

indicaties voor inenting (pokkenvaccinatie) en een goede verloskundige zorg (het hersentrauma bij de geboorte blijft een frequente oorzaak voor het ontstaan van epilepsie).

4 Diagnostiek van de vorm van epilepsie en het instellen en begeleiden van de onderhoudsmedicatie behoren primair tot de taken van de specialist-neuroloog.

5 Kennis van de bijwerkingen van anti-epileptica is voor de huisarts onontbeerlijk.

6 Een goed samenspel tussen huisarts en specialist is van groot belang, waarbij vooral de psychosociale aspecten van de aandoening kennis, belangstelling en tijd van de huisarts vragen.

Editorial – (1975) *Lancet*, II.
Geneesmiddelenbulletin. (1969) Jaargang 3, nummer 22 en 23; (1974) Jaargang 8, nummer 9; (1975) Jaargang 9, nummer 14.

Heycop ten Ham, M. W. van, Nieuwe opvattingen over de behandeling van epilepsie,

in: *Het Medisch Jaar 1976* Oosthoek, Scheltema en Holkema, Amsterdam, 1976.

Heycop ten Ham, M. W. van, Mondelinge mededeling voor de Amsterdamse Neurologen Vereniging, mei 1975.

Juul-Jensen P. (1968) *Epilepsia* 9, 11.

Kortbeek L. H. Th. S. (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 1186.

Collega M. W. van Heycop ten Ham dank ik voor zijn kritische aanvullingen van deze tekst en voor zijn door mij overgenomen tabellen.

De continuïteit: „Een zorg voor de huisarts”

DOOR KEES SCHOUWSTRA* NAMENS DE WERKGROEP METHODE VAN HULPVERLENING VAN HET N.H.G.

INLEIDING

Velen hechten aan het begrip continuïteit in de huisartsgeneeskunde grote waarde. Het wordt in boeken, rapporten en artikelen steeds genoemd als een belangrijk taakgedeelte van de zorg van de huisarts. Opvallend is echter dat er vrijwel nergens enige onderbouwing of uitwerking van dit begrip wordt gegeven; belangrijke facetten van het functioneren van de huisarts blijken continuïteit te worden genoemd, hoewel zij lang niet altijd door deze term worden gedekt. Een voorbeeld mag zijn de recente *discussie-nota* van de commissie eerste echelon van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (K.N.M.G.) over de plaats van de medicus in het eerste echelon. Daarin zijn precies twee zinnen gewijd aan het begrip continuïteit, terwijl het verderop nog tweemaal wordt genoemd.** Ook in het rapport van het Nederlands Huisartsen Genootschap (N.H.G.) „Hoe helpt de dokter?” wordt niet over continuïteit gerept. Het is de samenstellers van dit rapport dan ook verweten over zulk een belangrijk facet van de huisartsgenees-

kunde niets te hebben gezegd. De werkgroep, die dit rapport samenstelde, werkt nu verder aan het deel „Methodisch werken” en in dat kader wordt het begrip continuïteit wel nader bestudeerd.

Het is de bedoeling van dit artikel een discussie over het begrip continuïteit in gang te zetten, een reden waarom wij ons extra kritisch zullen opstellen. Wij hebben de hoop dat anderen de pen zullen grijpen en een wederwoord willen geven.

HET BEGRIP CONTINUÏTEIT

Continuïteit van de zorg kan men ten minste op twee manieren opvatten:

1 voortdurende aandacht en zorg, zo nodig geholpen door deskundigen, voor ieders gezondheid en die van zijn naaste omgeving;

2 een samenhangend, voortdurend tot activiteit gereedgehouden geheel van gezondheidszorgvoorzieningen.

In het eerste geval is de patiënt of de drager van de continue zorg. In het tweede geval verwijst men onder meer naar de verantwoordelijkheid van de deskundigen dat het zorgsysteem steeds optimaal bereikbaar en bruikbaar is voor iedereen. De huisarts, als functionaris in het gezondheidszorgsysteem (dus niet dokter X in „zijn” praktijk) biedt dan continuïteit in de zin van „de patiënt kan steeds met vrijwel elk probleem bij hem terecht” in tegenstelling tot bijvoorbeeld de specialist, die een bepaald probleem behandelt en daarna weer terugtreedt.

Laat ons nu eens zien wat over

Samenvatting. Continuïteit wordt door velen als een belangrijke kwaliteit van de zorg van de huisarts gezien, waaraan grote waarde wordt gehecht. De vanzelfsprekendheid van het belang van de continuïteit bij het handelen van de huisarts wordt blijkaar zo hoog aangeslagen dat over de feitelijke betekenis weinig is geschreven.

In dit artikel wordt getracht de betekenis van het begrip continuïteit nader te analyseren in de hoop een discussie in gang te zetten. Het zal blijken dat onder deze term enige begrippen schuilgaan, welke zowel voor de cliënt als de huisarts belangrijk zijn, zoals de veiligheid binnen de relatie arts-patiënt. Waar voorheen in stabiele leefgemeenschappen continuïteit een belangrijke voorwaarde voor het functioneren van de huisarts was, zullen hiervoor in de hedendaagse, snel veranderende en beweglijke leefgemeenschappen op andere wijze gunstige voorwaarden moeten worden geschapen, welke nieuwe vaardigheden van de huisarts vereisen.

continuïteit met betrekking tot de huisartsgeneeskunde wordt gezegd in een aantal bekende rapporten:

Het *Woudschoten-rapport van het N.H.G.* spreekt over de functie van de huisarts als het aanvaarden van continue integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwde individuele mensen en gezinnen (het rapport citeert Buma, die twee aspecten aan het begrip continuïteit onderscheidt, namelijk a. het jarenlange bijstaan van dezelfde patiënt en b. een voortdurende „nooit geheel verslappende” zorg, ook wanneer de patiënt niet onder behandeling is). Het rapport vervolgt: „De huisarts draagt ook verantwoordelijkheid voor gezonden.”** Verder wordt het begrip conti-

* Huisarts bij Philips Medische Dienst te Eindhoven.

** In de samenvatting worden nog genoemd „continue sociaal geneeskundige zorg” en „continuïteit van het teamwork”.

*** Nog geheel afgezien van de vraag of hedendaagse, mondige gezonden wel gediend zijn van zulk een opvatting van continue zorg, kan men zich afvragen of de zorg voor gezonden niet veeleer door de overheid moet worden gedragen (primaire preventie).

nue zorg in verband gebracht met preventie en anticiperende activiteiten. Een ander citaat uit het Woudschoten-rapport: „Door zijn jarenlange continue zorg voor de gezinsleden is hij (de huisarts) in staat zorg voor de gezinsgezondheid op zich te nemen en kan hij de medische situatie het beste beoordelen”.

De definitie van de World Health Organization (W.H.O.) spreekt over het verlenen of doen verlenen van continue en integrale medische zorg...

De „job definition” van *The Royal College of General Practitioners* vangt aan als volgt: „The general practitioner is a doctor who provides personal primary en continuing care to individuals and families”.

Blijkbaar is jarenlange continue zorg een voorwaarde voor het dragen van zorg voor de gezinsgezondheid; waarom dit zo is, wordt echter niet duidelijk. Deze uitspraak lijkt meer een pleidooi voor het volledige medische dossier!

Van Aalderen en *Van den Hout* schrijven: „Een even belangrijk aspect tenslotte is de continuïteit in de zorg voor zijn patient”. En even verder: „Men kan samenvattend zeggen dat het functioneren van de huisarts op vijf pijlers berust: deskundigheid, vertrouwen, relatie, bereikbaarheid en continuïteit”. Over de relatie arts-patiënt schrijven zij: „Zijn relatie met de patiënt is een continue relatie. Hij begeleidt zijn patiënt in gezondheid en ziekte”.

Velen zien continuïteit of continue zorg blijkbaar als een belangrijk en specifiek element voor het werk van de huisarts. Dit wordt met zoveel vanzelfsprekendheid aanvaard, dat vrijwel niemand het nodig vindt nader te omschrijven wat die continuïteit dan allemaal omvat en waarom het zo belangrijk is. Voorts worden duidelijk verschillende betekenissen aan het begrip toegekend, die gaan van jarenlange zorg voor gezinsleden (ouders, kinderen en kindskinderen), ziek of gezond, tot voortdurende beschikbaarheid tot hulpverlening.

Naar onze mening kunnen bij alle vanzelfsprekendheden vraagtekens

worden gezet. Daartoe zullen wij trachten de betekenis van het begrip continuïteit (ook in de zin van continue zorg) te verduidelijken met betrekking tot een aantal aspecten van het functioneren van de huisarts:

- 1 de huisarts-patiënt relatie;
- 2 de huisarts en het gezinssysteem;
- 3 professioneel (geneeskundig) handelen;
- 4 het persoonlijk functioneren van de arts en van zijn patiënt;
- 5 de eerstelijns-functie;
- 6 de pragmatische benadering met een snufje sociologie.

1 DE HUISARTS-PATIËNT RELATIE

Wij zullen in deze paragraaf het begrip continuïteit bekijken in de zin van een jarenlange relatie van voortdurende zorg. Het zal duidelijk zijn dat de huisarts-patiënt relatie een aantal kwaliteiten moet hebben om de huisarts een optimale kans te bieden hulp te verlenen en de patiënt een optimale kans om zijn of haar nood te uiten en de vraag om hulp aan te bieden. Veel is hierover reeds gezegd en geschreven.*

Globaal kan men zeggen dat er voldoende veiligheid in de relatie moet zijn om het de hulpvrager mogelijk te maken met al zijn nood en moeilijkheden te komen en zijn vraag om hulp in de meest uitgebreide zin aan de huisartshulpverlener voor te leggen. Pas dan kan hij zijn deskundigheid zo volledig mogelijk inbrengen en zijn hulp aanpassen aan de behoeften van de hulpvrager.

Veiligheid in de relatie betekent onder meer: vertrouwen in de huisarts als mens, als evennaaste, vertrouwen in zijn deskundigheid en zekerheid dat alles wat gebeurt tussen huisarts en hulpvrager wordt beschermd door het beroepsgeheim. Het opbouwen van zulk een relatie vergt tijd en een jarenlange bestaande relatie, waarin wel en wee is meegeleefd, ook in het wel en wee van gezin en familiebetrekkingen, zal gunstige voorwaarden kunnen scheppen om tot een veilige relatie te komen. Beiden (huisarts en patiënt) durven dan in de loop des tijds telkens wat meer van hun persoonlijkheid prijs te geven en meer risico te nemen, zodat de relatie steeds inniger en veiliger kan worden.

Anderzijds kan men zich met recht afvragen of een jarenlange relatie ook werkelijk nodig is om voldoende veilig-

heid te waarborgen. Zijn vaardigheid in de omgang met mensen en een juiste houding (attitude) bij de huisarts misschien niet veel belangrijker? Moet vaardigheid in het leggen en onderhouden van relaties niet in de plaats komen van het „jarenlange kennismakingsproces”? Immers, in hoeveel gevallen krijgt de huisarts in deze tijd van grote mobiliteit van de bevolking (vaak verhuizen!) nog de kans jarenlange relaties op te bouwen? Hoeveel wordt tekort gedaan aan allen, die reeds behoefte hebben aan een veilige relatie met hun huisarts voordat het jarenlange proces zich heeft voltrokken?

Tot slot zou men kunnen stellen dat niet de geschiedenis van een mens doch alleen zijn beleving ervan voor zijn huidige problematiek van belang is. Een cliënt kan de beleving van zijn geschiedenis overdragen aan een hulpgever, zonder dat deze over voorkennis beschikt. Wel zal vaardigheid van de hulpverlener de hulpvrager kunnen helpen zijn beleving goed en volledig over te dragen.

2 DE HUISARTS EN HET GEZINSSYSTEEM

Het geven van continue zorg en het bestaan van een continue (zorg-) relatie met alle gezinsleden zou de huisarts een speciaal en uitgelezen gezichtspunt op het gezinssysteem bieden. Hoe vaak leidt een jarenlange relatie, juist ook met gezins- en familieleden, niet tot vooroordelen en mystificaties? Immers, de contactfrequentie met de huisarts wordt vooral bepaald door ziektegedrag en hulpbehoefte en lang niet altijd door de ernst van de problematiek of de mate waarin iemand de last ervan draagt. De meeste informatie aan de huisarts wordt tenslotte gegeven door degenen, die zélf vinden dat zij het meeste lijden en de meeste hulp behoeven. Geselecteerde informatie dus, die dan nog eens door het subjectieve oordeel van de huisarts wordt „gefilterd”. De vraag komt op in hoeverre het beeld, dat de huisarts zich vormt van een situatie, afwijkt van het beeld dat zijn patiënten en vooral degenen, die het spreekuur niet vaak bezoeken, ervan hebben. Ons inziens zou die afwijking wel eens zeer groot kunnen zijn en heel wat veelvuldiger voorkomen dan wij huisartsen gewoonlijk durven aan te nemen.

Wij moeten ons zelfs afvragen hoe belemmerend deze niet-objectieve voorinformatie is. Wij lopen het gevaar op

* Wij betwijfelen overigens of er, afgezien van de medische deskundigheid van de huisarts, enig verschil is tussen de arts-patiënt relatie en de hulpverlener-hulpvrager relatie in het algemeen, onder voorbehoud dat de hulpverlener onder het zo geheten verlengde ambtsgeheim van de arts valt.

grond daarvan een probleem meteen te categoriseren; omgekeerd kan de patiënt voorkennis veronderstellen die er niet is of die geheel anders is. Met een kort voorbeeld willen wij dit toelichten:

Een jongen komt met een blauw oog op het spreekuur. De huisarts weet dat de vader een agressieve alcoholist is. Gaat de huisarts er nu meteen vanuit dat de vader de schuldige is en de jongen dat misschien wel zal verdoezelen? Of zal hij de jongen zelf laten bepalen welke informatie hij wil geven (en welk probleem hij wel en welk hij niet wil inbrengen, bijvoorbeeld alleen het blauwe oog of mogelijk zijn probleem met zijn vader of het algemene gezinsprobleem: het alcoholisme van de vader?). Ons inziens bestaat er een grote kans dat de huisarts het blauwe oog zal plaatsen in het kader van de gezinsproblematiek en de vraag om hulp van de jongen ook zo zal kanalisieren, zelfs als het blauwe oog een heel andere oorzaak heeft. Kortom, die voorkennis van de huisarts ontnemt de patiënt de mogelijkheid zijn vraag, ontgaan van de gezinssituatie, aan te bieden.

Men kan zich afvragen of door de persoonlijke betrokkenheid welke bij de goede huisarts-patiënt relaties enerzijds ontstaat en de vaak ernstige en diep ingrijpende conflictsituaties in een gezin anderzijds, de huisarts nu wel bij uitstek degene is die het gezinssysteem in therapeutische zin kan of moet beïnvloeden. De ingewikkeldheid van de gezinsdynamiek maakt dat de huisarts er alléén moeilijk aan kan werken. Ook gezins-therapeuten werken veelal samen met een co-therapeut. Vanuit een langer durende relatie en betrokkenheid bij het gezin zal de huisarts er een functionele rol in gaan spelen of krijgen en hij loopt daardoor een grote kans in een actuele situatie van gezinsproblematiek een bevooroordeelde positie in te nemen. Hij kan ook zeer ongelijkwaardige relaties met verschillende gezinsleden krijgen. Hem wordt door de gezinsleden een plaats in het systeem toebedeeld waar hij moeilijk uit kan. Zijn gefixeerde plaats in het systeem beperkt de verschillende gezinsleden in hun mogelijkheid tot vraag om hulp, evenals hij zelf wordt beperkt in zijn mogelijkheden tot hulp geven. Met name in crisissituaties zal een hechte en op continuïteit gebaseerde arts-patiënt relatie de arts er gemakkelijk toe brengen zijn patiënt terug te drukken in de oude patronen waarin nu juist de crisis ontstond! Hier kan dus de behoefte aan continuïteit en veiligheid van beiden de weg

naar verandering blokkeren voor de hulpvrager.

Men moet oppassen continuïteit niet gelijk te stellen aan of te verwarren met veiligheid, stabiliteit, zekerheid in de relaties en men moet ook de voordelen ervan niet overschatten.

3 PROFESSIONEEL (GENEESKUNDIG) HANDELEN

Als een voordeel van continuïteit wordt gezien de mogelijkheid voor de huisarts tot het hebben van veel voorkennis over de geneeskundige geschiedenis van zijn patiënten. „Dokter, u weet precies hoe ik er van binnen en van buiten uit zie!“. In enkele onderzoeken (bijvoorbeeld in Engeland) is overigens gebleken dat het van binnen en van buiten kennen van patiënten door huisartsen (zelfs met behulp van het kaartstelsel) dikwijls heel wat te wensen overlaat. (De vraag of de huisarts van nu met de huidige opleiding en onder de omstandigheden, waarin hij thans moet werken, wel in staat is een goede registratie te voeren, leggen wij voorlopig terzijde).

In ons land is het gebruikelijk dat vrijwel alle curatieve geneeskundige gegevens aan de huisdokter worden doorgegeven evenals een niet onbelangrijk deel van de keuringsgegevens, gegevens uit de preventieve sector, enzovoort. Ons inziens biedt een goede en continue registratie de huisarts de beste mogelijkheid om over zo volledig mogelijke geneeskundige gegevens te beschikken. Continue registratie kan door een tamelijk groot aantal mensen worden verzorgd mits er een goede organisatie is en deze niet afhankelijk is van de continue zorg door één man.

Het garanderen van continuïteit van de behandeling is een zeer belangrijke zaak, bijvoorbeeld bij langdurig of chronisch zieken en bij overgang van het ene geneeskundige systeem naar het andere, zoals van ziekenhuis naar verpleeghuis of van ziekenhuis naar huis met nazorg door wijkverpleegkundige en huisarts. Geredeneerd vanuit het oude beginsel dat de huisarts verantwoordelijk is en blijft voor de gehele geneeskundige behandeling, ook als die verwijzing door anderen geschiedt, komt het erop neer dat de huisarts degene is, die de gaten in het hele behandelingsproces moet opvullen of althans verantwoordelijk is voor de opvulling ervan. Het „gaten opvullen“ leidt tot de in de discussienota „Eerste echelon“ genoemde „oneigenlijke taken“. Het komt ons voor dat de

verantwoordelijkheid voor de continuïteit van de behandeling niet het primaat van de huisarts is, doch een gezamenlijke verantwoordelijkheid van allen die bij de behandeling zijn betrokken (dus ook de patiënt).

4 HET PERSOONLIJK FUNCTIONEREN VAN ARTS EN PATIËNT

Wat betekent continuïteit voor de patiënt? Het biedt hem in de persoon van dezelfde, altijd beschikbare, huisarts veiligheid en zekerheid. Dat betekent dat een sterk statisch karakter in de verhouding is ingebouwd. De patiënt vanuit zijn onveilige ziektesituatie verlangt daar ook naar, hij zoekt stabiliteit vanuit zijn onzekere positie. Dat wil zeggen vanuit de patiënt is er een neiging tot homeostase in de arts-patiënt relatie, anders gezegd vanuit de patiënt zal er druk bestaan de relatie tussen arts en patiënt te houden zoals die is en veranderingen te weren, zelfs al zouden die veranderingen een gunstiger klimaat voor genezing kunnen betekenen.

De behoefte aan en het zoeken naar veiligheid kan de arts-patiënt relatie sterk bepalen. Heel wat arts-patiënt relaties vertonen een opvallende gelijkenis met ouder (vader)- kind relaties. Er bestaat dikwijls bij de patiënt een duidelijke afhankelijkheid van de arts. De arts is de figuur die alles kan en de patiënt degene voor wie wordt gezorgd.

Ook aan de huisarts biedt een continue relatie een aantal duidelijke voordelen. De huisarts heeft er evenzeer belang bij de relatie stabiel te houden; immers hij weet nu uit ervaring hoe hij moet reageren. Blijft hij zich gedragen volgens de onuitgesproken en ongeschreven contracten (tradities!) van de langdurige relaties met patiënten (Balint), dan zal de patiënt dit ook doen en bij hem blijven. De patiënt zal geen moeilijke vragen stellen en geen extra tijd vragen; voor de huisarts betekent dit tijdsbesparing. Bij elke nieuwe vraagstelling kan hij gebruik maken van zijn voorkennis en een nieuwe vraag plaatsen in het reeds bekende kader. Dit werkt gemakkelijk en snel, de patiënt is er dikwijls tevreden mee, ook al is het vaak niet de beste probleemoplossing. Zoals reeds opgemerkt bestaat er een sterk verminderde kans patiënten te verliezen, hetgeen behalve financiële ook relationele veiligheid biedt.

Tegelijkertijd kan continuïteit van de relatie voor de patiënt een machtsmiddel

worden, waarmee hij pressie kan uitoefenen op zijn huisarts om legalisatie van zijn ziektegedrag te krijgen en ingang tot Ziektewet, Wet Arbeidsongeschiktheid en talloze andere voorzieningen. De continue relaties geven op velerlei wijze voldoening aan de huisarts, onder meer dat aan de machtsbehoefte bij hem wordt voldaan. Immers, hij spreekt over mijn patiënten en mijn praktijk alsof de patiënten zijn eigendom zijn.

Al deze voordelen voor de patiënt en voor de huisarts zijn begrijpelijk en zij voldoen aan behoeften waaraan in vele gevallen ook mag en soms moet worden voldaan. Of deze voordelen van betekenis zijn voor een goede hulpverlening in een actuele situatie hier en nu lijkt ons op zijn minst twijfelachtig.

5 CONTINUÏTEIT ALS EERSTELIJNS-FUNCTIE

Voor de patiënt is een continue bereikbaarheid van geneeskundige (maar ook van geestelijke en sociale) hulp van het grootste belang. Dit aspect van het begrip continuïteit is een belangrijke eerstelijnsfunctie en het behoort tot de verantwoordelijkheid van de huisarts daarvoor te zorgen.

De moderne huisarts opteert echter voor een leefwijze, welke niet ver van de huidige maatschappelijke norm afwijkt. Dit betekent in de praktijk dat de eigen huisarts gedurende een groot aantal uren per week niet beschikbaar is, hoezeer vele patiënten dit zouden wensen. Om de hieraan klevende professionele (geneeskundige) bezwaren op te heffen zou de huisarts over een goede en voor waarnemers toegankelijke registratie moeten beschikken. Een vast samenwerkingsverband heeft het voordeel dat steeds dezelfde artsen waarnemen en de patiënten ook met hen vertrouwensrelaties kunnen hebben. Het overdragen van de behandeling kan gemakkelijk geschieden en de hulpverleningssituatie is voor de patiënt overzichtelijk (= veilig!) op onregelmatige tijden.

Hetzelfde geldt *mutatis mutandis* voor de wijkzuster en voor de maatschappelijk werker en mogelijk zelfs ook voor de

fysiotherapeut. Vandaar dat wij continue bereikbaarheid niet als een functie zien die specifiek is voor de huisarts, maar die specifiek is voor de eerstelijns-hulpverleningssituatie. Het zal voor de patiënt van voordeel zijn wanneer alle eerstelijns-hulpverleningsmogelijkheden voor hem op één adres bereikbaar zijn.

6 DE PRAGMATISCHE BENADERING MET EEN SNUFJE SOCIOLOGIE

Bij velen, ook bij huisartsen, leeft het beeld van „de huisarts” zoals zij hun huisarts in hun kinderjaren hebben leren zien. Aan dit „oerbeeld” verandert in latere jaren gewoonlijk niet veel, vooral niet bij gewoonlijk gezonde mensen. Toch bestaat dit type huisarts van dertig tot zestig jaar geleden haast niet meer. De stabiele dorpsgemeenschap van weleer, waarin iedereen, ook de dokter, een vaste rol vervulde is verdwenen. Zo'n naar buiten gesloten en naar binnen open gemeenschap kende een hele reeks regels ten aanzien van omgangsvormen en tradities welke er onder meer op waren gericht de gemeenschap als zodanig te laten functioneren en in stand te houden. Het ligt voor de hand dat de huisarts die goed is geïntegreerd in zulk een systeem er een belangrijke rol in kan spelen, die heel wat meer omvat dan puur medische zorg. Dat in een dergelijk systeem continuïteit, en dus stabiliteit, van groot belang is, ligt eveneens voor de hand.

De huidige mobiliteit van de bevolking is zeer groot. Dorpen die twintig jaar geleden nog twee tot vier duizend inwoners hadden, hebben er nu tien tot twintigduizend. Kleine steden zijn grote steden geworden. In een stad als Eindhoven (de vijfde van Nederland) werd tien jaar geleden nog niet hoger dan vier woonlagen gebouwd. Thans zijn er in Nederland weinig plaatsen meer te vinden waar geen woontorens van tien verdiepingen en hoger aan de horizon (en vaak wel dichterbij!) zijn te zien. In de grote steden verhuist in één jaar 10 tot 15 procent van de bevolking. Dit alles betekent dat de stabiele woongemeenschappen* van vroeger vrijwel niet meer bestaan, dus tevens dat eenzelfde beweeglijkheid zich in de huisartspraktijken zal voordoen.

Voor de huisarts betekent dit dat veel relaties in zijn toekomstige praktijk van korte duur zullen zijn. De vroeger veel voorkomende conglomeraten van familie, vrienden, kennissen en burens, allen met dezelfde huisarts, zijn uiteengevallen of kleiner geworden. Gevolg is dat de

cliënt andere eisen gaat stellen aan zijn huisarts en de huisarts over andere vaardigheden moet beschikken om ook in kortdurende relaties optimaal te kunnen functioneren.

Samenvattend zou men kunnen zeggen, dat, ook al acht men continuïteit (in de zin van langdurige zorgrelaties) gewenst, dit door grote mobiliteit van de bevolking steeds meer een vrome wens zal worden.

Tot slot nog een heel andere kant hiervan: steeds minder huisartsen blijven langer dan ongeveer vijftien jaar hun vak in dezelfde plaats uitoefenen. Vele huisartsen gaan na tien tot vijftien jaar een andere functie vervullen, steeds meer huisartsen veranderen van woon- en vaak ook van werkplaats, zodat ook de mobiliteit van de artsen toeneemt.

SLOTBESCHOUWING

Het begrip continuïteit wordt door velen als zeer belangrijk voor de huisarts-geneeskunde beschouwd. Bij nadere analyse blijkt onder dit begrip een scala kwaliteiten, relaties en functies van huisartsen schuil te gaan.

Een belangrijk aspect ervan is veiligheid. Deze kan echter ook op andere wijze dan door continuïteit worden geboden. Een ander onderliggend deel is historisch bepaald: de verwachtingen van de patiënt zijn gebaseerd op het beeld van de huisarts uit zijn kinderjaren. Bij de huisarts zelf kan dit ook het geval zijn! Continuïteit voldoet aan een aantal behoeften zowel bij arts als patiënt en verschaft ook een patiënt macht. Vervulling van behoeften is vaak niet hetzelfde als goede hulpverlening.

Voorts wordt het hebben van (medische) voorkennis over patiënten gezien als een kwaliteit van continuïteit. Het blijkt dat voorkennis ook vaak belemmerend kan zijn en dat de aanwezigheid ervan in de praktijk nogal eens tegenvalt.

In het gezinssysteem van cliënten kunnen hechte en door continuïteit gekenmerkte relaties de weg tot verandering en groei blokkeren.

Wij hebben aangegeven dat continuïteit vroeger een grotere betekenis had dan het in de toekomst zal hebben, echter een aantal belangrijke aspecten ervan mag niet verloren gaan:

– In de moderne, beweeglijke en snel veranderende maatschappij leiden continue relaties niet meer tot de gewenste kwaliteiten, zij kunnen zelfs belemme-

* Zie hierover het zeer verhelderende artikel van E. Litvak en I. Szelenyi, *Primaire groepsstructuren en hun functies*. Familie, burens en vrienden. (hulpverleners en . . . veranderen: deel I). Helaas hebben zij de huisarts in hun beschouwingen niet opgenomen, doch het is niet moeilijk de consequenties van hun gedachten voor de huisartspraktijk te bepalen.

rend werken. Dit betekent dat de huisarts andere vaardigheden zal moeten ontwikkelen om tegemoet te komen aan de veranderde situatie van morgen en overmorgen.

– De behoefte van de cliënt aan veiligheid moet worden gehonoreerd. Nu door continuïteit niet voldoende veiligheid (meer) kan worden geboden, moet de huisarts door zijn kundigheid en zijn vaardigheid in het hanteren van relaties, door gesprekstechniek en door zijn houding, veiligheid bieden.

– Continuïteit van de behandeling is van het grootste belang en terwille hiervan zal de huisarts vaardigheden moeten hebben in samenwerken met anderen en het effectief overdragen van gegevens en behandeling aan anderen. Hij zal beter moeten leren het samenspel van vele hulpverleners te leiden.

– Voor de geneeskundige behandeling is het van groot belang over gegevens betreffende voorgaande geneeskundige behandelingen te kunnen beschikken. Een goede, overzichtelijke en volledige registratie is daarvoor nodig. Ook voor de behandeling van psychische en sociale problemen zijn gegevens over vroegere gebeurtenissen van belang. De registratie hiervan zal andere (hogere) eisen stellen dan tot nu toe gebruikelijk was (problem oriented registration?).

– Ook de huisarts zal de veiligheid van de continuïteit moeten prijsgeven en het risico van verandering moeten nemen om in de toekomst optimaal te kunnen werken.

Summary. Continuity: "Concern of the general practitioner". Many view continuity as an important quality of a general practitioner's care, to which great value is attached. Apparently the importance of continuity in a general practitioner's activities is so much taken for granted that little has been published about its factual significance.

In this paper an attempt is made to present a detailed analysis of the significance of the continuity concept, in hopes of prompting a discussion. It is demonstrated that the term continuity covers a number of concepts which are important both for the client and for the general practitioner, such as security within the doctor-patient relation. In the stable communities of the past, continuity was an important prerequisite for the functioning of the general practitioner; in the rapidly changing, mobile communities of our times, favourable conditions will have to be created in a different way; and these will demand new skills on the part of the general practitioner.

Aakster, C. W. Sociologie en gezondheidszorg -beeld en toekomstbeleid. H. D. Tjeenk Willink b.v., Groningen, 1974.

Aalderen, H. J. en W. P. van den Hout. De huisarts, zijn persoon en denken in het geneeskundig proces. Wolters-Noordhoff n.v., Groningen, 1971.

Balint, M. The doctor, his patient and the illness. Pitman, London, 1957.

Bremer, G. J., J. C. van Es en A. Hofmans. Inleiding tot de huisartsgeneeskunde. Stenfert Kroese, Leiden, 1969.

Drogendijk, A. C. Huisartsgeneeskunde in verleden, heden en toekomst. De erven F. Bohn n.v., Haarlem, 1965.

Hoekstra, M. Registratie van hulpverlening. Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid-Utrecht, 1975.

Litwak, E. en I. Szelenyi. Primaire groepsstructuren en hun functies: familie, buuren en vrienden. (1969) American sociological Review 34, 465-481. (Ook opgenomen in „Hulpverleners en veranderen”, handboek voor psychisch gezondheids- en welzijnswerk.) Van Loghum Slaterus, Deventer, 1975.

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. De plaats van de medicus in het eerste echelon. Discussienota van de Commissie Eerste Echelon (1976) Medisch Contact 31, . . . Nederlands Huisartsen Genootschap: Hoe helpt de dokter? Interimrapport door de werkgroep takenpakket. N.H.G., Utrecht, 1975.

Nederlands Huisartsen Genootschap. Woudschotenrapport. N.H.G., Utrecht, 1958.

Pierloot, R. A. De Medische relatie. Nederlandse Bibliotheek der Geneeskunde, Stafleu, Leiden, 1974.

Royal College of General Practitioners: The future general practitioner, hearing and teaching. The British Medical Journal. B.M.A. House, Tavistock square, London, 1972.

Ven, P. van der. Vriend als vijand. Naar een paradoksale therapie. Nelissen b.v., Bloemendaal, 1975.

Groeiremming bij te lange meisjes door middel van oestrogenen

DOOR DR. L. H. B. M. VAN BENTHEM*

INLEIDING

Remming van overmatige groei, vooral bij meisjes toegepast, is niet zo modern als het op het eerste gezicht mag lijken. *Goldzieher* bericht reeds in 1956 over behandeling met oestrogenen om de groei bij lange meisjes te remmen. *Wettenhall en anderen* geven in de *Journal of Pediatrics* een overzicht van vijftien jaar begeleiding en behandeling tussen 1958 en 1973. Alvorens zijn resultaten en die van anderen te bespreken is het van belang vast te stellen wanneer wij van „te” lange meisjes spreken.

*Uit de afdeling kinderziekten (hoofd Dr. L. H. B. M. van Benthem) van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam.

TE VERWACHTEN VOLWASSEN LENGTE

In *figuur 1* is de groeicurve afgebeeld voor meisjes van 3 – 20 jaar. Voor elke leeftijd is hierin af te lezen tussen welke grenzen de lengte nog normaal te noemen is; een patiënt die duidelijk langer is dan de zogenaamde 97 percentiel voor de leeftijd komt mogelijk voor groei-remming in aanmerking (97,7 procent komt overeen met tweemaal de standaarddeviatie van het gemiddelde).

Aan de hand van de gemeten lengte, gecombineerd met de skeletleeftijd op dat moment is het mogelijk de te verwachten volwassen lengte (Predicted Mature Height = P.M.H.) tamelijk nauwkeurig te berekenen. Het nauwkeurig meten van de lengte is minder

Samenvatting. Door het geven van hoge doses oestrogenen is de te verwachten volwassen lengte van meisjes negatief te beïnvloeden, hetgeen van belang kan zijn bij tieners, die dreigen erg lang te worden. Wanneer de berekening van de te verwachten volwassen lengte aangeeft dat deze meer zal worden dan ongeveer 180 cm, komt in goed geselecteerde gevallen groei-remming in aanmerking. Het gemiddelde resultaat van de groeivertraging wordt in de literatuur opgegeven tussen 3,5 en 4,6 cm. In dit overzichtsartikel wordt nader ingegaan op de verschillende facetten van deze behandeling.

eenvoudig dan men op het eerste gezicht zou menen. Van belang is het dat door opdrukken van het hoofd onder de kaakhoeken, het kind tot maximum