

Opvattingen over huisartsgeneeskunde in huisarts en wetenschap

DR. J. T. BUMA

De geschiedenis van de Nederlandse huisartsgeneeskunde in de periode 1956-1980, ontleend aan bijna vijftig jaargangen van het maandblad van het Nederlands Huisartsen Genootschap.

1957-58. 29 december: oprichting N.H.G., eerste congres (1, 3).

Eerste poging tot formulering van de fundamentele voor een toekomstige huisartsgeneeskunde:

- het ontwikkelen van gesprekstechniek, intercollegiaal en in de arts-patiënt relatie;
- studie van persoonlijkheidsstructuren;
- studie van milieu-invloeden op de mens;
- studie van veranderingen in het maatschappelijk veld;
- studie van eigen mogelijkheden en grenzen voor de huisartsgeneeskunde;
- bewaken van hetgeen voor de huisarts bewaard moet blijven (1, 3).

„Met ondefinieerbare gevoelens in de maagstreek” ging de eerste secretaris van het N.H.G. naar Esplanade (1, 3).

Kernprobleem: op de hoogte blijven van vorderingen, via adequate literatuur en via uitwisseling van ervaringen (in wezen de noodzaak van continue bijscholing) (1, 14).

Eerste verslag van een driehoeksbespreking tussen kinderarts, socioloog en kinderpsychiater (zonder huisarts dus) in de kinderkliniek te Leiden (1, 110).

Dit werd de bron van een fundamentele ambivalentie van de huisarts, getuige: „Dit zouden wij onze patiënten nooit mogen onthouden, versus: dat zullen wij nooit kunnen opbrengen” (1, 110).

Naarmate specialisatie verder gaat, zal er een groeiend beroep moeten worden gedaan op integratieve krachten (1, 214).

1958-59. „De huisarts zal een psycholoog (1981) *huisarts en wetenschap* 24, 332

sociale stethoscoop moeten leren hantieren, naast de gebruikelijke” (J. A. Weijel. *Psychiatry in general practice. Dissertatie Amsterdam*, 1958).

Algemene richtlijnen voor wetenschappelijk onderzoek door huisartsen uit te voeren (2, 39).

„Er is een begin van consolidatie” (in het N.H.G.), zelfvertrouwen en gevoel van eigenwaarde nemen toe onder de huisartsen (2, 59).

Nieuwe „epidemie”, 20 of meer procent van de klagers zonder aantoonbare lichamelijke afwijkingen eisen een fundamentele aanpak (2, 63).

Quo vadis, N.H.G.? Woudschoten conferentie, uitmondend in twaalf deeltaakgebieden voor de huisartsgeneeskunde:

1. Primaire hulp.
2. Somatisch onderzoek.
3. Psychisch en milieu-onderzoek.
4. Registratie van alle gezondheidsgegevens.
5. Differentiatie van de patiëntenstroom in:
 - routinematig te helpen mensen;
 - probleemmensen.
6. Behandelen op verantwoorde basis.
7. Delegeren naar andere deskundigen (consultatie) met behoud van eigen verantwoordelijkheid.
8. Nazorg.
9. Integratie en coördinatie van nazorgaspecten met andere deskundigen, c.q. in teamverband.
10. Preventie.
11. Gezondheidsopvoeding en -voorlichting.
12. Nascholing (2, 187).

1959-60. Niet langer „ziekte-zorg”,

maar gezondheidszorg komt centraal in de doelstellingen van het N.H.G. (3, 12).

Men spreekt zich duidelijk uit voor meer coöperatie: „Wij zijn het N.H.G. dankbaar dat we elkaar gevonden hebben” (3, 26).

„De verantwoordelijkheid van de specialist voor de patiënt zal, in tegenstelling tot die van de huisarts, altijd een beperkte zijn” (3, 150).

1961. Specifieke opleiding voor huisarts na het artsexamen noodzakelijk geacht. Deze opleiding dient door de huisarts te worden gegeven (4, 11).

Allerlei vormen van samenwerking tussen huisarts en andere deskundigen komen in beeld (4, 118).

1962. Introductie van de idee van het hometeam, bestaande uit huisarts, wijkverpleegkundige, maatschappelijk werker en pastor (5, 119).

Pleidooi voor universitaire belangstelling voor de geneeskunde buiten het ziekenhuis (5, 356).

1963. Pleidooi voor een gezinsgerichte geneeskunde (6, 74).

Het N.H.G. telt duizend leden (6, 105).

Presentatie van de idee van „de specialist als gespecificeerde hulpkracht voor de huisarts (6, 277).

Centrale taak voor de huisarts is: „de medische macht dienend te ordenen” (6, 347).

1964. Eerste ontwerp inzake regelingen voor een assistentschap huisartsgeneeskunde na het artsexamen (7, 33).

Hornstra over de onzekere toekomst van het N.H.G.: „overtuigde mensen kunnen veel” (7, 41).

1965. De positie van de huisarts is onaanastbaar, op grond van de enorme hoeveelheid concreet medisch werk dat hij verricht; en: De samenleving zal een blijvend beroep doen op de huisarts, dat deel van de geneeskundige zorg te geven dat thuis kan worden gerealiseerd (8, 156).

Er komen steeds meer huisartsen die de specialisten kunnen zien als hun beste meesterknechts” (8, 250).

De verhouding huisarts-specialist heeft herziening. In vele gevallen dient de specialist consulent van de huisarts te zijn" (8, 313).

Naar aanleiding van de integrale geneeskunde van Querido: „In de geneeskunde zijn bepaalde begrippen alleen maar werktuigen die hun waarde moeten bewijzen in de praktische omgang met de concrete taak van de arts. En wat betreft de integrale geneeskunde: men doet er beter aan de taak van de huisarts wat nuchterder te stellen, een common-sense visie, daar het nu eenmaal onmogelijk is voor één mens de relaties van een mens in haar totaliteit te omvatten" (8, 329).

De huisarts heeft wat betreft de psychotherapie machtige voordelen, omdat hij dicht bij de eenvoudige waarheden staat" (8, 417).

20 februari 1965 opening van het Nederlands Huisartsen Instituut.

1966. 4 augustus: Van Es benoemd tot eerste nederlandse hoogleraar in de geneeskunde van de huisarts, weldra gevolgd door anderen (9, 293).

Het Periodiek Geneeskundig Onderzoek door de huisarts verdwijnt naar de achtergrond wegens het te grote tijdsbeslag (9, 394).

Tien jaar N.H.G. (9, 409).

„De huisarts is de meest rechtstreekse afstammeling van het oude nobele beroep van de zo menselijke algemene arts uit vroeger tijden, bezitter van kostbaar erfgoed dat behouden en verder ontwikkeld dient te worden" (9, 409).

„Kernfunctie van de huisarts is het deskundig begeleiden van de zich aan hem toevertrouwende individuen en gezinnen" (9, 413).

1967. De huisartsgeneeskunde is de studie van het menselijk leven zelf" (10, 145).

„Hulpverlening is een gezamenlijk avontuur" (10, 165).

Huisarts wordt gezinsarts. „Institutionalisering van samenwerking" wordt noodzakelijk geacht (10, 331).

„Huisarts zijn is geen specialisme, het is een wijze van functioneren" (10, 467).

In 1949 promoveert J. T. Buma, huisarts, op het onderwerp *De huisarts en zijn patiënt, grondslagen van het medisch denken en handelen*. In het voorwoord van de handelseditie schrijft Heringa, destijds hoogleraar histologie: „Mijns inziens zijn alle artsen, de huisartsen in het bijzonder, dr. Buma dank verschuldigd voor het feit, dat hij met zijn boek toont, hoe zij hun dagelijks werk kunnen uitheffen boven de verwarring en de twijfel van deze tijd."

Op haar eeuwfeest in 1949 bekroont de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst zijn werk. Vanwege zijn denkbeelden beschouwen sommigen Buma als voorloper van het Genootschap – (1958/59) *huisarts en wetenschap* 2, 189. Het is dan ook niet verwonderlijk, dat op de Woudschotenconferentie in 1959 naast Van Deen ook Buma een inleiding houdt. Hij was toen werkzaam bij het Nederlandse Instituut voor Praeventieve Geneeskunde. Aan de daar geformuleerde doelstelling van het Genootschap en de beroemde formulering van taak en functie van de huisarts leverde Buma een belangrijke bijdrage.

In een volgend nummer vindt de lezer verslag van de studie die Buma maakte van de mate waarin in de loop der jaren de huisartsgeneeskunde verder werd onderbouwd.

Huisarts „coördinator van wat anderen doen" (10, 467).

1968. 1 mei; benoeming van Huygen tot hoogleraar in de toepassing van de Geneeskunde in het gezin (10, 161).

Initiatieven voor samenwerking liggen bij de huisarts; wenselijkheid: „een samenwerkingsattitude" te ontwikkelen (11, 217).

„Somatisch onderzoek is en blijft de „porte d'entrée" voor alle verdere huisarts taken" (11, 343).

1969. Inzake „spreken of zwijgen" is in de huisartspraktijk „nil nocere" belangrijker dan „de waarheid en de hele waarheid" (12, 93).

Solistisch werk wordt steeds meer als ontoereikend gezien (12, 144).

1970. „Huisarts is de receptionist in het gebouw van de gezondheidszorg" 13, 16).

1971. „Er zijn nog geen groepsnormen beschikbaar met betrekking tot de organisatie van de praktijk" (14, 33).

„Het herstel van het evenwicht, via betere communicatie tussen eerste en tweede echelon verdient hoge prioriteit. Ten onrechte wordt het tweede echelon te zwaar belast" (14, 33).

1972. „De conditie, het geconditioneerd

zijn dient systematisch in de diagnostiek te worden betrokken." Een diagnose wordt dan een structuurdiagram, in plaats van een etiket (etiologische diagnostiek) (15, 1).

„Integratie-momenten" inzake andere dan medische disciplines liggen bij de ingang en de uitgang van de gezondheidszorg" (bedoeld: ziekenzorg) (15, 25).

„Het consult verdient meer aandacht." „De veiligheid van de patiënt mag niet worden prijsgegeven door onnodige verwijzing." (15, 25).

„Men kan het vraagstuk samenwerking of niet, niet blijvend op zijn beloop laten" (15, 136).

„Er zijn aanwijzingen dat het maatschappelijk werk bij vele aandoeningen meer heeft te bieden dan de psychiatrie. In 40-50% der huisarts gevallen hebben psycho-sociale problemen de overhand" (15, 203).

„Werken in team werkt kwaliteitsverbeterend, via

- onderlinge toetsing
- taakverdeling
- consultaties

(15, 211).

N.H.G. voorzitter: „na de pioniersfase, de fase van differentiatie (experimenten) nu re-integratie aan de orde" (15, 445).

1973. Voorwaarden voor samenwerking is het onderkennen van groepsprocessen. Technische voorbereiding alleen is niet toereikend. Allerlei psycho-sociale-emotionele dynamismen kunnen blokkerend werken (16, 1).

„De huisarts is niet competent op grond van wat hij weet, maar door zijn vermogen relevante kennis van anderen te assimileren en te gebruiken” (16, 251).

Het N.H.G. spreekt zich uit voor een koersbepaling van een maatschappij-betrokken geneeskunde. „Maatschappelijke relevantie van de huisartsgeneeskunde wordt de toetssteen” (16, 255).

Het magisch denken en de heilsverwachting leven erg bij de patiënt, „die nog altijd behoefte heeft aan een magiër die zijn problemen op eenvoudige wijze oplost” (16, 284).

„Het verstrekken van tranquillizers is vaak gecamoufleerde onmacht” (16, 284).

„Het begrip „consultatie” wordt meer gedekt door het begrip „hulp” bij het krijgen van inzicht in de eigen problematiek, dan door het begrip advies en heeft meer betrekking op het probleem van de consultatie dan op het probleem van de patiënt” (16, 284).

„Nervus-functionele klachten vormen een signaal voor een verstoorde wisselwerking tussen de patiënt en zijn leefmilieu” (16, 284).

Het oecologisch denken, zo essentieel te achten in de huisartsgeneeskunde, krijgt maar moeizaam zijn plaats daarin (16, 284).

„Het samenwerken is nu zo ter sprake, dat men zich niet meer kan permitteren daartegen te zijn. Het woord heeft ethische lading gekregen. Men behoort samen te werken en behoort het te kunnen”. „De manier waarop is aan vele, aan plaats, tijd, en persoonsgebonden factoren afhankelijk (16, 383).

1974. Bij de dood van Hornstra, „de eerste arts die maatschappelijk werker werd” en die daardoor „heen reikte over de grenzen van het gebruikelijke” (17, 2).

Introductie van een wijdere, meer maatschappij-gerichte doelstelling, die van de wijkgezondheidszorg (17, 3).

„Het streven binnen de huisartsgeneeskunde dient gericht te zijn op een veelzijdige aanpak, en niet op het bedrijven van een z.g. integrale geneeskunde door één persoon. Veelzijdige geneeskunde is een betere term dan integrale geneeskunde” (17, 165).

„Het uitgangspunt is heel gewoon: dat de thuisgezondheidszorg op gang kan komen op nieuwe terreinen” (17, 165).

De roep om duidelijker regelingen in de relatie tussen huisarts en specialist klinkt steeds luider (17, 447).

1975. Een voor de huisartsgeneeskunde relevant begrippenstelsel als basis voor een morbiditeits-registratie ontbreekt nog steeds (18, 6).

„Het hulpboetiekje” van de huisarts is nog steeds een weldaad, ondanks alle samenwerkingsvormen” (18, 270).

„Samenwerking het probleem van de komende decennia” (18, 273).

Naarmate hulpverlening door de solo-werker vaak illusoir is gebleken en naarmate de huisarts lid werd van eerstelijns hulpverleningsgroepen, werden de kernbegrippen zaak van het totale team (18, 278).

1976. Doeleinden samenwerking:
– vergroting van onderlinge bereikbaarheid;
– meer gerichte samenwerking;
– betere beeldvorming van elkaar;
– onderlinge overdracht van kennis en vaardigheden;
– meer geïntegreerde hulp naar individuen;
– gezamenlijke mogelijkheden tot actievoering ingeval van ongunstige (milieu) invloeden.

Eerbied is nodig voor spontaan gegenereerde samenwerkingsvormen voor de pluriformiteit daarvan (19, 286).

Er ontbreekt nog veel aan de „continuïteit van de zorg, getuige: „er zijn huisartsen die stellen dat ze ten aanzien van (ontslagen) ziekenhuispatiënten geen functie hebben. Huns inziens is de specialist daarvoor verantwoordelijk” (19, 422).

1977. „Specialismen leiden tot verwaarlozing van de individualiteit, tot eenzijdigheid en tot zelfverzekerdheid van die eenzijdigheid. Een on-biologische ontwikkeling” (20, 83).

(Eindelijk) een mededeling over een „confrontatie van artsen en patiënten”, de gezamenlijke verantwoordelijken voor de situatie. Dus tussen „de mens achter de arts, versus de deskundige achter de patiënt” (20, 383).

1978. „De tijd van het bevolkingsonderzoek door de huisarts is voorbij:
– effectiviteit gering of onbewezen;
– schade moeilijk te schatten;
– nut nog onduidelijk;
– belasting daarom (nog) niet verantwoord” (21, 11).

Ongewenste gevolgen van de „onrealistische messias-verwachting die vele huisartsen koesterden ten aanzien van „gedragwetenschappers”, ten gevolge van het ontbreken van concrete onderwijsdoelstellingen” (21, 230).

Preventie van somatische fixatie geïntroduceerd als belangrijke taak voor de huisarts (21, 363).

„Medicalisering = het terugbrengen van levensverschijnselen tot medische” (21, 412).

De huisarts is nu niet in staat ook nog preventieve taken op zich te nemen (21, 424).

30 procent van de huisartsen werkt in samenwerkingverbanden (21, 451).

1979. Gesignaleerd worden een toename van het aantal:
– ziekenhuisopnamen;
– verwijzingen naar de tweede lijn;
– verwijzingen naar categorale nazorgdiensten;
– specialisten met 20 procent, in vijf jaar (22, 55).

Een onderzoek leerde dat de huisarts in ruim één vierde der gevallen niet op de hoogte was van de persoonlijke problemen van zijn patiënten, terwijl één op de drie actuele problemen bij de huisarts werd gedeponereerd (22, 148).

Psychosociale problemen zijn slechts op te lossen door:
– de leefsituatie c.q. werksituatie te wijzigen;
– de patiënt te leren de situatie anders te interpreteren;
– de situatie anders aan te pakken.
Tezamen een ecologische aanpak van emotionele problemen (22, 203).

„De pretentie een eigen wetenschap op te richten door paradigma's geeft licht

aanleiding tot een discussie over schijnproblemen" (22, 358).

Over levensgebeurtenissen en ziekte: „meer dan die gebeurtenissen zelf, biedt de wijze waarop mensen daarmee omgaan aanknopingspunten voor de hulpverlener" (22, 369).

(Alweer) een nieuwe morbiditeitsclassificatie. Het getob gaat door, mogelijk omdat een theorie, een anthropologisch c.q. een humaan-biologisch stramien ontbreekt, waarin elke klacht en elk symptoom een logische plaats kan vinden (22, 379).

Eerste axioma van de communicatietheorie: „alle gedrag is communicatie". Tweede axioma: „men kan niet niet communiceren"; daaraan ware toe te voegen: „alle communicatie is informatie-uitwisseling" (22, 493).

1980. ... kan men zich afvragen of thans het tijdstip is aangebroken waarop binnen de huisartsgeneeskunde tussentijds balans kan worden opgemaakt" (23, 2).

„In de huisartsgeneeskunde bleek dat over de „gewoonste" zaken het minst bekend is" (23, 13).

Goede informatie aan de patiënt vormt de onmisbare basis voor bewust handelen en beslissen (23, 26).

Dat houdt in, „dat de gezondheidsproblemen van mensen niet in de dokters-taal kunnen worden beschreven. Ik geloof dat we daarvoor een nieuwe taal, een meta-taal nodig hebben. Pas dan kunnen we hopen ook iets zinvol te doen aan de oplossing van die problemen" (23, 120).

De huisarts wordt dagelijks met zoveel klachten en vragen geconfronteerd, dat zich reeds spoedig in zijn denken en handelen bepaalde automatismen en kortsluitingen ontwikkelen, die hij zich later niet of nauwelijks meer bewust is (23, 120). (Vraag: resultaten van zijn specialistische opleiding via syndromen en etiketten?)

„Het gevaar bestaat dat de huisarts, geconfronteerd met een onoverzichtelijk arsenaal van kennis, met bovendien diverse onzekere elementen en tegenstrijdige conclusies binnen dat arsenaal, aan zijn patiënten uitsluitend vertelt wat hij persoonlijk denkt dat goed is en andere opvattingen onbesproken laat. Dan is de toevalligheid van de voorlichting die

een patiënt ontvangt, bedenkelijk groot" (23, 120).

„Wetenschapsbeleid voor de huisartsgeneeskunde behoeft geen hoge idealen van alles omvattende kennissystemen na te streven. Steun aan de huisarts in zijn kritische bewustwording is het enige doel dat werkelijk nodig is" (23, 120).

N.a.v. intercollegiale toetsing: „Er is geen sprake van overeenstemming over het takenpakket van de huisarts, om nog maar te zwijgen over de geëigende werkvormen" (23, 127).

„Als iedere huisarts alleen datgene blijft doen wat hij zelf wil en dat op zijn eigen wijze, zal het onmogelijk zijn bij de planning en regeling van de gezondheidszorg rekening te houden met de huisarts. Als we wachten met toetsing totdat ieder het met alles eens is, zullen we nooit kunnen beginnen" (23, 142).

Het is de bedoeling van de redactiecommissie van *huisarts en wetenschap* de inhoud meer af te stemmen op theoretische aspecten van het huisartsgeneeskundig handelen en minder op organisatorische kwesties (23, 158).

Op deze en andere plaatsen verschijnen voor het eerst mededelingen over pogingen de patiënten in georganiseerd verband, onder andere van patiëntenraden, bij de curatieve zorg te betrekken (23, 283).

Bij wijze van samenvatting. Naar aanleiding van de regeringsnota *Schets van de eerstelijns gezondheidszorg*, stelde het N.H.I. „Er dienen in de eerste plaats duidelijke uitspraken te komen over de taakomschrijving van werkers in de eerstelijns gezondheidszorg" – (1980) 24, 415.

Om een filosofie, of zo men wil theorie, of alleen maar een heldere taakomschrijving van de huisartsgeneeskunde te formuleren, maar vooral ook ingang te doen vinden in de harten van de Nederlandse huisartsen, is geen modieuze terminologie nodig, geen kreten als paradigma, Gestalt- of andere theoriën, geen humanistische of andere bizarre benaderingen van deze materie, maar simpele taal om de eenvoudige waarheden over menselijk leven en intermenselijk verkeer, die de essentie vormen van de huisartsgeneeskunde, te kunnen beschrijven. Gezien de vele levenswarme bijdragen van ervaren huisartsen in *huisarts en wetenschap* in de

afgelopen vijftig jaar over vrijwel alle aspecten van de huisartsgeneeskunde, moeten de Nederlandse huisartsen in staat worden geacht de „filosofie" van de huisartsgeneeskunde in een gezamenlijke inspanning te kunnen schrijven. „Overtuigde mensen kunnen veel".

Maar deze filosofie zal niet alleen moeten worden opgesteld, maar zal ook de grondslag moeten worden voor het toekomstige individuele en collectieve beleid van onze huisartsen. Het vraagstuk hoe de vele vruchtbare en werkbare ideeën hierover ook metterdaad ingang te doen vinden bij de overheid (de planners van een eerstelijnsbeleid), de huisartsen zelf (de uitvoerders ervan) en vooral ook bij de patiënten en cliënten (de consumenten), lijkt het kernvraagstuk voor het N.H.G. voor de volgende vijftig jaar.

Samenvatting/summary pp. 325-331

Samenvatting. In dit artikel staat het probleem-oplossen van de huisarts centraal. Om diens hulpverlenend handelen beter te kunnen analyseren en begrijpen hebben wij dit gerelateerd aan het begrip empirische cyclus. Tevens is een consult geanalyseerd met behulp van de SOEP-notatie. Het SOEP-schema blijkt beschouwd te kunnen worden als een vereenvoudigde uitwerking van de empirische cyclus. Tot slot wordt stilgestaan bij de betekenis van onze benadering voor de studie van het huisartsgeneeskundig handelen.

Summary. Problem-oriented registration in general practice. 2. Analysis of a consultation. This paper focuses on problemsolving in general practice. For better analysis and understanding of the general practitioner's actions, these have been related to the concept of the empirical cycle. Moreover, a consultation has been analysed with the aid of the SOAP registration. The SOAP scheme proved to be the simplest elaboration of the empirical cycle. Finally, the significance of this approach for the study of the general practitioner's actions is considered.