

Huisarts, hoe sta je er voor?

PROF. DR. F. J. A. HUYGEN

Vijfentwintig jaar geleden dreef bezorgdheid over de huisarts ons tot de oprichting van het NHG. Wij wilden hem in zijn identiteitscrisis helpen, zijn deskundigheid bevorderen door te streven naar een betere opleiding, naar bij- en nascholing en naar het op gang brengen van wetenschappelijk onderzoek op zijn terrein. Daar is heel wat van terechtgekomen. Maar intussen hebben er ook andere ontwikkelingen in de gezondheidszorg plaatsgevonden.

Inleiding

Vijfentwintig jaar geleden, nog vóór de oprichting van het NHG, kreeg ik het verzoek een voordracht te houden over sociale problemen in de huisartspraktijk op het ledencongres van de Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst te Nijmegen. Ik heb toen als onderwerp de problemen van de huisarts zelf gekozen. Dat verhaal heb ik bij de voorbereiding van deze bijdrage aan dit congresnummer van *huisarts en wetenschap* nog eens nagelezen.

Destijds kwam ik na lange overpeinzingen over de dreigende devaluatie van het huisartsenberoep tot de conclusie, dat een belangrijke oorzaak daarvan gezocht moest worden in de twijfels van de huisarts aan zichzelf, en ik trachtte daarvoor toen verklaringen en remedies aan te geven. De lezer zal dan ook misschien kunnen begrijpen hoe het mij bijzonder treft, dat thans, vijfentwintig jaar later, de medisch psycholoog *Bergsma* in zijn belangrijke artikel *De huisarts in de storm* tot een analoge conclusie komt. *Bergsma* schildert in dit artikel, dat berust op een onderzoek in veertien praktijken gespreid over Nederland, met rake toetsen een knap portret van de huisarts. Hij stelt dat deze verscheurd wordt door twijfel en dat hij zich vooral op somatisch gebied onzeker voelt. De huisarts verkeert wel in een ideale situatie om goede en gerichte (medische) hulp te verlenen, maar veel wordt hem afgenomen door anderen. Door de wetten en regelingen is hij naast vertrouwensman en gezinsarts een „toelatingsambtenaar geworden tot de gespecialiseerde zorg, die alle moeilijke en daar-

mee interessante aspecten van zijn werk moest overhevelen naar de bevoorrechten. En voor wat er dan tenslotte overblijft deugt zijn opleiding niet. Mag de huisarts twijfelen?”

De laatste zinnen van het artikel van *Bergsma* luiden als volgt: „Het boeiende van dit alles is dat de huisarts, hoe hij ook verscheurd wordt door twijfel, toch via het onderzoeksmateriaal laat zien dat hij voor alles *huisarts* is en wil zijn. Hoe gebrekkig zijn gereedschap ook is en hoe graag hij zich wellicht toch zou willen spiegelen aan of vereenzelvigen met de vermeende glamour van de somatische specialistische geneeskunde. Waar de huisarts echter wel voor moet zorgen is, dat hij dat gedeelte van zijn werkterrein waar hij kennelijk nu al de meeste tijd aan besteedt en waar hij op grond van zijn positie in het veld het meest voor in aanmerking komt, ook inderdaad voor zich gaat opeisen op basis van een snel op te voeren deskundigheid, en niet alleen door middel van steeds herhaalde verwijzingen naar zichzelf. Tenzij hij zelf heel iets anders wil! En daar begint dan de twijfel weer aan de eigen rol, die er bij continuering toe zal leiden, dat de huisarts over 100 jaar een klein hoofdstuk is in een boekje over medische geschiedenis”.

De ontwikkeling van de huisarts

Ben ik het met *Bergsma* eens? Ja en nee. Ik meen mét hem dat de twijfel aan zichzelf (vooral op somatisch gebied) en aan zijn eigen rol nog steeds knaagt aan de wortels van het huisartsenberoep, maar ik geloof niet dat de huisarts uit zal sterven, iets wat reeds rond 1900 als

nabij en onafwendbaar werd voorspeld. Daarvoor is de huisarts te onmisbaar in ons gehele gezondheidszorgbestel. Daarvoor is de huisarts ook te veel als een kameleon: hij past zich snel aan bij maatschappelijke veranderingen; met de gevolgen daarvan wordt hij immers in zijn professe het eerst geconfronteerd, doordat hij zo dicht bij de bevolking staat en zo veranderingen in de hulpvragen het eerst en sterkst ervaart. Hij doet, reagerend op die hulpvragen, steeds wat zijn hand te doen vindt, en wat anderen niet kunnen of willen doen. Zo voorziet hij in lacunes die telkens optreden in het steeds gecompliceerder wordend gezondheidszorgsysteem en ik verwacht stellig dat hij daarvan de basis zal blijven vormen. Dit artikel zal dan ook zeker geen defaitistische toon dragen.

Een en ander betekent niet, dat ik meen dat het goed gaat. Integendeel, ik meen dat het helemaal niet goed gaat, maar dat geldt niet alleen – of in de eerste plaats – ten aanzien van de huisarts.

Vijfentwintig jaar geleden dreef bezorgdheid over de huisarts ons tot de oprichting van het NHG. Wij wilden hem in zijn identiteitscrisis helpen, zijn deskundigheid bevorderen door te streven naar een betere opleiding, naar bij- en nascholing en naar het op gang brengen van wetenschappelijk onderzoek op zijn terrein. Daar is heel wat van terechtgekomen. De huisarts is zelfbewuster geworden. De klaagzangen, vooral over de ziekenfondsregelingen, waarvan *Medisch Contact* vijfentwintig jaar geleden bol stond, zijn verdwenen. Zijn honorarium is aanzienlijk verbeterd. Ongeveer de helft van de huisartsen is tot het Genootschap toegetroten. Het wetenschappelijk onderzoek is begonnen; naast het NHI heeft iedere medische fa-



IK WEEF 'T NIET, MAAR IK VIND 'M
TEGENWOORDIG ZO ONZÉKER

culteit een eigen huisartseninstituut met een wetenschappelijke staf en hoogleraren huisartsgeneeskunde. Er is een erkende beroepsopleiding van de grond gekomen waarin hard wordt gewerkt. Huisartsen zijn zich op grote schaal gaan na- en bijscholen, vooral op psychosociaal gebied, waar duidelijke lacunes lagen. Er is een goed vaktijdschrift ontstaan dat door de meeste huisartsen wordt gelezen; er is een stroom van bladen en boeken gekomen, gericht op de nascholing van de huisarts; er zijn ook leerboeken huisartsgeneeskunde verschenen. Er is dus inderdaad een heel eigen ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde op gang gekomen, die best tot een zekere tevredenheid mag stemmen. Er is samenwerking ontstaan met gedragswetenschappers, die belangrijke bijdragen hebben geleverd, en er is een groeiende samenwerking onderling en met anderen in de eerste lijn. Maar intussen hebben er ook andere ontwikkelingen in de gezondheidszorg plaatsgevonden. Terwijl het aantal huisartsen ongeveer gelijke tred heeft gehouden met de groei van de bevolking, is het aantal specialisten zeer snel en sterk gestegen. De verwijzpercentages van ziekenfondsverzekerden zijn mede daardoor en door het steeds vaker bij zichzelf terugbestellen door deze specialisten, enorm toegenomen. Het ziekenhuiswezen is zeer sterk uitgebreid en gaat zich hoe langer hoe meer als het centrum van de gezondheidszorg opstellen, hoewel het daar nu juist allermist voor geschikt is, omdat het bedoeld is voor degenen die de meest gespecialiseerde en kostbaarste voorzieningen nodig hebben. Een steeds groter deel van het budget van de gezondheidszorg wordt door de specialistische geneeskunde opgeëist en vloeit daar inderdaad naar toe. De structuur van de honorering, waarbij de specialistische zorg per verrichting en de huisarts door middel van een uniform abonnementsstarief wordt betaald, moet hierbij mijns inziens als een niet onbelangrijke oorzaak worden gezien.

De bevolking is steeds meer van de gezondheidszorg gaan verwachten. Geboeren worden en sterven vinden steeds vaker intramuraal plaats. Er heeft een sterke stijging van medisch gelegitimeerd arbeidsverzuim en invaliditeit plaatsgevonden. Er worden steeds meer medicamenten en behandelingen voorgeschreven en ingrepen verricht. De huisarts is onder een grotere druk van hulpvragen van allerlei aard komen te staan, men zoekt bij hem zekerheid in een steeds onzekerder bestaan. Tegelij-

kertijd is het de huisarts in toenemende mate duidelijk geworden, dat allerlei zaken die hij in zijn opleiding met grote stelligheid heeft geleerd, allermist zeker zijn; dat hij veel wat hij nodig heeft, in die (basis)opleiding niet heeft geleerd, met name niet hoe verantwoord om te gaan met al die vragen, met dagelijks voorkomende onzekerheden en met de risico's van verkeerde beoordelingen. Met het toenemen van zijn ervaring wordt de huisarts in zijn hart steeds sceptischer tegenover de zegeningen van de moderne technisch georiënteerde gezondheidszorg. Naar het oordeel van velen – en niet alleen van huisartsen – begint de hele ingewikkelde machine van de gezondheidszorg steeds duidelijker over zijn doel heen te schieten, terwijl de huisarts steeds meer buiten spel komt te staan.

De twijfel en onzekerheid van de huisarts, waarover *Bergsma* spreekt, zijn dus zeer begrijpelijk en terecht. Wat is zijn rol, hoe moet hij zijn in potentie toch al zo brede taak precies zien? Vijfentwintig jaar na wat wel „het reveil van de huisarts” werd genoemd, staat het er dus niet best voor met de huisarts. Hij heeft wel een duidelijke ontwikkeling doorgemaakt, maar heeft niettemin terrein verloren en dreigt zelfs nog meer terrein te verliezen.

Huisarts, waar sta je voor?

Het thema van het komende congres is *Huisarts, je staat er voor*. Een van de kardinale problemen is echter, dat het op het ogenblik niet duidelijk is, waarvoor de huisarts nu precies staat. De huisarts zelf twijfelt en er zijn zeer grote verschillen tussen huisartsen onderling in taakopvatting, werkwijze en aantal verwijzingen. De huisarts laat zichzelf daardoor ook buiten spel zetten. Het is voor anderen niet duidelijk wat de huisarts nu eigenlijk kan en wil; met zulke grote verschillen tussen huisartsen kan men ook niet vast op hem rekenen, kan men geen consistent beleid ten aanzien van hem voeren, kan men geen staat op hem maken. Het is nog steeds waar, wat Hornstra meer dan vijftientig jaar geleden al zei: men pleegt wel lippen-dienst aan de huisarts, maar gaat in feite buiten hem om zijn eigen gang en holt daardoor zijn taak steeds verder uit.

Het merkwaardige is dat veel huisartsen daardoor niet eens erg verontrust schijnen te zijn. Zij menen misschien dat het hun tijd nog wel zal duren, zij hebben al meer dan genoeg te doen en zij worden er te moe van voortdurend tegen de stroom op te moeten roeien. De bevol-

king lijkt nog steeds zeer tevreden over de huisarts, al is zijn persoonlijke bereikbaarheid veel minder geworden door diensten en antwoordapparaten. Wat vóór alles nodig is, is een zelfbewuste huisarts, die als vakman voor zijn taak staat, daarin zelf gelooft en bereid is daarvoor te vechten. Daarvoor zal de beroepsgroep onderling orde op zaken moeten stellen, tot een communis opinio komen, regels en normen stellen en daarop onderling toezicht houden.

De taak van de huisarts: wat is wezenlijk?

Over de taak van de huisarts is al veel geschreven. Nog onlangs is door de Raamplangroep een uitstekende *Functie-omschrijving van de huisarts* gegeven. Hoewel mij oorspronkelijk gevraagd was over dit onderwerp te schrijven, lijkt het mij weinig zinvol te trachten dit te verbeteren. Het lijkt belangrijker te zoeken naar het meest wezenlijke hiervan, de kern en essentie. Naar mijn mening ligt dat opgesloten in het medisch *generalist* zijn, wat iets wezenlijk anders is dan het „mini-multi specialist” zijn, waarnaar de algemene artsenopleiding tendeeft.

Wat betekent het precies een medisch generalist te (willen) zijn? Uiteraard houdt dit in, dat men (met een zo laag mogelijke drempel) voor iedereen toegankelijk is, van jong tot oud en van hoog tot laag, en voor iedere klacht of aandoening waarvoor medische hulp wordt gezocht. Daaraan ontbreekt het de huisarts niet in de Nederlandse structurele situatie. Men zou dit een passief kenmerk kunnen noemen, al vereist het een actieve, open instelling. Belangrijker lijkt mij het op de voorgrond staande, actieve kenmerk van een generalist, dat hij voortdurend tracht het geheel te overzien. Daar en niet bij onderdelen of details moet zijn preoccupatie liggen. Hij moet alles zijn juiste plaats en betekenis trachten te geven, gezien tegen het geheel van deze mens, in zijn situatie en omgeving, met zijn historie en zijn perspectief. Dit impliceert niet alleen aandacht schenken aan de medisch-somatische aspecten (het vakterrein waarvoor de huisarts opgeleid is of zou moeten zijn), maar ook aan de psychische en sociale aspecten die daarmee verband kunnen houden.

Dit betekent niet dat de huisarts zich diepgaand therapeutisch moet bemoeien met psychosociale problemen. Hij moet daar wél duidelijk oog, oor en gevoel voor hebben. Het gaat om een integrale, holistische visie, waarbij het

geheel meer is dan de delen en ieder onderdeel consequenties heeft voor het geheel; kortom, de *integrale geneeskunde* van Querido, met oog voor alle wisselwerkingen tussen de somatische, psychische en sociale vlakken. Voor de huisarts belangrijke specificaties die hieraan toegevoegd kunnen worden, zijn aan te duiden als levensloopgeneeskunde en milieu- of gezinsgeneeskunde, dat wil zeggen aandacht voor de leef- en levenscontext, inclusief erfelijke en familiale disposities. Iedere huisarts heeft niet alleen tijdelijk zorg voor mensen die zich met klachten tot hem wenden, maar hij overziet ook een deel van de algemene bevolking, dat hem als huisarts heeft gekozen, meestal voor langere tijd, „for better and worse”, in gezondheid en ziekte.

Het geheel van deze praktijkpopulatie generalistisch willen overzien, vereist epidemiologisch kunnen denken en ervaring met alle mogelijke variaties van gezondheidsstoornissen. Dit ligt geheel anders voor specialisten, die uit de aard der zaak slechts selecties uit populaties en problemen zien. De huisarts moet trachten de problemen waarmee hij wordt geconfronteerd, te plaatsen tegen de achtergrond van de gehele populatie. Kennis van de natuurlijke historie en de (wijze van) verbreiding van gezondheidsstoornissen, inclusief de invloed en relatieve waarde van behandeling hiervan, zijn voor hem van grote betekenis en dienen voor hem richtsnoer te zijn. Ook in dit opzicht moet hij trachten alles zijn waarde te geven tegen de achtergrond van het geheel.

Praktische consequenties: een nieuwe opgave voor de huisarts

Wat ik hierboven aanduidde, is door velen reeds in verschillende bewoordingen gezegd. In hoeverre geeft dit echter houvast en leidt dit tot praktisch bruikbare consequenties in deze tijd? Om dit nader te bepalen, kunnen wij het beste uitgaan van de positie van de huisarts in onze samenleving en in het geheel van onze huidige gezondheidszorg. De huisarts staat in de eerste lijn, vormt als het ware de voorhoede van het professionele medische zorgsysteem. Hij verleent zelf zo goed mogelijk hulp en bemiddelt als andere of hoger gespecialiseerde professionele hulp nodig wordt geacht. Men kan het ook anders zien en stellen, dat de huisarts aan de periferie van het professionele zorgsysteem de achterhoede vormt voor niet-professionele zelfzorg en onderlinge zorg in de gemeenschap.

Vóór de eerste lijn ligt wat wel eens de „nulde lijn” wordt genoemd. Wij zijn geneigd te vergeten dat gezondheidsstoornissen zich daar het eerst openbaren en dat blijkens tal van onderzoeken de grote meerderheid daarvan wordt afgehandeld zonder dat er professionele hulp aan te pas komt. Kenmerkend nu voor deze tijd en voor onze culturele situatie is, dat zich in snel tempo een sterke verschuiving aan het voltrekken is van zelfzorg en onderlinge zorg naar professionele zorg (*Hattinga Verschure*) en binnen het professionele systeem van generalistisch georiënteerde zorg naar specialistische zorg. Het evenwicht tussen nulde, eerste, tweede en derde lijn raakt zoek. Symptoom hiervan is dat de kosten van de professionele gezondheidszorg de pan uitrijzen. De bevolking heeft onrealistische verwachtingen van de geneeskunde, veel komt in medische kanalen (het „medisch ventiel” van Van Doorn), dat daar niet primair thuis hoort en als zodanig opgelost kan worden. Hier nu, bij het opwerpen van een dam tegen deze ontwikkeling en het opwekken en ondersteunen van een tegenstroom ter herstel van het evenwicht, zie ik de belangrijkste taak van de huisarts in deze tijd liggen.

Wat houdt een dergelijke opgave praktisch in? De huisarts zal als medisch generalist een bekwaam vakman moeten zijn en samen met zijn patiënten trachten hun klachten en gezondheidsstoornissen in het juiste perspectief te plaatsen. Samen met hen moet hij eraan doen, wat zij niet zelf kunnen en wat hij wel kan. Hij moet niet verwijzen, voordat hij zelf tot de grenzen van zijn kennis en kunde is gegaan. En als hij verwijst, moet hij zich inspannen toch zelf contact met zijn patiënten te blijven onderhouden.

Bij specialistische zorg dreigt altijd het gevaar dat het geheel uit het zicht wordt verloren, dat de zorg over zijn doel heen schiet en dat overmatige aandacht aan bepaalde aspecten en onderdelen wordt geschonken en dat daardoor onnodige en ongewenste afhankelijkheid ontstaat. Iedere specialist heeft vooral oog voor de aspecten waarin hij is gespecialiseerd en waarvoor hij is opgeleid. Hij neigt tot maximaliseren en perfectioneren van zijn zorg. Hij is geneigd het zekere voor het onzekere te nemen en op safe te spelen.

De huisarts kan een belangrijke bijdrage leveren aan het humaniseren van onze sterk technologisch georiënteerde geneeskunde. Veel voorkomende aandoeningen (die het leeuwedeel van het

aanbod van de huisarts uitmaken), waarin hij voldoende ervaring kan opdoen, zal de huisarts zelf moeten kunnen en willen behandelen en opsporen, wanneer dit zinvol is. Hij moet daarvoor stáán en dit heel duidelijk maken. Voor zijn werkwijze zullen rationele richtlijnen en protocollen ontwikkeld moeten worden, die zo goed mogelijk wetenschappelijk zijn onderbouwd, en die voortdurend kritisch getoetst en zo nodig herzien zullen moeten worden. Op het ogenblik doet iedereen het maar zo'n beetje, zoals het hem of haar goed dunkt. Hier ligt een enorme opgave voor de huisartsgeneeskunde. Instellingen en huisartsenorganisaties zullen de handen ineen moeten slaan. Samen zullen wij ons werk moeten optimaliseren. Ik geloof niet dat er gekozen moet worden tussen voornamelijk óf somatisch óf psychosociaal bezig zijn. Recente onderzoeken van mijn instituut, waarbij wij huisartsen zeer intensief in hun dagelijkse werkwijze hebben getoetst, zowel op medisch-somatisch als op psychosociaal en methodologisch gebied, en waarbij wij deze gegevens hebben gecorreleerd met hun ziekenfondscijfers voor farmacotherapie en voor verwijzing, maken duidelijk dat het niet of of is, maar en-en. Huisartsen die het op het ene gebied beter doen, neigen ertoe dit ook op andere gebieden te doen. Het lijkt waarschijnlijk dat hun instelling en taakopvatting daarbij van doorslaggevend betekenis zijn, evenals het geloof en vertrouwen in zichzelf en in het eigen kunnen.

Deze onderzoeken zijn nog aan de gang en laten nog geen definitieve conclusies toe. Ik ben er echter van overtuigd, dat er in het geheel geen reden tot defaultisme behoeft te zijn. Wat wel nodig is, is een inzet van ons allen, een inzet waarin wij geloven en waarvoor wij samen willen staan. Als wij huisartsen dat niet alleen theoretisch willen, maar ook praktisch opbrengen, zullen wij er ook in slagen de middelen hiertoe te verkrijgen. De tijd lijkt rijp voor een kentering. Het zal voor een groot gedeelte van onszelf afhangen, van ons antwoord op de vraag waar wij werkelijk voor *staan!*

Bergsma, J. De huisarts in de storm. (1981) *Intermediair* 17, 20 (15 mei), 1-7.

Functie-omschrijving van de huisarts. [Raamplangroep.] (1981) *Med. Contact* 36, 652.

Hattinga Verschure, J. C. M. Het verschijnen van de huisarts. *De Tijdstroom, Lochem*, 1977.

Huygen, F. J. A. De huisarts en de wetenschap (1956) *Med. Contact* 11, 730-739.