen die een groot idealisme bezitten.

De vruchten die onze benoemingen zullen dragen hangen echter niet alleen af van het produkt dat wij voortbrengen. Wat er van terecht zal

komen hangt van de situatie af waarin de nieuw opgeleiden aan het werk zullen gaan. Dat is niet een medisch probleem, het wordt bepaald door de structuur van de maatschappij en de daarvan afhankende structuur van de gezondheidszorg. Wetenschap en onderwijs zijn beide medeverantwoordelijk voor wat er met de resultaten van hun werk wordt gedaan.

Daarom eindig ik met de dubbele verantwoordelijkheid vast te stellen voor wat wij als opleiders doen. In de opleiding hoort zoveel besef voor maatschappelijke verhoudingen te worden ingebracht als nodig is om artsen voort te brengen die hun plaats in de gemeenschap kennen en de opleiders kunnen hun universitaire opdracht niet volbrengen zonder als

opleider en als staatsburger mee te werken aan het tot stand brengen van een verantwoorde gezondheidszorg.

Daarmee ben ik terug bij het probleem van de kwaliteit van het werk van de huisarts, die precies van deze beide factoren afhankelijk is, van een goede opleiding en van een adequate gezondheidszorg.

---

## Vier jaar continue morbiditeitsregistratie in de huisartspraktijk door middel van peilstations\*

In 1970 is een gezamenlijk project gestart van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, de Geneeskundige Hoofdingspectie van de Volksgezondheid en het Nederlands Huisartsen Instituut.

Dit project omvat ruim 50 huisartsen, verspreid door Nederland, die een aantal voor de gezondheidszorg relevante gegevens verzamelen. Doel van dit artikel is meer bekendheid te geven aan het bestaan van dit project.

Het aantrekkelijke van dit project is, dat continu een aantal morbiditeitsdata wordt verzameld gedurende één of meer jaren. Veranderingen in incidentie kunnen op deze wijze gemakkelijk worden signaleerd.

Het is duidelijk dat niet alle morbiditeitsgegevens in de huisartspraktijk continu kunnen worden verzameld. Dit zou een te grote belasting worden voor de deelnemende huisartsen. Gekozen is dan ook voor de volgende opzet:

### OPZET VAN HET PROJECT

Sinds het begin in 1970 hebben 51-56 peilstationartsen per jaar aan dit project deelgenomen. De peilstations zijn zodanig over het land verspreid, dat zowel in de provincials als in de urbanisatiegroepen, ongeveer één peilstationarts per 250.000

inwoners aanwezig is. In *figuur 1* en in *het bijbehorend overzicht* is de situatie in 1973 gegeven.

Alle deelnemende artsen zijn actieve leden van het Nederlands Huisartsen Genootschap en de meesten hadden reeds eerder deelgenomen in vroegere morbiditeitstudies. Er is dus sprake van een positieve selectie.

Een aantal peilstationartsen vormt combinatiepraktijken. Het aantal combinatiepraktijken in 1973 is zeven: vijf peilstations met twee en een peilstation met drie artsen.

De leeftijd/geslachtsverdeling van de populatie van het project is redelijk vergelijkbaar met de leeftijd/geslachtsverdeling van het gehele land.

De gegevens worden verzameld op zogenaamde weekstaten, welke wekelijks naar het Nederlands Huisartsen Instituut worden gezonden. Na administratieve verwerking aldaar, worden deze opgestuurd naar de Geneeskundige Hoofdingspectie, die de gegevens controleert en voor verdere verwerking naar de Hoofdingspectie Epidemiologie en Informatica doorzendt. Per kwartaal levert de computer een overzicht van de geregistreerde gegevens, dat de deelnemende huisartsen, wordt toegestuurd en waaruit zij hun eigen verrichtingen kunnen aflezen.

Als routine worden drie tabellen geproduceerd:

1. Het aantal patiënten per geslacht, per leeftijd;

---

**Samenvatting.** Vier jaren continue morbiditeitsregistratie in de huisartspraktijk door middel van peilstations. Een methode om morbiditeits- en behandelingsgegevens in de huisartspraktijk te verzamelen wordt beschreven. Deze methode lijkt in de praktijk te hebben voldaan. Belangrijke resultaten worden weergegeven met name over abortus, pilgebruik, morning-after-pill, tranquillizers- en druggebruik. Criteria voor het kiezen van de te verzamelen gegevens worden beschreven. Kort wordt ingegaan op de beperkingen van dergelijke morbiditeitsonderzoekingen.

---

2. het aantal patiënten per geslacht, per provinciegroep;
3. het aantal patiënten per geslacht, per urbanisatiegroep.

Het gaat primair om epidemiologische peilstations. Enige criteria om in de weekstaat te worden opgenomen, zijn:

1. de maatschappelijke relevantie;
2. de wetenschappelijke relevantie;
3. de relevantie voor de uitvoering van het project.

De voorwaarden waaraan elk voorstel moet voldoen zijn:

- a. De eis om de vraagstelling scherp en eenduidig te definiëren;
- b. de mogelijkheid om de data op een eenvoudige wijze te verzamelen om te voorkomen dat de huisarts wordt overbelast.

De eerste eis is er de oorzaak van dat het dikwijls de grootste moeite

\* Uit het Nederlands Huisartsen Instituut (directie: C. P. Bruins en J. C. Oeberius Kapteijn).