INLEIDING

Bij de opleiding tot huisarts moet een profiel voor ogen staan waaraan men zich kan oriënteren.
Het te tekenen profiel moet niet statisch zijn, want het beroep van de huisarts maakt een ontwikkeling door in samenhang met de ontwikkelingen in geneeskunde en maatschappij. Men moet er aan kunnen zien in welke richting de huisartsgeneeskunde zich beweegt.

Een profieltekening van de huisarts is tevens een schets van de rol die hij in de samenleving vervult, wetenschappelijk, maatschappelijk en persoonlijk. De huisarts zal op veranderingen in de rolverwachting moeten kunnen inspelen. De opleiding ook.

Aan het vervullen van een rol gaat vooraf het leren en instuderen ervan, de opleiding.

Wat doet de huisarts en voor welke problemen staat hij tegenwoordig ? Een verkenning is nodig, niet alleen om de stand van zaken in het vizier te krijgen en opmerkelijke tendenzente signaleren, maar ook om aansluiting te zoeken bij de werkelijkheid en voort te bouwen op een huisartsgeneeskunde in evolutie.

Hoofdstuk I - Huisartsgeneeskunde is een zodanige verkenning, het betreden van een open huis, met openstaande deuren, waar we hebben rondgekeken en onze indrukken hebben vastgelegd.
Men zal er echter het woord 'bemiddelen' in tegenkomen. Uit de tekst zal duidelijk zijn, dat dit niet alleen betekent: fungeren als tussenpersoon, maar ook zelf aanwijzen en toepassen van middelen (en methoden).
Om te begrijpen in welk verband het begrip 'niveau' wordt gehanteerd moet de lezer weten, dat men in een rapport van de werkgroep Onderwijs van de Erasmusuniversiteit in Rotterdam de kennis en vaardigheid die iemand moet bezitten om zijn vak voldoende te beheersen per onderdeel uitdrukt in een niveau, en daarbij de volgende indeling toepast:

niveau 4 — globaal overzicht van de inhoud van een vak, algemene kennis (goede paperback).

niveau 3 — begrip zonder uitvoerige bestudering en toepassing van technieken (parate kennis voldoende om het overige te kunnen opzoeken).

niveau 2 — kennis en begrip van de technieken der specialisatie, parate kennis van de pathophysiologie.

niveau 1 — specialisatie.

Hoofdstuk II handelt over de patient. Het is inspanningslectuur. Er wordt namelijk een serieuze poging in gedaan om een theoretische grondslag voor te bereiden voor de huisartsgeneeskunde, die een discipline in opkomst is.

Eerst wordt in dit deel van het rapport over de patient als lichamelijk mens gesproken. Het somatische is niet het enige, wel een nimmer te verwaarlozen en zeker een wezenlijk aspect in het geneeskundig denken.
Voor dit denken heeft het gevolgen als men tot herwaardering komt van het lichamelijk-zijn in het mens-zijn.

Vervolgens wordt uitgegaan van de gedachte, dat het leven een proces is.

Mens-zijn, zo wordt gesteld, met het lichamelijke als substraat en op grond van het levensproces als tijdelijk phenomeen, is mens worden. Mens-in-wording-zijn.

Als men hierover doordenkt, blijkt het mogelijk een kijk op de patient (de mens) te ontwikkelen, die een synthese oplevert van belangrijke medische denkmodellen. Ieder voor zich gaan deze mank aan eenzijdigheid, terwijl men tot nu toe steeds in gedachten over moest stappen van het ene model naar het andere om een totaalbeeld op te bouwen.

In hoofdstuk III wordt slechts incidenteel terugverwezen naar hoofdstuk II. Wie voorvoelt dat hoofdstuk II hem of haar te "filosofisch" is en daardoor wordt afgeschrikt kan het zonder veel bezwaar overlaten aan de geïnteresseerde lezer, die ook de fundamenten van het rapport wil bekijken.

In hoofdstuk III wordt het begrip "basale patientenzorg" geïntroduceerd, toegelicht en uitgewerkt. De combinatie van een kenmerkende arts-patient-situatie met een kenmerkende arts-patient-relatie in de huisartspraktijk heeft ideale voorwaarden in zich voor de beschreven zorg.

Bij practici zal onmiddellijk de vraag opkomen, hoe al het gebodene operationeel te maken is. De vraag is, ook al is ze terecht, wellicht voorbarig. Er zullen jaren voor nodig zijn om de geschetste idealen geleidelijk te verwezenlijken.
Eerst zal men het echter over de idealen zelf eens moeten worden. Zo vaak staat men immers, bestuurlijk en in de opleiding, voor maatregelen en beslissingen met het besef te weinig vanuit een centrale visie te werken.

In dit rapport wordt een centrale visie aangeboden. Het zal moeten blijken of het tegen de kritiek bestand is. Voor verbetering vatbaar is het ongetwijfeld, Bij de lancering hopen de samenstellers, dat het binnen de aantrekkingskracht van de opleiders blijft cirkelen.

HOOFDSTUK I - HUISARTSGENEESKUNDE

Als geneeskundige benut de huisarts mogelijkheden waarover de geneeskunde beschikt, om die zelf aan te wenden ten behoeve van individuele mensen en gezinnen.

> Voorbeelden zijn het opnemen van een anamnese, verrichten van onderzoek aan het lichaam, in het milieu, in het laboratorium, stellen en verifieren van een diagnose, voorschrijven van leefregels en geneesmiddelen, verrichten van heelkundige ingrepen, leiding geven bij zwangerschap en baring.

In het algemeen kan men er van uit gaan dat er uit het totaal van de geneeskundige zorg een pakket samen te stellen is, dat door de huisartsen op niveau 2, soms zelfs op niveau 1, beheerst moet worden. Op zijn beurt mag de huisarts alle geneeskundige bijstand, die hij op niveau 2, eventueel 1, beheerst, ook verlenen.

> Voorbeelden.
> Iedere huisarts moet in staat zijn een oor uitte spuiten.
> De huisarts die bedreven is in het verrichten van een paracentese, mag dat doen.

In het verlengde van de zelfwerkzaamheid ligt het optreden van de huisarts als vertegenwoordiger van de geneeskundige zorg bij dezelfde mensen en gezinnen. Mogelijkheden waarover de geneeskunde beschikt, doch die hij niet zelf beheerst, brengt hij binnen bereik. Dit betekent dat hij van deze mogelijkheden kennis moet dragen en vooronderstelt dus van de huisarts een blijvend zich oriënteren in de wetenschappelijke ontwikkeling van de geneeskunde naast een bekend blijven met het systeem van de geneeskundige zorg en een behoud van vaardigheid het aanwezige potentieel, vooral plaatselijk en regionaal, waar nodig dienstbaar te maken.

> Voorbeelden zijn het kennis maken met moderne methoden van de specialistische en huisartsgeneeskunde en het kennen van en overleg plegen met specialisten, schoolartsen, artsen van consultatiebureaux, controlerend geneeskundigen en andere artsen in dienstverband, afdelings-vertrouwens-artsen, artsconsulenten inzake kindermishandeling en andere artsen belast met speciale opdrachten, artsen, verbonden aan verpleeghuizen en inrichtingen, vroedvrouwen, wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten, diëtisten, diensten (sociaal psychiatrische dienst, thrombosedienst), stichtingen (nierstichting), organisaties (alcohol anonymus).

In de omgekeerde richting is de huisarts vertegenwoordiger van individuele mensen en gezinnen bij deskundigen en instanties voornoemd. Hij maakt hun zaken aanhangig behartigt hun belangen, wijst de weg en introduceert door verwijzing. Hij rapporteert zijn eigen bevindingen, tot nog toe beproefde oplossingen en andere bekende feiten die voor de verdere behandeling van belang kunnen zijn. Hij stelt de indicaties tot verwijzing aan de grenzen van zijn eigen mogelijkheden met inachtneming van het tijdsbeslag (en daarvan de nadelen en risico's), dat een volledig uitputten van eigen mogelijkheden vergt.

Hij doet een beroep op kennis, kunde, ervaring, inventiviteit en accomodatie van anderen elders.

> Voorbeelden zijn het verwijzen naar en consulteren van specialisten, aanvragen van opname en vervoer, verpleegkundige hulp, paramedische bemoeienis, afgeven of doen afgeven van verklaringen (dood, krankzinnigheid) en machtigingen (tot opname, tot financiële dekking), het uitschrijven van recepten en overleg plegen met de apotheker, het doen aanmeten van hulpmiddelen (steunzolen), het voorleggen van vragen aan een forum van deskundigen (vragenrubrieken, periodieken).

Huisartsen bedrijven dus geneeskundige zorg door eigen geneeskundig werk, door vertegenwoordiging van de geneeskundige zorg bij mensen en gezinnen en door vertegenwoordiging van dezelfde mensen en gezinnen bij geneeskundige zorg. De vertegenwoordiging is wederkerig. De eerste lijnen zijn nu getrokken van een schets, waaruit het profiel van de huisarts en het patroon van de huisartsgeneeskunde langzamerhand zichtbaar moet worden. Er moet nog veel aan- en ingevuld worden, er wordt op voortgeborduurd. De eerste lijnen van de schets hebben het stramien in tekening gebracht, dat we als het grondpatroon van de huisartsgeneeskunde beschouwen. Deze is dan als volgt te omschrijven:

> Huisartsgeneeskunde is geneeskundige b e m i d d e l i n g tussen mensen en geneeskundige zorg, uitgaande van eigen arbeid en oordeel, ten bate van individuele mensen en gezinnen.

Het bemiddelen valt uiteen in twee hoofdtaken. De huisarts is werkzaam als ondernemer en eveneens als tolk. Als ondernemer tussen vraag en aanbod, als tolk tussen vraag en antwoord. De geneeskundige zorg, zijn werkterrein, is tevens vertaalgebied.

Als ondernemer.

Het initiatief tot het inroepen van geneeskundige bijstand gaat doorgaans van de patienten uit. Maken mensen hun behoeften niet kenbaar, dan komt het aanbod van de geneeskunde in de regel niet aan bod. Verzuimt men te vragen, dan komt er geen bemiddeling tot stand. Anderzijds streeft een geneeskundige zorg die haar vruchten niet afwerpt, haar doel voorbij.

> Voorbeelden.
> Mensen met overgewicht, verkeerde leefgewoonten, erfelijke dispositie, behoren tot de risicogroepen ("high risk"), die bij een geneeskundige voorzorg gebaat zijn.
> Epidemiologische kennis dient te worden aangewend ter bescherming van individuen (verplichte aangifte bij besmettelijke ziekten).
> Vaccinaties moeten aanbevolen worden aan kwetsbare mensen (influenza).
> Is ongewenste zwangerschap te duchten, dan moeten antikonceptieve maatregelen ter sprake worden gebracht.

De huisarts in opleiding moet niet alleen kennis en vaardigheden verwerven, nodig voor het beoefenen van de anteciperende geneeskunde, hij zal zich ook het nemen van initiatieven in deze tot een tweede natuur moeten maken.

Als tolk.

Vertalen is verklaren, overzetten uit het vreende in het bekende, ook bespreekbaar maken, soms vertrouwd maken met. "Vreemd" zijn in de geneeskundige zorg allereerst de klachten, de moeheid, de pijn, het dove gevoel, het bloed; verder het vakjargon, de difterie waarvan de volksmond difteritis maakt, de mensen, patienten en specialisten voor elkaar, en de middelen, waarop iemand ook vreemd kan reageren.
De huisarts vertaalt.

> Voorbeelden.
> Hij vertaalt het lamlendige gevoel, heet zijn en toch rillen en pijn bij het slikken in angina. Hij vertaalt angina in een ziekte van de amandelen, waarvoor geneesmiddelen bestaan. Hij vertaalt de patient naar de specialist toe als iemand die bang is aan dezelfde ziekte te lijden als zijn broer. Hij vertaalt het specialistisch voorschrift en legt uit, wat deze specialist bedoelt met "zoutarm". Hij vertelt wat een infuus is. Hij geeft inhoud aan de mededeling, dat er bestraald zal moeten worden. Hij verklaart dat een bepaalde klacht mogelijk het gevolg is van pilgebruik.

De arts in opleiding leert in te spelen op het begripsvermogen, het taaleigen en de emotionele gesteldheid van degenen met wie hij gesprekken voert.
Parallel met de ingroei van de geneeskundige zorg in het ruimere verband van de welzijnszorg heeft de positie van de huisarts een ontwikkeling doorgemaakt.

Hij is ook vertegenwoordiger van de welzijnszorg geworden bij de mensen en gezinnen.
Dat is geen monopolie van hem, ook van de geneeskundige zorg in engere zin heeft hij niet de alleenvertegenwoordiging.
In velerlei vorm worden immers geneeskundige zorg en welzijnszorg direct en zonder tussenkomst van de huisarts aangeboden.

> Schoolartsendiensten bijvoorbeeld, bedrijfsgeneeskundige diensten, adviesbureaux voor medisch opvoedkundige problemen, tuberculosebestrijding, bestrijding geslachtsziekten, levens- en gezinsmoeilijkheden en de gezondheidskolonies kunnen directe of indirecte relaties met consumenten leggen buiten de huisarts om.

Wanneer echter mensen bij de huisartsen problemen inbrengen die uit geneeskundig oogpunt betrekkelijk weinig of zelfs niet relevant zijn, dan worden zij niet afgewezen - "verkeerd verbonden" - maar gewezen op degenen die deskundig, bevoegd en capabel geacht worden.
De huisarts moet derhalve getraind zijn in de eerste opvang ('intake') de eerste hulp en de adequate verwijzing van mensen die verder moeten worden geholpen door andere helpers. Hij staat open voor elk probleem van de patient, hoe gewichtig of onbeduidend ook. In die situatie tracht hij het zwaartepunt van het probleem te ontdekken en de betekenis ervan in de periferie te overzien. Hij tilt eraan mee totdat één of elk van beiden anders beslist.

Voorbeelden.
Het bevorderen van contact met instellingen voor aangepast onderwijs, onderwijs voor zieke kinderen; het wijzen van de weg aan adspirant-donors; naar het welfare-werk; attenderen op moedercursussen; adviseren inzake huisvesting van bejaarden; contacten leggen met revalidatiedeskundigen, hygiënisten van de kruisverenigingen, instituten voor lichamelijk en geestelijk gehandicapten, voogdijverenigingen, gezinsvervangende tehuizen, adviesbureaux voor maatschappelijk ontspoorden en last but not least met de maatschappelijk werkster.

Daarom moet de huisarts wetenschappelijk en maatschappelijk geïnformeerd blijven omtrent de ontwikkelingen die in de gehele sector plaatsvinden en omtrent de achtergronden daarvan.

Wetenschappelijke informatie zal hij op den duur slechts kunnen integreren met behulp van een denkkader dat hem in staat stelt het kennismateriaal te selecteren, onder te brengen en te ordenen. Mede terwille van de samenwerking zal hij dit kader met denkers uit andere disciplines moeten ontwikkelen en beschrijven in een taal die gemeenschappelijk is (op 'esperanto-niveau').

Maatschappelijke informatie betrekt hij van onder andere van de overheid (bulletins), de ziekenfondsen (regelingen en klapper), de beroepsorganisaties (vademecum, besluit en rapport inzake geneeskundige verklaringen), uit boeken en gidsen ('wie helpt wie?') en in internationale contacten (S.I.M.G.). In de onderscheiden administraties dient hij dus als huisarts te boek te staan.

Van de huisartsgeneeskunde is nu de volgende omschrijving te geven:

> zij is bemiddeling tussen mens en welzijnszorg, uitgaande van eigen geneeskundige arbeid en oordeel, ten bate van individuele mensen en gezinnen.

Deze opvatting heeft enkele belangrijke implicaties.

1. Aan huisartsen is beheer van gemeenschapsgelden in handen gegeven; hun tussenpositie is een sleutelpositie. Zij kunnen tot tal van kostbare voorzienigen wegen ontsluiten.
2. Huisartsen komen tussenbeide op de arbeidsmarkt, zij verklaren arbeidsongeschikt en kunnen ook mensen in sociale nood via het kanaal van de geneeskundige zorg met ziekteverlof zenden.
3. Wie een ander helpt binnen het kader van de vigerende systemen voert met die ander een stukje werkelijkheid op in de geest van de tijd waarin hij leeft. Mode dicteert gedragspatronen. Onafhankelijk van accentverschuivingen van intra- naar extramuraal, van curatief naar preventief, van somatisch naar psychosociaal, van geneeskundige zorg naar welzijnszorg, van levensduur naar levenskwaliteit, van zelfstandig werken naar samenwerking, vice versa, blijven huisartsen zich ophouden in het raakvlak mens-gezondheidszorg en wel op beiden georiënteerd. Opvattingen over gezondheid, ziekte en welzijn, die in het cultuurpatroon van de samenleving leven, vertalen huisartsen en patienten naar elkaar toe.

Een zich bewust zijn van het relatieve van individuele nood en maatschappelijke nood ten opzichte van elkaar en een voortdurende bezinning - "wat doen we eigenlijk" - behoort om deze redenen tot de attitude van ieder die maatschappijbetrokken huisartsgeneeskunde beoefent.

Voorbeelden zijn gepaste zuinigheid met receptuur, overleg met overheidsinstanties die regulerend optreden inzake toepassing van de bijstandswet, afwegen van belangen met hen die het opnamebeleid in bejaardencentra voeren, alarmeren van bedrijfsartsen,bij pathogene factoren in de bedrijfsvoering, congresberaad over vragen als "beter worden, hoe?"

In de beschrijving tot nog toe is de huisartsgeneeskunde een vak, een in praktijk te brengen studievak.
De gegeven voorbeelden zijn aan de inhoud van het vak ontleend, de definiërende tekst lijkt bruikbaar als frame waaraan onderdelen gemonteerd kunnen worden. Komt men tot een gedetailleerde inventarisatie van de inhoud, dan heeft men een takenpakket. In beginsel moet dit corresponderen met een algemeen behoeftepatroon en in overeenstemming zijn met een communis opinio omtrent de taken die iedere huisarts op zich zou moeten kunnen nemen.
Wie de inhoud van het vak beheerst, kennis en ervaring heeft opgedaan, is vakbekwaam als deze verworvenheden door zijn houding ook tot hun recht kunnen komen.

In de praktijk van de huisartsgeneeskunde komt men met het vak niet uit. Het is niet mogelijk zodanig te onderwijzen, dat het geheel aan de eisen van de praktijk zou voldoen. Projectie van het vakgebied op het werkterrein zou doen denken aan projectie van een dia met gaatjes op een scherm met gaten. Er zijn hiaten, er is een leemte.

Voorbeelden.
Mensen zijn onvoldoende bereikbaar voor de zorg, omdat ze hun behoeften niet kenbaar maken; het ziek worden geeft nog weinig klachten (latente diabetes), gevaren worden miskend (hondebeet-tetanus), afwijkingen worden verdrongen (mammatumor),drempelvrees wordt gekoesterd voor de dokter en het apparaat dat achter hem staat (prik, ziekenhuis). Communicatiestoornissen vanaf een simpel "vergeten door te geven" tot en met een ernstige relatiestoornis blokkeren de zorg. Overbelasting van de arts. Falende probleemanalyse (low back pain e causa ignota). Ontbreken van een goede oplossing (inoperabel carcinoom, huwelijk met een agressieve psychopaat).

Er is een leemte.
Een door de huisartsgeneeskunde aangeboden pakket van zorg gaat van het vak zelf uit. Het is bij voorbaat duidelijk dat vanuit een vak nooit voorzien zal kunnen worden in elke behoefte, slechts zelden een passend antwoord gereed is op de vraag en dat er altijd zorgen zullen blijven die de huisarts niet kan overnemen.

Bij verslaving aan een tranquillizer in relatie tot slechte werkomstandigheden binnen een grote organisatie is het systeem dat ziek is niet onder behandeling; het ziektegedrag is socio-cultureel bepaald.

De diagnose "migraine" is een objectivering van het probleem, waardoor het toegankelijk wordt voor de probleemoplossing in een ampul; dergelijke diagnosen zijn een ontmenging van mens en probleem. De angst van de arts tekort te schieten in zijn therapie bergt in zich het gevaar, dat hij teveel schiet met zijn therapie (antibiotica bij griep). Enzovoort.

Huisartsgeneeskunde is meer, wezenlijk meer en dus ook anders dan de inhoud van het vak. Doordat aan de zorg van de huisarts steeds dezelfde mensen en gezinnen zijn toevertrouwd, is hij ook aanwezig en wel als zodanig, in de leemte waarin het pakket niet voorziet.

Een beroepsopleiding huisartsgeneeskunde dient uit te gaan van de bemiddelende rol van de aanstaande huisarts die ten behoeve van mensen en gezinnen middelen, mogelijkheden en mensen (deskundigen) aanwendt.

De eisen waaraan een beroepsopleiding huisartsgeneeskunde moet voldoen hebben betrekking op:

1. de persoonlijke uitrusting van de leerling. Hij moet in de leersituatie worden gestimuleerd tot het ontwikkelen van een zo goed mogelijk benutten van zijn capaciteiten en tot het toetsen, voeden en eventueel veredelen van zijn motivatie.
2. De wetenschappelijke uitrusting van de leerling. Hij moet voeling houden met de ontwikkeling van het morbiditeits- en behoeftepatroon van de algemene praktijk en een zich daarop instellende deskundigheid verwerven, onderhouden en ontwikkelen.
3. De maatschappelijke uitrusting van de leerling. Hij moet leren te voldoen aan de noodzakelijke voorwaarden voor zijn toekomstige maatschappelijke rol en positie. Dit houdt in, dat hij bekend moet zijn met het ondernemerschap, toegespitst op de algemene praktijk, en dat hij voor zijn vertaalfunctie de juiste houding in de arts-patient-relatie moet aankweken. Een zodanige vooropleiding bereidt hem voor op zelfstandige beroepsuitoefening "aan het front". Daar neemt hij ook in de hiaten en in de leemte die tengevolge van onvolkomenheden onvermijdelijk zijn, een opdracht aan, waarvan de kern weliswaar in een takenpakket is vast te leggen, maar waarvan het kernachtige juist niet in taken is gelegen.
   Het karakteristieke van de huisartsgeneeskunde in de algemene praktijk is gelegen in het aanvaarden van verantwoordelijkheid voor een zogenaamde basale patientenzorg. Hierover handelt een volgend hoofdstuk.

HOOFDSTUK II - PATIENT IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

De huisarts heeft een opleiding tot geneeskundige achter de rug. Als zodanig is hij tot het vervullen van een bemiddelende rol tussen mens en geneeskunde voorbestemd. Tot zover is alles duidelijk. Dat hij, zoals in het vorige hoofdstuk werd gesteld een dergelijke rol tussen mens en welzijnszorg moet aanvaarden, ligt minder voor de hand. Hij is geen welzijnsdeskundige. Intussen echter, en dat staat hier niet los van, veranderde ook de patient. Deze ging meer aandacht vragen voor problemen die wij psychosociaal plegen te noemen, problematiek die de huisarts niet als soorteigen voor zijn beroep ervoer. Tenslotte ontwikkelde zich de "zorg". Deze groeide uit tot een groot conglomeraat, waarin specifieke deskundigheid op allerlei gebied zich begon te presenteren. Dit groeiproces verliep echter weinig gecoördineerd en niet systematisch, zodat het geheel ondoorzichtig is geworden en de deskundigen onder elkaar vreemden werden. Daardoor werd er veel onduidelijk. Een gevolg voor de praktizerende huisarts is, dat hij nu problemen voorgeschoteld krijgt, waartoe hij zich nauwelijks competent voelt, in een verpakking die bij hem wèl ter bestemder plaatse is: eigen patienten met somatische klachten.

> Voorbeelden.
> een man lijdt aan slapeloosheid, omdat door een algemene maatregel van bestuur (benzinedistributie) zijn bedrijfje (horeca) op een vitaal punt (bereikbaarheid) is getroffen.
> Een aantal patienten met moeheid, lusteloosheid en conjunctivale prikkelingsverschijnselen is de "verpakking" van het probleem, dat de maatschappij om een produkt vraagt, dat slechts ten koste van het milieubederf vanuit een industriecomplex is te brengen.

In dit hoofdstuk gaat het om de vraag wat een mens eigenlijk van de huisarts verwacht.Dit brengt ons terug tot de oorspronkelijke gegevens aangaande de geneeskunde, die opnieuw moeten worden geformuleerd, om vandaaruit wegen te vinden, die een huisarts "nieuwe stijl" met zijn patienten zou moeten gaan.
Er gaan in de wandelgangen wel stemmen op tegen vervaging van het beroep: de huisarts zou een "halve maatschappelijk werker", een "pseudo-psycholoog", een ombudsman worden. De huisarts zou er goed aan doen zich als schoenmaker bij zijn leest te houden. Zijn leest is het menselijk lichaam.

De zorg voor de mens als lichamelijk wezen is vanouds de opdracht der geneeskunde; deze bevindt zich dan ook altijd in het raakvlak tussen mens en geneeskunde. In lichamelijkheid verschijnt de mens en in zijn talrijke verschijningsvormen en verschijnselen verraadt hij de talloze problemen, waarvoor hij de geneeskundige stelt. De mens, die zich in een probleemsituatie bevindt, valt onder de geneeskundige zorg, als deze toestand zich tot in zijn lichamelijk zijn voortzet.

Het is de patient die in belangrijke mate de indicaties geeft, waarop de huisarts zijn beleid moet afstemmen. Geheel voor het zeggen heeft hij het niet. Hij kan de huisarts overvragen en dan heeft de arts de taak de relatie arts-patient tot de juiste proporties terug te brengen.
Toch moet uit het compromis dat patienten en huisartsen samen vinden een profiel van de huisarts tevoorschijn komen, dat aan de eisen "van de patient van deze tijd" beantwoordt.

De vraag:"de patient in de huisartsenpraktijk, wie en wat is hij ?", hangt nauw samen met de vraag:"het lichamelijk zijn, hoe ervaren en beleven onze generaties dat ?"

Wij beschouwen het lichaam als basis voor contact tussen mens en geneeskunde. Het lichaam mag echter in de geneeskundige kijk op de mens niet geïsoleerd komen te staan. Een typisch somatisch probleem is een typisch menselijk probleem, dikwijls zelfs een probleem van de groep, waarvan de patient deel uitmaakt.

Voorbeeld.
Een kind met allergie voor huisstof ondervindt ademhalingsmoeilijkheden, is beperkt in zijn mogelijkheden en legt ook het gezin beperkingen op.

Typisch menselijke problemen tasten door tot in het lichamelijk funktioneren.

Voorbeeld.
Een bejaarde verzandt na het overlijden van zijn vrouw in een mismoedigheid die hem alle trek in eten beneemt. In hygienisch opzicht verwaarloost hij zichzelf.

Niet altijd zijn er direct aanwijsbare lichamelijke noden. De huisarts vangt ook andere noodsignalen op.

Voorbeeld.
en moeder vraagt advies omdat ze geen raad weet met haar recalcitrant zoontje, dat gapt, liegt en scheldt sedert zijn overgang naar de derde klas.

Wij menen echter dat van de huisarts als geneeskundige verwacht wordt, dat hij in geen geval eraan voorbijgaat, dat alle hinder in het menszijn ook lichamelijk wordt beleefd. Probleem-situatie en lichamelijke toestand vallen onder één noemer, ongeacht de vraag of het centrum van de storing in of buiten het lichaam ligt.
Dit toont verwantschap met het integrale denkmodel: er is oriëntatie op het relationele, de patient in zijn in- en uitwendige verhoudingen. De mens leeft in spanningsvelden waarin onder normale omstandigheden reeds voortdurend deining is. De gevolgen van een storing planten zich in een complex voort. Het wordt in beroering gebracht. Ligt de kern van de storing "binnen", is iemand zelf niet in orde, dan reageert ook zijn omgeving daarop, heftiger naarmate de storing heviger en naarmate de samenhang met deze zieke inniger is. Ligt het storingscentrum buiten iemand, in milieu of samenleving, dan is hij eventueel erdoor gestagneerd of ontredderd, in elk geval meer of minder onder invloed hiervan.
Wáár de kern ook ligt, storingen zetten mensen onder druk, voeren spanningen op, verbreken evenwichten, scheppen behoeften, beroeren, verstoren de betrekkelijke rust. De patient ondergaat het gebeuren - accent ligt duidelijk op het heden - in het relatienet waarin hij zich bevindt. Daarin zijn storingen emotioneel problematisch.

Voorbeelden.

1. diabetes is een interne regulatiestoornis. Deze is van invloed op de stabiliteit van het organisme, op het lichamelijk welbevinden, de beroepskeuze en de sociale beweeglijkheid
2. een geïsoleerd ik, een door jarenlange affectieve verwaarlozing en contactarmoede tot een pre-psychotisch gespannen mens met fobieën, is van de fobieën bevrijd in een therapeutische gemeenschap, die aan de spanningen in relaties met anderen een uitweg bood.
3. een vrouw die naar eigen zeggen "on the very stormy sea of neurosis" door het leven zwalkte kreeg een mamma-carcinoom. Dit werd voor deze ik-zwakke vrouw zowaar een middelpunt in haar bestaan waardoor ze het leven ging zien en tot rust kwam.

(een en ander komt tot uiting in kolom 2 van ons later te geven schema).

De eerder gestelde vraag wat een mens van de huisarts verwacht, krijgt nu een vervolg in de vraag wat <u>een patient eigenlijk van zijn huisarts verwacht</u>.
Het is niet aannemelijk dat dit verwachtingspatroon goed is getroffen met begrippen die een absoluut karakter hebben, zoals gezondheid, welbevinden en welzijn. Uiteraard koestert hij wel verwachtingen die hiermee verband houden. In de praktijk komen we echter beter uit met relatieve aanduidingen: hij hoopt van zijn contacten met de huisarts beter te worden, rustiger te worden. Heel eenvoudig zou men de rol van de patient in de patientenzorg kunnen typeren als het zoeken van <u>baat</u>. Winst, vooruitgang, kalmering, verlichting, verbetering, beterschap, dit alles valt onder het verzamelbegrip baat.
De opleiding van de huisarts zou dus moeten heenwijzen naar een op baat gerichte zorg voor de lichamelijke mens in zijn (probleem)-situatie. Hij zal dan ook moeten leren in uiterste complexe problematiek samenhang op te sporen en het verworven inzicht in de opvang van de patient moeten kunnen hanteren. Iets meer nog: terwijl hij zich bezighoudt met analyse en synthese van het samengestelde vraagstuk, moet hij in de behandeling voeling houden met de gehele mens, die misschien slechts één klacht inbrengt.

Voorbeeld.
Nachtelijke pijnen in de maagstreek verschaffen de huisarts toegang tot een bestaan, waarin een ulcus duodeni, onvrede met een omgeving waarin alleen geld waarde heeft, zorg om een baan die overbodig dreigt te worden en verlies van religieus houvast, samenspelen.

Het onderwijs moet met de leerling zoeken naar een <u>theoretische grondslag</u>, een totaalvisie op de patient, een abstractie van de werkelijkheid, die hem als referentiekader ter beschikking staat, en waarin hij het bonte gewemel van een dag in de praktijk "thuis kan brengen". Er bestaan daarvoor verscheide medische modellen (zoals het klinisch-medische model, het reeds genoemde integrale model en het confrontatie-conflictmodel), die ieder voor zich het nadeel hebben, dat ze slechts één facet van het patient zijn te zien geven. (Modellen zijn geschematiseerde en vereenvoudigde voorstellingen van de werkelijkheid, zodanig dat er mee te werken valt).

De bestaande modellen zijn eenzijdig, men moet door "alternerend denken" in deze modellen de patient volledig in beeld zien te krijgen.
Van deze getrapte methode tot het zich vormen van een compleet beeld willen we dan ook trachten los te komen. Daartoe moeten we ons vooraf realiseren dat het leven een proces is, dat mens-zijn een staat van wording is. Mens-zijn is een wordingsproces:

mens zijn is mens in wording zijn.

Het lichamelijk zijn als funktie van de tijd willen we nu verwerken in een schematische voorstelling van de patientenzorg (zie blz. 15)

Wat we tot nu toe aannamen inzake het patient-zijn in relatie tot de huisarts, wordt in dit schema uiteengetrokken in de tijd, ontleed en uitgelegd over de drie altijd geldige fasen waarin de tijd te verdelen is: verleden, heden en toekomst.

A. Patientenzorg wordt in gang gezet door een inroepen van hulp. Deze impuls is samengesteld, en kan worden ontbonden in factoren, die respectievelijk ontspringen aan het verleden (ontstane noodzaak) het heden (aanwezige behoefte) en de toekomst (verwachtingen ten aanzien van de zorg).
Vanuit het verleden komt de patient te voorschijn met een moeilijkheid of aandoening, gevolg van wat gepasseerd is.
In het heden komt hij te voorschijn als degene die in de noodsituatie verkeert, die gestagneerd is (er is een hier-en-nu-situatie die niet altijd zo pregnant hoeft te zijn als een crisissituatie).
Voor de toekomst verschijnt hij als iemand die zich in de patientenzorg begeeft omdat hij daar uitkomst verwacht.

B. Patientenzorg gaat uit van het lichamelijk-zijn van de mens.
De grondslag van het lichamelijk zijn van de mens is het organisme. Een organisme is een systematische organisatie, een levend systeem, een "het-zijn".
Dit biologisch systeem is een open systeem. Het organisme "is" de verruimtelijking van genetische informatie en wel in wisselwerking met het milieu (Van Peursen). De natuurlijke historie van het organisme is een zijn-in-wording. Op het moment dat een mens zich aandient, passeert zijn organisme een halte in zijn geschiedenis waarop dit organisme "tussenproduct" is van het levensproces tot nu toe. Op grond van dit organisme ga "ik" mijn gang, ben ik onderweg; we kunnen spreken van een "ik-zijn". Ik ga, leef en begeef mij lichamelijk in het tijdelijke. Het lichaam is een bezield lichaam, het soma een psycho-soma.Het organisme is een eenheid van leven, de soma-psyche een eenheid van beleven.
Simpel gezegd: wat ik voel voel ik nu en als ik handel, handel ik nu. De mens is er lichamelijk als individueel reactiecentrum in zijn omgeving, de samenleving. Dit derde aspect waaronder we het lichamelijk-zijn van de mens kunnen bezien is het "er-zijn".
Het lichaam fungeert als contactorgaan in de samenleving.

C. Substraat van het patient-zijn is het lichamelijk-zijn, dat in nood reden tot zorg baart.
De patient heeft hulp nodig omdat zijn organisme zich bevindt binnen de invloedssfeer van een storing. In een open systeem (zoals het organisme) kunnen storingen optreden, kunnen zich problemen voordoen, het kan ontregeld raken.

In het schema is gekozen voor "storing" in plaats van ziekte; dit is een nuancering die minder statisch en meer omvattend is. In het klinisch-medisch model is er oriëntatie op het objectieve, de zaak, het geval, het probleem c.q. de ziekte; de modelstatus van dit model beschrijft de status presens van de ziekte met de voorgeschiedenis, liefst afgerond met een (differentiaal)diagnose.
In de praktijk worden we geconfronteerd met de voorlopige effecten van een storing, interimtoestanden. In het model wordt vandaaruit voornamelijk teruggezien op datgene wat gepasseerd is. Er is een "ongeluk" gebeurd en dat heeft geleid tot .....
Er is een noodtoestand ontstaan. Deze toestand behelst de probleemstelling voor de therapeut. In alle ziekte (dus ook storing) zit een element van struikeling van het organisme in staat van wording. Het psycho-soma is daarbij centrum van toedracht: de mens bevindt zich lichamelijk in storingsvelden, waarvan de kernen overal kunnen liggen in in- en uitwendig milieu. Ongeacht de vraag waar ze liggen richt de patientenzorg zich nagenoeg uitsluitend op de patient zelf. Wat zich dáár afspeelt, wat er met hém gebeurt, de gevolgen van de storing voorzover die zich in of aan hem voordoen, daarop is het zoeklicht van de (huis)-arts gericht. Daarbuiten heeft de arts alleen een signalerende taak.

Voorbeeld.
De combinatie veel eten, veel zitten, veel roken, is een tallozen bedreigende veronachtzaming van levensvoorwaarden waarin mensen zouden kunnen gedijen.
"Centra van toedracht" zijn degenen die inderdaad een infarct krijgen ofwel zich daarvoor predisponeren.

Terwijl de patient vanuit het verleden op ons toekomt als een gegeven, die en die, zus en zo, dat en dat, verschijnt hij op het moment van hulpverlening ineens in een ander relief. Dat komt doordat hij klaagt. Van alle ballast die hij uit het verleden inbrengt, schuift hij nu vooral die bagage naar voren die hem onevenredig belast. In het klaaggedrag onthult hij iets van zichzelf. Zo is hij nu, zo verhoudt hij zich tot het probleem.
Hij is er als patient, in onze opvatting als iemand die lichamelijk een kritische verwikkeling doormaakt.

Wie het confrontatiemodel kent (zie ook het betreffende artikel van Dokter, Medisch Contact 73, nr. 7, blz. 190), ziet verwantschap.
De nadruk valt op de "critische verwikkeling" die in het model een belangrijke rol speelt. Daar wordt gesproken van confrontatie, conflict, onvrede. (in het model wordt uitdrukkelijk gezinspeeld op de mogelijkheid conflicten en onvrede aan te grijpen als stimulansen tot een gewenste ontwikkeling). Model en schema gaan uit van een er-zijn van de mens in zijn verhoudingen als medemens; ze zijn beide gericht op de toekomst (de tijd van verdere ontplooiing en van verwachtingen); ze appelleren aan de medeverantwoordelijkheid van de mensen onder elkaar om de ander uit conflict en verwikkeling tot nieuw welzijn op te richten.

Voorbeelden
1. een periodieke controle van de arts helpt een bejaarde aftakelingsprocessen in zijn levensloop op te nemen en te aanvaarden.

2. iemand die uit het veld geslagen is door een mislukt examen kan uit een roborerend gesprek met de ander weer nieuwe moed putten

De mens in een kritische verwikkeling vervult de patientenrol. De omgeving bevestigt hem in die rol, het optreden van de arts legaliseert de rol. De patient zelf vestigt zijn hoop op de zorg. Hij is er (lichamelijk) aan toe een nieuw vertrekpunt te creëren, richting toekomst, waarbij hij zich van de begeleiding van zijn arts verzekert.

D Patientenzorg is gericht op idealen die de mensheid op individueel en maatschappelijk niveau ten aanzien van het lichamelijk zijn nastreeft, idealen die qualitate qua nooit volstrekt haalbaar zijn, maar waar een mens zich naar toe of vanaf beweegt. Het zijn imaginaire grootheden, waaraan men toetst in welke richting zich de toestand ontwikkelt. Zo gezien zou men het lichamelijk mens zijn kunnen beschouwen als een staat van wording c.q. verwording, een voortdurend geboren worden annex een voortdurend sterven.
Daarbij is gezondheid (in deze context) een toestand waaraan de mensheid oorspronkelijkheid toekent, voor ons diepste besef een paradijselijke toestand. Als zodanig stamt de gezondheid uit het verleden. Welbevinden is te herleiden tot een toestand van homoiostase. Er is een dynamisch evenwicht, zodat een zekere beweeglijkheid de permanentie, de rust niet verstoort. Deze conditie wordt door de mens in zijn milieu ondervindelijk beleefd en is uiteraard de huidige toestand.
Gezondheid kan nog schijn zijn (latente ziekte), welbevinden kan bedrieglijk zijn (drug-effect), bij welzijn is men geneigd te denken aan een positieve instelling van iemand die de kans krijgt en zich weet te ontplooien, die als mens tot zijn recht komt. Welzijn is toekomstgericht, een positief beleven van een voortijlend mens worden in verbondenheid met je tijdgenoten.

E Baat heeft de patient bij herstel. Zoals een fagocyt een vreemd partikel omsluit en onschadelijk maakt, zo streeft een mens ernaar temidden van de veranderingen die hij ondergaat, zichzelf te blijven. Loopt dit proces gevaar door schadelijke verstoring van het organisme, dan streeft de zorg naar een restauratio ad integrum.
Het gaat dan om een zodanige uitschakeling van de schadelijke factor, dat het voortbestaan van het organisme als zodanig beschermd is ("Monumentenzorg"). Het systeem blijft intact ook al treden er in zijn interne en externe relaties verschuivingen op.
Elke volgende fase wordt teruggekoppeld op een vorige: her-stel.
Omdat ik dóórleef in een complex van dynamische evenwichten, gericht op zelfhandhaving in het dagelijks leven sta ik in een zekere labiliteit bloot aan verbreking van evenwicht, de ontwrichting, die ik registreer als een uit het lood geslagen zijn. Therapie is nu op één of meer niveaux in balans brengen, instellen van een nieuw evenwicht, geruststelling.
Tenslotte is baat brengen een heilzaam intreden in het leven van iemand wiens welzijn op het spel staat. Baat heeft iemand dan bij de aanvaarding van de medeverantwoordelijkheid door de arts voor het toekomstige welzijn ten tijde van een ongunstige wending in de levensloop. De patient is client, iemand die steun zoekt bij iemand die steun geeft. Aanvaarden van verantwoordelijkheid voor de gang van zaken werkt bevrijdend. Dat doorbreekt het depersonaliserend aspect van het geval en eerbiedigt de mens in de patient.

	I	II	III
A. Patientenzorg			
gaat uit van	noodzaak	behoefte	verwachting
B. het lichamelijk zijn van de mens als	een het-zijn (hij/zij)	een ik-zijn	een er-zijn
C. Substraat van het patient zijn	onder invloed van een storing	centrum van toedracht	in een kritische verwikkeling
D. Patientenzorg is gericht op	gezondheid	welbevinden	welzijn
E. Baat	door restauratio ad integrum	door instellen van evenwicht	in een medeverantwoordelijke opstelling

De diverse onderdelen van het schema zijn nu de revue gepasseerd. Stellig bestaat er ten aanzien van een aantal begrippen behoefte aan verheldering, verfijning, eventueel correctie. We hebben echter met het lanceren van dit op het eerste gezicht moeilijke schema niet willen wachten tot we deze moeilijke materie dusdanig beheersten, dat we tot een eenvoudige, glasheldere uiteenzetting in staat zouden zijn. Daarbij is juist de hulp van anderen nodig. Op basis van de gegeven uitleg is het inmiddels wel mogelijk de bedoeling van het schema toe te lichten en de denkrichting aan te geven.

De werkgroep was van mening dat in een rapport over "opleiding tot huisarts" een visie op de patient in de huisartsenpraktijk niet mocht ontbreken. Zonder deze theoretische grondslag zouden praktische voorstellen alleen maar aansluiten bij ontwikkelingen die al lang aan de gang zijn en niet hun waarde ontlenen aan een "centrale" visie op de gehele materie.
Van belang is nu, dat uit het schema de bekende medische modellen tevoorschijn komen en wel in een logische samenhang. Dit valt op bij bestudering van de verticale kolommen.
Wat in kolom I onder elkaar is komen te staan zijn sleutelwoorden voor het patient-zijn in het klinisch-medische denkpatroon. Kolom II blijkt de patient te beschrijven in de trant van het integrale denkmodel. De opstelling van kolom III toont nauwe verwantschap met de wijze waarop het confrontatiemodel de patient tekent.
In het schema is het patient-zijn niet meer een kwestie van of-of, maar een zaak van en-en. Door de eenheid van dit schema wordt dit een totaliteit.

De drie bekende modellen zijn dus in ons schema ingepast. Dit werd reeds duidelijk bij de behandeling van de verschillende aspecten van de patientenzorg in het schema en komt ook naar voren bij herlezing ervan in de horizontale richting.
Nadat er een duidelijk verband is aangegeven van het confrontatiemodel met kolom III, moet er nu op een verschil tussen beide worden gewezen.

Hoewel het in beide gaat om dezelfde factoren in een vergelijkbare onderlinge samenhang is het verschil voldoende wezenlijk om toch enige afstand te nemen van het model. Het model - de naam zegt het al - neemt de confrontatie of het conflict als gegeven uitgangspunt en streeft naar een nieuw welzijn door, met hulp, dit te onderwerpen aan de doeleinden van de mens in samenlevingsverband. De "as" van het model loopt van conflict naar welzijn.
In onze voorstelling loopt de as van er-zijn (van de patient) naar medeverantwoordelijk-zijn (van de helper). Ook de helper is er en wel in een positiekeuze; hij kiest n.l. de zijde van de patient, dus medeverantwoordelijkheid. Hulp in zijn allereenvoudigste structuur is in deze benadering niets meer dan "samen wachten". Om dit te illustreren denke men aan het van alle aktief optreden gespeende wachten met patienten in terminale stadia of bijvoorbeeld aan de wacht tijdens weeën-pauzes bij een bevalling. Het is de wacht houden om bij kritische verwikkelingen paraat te zijn.
Het is aanwezig zijn in de leemte, waarmee hoofdstuk I is geëindigd: bewaken, waken, dienst hebben. Dit is een essentieel aspect van het huisarts zijn "ten bate van dezelfde mensen en gezinnen".

HOOFDSTUK III - BASALE PATIENTENZORG

Idealen en realiteit

Voor elke goede en enthousiaste beroepsuitoefening is een zeker idealisme onontbeerlijk. Wie echter in retraite hoog gestemde idealen bedenkt waaraan hij zou willen voldoen, en daarna terugkeert in zijn dagelijkse werk, wordt met zijn neus gedrukt op een werkelijkheid die weerbarstig is. Behandelen van patienten, daartoe in staat zijn, ertoe bereid zijn, ervoor verantwoordelijk zijn, vergt telkens weer een volledige inzet, steeds opnieuw een helder zicht en een scherp nadenken.
Bij deze veel concentratie eisende taak moet de huisarts eraan wennen herhaaldelijk gestoord te worden en zijn prioriteitenschema ieder ogenblik te kunnen herzien. Bovendien moet hij nogal eens ingrijpen in situaties die zo vastgeroest, of anders die innerlijk zo weinig consistent zijn, dat het bereiken van enigermate bevredigende resultaten gewoonweg niet tot de mogelijkheden behoort. Niet het conferentieoord, de werkelijkheid is het, waarin hij het in de loop der jaren dag aan dag klaren moet.

De functie van de huisarts is in 1959 te Woudschoten zeer doordacht en geenszins ten onrechte vervuld van idealisme, omschreven. Thans beschouwt men de idealen als te hoog gegrepen. Wie zich instelt op idealen waaraan geen mens kan voldoen, werkt zichzelf in een minuspositie waarin hij wel moet falen. De voldoening over eigen werk wordt daardoor voorgoed getemperd. De idealen wijken, terwijl men er naar streeft, terug.
Men kan zich natuurlijk afvragen, nu helemaal uitgaande van de realiteit, of het huisartsenberoep in de loop der jaren niet dusdanig ingeburgerd is, dat men de inhoud ervan hooguit vanuit een andere gezichtshoek belichten kan, maar dat het werk van alle dag toch hetzelfde blijft.
Een hoog percentage banale luchtweginfecties, keeltjes, neusjes, oortjes .....

Om te komen tot een herwaardering van het beroep van huisarts, tot een vernieuwde inhoud, een inhoud die te verwezenlijken is en die als zodanig eerder aanmoedigend dan ontmoedigend is, die tenslotte de huisarts niet in een minus- maar in een pluspositie plaatst, moeten we in gedachten ten opzichte van "Woudschoten" een ommezwaai van 180 graden maken. Als huisartsen gaan we niet langer van ons zelf uit door (de) verantwoordelijkheid te aanvaarden voor integrale, continue en persoonlijke zorg. We gaan van de patient uit, wiens belang we gediend achten met een integrale benadering en continue bewaking in gezondheid en ziekte door één persoon, die daarvoor bij hem in dienst is, de huisarts.

Wat is het verschil ? Dit: de huisarts staat niet tegenover de patient met een aanbod van integrale en continue zorg, hij kiest positie naast de patient met diens behoefte aan integrale en continue zorg. De huisarts vereenzelvigt zich niet langer met het ideaal, maar voortaan met de werkelijkheid. Wat "Leitbild" was voor een profiel van de huisarts wordt nu "Leitmotiv" voor de zorg die de patient nodig heeft.

Dit maakt de weg vrij voor een beroepsvernieuwing die als "basale patientenzorg" wordt voorgesteld. Deze sluit aan bij de in zwang zijnde beroepsuitoefening. Revolutionair is ze niet, evolutionair is ze naar onze verwachtingen wel. Basale patientenzorg is een opvatting van het beroep waarvoor alle voorwaarden aanwezig zijn, maar die nog niet systematisch ontwikkeld is. Naarmate dit wel het geval zal zijn, zal de inhoud van het beroep geleidelijk verrijkt en verdiept worden. Het beroep zelf zal aan aantrekkelijkheid winnen en steeds boeiender worden. Bovendien komt er dan weer een beroepsbeeld met een duidelijke identiteit, een herkenbaar profiel.

Vorm van de patientenzorg

In de patientenzorg kan men onderscheiden:

- preventieve gezondheidszorg
- specialistische geneeskunde
- basale patientenzorg
- mengvormen

De ene en enige impuls voor al deze zorg is onheil, onheil dat de mens bedreigt of treft.

De preventieve gezondheidszorg heeft zich kunnen ontwikkelen op grond van het feit dat sommig onheil is te voorzien en ook omdat de kans erop soms te berekenen is. Zij grijpt aan bij oorzaken. In het model van de patientenzorg (hoofdstuk II) is het preventieve onder te brengen onder C I (het leven onder invloed van storingen).

De specialistische geneeskunde is het afweerapparaat tegen het niet afgewende onheil. In de meeste ziektegevallen worden de eerste tekenen van onraad pas bespeurd als het onheil reeds is gesticht. De specialistische zorg sluit aan bij gevolgen, bij stoornissen. In het model behoort deze bij sub C III (kritische verwikkelingen).

Basale patientenzorg berust niet primair op specifieke kennis van het onheil naar oorzaken of naar gevolgen. Deze zorg berust eerder op het weten dan op het kennen van onheil.
Eerder is al gesteld dat patientenzorg uitgaat van het lichamelijk zijn van de mens als substraat van het patient zijn. Nu worden we gesteld voor de rol die het onheil in dit bestaan vervult. Omdat de mens eraan blootgesteld is, is het "naakte bestaan" onheilspellend. Hieraan kan geen mens zich onttrekken, in deze zin is iedereen patient. Voor een stuk als het onderhavige misschien te dichterlijk, maar in ieder geval duidelijk: het mens zijn is er zwanger van en het baart onheil.
In verband met deze dispositie van de mens neemt de huisarts een positie in in zijn nabijheid.
Basale patientenzorg gaat dus niet uit van onheil, maar van de patient. In het model past deze zorg onder C II, waar de patient centrum van toedracht is, zowel van het onheilsgebeuren als van dit hulpverleningstype.

Mengvormen, patientenzorg van jeugdartsen, geriaters, bedrijfsgeneeskundigen en andere, koppelen specifieke kennis van onheil dat inhaerent is aan perioden of situaties van het leven, aan speciale zorg voor degenen die daarin verkeren.

Medeverantwoordelijkheid

De essentie van basale patientenzorg is geen andere dan die van zorg voor de ander in het algemeen: zich medeverantwoordelijk opstellen. In het model, waarin het bereik van de patientenzorg in zijn uitgestrektheid maar ook binnen zijn eigen begrenzing is aangegeven, is de medeverantwoordelijke opstelling (E III) de pijler waarop het hele model rust. In de preventieve en de specialistische sector is het weer afhankelijk van het onheil naar aard en omvang wie, welke artsen, een stuk verantwoordelijkheid overnemen.
In de basale patientenzorg moeten we niet uitgaan van een eigen professioneel aanbod, vastgelegd in een vantevoren klaargemaakt takenpakket.
Een dergelijke vooringenomenheid is zelfs te beschouwen als een belemmering. Het dwingt huisarts en patient beide in een rol, die ze zich reeds te lang hebben laten aanleunen: degene die voorschrijft en degene die het voorschrift opvolgt, de actieve redder en de passieve slikker.
Waarom gaat het dan wel ? "Gezondheid" is niet het einddoel. Het gaat erom dat mensen met hun plannen, hun gedachten, hun idealen, met hun levensinstelling, hierin zichzelf zoeken te verwezenlijken, maar daarbij door samenloop van zelfstandigheid en omstandigheden tegenslag ondervinden. Voor hen moeten behandeling en begeleiding evenwaardig zijn, omdat overwaardering van de behandeling de eigen pogingen van een mens om zijn crisistoestand te begrijpen en te boven te komen, te weinig ondersteunt.
Basale patientenzorg wordt gedragen door een betrekking tussen patient en arts, waarin ze idealiter elkaars medewerkers worden, die samen werken aan het leven van de patient. Deze laatste behoudt een eigen verantwoordelijkheid, ook in het geval van onheil. De arts met zijn kennis van de met voetangels en klemmen bezaaide weg van de mens ondersteunt het pogen van de patient aan de gevaren te ontsnappen en de moeilijkheden te boven te komen, helpt hem dragen, tracht erger te voorkomen, begeleidt.

De patient wordt betrokken in het overleg, bijvoorbeeld over de vraag hoe en waarom iets misgegaan kan zijn, hoe zijn eigen ongunstige ervaringen met bepaalde voedingsprodukten in zijn dieet te verwerken zijn, wanneer hij het werk weer zou kunnen hervatten, of hij zijn kind met koorts wel direct aspirine zal geven, enz.
Het is van groot belang dat patient en arts op deze wijze op elkaar inspelen - veel artsen willen zich terwille hiervan de gelegenheid tot het verlenen van verloskundige hulp niet gaarne laten ontnemen - en zo een band kweken die in de loop van de tijd steeds steviger wordt.

"Hier liegt ein präventiv medizinisches Potential des Hausarztes, welches die vorbeugenden Möglichkeiten des öffentlichen Gesundheitswesens ergänzt und übertrifft, welches aber viel zu wenig genützt wird", schrijft Salber (Bijlage Neue Zürcher Zeitung 10-2-1974) en hij stelt vast hoe "aufgrund einer vertieften Beziehung zum Patienten" ziektegeschiedenissen van hele gezinnen veranderen, vatbaarheid van kinderen voor infecties afneemt, maagzweerrecidieven verdwijnen, hospitalisatie afneemt, ongevallen minder frequent worden, hoe het aantal ondoorzichtige ziektetoestanden terugloopt evenals het aantal spoed- en nachtboodschappen, hoe irrelevant en verdraaglijk zelfs ongeneeslijke ziekten worden voor patienten die zich begrepen voelen.
De patient die zijn eigen verantwoordelijkheid wil en mag behouden vormt met zijn huisarts een koppel, dat zijn weerstand en uithoudingsvermogen aanzienlijk versterkt.

Het samenwerken van huisartsen met andere helpers in het eerste echelon, voor de individuele huisarts een ingrijpende doorbraak in zijn denk- en werkwijze, heeft voor de huisartsgeneeskunde een koersverandering teweeggebracht, waardoor het profiel van de huisarts mede veranderd is. Samenwerking is een voorwaarde voor basale patientenzorg. Wanneer we immers het belang erkennen dat de patient heeft bij integrale benadering en continue bewaking, dan kan de arts onmogelijk alleen daarin voorzien.
Samenwerking is ook een consequentie van basale zorg. Het koppel huisarts-patient raadpleegt, als het zichzelf niet redden kan, anderen.
Met deze andere helpers verkeert de huisarts dan weer in een medeverantwoordelijke positie. J.P. Kuiper schrijft in Medisch Contact d.d. 6.4.1973: "Als de wereld van de hulpzoeker primair is in de gezondheidszorg, als de hulpverlening niet een te voren klaargemaakt pakket van zorg aanbiedt aan de hulpzoekenden, als niet het door deskundigen bepaalde aanbod vooropstaat, doch de door gestagneerde hulpzoekers gedane vraag, dan moet de gezondheidszorg principieel interdisciplinair zijn".

In de praktijk is een dergelijke gezondheidszorg alleen te realiseren, als zij op vooruitgeschoven posten functionarissen heeft, voor wie inderdaad de wereld van de hulpzoeker primair is. Dat zijn de huisartsen. Dit onderdeel van de gezondheidszorg is de basale patientenzorg.

Eerste opvang, behandeling, verwijzing

Op zijn vooruitgeschoven post is de huisarts front- en verbindingsofficier. Als geneeskundige wendt de huisarts middelen, methoden en mensen (deskundigen) aan, die in de geneeskundige zorg ter beschikking staan. Hij bemiddelt tussen mens en geneeskunde.

In de welzijnszorg wijst de huisarts, middelen, methoden en mensen (deskundigen) aan, die in de welzijnszorg beschikbaar zijn. Hij aanvaardt een eerste opvangfunktie en bemiddelt soms.

Het bekende telefoonstickertje met drie nummers (politie - vast nummer, brandweer - vast nummer, huisarts - zelf nummer invullen) toont aan, dat van de huisarts wordt verwacht dat hij in geval van nood direct beschikbaar is. Persoonlijk en organisatorisch moet hij hierop afgericht zijn. Dit heeft een aantal consequenties voor zijn opleiding en nascholing. Hij moet op de hoogte zijn van het morbiditeitspatroon in de algemene praktijk. Dan zal hij zijn diagnostische en therapeutische vaardigheden gelijke tred laten houden met de problemen die zich in werkelijkheid voordoen. Bijvoorbeeld: electrocardiografie in verband met hart- en vaatziekten, gesprekstechniek in verband met psycho-sociale problematiek, kennis van antibiotica in verband met infectieziekten.
Hij moet zich op de hoogte stellen van epidemiologisch actuele problemen. Toename van gonorrhoe, tuberculose, rubeola, suicide moeten zijn alertheid in deze richting aanwakkeren.
Hij moet zich toeleggen op vroegdiagnostiek, praedisponerende factoren kennen en verdachte signalen juist interpreteren. Bijvoorbeeld patienten nakijken op familiair voorkomende ziekten (diabetes); bij het zien van xanthelasmata denken aan hypercholesterinaemie; prodromen van het hartinfarct niet mis verstaan.
Hij moet weten hoe hij moet reageren op enkelvoudige signalen en verschijnselen, waarvan niet direct duidelijk is waarvoor ze waarschuwen.

Enuresis bijvoorbeeld kan het gevolg zijn van een storing in de aanleg van het urogenitaalapparaat, van een urineweginfectie, maar berust meestal op een relatiestoornis. De sterk verhoogde bezinking als enige bevinding bij iemand die over moeheid klaagt, traceert het spoorzoeken.

Hij moet het milieu van de patient kennen. Hierop komen we later terug. Hij moet de vaardigheid hebben om met behulp van technieken, aangeboden situaties tot klaarheid te brengen, daarbij strevend naar een minimum aan tijdsbeslag of belasting in andere zin voor de patient, zichzelf, andere deskundigen en de financiers, wier hulp hij erbij nodig heeft. Aangaande de belasting van de patient: bij oude mensen zal hij eerder gerechtigd zijn een diagnose ex juvantibus te stellen, bijvoorbeeld bij pectangineuze klachten. Het is alleszins gewenst dat er een landelijk uniforme regeling komt voor onderzoek dat hij voor rekening van het ziekenfonds mag uitbesteden. Hij moet geprepareerd zijn op crisisinterventie. Hij verleent eerste hulp bij ongevallen, traumata, intoxicaties, psychotraumata (bijv. acute dood in het gezin), acute somatische beelden, acute psychiatrische beelden, acute deraillementen in het gezin.

Hij moet een aan het morbiditeitspatroon aangepaste en op uitvoerbaarheid bekeken selectie uit de curatieve geneeskunde op niveau 1 à 2 beheersen. De werkgroep Opleiding verwacht hierover uitspraken van de werkgroep Takenpakket.

Hij moet individueel preventieve maatregelen kunnen nemen. Gedacht is aan anticonceptie, inentingen in verband met buitenlandse reizen, verstrekken van een medisch paspoort e.d.
Hij moet bij invaliditeit, chronische ziekte en oud geworden ongeluk in de marge verbeteringen nastreven en in de kern "er zijn" en helpen dragen.
Hij moet als gesprekspartner kunnen fungeren voor iedere patient die gezondheids- of levensproblemen met hem bespreken wil omwille van zijn deskundigheid, zijn ambtelijke neutraliteit of zijn persoonlijke houding.

Er zijn een aantal situaties die zich juist aan het front kunnen voordoen en waarin het geneeskundig denken niet voorziet. Ook hierop moet de huisarts bedacht zijn. Zo zijn er bijvoorbeeld patienten met niet direct herkenbare beelden (exanthemen), waarvoor toch een beleidslijn gevraagd wordt (naar school ? naar bed ? met vakantie ?)
Er zijn patienten die de bewijslast voor het ontbreken van een organisch substraat voor een lichamelijke klacht op de huisarts leggen en laten liggen. Er zijn patienten die weer bij de huisarts terechtkomen, terug van het tweede echelon, met een niet geslaagde operatie of na een kontakt met de psychiater dat de zaak gecompliceerd heeft, met naast een ziektegeschiedenis een "hulpgeschiedenis".

De verwijzing door de huisarts naar andere deskundigen dient niet gewaardeerd te worden als een handeling aan de grens van zijn mogelijkheden (kennen, kunnen, het aankunnen), maar als een handeling in het kader van een specifieke vaardigheid: het ingewikkelde systeem van de zorg op de juiste tijd, op de juiste wijze en op het juiste punt mobiliseren ten dienste van de patient en het tot stand brengen van de communicatie en verstrekken van de nodige informatie.

Bij het aanwijzen van middelen, methoden en mensen in de welzijnszorg denke men bijv. resp. aan de Bijstandswet, de groepstherapie en de maatschappelijk werkster.

Basaal, lati-longitudinaal

Om een heilloze ontwikkeling, een ontwikkeling ten kwade of een ontwikkelingsachterstand tijdig te kunnen signaleren moet men beschikken over referentiekaders; men moet weten wat een normaal gemiddelde is en welke deviaties nog binnen de norm vallen.
Een mogelijkheid is: de ontwikkelingsgang van een individu vergelijken met de ontwikkelingsgang van de groep waarmee het gelijk optrekt en nagaan of het op enig punt achterblijft. Hiervoor gebruikt men diverse testmethoden.

Een andere mogelijkheid is trendbewaking bij eenzelfde individu door incidentele of periodieke controle van relevante gegevens. Bij een tensiemeting kan men bijvoorbeeld vaststellen, dat deze verhoogd is vergeleken bij de tensie van andere mensen van eenzelfde ras, geslacht en leeftijd, maar ook, dat deze niet is gestegen in vergelijking tot vorige metingen in de laatste jaren.
Naar de mening van de werkgroep ontbreekt het in de opleiding tot arts aan gedegen informatie over de normale ontwikkelingsgang.
Zeker de huisarts (vroegdiagnostiek) kan deze in zijn scholing niet missen.

Referentiekaders

Naar analogie van het model van de patientenzorg heeft de werkgroep bij wijze van vingeroefening een aantal basispatronen uitgewerkt van de ontwikkelingsgang in een bepaalde levensfase. Drie van deze als bijlagen aan het rapport toegevoegd, zijn: "zwangerschap en bevalling", "1-6 jaar" en "6-12 jaar".
Daarbij zijn de belangrijkste gegevens en "trends" uit deze perioden weer verdeeld over drie kolommen. De eerste kolom heeft betrekking op de mogelijkheden zoals deze in de aanleg van de mens gegeven zijn en in de loop van de tijd ontwikkeld zijn. Van deze materie is veel objectiveerbaar en te onderwerpen aan test- en meetmethoden.

De tweede kolom heeft betrekking op de mens zoals hij zich in zijn gegeven aanleg inleeft. De aandacht wordt gericht op het subjectieve, het ik en hoe dit zijn gang gaat, zich oriënteert in zijn wereld.

In de derde kolom gaat het om de mens als medemens, als jij of hij, om de rol die hij verwacht wordt te vervullen, om zijn profiel.
Bij het basispatroon van de kleuterleeftijd is in de bijlage een toelichting gegeven, de andere bijlagen spreken dan voor zichzelf.

Basale patientenzorg kan ontleed worden in twee componenten, latitudinale zorg en longitidunale zorg. De situatie huisarts-patient is strategisch voor een zorg die zich wijdt aan de patient in zijn levenssituatie, in de werkelijkheid waarvan hij deel uitmaakt en waarin ook zijn huisarts een plaats heeft. Deze zorg noemen we dus zorg ' in de breedte', latitudinaal.
De relatie huisarts - patient, een relatie van duurzaam karakter, is bij uitstek geschikt voor een zorg die zich wijdt aan de patient in de loop van zijn leven. Deze zorg heeft postgevat langs de lijn van het leven,'in de lengte', longitudinaal. Door zijn positie temidden van de manschappen die professionele hulp aanbieden, is de huisarts als het ware voorbeschikt tot de beschreven vorm van dienstverlening.

Latitudinale zorg

Deze is gewijd aan de mens in zijn levenssituatie. Hierbij kan men allereerst denken aan macromilieu, lucht, water, bodem en als resultante van dit alles de voeding.

In dit milieu bevindt hij zich in tal van in- en uitwendige verhoudingen: gezinsrelaties, familierelaties, woontoestand, arbeidssituatie, sociale positie, financiële positie, politieke structuur, culturele opvattingen enz. Dit complex van factoren, ten dele van physico-chemische, ten dele van sociale en ten dele van moeilijker te omschrijven aard, is de oecologische samenhang, waarin de patient met zijn eigen aanleg, aard en konditie een "centrum van toedracht" is.
Hoewel de zorg van de huisarts zich in beginsel uitstrekt tot de patient op alle terreinen van diens leven, is deze in de praktijk gebonden aan de woonplaats, de 'eigen' omgeving, zijn thuis. Binnen de oecologische samenhang tekent zich aldus een oecologisch centrum af, het territorium van de patient, dat in het verlengde van hemzelf 'centrum van toedracht' is.
Voor latitudinale zorg moet de huisarts:

1. kunnen samenwerken met deskundigen, in het bijzonder professionele helpers, binnen een multidisciplinair team;
2. beschikken over basiskennis inzake oecologische problemen, speciaal met betrekking tot het thuisfront.

Samenwerken

"Het woord samenwerken is de laatste jaren zo 'in', dat vrijwel niemand zich meer kan permitteren daar tegen te zijn. Het woord heeft een ethische lading gekregen. Men b e h o o r t samen te werken en men behoort het ook te kunnen" (Nuyon).
De werkgroep is van mening dat de samenwerking in de opleiding moet worden beoefend. Op zijn laatst in het zevende jaar zou deze samenwerking interdisciplinair moeten zijn. Het is dan van belang dat er door de opleiders werkprojecten worden aangegeven. Groepsbegeleiding is noodzakelijk (opleider ? agoog ?)

Basiskennis

Cursorische behandeling van capita selecta uit diverse vakgebieden moet de aanstaande huisarts de nodige ondergrond verschaffen voor het onderscheiden van de wisselwerking tussen pathologie en oecologie. Zijn onderscheidingsvermogen moet ontwikkeld worden en zijn aandacht gericht worden wil hij in staat zijn de complexe samenhang waarin zijn patient leeft, oorzaken en vectoren voor een pathologische ontwikkeling te ontdekken en het zwaartepunt alsmede de gevolgen op afstand van een ziektegebeuren te overzien. Deze capita selecta zouden door deskundigen uit andere disciplines in samenwerking met deskundigen uit de huisartsgeneeskunde geschreven moeten worden, speciaal voor de huisarts, om te voorkomen dat deze uit onmetelijke arsenalen van kennismateriaal zijn eigen menu zou moeten samenstellen. De vakgebieden waarom het gaat zijn de oecologie, de sociologie, de arbeidsphysiologie, de (paed)agogie, en misschien ook de architectuur en de economie (economische aspecten van de gezondheidszorg). Verder de ethiek en de (medische) psychologie. Over de sociologie en de psychologie in de opleiding van de huisarts wil de werkgroep zich nog iets nader uitspreken.

De sociologie

Het onderzoek naar sociale aetiologie is in de (huisarts)geneeskunde nog maar nauwelijks begonnen. Wel erkent men, dat pathogenese ontspringen kan aan storingen in het intermenselijke of in de samenleving als zodanig.

Dat de crisisverwerking verloopt op een wijze die verband houdt met de sociaal-culturele 'ligging' van betrokkenen, is noodzakelijke voorkennis voor latitudinale zorg.
In samenwerking met maatschappelijk werk kan men zich beraden over de mogelijkheid om naast het ziekteverzuim het 'stagnatieverlof' te legaliseren, zodat het medisch kanaal niet langer de enige nooduitgang bij sociaal bepaalde problematiek is.
De huisartsgeneeskunde is tot nu toe sterk op het individu gericht. Van sociologische zijde kan de interactie tussen individu en groep en het uitbuiten van deze interactie voor therapeutische doeleinden belicht worden. Ook hier ligt weer een terrein voor samenwerking.

De psychologie

Te oordelen naar het ruime aanbod van psycho-sociale problemen (38-50% van de gevallen), zou de huisarts in staat moeten zijn deze te onderkennen en hierin door een gerichte anamnese te differentieren om directe hulp te kunnen bieden of tot een zinvolle verwijzing te kunnen komen.
De doelstelling van de medische psychologie wordt in het rapport "Structuurplan onderwijs voor medische psychologie en psychotherapie van de R.U.U." als volgt gedefinieerd: het methodisch hanteren van relaties met als doel het optimaal functioneren in de interacties in die situaties waarmee de arts te maken krijgt.

Te onderscheiden zijn dan:

1. de verstoorde relaties van de patient en zijn milieu;
2. de arts-patient-relatie en
3. de interacties in het medisch milieu.

Voor het bereiken van dit doel moet gebruik gemaakt worden van vier hoofdstukken uit de psychologie:

-de funktieleer;

- de differentiële psychologie;

- de ontwikkelingspsychologie;

- de sociale psychologie.

Vóór alles is het van belang dat de arts beschikt over een goede gesprekstechniek en tot gespreksanalyse in staat is.

Longitudinale zorg

Patienten, ingeschreven bij de huisarts vallen telkens weer op deze terug als zich gezondheidsproblemen voordoen, verspreid in de tijd en uiteenlopend van aard. Huisartsen omspannen zo met hun patientenzorg alle trajecten van de levensweg vanaf de constatering van leven tot en met de constatering van de dood. Een zo langs het leven getrokken lijn tussen begin- en eindpunt brengt het longitudinale aspect van de basale zorg in beeld. Alle levensfasen vallen in deze lijn (praenataal, geboorte, postnataal, zuigeling, kleuter, kind in de basisschooljaren, puber, adolescent, volwassene, involutiefase, ouderdom).
Ook alle benadering van de patient waarin een tijdsfactor in het geding is kan op deze lijn worden uitgezet (preventief, anticiperend, actueel, follow-up, voor- en nazorg).

De natuurlijke historie van de mens is een wonderlijk samengaan van zichzelf blijven en veranderen.

In samenloop met de omstandigheden waaronder de mens leeft, kunnen zich in deze staat van wording casu quo verwording (verval) tal van wendingen voordoen, waarin de huisarts te hulp wordt geroepen. Een belangrijk aspect van longitudinale zorg is, dat patient en arts bij al deze 'eerste hulp' kunnen terugvallen op hun bestaande relatie, vroegere samenwerking en gegroeid vertrouwen. Daarbij kunnen zij profiteren van hetgeen de arts van de patient weet omtrent bijvoorbeeld zijn houding tegenover ziekte of het gedrag van zijn organisme ten opzichte van bepaalde medicamenten. Longitudinale zorg die berust op incidentele hulpvraag van degene die zich op onregelmatige tijden patient voelt, is herhaalde latitudinale zorg waarin de ervaring van voorafgaande contacten verwerkt is.
Van meer waarde wordt deze zorg, nog steeds uitgaande van door de patient aangevraagde hulp, als de contacten worden uitgebuit voor anticiperende hulp, waarbij de arts hem bekende risicofactoren voor de patient ter sprake brengt, eventueel een daarop gericht onderzoek doet.

Het basispatroon voor longitudinale zorg is kennis van de ontwikkelingslijnen waarlangs zich de ontwikkeling van de mens voltrekt en de binnen aanvaardbare grenzen vallende variaties daarop. Dit zal de huisarts in staat stellen de bijbehorende processen beter te begeleiden en daarop in enig stadium invloed uit te oefenen. Het vinden van parameters behoort tot de taak van degenen die de huisartsgeneeskunde verder tot ontwikkeling moeten brengen. Het verrichten van relevante metingen en testen van relevante waarden en het registreren van de bevindingen zou een begin kunnen zijn van trendbewaking door de huisarts van de toekomst. (zie hiervoor Wiebenga en Bekkering, Toekomstbeeld der techniek no. 14).
Deze dienst zou de huisarts kunnen aanbieden in de vorm van periodieke "check up" of beter in de vorm van diverse onderzoekingen op op de levenslijn aangegeven geschikte peildata.
Alle aspecten van de persoonlijkheidsontwikkeling, waaronder de psychologie van de levensfasen valt, behoren in de opleiding onder de aandacht van de aanstaande huisarts gebracht te zijn.

Een nieuw en nagenoeg onontgonnen veld is dat van de ontwikkelingspathologie. Deze is voor de huisartsgeneeskunde van bijzonder belang. Het gaat hierbij niet om pathologische ontwikkeling. Het gaat om de vraag wat er gebeurt als een normale ontwikkeling blijft 'haken' aan een pathologisch gegeven.
Bijvoorbeeld: de motorische ontwikkeling van een kind met een normale hersenfunctie en een intact locomotorisch apparaat zal toch gestoord zijn als het kind slechtziend is (zie Kugel, Psychologie van het lichaam).
De maatschappelijke carrière van een man kan omgebogen worden doordat zich bij een chronische bronchitis een emphyseem ontwikkelt. Verstoring in één procesketen transcendeert in processen, die normaliter in samenhang met deze keten verlopen. Basisvoorwaarden kunnen ontbreken of uitvallen en het leven in een andere richting dwingen.
Door de inloop van pathologische processen wordt de levensloop verbogen.
Hoe ? Pathologische eindtoestanden (invaliditeit) brengen critische wendingen teweeg. Welke ? Welke begeleiding heeft de post-infarctpatient nodig ? Systematische bestudering van deze vraagstukken, die meer omvatten dan wat men wel secundaire preventie noemt en waarbij het uit therapeutisch oogpunt soms meer om 'validatie' dan om 'revalidatie' gaat, is geboden.

Bijlage 1

BASISPATROON ZWANGERSCHAP + BEVALLING

ststelling zwangerschap	In verwachting zijn	Rol v.d. zwangere (en echtgenoot)
nwijzingen w.o. tests, kere tekenen (kind ontkken), schatting van de ur	gewenst/ongewenst	gehuwd/ongehuwd
rloskundige belangrijke orkennis		
de vrouw leeftijd bloedgroep/lues bekkenmaten cyclus gezondheidstoestand pariteit erloop van de vorige zwangerschap bevalling en kraambed	keuze arts/vroedvrouw keuze thuis-/poliklinische bevalling keuze kraamcentrum/baker/familielid	patienten aan wie bij deze gelegenheid basale zorg latilongitudinaal wordt aangeboden en met wie een goede band groeit
het gezin erfelijke factoren situatie (behuizing, financiële draagkracht, werkende vrouw)		
rloop zwangerschap		
rmale duur rmale gewichtstoename rmale groei van de vrucht (fundus) rmale ligging en tijdige indaling menorrhoe	konditietraining (zwangerschapsgymnatiek)	beroepsinvaliditeit i.h.a. 6 weken ante partum met behoud van salaris
rloop partus		
rmale weeën eken van de vliezen kort voor het begin of tijdens de weeën rmale duur van ontsl. tijdperk rmale duur uitdr. tijdperk nodig episiotomie/placenta volgt op tijd en is kompleet	te juister tijd arts/vroedvrouw waarschuwen	verpleeg-hulpbehoevend gedurende tien dagen
nd		
boorte in achterhoofdsligging rmale apgar-score en afwijkingen/icterus neonatorum	naamgeving	tijdige aangifte

kraambed

normale mictie/defaecatie
imobilisatie
interpretatietests
oude primi/grande multi
rubeola contact
contr. gewicht/tensie
fundus/cortoneu
urine Hb/oedemen
kind: ligging, groei, gemelli, leven
duur: abortus-serotinitas
schadelijke ontwikkeling a.h. lichaam v.d. $\overset{0}{+}$:
varices/striae e.d./haemorrhoiden/vlekken
toxicose ziekten
geneesmiddelengebruik
schadelijke geneesmiddelen
rookgewoonten
controle frequentie
vroeg gebroken vliezen
abnormale weeën
traag vorderende partus
abnormale ligging
meconiumhoudend vruchtwater
fluxus
manuele placenta-verwijdering
controle frequentie
icterus
aanvullen apgar score
afwijkingen kind direkt p.p.
doodgeboorte
drinken/mictie/defaecatie
wakker zijn/thrombose/psych. stoornissen
haaruitval

kostbare zwangerschap (b.v. na fertiliteitsonderzoek)
nausea gravid.
craigni/ischialgie

bereikbaarheid arts/vroedvrouw
speciaal in weekends

i.h.a. indicaties voor verwijzing

gezinsregeling
gedwongen huwelijk
afstaan van kind ?

handelwijze bij dood kind
ernstige defecten

Samenwerken met:
- gynaecoloog
- kruisverenigingen c.q. kraamcentra/baker
- verloskundige
- fysiotherapeut(e)
- diëtiste
- hoofdzuster kraamkliniek
- FIOM/Pro Juventute/Hendrik Piersonvereniging
- kinderarts

Bijlage 2

BASISPATROON "1-6 jaar"

Capaciteit (meet- en testbaar)	motivatie	rolverwachting
snelle proportionele groei en ontwikkeling - locomotorisch - spraak - herinneringsvermogen - rede - waarneming en gewaarwording - smaak	nieuwsgierig (verkennen) behoeftig (terugkeer) gericht angstig bezitsdrang agressief gedrag aanhankelijk (zich laten bezitten)	ontplooiing onder bescherming wordt onderwezen en behandeld in interactie (vnl. onderkend) in dialoog
	omgang met mensen en dingen - handelen - handig zijn - handel drijven (met gunsten) - zinsbouw/converseren - relaties ontwikkelen (o.a. met gelijken) - beheersing (o.a. sfincters) - imitatie en fantasie	bewonderd (adhaesie) en afgewezen schuldig naar de normen van de samenleving magische en anthropomorphe verklaring reële verklaring
	Zelfbewustwording - bewustwording eigen lichaam, geslacht en capaciteiten - evaluatie eigen gedrag - bewustwording van de rol die ik geacht word te spelen	
	Oordeel - zie de wereld door het medium van mijn zelfconcept	
	Letten op eetgewoonten, slaapgewoonten, defaecatiepatroon, gedragspatroon	

Bijlage 2 a

In het basispatroon van de kleuterleeftijd herkent men:

a. het kind als mensenkind, als object.
Hierover zijn een aantal meet- en testbare gegevens te verzamelen, o.a. zijn snelle proportionele groei en ontwikkeling, n.l. lengtegroei en gewicht, zijn locomotorische ontwikkeling, d.i. de ontwikkeling van zijn houding en bewegingsapparaat (hij leert dus staan en lopen), krachtige ontwikkeling van de spraak (vanaf ongeveer 1 jaar leert hij losse woorden, tot 6 jaar een aantal goed gevormde zinnen), ontwikkeling van zijn herinneringsvermogen (zijn inprentingsvermogen), ontwikkeling van zijn rede (hij is in staat logisch te combineren en te concluderen), belangrijke ontwikkeling van zijn zintuigen, belangrijke ontwikkeling van zijn smaak in de brede zin van het woord, niet alleen dat hij proeven kan, maar ook dat hij leert onderscheiden: hij leert dingen waarderen en afwijzen.

b. het kind als subject, het ikje, waarbij als belangrijk gegeven zijn motivatie, die is onderverdeeld in een aantal aspecten, n.l.:
hij is nieuwsgierig, d.w.z. hij gaat op verkenning uit, waarbij hij gemotiveerd wordt door zijn nieuwsgierigheid,
hij is behoeftig, hij keert dus ook weer direct terug tot zijn basis (de schoot van zijn moeder).
hij is gericht angstig, d.w.z. hij leert onderscheiden dat sommige dingen wél gevaarlijk zijn en andere weer niet dat sommige mensen hem welgezind zijn en anderen weer niet en hij heeft een duidelijke bezitsdrang.
Hij gaat behalve zijn eigen lichaam ook zijn eigen wereldje afgrenzen, zo van, dit is van mij en hij pakt dingen van anderen af, die hij in zijn bezit wil hebben. Zulks zal leiden tot agressief gedrag en tegelijkertijd tot een aanhankelijke opstelling. Hij is echter ook bereid zich te laten bezitten.

Voorts begint hij met mensen en dingen om te gaan, d.w.z. hij gaat handelen en toont ook een zekere handigheid. Hij gaat zelfs handel drijven, in die zin dat hij begint te ontdekken dat hij iemands gunsten kan winnen maar ook iemands weerzin kan opwekken en zijn eigen gunsten kan aanbieden en onthouden aan de ander.
Verder begint hij in de omgang met mensen te converseren, omdat hij in staat is tot een goede zinsbouw.
Als hij wat ouder is, zo omstreeks zijn vierde jaar, gaat hij relaties ontwikkelen met o.a. zijn leeftijdgenootjes. Hij leert zijn body beheersen, met name zijn sfincters, waardoor hij zindelijk wordt.

Als sluitstuk van deze ontwikkeling: hij krijgt een belangrijk stuk eigen inbreng doordat hij imitatie pleegt (ouders imiteert) en eigen ideeën, dromen uit gaat werken.
Uit de motivatie en omgang komt als centraal gegeven voor de kleuterleeftijd de zelfbewustwording tevoorschijn.
De zelfbewustwording valt uiteen in de bewustwording van zijn eigen lichaam en van zijn eigen geslacht en capaciteiten. Hij komt tot een evaluatie van zijn eigen gedrag, want in de omgang met mensen begint hij te begrijpen wat hij wel en niet kan, goed en niet goed is. Hij komt tot een bewustwording van de rol die hij geacht wordt te spelen in het leven.
Dit is dus de taak die de buitenwereld op hem legt.

c. het profiel van de kleuter, de wijze waarop anderen tegen hem aankijken.
Er is dus een zekere rolverwachting. De wens is dat hij zich ontplooien zal; hij behoeft echter bescherming ("hij mag gaan tot de rand, maar niet in de sloot"); hij wordt onderwezen en hij wordt behandeld, d.w.z. er is een handelingsveld met zijn omgeving waarin men handelt en waarin hij meehandelt.
Doordat hij praat is er ontwikkeling van een dialoog en in dat geheel zijn er een paar mogelijkheden: hij wordt òf bewonderd, dan krijgt hij adhaesie òf hij wordt afgewezen en dan is hij schuldig omdat hij niet voldoet aan de normen van de samenleving. Dan is er nog de leeftijd dat hij aanvankelijk genoegen neemt met magische anthropomorphe verklaringen van geestelijke waarden of van dingen die zijn petje te boven gaan.
Naarmate hij ouder wordt zal hij een groeiende behoefte hebben aan een reële verklaring van de dingen.

Voor de huisartsgeneeskunde voor deze leeftijdsgroep zijn van belang:

1. normale ontwikkeling van het kind tussen het 1e en 6e jaar
2. voeding
3. gezin of gezinsrelaties
4. organisaties voor hulpverlerlening aan het kind
5. storingen in de aanleg
6. de ziekten van de kinderleeftijd
7. traumata en vergiftigingen
8. veel voorkomende verschijnselen
9. preventie
10. voorlichting (schoeisel, kleding, bed, sexuele voorlichting, gebit)

BASISPATROON "6-12 jaar"

De verdere ontwikkeling van het kind heeft vooral plaats:

- in het gezin
- op school

Capaciteit

voortgaande proportionele groei en ontwikkeling

- gewicht en lengte
- motorische ontwikkeling
- handigheid
- vaardigheid in taalgebruik
- logisch denken
- smaak, creativiteit, gedrag

een en ander te kontroleren met diverse meet- en testmethoden (IQ, leesleeftijd, rekentests, zintuigentests)

omgang

richt zich niet alleen op concrete dingen, maar ook op ideeën.
Omgang met leeftijdgenoten in klasse- en groepsverband.
Omgang met nieuwe gezaghebbende figuren.
Opbouw van nieuwe relaties.

Zelfkennis

o.a. door vergelijking met soortgenoten.

oordeel:

leert de realiteit taxeren en waarderen, waarbij ik mij uiteraard oriënteer aan de binnen ons gezin geldende waarden en onze wijze van beleven.

rolverwachting

Capabel voor schoolwerk (intellectueel)
Voldoende zelfbeheersing om in groepsverband met kameraadjes te verkeren.
Geneigd om aanwijzingen van anderen dan de ouders te erkennen en op te volgen.
Emotioneel in staat om gescheiden zijn van moeder te verdragen.

Let op physiol. leeftijd (te schatten bij het "binnenkomen"), ontwikkelingsleeftijd (te schatten bij het weggaan) en kalenderleeftijd.

Discrepantie tussen de eerste twee leidt tot:

- stemmingsstoornissen
- destructief gedrag
- physieke symptomen

Dit wordt geluxeerd door omgang met leeftijdgenoten.