

Aardappels schillen en zes minuten consult

We leven niet meer in een tijd van geheimzinnigdoenerij... En ik heb daarom de gewoonte mijn patiënten precies te zeggen wat er te gebeuren staat. Kortom. De hele boel moet eruit, dacht ik.

(W. F. Hermans. Uit talloos veel miljoenen. De Bezige Bij, Amsterdam, 1981.)

Buma, N.H.G.-er avant la lettre, winnaar van de in 1949 ter gelegenheid van het honderdjarig bestaan van de K.N.M.G. uitgeschreven prijsvraag betreffende de toekomst van de huisarts*, wijdt in dit nummer van *huisarts en wetenschap* een indrukwekkende beschouwing aan de plaats van de dialoog in de longitudinale zorg van de huisarts voor zijn cliëntèle. Uitgangspunt vormt daarbij de door Hogerzeil, eerste voorzitter van het N.H.G., in 1956 geformuleerde opdracht aan de Nederlandse huisartsen: informatie-uitwisseling, zowel intercollegiaal als met de patiënt, aandacht voor de psyche en het leefmilieu van de patiënt (en niet alleen voor diens lichamelijke) en een open oog voor de eigen mogelijkheden en grenzen.

In zijn essay toetst Buma deze opdracht – mede aan de hand van hetgeen hierover in dit tijdschrift in de afgelopen ruim twee decennia is gepubliceerd – aan de huidige situatie, waarbij hij verschillende aanbevelingen doet voor het ontwerpen van een nieuwe gedragscode voor de huisarts. Deze door Buma voorgestelde nieuwe gedragscode zou uit de volgende elementen kunnen zijn opgebouwd:

- samenwerking, met name met de patiënt;
- sociaal contract ter regeling van de relatie hulpvrager-hulpverlener;
- adequate informatieverstrekking en plegen van overleg;
- verantwoordelijkheid ten opzichte van de patiënt bij verwijzing naar deskundigen van het tweede echelon;
- consultering;
- ontslag uit ziekenhuis en nazorg.

Het opstellen van een concept voor een dergelijke gedragscode zou volgens Buma zeer wel kunnen geschieden aan de hand van een zorgvuldige analyse van de tot nu toe verschenen jaargangen van *huisarts en wetenschap*.

* Het onderwerp luidde: „Een verhandeling over de veranderingen, die zijn te verwachten in de beroepsuitoefening van de huisarts en over de wijzigingen in de opleiding der artsen, die in verband daarmee gewenst zijn”.

Ik heb bewondering voor de uitkomst van Buma's analyse en de compacte vorm waarin hij deze heeft gegoten. De elementen die hij voor een nieuwe gedragscode presenteert, vormen ontegenzeggelijk een niet geringe uitdaging voor de N.H.G.-bestuurders. Niettemin ben ik ervan overtuigd dat als er niet tevens op macromedisch gebied de noodzakelijke aanpassingen plaatsvinden, alle inspanningen die wij ons in de eerstelijns gezondheidszorg tot nu toe hebben getroost – en in de toekomst nog zullen getroosten – tevergeefs zullen blijken. Buma's artikel prikkelt tot een bezinning op hetgeen zich in het algemeen op het gebied van de individuele gezondheidszorg in ons land afspeelt: een bezinning die naar mijn mening noodzakelijk is voor een aanzet tot aanpassing van het hele systeem waarbinnen die zorg wordt verleend, door emancipatie van zowel de bevolking als het medisch curriculum. Buma noemt deze twee punten eveneens.

De emancipatie van de bevolking – waartoe politici en artsen uiteraard ook behoren – is schoorvoetend op gang gekomen, maar zal een breekijzer-functie in zich blijken te dragen. Aangezien iedereen als het erop aankomt bang is voor zijn hachje, en tenslotte iedere politicus zijn eigen arts heeft met wie hij goede maatjes wil blijven, moet men wél over een ijzeren gezondheid beschikken om het bestaande medische bolwerk te durven renoveren tot een utiliteitsgebouw waarbinnen iedereen – hulpzoekenden en hulpverleners – zich thuis voelt, redelijk de weg kan vinden, adequaat te woord wordt gestaan en doelmatig, verantwoord en betaalbaar wordt behandeld.

In de bijna vijftig jaren dat het Genootschap bestaat, is er veel op gang gekomen, waardoor de kwaliteit van de uitoefening van de huisartspraktijk en de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde werden gestimuleerd. Het medisch onderwijssysteem – recent door Huygen vernietigend bekritiseerd – bleef echter, ondanks de instelling van leerstoelen in de huisartsgeneeskunde ongewijzigd. In Buma's artikel wordt een voorbeeld gegeven van de insufficiëntie van de huidige basisopleiding op het gebied van het erkennen en stimuleren van de eigen inbreng van de patiënt/consument in het gezondheidszorgproces. Basisartsen worden anno 1981 vrijwel identiek opgeleid als vijftig jaren geleden, uiteraard niet qua technische

inhoud, maar wel volgens hetzelfde, op een aantal onveranderde elementen gefundeerde systeem. Basisartsen die de huisartsopleiding volgden, kunnen dit tot hun spijt bevestigen. Daarnaast bleef ook het gezondheidszorgsysteem de afgelopen vijftientig jaren vrijwel ongewijzigd. Voor het merendeel van de daarbinnen functionerende vrije beroepsbeoefenaren is het ook van economisch belang dat de mensen onder behandeling zijn of blijven, gecontroleerd worden en algemeen of specifiek periodiek onderzocht worden, terwijl voorts alle beschikbare ziekenhuisbedden dienen te zijn belegd. De gezondheidszorg is daarmee naar omvang van de totale omzet de derde industrie van ons land geworden. Ook aan dit punt schenkt Buma uitvoerig aandacht en hij wijst op talloze schrijnende misstanden binnen het gezondheidszorgsysteem.

Hoewel de slagzin „De eerstelijns gezondheidszorg moet worden versterkt” (in de hoop daarmee de progressieve kostenstijging in de tweede lijn wat terug te dringen) in de tweede helft van de zeventiger jaren alom waardering ontving, hypertrofieerde de tweede lijn onverminderd verder. Alras bleek dat de versterkingsgedachte voornamelijk via lipservice werd gevoed, terwijl de zo langzamerhand in maligne ont-aarding veranderde hypertrofie van de tweede lijn – gepaard gaande met infiltratie in verschillende sectoren van de eerstelijnsgezondheidszorg – dient te worden geïnterpreteerd als een *inborn factor* van het metabolisme van het medisch curriculum.

Ongeveer 125 jaar geleden bestond een gezondheidszorgstelsel, waarin (huis)artsen een centrale rol bekleedden. In de afgelopen zestig jaren heeft zich vanuit het medisch curriculum een ontwikkeling voltrokken, die, ondanks een ziekenfondsverzekerings-systeem dat de centrale positie van de huisarts altijd heeft verdedigd, via een overheersende machtspositie in de inmiddels ontwikkelde tweede lijn van de gezondheidszorg, de eerste lijn van twee kanten bedreigde: door gebrek aan belangstelling van het medisch curriculum en door overwoekering door de tweede lijn. De cirkel is hiermee gesloten en het resultaat is dat in de huidige situatie aan alle voorwaarden lijkt te zijn voldaan voor een verdwijnen van de eerstelijns gezondheidszorg. Slechts door emancipatie van de bevolking en van het medisch curriculum

kan aan deze heilloze ontwikkeling een halt worden toegeroepen.

Inmiddels zullen wij huisartsen onverminderd verder gaan om de eenvoudige reden dat wij weten dat ons eerstelijns gezondheidszorgsysteem goed is en verre te prefereren is boven systemen zoals onder meer in de Verenigde Staten of West-Duitsland bestaan. De ontwikkelingen op het gebied van de huisartsgeneeskunde mogen voorbij zijn gegaan aan de niet-huisartsen die voor de inhoud van het medisch curriculum verantwoordelijk zijn, zoals de emancipatie van de bevolking met betrekking tot de gezondheidszorg hun ontgaan mag zijn; dat neemt niet weg dat in talloze boeken, dissertaties, rapporten en tijdschriftartikelen in de afgelopen vijftientig jaar een imposante hoeveelheid materiaal betreffende de huisartsgeneeskunde is neergelegd. De in deze periode ontwikkelde denkbeelden manifesteren zich in concrete vorm op verscheidene plaatsen in de eerstelijns gezondheidszorg. Wij zijn het aan onze patiënten, onszelf en onze opvolgers verschuldigd de op het gebied van de huisartsgeneeskunde verworven kennis en vaardigheden in praktijk te brengen, te verdedigen en verder te ontwikkelen.

Het is daarom – met verontschuldiging voor de „huis-houdelijke vrijheid” – ónze verantwoordelijkheid als huisartsen onze eigen „eerstelijns-aardappelen” te schillen en die niet naar de tweede lijn te transporteren omdat ze daar over een machinale schrapmachine beschikken. Voorts zullen wij tot de erkenning moeten komen dat wij voldoende tijd voor een verantwoorde afhandeling van een gemiddeld consult nodig hebben: methodisch werken, differentiëren tussen ziekte- en probleemgedrag, consequent uitgevoerd lichamelijk onderzoek, preventie van somatische fixatie, zo mogelijk probleem georiënteerd registreren, enzovoort, vereisen méér dan zes minuten!

Aanbevelingen

- Ontwikkeling van een concept gedragscode volgens Buma.
- Politiek engagement betreffende het gezondheidszorgsysteem, inclusief medisch curriculum.
- Emancipatie in eigen praktijk stimuleren door adequate attitude.

A. Hofmans