

Huisarts en universiteit

Een brief van prof. R. Hornstra

G.J. BREMER

Bremer GJ. Huisarts en universiteit. Een brief van prof. R. Hornstra. Huisarts Wet 1998;41(10): 486-90.

In 1967 kreeg de Werkgroep Scholing van het NHG opdracht een rapport samen te stellen over de mogelijke bijdrage van huisartsen aan de algemene artsopleiding. Naar aanleiding van het verschijnen van dit rapport 'Huisarts en universiteit' schreef prof. R. Hornstra, destijds hoogleraar sociale geneeskunde in Utrecht en een belangrijke promotor van de huisartsgeneeskunde, een uitvoerige brief, waarin hij zich onder meer verbaasde over het enthousiasme van de huisartsen om hun vak wetenschappelijk te funderen. Dertig jaar later kijkt de auteur terug op de omstandigheden waaronder het rapport werd geschreven, en publiceert hij de brief die hij in 1967 van Hornstra ontving.

Dr. G.J. Bremer, emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde, Lutsborgsweg 9c, 9752 VS Haren.

De aanleiding

In 1967 kreeg de Werkgroep Scholing van het bestuur van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) de opdracht een rapport uit te brengen over:

- 1 de mogelijke bijdrage van huisartsenzijde tot de artsopleiding;
- 2 de wijze waarop tot realisatie van de hierover op te stellen desiderata kan worden gekomen;
- 3 de specifieke opleiding tot huisarts na het artsexamen.*

Het is nu dertig jaar geleden dat het rapport 'Huisarts en universiteit' van de werkgroep verscheen,¹ een goede reden om eens terug te kijken, te meer omdat ik naar aanleiding van dat rapport een brief ontving van mijn vroegere promotor prof. R. Hornstra, hoogleraar sociale geneeskunde te Utrecht, die zoveel voor de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde in Nederland gedaan heeft. Het is bovendien honderd jaar geleden dat Hornstra geboren werd.

In 1956 was het Nederlands Huisartsen Genootschap opgericht. De eerste voorzitter, Hogerzeil – eigenlijk toen nog voorzitter van de werkgroep tot oprichting van het NHG – had tijdens het eerste congres onder andere gezegd: 'De tijd is er rijp voor en er zijn op dit moment mogelijkheden, dat de huisarts zijn eigen geneeskunst wil en kan hervinden'.²

Met nadruk moet gezegd worden dat het de huisartsen in het begin van het NHG niet primair te doen was om een specifieke opleiding tot huisarts in te stellen. Bovenaan de verlanglijst stond de wens een stem te krijgen in het onderwijs in de geneeskunde. Al heel lang werd steeds weer geponeerd hoe vreemd het was dat een pas afgestudeerde arts, die direct als huisarts mocht functioneren, tijdens zijn opleiding nimmer iets had gehoord over de problemen waar een huisarts tijdens zijn werk mee geconfronteerd werd.

De samenvatting van het rapport dat de Werkgroep Scholing in 1968 uitbracht bestond uit 34 punten. Onder punt 1 stond dan ook: 'Het is om verschillende redenen – bijvoorbeeld vrijwel geen docent is huisarts geweest – noodzakelijk dat de huisarts

bij het onderwijs in de geneeskunde wordt betrokken'.¹

De tijd

De moderne lezer die zich niet in de geschiedenis heeft verdiept, kan zich nu moeilijk voorstellen welke vragen en problemen zich in die tijd vooral aandienden. Op welke manier zou bijvoorbeeld een huisarts aan het onderwijs kunnen bijdragen? Vrijwel alle huisartsen waren – wat men nu noemt – solisten, huisartsen beschikten niet over een ziekenhuis, maar een huisarts werkte in 'zijn praktijk met zijn patiënten'. Hoe moest men nu zo'n patiënt 'demonstreren'? Bovendien was iedere huisarts voltijds huisarts en de contracten met de ziekenfondsen lieten een deeltijds functioneren niet toe.

Centraal stond dus de vraag: hoe moesten huisartsen ingeschakeld worden in het onderwijs? Weliswaar bestonden er vooral in het Verenigd Koninkrijk voorbeelden en was er over het onderwerp veel geschreven, maar om nu met een gedegen voorstel te komen was niet zo eenvoudig.

Bij de bestudering van de literatuur bleek dat de beroemde Engelse huisarts *James Mackenzie* in 1919 reeds voor deze zaak had gepleit,³ en tenslotte was het boek van *Buma* 'De huisarts en zijn patiënt'⁴ (oorspronkelijk verschenen als dissertatie⁵ en bekroond door de KNMG) zo inspirerend en overtuigend, dat het duidelijk was: de tijd was er rijp voor dat het NHG een Werkgroep Scholing met deze opdracht belastte.

Gelukkig stonden de medische faculteiten op het punt de gehele geneeskundige opleiding te hervormen en ook de overheid drong daarop aan. Zelfs de WHO had

* De werkgroep bestond uit: A. Hofmans, huisarts te Rotterdam en voorzitter van de Redactiecommissie voor Huisarts en Wetenschap, voorzitter, dr. W. Bots, huisarts te Voorhout, secretaris, en dr. G.J. Bremer, huisarts te Nieuwkoop, literatuurstudie. Het rapport was uitgegeven met een speciale lettering op het titelblad van de bekende grafisch ontwerper P.A.H. van der Harst. Van het NHG-bestuur kreeg Bremer drie maanden lang in zijn praktijk een assistent betaald.

erop gewezen dat het noodzakelijk was dat de student 'training in the setting of family practice' kreeg.⁶

Formeel had de wetenschappelijke vereniging van de huisartsen – het NHG – niets te zeggen, maar het was duidelijk dat enige inspraak niet kon ontbreken. Deze inspraak verliep op de meeste plaatsen via de hoogleraren sociale geneeskunde, die vóór hun benoemingen bijna allen huisarts waren geweest. Dat in Utrecht de eerste hoogleraar benoemd werd – J.C. van Es in 1967 –, is vooral te danken geweest aan de activiteiten van R. Hornstra, toen hoogleraar sociale geneeskunde in Utrecht.

De man

Robijn Hornstra, geboren in 1898 als boerenzoon in Bakhuizen in het Gaasterland, is ongeveer vijftien jaar huisarts geweest in Blokzijl en Nijveen. In 1936 werd hij benoemd tot directeur van de Stichting Gelderland voor Maatschappelijk Werk en in 1950 tot hoogleraar sociale geneeskunde in Utrecht.⁷

Hornstra heeft veel invloed gehad op de

ontwikkeling van de sociale geneeskunde in Nederland, hij heeft ook veel gepubliceerd en was bij al zijn activiteiten voortdurend op zoek de structuren binnen de gezondheidszorg te verbeteren. Als zodanig heeft hij buitengewoon veel gedaan om de huisarts in Nederland een betere positie te bezorgen.

Ter gelegenheid van het 320-jarig bestaan van de Utrechtse Universiteit in 1956 werd een wetenschappelijk congres georganiseerd over 'Wetenschappelijk onderzoek en maatschappij', waarbij aan iedere faculteit gevraagd was een pre-advies over dat onderwerp uit te brengen. Hornstra bracht namens de medische faculteit een pre-advies uit, getiteld 'Het wetenschappelijk onderzoek en de huisarts'. Hij wijst er daarbij op hoe belangrijk de rol van de huisarts op dit gebied zou kunnen zijn en citeert daarbij een uitspraak van Mackenzie uit 1916: 'The progress of medicine will be hampered and delayed till the general practitioner becomes an investigator'. Dit met overtuiging geschreven rapport kwam uit vóór de oprichting van het NHG.⁸

In 1964 heeft Hornstra de komst van het Nederlands Huisartsen Instituut mogelijk gemaakt door twee niet ingevulde formatieplaatsen ter beschikking van het NHI te stellen en door het NHI een werkplek in zijn instituut aan te bieden. Als wetenschappelijk hoofdmedewerker sociale geneeskunde werden in september 1964 benoemd W. Brouwer en F. de Waard, beiden later hoogleraar.

In 1968 werd Hornstra gepensioneerd, in 1973 is hij overleden. Van Es schreef in zijn *In memoriam*:

'Vanuit de sociale geneeskunde bood hij een geestelijk onderdak aan vele huisartsen. Tallozen hebben in hem een promotor gevonden in de ware zin van het woord. Binnen de faculteit der geneeskunde beïnvloedde hij de preclinici en de specialisten zodanig, dat reeds in 1961 het plan ontstond een leerstoel 'Micro-sociale geneeskunde' te stichten, in feite bedoeld als leerstoel huisartsgeneeskunde.

Dit plan ontstond in nauw overleg met het N.H.G.

Niet ten onrechte werd Hornstra, als

enige niet-huisarts, tot lid van verdienste van het N.H.G. benoemd'.⁹

Het zou te ver voeren hier uitvoeriger op de verdiensten van Hornstra in te gaan, in het *Liber amicorum* dat hem bij zijn pensionering werd aangeboden, staat dat alles uitvoerig beschreven. Zo schrijft Mertens, hoogleraar sociale geneeskunde te Nijmegen, over Hornstra: 'Men luistert naar hem en aanvaardt zijn leiding omdat hij steeds uitsluitend het belang van een zaak zelf tot richtsnoer van zijn denken en handelen neemt en omdat men hem een wijze man acht te zijn'.¹⁰ En Van Es: 'Dit gebeurde allemaal zonder enige ophef; het werk werd in alle stilte en bescheidenheid verricht'.⁹

Hornstra was zelf niet gepromoveerd, maar tussen 1954 en 1970 promoveerden elf huisartsen bij hem, van wie er later zes hoogleraar werden.¹¹

Niet alleen in Utrecht speelde de hoogleraar sociale geneeskunde een rol bij het introduceren van de huisarts aan de universiteit. Ook aan de andere universiteiten was dat het geval. Van der Werf schreef er over in 'De huisarts van toen'.¹² Het was ook geen toeval dat in de loop van de jaren ruim zestig huisartsen bij hoogleraren sociale geneeskunde promoveerden.¹¹

Hoewel er dus op verschillende plaatsen activiteiten ontwikkeld werden om de huisarts in het academische zadel te tillen, wist niemand in het begin precies hoe de structuur moest zijn waarbinnen deze huisarts binnen de universiteit zou moeten functioneren. Vandaar de opdracht aan de Werkgroep Scholing zich in dit probleem te verdiepen. Wie nu het Rapport 'Huisarts en universiteit' leest, verbaast zich erover dat vrijwel alle aanbevelingen van het rapport gerealiseerd zijn. De ontwikkelingen verliepen in 1967/68 echter dermate snel, dat het toenmalige bestuur het rapport liever een interim-rapport wilde noemen.

Uiteraard werd het rapport ook naar prof. Hornstra gezonden, die – voor zover ik weet – nog juist hoogleraar in Utrecht was. Hij schreef mij enkele dagen later de hierbij afgedrukte brief, die ik nog steeds bezit, omdat hij voor mij als mens en als promotor veel betekend heeft.



Prof. R. Hornstra

INSTITUUT v. SOCIALE GENEESKUNDE
DER RIJKSUNIVERSITEIT
TE UTRECHT

CATHARIJNESINGEL 71
TELEFOON 1 55 31

De Heer Dr. G.J. Bremer, arts,
Nieuwkoop.

Waarde collega Bremer,

Op mijn tafel vind ik het Interim-rapport Huisarts en Universiteit, waarbij U als rapporteur hebt gefungeerd. Ik heb het gelezen en constateer met genoegen dat het weer een stap vooruit is.

Een inventarisatie van de problematiek met zo concreet mogelijk geformuleerde gedachten over de oplossing, voorzover de gedachten daarover vandaag uitgekristalliseerd zijn.

Morgen zal men weer verder zijn. Het gaat allemaal zo snel dat een rapport bij publicatie nooit geheel bij kan zijn. Dit blijkt ook in dit rapport alweer, gezien het naschrift.

Wat mij als oudere, die een lange periode in de ontwikkeling van de geneeskundige zorg kan overzien, opvalt is het ongekende élan waarmee een kerngroep van huisartsen zich op de problemen werpt en daarin enorm veel tijd steekt. We hebben neiging om dit zonder meer te aanvaarden omdat het nodig is. Maar er is zoveel nodig, waarop toch niet een antwoord wordt gegeven in de mate zoals de huisartsen dit doen met betrekking tot hun problemen.

Ik vind dit een zo merkwaardig sociaal-psychologisch verschijnsel. Vergeleken met de huisartsen is het bij de andere categorieën van artsen de dood in de pot. En bij die anderen wemelt het toch ook van problemen als gevolg van de ontwikkeling van wetenschap en samenleving.

Ligt dit réveil aan de toevallige omstandigheid van het aanwezig zijn van enkele enthousiasmerende huisartsen? Ze zijn er ongetwijfeld en ze zijn met name te noemen. In het algemeen schrijft men het succes van om zich heen grijpende bewegingen graag toe aan de invloed van voortrekkers met een bijzondere combinatie van eigenschappen. Ze zijn later de aanleiding tot het oprichten van standbeelden. Maar deze voortrekkers komen niet als meteoren uit het heelal te voorschijn, zoals meestal later blijkt als ze object van historisch onderzoek worden. Ze zijn kinderen van hun tijd en hebben eerder dan anderen het eigentijdse antwoord gegeven en dan als hartstochtelijk antwoord.

Bij de huisartsen lijkt het me meer gelegen in het overspringen van de vonk van de een op de ander. In veel geesten bij huisartsen lijkt een gelijke dispositie te bestaan, waardoor de overspringende vonk in vlam zet.

-2-

De vraag is dan waar die gelijke dispositie om mee te doen bij de huisartsen vandaan komt. Is het de gemeenschappelijk gevoelde dreiging dat het beroep verdwijnt waartegen men zich teweer stelt? Dat zou wel zo kunnen zijn, maar de regel is dat een uitstervend beroep zonder veel pogingen tot reanimatie zijn eigen dood sterft. Hoogstens blijft er een fervent verdediger over als laatste der Mohikanen.

Dat de beweging voor vernieuwing van het huisarts zijn zoveel respons krijgt komt ook niet omdat men een zondebok maakt, waarop men gemeenschappelijk jaagt. Men verenigt nu eenmaal gemakkelijker mensen om ergens tegen te vechten dan om positief voor iets te vechten. De huisartsen hebben geen draak waartegen men gezamenlijk ten strijde trekt.

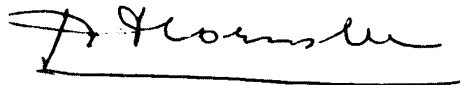
Het is ook geen sociale bewogenheid met de hulpeloze patiënt die van een huisarts verstoken is, want ieder heeft een huisarts. Het zijn feitelijk zulke bijzonder rationele overwegingen, die de huisartsen drijven en daarbij is men nooit zo persoonlijk betrokken.

En toch is een vrij grote groep huisartsen dit blijkbaar wel en dat puzzelt me.

Juist nu weer na lezing van het Interim rapport. De kleine groep heeft er tien vergaderingen aan gewijd met daarnaast nog een grote weekendconferentie. En dit niet als een eenmalig wapenfeit, maar een prestatie voorafgegaan door andere en stellig zullen andere volgen. Dan moet er toch wel een sterke emotionele betrokkenheid in het spel zijn.

Ik heb behoefte deze reflexies van een belangstellende buitenstaander aan U te schrijven.

Met vriendelijke groet, ook voor
Uw vrouw,



(Prof. R. Hornstra).

Beschouwing

Toen Hornstra deze brief schreef, was hij 70 jaar: een oudere die een lange periode in de ontwikkeling van de geneeskundige zorg kon overzien. Ruim veertig jaar; hij deed artsexamen in 1924.

Op zichzelf was het krijgen van een dergelijke brief van een vroegere promotor natuurlijk al stimulerend: je ben klaarbijkelijk met iets bezig wat ook anderen de moeite waard vinden. Als ik terugdenk aan deze periode, weet ik dat veel huisartsen er in die tijd van overtuigd waren dat zij belangrijk werk deden en dat mensen tekort zouden komen als alleen de specialisten het voor het zeggen hadden.¹³ In de Studiegroep Alphen a/d Rijn, die wij al vóór het NHG bestond hadden opgericht, wisselden wij onze gedachten hierover uit en stimuleerden wij elkaar.¹⁴ Als er al een draak was waartegen wij vochten, was dat de specialist, die – volgens ons – pas iets van het vak begreep als hij vóór zijn specialisatie een tijd huisarts was geweest. De waarde van de huisarts werd niet erkend en zijn deskundigheid betwijfeld. Als student hadden we dat ook steeds weer gehoord: de huisarts deed altijd alles ver-

keerd en de patiënt werd pas goed behandeld zodra de specialist er bij kwam.

Wat dat betreft dreigt de tegenwoordige ontwikkeling dezelfde kant uit te gaan. Het wetenschappelijk onderzoek bijvoorbeeld vindt nauwelijks meer plaats door huisartsen die gegrepen zijn door de problematiek van hun patiënten, maar staat onder druk van de faculteiten en de subsidiegevers die alleen geld hebben voor onderzoek binnen hun 'aandachtveld'. Naar mijn mening is de huisarts tegenwoordig te bescheiden en kan hij belangrijk wetenschappelijk onderzoek doen, dat alleen vanuit de huisartspraktijk gedaan kan worden.

Misschien valt te overwegen het NHG-Jaaronderzoek weer eens op te zetten.

Literatuur

- 1 Werkgroep Scholing van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Interim-Rapport Huisarts en universiteit. Utrecht, 1968.
- 2 Hogerzeil HHW. Rede op het eerste N.H.G.-congres 29-12-1956. Huisarts Wet 1957;1:5-11.
- 3 Mackenzie J. The future of medicine. London: Oxford University Press, 1919.
- 4 Buma JT. De huisarts en zijn patiënt. Amsterdam: Universitaire Pers, 1950.
- 5 Buma JT. Grondslagen van het medisch denken en handelen. Schets ener encyclopaedie der geneeskunst [Dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1949.
- 6 Preparation of the physician for general practice. Geneva: World Health Organization, 1963.
- 7 Lindeboom GA. Dutch medical biography. Amsterdam: Rodopi, 1984.
- 8 Hornstra R. Het wetenschappelijk onderzoek en de huisarts. Een prae-advies op verzoek uitgebracht aan de Utrechtse Universiteit namens de Faculteit der Geneeskunde. Universiteit en Hogeschool 1956;2:226-31.
- 9 Van Es JC. In memoriam Prof. R. Hornstra. Huisarts Wet 1974;17:2-3.
- 10 Van Es JC, Doeleman F, Van der Pas JHR, et al. Maatschappelijke gezondheidszorg in perspectief. Essays aangeboden aan prof. R. Hornstra bij zijn afscheid als hoogleraar. Assen: Van Gorcum, 1968.
- 11 Van der Duim-Rogers JA, Huisman FG, Van der Kroeg R, et al. Bibliografie hoogleraren Sociale Geneeskunde en hun promovendi in de jaren 1865-1990. Groningen: Universiteitsdrukkerij, 1995.
- 12 Van der Werf GTh. Huisarts en Universiteit. In: Aulbers BJM, Bremer GJ, redactie, De huisarts van toen. Rotterdam: Erasmus Publishing, 1995.
- 13 Ten Cate RS, Huygen FJA, Hogerzeil HHW, et al. In het perspectief van toen. Dertig jaar Nederlands Huisartsen Genootschap. Lelystad: Mediatekst, 1988.
- 14 Nooter J, Bremer GJ. De studiegroep Alphen a/d Rijn. De geschiedenis van een NHG-studiegroep, 1956-1982. Huisarts Wet 1987;30:314-6.

Abstract

Walma EP, Hoes AW, Van Dooren C, Prins A, Van der Does E. Withdrawal of long-term diuretic medication in elderly patients: a double-blind randomized trial. Huisarts Wet 1998;41(10):480-5.

Originally published as Walma EP, Hoes AW, Van Dooren C, Prins A, Van der Does E. Withdrawal of long-term diuretic medication in elderly patients: a double-blind randomized trial. BMJ 1997;315:464-8.

Objectives Approximately 20% of the elderly use long-term diuretic medication, but there is doubt whether prolonged diuretic medication on such a large scale is necessary. We performed a study to assess what proportion may successfully be withdrawn from diuretic therapy.

Design Double-blind randomized controlled trial with a 6 months follow-up period.

Setting General practice.

Subjects 202 patients on long-term diuretic therapy without manifest heart failure or hypertension.

Interventions Patients were allocated to either placebo (withdrawal group, n=102) or continuation of their diuretic treatment (control group, n=100).

Main outcome measure Occurrence of clinical conditions requiring diuretic therapy based on fixed criteria.

Results During the 6 months follow-up period, diuretic therapy was required in 50 patients in the withdrawal group and in 13 patients in the control group (risk difference (RD) 36%;

95%CI 22 to 50%). Heart failure was the most frequent cause of prescribing diuretic therapy (n=25). Cessation of diuretic therapy caused a mean increase in systolic and diastolic blood pressure of 13.5 (95%CI 9.2 to 17.8) and 4.6 mmHg (95%CI 1.9 to 7.3), respectively.

Conclusion Withdrawal of long-term diuretic treatment in elderly patients leads to symptoms of heart failure or increase in blood pressure levels to hypertensive values in the majority of cases. Any attempt to withdraw diuretic therapy requires careful monitoring conditions, notably during the initial four weeks.

Correspondence Dr. E.P. Walma, Robert Kochlaan 1, 2871 LH Schoonhoven, The Netherlands.