

De Leeuwenhorst-conferentie

Op 10, 11 en 12 december 1981 vond in het congrescentrum Leeuwenhorst te Noordwijkerhout een conferentie plaats van ruim dertig afgevaardigden van het Nederlands Huisartsen Genootschap en de verschillende universitaire huisartseninstituten. De Groningse huisarts G. Th. van der Werf schreef een verslag van de eerste avond. Zijn verslag wordt gevolgd door de voordracht van Prof. Dr. H. J. van Aalderen en de samenvatting van de conferentie door Prof. B. S. Polak.

De zeepkist

Als doel van de conferentie was de inventarisatie van problemen met betrekking tot een vijftal onderwerpen aangekondigd. Deze onderwerpen waren na uitgebreid overleg tussen organisatoren en deelnemers vastgesteld. Om de deelnemers in de stemming te brengen werd op de eerste avond een aantal voordrachten gehouden, waaronder een achttal mini-voordrachtjes, waarin de deelnemers in vijf tot tien minuten een vervolg gaven op de zin *Stel dat ik alle macht had ...* De organisatoren hadden dit onderdeel van de conferentie toepasselijk *De zeepkist* genoemd.

In ruim een uur passeerden tal van beelden van de huisarts, zijn opleiding en zijn plaats in de gezondheidszorg de revue, niet alle even ernstig gepresenteerd, maar zonder twijfel had het geheel een serieuze ondertoon. De sprekers op de zeepkist richtten zich tot zeer diverse doelgroepen, soms verscheidene tegelijk. Genoemd werden: de Koningin, de Staten-Generaal, de regering, diverse organisaties in en rond de gezondheidszorg, het Nederlandse volk en de onderwijzers; enkele deelnemers richtten zich gewoon tot de aanwezigen. In welke hoedanigheid, anders dan als machthebber, de spreker zich tot de aanwezigen richtte, werd slechts tweemaal vermeld: één spreker diende zich aan als verlicht despotisch minister van volksgezondheid, een ander als deurwaarder van het Ministerie van Volksgezondheid, daartoe aangezocht door zijne excellentie Minister Achmed. De laatste spreker sloot de zeepkist zingend

af: „Van het antwoordapparaat”, en de aanwezigen reageerden: „Verlos ons heer”. En zo ging het door: „Van meer dan 75 medicamenten”, „Van een onnozele verwijzing”, „Van het woord stervensbegeleiding”, en zo verder.

Ongetwijfeld een ludiek gebeuren, maar met een serieuze ondertoon. En dat maakt het misschien toch van belang de thema's die aan de orde werden gesteld, op een rijtje te zetten: in de relativering van de scherts kan de essentie van de zaak niet verdoezeld worden zonder dat de grappenmaker banaal en platvloers wordt. Gaat het hier dan om de thema's van de toekomst? Waarschijnlijk is dat niet; vermoedelijk gaat het om niet meer dan een inventarisatie van actuele problemen. Maar ook dat kan boeiend zijn.

Natuurlijk werd er gesproken over de taken van de instituten. Over de beroepsopleiding, die tot twee, volgens een enkeling zelfs tot drie jaar verlengd zal moeten worden. Maar sommigen vonden één jaar beroepsopleiding meer dan genoeg. De vrees werd uitgesproken dat verlenging van de beroepsopleiding te veel van de instituten zou gaan eisen, ten nadele van het curriculumonderwijs en het onderzoek. Zelfs werd de suggestie gedaan de beroepsopleiding over te hevelen naar een academie voor gezondheidszorg. De huisartsgeneeskunde zou ook een veel grotere rol in het basiscurriculum moeten spelen (een spreker eiste zelfs 30 procent van de totale onderwijstijd van de faculteit op voor huisartsgeneeskunde). Huisartsgeneeskunde zou deel moeten gaan uitma-

ken van een vakgroepsgemeenschap extramuraal gezondheidszorg. De huisarts moet bijdragen aan de specialistenopleiding en aan de nascholing van specialisten, bijvoorbeeld in de vorm van een verplichte stage huisartsgeneeskunde voor aanstaande specialisten van een half jaar.

Veel aandacht was er voor onderwijs; veel claims werden gelegd op meer onderwijstijd. Veel minder aandacht was er voor onderzoek en wetenschap. Een spreker was van mening dat de huisarts meer onderzoek zou moeten doen naar hoe mensen in hun eigen omgeving gezond kunnen worden en gezond kunnen blijven; een ander meende dat de relatie tussen de eerste en de tweede lijn nader zou moeten worden onderzocht, en dat er een analyse gemaakt zou moeten worden van hoge verwijzers en dure voorschrijvers; een derde vond dat de regering meer op basis van wetenschappelijke resultaten en minder op basis van partijpolitieke inzichten beleid zou moeten voeren. Maar daar bleef het bij. Zelfs was één spreker van mening dat de wetenschappelijke aspecten van het medisch beroep een steeds bescheidener plaats zullen gaan innemen en hij verwachtte daarom een ontkoppeling van de opleiding tot arts van de universiteit.

Uiteraard is er veel gezegd over de huisarts en zijn plaats in de gezondheidszorg. Misschien verdwijnt die wel: continue integrale zorg is immers door de maatschappelijke ontwikkelingen achterhaald, zo meende één van de sprekers. Misschien verdwijnt hij ook wel in de „etalage” van het ziekenhuis, moet hij taken overnemen van met name de internist. En dat betekent dat de huisarts meer zelf moet doen, tal van ziekten zouden niet langer verwijsbaar moeten zijn, longartsen kunnen bijna allemaal verdwijnen, en één spreker voorspelde dan ook dat veel specialisten werkloos zullen worden; kortom, in de woorden van een andere spreker, de huisarts moet het niveau van de poliklinisch werkzame specialist kunnen evenaren.

Ook werd een pleidooi gehouden voor semi-specialisatie door de huisarts. Er werd gepleit voor praktijkverkleining, voor meer anticiperende geneeskunde, voor een meer gedifferentieerd verwijssysteem, voor toetsing, nascholing en invoering van de „problem oriented medical record”. En één van de sprekers anticepeerde op de belangrijkste tendens van de slotzitting van de conferentie: NHG-leden moeten zich verplichten tot nascholing en toetsing; dan kun-

nen de universitaire huisartsinstituten hun opleiders voor co-assistenten en arts-assistenten recrutereren uit leden van het genootschap. Hoe het zover moet komen? De overheid zou financiering als beleidsinstrument kunnen hanteren, of het ziekenfonds zou, naar het Deense model, prestatiecontracten kunnen afsluiten met huisartsen.

Er bestaat veel onoplosbaar leed; dat te onderwijzen, misschien zelfs te onderzoeken, werd ook als taak van de huisarts genoemd. Menselijke relaties verschrallen in psychologisering van die relaties. Een groot deel van de bevolking schrijft medici ten onrechte de macht toe om veel in wezen menselijk leed te kunnen oplossen. De bevolking weet weinig van de eigen gezondheid en van de factoren die de gezondheid ongunstig, gunstig of in het geheel niet beïnvloeden. Verscheidene sprekers wezen op de grote betekenis van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding en op gezondheidskunde als leervak op de scholen. Eén spreker wenste een cursus waar patiënten geleerd zou worden zich af te vragen: „Hoe komt het dat ik op dit moment in deze maatschappij klaag?"; dan hoeft de dokter ook niet meer te vragen: „Wat denkt u er zelf van?" Er werd gepleit voor „heroïne vrij" en „honderd zwembaden erbij". Er werd ook gepleit voor het opheffen van de scheiding tussen controle en behandeling, voor het gelijktrekken van de wwn WAO-uitkeringen, voor het afschaffen van ziektewet- en arbeidsongeschiktheidverzekeringen, zodat klachten in de zin van „ziek-zijn" geen secundaire voordelen meer zouden opleveren: de motivatie tot hulpzoeken zou dan volgens de spreker ongetwijfeld afnemen. Er werd gepleit voor bezinningen op een antropologische oriëntatie, maar over integrale zorg sprak niemand. Er werd ook gesproken over meer nadruk op de eerste lijn, maar in algemene termen. En over gezondheidscentra of de positie van de huisarts in de wijkgezondheidszorg werd geen woord gezegd. En hoewel verschillende sprekers de toets noemden, vertelde geen van hen welke soort kennis en kunde speciaal van de huisarts verwacht mag worden. Maar er werd wel gesproken over de verhouding van huisartsen tot specialisten, en tot ziekenhuizen. Is dat dan misschien het nieuwe begin dat de conferentie heeft gemaakt?

De tijd zal het leren.

G. Th. van der Werf

Over hulpverlening

Voordracht van
Prof. Dr. H. J. van Aalderen

Vanavond wil ik iets zeggen over het soort hulpverlening dat naar mijn inzicht door de huisarts zou moeten worden nagestreefd en over de belemmeringen die er zijn om tot een dergelijke hulpverlening te komen. Ik wil daarbij uitgaan van twee uitspraken van *Van Londen* op het NHG-congres, die me erg hebben getroffen; uitspraken die ik volmondig kan beamen:

- Gezondheid, lijden, ziekte en sterven zijn elementaire aspecten van menselijk leven, die bij elkaar horen.
- In onze cultuur blijkt het omzetten van onbehagen, onmacht en onvrede in ziekte geoorloofd.

De eerste uitspraak betekent dat, ondanks alle wetenschappelijke en technische vooruitgang, het een illusie is te denken dat ziekte, lijden en dood zijn uit te bannen. Ziekte, lijden en sterven horen bij het niet te doorgronden begrip leven en betekenen dus ook meer dan te vatten is met een wetenschappelijke en technologische benadering. Geneeskunde in engere zin is daarom dus altijd een hulpmiddel en kan nooit een doel in zichzelf zijn. De vraag is daarom van groot belang waar de grenzen liggen van het geneeskundig bezig zijn. Artsen (ook huisartsen) hebben deze vraag al veel te lang laten liggen.

De tweede uitspraak betekent – en dat weten we als huisartsen maar al te goed – dat we in de spreekkamer toemend geconfronteerd worden met situaties en klachten die niet met de geneeskunde in engere zin zijn te verhelpen. De vraag dringt zich op of ten aanzien van klachten en situaties die voortkomen uit deze omzetting van onmacht, onbehagen en onvrede, wel moeten/kunnen worden opgelost in de medische gezondheidszorg. Een vraag, die met name brandend is voor huisartsen en voor de geestelijke gezondheidszorg, maar niet alleen daar.

Deze twee uitgangspunten betekenen voor mij, dat geneeskunde in engere zin nooit het uitgangspunt kan zijn van de huisartsgeneeskunde. Binnen de huisartsgeneeskunde zal geneeskunde in engere zin altijd ingepast dienen te functioneren in een integraal hulpverleningsmodel van de huisarts.

In feite worden wij voortdurend geconfronteerd met twee typen patiënten, die

te onderscheiden zijn maar niet te scheiden, ook al omdat ze vaak in elkaar overvloeien.

De ene groep heeft ziekten in geneeskundige zin. Het doel bij ons handelen ten aanzien van deze groep zal niet vanzelfsprekend genezen zijn, met alle middelen die we hebben. Met een dergelijk doel voor ogen werken we mee aan de illusie, dat ziekte en dood zijn uit te bannen. Het gaat ook voorbij aan de bredere betekenis die ziekte en dood voor het leven hebben. Iedere huisarts kent dit probleem toegespitst op het individuele geval. Als groep hebben wij ons naar mijn mening nog te weinig met dit probleem beziggehouden. Voor de specialisten geldt dit overigens evenzeer.

De andere groep zonder ziekten in geneeskundige zin vormt een even groot probleem. Moeten/kunnen we die helpen? Moeten/kunnen die überhaupt in de gezondheidszorg geholpen worden? De resultaten van de bemoeienis van de gezondheidszorg ten aanzien van deze groep is verre van rooskleurig. Werkelijk resultaat is tot nu toe nooit aangetoond. Bovendien zijn de schadelijke effecten in termen van afhankelijkheid en aanpassing aan de burgerlijke moraal niet denkbeeldig.

Ook hier hebben wij tot op heden het onvoldoende aangedurfd om het al of niet behandelen van deze groep binnen de gezondheidszorg ter discussie te stellen. Onder invloed van patiëntenverenigingen en zelfhulpgroepen komt deze discussie gelukkig wel enigszins op gang. Maar afgezien van de vraag of deze groep behandeld dient te worden binnen de gezondheidszorg, zitten wij als huisartsen wel met de opgave dat de groep onderkend dient te worden.

Uitgaande van deze visie wil ik tentatief komen tot het formuleren van nieuwe doelen voor ons handelen:

- herkennen van geneeskundige ziekten in engere zin en partiële bijdragen leveren aan partiële oplossingen;
- herkennen van ziekten waarbij de eventueel bestaande geneeskundige ziekten in engere zin weinig of geen consequenties hebben;
- mensen op weg helpen met het verder leven met, of het antwoord geven op hun stoornissen, belemmeringen of klachten.

Wat ik hiermee bedoel, is dat genezen en oplossen niet meer ons uiteindelijk streven is, dat ons streven verplaatst wordt naar het behulpzaam zijn bij het zoeken naar het eigen antwoord van de patiënt of van de groep patiënten.

Het nastreven van een dergelijk doel maakt het verder uitwerken van een integraal hulpverleningsmodel tot een hoge prioriteit. De aanzetten hiertoe, die te vinden zijn in onder andere het methodisch werken en het voorkomen van somatische fixatie, zouden in dit licht verder moeten worden uitgewerkt. Voor het werken aan deze doelen zijn drie vaardigheden voor de toekomstige huisarts van belang.

- Met denken én voelen de ander begrijpen. Het ingaan op de onvrede, onmacht en onbehagen vraagt van de huisarts veel emotionele kwaliteiten.
- Meer bevragen en voorlichten en minder doen. Door het bevragen wordt niet alleen de huisarts wijzer, maar ook de patiënt. Daarnaast – dat merk ik zelf meer en meer bij mijn werk in de spreekkamer – wordt voorlichting ten aanzien van verkeerde cognities van de patiënt als gevolg van verkeerde of verkeerd geïnterpreteerde voorlichting in de media van steeds meer belang.
- Maatschappelijk sensitief zijn. Te weinig kennis over en inzicht in de maatschappelijke situatie van personen en groepen beperkt het begrijpen te veel tot een individueel en vaak psychologiserend bezig zijn. Met denken én voelen begrijpen is niet mogelijk zonder maatschappelijke sensitiviteit.

In het kort wil ik even ingaan op de consequenties die dit alles naar mijn oordeel zal hebben op de aard van de opleiding.

De aanstaande huisarts zal geleidelijk aan moeten leren de patiënt te benaderen met denken én voelen. Hij zal moeten leren om met de patiënt op weg te gaan zonder al afgeronde doelen voor ogen te hebben. Hij zal moeten leren geloven in mensen.

Ik bedoel hier het volgende mee: huisartsen (en niet alleen zij) zijn nogal eens geneigd om vóór mensen te denken en te handelen vanuit een gevoel van: hij heeft nu eenmaal een beperkte intelligentie; hij is te oud; hij is gevoelsarm. Ook de anonieme kaders van onze gezondheidszorg denken veel te vaak voor mensen vóór. Te weinig wordt uitgegaan van de mogelijkheden van mensen die beperkt worden door een te laag bewustzijn in de zin van *Freire*. Een laag bewustzijn is sterk maatschappelijk bepaald. Aan dit lage bewustzijn werken ook wat betreft de lichamelijke gezondheid, is zinvoller dan dingen overnemen van mensen.

Aanstaande huisartsen zullen meer tot het inzicht moeten komen (en moeten ervaren), dat het niet kunnen omgaan

met eigen situatie en eigen gezondheid te maken heeft met afhankelijkheid en onderdrukking. In het algemeen hebben huisartsen (en ook hier weer niet alleen zij) te weinig inzicht in de onderdrukkende elementen in het leven van mensen.

Aanstaande huisartsen moeten leren in processen te denken. Hun middelbare schoolopleiding en a fortiori de medische opleiding heeft aanstaande huisartsen doordrenkt van het oorzaak – gevolg denken. Zij zijn zich onvoldoende bewust van het gegeven dat situaties, klachten en ziekten geen causaal bepaald verloop hebben, maar voortdurend onder invloed staan van een complex systeem. Zodra mensen zich aanmelden bij de gezondheidszorg wordt de hulpverlener zelf een onderdeel van dit systeem. Zijn gedrag, zijn handelen wordt dan medebepalend voor hoe het proces gaat verlopen.

Samenvattend zou ik er voor willen pleiten, dat de opleiding meer in procestermen dan in eindtermen blijft (gaat) werken.

Tot slot wil ik een aantal opmerkingen maken over de belemmeringen die een ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde in deze richting in de weg staan. Ik beperk mij daarbij tot die belemmeringen die direct te maken hebben met de gezondheidszorg en de situatie van de huisarts. Bewust laat ik het hele complex van belemmeringen in onze maatschappij buiten beschouwing. Ik vrees dat we anders om twee uur vannacht hier nog zitten.

- In de eerste plaats zijn er allerlei structurele problemen in de gezondheidszorg. Het eerste probleem dat ik wil noemen, is de grootschaligheid, die via bureaucratisering afhankelijkheid en vervreemding in de hand werken. Twee voorbeelden:

De ziekenfondsen: deze vertegenwoordigen meer de belangen van de overheid en de gezondheidszorg dan van de cliënt. En voor zover ze deze vertegenwoordigen, voltrekt zich dat proces afstandelijk en anoniem;

De ziekenhuizen: gestreefd wordt in toenemende mate naar grootschaligheid terwille van ver doorgevoerde specialisatie en efficiency. De patiënt is – ondanks alle vriendelijkheid waarmee dit is omgeven – het levende vehiculum die de machine draaiende houdt.

Een tweede probleem zijn de belangengroepen die een instrumentele aanpak bevorderen. De drie voornaamste belangengroepen zijn:

De industrie: hoe meer instrumentele

aanpak, hoe beter de industrie gedijt; *De bestuurlijke organen* (centrale, regionale en plaatselijke overheid). In onze maatschappijvorm zijn overheden sterk gericht op beheersing. Via instrumentele aanpak is beheersing veel beter door te voeren dan via bewustwording. Het komt overheden beter uit, dat onmacht, onvrede en onbehagen via een instrumentele aanpak worden geregeld dan in omgekeerde richting. Dit proces bij overheden verloopt doorgaans anoniem en deels onbewust.

De artsenstand. In onze maatschappij geniet de artsenstand veel macht en aanzien. Daarbij hoort een hoge status en een relatief hoog inkomen. Hoge standen hebben er vanzelfsprekend belang bij dat de toestand gehandhaafd blijft. Professionalisering is een betrouwbaar middel om dat te bereiken. In ieder geval veel betrouwbaarder dan de-professionalisering. De wetenschap fungeert bij dit alles als alibi voor verdere instrumentele aanpak en professionalisering. Eén uit vele voorbeelden daarvan is de toename van de hysterectomieën bij verminderd arbeidsgebied van de gynaecologen. De wetenschap zorgt voor de rationalisatie van dit handelen.

Hulpverlening in de zin zoals ik hiervoor heb geschetst, bevordert bewustwording van de cliënt. Dat is tegen het belang van de genoemde belangengroepen.

- Naast structurele problemen vormt de patiënt zelf ook een probleem bij een veranderingsproces. De cliënt wordt als individu het gezondheidszorgsysteem binnengeloodst. In deze individuele situatie is hij bij voorbaat machteloos en afhankelijk tegenover het apparaat dat hem ontvangt. Deze machteloosheid en afhankelijkheid neemt toe naarmate hij verder in de gangen van de gezondheidszorg doordringt.

Bovendien wordt hij (door de tevoren genoemde belangengroepen) in de voorlichting misleid. Het belang van anderen wordt hem voorgeschoteld als eigen belang (bijvoorbeeld vroegdiagnostiek, die nog altijd voor zeer vele ziekten niet wetenschappelijk is bewezen). Het grondthema van de meeste voorlichting is: vertrouw niet op jezelf. De afhankelijkheid wordt hier bij voorbaat door versterkt. Door de voorlichting wordt het bewustzijn van de cliënt gemodelleerd in de richting van causaal en instrumenteel. Zijn situatie brengt dan mee, dat hij niet in staat is om anders over gezondheid en ziekte te gaan denken en voelen.

- Het laatste probleem dat ik wil noe-

Een samenvatting van de conferentie

Door Prof. B. S. Polak

Het treft mij als een bijzonder gunstig verschijnsel, dat op dit late moment, aan het begin van de zaterdagmiddag, alle deelnemers op een na aanwezig zijn om te horen samenvatten wat zij al weten. Daarbij heeft de enige afwezige een belangrijke verplichting elders. Dit toont hoezeer onze conferentie ons allen boeit en tot het laatste moment bindt.

Vijftientig jaar geleden klonk in Woudschoten het credo van de toenmalige voorhoede van de huisartsenwereld. Sindsdien bestaat het NHG, is het NHI tot stand gekomen, zijn er aan alle medische faculteiten UHI's, is de huisarts betrokken bij het medisch curriculum en bij de inmiddels tot stand gekomen specifieke* beroepsopleiding tot huisarts en wordt gericht onderzoek verricht. Sinds een tiental jaren maken hierdoor alle medische studenten kennis met de huisartsgeneeskunde en komen er geen huisartsen bij die niet een jaar lang tot hun vak zijn opgeleid. Het betreurenswaardige Belgische lek is hierop de uitzondering.

Deze positieve klanken mogen er niet toe leiden dat we de vele en ernstige problemen verdoezelen die we dagelijks in gezondheidszorg en universitaire sfeer ontmoeten inzake begrip voor de betekenis van ons werk en inzake de klemmende formatienarigheid.

Wij deelnemers aan deze dagen hebben heel wat te verwerken gekregen: drie inleidingen, acht zeepkistontboezemin-

* Nu de tweede fase in de tweefasenstructuur „beroepsopleiding” heet, dient de opleiding tot huisarts na het artsexamen van het adjectief specifiek te worden voorzien.

gen, een vijftiental conclusies uit drie groepen over de vijf onderwerpen en de indikkingen ervan, een toegevoegde discussie over de relatie UHI's-NHG en tenslotte vier opdrachten aan de werkgroepen om het besprokene uit te werken. Bij mijn poging dit alles samen te vatten kan ik niet anders dan velen te kort doen, de denkers in de groepen in het bijzonder.

Uiteraard vroeg het gezelschap zich af: wat komen we hier eigenlijk doen? Om dit helder te krijgen, werd vakkundig „geluisterd” naar een drietal inleidingen.

Geert Bremer opende de conferentie op het culturele niveau dat bij hem hoort. Hij lijdt onder verdwenen woorden in onze wereld, onder de ontwikkeling van de specialisatie, onder de vrijblijvendheid van onze beroepsuitoefening – de dokter beslist in zijn eentje – en onder onze neiging ons in een idioom te isoleren (en dat ook nog met een slordig woordgebruik).

Herman van Aalderen sprak over de belemmeringen van de gewenste hulpverlening door de huisarts; het gewenste gerelateerd aan het inzicht, dat gezondheid, ziekte, lijden en sterven tot het menselijk leven behoort. (Zijn voordracht is op de voorgaande pagina's afgedrukt.)

Frans Huygen vindt dat het „goed slecht zit” met de huisarts. Hij heeft een tekort aan specifieke deskundigheid als generalist, mede als gevolg van een inadequate opleiding, die ook nog achteruit gaat en waar de beste beroepsopleiding niet tegenop kan. Ons arbeidsveld brokkelt af, we geven geen partij, maar laten ons onze plaats aanwijzen. We onder vinden negatieve waardering in de universiteit, binnen de beroepsgroep, door de beroepsorganisaties en in het algemeen.

Van ieder instituut en van het NHG kreeg toen één medewerker de gelegen-

heid om in vijf minuten uiteen te zetten hoe, als hij het alleen en volledig voor het zeggen had, de gezondheidszorg er uit moest (gaan) zien. Wat volgde waren soms grappige lijsten desiderata, mengsels van nauwelijks principiële of structureel gefundeerde opvattingen. Daarbij viel op dat de door de schimmige autoriteiten afgekondigde maatregelen steeds de gezondheidszorg rond de huisarts betroffen en niet de problematiek in het algemeen.

De volgende dag hielden de drie groepen zich iedere keer een kleine twee uur bezig met de vijf voorgelegde probleemgebieden, voorwaar een zware werkdag, zeker voor lieden die liever doen dan denken en desnoods nog langer dan de gespenseerde uren. De groepen waren gemengd samengesteld uit hoogleraren, senior stafleden, junioren en bestuursleden van het NHG. Helaas waren er geen vrouwen. De twee die waren aangezocht, bleken verhinderd te zijn.

De vijf onderwerpen waren ieder door een IHU voorbereid, zodat er een solide basis was van ideeën en vragen om over te brain-stormen. In deze samenvatting is het onmogelijk de inhoud van al het geschrevene en het besprokene weer te geven; het is mijn reactie en verwerking geworden. De volgorde van de onderwerpen is in die zin gewijzigd dat het laatste voorop gaat.

Wat de structuur van de gezondheidszorg en de plaats van de huisarts daarin betreft, moet ervan worden uitgegaan dat in wezen onze gezondheidszorg niet een planmatig opgezet en bestuurbaar geheel is, maar het ongeorganiseerde produkt van een warnet van maatschappelijke krachten. Te noemen zijn werknemers en werkgevers in ruime zin, politieke partijen – met in wezen andere belangen dan de gezondheidszorg –, overheid met een versplinterde wetgeving en enige controle, en de nauwelijks

men, is de huisarts. Zijn probleem is dat hij verscheurd wordt. Hij is – wat de artsenstand betreft – degene die het dichtst bij de patiënt staat. Hij ervaart nog wat er in de patiënt leeft en wat er gaande is in diens meso-wereld en diens macro-wereld. Hij probeert (veel te vaak overigens in zijn „solistische eentje”) nog een wal op te werpen tegen de instrumentele aanpak.

Tegelijk behoort hij tot de professie en vertegenwoordigt hij de professie. Hij is

door de professie gevormd en gemodelleerd. (En als we het nog niet wisten dan weten we nu uit de ervaringen in Maastricht met de co-assistenten wat dat betekent). Hij is uitgerust met generale kennis en met weinig instrumenten. Dat onder andere bezorgt hem een minderwaardigheidsgevoel ten opzichte van zijn collega's. Tegelijk is hij deel van de belangengroep. Ook hij pikt zijn graantje mee van macht, aanzien, status en relatief hoog inkomen.

Het is duidelijk dat dit een verscheurend probleem kan vormen, zowel voor de individuele huisarts als voor de ontwikkeling van de groep en de huisartsgeneeskunde in het algemeen.

Londen, J. van. Hoe ziet de overheid de rol en de taak van de huisarts. *Voordracht gehouden op het NHG-jubileumcongres op 27 november 1981.*

Freire, P. *Pedagogie van de onderdrukten. In de Toren, Baarn, 1972.*

georganiseerde consumenten, enigszins geprononceerd door een aantal actiegroepen. In de uitvoering figuren de overheid (direct en indirect via subsidieverlening), het particulier initiatief, waarbij met name de confessionele zulen nog veel meer invloed hebben dan hun „verdwijnen” deed hopen, de vrije ondernemers en de werknemers in engere zin. De economische situatie, inclusief de door belangen gekleurde interpretatie van die situatie, verscherpt alle problemen via de direct in de gezondheidszorg ingrijpende bezuinigingspolitiek.

Bij ieder streven naar verandering dienen we van deze gegevens uit te gaan, waarbij gevestigde belangen (ook die van de artsenstand; de beroepsorganisaties bestaan overwegend uit mensen met een gevestigd bestaan of op weg daarheen) remmende elementen blijken. Daarbij valt wel te bedenken, dat wij – in tegenstelling tot de situatie in ons omringende landen – als huisarts op een zeer sterke basis staan en wel door de regelingen geldend voor sociale en particuliere verzekering volgens welke de tweede lijn praktisch alleen via de huisarts toegankelijk is, regelingen die bovendien stevig verankerd zijn in de instelling van de bevolking. Alleen de beroepsgroep – huisartsen, specialisten en artsen in dienstverband tezamen – kan voldoende macht opbrengen om de te verlenen zorg goed te verdelen in het belang van de hulpzoekenden.

Tegen deze achtergrond dienen de vier probleemvelden te worden bekeken. Begonnen werd met de relatie tussen eerste en tweede lijn en de gevolgen van de specialisatie in de geneeskunde en de gezondheidszorg. Er werd een duidelijke kloof beleefd tussen de eerste en de tweede lijn. Specialisatie is ook in de geneeskunde impliciet aan de wetenschappelijke ontwikkeling, omdat deze uitsluitend op kleine gebieden mogelijk is. Deze ontwikkeling behoort tot een maatschappelijk proces, dat tevens bepalend is voor de vraag naar de toepassing ervan. Afgezien van het voor of tegen van hartbruggen, bieden deze hier een duidelijke illustratie van.

De thans ontstane positie van de specialisten en de specialisten berust, gegeven de genoemde factoren, op de toename van het aantal academici, van het aantal artsen en van het aantal specialisten. In elf jaar is het aantal huisartsen met ruim 23 procent toegenomen, het aantal specialisten met ruim 67 procent. Het nadelige hiervan, het negatieve wordt door patiënt en huisarts ervaren en even paradoxaal te veel en te weinig

geuit. Zowel in deels inadequate kritiek als door het inslikken van vele negatieve reacties en gevoelens. Het zal er op aankomen dit probleem scherp te analyseren en te formuleren.

Heel wat oplossingen worden aangedragen. Regulering van de instroom van medische studenten en de toestroom naar de specifieke beroepsopleidingen horen ertoe. Verdere nivellering van de inkomsten is zeker te verwachten, maar de factoren die dit bepalen, hangen juist met de toename van de aantallen samen. Binnen het bestaande stelsel – en dat is de taak waar wij zelf met voortvarendheid en spoed aan moeten gaan werken – moet gedacht worden aan een regulering van de relatie tussen huisarts en specialist.

De huisarts dient verwijzingen scherp te indiceren met een gerichte vraagstelling, dit door hem op gang gebrachte proces te begeleiden, mee te denken en te doen, en zorg te dragen voor het tijdig terugkeren van de patiënt onder zijn zorgen. De pessimistische gedachte werd geuit, dat er in het vlak huisarts-specialist geen toekomst meer is; de patiënt moet zijn belangen zelf dienen. Maar de verwachting kwam ook tot uiting dat met de specialisten samen wel degelijk vanuit de besproken houding van de huisarts verandering kan worden bereikt.

Vervolgens werden de professionele vakbekwaamheid en persoonlijke toerusting van de huisarts besproken.

De vereiste vakbekwaamheid is even moeilijk aan te geven als doelstellingen zijn te formuleren. Het is óf te ruim (geschikt voor de beroepsuitoefening) óf te gedetailleerd en precies (lange en langere lijsten). Vereist is een zodanige kennis en het vermogen deze toe te passen in de situatie van de patiënt, dat de huisarts de zeer brede range van aandoeningen die het morbiditeitspatroon in de huisartspraktijk vormen, kan diagnostiseren en therapeutisch aanpakken, waarbij hij met het individu en diens omgeving moet kunnen omgaan als een betrokken en gedistantieerde helper met een adequaat begrip voor de sociale context.

Van verschillende kanten werd gewezen op de noodzaak van een antropologische fundering in theorie en instelling, al was er geen overeenstemming over de inhoud van dit begrip. Die was er wel over de noodzaak van een algemeen aanvaarde taakomschrijving.

De veel gesmaakte vrijblijvendheid was het volgende discussiepunt. Betreft dit

de inhoud van de huisartsentaak met verplichtingen en verboden, of gaat het om de kwaliteitseis, inbegrepen persoonlijk betrokken zijn bij patiënt en maatschappelijke situatie?

Deze vragen kunnen niet gesteld worden zonder het taboe van de slechte huisdokter aan te raken. Het is een erkend probleem, er wordt over gesproken en het wordt vermeden. De reserves zijn begrijpelijk: de indruk naar buiten, de moeilijkheid het hard te maken en de folklore rondom het werpen van de eerste steen. Het gaat niet om individuele gevallen, het gaat erom verandering te bereiken door eisen te stellen, niet alleen aan het NHG-lidmaatschap, maar algemene eisen, en deze te realiseren door normen te ontwikkelen voor onderlinge toetsing en deze toe te passen en door een minstens moreel verplichte nascholing, die in de loop van een omschreven periode systematisch het gehele vakgebied betreft.

Dat vrijblijvendheid in oorsprong samenhangt met de ideologie van de vrije beroepsuitoefening, moge duidelijk zijn; zoals op zoveel gebieden van onze werkzaamheden, is er geen op sociologisch onderzoek gebaseerd inzicht in dit probleem. Duidelijk is er een consensus dat de vrijblijvendheid niet moet worden gehandhaafd.

Het volgende onderwerp – service tegenover hulpverlening – is even uitvoerig besproken als de andere onderwerpen, maar niet ter uitvoering aan een werkgroep aangeboden, omdat het daarvoor onvoldoende rijp werd geacht. Ook nu worden verplichtingen afgeleid uit de maatschappelijke situatie, het overeengekomen geachte contract en de gewoonte. De instelling van de dokter, zijn gedrag, zijn vermogen nee te zeggen, zijn van groot belang. Het ligt in het wezen van ons werk, dat het om een menselijke relatie gaat, een bijzonder geval van de hulp die de ene mens aan de ander verplicht is te bieden. Twee bijzondere elementen verlenen aan die relatie een duidelijke spanning en wel tussen de humane kant en het zakelijke: deze hulpverlening is gebaseerd op deskundigheid én de uitoefening daarvan als beroep.

Nadat ik alzo de mij verleende opdracht heb vervuld en de vraagstelling voor u helder heb gemaakt, gaan wij vanuit de geschapen helderheid in praktijk, instituut, organisatie, commissie en werkgroep aan ons dagelijks werk en aan de taken die wij ons in deze dagen hebben gesteld.