

Regering en huisarts

DR. K. GILL, HUISARTS TE ZWAMMERDAM

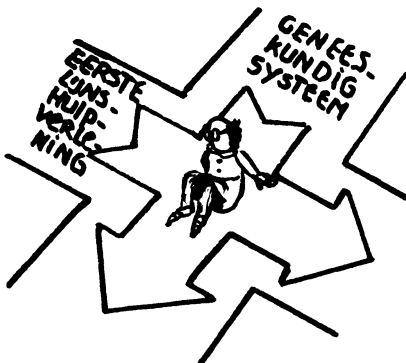
Ook in de denktank van de Overheid wordt nagedacht over de toekomst van de gezondheidszorg in Nederland en de futurologen hebben in dit verband bepaalde ideeën ontwikkeld over de taak van de huisarts. Vorig jaar werd door de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid het rapport gepubliceerd: „De komende vijftwintig jaar”. De auteur wijdt hieraan een beschouwing en noemt hieruit enkele saillante punten. Helaas blijkt dat de samenstellers van dit rapport geen flauwe notie hebben welke ontwikkelingen thans plaatsvinden in de huisartsgeneeskunde. In hun ogen is er voor de huisarts in de toekomst slechts een taak weggelegd als geneeskundige.

Van Dale's huisarts was maar gewoon huisdokter, een fenomeen in de samenleving, waaraan men voorbij ging. De universiteit leverde artsen af. De jonge arts maakte zich zelf tot huisarts en moest dan nog huisarts zien te worden. Hiervan getuigt de omschrijving in Van Dale's Groot Woordenboek der Nederlandse taal. Huisarts = huisdokter. Het is niet ondenkbaar dat de auteur thans een uitvoeriger vermelding zou geven van „de” huisarts. Immers, een jaar na het verschijnen van mijn Van Dale, de achtste, geheel opnieuw bewerkte en zeer vermeerderde druk (1961), wordt de eerste en vijf jaar later de tweede leerstoel huisartsgeneeskunde respectievelijk in Edinburgh en Utrecht ingesteld. Daarmee begint de opmars van de professie en tegelijkertijd zet de stroomversnelling in. Aan de vanzelfsprekendheid van de huisarts is een einde gekomen. De aesculaap huisarts scheidt zich af, gaat in retraite en zoekt naar een eigen attributieve identiteit. Dergelijke grote gebeurtenissen werpen hun schaduw vooruit.

Uit eigen keuken

In 1959, drie jaar na de oprichting van het Nederlands Huisartsen Genootschap, wordt de taak van de huisarts in de twaalf deeltaken omschreven (*Woodschoten rapport*). Dit rapport geldt ongeveer twaalf jaar als richtsnoer voor het handelen van de huisarts. Dan begint de huisdokter van Van Dale pas goed op zijn voetstuk te wankelen. De vanzelfsprekendheid van de huisarts wordt voorgoed verlaten. Het verlangen naar har-

monie in een nieuw attributief tijdperk blijkt met een grote veranderlust gepaard te gaan. De taken hebben afgedaan. Methodisch werken, samenwerken en het persoonlijk functioneren vragen aandacht in een veld, dat duidelijk wordt afgebakend van het territoire van de specialist. Extramuraal en intramuraal. Extramuraal wordt eerste echelon, waarin de grenzen met andere hulpverleners gaan vervloeien en elkaar overlappen. Het interimrapport „Hoe helpt de dokter?” plaatst de huisarts op een kruispunt van twee systemen, het eerstelijns hulpverleningssysteem en het geneeskundig hulpverleningssysteem.



Bij de uiteenlopende hulpvragen staan, aldus het rapport, de huisarts de volgende kaders ter beschikking:

- het medisch-wetenschappelijke kader;
- de levensfase van de patiënt;
- het maatschappelijk verband waarin de patiënt leeft;
- de ordening naar hulpverleningsmogelijkheden.

Inmiddels verschijnt de syllabus „Methode van hulpverlening in de eerste lijn” en worden de drie fasen van hulpverlening, de intake, het behandelingsplan en de procesbewaking, ingevoerd.

Regering

Grote bezorgdheid en de noodzaak van ingrijpende hervormingen leiden in 1974 tot het verschijnen van de Structuurnota Gezondheidszorg. De huisarts wordt in deze nota als een sleutelfiguur van het eerste echelon gezien. De toegang tot het tweede echelon en het verlaten daarvan is slechts mogelijk via het eerste echelon, met name de huisarts. De huisarts onderhoudt de verbanden met andere specialisten, de georganiseerde thuisgezondheidszorg en de instellingen van welzijnzorg.

De huisarts dient zowel horizontaal (interdisciplinair met geestelijke gezondheidszorg, wijkverpleegster, maatschappelijk werker), als verticaal (openbare gezondheidszorg, specialisten) te functioneren. De verbanden moeten open en wederzijds zijn. De Structuurnota komt niet verder dan een beschrijving van de status quo van de huisarts. Het twee dimensionale horizontale kruispunt, waarop het N.H.G.-bestuur de huisarts plaatst, krijgt er in de Structuurnota de verticale dimensie bij.

Verdieping

Vanuit de hoge, ijle lucht van het overheidsbeleid keren wij terug naar het ruige landschap van de huisarts (Lamberts). Daar zien wij nieuwe ontwikkelingen zoals de probleemgeoriënteerde methode, meer inzicht in de morbiditeit door de peilstations, een nieuwe ordening van ziekte- en probleemgedrag, samenwerking, anticiperende geneeskunde, probleemgerichte registratie, nascholing, zorg- en normsystemen en opleiding.

Het lijkt alsof onderhuids grote en kleine verschuivingen zich in de aandachtsvelden voltrekken van disease naar illness, van cure naar care, van solist naar team, van patiënt naar collectief (screenen), van curatief naar preventief, van somatische hulpverlening op afroep naar opsporing, interventie, advisering en voorlichting, van ziekenhuis naar huis.

Het a posteriori van het feit verwijst naar het a priori van een gedachte

Emmanuel Levinas

Overheid en wet

Om als overheid een taak in de gezondheidszorg te kunnen vervullen maakt zij gebruik van Adviescolleges, onder andere de Gezondheidsraad en de Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Eerstgenoemde Raad licht de ministers voor over de stand van wetenschap van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid (artikel 22, Gezondheidswet, 1959). Het adviseren over beleidsvorming is toevertrouwd aan de Centrale Raad voor de Volksgezondheid. In november 1977 trekt een ander college de aandacht met het rapport „De komende vijftientwintig jaar”, een toekomstverkenning voor Nederland, van de hand van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Deze Raad is op 6 november 1972 bij Koninklijk Besluit ingesteld en bij de wet van 30 juni 1976 definitief geregeld. Ingevolge deze wet heeft de Raad onder andere tot taak ten behoeve van het regeringsbeleid wetenschappelijk gefundeerde informatie te verschaffen over ontwikkelingen die op lange termijn de samenleving kunnen beïnvloeden; daarbij tijdig te wijzen op tegenstrijdigheden en te verwachten knelpunten; het formuleren van probleemstellingen ten aanzien van de grote beleidsvraagstukken en het aangeven van alternatieven.

Futurologie

In het licht van de vorenstaande fragmentarisch geschetste ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde lijkt het zinvol aandacht te besteden aan de paragraaf gezondheidszorg en sociale hulpverlening. De deskundigen hebben daarin consensus bereikt, waarbij dient te worden aangetekend dat de uitspraken niet wetenschappelijk bewezen zijn. Alleen de gevolgde methoden zijn van wetenschappelijke aard. Eerst wordt een indeling gemaakt van de gezondheidsproblemen en de bijbehorende zorgsystemen.

Gezondheidsproblemen	Zorgsysteem
Gezonden	gezondheidsbevordering
Bedreigden	preventie
Risicodragers	interventie
Zieken	geneeskunde
Anders-belastbaren	resocialisatie
Hulp-afhankelijken	verzorging en verpleging

De samenstellers van het rapport verwachten dat de relatieve betekenis van ziekten zal afnemen en die van de andere groepen zal toenemen. Er wordt gesproken van een beleidsmatige verschuiving van de geneeskundige zorg van ziekenhuizen naar de eerste lijn, de primaire gezondheidszorg. Daarbij zal het streven zijn gericht op een

meer algemene planning op lange termijn, de toepassing van vergunningenstelsels en grotere beheersing van de kosten.

De positie van de huisarts zal veranderen in die zin dat er een duidelijk onderscheid zal ontstaan tussen zijn geneeskundig en zijn consultatief/bemiddelend werk. De opvattingen over zorg zullen veranderen in de richting van een grotere eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. De eerste verantwoordelijkheid zal de huisarts steeds meer gaan delen met andere hulpverleners. Over deze gedeelde verantwoordelijkheid, een uiterst delicate zaak, wordt verder niet ge- rept. Het gevolg zou evenwel zijn een terugkeren van de huisarts naar de oorspronkelijke taak van algemeen geneeskundige. De hulpverlening op wijkniveau doet denken aan de wijkgezondheidszorg, zoals deze in de Volkgezondheidsnota 1966 voor het eerst is verwoord. Het gezondheidscentrum wordt als adviescentrum gezien voor de organisatorische, technische en professionele problemen. Wil de huisarts op deze veranderde taak zijn voorbereid, dan zal van opleiding en aanpassing veel worden gevergd.

Primaire gezondheidszorg

De primaire gezondheidszorg zal zowel kwalitatief als kwantitatief in belang toenemen en de volgende kernfuncties hebben:

- curatieve hulpverlening;
- sociaal-medische hulp, ambulante geestelijke gezondheidszorg en sociale dienstverlening;
- consultatiebureaus, opsporing, voorlichting.

De taak van de huisarts zal voornamelijk geneeskundig zijn, waaruit samenwerking met specialisten en wijkverpleegkundigen zal resulteren. Kwaliteitcontrole, toetsing, evaluatie, informatieverzameling en informatieverwerking zullen meer aandacht krijgen dan tot nu toe het geval is. De oplossing van de problemen, verbonden aan het ver- langen de privacy van het individu te beschermen, zal veel overleg en tijd vergen.

De praktijkgrootte van de huisarts zal niet tot onder 1800 zielen per huisarts dalen. Door verandering in het klachtenpatroon zal het aantal eerste consulten per hoofd van 1975 tot 1985 met vijf procent toenemen, het aantal herhalingen per eerste consult voor volwassenen van twintig tot vijftig jaar nog eens met twintig procent.

*Het aantal consulten dat een huisarts jaarlijks verricht neemt daardoor over de gehele periode slechts met twintig procent af, dat is veel minder dan de daling van het aantal patiënten.**

*Letterlijke tekst uit het rapport

Omdat een grotere participatie in de zorg- verlening van de patiënten/cliënten in de jaren tachtig wordt verwacht, zal deze ont- wikkeling de gezondheidszorg rond de huis- arts aantasten. Het ligt in de lijn der ver- wachtingen dat een toenemend deel van de consulten op verwijzing zal uitlopen, terwijl de herhalingscontacten meer tijd van de huisarts zullen vergen dan thans.

Om meer dan een reden zullen het inkomen en de status van de huisarts worden aan- getast, door overmaat aan artsen, daling van de praktijkgrootte, het aantal consulten en de rolverandering. Deze veranderde po- sitie van de huisarts zal ongetwijfeld sterke weerstanden oproepen.*

De futurologische cijfers geven het volgende beeld:

	1975	1980	1990	2000
Aantal huisartsen	4.800	6.000	8.000	8.100
Praktijk- grootte	2.800	2.300	1.800	1.800
Paramedisch personeel	8.500	9.200	10.500	11.000

Aan de stijging van het verwijzingspercenta- ge van huisartsen naar specialisten zal te- gen 1985 een eind komen. Daarna volgt een daling als gevolg van het feit dat de huisarts zich steeds meer als geneeskundige zal op- stellen.

Tenslotte krijgt de huisarts een taak toebe- deeld in de ziekenhotels, waarin de huisarts patiënten voor een eenvoudige behandeling kan laten opnemen. De functie van de ziekenhotels zal meer verzorgend dan ge- nezend zijn.

Slotopmerkingen

Het doel van deze beschouwing is de nadruk te laten vallen op de inhoud van het rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, in zoverre die relevant is voor de huisarts, tegen de achtergrond van reeds bestaande en zich ontwikkelende structuren en modellen.

Uit het rapport is veel onbesproken gebleven zoals de paragrafen over de toekomst van het gezin, de vrije tijd, de economische en ruimtelijke ontwikkeling en de veranderde opvattingen van de medische ethiek. Het is evident dat deze onderwerpen wel degelijk implicaties voor het werk van de huisarts hebben. Dat de mens in de jaren 2000 nog eenzamer zal zijn dan thans stemt – evenals zoveel andere aspecten van dit rapport – tot nadenken, want er blijven vele vragen. Een groot aantal beroepen zijn inhoudelijk aan het veranderen. Wordt alles niet ondoor- zichtiger? Slaan wij in de stroomversnelling van allerlei ontwikkelingen niet, om met An- nie Romein te spreken, de lente over? Ver-

dwijnen uit ons bestaan en ons beroep niet de verte, intimiteit en verwondering? Lijden wij aan een „pressure of time“? Durven wij nu al aan een ruwe schets van de basisfilosofie van de huisartsgeneeskunde te beginnen? Het is niet de bedoeling geweest op de problemen in te gaan. Daarmee zou de discussieruimte van deze nota te veel worden ingekleurd. De kolommen van huisarts en wetenschap noden tot gedachtenwisseling. Knowledge comes, but wisdom lingers.

Aalderen, H. J. van. Syllabus Methode van hulpverlening in de eerste lijn. Huisartsen Instituut Vrije Universiteit, Amsterdam, 1976.

Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Volksgezondheidsnota 1966. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1966.

Nederlands Huisartsen Genootschap. Hoe helpt de dokter? 1975.

Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Structuurnota Gezondheidszorg. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1974.

Vroege, N. H. (1966) Het Woudschotenrapport. huisarts en wetenschap, 9, 372

Wetenschappelijke Raad voor het Regeeringsbeleid. De komende vijftientig jaar. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1977.

Tip voor de praktijk

De caravan als praktijkruimte

Toen mijn caravan per advertentie te koop werd aangeboden, bemerkte ik uit de reacties hoeveel collega's mogelijkheden zagen hem tijdelijk te gebruiken: in het begin van een vrije vestiging, tijdelijk onderkomen bij langdurige verbouwing, plaatsing op een camping, of ruimte voor een arts in opleiding tot huisarts.

Beschrijving

Het probleem deed zich voor, dat er bij een gesteunde vrije vestiging niet meteen een huis beschikbaar was, om zowel in te wonen als praktijk in uit te oefenen. Aan de mogelijkheid om in één eengezinswoning praktijk te houden en te wonen werd voorbijgegaan in verband met slechte ervaringen op dit gebied. Met een gezin is privé en praktijk slecht te scheiden. Wel was een huis beschikbaar met erachter voldoende plaats om een praktijkruimte neer te zetten.

Er werd gedacht aan het huren van een directiekeet. De huur hiervan bleek echter evenveel te zijn als de aanschaf van een stacaravan van dezelfde grootte. Er werd uitgegaan van 1½ jaar gebruik. Het was mogelijk via een importeur een „kale“ caravan, dat wil zeggen een caravan zonder meubilair aan te schaffen. De ingebouwde keuken bleef wél op z'n plaats. Tevens konden de gewenste veranderingen worden aangebracht.

De caravan was 7 m lang en 3 m breed. De wachtkamer werd 3 x 3 m. Er werden twee losse houten banken in gezet. Tussen spreekkamer (4 x 3 m) en wachtkamer bevond zich een houten wand met een deur. Om het geluid te dempen werd een dikke laag tempex aangebracht. In de spreekkamer bevond zich een keuken, een minimulto bank, een bureau en in de hoek, afgescheiden door een gordijn, een kleedhokje.

Als vloerbedekking werd zeil gekozen. De ramen van de spreekkamer werden beplakt met een soort plastic, dat wel licht doorlaat, maar inkijk onmogelijk maakt. De verwarming bestond uit twee dimplexkachels. Communicatie met het woonhuis was mogelijk via de telefoon. Er werd een tijdelijke vergunning verleend voor een telefoonlijn door de buitenlucht.

Bespreking

Voor een plaatsing van een caravan in de tuin is vergunning nodig van B & W. Er werd apart van het huis een brandverzekering op de inboedel van de caravan genomen. Voor de elektriciteitsvoorziening moest een speciale buitenkabel tussen woning en caravan worden aangelegd. In verband met het hoge af te nemen vermogen voor de elektriciteit voor de verwarming, was een extra groep nodig in de stoppenkast. De waterleiding was eenvoudig aan te sluiten op het woonhuis via een speciale slang, die in verband met bevriezing moest worden ingegraven. De geluidsisolatie was niet optimaal; ter verbetering ervan werd een radio in de wachtkamer geplaatst. Of de verwarming een strenge winter zou kunnen doorstaan, werd niet getest. Het afgelopen jaar gaf geen problemen. Mogelijk is de gasverwarming, die normaal in een caravan zit, beter.

Conclusie

Behalve de genoemde nadelen voldeed de caravan als praktijkruimte, gebruikt als start bij een vrije vestiging, voldoende. Bovendien zijn de kosten, mede gezien de verkoopwaarde, laag te noemen.

J. M. Baks, huisarts te 's-Gravenzande