

# HOLLEND NAAR DE HORIZON



# HOLLEND NAAR DE HORIZON

Huisartsgeneeskunde in wijkend perspectief

Opstellen aangeboden aan Chris Bruins bij zijn afscheid als directeur  
van het Nederlands Huisartsen Instituut

Utrecht, december 1979



Christiaan Peter Bruins werd in 1936 geboren te Deventer, waar zijn vader huisarts was. Ging na zijn middelbare schooltijd (eindexamen Gym. B 1955) medicijnen studeren aan de Vrije Universiteit te Amsterdam, waar hij in 1964 het artsexamen aflegde. Was intussen (1962) getrouwd met Ina Haring. Vervulde van 1964 tot 1965 een assistentschap op de afdeling interne geneeskunde van het Gemeenteziekenhuis te Arnhem (onder leiding van de internisten Schalm en Brand) en was gedurende enkele maanden werkzaam in de huisartspraktijk van Van Aalderen te Hoensbroek.

Trad in 1965 in dienst van de Rijksuniversiteit te Groningen, als medewerker van het later tot Instituut voor Huisartsgeneeskunde omgedoopte Instituut voor Sociale Geneeskunde, onder leiding van prof. dr. K. van Deen, waar hij als een van de eerste huisartsen in Nederland, als we de artsen van de Philips Medische Dienst even buiten beschouwing laten, een huisartspraktijk in dienstverband begon. Deze praktijk werd in 1966 een van de eerste Nederlandse groepspraktijken toen de huisartsen Noordhoff en Verdenius de gelederen kwamen versterken.

Deze samenwerking duurde tot augustus 1971, toen Chris Bruins naast J.C. Oeberius Kaptein werd benoemd tot directeur van het Nederlands Huisartsen Instituut, speciaal belast met de zorg voor het wetenschappelijk onderzoek; een taak die hij tot zijn afscheid (december 1978) met verve heeft vervuld.

Bovenstaand chronologisch overzicht doet echter volstrekt geen recht aan de dynamische wijze waarop Chris Bruins, zoals hij dat zelf noemde 'de huisartsgeneeskunde aan het onderbouwen was'. Er is bijna geen terrein te bedenken waar hij zijn sporen niet heeft nagelaten.

Toch zijn er wel enkele steeds terugkerende thema's aan te wijzen. 'De relatie huisarts-specialist' is zo'n terugkerend thema geweest, dat ook uit de onderzoeksactiviteiten van het N.H.I. niet meer is weg te denken. 'Omgaan met psychosociale problematiek' is een ander belangrijk onderwerp. Als actief lid van de Commissie Medische Psychologie is Chris altijd in de weer geweest met het bevechten van de in zijn ogen meer kwaad dan goed doende eenzijdigheid van het strikte medische model. Experimenten met het groepsgewijs behandelen van mensen met gelijksoortige problematiek bijvoorbeeld waren concretisering van deze belangstelling.

Het veranderend morbiditeitspatroon in de huisartspraktijk kreeg zijn gestalte in de oprichting van uit huisartsen en specialisten samengestelde werkgroepen voor een gestandaardiseerde behandeling van chronische patiënten. Samen met Wim van Veen was Chris de drijvende kracht achter deze groepen. Iedere huisarts kent de resultaten ervan (chronische-patiëntenkaart, hypertensie- en diabetesschema's).

Versterking van de eerste lijn - niet uit een strikt opgevat welbegrepen eigenbelang van een groep, waarvan de positie van verschillende zijden bedreigd wordt, maar uit een diepgewortelde overtuiging, dat alleen een generalist, zoals een huisarts, die dicht bij de mensen staat, erin zal slagen de samenhangen tussen lichamelijke, geestelijke en sociale aspecten van ziek zijn en onwelbevinden te doorgronden.



**dr. C.W. Aakster,**

geboren 1939. Was tot 1978 medewerker aan het Instituut voor Sociale Geneeskunde van de Rijksuniversiteit te Leiden en is sindsdien gevestigd als zelfstandig adviseur op het gebied van de gezondheidszorg. Schreef in 1972 het proefschrift: 'Social and cultural variables in the etiology of health disturbances' en heeft over vele andere aspecten (structuur en functioneren van de gezondheidszorg, alternatieve geneeswijzen) van de gezondheidszorg gepubliceerd.

**dr. H.J. van Aaldereen,**

geboren 1929. Was van 1958 tot 1971 huisarts te Hoensbroek en één van de oprichters van het gezondheidscentrum aldaar. Is sinds 1970 lector en sinds 1973 hoogleraar in de huisartsgeneeskunde aan de Vrije Universiteit te Amsterdam. Geestelijke vader van het project 'Methodisch werken in de huisartspraktijk'.

**dr. L.M. van den Akker,**

geboren 1940. Van 1969 tot 1979 huisarts te Doetinchem. Sinds 1977 lid van het Centraal Bestuur van de Landelijke Huisartsen Vereniging; het laatste jaar speciaal belast met het voorbereiden van een vestigingsbeleid voor huisartsen. Per 1-10-'79 directeur patiëntenzorg van het St. Jozefziekenhuis te Deventer.

**mr. S.I.M. Bless,**

geboren 1947. Medewerker bij de Nationale Kruisvereniging te Utrecht. Is sinds de oprichting (1975) actief in het door de Nationale Kruisvereniging, het Nederlands Huisartsen Instituut en de Landelijke Organisatie voor Maatschappelijke Dienstverlening 'JOINT' gezamenlijk gedragen S-1 project ter ondersteuning van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerstelijns gezondheidszorg.

**dr. G.J. Bremer,**

geboren 1924. Sinds 1953 huisarts te Nieuwkoop; sinds 1970 lector in de huisartsgeneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Leiden, en per 1 januari 1980 benoemd tot hoogleraar in dat vak aan de Rijksuniversiteit te Groningen. Publiceert over huisartsgeneeskunde mede vanuit een artistieke belangstelling, en is als zodanig een onorthodoxe figuur.

**dr. W. Brouwer,**

geboren 1924. Van 1952 tot 1964 huisarts te Emmeloord. Trad daarna in dienst van het pas opgerichte NHI, waar hij zich in het bijzonder met de (na)scholing van huisartsen bezighield. Was vervolgens medewerker aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit te Utrecht en werd in 1974 hoogleraar in de huisartsgeneeskunde aan de Rijksuniversiteit Limburg.

**P.V.M. Cromme,**

geboren 1941. Sinds 1971 huisarts te Twello. Is sinds 1975 lid van het Bestuur van het NHG en voorzitter van de werkgroep 'Toetsing in de huisartsgeneeskunde'.

**dr. E. van der Does,**

geboren 1928. Van 1958 tot heden huisarts te Rotterdam, en sinds 1978 lector in de huisartsgeneeskunde aan de Erasmus Universiteit aldaar. Schreef in 1978 een proefschrift over de epidemiologie van het acute hartinfarct, 'The Imminent Myocardial Infarction Rotterdam Study'.

**dr. H.J. Dokter,**

geboren 1926. Van 1957 tot 1973 huisarts te Amsterdam en medewerker aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam. Was van 1968 tot 1972 voorzitter van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Is sinds 1973 hoogleraar in de huisartsgeneeskunde aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam.

**G. Dorrenboom,**

geboren 1932. Sinds 1960 huisarts te Rotterdam. Maakte van 1970 tot 1979 deel uit van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het NHG en was in die hoedanigheid nauw betrokken bij de ontwikkeling van huisartsgeneeskundig onderzoek in internationaal verband. Is secretaris van de European General Practice Research Workgroup.

**dr. K. Gill,**

geboren 1923. Sinds 1953 huisarts te Zwammerdam. Werd in 1974 lid en in 1979 voorzitter van de Redactiecommissie van Huisarts en Wetenschap. Schreef in 1973 het proefschrift 'Sociaal-verloskundige Verkenningen'.

**dr. F.J.A. Huygen,**

geboren 1917. Sinds 1943 huisarts te Lent; vervult naast de huisartsenpraktijk sinds 1968 een buitengewoon hoogleraarschap in de 'Toepassing van de geneeskunde in het gezin'. Het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut is onder zijn leiding geworden tot een internationaal bekend centrum voor wetenschappelijk onderzoek ten behoeve van de huisartsgeneeskunde.

**S. van der Kooij,**

geboren 1930. Van 1960 tot 1979 huisarts te Voorschoten en sinds 1971 medewerker aan het Leids Universitair Huisartsen Instituut. Was voorzitter van het Bestuur der Stichting NHI. Volgde op 1 oktober 1979 Chris Bruins op als algemeen directeur van het Nederlands Huisartsen Instituut.

**dr. I.Ph.L. Koperberg,**

geboren 1922. Was van 1956 tot 1967 huisarts te Amsterdam. Werd in dat jaar door de werkgroep klinisch geneesmiddelen onderzoek TNO gedetacheerd op het NHI en ging in 1971 over naar het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit te Utrecht. Promoveerde in 1977 op het proefschrift 'Dubbelblind geneesmiddelen onderzoek met en zonder placebo'. Is sinds oktober 1979 adviserend geneeskundige van het Ziekenfonds Rijnstreek te Velp.



**dr. H. Lamberts,**

geboren 1940. Sinds 1968 huisarts in de Rotterdamse wijk Ommoord, en één van de oprichters van het Gezondheidscentrum aldaar. Is lid van de Redactiecommissie van Huisarts en Wetenschap en auteur van vele publicaties over verschillende aspecten van de huisartsgeneeskunde.

**J.S. Meijer,**

geboren 1938. Sinds 1969 huisarts te Amsterdam en medewerker aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam. Is sedert 1970 lid van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het NHG en heeft zich in die hoedanigheid beziggehouden met de organisatie en inhoud van specifiek huisartsgeneeskundig onderzoek.

**dr. R.A. de Melker,**

geboren 1932. Sinds 1962 huisarts, eerst te Winschoten, later in Lent (samen met Huygen) en medewerker aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut. Sinds 1975 lector in de huisartsgeneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht. Auteur van vele publicaties rond het onderwerp relatie huisarts/klinisch specialist en ziekenhuis.

**dr. J.P.C. Moors,**

geboren 1928. Sinds 1961 huisarts te Rosmalen. Leider van het project 'Man-Vrouw-Anticonceptie' van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Schreef in 1970 een proefschrift getiteld: 'Gezinsregeling' en is samen met zijn echtgenote auteur van vele publicaties op het gebied van geboortenregeling en het helpen bij seksuele moeilijkheden.

**F.E. Riphagen,**

geboren 1941. Van 1969 tot 1978 huisarts in de Rotterdamse wijk Ommoord en één van de oprichters van het gezondheidscentrum aldaar. Maakte vanaf 1973 deel uit van het bestuur van het Nederlands Huisartsen Genootschap; de laatste jaren als vicevoorzitter. Is nu adjunct-directeur van de G.G. en G.D. te Utrecht.

**V.C.L. Tielens,**

geboren 1935. Sinds 1966 als huisarts verbonden aan de Philips Medische Dienst te Eindhoven. Was van november 1972 tot april 1976 voorzitter van het bestuur van het Nederlands Huisartsen Genootschap en heeft in die functie en in zijn eigen huisartspraktijk het 'methodisch werken' veel aandacht gegeven.

**W.A. van Veen,**

geboren 1945. Verricht thans, na korte tijd als huisarts gepraktiseerd te hebben, wetenschappelijk werk, met name op het gebied van chronische aandoeningen in de huisartspraktijk. Verzorgde als lid van de Redactiecommissie van Huisarts en Wetenschap de themanummers over hypertensie en diabetes.

**R. Veldhuyzen van Zanten,**

geboren 1926. Sinds 1956 huisarts te Enter. Was in 1958 mede-oprichter van de Commissie Integrale Geneeskunde (later de Commissie Medische Psychologie) van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Sinds 1972 voorzitter van deze commissie, in de jaren '60 lid van het NHG-bestuur. Is actief doende verschillende vormen van psychosomatiek, psychotherapie en huisartsgeneeskunde te integreren.

**W. Verdenius,**

geboren 1932. Was van 1962 tot 1968 huisarts te Heerenveen, is sinds 1968 huisarts aan de Universitaire Huisartsgroepspraktijk van de Rijksuniversiteit te Groningen. Als medewerker van dit instituut is hij belast met de coördinatie van de beroepsopleiding. Is lid van de Commissie Takenpakket van de Landelijke Huisartsen Vereniging.

**A. Vrij,**

geboren 1934. Was van 1962 tot 1975 huisarts te Utrecht en van 1969 tot 1973 secretaris van het NHG-bestuur. Werd vervolgens Geneeskundig Inspecteur van de Volksgezondheid in algemene dienst voor de eerstelijns gezondheidszorg bij de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid te Leidschendam.

**W. Zwanikken,**

geboren 1934. Psycholoog, wetenschappelijk medewerker aan het Instituut voor Klinische Psychologie en Persoonlijkhedsleer van de Rijksuniversiteit te Utrecht en als psychotherapeut verbonden aan het Instituut voor Multidisciplinaire Psychotherapie. Houdt zich (onder meer) bezig met arbeidstherapie, voedingsgewoonten en de psychologische aspecten van ouderdom.

<b>Ten geleide</b>	13
<b>I Klachten en problemen in de huisartspraktijk</b>	
- dr. C.W. Aakster, Van klacht tot morbiditeit	19
- prof. dr. H.J. van Aalderen, Psychosociale problematiek	25
- dr. K. Gill, Zwangerschap en verloskunde in de huisartspraktijk	31
- prof. dr. F.J.A. Huygen, Gezondheid, ziekte, gezin en huisarts	38
- dr. J.P.C. Moors, Van gezinsregeling naar helpen bij seksuele moeilijkheden: De mens achter de methode	43
- W.A. van Veen, Chronische patiënten	50
- W. Zwanikken, De oudere patiënt in de huisartspraktijk	56
<b>II Het functioneren van de huisarts</b>	
- prof. dr. W. Brouwer, De educatieve functie van de huisarts	69
- S. van der Kooij, Systematisch registreren	73
- dr. I.Ph.L. Koperberg, Voorschrijven	76
- dr. R.A. de Melker, Verwijzen door huisartsen naar medische specialisten	79
- V.C.L. Tielens, De huisarts als vraagverhelderaar	91
- R.C. Veldhuijzen van Zanten, Huisarts en medische psychologie	96
<b>III De structuur</b>	
- dr. L.M. van den Akker, Een perspectief voor de Landelijke Huisartsen Vereniging	107
- mr. S.I.M. Bless, Op zoek naar een geschikte organisatorische vormgeving van samenwerkingsverbanden in de eerste lijn	110
- P.V.M. Cromme, De beroepsgroep als bewaker van de kwaliteit van het handelen	119
- prof. dr. H.J. Dokter, Versterking van de eerste lijn: illusie of realiteit?	122
- dr. H. Lamberts, Huisarts en geld	125
- F.E. Riphagen, De structuur waarin de huisarts werkt en de positie van het Nederlands Huisartsen Genootschap	131
- A. Vrij, Een nieuwe structuur van de eerstelijns gezondheidszorg	136
<b>IV Huisartsgeneeskunde als wetenschap</b>	
- dr. G.J. Bremer, Een aantal stellingen bij proefschriften van huisartsen	147
- dr. E. van der Does, Huisarts en epidemioloog	158
- G. Dorrenboom, Wetenschappelijk onderzoek in internationaal perspectief	170
- J.S. Meijer, Wetenschapsbeleid voor de huisartsgeneeskunde	174
- W. Verdenius, Enkele ontwikkelingslijnen in de huisartsgeneeskunde	180
<b>Literatuuropgave</b>	195



Voor de discussies rond het vaststellen van de taak van de huisarts was 1975 een belangrijk jaar. Van de zijde van de KNMG verscheen een discussienota van de Commissie Eerste Echelon: 'De plaats van de medicus in het eerste echelon' en het Nederlands Huisartsen Genootschap presenteerde zijn visie op 'methodisch werken' in de brochure 'Hoe helpt de dokter?'

Het eerste rapport zou men, enigszins gesimplificeerd, kunnen kenschetsen als een verdienstelijke poging om de taken in een modale huisartspraktijk op grond van de feitelijke situatie van contouren te voorzien; het tweede rapport heeft verder strekkende gevolgen voor de werkwijze van de huisarts. Voor het eerst wordt met zoveel woorden beschreven dat de essentie van het werk van de huisarts in de eerste lijn van de gezondheidszorg ligt, in het verhelderen van de hulpvraag van de patiënt; niet vanzelfsprekend binnen het medisch kader, maar zorgvuldig onderzoekend óf het betreffende probleem wel in het medisch kanaal thuishoort.

In het KNMG-rapport is diagnostiek één van de twaalf(!) hoofdtaken van de huisarts; in 'Hoe helpt de dokter?' wordt diagnostiek als een bijzondere (en zeker in het begin pas na zorgvuldige overweging toe te passen) vorm van probleemverheldering beschouwd. De vraag of een probleem 'medisch' is, wordt (enigszins gechargeerd) in het geval van 'methodisch werken' beantwoord met 'neen, tenzij' en in het KNMG-rapport met 'ja, tenzij'.

Bij de zinsnede 'de plaats van de medicus in het eerste echelon' ligt de nadruk op *medicus*; in de NHG-nota ligt het accent op *eerste echelon* en op de specifieke eisen, die het werken in de eerste lijn stelt.

Als *beschrijving van de werkelijkheid*, van het feitelijk functioneren van huisartsen kan men de KNMG-nota geslaagd noemen. Men kan niet ontkennen, dat voor het handelen van de huisarts de nabijheid van klinisch specialisten en ziekenhuizen van grotere invloed is dan de relatie-mogelijkheden met het Algemeen Maatschappelijk Werk. Iedereen die de samenhangen in de gezondheidszorg bestudeert, zal dit beamen.

Als *uitgangspunt voor veranderingen* geeft de nota weinig aanknopingspunten. Er wordt niet aangegeven *hoe* veranderingen in het takenpakket van de huisarts in de toekomst kunnen ontstaan. Op deze wijze zal men elke tien jaar de status quo moeten vaststellen en accepteren. In feite gaat de KNMG-nota ervan uit dat de ontwikkelingen in de gezondheidszorg min of meer autonoom verlopen, (weliswaar gaat het eerste hoofdstuk van het rapport over 'verandering', maar het functioneren van de huisarts wordt daar gezien als een reactie op veranderingen in de maatschappij) een gezichtspunt waar wij als sociologen ons zeker verwant mee voelen, maar die onrecht doet aan de mogelijkheden de ontwikkelingen in de maatschappij te sturen. De NHG-nota is ook niet zo expliciet over de manier waarop men de voor de toepassing van de methodische werkwijze benodigde veranderingen tot stand wil brengen, maar het methodisch werken op zichzelf is al een bron van aanzienlijke spanningen in de gezondheidszorg tussen het eerstelijns karakter van het werk van de huisarts en zijn verplichtingen als medicus-in-de-frontlinie.

In het hierna volgende (te sterk vereenvoudigde) schema waarin de huisarts functioneert op het kruispunt van eerstelijns hulpverlening en klinische geneeskunde, kan men bovengenoemd spanningsveld onderscheiden. Dit spanningsveld vormt een aan de positie van de huisarts inherente bron van verandering in de gezondheidszorg.

(Ambulante) Geestelijke Gezondheidszorg	Geneeskunde	Verpleegkunde	Gynaecoloog Obstetricus
Maatschappelijk werkende	Huisarts	Wijkverpleeg- kundige	Verloskundige

## H U L P V R A A G

De gezondheidszorg staat echter niet geïsoleerd in de maatschappij. Economische, demografische en sociaal-culturele ontwikkelingen bepalen evenzeer de contouren van de gezondheidszorg. De economie bepaalt de speelruimte voor de gezondheidszorg, het deel van de schaarse goederen dat zij in beslag kan nemen. De wisselwerking tussen demografie en economie behoeft nauwelijks uitleg; in alle prognoses over de toename van het aantal niet-actieven wordt gesteld dat de pijlers onder het sociale verzekeringsstelsel van onze welvaartsstaat wankelen. Bovendien is de relatie tussen welvaart en kindertal een vast gegeven. Uit een combinatie van demografische en economische factoren laten zich de ontwikkelingen in het gezondheidszorgstelsel op de lange termijn goed verklaren. De economie geeft aan wat een staatshuishouding kan spenderen aan gezondheidszorg –een collectief goed– en waar het geld terecht komt: in ziekenhuizen, bij de farmaceutische industrie of bij ‘blote-voeten-dokters’. Demografische ontwikkelingen hebben nog andere effecten; veroudering van de bevolking zorgt voor meer problemen in de gezondheidszorg. Afname van het kindertal maakt verloskundige zorg tot een specialisme en brengt bijvoorbeeld huisarts, verloskundige en gynaecoloog in een strijd om een kleiner wordende markt. Meer welvaart betekent rijker voedsel, meer voedsel, meer genotmiddelen. De gezondheidszorg zit met de gevolgen: hart- en vaatziekten, carcinomen en leverkwalen. Meer welvaart betekent een aanvallende verkeersstroom: meer ongevallen en dus een noodzaak voor meer EHBO-poliklinieken. Minder kinderen betekent een geringere ervaring van ouders en dus een verhoogde vraag naar geruststelling van hulpverleners. Toenemende mondigheid van patiënten, groeiende belangstelling voor zelfzorg, beïnvloeden de relatie hulpvrager-hulpverlener.

Al deze zaken hebben hun invloed op het soort problemen en ziekten waarmee mensen worden geconfronteerd en op hun behoefte (daarvoor) hulp bij de gezondheidszorg te zoeken. Ook beïnvloeden ze de omvang, aard en distributie van de hulp en de getals- en statusverhouding tussen de verschillende soorten hulpverleners. De hulpverlening houdt zichzelf ook aardig bezig: bijwerkingen van medicijnen, operatie- en narcoseletsel en ziekenhuisinfecties absorberen een deel van de energie van het gezondheidszorgstelsel.

In dit voorwoord zullen we ons beperken tot het summier aangeven van deze relaties. Er valt veel meer over te zeggen. Zo zijn er bijvoorbeeld lokaal sterke verschillen.

Veroudering van de bevolking zal een arts in de Flevo-polders weinig zeggen. Immigratie van mensen uit de tropen en subtropen met alle gezondheidszorgproblemen vandien, is ook lokaal geconcentreerd, en geluidshinder en werkloosheid zijn geen problemen op de Veluwezoom.

Met deze bundel is geprobeerd aan te geven onder invloed van welke interne en externe veranderingen de toekomst van de huisartsgeneeskunde kan worden beschreven. Weliswaar verloopt een aantal van deze ontwikkelingen autonoom –althans ver buiten de invloedssfeer van de gezondheidszorg–, maar dat betekent niet dat de gezondheidszorg achter de veranderingen aan moet lopen. Er zijn wel degelijk mechanismen, met name voor het beleid op korte termijn, die het werk en de werkomstandigheden van de Nederlandse huisarts kunnen sturen; de structuur van de gezondheidszorg wordt al lang niet meer als onbeheersbaar gezien.

Bovenstaande gedachten vormen het centrale thema van deze bundel opstellen. De huisarts, de huisartsgeneeskunde en het werk van de huisarts worden gezien in een driftig en dynamisch verlopend proces van reactie en anticipatie op veranderingen binnen en buiten de gezondheidszorg. Aan de raakvlakken van de huisartsgeneeskunde, daar waar de taken tussen huisarts en klinisch specialist en tussen huisarts en andere eerstelijns hulpverleners moeten worden afgebakend, en daar waar men geconfronteerd wordt met een veranderende hulpvraag van de zijde van de bevolking, doet de noodzaak tot aanpassing en beheersing zich het sterkst gevoelen. Op andere terreinen is de oppervlakkig geconstateerde rust echter schijn, getuige de vele bijdragen over deelaspecten van huisartsgeneeskunde en eerstelijns gezondheidszorg in deze bundel.

Holland naar de Horizon: een hommage aan Chris Bruins, als geen ander onvermoeibaar in de weer zijn ideaal van een humane gezondheidszorg, waarin utopie en werkelijkheid als Lam en Leeuw vredig naast elkaar bestaan, hier en nu te realiseren.

**J.P. Dopheide**  
**J. van der Zee**





## Deel I

### Klachten en problemen in de huisartspraktijk

- dr. C.W. Aakster, Van klacht tot morbiditeit	19
- prof. dr. H.J. van Aalderen, Psychosociale problematiek	25
- dr. K. Gill, Zwangerschap en verloskunde in de huisartspraktijk	31
- prof. dr. F.J.A. Huygen, Gezondheid, ziekte, gezin en huisarts	38
- dr. J.P.C. Moors, Van gezinsregeling naar helpen bij sexuele moeilijkheden: De mens achter de methode	43
- W.A. van Veen, Chronische patiënten	50
- W. Zwanikken, De oudere patiënt in de huisartspraktijk	56



## PROBLEEMVERHELDING

Wat betekent de vraag die de patiënt aan de arts voorlegt? Onder een klacht verstaan we een aan een andere persoon kenbaar gemaakt ongenoegen over een of andere aan gelegenheid. Men beklagt zich over de te hoge temperatuur in het werkvertrek, over de trein die te laat is, over het slecht gerepareerde televisietoestel, over de vernielzucht van de jeugd of over een zeurende pijn in het eigen lichaam. Een klacht, met name een medische klacht, heeft een zeer duidelijke communicatieve functie.

Er zijn dagelijks veel mensen met ongenoegens waarover niet wordt geklaagd: een onwillige spier, een blaas op de handen na het spitten, een zekere sufheid na een lange dag vergaderen in rokerige werkvertrekken. Kortom, iemand kan dagelijks vele ongenoegens of irritaties ervaren in de eigen gezondheid, waarvan slechts enkele tot klacht worden. Dit maakt de vraag actueel: waarom dan juist deze klacht op dit moment? Wat zit daar achter?

Een volgende vraag is: wat is morbiditeit? Morbiditeit is dokterstaal. De patiënt spreekt niet in termen van morbiditeit, maar praat over gevoelens en verschijnselen. De arts luistert of kijkt daar naar. Soms noteert hij letterlijk wat de patiënt zegt. In andere gevallen resumeert hij dat onder bepaalde interpretatieve en samenvattende termen (diagnose). Soms luistert hij minder goed, sommige mededelingen van de patiënt lijken hem relevanter dan andere, sommige hebben volgens hem niet te maken met zijn beroeps matige activiteit. Bepaalde mededelingen van de patiënt zijn in zijn ogen ongeloof waardig, andere zijn minder urgent en vereisen niet zijn directe actie. De dokter is dus bezig te *vertalen*. Meer of minder sturend vertaalt hij de verschijnselen en gevoelens van de patiënt in een taal en begrippenkader, waarmee hij aan het werk kan. Ten behoeve van zijn rol als arts heeft hij een bepaalde taakopvatting verworven, een bepaald referentiekader en bepaalde vaardigheden. Alleen indien hij een probleem binnen dat referentiekader kan plaatsen, een diagnose kan stellen, kan de arts zelf tot actie overgaan.

Deze vertalingen van patiëntenproblemen in voor de gezondheidszorg hanteerbare termen heten dan morbiditeit.

We zitten nu met drie vragen: hoe komt de patiënt ertoe uit zijn diverse dagelijkse ongenoegens een selectie te maken, die hij aan zijn arts aanbiedt? Welke regels leiden de arts om dit aanbod naar zijn eigen referentiekader te vertalen? En de derde vraag: welke relatie bestaat er dan nog tussen de oorspronkelijke ongenoegens van de patiënt en de vertaling daarvan door de arts?

## HOE ONTSTAAN KLACHTEN?

Om te beginnen maken we onderscheid tussen drie aspecten:

- hoe ontstaan irritaties/verschijnselen?
- hoe selecteert de patiënt daaruit een of meer klachten?
- waarom gaat de patiënt daarmee en wanneer naar welke hulpverlener?

De eerste vraag brengen we in verband met de leefwijze van de mens en zijn leefsituatie. Mensen verkeren in een voortdurende wisselwerking met hun omgeving: ze nemen regelmatig voedsel tot zich en staan daarvan een deel weer af aan die omgeving in de vorm van afvalstoffen en energie. Hetzelfde geldt voor de ingeademde lucht, de zonnewarmte en de uitwisseling van informatie: visueel, auditief en tactiel. Deze uit-

wisselingen zijn essentieel voor de mens; zijn adequate functioneren hangt ervan af, zoals dagelijks aan het eigen lijf te constateren valt. Onvoldoende voeding, een te lage temperatuur van de omgeving of een gebrek aan (zinvolle) menselijke contacten, leiden tot hongergevoel, onbehaaglijk koud gevoel, of depressie.

De balans die op deze wijze gehandhaafd wordt tussen mens en omgeving is binnen bepaalde marges vrij stabiel en kan wel een stootje velen. Maar er zijn situaties waarin sprake is van een langdurige(r) verstoring van deze balans: door een chronisch gebrek aan training van bepaalde spiergroepen atrofiëren deze en raakt de mens een deel van zijn vermogen kwijt om spierarbeid te verrichten.

Door een chronisch gebrek aan bepaalde voedingsbestanddelen of door ondermijning van de afweerkrachten door een slepende aandoening, neemt de 'vatbaarheid' voor andere ziekten en aandoeningen toe. Ook ónderbelasting is zo'n vorm van discrepantie tussen mens en omgeving. Wat op het meer materiële niveau geldt, geldt ook op een meer immaterieel niveau. Het verstoken blijven van voldoende liefde en aandacht kan leiden tot bijvoorbeeld meer kindersterfte en groei-achterstand, alsmede tot allerlei persoonlijkheids-afwijkingen.<sup>1</sup>

Er ontstaat dan een balansverstoring, een disharmonie. En wel tussen enerzijds de doelen/behoefte en mogelijkheden van de mens en anderzijds de eisen/mogelijkheden van zijn omgeving. De doelen passen niet op de omgevingsmogelijkheden, de eisen vanuit de omgeving zijn te hoog of te gering, gezien de mogelijkheden van de mens.

Er staan dan aan de mens uiteenlopende strategieën ter beschikking om de gesignaleerde discrepantie op te heffen. We spreken van *interne* aanpassing als de mens dit evenwichtsherstel nastreeft door iets in zichzelf te veranderen, waardoor hij beter in zijn omgeving past. Dus, hij verandert zijn doelen, stelt zijn aspiraties minder hoog, of probeert bijvoorbeeld door training zijn eigen mogelijkheden te vergroten. We spreken van *externe* aanpassing, wanneer de mens probeert om iets in zijn omgeving te veranderen, waardoor hij beter in die omgeving past. Hij schakelt een concurrent uit, zet de thermostaat wat hoger, maakt een afspraak met een vriend of vriendin. Van *migratoire* aanpassing is sprake als de mens migreert naar een andere omgeving. Hij verandert van baan, loopt van zijn partner weg, verhuist naar een grotere woning. Alle drie vormen van aanpassing kunnen ook inadequaat worden aangewend, we spreken dan van *pseudo*-aanpassing. Iemand die te veel van zichzelf opoffert, iemand die te fors ingrijpt in zijn situatie, iemand die te vaak van baan verandert. Ook kan een probleem ontkend worden: verdringing of projectie, de bekende verdedigingsmechanismen. Vroeger of later zal men dan echter toch tot een meer realistische aanpassing moeten komen.<sup>2</sup>

Dit zijn normale, aan de mens ter beschikking staande probleem-oplossende strategieën, waarvan ieder zich dagelijks meer malen bedient. In de meeste gevallen zullen deze pogingen tot herstel van harmonie slagen; men doet dit zonder het zich bewust te zijn. Wie zich hongerig voelt, gaat eten; wie boos is, probeert erover te praten of reageert zich af met een trap tegen de vuilnisemmer. Wie verdrietig is, zoekt afleiding in een goed boek; wie zich eenzaam voelt, gaat op bezoek bij een vriend of vriendin. Laten we zeggen dat de (her-)aanpassing in negen van de tien gevallen slaagt. Over dat ene resterende geval van aanpassing die niet geslaagd is moeten we het echter nader hebben. Er is een veelheid van aanwijzingen dat het juist dit soort discrepanties is, dit soort disharmonieën of evenwichtsverstoringen of hoe men het ook wil noemen (men kan bijvoorbeeld ook van stress spreken), dat bij grotere intensiteit of bij langere duur aanleiding geeft tot stoornissen in de gezondheid. In het klein kan men dat zien bij ge-

brek aan voedsel, gebrek aan slaap, zeer lawaaïge omgeving of voortdurend onder druk staan, dat verschijnselen optreden als hongergevoel, zich opgejaagd voelen en sufheid. Iedereen kent wel de 'vlinders' in zijn buik bij een belangrijk examen, de constipatie bij plotselinge overgang op ander voedsel in de vakantie, rood worden bij boosheid of hartkloppingen bij angstige spanning.

Van hier is het maar een kleine stap naar de idee dat dit soort effecten op langere termijn ook tot allerlei ernstige verstoringen in het menselijk lichaam leidt: hartinfarct, rheuma, astma, misschien zelfs kanker. Dat hier reeds sluitende bewijzen geleverd zijn, zouden we niet willen stellen. Wél dat het zinvol is om elk ziekzijn te plaatsen in het kader van de totale leefwijze van de mens, in het heden en verleden. Dit kan ook belangrijke consequenties hebben voor de therapie.<sup>2 3 4</sup>

## WAT DOET DE MENS MET ZIJN KLACHT?

Het is bepaald een te simpele zienswijze te menen dat de mens met een afwijkend verschijnsel daarmee dús naar de dokter zou gaan. Er zijn waarschijnlijk meer mensen met diabetes en hypertensie buiten het medische zorgsysteem dan daarbinnen.

Men kan op vele manieren met zo'n verschijnsel omgaan. Vooral als dit heel geleidelijk ontstaat (een steeds chronischer wordende kuch, of brandend zuur), is het moment van herkenning soms niet erg duidelijk. Het verschijnsel wordt langzamerhand beleefd als iets wat bij de persoon in kwestie hoort. Iedereen heeft wel eens wat, zo is men geneigd te denken. Dus is het herkennen van een afwijkend verschijnsel als iets wat er eigenlijk niet zou moeten zijn, niet vanzelfsprekend.

Vrouwen schijnen daarover een andere opvatting te hebben dan mannen; in lagere sociale klassen herkent men bepaalde verschijnselen minder snel dan in hogere.<sup>5</sup> Door Italiaanse immigranten in Amerika worden verschijnselen anders beleefd dan door jonge Ierse immigranten.<sup>6</sup>

Gesteld echter dat men het verschijnsel herkent als iets wat er eigenlijk niet zou moeten zijn, dan nóg is de gang naar de dokter niet een vanzelfsprekende zaak. Uit het bijhouden van een dagboek over gezondheidsklachten (hier te lande bijvoorbeeld door Monasso<sup>7</sup>), blijkt dat men voor de meerderheid van dagelijkse of wekelijkse verschijnselen zélf een oplossing zoekt. Dit heeft te maken met het dagelijks management van het eigen leven. Afwijkende verschijnselen hebben dan een signaal-functie: ik heb te hard gewerkt, bepaalde gewrichten te eenzijdig belast; ik heb me boos gemaakt zonder me te kunnen uiten, te veel chocolade gegeten, te weinig slaap gehad of te lang binnen of stil gezeten.

In alle culturen en in alle tijden heeft de mens zich met dit soort management bezig gehouden. Er is in veel culturen, ook in deelgroepen in de Nederlandse samenleving, nog een soort 'collectief bewustzijn' aanwezig, waarin kennis, 'wijsheid' betreffende de zorg voor het eigen lichaam en het in acht nemen van bepaalde leefregels van de oudere op de jongere generatie is overgedragen. Dus verandert men tijdelijk of blijvend zijn leefwijze. Men neemt wat meer rust, schakelt over op een andere voedingswijze, gooit het werk aan de kant, maakt tien diepe kniebuigingen. Nog iets verder gaat het aanwenden van speciale middelen: een bad, eventueel met etherische oliën, een handvol vitamine C, kamillethee, een massage.

De meeste verschijnselen zullen hierdoor wel verdwijnen. Ieder is zijn eigen beste dokter en verder moeten we naar de 'stem van de natuur' luisteren. Desondanks zal een

aantal verschijnselen *niet* verdwijnen, het dagelijkse management van het eigen leven schiet op een of andere wijze tekort. Niet iedereen reageert hierop hetzelfde. Er zullen ongetwijfeld mensen zijn die weinig inzicht hebben in dit soort eigen bijstellingsprocessen en die zich graag toevertrouwen aan de zorgen van een ander, al of niet deskundig. Veel zal ook afhangen van het cultuurpatroon van de groep of samenleving, waarvan men deel uitmaakt. Een cultuur(patroon) duidt op het geheel van verwachtingen, doeleinden, normen en waarden<sup>8</sup>, van een bepaalde groep. Wat vindt zo'n groep van de duldbaarheid van lijden, van de noodzaak van hygiëne, van de noodzaak het leven af te stemmen op de wetten van de natuur, van de gewenstheid hulp in te roepen bij ziekte en van het soort hulp dat dan legaal en fatsoenlijk is? Dat behoort allemaal tot het cultuurpatroon.

Er begint nu een voor de één langere, voor de ander kortere weg van 'toetsing'. Degene die een verschijnsel ervaart dat er eigenlijk niet hoort te zijn en dat hij met zijn normale dagelijkse management niet kan doen verdwijnen, zit met de vraag: moet ik hiervoor hulp zoeken? We komen daarmee op het terrein van het hulpzoekend gedrag van de mens, de pre-medische fase, het 'lay referral-system'. Men toetst, soms heel subtiel, soms direct, hoe de relevante omgeving op zijn klacht reageert. Want het verschijnsel is nu een klacht geworden. Mensen praten over hun 'ongenoegens' met hun partner, ouders, kinderen, vriend, buurvrouw of collega. Of ze 'praten' erover met de anonieme autoriteit van een medische encyclopedie, of van 'de kleine dokter'.<sup>9</sup> Anderen schrijven naar een medische vragenrubriek van een tijdschrift. In de geestelijke gezondheidszorg functioneert hier de telefonische hulpdienst, voor drugsverslaafden kan Release een toevluchtsoord zijn, voor jonge mensen met een geslachtsziekte en stoornis in seksuele functies de NVSH. Men zit dan nog steeds in het 'officieuze circuit'; de patiënt is nog steeds geen patiënt, hij is nog niet bij de officiële hulpverlening over de drempel, hij zoekt het zelf uit.

Het belang daarvan wordt vaak onderschat. Als iedereen rechtstreeks met zijn kwaaltje naar de dokter zou lopen, zou deze het ten minste vijf keer zo druk hebben. De gezondheidszorg is er daarom bij gebaat dat er een goed 'lay referral-system' functioneert en dat de mens zijn eigen dagelijkse leven zo goed mogelijk beheert. Des te meer zorg kan de gezondheidszorg besteden aan diegenen die haar werkelijk nodig hebben. Bovendien is het voor het zelfrespect, het gevoel van volwaardigheid en eigen verantwoordelijkheid erg goed om zoveel mogelijk 'zorg' te behouden, dan wel terug te brengen naar de persoon zelf en zijn primaire groep.

We zijn er echter nog niet als de persoon zelf zover is dat hij met zijn klacht naar de dokter wil. De vraag is dan: hoe reageert zijn omgeving op de klacht, beter gezegd, op de persoon-met-verschijnsel? Want het gaat niet om het verschijnsel en niet om de persoon; maar om *dit* verschijnsel op *dit* moment bij *deze* persoon en om de manier waarop hij het brengt. De klagende persoon heeft een bepaalde plaats in zijn sociale omgeving. Zijn partner, zijn burens, zijn kinderen, ouders, collega's en vrienden hebben hem op een bepaalde manier leren kennen. Zij kennen hem (of haar) al gedurende langere tijd. Zij weten ongeveer wat het betekent dat deze bepaalde persoon klaagt. En dat bepaalt of zij zullen zeggen: 'O, daar heb je hem weer', of, 'wat zou er met die flinke kerel aan de hand zijn?'

In dit interactieve proces wordt het oordeel gevormd over de betekenis van het klagen en over de noodzaak van een hulpvraag. Dat wordt treffend beschreven door Clausen<sup>10</sup> en later Zola.<sup>6</sup> De laatste spreekt van een 'break down' in het sociale netwerk van

de klager. Als in dit sociale netwerk door een of andere oorzaak –‘trigger’– binnen het min of meer stabiele patroon van gedragingen en verwachtingen, de persoon van de klager of zijn gedrag niet meer is in te passen, dan wordt deze persoon ‘afgevaardigd’ naar de professionele hulpverlener, opdat deze zodanig corrigeert dat de betreffende persoon weer in dat bestaande kader past.

## WAT DOET DE DOKTER MET DE KLACHT?

Om het extreem te zeggen: de hulpvraag, die de patiënt aan de dokter voorlegt, is eigenlijk een kenmerk van een sociaal netwerk en niet uitsluitend een persoonsgebonden kenmerk. Dit lijkt strijdig te zijn met het gangbare medische uitgangspunt, waarin de patiënt nogal atomistisch benaderd wordt. In die zin atomistisch, dat de patiënt eigenlijk als een losstaand geheel wordt gezien, of soms zelfs alleen als de aanbieder van een ziek orgaan. De behandeling voltrekt zich vrijwel uitsluitend aan dit individu of zijn orgaan. Helemaal ongelijk kan men de arts niet geven wanneer hij zo denkt. Hij is immers in hoofdzaak deskundig op het meer somatische terrein. Kennis, inzicht en vaardigheid ten aanzien van het sociale netwerk van de patiënt wordt hem slechts mondjesmaat toegediend tijdens zijn opleiding.

Toch ligt hier een essentieel probleem. Als het juist is dat de aangeboden klacht in wezen de uitdrukking is van een soort vastgelopen zijn in het sociale, beter existentiële netwerk, dan kan men niet verwachten dat een louter orgaangerichte benaderingswijze dat probleem kan oplossen. Hier wreekt zich de cartesiaanse erfenis van scheiding tussen lichaam en geest, omdat de twee uitingswijzen van de mens wel van elkaar te onderscheiden zijn, maar niet te scheiden, zoals wijlen prof. Bouman dat placht te beklemtonen. In het gangbare wetenschappelijke denken overheerst de analytische traditie: het lichamelijke aspect wordt gezien als iets dat los van de psyche onderzocht kan worden. Dat is echter onjuist. Beide vooronderstellen elkaar, hetgeen men ongeveer op de volgende wijze zou kunnen formuleren.

Het lichaam in zuivere materiële gedaante is de ‘drager’ van het psychische. Zonder een materiële structuur is psychisch functioneren onmogelijk. Het zuiver materieel opgevatte lichaam is daarentegen niets zonder psyche; te zamen vormen zij leven. Vanaf het allerprilste begin (dus vanaf de bevruchting) is er sprake van een wisselwerking tussen structuur (het in aanleg gegevene) en de omgeving. De structuur komt tot ontplooiing onder invloed van prikkels uit de omgeving. Daardoor ontwikkelt en differentieert de structuur zich. Door de toenemende differentiatie en ontwikkeling ontstaat de mogelijkheid om op steeds complexer niveau met de omgeving te interageren, totdat, op zeker moment, de structuur geheel ‘ontvouwd’ is en er een signaal komt dat verdere differentiatie niet hoeft. En dan kan worden volstaan met regeneratie: vervanging van oud celmateriaal door nieuw. Op deze manier gezien is het eigenlijk zinloos om te vragen: wat was er eerder, de kip of het ei, ofwel, het lichaam of de geest, want beide vooronderstellen elkaar en worden verenigd door ‘het leven’.

Vandaar dat men ook beter niet kan spreken van psycho-somatisch of somatogeen. Een klacht heeft altijd beide componenten. Wie zich beperkt tot één van beide aspecten past een deelbenadering toe. Toch is het principe van de deelbenadering zeer diep doorgedrongen in het hele medische handelen. De structuur van de zorgverlening weerspiegelt dit: los van elkaar staande geestelijke, lichamelijke en maatschappelijke gezondheidszorg. Ook de financiering kent deze scheiding.

Voorts is in het onderwijs aan aanstaande artsen de deelbenadering bijna tot een heilig principe verheven. Men krijgt onderricht in vakken, die voornamelijk opgetrokken zijn rond een of meer organen. De werkwijze van de arts weerspiegelt dit eveneens. Het missen van een organische aandoening wordt veel ernstiger geacht dan het missen van een psychisch probleem. Verder is het opvallend dat er voor lichamelijke ziekten een zeer uitgebreide nosologie bestaat, maar dat op het gebied van de classificatie van psychische en sociale aandoeningen de nosologie nog maar in de kinderschoenen staat, laat staan dat er ruimte zou zijn voor geïntegreerde probleem-omschrijvingen.

Dus wat gebeurt er nu met de klacht van de patiënt? In de eerste plaats wordt de patiënt in de richting getrokken van een overwegend somatisch referentiekader. Hij wordt eerst lichamenlijk onderzocht, hij krijgt een medische diagnose, hij komt terecht in de positie van afhankelijke patiënt tegenover deskundige en handelende arts, de behandeling is instrumenteel: medicamenteus, chirurgisch, radiologisch. In de tweede plaats wordt hij binnen dit referentiekader geconfronteerd met een deskundige die hem slechts een beperkt aantal oplossingen aanbiedt, namelijk alleen die welke binnen het referentiekader van die deskundige vallen. Niet bijvoorbeeld begeleiding van de patiënt bij diens pogingen over te schakelen op een gezondere leefwijze, of pogingen om gezondere condities in de leefsituatie voor de patiënt te creëren.

Tot wat voor typering leidt dit nu wat betreft de problematiek zoals de huisarts die ziet bij zijn patiënten? We belanden dan bij de vraag naar het morbiditeitspatroon. Daarover lezen we bij Lamberts,<sup>11</sup> die overigens duidelijk oog heeft voor de tekortkomingen van het medische classificatie-systeem, dat in Ommoord in 1972 4 op de 1000 patiënten aan mazelen leden, 20 aan manifeste adipositas, 13 aan anemie, 18 aan depressieve reacties, 127 aan neurastene reacties, 13 aan migraine, 25 aan otitis media acuta, 12 aan duizeligheid, 13 aan spataderen, 10 aan influenza, 11 aan afwijkingen van het gebit, 19 aan gastritis, 11 aan obstipatie, 3 aan angst voor een mammacarcinoom, 19 aan klachten over 'de pil' of prik, 7 aan haaruitval of roos, 35 aan 'low back pain', 13 aan platvoeten, 25 aan moeheid of algehele malaise.

Dit is de taal van een dokter. Het is een verre afstand tot de verschijnselen van de patiënt. De vraag komt dan ook op of in de dokterstaal de problemen van de mensen wel beschreven kunnen worden. Ik meen van niet. Ik geloof dat we een nieuwe taal, een meta-taal, nodig hebben om de gezondheidsproblemen die mensen hebben en waarvoor ze in wezen hulp zoeken bij de huisarts, te kunnen beschrijven. Pas dan kunnen we hopen ook iets zinvol te doen aan de oplossing van die problemen.



## HET BEGRIP PSYCHOSOCIAAL

In zijn openbare les merkt Van der Velden<sup>1</sup> op, dat in een aantal buitenlandse onderzoeken de schattingen omtrent 'het aantal personen met psychosociale stoornissen' uiteen loopt van 0,8 tot 81,5%. Hij merkt op, dat deze spreiding onwaarschijnlijk is en bovendien onbruikbaar. Met dat laatste ben ik het geheel eens; met het eerste niet. De spreidingsbreedte verbaast mij in het geheel niet. Deze vloeit voort uit de onmogelijkheid om het begrip 'psychosociaal' zodanig te definiëren, dat het in onderzoek bruikbaar is. In de literatuur wordt gesproken over psychosociale stress, stoornissen en problemen. Velen trachten dit begrip te benaderen vanuit theorieën over de persoon, zijn relaties, de maatschappelijke context of vanuit anthropologische beschouwingen.<sup>2</sup> Hiermee worden waardevolle aspecten belicht van 'de mens als psychosociaal wezen'. Verder dan de constatering dat de mens (ook) een psychosociaal wezen is en dat hij daardoor voortdurend voor problemen wordt gesteld, die zijn totale functioneren beïnvloeden, komt men echter niet.

## WAT DOET DE HUISARTS ERMEE?

Wel kan men stellen dat de huisarts altijd met psychosociale problematiek in aanraking komt. Hij heeft voortdurend met mensen te maken en dus met psychosociale problematiek. Men kan ook stellen, dat huisartsen tot taak hebben somatische stoornissen op te sporen en daarom nooit met psychosociale problematiek in aanraking komen.

Maar zo ligt het natuurlijk niet in de praktijk van alle dag. Een huisarts heeft bijvoorbeeld te maken met:

- een 55-jarige man met een prostaatacarcinoom en botmetastasen, die zijn lichamelijke situatie niet onder ogen durft te zien en wiens gezinsleden er geen raad mee weten
- een moeder, die met haar 3-jarig zoontje tienmaal per jaar bij de dokter komt, die soms een otitis media, soms een onbegrepen koortsaanval, dan weer voorbijgaande buikklachten vindt
- een 38-jarige vrouw met wisselende klachten en angst voor kanker
- een 42-jarige man met een reeds maanden bestaande brachi-algie, zonder lichamelijke afwijkingen.

Of in dergelijke gevallen sprake is van psychosociale problematiek hangt af van de definiëring van deze situaties. Van deze definiëring hangt de aard van de hulpverlening af. Bij een instelling voor geestelijke gezondheidszorg ligt dat relatief eenvoudig. Daar worden patiënten geholpen, wier hulpvraag reeds als psychosociaal is gedefinieerd. In de huisartspraktijk ligt dat anders. Daar komen mensen veelal met vage klachten. Ze klagen bijvoorbeeld over moe zijn, ze hebben pijn op de borst, zien het niet meer zitten, vinden dat er nu toch eens eindelijk wat aan de rug moet worden gedaan. In welke richting zal het gesprek verlopen en op welk niveau? Waartoe is de patiënt bereid? Waartoe is de huisarts in staat? Welke ruimte biedt de relatie tussen huisarts en patiënt? De antwoorden op deze en nog vele andere vragen zijn bepalend voor de definiëring van de klacht als al dan niet psychosociaal. De belangrijkste vragen hierbij zijn:

- wat vraagt de patiënt met zijn klacht en tot welke definiëring is hij in staat en bereid?
- op welke manier kan en wil de huisarts naar de patiënt kijken en luisteren?

- welke definiëringmogelijkheden heeft de huisarts tot zijn beschikking?

De laatste jaren wordt er van diverse kanten de nadruk op gelegd, dat de patiënt niet alleen komt klagen, maar ook komt vragen.<sup>3 4 5</sup> Wat de patiënt komt vragen is hem zelf dikwijls ook niet duidelijk. In vele gevallen verlangt de patiënt een bepaalde definiëring (vooral een medische), ook al ziet de dokter hier geen enkel heil in. De patiënt is niet bereid tot een andere definiëring dan een strikt medische. Pas als dit wél het geval is, zijn zinvolle alternatieven mogelijk.

Het vereist vaardigheid en inzet van de dokter om het gesprek over de klacht te verleggen naar het niveau, waarbij de patiënt zélf en zijn levenssituatie mede onderwerp van gesprek worden. Heeft de dokter daar voldoende vaardigheden voor? Is hij er op dat moment toe bereid? Heeft hij het niet te druk? Is hij niet te moe? Al deze factoren bepalen de uiteindelijke definiëring van de klacht. Net zo goed als men voor het stellen van een medische diagnose het nosologisch systeem van de geneeskunde moet beheersen, moet men bij de definiëring van andere problemen beschikken over passende theorieën. Wil men een probleemdefiniëring geven in termen van gestoorde gezinsrelatie, dan zal men globaal op de hoogte dienen te zijn van de systeemtheorie. Heeft men die kennis niet, dan komt men veelal niet verder dan 'dat er iets in het gezin niet goed zit'. Naarmate men meer op de hoogte is met diverse sociologische, sociaal-psychologische en psychologische theorieën, zal men beter in staat zijn tot probleemdefiniëring in verschillende richtingen. Het is de vraag of de huisarts in het algemeen voldoende geschoold is op deze gebieden.

Uit het bovenstaande komt duidelijk naar voren dat de vraag of en in welke mate de huisarts in zijn praktijk in aanraking komt met psychosociale problematiek, in het geheel niet relevant is. Het begrip psychosociaal heeft geen enkele operationele betekenis en percentages tussen 0 en 100 zijn dan ook alle verdedigbaar. Veel belangrijker is de vraag, of de huisarts bereid en in staat is om te komen tot probleemdefiniëring in andere dan zuiver medische richting en of een dergelijke probleemdefiniëring zin heeft.

## EEN INDELING IN PATIËNTENCATEGORIEËN

Er zijn drie categorieën patiënten te onderscheiden, waarbij niet-medische probleemdefiniëring verschillende consequenties inhoudt voor het handelen van de huisarts.

Te onderscheiden vallen:

- psychosociale problematiek rondom een medisch-somatisch te definiëren ziekte
- psychosociale problematiek rondom lichamelijke klachten, die niet binnen het medische begrippenkader zijn te definiëren
- rechtstreeks door de patiënt aangeboden psychosociale problematiek

In het eerste geval gaat het om patiënten, bij wie de ziekte op zijn minst de aanleiding is voor de problematiek. Het gaat hierbij om ziekten met een infauste prognose.

De patiënt en zijn relatiesysteem staan voor de opgave om in de korte tijd, die nog rest, hun leven op deze situatie af te stemmen. De taak van de huisarts (en niet alleen van hem) bestaat vooral uit begeleiden.

Verder vallen patiënten met chronische ziekten in deze categorie. De patiënt staat voor de opgave zijn leven af te stemmen op de beperkingen, die de ziekte voor hem meebrengt. Ook in dit geval zal de taak van de huisarts veelal een begeleidende zijn. Vaak wordt evenwel onvoldoende onderkend dat soms psychotherapie gewenst is om de

patiënt te helpen bij de veranderingsprocessen, die voor hem nodig zijn om zijn nieuwe levenssituatie aan te kunnen.

Tenslotte horen tot deze categorie patiënten met ziekten, die een medische ingreep noodzakelijk maken (operaties). Voor de meeste patiënten betekent dit een grote stress. Zorgvuldige begeleiding verlicht niet alleen het lijden van de patiënt, maar verbetert ook de prognose.

De omvangrijke categorie van patiënten met psychosociale problematiek rond niet in medische termen te definiëren lichamelijke klachten, wordt door verschillende huisartsen op verschillende wijzen benaderd. Dat de schattingen van het percentage psychosociale problematiek in de huisartspraktijk zo uiteen lopen, komt waarschijnlijk door deze categorie. Het valt buiten het bestek van deze bijdrage om uitvoerig op de verschillende benaderingen in te gaan. Toch kan men aan benaderingswijzen van huisartsen niet geheel voorbijgaan, omdat de huisarts zo'n belangrijke rol speelt bij het al of niet definiëren van problematiek als psychosociaal.

De huisarts kan de nadruk op het uitsluiten van waarschijnlijke (en onwaarschijnlijke) medische diagnoses leggen; als een ernstig medisch ziektebeeld hem onwaarschijnlijk toeschijnt, kan hij naar problematiek in de levenssituatie van de patiënt zoeken, en kan hij de betekenis van de klachten sonderen. Krol<sup>6</sup> heeft er in dit verband op gewezen hoe belangrijk het is om het referentiekader, dat de leek over zijn klachten en ziekten heeft, in een vroeg stadium bespreekbaar te maken. Het zal van deze drie –hier in het kort aangegeven– benaderingswijzen afhangen, in welke mate en in welke richting de problematiek van de patiënt zal worden gedefinieerd. Daarna is juist bij deze categorie de eerder gestelde vraag van belang, in hoeverre de patiënt bereid is zijn klacht als een niet-medisch probleem te definiëren.

Dit laatste vormt bij de derde categorie patiënten geen probleem meer. De patiënt komt zelf raad vragen over zijn huwelijk, zijn gezin, zijn werk, of zijn woonsituatie. Hij brengt zelf zijn probleem als niet-medisch. Voor de huisarts speelt dan wel de vraag of hij de oplossing van een dergelijk probleem tot zijn takenpakket rekent. Vindt hij dat dit niet het geval is, dan zal hij goede afspraken moeten maken met andere hulpverleners. Als hij vindt dat deze vragen wél tot zijn verantwoordelijkheid behoren, dan zal hij ze verder moeten uitdiepen. Hij zal zich daarbij bewust dienen te zijn, waar de grenzen van zijn mogelijkheden liggen.

## VOOR- EN NADELEN VAN PSYCHOSOCIALE PROBLEEMDEFINIËRING

In het voorgaande is gesteld, dat huisartsen op diverse wijzen met psychosociale factoren in de praktijk in aanraking komen. Het begrip psychosociaal is echter zo onbegrensd, dat daarmee bijzonder slecht te werken valt. Er is niet zoiets als psychosociale stoornis of problematiek; sommige verschijnselen of belevingen kunnen als psychosociale problematiek van één of andere aard *worden gedefinieerd*.

Het begrip problematiek is tot nu toe buiten beschouwing gebleven. Van Dale vermeldt twee betekenissen:

- een probleem vormend, onopgelost
- het geheel der problemen op zeker gebied of omtrent zekere kwestie

Gaan we van de eerste betekenis uit, dan is psychosociale problematiek een onopgelost

probleem over een niet te definiëren geheel. De wetenschappelijk ingestelde lezers zullen nu waarschijnlijk denken: 'Dat heb ik altijd al geweten. Hou maar op. Wetenschappelijk valt dit niet te benaderen.' De praktici zullen echter denken: 'Het mag allemaal zo zijn, maar ik zit dagelijks met een geheel van problemen op een of ander gebied en daar moet ik toch wat mee.'

Beiden hebben gelijk. Met het begrip psychosociale problematiek is wetenschappelijk niets aan te vangen, maar dagelijks wordt het begrip gehanteerd met een resultaat dat afhankelijk is van de maatstaven, die een ieder aanlegt. Het is langzamerhand duidelijk dat er geen wetenschappelijk sluitende definiëring van het begrip psychosociale problematiek valt te geven. Daarom voel ik mij wat vrijer om dan zelf maar een pragmatische omschrijving te geven. Psychosociale problematiek is al datgene in het functioneren als psychosociaal wezen van de patiënt, dat in het kader van het klagen en vragen een probleem vormt, hetzij voor de patiënt zelf, hetzij voor de arts. Het is dan wel van belang, dat een dergelijk probleem zo gedefinieerd wordt dat de patiënt en de arts samen aan een oplossing kunnen werken. Hiermee wordt bedoeld, dat de definiëring verder dient te gaan dan zenuwen, stress, hysterische reactie, niet werkwillig of welke andere nietszeggende term dan ook. Aan nadere definiëring van psychosociale problematiek zitten voor- en nadelen.

## VOORDELEN

Als bij een patiënt met hoofdpijn en een slechte huwelijksrelatie de vraag van de patiënt wordt gedefinieerd als 'hoofdpijn bij slechte huwelijksrelatie', kan de problematiek op verschillende manieren benaderd worden:

- De patiënt kan zich bewust worden dat die hoofdpijn niet zomaar uit de lucht komt vallen, maar dat de huwelijksrelatie een belangrijke rol speelt. De hoofdpijn wordt concreter. Er ontstaat iets waaraan gewerkt kan worden.
- De dokter heeft een ingang voor het opstellen van een plan. Hij kan samen met de patiënt verhelderen welke functie de hoofdpijnklachten hebben in het hanteren van de slechte relatie. Ook kan hij een gesprek beginnen over de slechte huwelijksrelatie en daarbij duidelijk maken dat de patiënt in deze relatie een bepaald gedrag vertoont, waardoor noch groei, noch verbreking van de relatie mogelijk wordt.
- Beiden hebben de mogelijkheid om het verloop van de behandeling te toetsen aan deze geconcretiseerde problematiek.

Probleemdefiniëring in psychosociale zin heeft dus de volgende voordelen:

- vage noties worden geconcretiseerd (dit is ook een van de redenen waarom patiënten zo graag een medische diagnose willen horen. Dan weet men tenminste waar men aan toe is. Iets vaags is tastbaar geworden.)
- het kan een startpunt vormen voor een behandlungsplan
- de resultaten van een therapeutische bemoeienis kunnen worden getoetst

Huisartsen zien al jaren de voordelen van betere probleemdefiniëring bij psychosociale problematiek. Dat komt onder andere tot uiting in de vele artikelen, die zijn verschenen over probleemgerichte registratie. Het vormt een poging om het gebeuren in de huisartspraktijk, dat niet te vangen is binnen de nauwe grenzen van het medisch-nosologische systeem, beter in kaart te brengen.<sup>7</sup>

## NADELEN

Toch kleven er aan psychosociale probleemdefiniëring ook grote nadelen:

- het probleem krijgt de functie van een alibi, zowel voor de dokter als voor de patiënt. Vooral de psychiatrische probleemdefiniëring staat bekend om deze functie. 'Neurotische persoonlijkheid met involutieproblematiek' betekent vaak, dat er niet veel anders meer te doen is dan pappen en nat houden. Maar ook voor de patiënt zien we vaak dat een probleem meer de functie heeft van een alibi, dan een prikkel om er aan te werken. 'Ik zit nu eenmaal met zoveel onverwerkte problematiek. Dat komt van vroeger met mijn ouders. Dus u begrijpt, wat deze situatie nu weer voor mij betekent', zei laatst een patiënt tegen mij. De patiënt gebruikt de probleemdefiniëring als alibi voor elke volgende moeilijke situatie.

- een te beperkte definiëring van het probleem kan leiden tot een schijnoplossing. Dit laatste ziet men de laatste tijd veel bij huwelijksproblematiek. Patiënten met huwelijksproblemen nemen de beslissing om van hun partner weg te gaan. Zij beleven dit als een oplossing. Tot op zekere hoogte is dit natuurlijk zo, maar op een ander niveau is scheiden zonder meer slechts een vermijding van dieper liggende problematiek. Men zou kunnen stellen, dat hier van een gereduceerde definiëring sprake is.

- door de definiëring van het probleem wordt vaak de patiënt in een hokje geplaatst. Elke definiëring heeft namelijk een reductie tot gevolg. Voor de patiënt of voor de buitenwereld (inclusief dokter) krijgt het soms de betekenis van de hele waarheid.

Neem nu een onzekere moeder; zij heeft grote problemen met haar kind, is toegevend, verwennend en weinig structurerend. Een ander gedrag van haar zal de situatie zeker verbeteren. Maar wat is de betekenis van de vader in dit geheel? Welke invloed heeft de buurt? Hoe zou de situatie zijn geworden als zij in een andere cultuur zou hebben geleefd?

Een echtpaar krijgt huwelijksproblemen na tien jaar huwelijk. Ze kunnen slecht overweg met de dagelijkse spanningen en ergernissen en maken elkaar het leven zuur. Na de bedrijfssluiting anderhalf jaar geleden, waarbij de man 'gunstig' is afgevloeid via de WAO, is de situatie onhoudbaar geworden. Waar ligt hier nu het probleem?

Een jongen van 18 jaar is aan heroïne verslaafd. Hij komt uit een goed gesitueerde familie, die erg materialistisch is ingesteld en weinig idealen heeft. De school heeft hem niet kunnen boeien. Via vrienden is hij in aanraking gekomen met drugs. Waar ligt het probleem?

Hoe is de definiëring? Meestal luidt die: 'een verslaafde'. Probleemdefiniëring is vaak eenzijdig en kan een grotere betekenis dan een werkhypothese voor behandeling krijgen.<sup>8</sup>

## CONCLUSIE

Als de huisarts de psychosociale problematiek tot zijn takenpakket rekent, dan zal hij met deze problematiek op professionele wijze moeten omgaan. Het is niet goed denkbaar dat hij dit doet zonder professionele probleemdefiniëring. Ten eerste zal hij de beschikking moeten hebben over globale referentiekaders uit diverse wetenschappelijke richtingen, waardoor hij in staat is op abstract niveau de problemen te rangschikken.

Ten tweede zal hij in staat moeten zijn om vervolgens van hieruit in verstaanbare taal samen met de patiënt aan diens unieke probleem te werken. Hij dient er daarbij voor te

waken, dat deze probleemdefiniëring zo stellig is, dat daarvan de suggestie uitgaat dat iets, dat niet objectiveerbaar is, toch wordt geobjectiveerd. Probleemdefiniëring mag nooit een diagnose worden. Het heeft slechts de functie van een werkhypothese. Het is een middel, waarmee de patiënt mogelijk op weg geholpen kan worden. Het mag nooit een doel op zichzelf worden. Dat zal zowel aan de arts als aan de patiënt steeds duidelijk moeten zijn.

*Neofelen zijn geneigd het nieuwe  
gelijk te stellen met het betere.  
J.M.W. van Ussel, 1969*

*De thuisbevalling is een concrete  
manifestatie van onze cultuur.  
A.J. Swaak, 1970.*

## INLEIDING

Zwangerschap en verloskunde zijn onderdelen van de medische praktijk, waarover de arts nooit uitgedacht raakt. Vroeger was het vooral het ambachtelijke dat de aandacht van de huisarts vroeg. Thans vereisen andere gebieden zijn kennis en belangstelling, omdat bij de groei van een bevruchte eicel tot een uniek mens, diepgaande vragen en problemen zijn gerezen. Te denken valt daarbij aan de contraceptie, de abortus, het vruchtwateronderzoek in verband met aangeboren afwijkingen, maar evenzeer aan een nieuw verschijnsel: het donorkind.

Daarmee zijn we er nog niet. Want het is de vraag in hoeverre de manipulatie van de genen een exemplarisch fenomeen aan de reeks toevoegt. Deze ontwikkeling gaf Gill aanleiding tot zijn laatste stelling: 'Als het paren van de mens als creatieve daad gaat veranderen in het bijeenbrengen van de beste eigenschappen, zal de mens zijn eigen nageslacht niet meer herkennen.' Nieuwe bevruchtingstechnieken en embryotransplantaties hebben Patric Steptoe en Robert Edwards in staat gesteld mevrouw Lesley Brown uit Engeland zwanger te laten worden. Op 25 juli 1978 schonk zij het leven aan haar dochter Louise, die de geschiedenis in ging als de eerste 'reageerbuis-baby'.

De geboorte van Louise Brown riep de vraag op of nu de tijd was aangebroken om 'science courts' in te stellen. De vraag getuigt er mijns inziens van dat grote gebeurtenissen als deze de mens zo'n huivering bezorgen, dat hij niet meer in staat is inclusief te denken: 'een denken, dat er principieel van uitgaat dat mijn heil niet wordt verkregen ten koste van of zonder de ander, maar dat het alleen verkregen kan worden als ik tegelijk het heil van de ander beoog en bevorder', aldus Boerwinkel.<sup>1</sup> Het was immers de Amerikaanse bioloog dr. James Watson, in 1962 Nobelprijswinnaar voor de geneeskunde, die de komst van de eerste reageerbuis-baby gelijk stelde met het losbreken van de hel over de hele wereld. Vorengenoemde vragen en problemen hebben naast de technologische zoveel humane en ethische aspecten, dat de huisarts misschien wel de aangewezen figuur is om naar de patiënt te luisteren en naar een oplossing te zoeken.

Van geheel andere aard is de vraag van de lesbiënne, die kunstmatig bevrucht wil worden. Het betreft dan niet het ongewenste kind, maar de ongewenste vader. Zal het verschijnsel van de ongewenste vader ook in ruimere mate de aandacht van de huisarts opeisen? De Frans-Zwitserse celbiologe laat hierover, in de roman 'Een vlucht regenwulpen' van Maarten 't Hart<sup>2</sup>, geen twijfels bestaan: '*Kinderen hebben is het mooiste wat er is, maar het moest helemaal zonder man kunnen. En het kan ook best zonder. Ik zou het nu anders doen, als ik het moest overdoen. En ieder kind van een andere man, om het genetisch risico te spreiden.*'

Tot de vragen die de gemoederen beheersen, moeten we ook die naar de plaats van de bevalling rekenen. Is de huisarts anno 1979 voldoende geëquipeerd om zwangeren te

begeleiden en bevallingen te doen, thuis of in het ziekenhuis, klinisch of poliklinisch? Ongetwijfeld zal de werkgroep 'Verloskundige Organisatie', onder leiding van de Geneeskundige Hoofdinspectie en samengesteld uit vertegenwoordigers van de verschillende beroepsgroepen, zich intensief met deze vraag bezighouden.

## DE FILOSOFIE VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT

Om enige systematiek te brengen in de behandeling van het onderwerp (de voortplanting en de begeleiding van de huisarts daarbij), kan de filosofie van het Nederlands Huisartsen Instituut misschien helpen. Immers, dit Instituut kent, om de huisartsgeneeskunde tot ontwikkeling te brengen, vier invalshoeken: Wetenschappelijk Onderzoek en Experimenten, Nascholing en Training, Samenwerkingsvormen alsmede Voorlichting en Advisering.

### *Wetenschappelijk Onderzoek en Experimenten*

Het Encyclopedisch handboek van het moderne denken<sup>3</sup> definieert wetenschap als geordende kennis van de werkelijkheid. Laten we bij die werkelijkheid even stilstaan, omdat het een moeilijk begrip is. Van Peursen<sup>4</sup> verstaat hieronder 'de dingen, die de mens omringen en waarmee hij van doen heeft, de medemensen en de sociale regels die mede zijn bestaan bepalen'. De wetenschap, aldus Van Peursen, verdiept en ontsluit de dagelijkse werkelijkheid door deze methodisch te bewerken.

Het is in deze context een interessante vraag in hoeverre huisartsen een bijdrage hebben geleverd aan de begeleiding van zwangerschap en geboorte. Bij de beantwoording van deze vraag wil ik uitgaan van de oprichting van het Nederlands Huisartsen Genootschap, 29 december 1956. Ruim een jaar na de oprichting werd besloten het jaaronderzoek 1958 te wijden aan de verloskundige hulp in de huisartspraktijk. Aan dit onderzoek verleenden 229 huisartsen hun medewerking. De keuze van het onderwerp en de grote deelname mag gezien worden als een uiting van de grote affiniteit van de huisarts tot de verloskunde. Het collectief jaaronderzoek werd in 25 artikelen in Huisarts en Wetenschap gepubliceerd. Het werd een analyse van 9569 enkelvoudige en 122 tweelingbevallingen, waarmee men 8 jaar bezig is geweest. Huygen<sup>5</sup> constateerde in 1966 dat de resultaten van de verloskundige zorg door de deelnemende huisartsen niet ongunstig bleken te zijn.

De voornaamste conclusies van het onderzoek wil ik kort samenvatten. De leeftijd van de arts bleek niet van invloed te zijn op het al dan niet zelf verrichten van een forcipale extractie. In geen enkel geval was er een verband aantoonbaar tussen de kunstmatige inleiding van de baring en de ongunstige afloop ervan. Een later begonnen prenatale zorg bleek geen verhoogde perinatale sterfte met zich meegebracht te hebben. Voorts kon niet waarschijnlijk worden gemaakt dat frequent, respectievelijk hoog doseren van weëen-bevorderende middelen een ongunstige invloed had op de afloop van de bevalling.

Overzien we deze conclusies, dan blijft er niets anders over dan te bedenken dat ze voor het grootste deel achterhaald zijn. Er zullen geen huisartsen meer zijn, die een forcipale extractie thuis doen met de risico's van perinatale beschadiging van het kind. Iedere huisarts is ervan overtuigd dat de inleiding van een baring per infuus in een ziekenhuis dient te gebeuren; het toedienen van weënmiddelen is identiek met pathologie en dat



betekent specialistisch advies of hospitalisatie. Ten aanzien van de later begonnen prenatale zorg mag het als voldoende bekend worden verondersteld, dat de sterk verbreide zelfmedicatie, schadelijke gewoonten, embryopathieën door virusinfecties en genetische factoren, het noodzakelijk maken dat de prenatale zorg in de tweede maand van de zwangerschap begint. Het is voor de preventieve taak van de huisarts, die zijn patiënt kent, van belang juist deze gegevens uitputtend te benutten. Uit een en ander blijkt hoe snel de verloskunde van de huisarts veranderd is. Gelukkig maar....voor het nageslacht.

Behalve de conclusies leverde het onderzoek een aantal lessen op:

- altijd bloedgroep en Rhesus-factor laten bepalen
- bevallingen met een verhoogd risico behoren in een ziekenhuis, onder leiding van een vrouwenarts plaats te vinden
- stuitbevallingen, vooral bij prematuritas, dienen aan de gynaecoloog overgedragen te worden
- plattelands-artsen dienen zich te realiseren dat de kans op kindersterfte ten gevolge van toxicose in hun praktijk groter is dan in de stad
- om het risico van de langdurige baring, dus van de sectio caesarea, te verminderen, dient de huisarts het begin van de baring zeer kritisch vast te stellen
- vroeg breken van de vliezen is gevaarlijk
- de partus prematurus hoort in het ziekenhuis plaats te vinden.

Iets geheel anders dan de lessen was de *toetsing*, waarover toen nog nauwelijks werd gesproken. Ruim 200 huisartsen hadden evenwel hun werkwijze blootgesteld aan de kritiek van anderen. Hiermee was een wetenschappelijk onderzoek en tevens een experiment (een collectief onderzoek van huisartsen) ten einde. Was het niet de Franse fysioloog Claude Bernard (1813-1878), die in het experiment drie fasen onderscheidde, waarneming, hypothese en toetsing?

### *Nascholing en Training*

In december 1970 organiseerde de Boerhaave Commissie voor Voortgezet Onderwijs in Leiden een tweedaagse cursus over 'Nieuwe ontwikkelingen in de verloskunde en de gynaecologie, van belang voor de huisarts'. Uit het grote aantal deelnemers (698) blijkt hoe goed de belangstelling van de huisarts voor de voortplanting was.

Het Nederlands Huisartsen Instituut was op deze cursus 'tastbaar' aanwezig met de informatie-brochure 'Wegwerpmateriaal voor de verlostas'. Over de vierde invalshoek, 'Voorlichting en Advisering' gesproken..... De huisarts krijgt in deze informatie-brochure het advies de handschoenen, de slijmzuiger, de catheter, de injectiespuit, het schort, het masker, het hechtmateriaal, de vliezenbreker en het pincet weg te werpen. De huisarts heeft te bedenken dat hij het kind niet met het badwater weggooit, want dan zal hem zeker te weinig ervaring worden verweten. Er zijn namelijk professionele groepen die zich zorgen maken of de huisarts, met het sterk dalend aantal geboorten, wel voldoende ervaring behoudt om de verloskunde optimaal te kunnen blijven beoefenen. Het aantal geboorten is immers van 1969 tot 1976 teruggelopen van 250.340 tot 178.455. Dat betekent een daling van bijna 30%.

Het Nederlands Huisartsen Genootschap organiseerde in oktober 1973 een bijeenkomst in Bunnik. Het doel was een herbezinning op de taak, de rol en de functie van

de huisarts in de verloskundige zorg. Onderwerpen van deze bijeenkomst waren: een cijfermatige benadering van de verloskundige zorg in Nederland, de mate van integratie van de huisarts in de perinatale zorg, de samenwerking met de verloskundige, alsmede de doelstellingen van de Universitaire Huisartsen Instituten met betrekking tot de verloskundige opleiding van aanstaande huisartsen.

De voordrachten en discussies werden gebundeld in een themanummer van Huisarts en Wetenschap.<sup>6</sup> Spoedig daarop, in februari 1975, constitueerde het Bestuur van het Genootschap de werkgroep 'Verloskundige hulpverlening van de huisarts', die haar Interimrapport in Huisarts en Wetenschap<sup>7</sup> publiceerde.

### *Voorlichting en advisering*

Eeuwenlang is de verloskunde vrijwel uitsluitend partus-gericht geweest. Het ging om een gebeuren dat, ambachtelijk gezien, zo goed en zo handig mogelijk begeleid moest worden. De gestructureerde prenatale zorg in Nederland is pas omstreeks 1950 van betekenis geworden. In het licht van deze twee feiten is het opmerkelijk, dat de afdeling Voorlichting en Advisering wel de informatie-brochure 'Wegwerpmateriaal voor de verlostas' heeft laten verschijnen, maar tot heden de zoveel belangrijker voorlichting aan zwangeren achterwege liet. Daaraan bestaat behoefte, omdat 'family-life education' in de onderwijsprogramma's voor jonge mensen nog steeds stiefmoederlijk behandeld wordt.

Gill<sup>8</sup> maakte in 1973 een begin met de informatie- en instructiefolder voor zwangeren. De auteur stelde dat deze aan de volgende voorwaarden moest voldoen:

- hij mag geen angst of weerstand oproepen door dreigementen
- de tekst moet eenvoudig zijn
- de tekst moet geen beschouwingen bevatten
- de voorlichting mag de patiënten niet in een conflictsituatie brengen.

De volgende onderwerpen werden aan de orde gesteld: het regelmatig onderzoek, de kraamhulp, het gebruik van geneesmiddelen, de voeding, de moederkursus, de sport, de zwangerengymnastiek, de autogordels, het roken, het gebruik van alcoholische dranken, de zorg voor het gebit, het gevaar van infectieziekten, het bevolkingsonderzoek, de geslachtsgemeenschap en het tijdstip van de bevalling.

Een dergelijke folder kan zowel voor verloskundige als huisarts een bruikbare methode zijn om voorlichting te geven aan zwangeren.

### *Samenwerkingsvormen*

In het vorengenoemde Interimrapport van het Nederlands Huisartsen Genootschap wordt gesproken over de taak van de huisarts in het verloskundig team. 'Omdat de hulpverlening door vroedvrouw en specialist ad hoc wordt verleend zal de huisarts de sleutelfiguur moeten zijn in de registratie, opdat de gegevens van deze levensfase altijd beschikbaar zullen zijn.' Samenwerking, teamwork, aldus het rapport, is dan pas 'the key to progress', indien een horizontale werkwijze wordt gevolgd...

'De samenwerking moet beantwoorden aan een aantal doelstellingen, zoals onder meer het verlenen van een optimale zorg aan moeder en kind, een goede uitwisseling van gegevens, dienstverlening, consultatie, het scheppen van vertrouwen, de verwij-

zing na overleg en evaluatiebesprekingen.' Voorts was de werkgroep van mening dat een uniforme registratie deze doelstellingen zeker ten goede zou komen en dat de Inspectie voor de Volksgezondheid in dezen initiatieven zou kunnen ontplooiën. De Commissie Zwangerschapskaart is er inmiddels in geslaagd een door de drie professies aanvaarde registratiekaart vast te stellen, die sinds januari 1979 verkrijgbaar is. Zal deze kaart een bijdrage leveren aan de samenwerking? Of zullen de teamleden mét de kaart nog lange tijd diep in hun hart de geparafraseerde leuze van de Zonnekoning aanhangen: 'Le team, c'est moi'? Bestaat er een onuitgesproken angst, dat uit het trio huisarts-verloskundige-obstetricus uiteindelijk één als triomfator uit de strijd komt? Is de denkstructuur nog te veel verankerd in de hiërarchie, in de verticale richting, in de verwijzingen, in het delegeren ad hoc en te weinig in het invoegen van de persoonlijkheid in de collectiviteit? Het is toch opmerkelijk dat, zover mij bekend, nog op geen enkele wijze daadwerkelijk met de zozeer gewenste trio-samenwerking een begin is gemaakt. Daarvoor zijn wel een aantal factoren aanwijsbaar.

### 1. Het ontbreken van een organisatorische infrastructuur.

Hoewel in een samenwerkingsverband de verloskundige, naast de drie 'klassieke' hulpverleners (huisarts, wijkverpleegkundige en maatschappelijk werkende) een plaats krijgt, schitteren vertegenwoordigers uit andere echelons door afwezigheid. Het rapport 'Registratie samenwerkingsverbanden in de eerstelijns gezondheidszorg'<sup>10</sup> van het Nederlands Huisartsen Instituut wijdt bijvoorbeeld geen hoofdstuk aan de samenwerking met de psycholoog (tweede echelon), maar geeft wel uitvoerig aandacht aan de samenwerking met de overige hulpverleners uit het eerste echelon, van wie de fysiotherapeut en de verloskundige 70% voor hun rekening nemen. De echelonnering van de geneeskundige hulpverlening en het niet samenvallen van de patiënten/cliënten-bestanden zullen in niet onbelangrijke mate daartoe bijdragen. Het wordt dus tijd dat huisarts, verloskundige en obstetricus zich over deze materie buigen en een discussiestuk samenstellen, waarover de drie professies zich kunnen beraden.

### 2. Het ontbreken van een financiële infrastructuur

Over deze materie staat nog niets op papier, terwijl verschillende rapporten bij herhaling de wenselijkheid daarvan onder woorden hebben gebracht. Weliswaar zegt de overheid de eerstelijns gezondheidszorg zoveel mogelijk te willen versterken, maar anderzijds neemt zij niet het initiatief de verschillende adviescolleges te verzoeken de zo dringend noodzakelijke financiële infrastructuur uit te werken in een aantal alternatieve modellen.

### 3. Het ontbreken van de zwangere aan de 'procreatieve vergadertafels'

Men krijgt wel eens de indruk dat bij vele beraadslagingen over de plaats van de partus en over de vorm van samenwerking, de zwangere zelf te weinig wordt gehoord. Het is interessant de zwangeren die thuis *kunnen* en die thuis *willen* bevallen te vergelijken.

De vraag in hoeverre zwangeren thuis kunnen bevallen is recent, na nauwkeurige analyse, door Van Alten<sup>11 12</sup> beantwoord. Van iedere vijf eerstbarenden kunnen er vier zonder problemen thuis bevallen. 'Op grond van deze bevinding lijkt het verantwoord de keuzemogelijkheid voor een nullipare zwangere om thuis te bevallen,

te handhaven.' Van iedere honderd zwangeren, die hun tweede kind verwachten, kunnen er drieënnegentig zonder problemen thuis bevallen.

Over de groep die thuis wil bevallen, zijn in het afgelopen decennium vele publicaties verschenen. Ik denk onder andere aan Topliss<sup>13</sup>, Lapré<sup>14</sup>, de Centrale Raad voor de Volksgezondheid<sup>15 16</sup> en Schuil.<sup>17</sup> Terwijl in Engeland de bevallingen veelal in het ziekenhuis plaatsvinden, vond Topliss dat 44% van de moeders de voorkeur geeft aan een thuisbevalling. Lapré vond in een a-selecte steekproef, dat 70% van de vrouwen de voorkeur geeft aan de partus thuis. Deze auteur meent dat zowel uit economisch oogpunt als omwille van de tegemoetkoming aan de legitieme verlangens van de consument de mogelijkheid thuis te bevallen gehandhaafd dient te blijven. Van de vrouwen, die reeds thuis waren bevallen, prefereerde 98% een partus thuis, terwijl 95% hiermee een positieve ervaring had.

In de twee rapporten van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid<sup>15 16</sup> worden pleidooien gehouden voor handhaving van de thuisbevalling. De bevindingen van Schuil zijn eveneens het vermelden waard. Alle vrouwen uit zijn onderzoek-populatie zijn over de thuisbevalling tevreden en voelen zich veilig.

Het postnatale onderzoek vindt na een bevalling thuis significant meer plaats dan in het ziekenhuis en in het verloskundig centrum. De gegevens van de groepen, die thuis willen en die thuis kunnen bevallen vergen nog een onderzoek, waarin de samenhang met biologische, sociale en psychologische gegevens wordt vastgesteld. Over sociologische gegevens spreek ik in dit verband niet, omdat het zwanger (willen) worden, het zwanger zijn, het baren en het grootbrengen van een kind hoogst persoonlijke zaken zijn.

Fons Jansen<sup>18</sup> heeft zijn publiek vragen voorgelegd, die eveneens op ons onderwerp van toepassing zijn.

'Hoe word ik rustig- vroeg ik aan de psychologen die vroegen: bent U bang voor dingen die niet mogen?'

'Wat mag en wat mag niet?' - vroeg ik de moralisten het bleek dat die daar zelf nog dagelijks over twisten.

'Wat mag en wat mag niet?' - vroeg ik de exegeten de medemens is norm - ik werd dus doorverwezen.

'Wat wil de medemens?' - vroeg ik de sociologen dat moet van hen per situatie worden afgewogen.

'Hoe weeg je situaties?' - vroeg ik aan juristen die zeiden zeer voorzichtig dat ze dat niet wisten.

Maar wie weet een antwoord op die vragen

'Wie weet nog hoe het moet?'

Met deze vragen van dit ludieke vers zitten de huisarts, de verloskundige en de obstetricus. Hoe komen zij uit de impasse? In deze turbulente tijd lijkt het aantal vragen groter dan het aantal antwoorden. Dat is merkwaardig, als we bedenken dat de kennis zo is toegenomen.

Zolang we echter nog te maken hebben met een onvolledige kijk op gezondheidsge-

drag, met drie professies, die soms drietalig lijken te zijn, en met onuitgesproken twijfels omtrent de motieven van samenwerking, komen we geen stap verder en zullen zwangerschapskunde en verloskunde zich blijven bewegen tussen het zogenaamde klonen en klunzen. Daarmee blijft de horizon nevelig. Met hollen komen wij er ook niet, want hardlopers zijn doodlopers.

## INLEIDING

De huisarts komt meestal met mensen in aanraking, doordat deze zich tot hem wenden met klachten en problemen betreffende hun gezondheid. Deze mensen verwachten van hem –impliciet of expliciet– een professioneel antwoord op hun vragen, omdat zij hem deskundig achten op dit gebied. Dat is altijd zo geweest; de opleiding van de huisarts is daarop gebaseerd en afgestemd. In zijn beroepsleven wordt hij per dag met zoveel klachten en vragen geconfronteerd, dat zich reeds spoedig in zijn denken en handelen bepaalde automatismen en kortsluitingen ontwikkelen, die hij zich later niet of nauwelijks meer bewust is. Bij het aanhoren van klachten begint hij onmiddellijk te zoeken naar een diagnose. Wetenschappelijk onderzoek heeft uitgewezen dat bij ervaren artsen al in de eerste minuut van het consult verschillende hypothesen opkomen, die getoetst worden in verdere vragen en in lichamelijk onderzoek. Vrijwel tegelijkertijd is de arts in zijn achterhoofd ook al bezig met therapeutische overwegingen: ‘Wat zou ik aan deze klachten of problemen kunnen doen?’

Het is de bedoeling van deze bijdrage even stil te staan bij de basis van het bovenbeschreven handelen en bij de gevaren en nadelen die hieraan inherent zijn.

## WAT MEESTAL VERGETEN WORDT

De aangeduide denk- en handelwijze houdt in dat de huisarts er sterk toe neigt op *zijn eigen* wijze te reageren op hetgeen hem wordt aangeboden. Hij accepteert het probleem van de patiënt, neemt er als het ware bezit van en dreigt dit probleem bij wijze van spreken zo aan zijn patiënten te ontvreemden. Hij vindt het bijna vanzelfsprekend dat hij een stuk verantwoordelijkheid overneemt. Hij wordt immers als *deskundige* geraadpleegd? Daarbij verliest hij meestal uit het oog dat op deze wijze de patiënten van hem afhankelijk worden en blijven. Dergelijke processen tussen huisarts en patiënt vinden in de loop der jaren zó vaak en zó systematisch plaats, dat zij een aanzienlijke invloed uitoefenen op de wijze waarop mensen omgaan met hun klachten en problemen.

Verder realiseert de huisarts zich niet of nauwelijks dat wat hem aangeboden wordt slechts het topje is van een ijsberg. De Nederlandse huisarts Folmer<sup>1</sup> schreef zijn proefschrift over dit door Last<sup>2</sup> geïntroduceerde fenomeen. Hij kwam tot de conclusie dat de door hem onderzochte Noorse bevolking slechts 10% van haar klachten aan de huisarts presenteerde. Zich gezond voelende mensen bleken gemiddeld 7 (jonge mannen) tot 11 (oude vrouwen) klachten te hebben. Analoge bevindingen werden door mij gedaan in een nog te publiceren onderzoek bij een steekproef uit mijn praktijk. Ook ik vond dat voor minder dan 10% van alle klachten over de gezondheid hulp werd ingeroepen. Morrel en Wale<sup>3</sup> vonden dat Londense vrouwen zelfs voor slechts 5% van de door hen in een gezondheidsdagboek bijgehouden klachten de huisarts raadpleegden.

Een en ander houdt in dat het idee, dat gezondheid gelijk is aan het niet hebben van klachten, volstrekt irreëel is. Toch is deze fictie wijd verbreid. Men denke in dit verband bijvoorbeeld aan de definitie van de WHO, die inhoudt dat gezondheid niet slechts de afwezigheid van ziekte is, maar zelfs een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden! De genoemde resultaten betekenen ook dat mensen de meeste klachten over hun gezondheid zonder medische hulp oplossen. Zij leren er zelf mee omgaan, hoewel een niet onaanzienlijk gedeelte van deze klachten wel dege-

lijk gevaarlijke oorzaken kan hebben. De huisarts kan uit deze onderzoeken de conclusie trekken dat hij vooral niet te gauw moet denken dat hij zoveel deskundiger is, en met het overnemen van verantwoordelijkheid buitengewoon voorzichtig moet zijn.

## HET GEZIN

Hoe leren mensen nu om te gaan met de klachten over hun gezondheid, die zij blijkens bovenvermelde onderzoeken dagelijks ervaren? Het genoemde onderzoek onder ruim 200 gezinnen in mijn praktijk, waarbij studenten de verschillende leden van deze gezinnen driemaal achtereenvolgend afzonderlijk ondervroegen, heeft duidelijk aangetoond dat er sprake is van sterke en systematische samenhangen binnen het gezin. Dit geldt zowel voor de frequentie van de klachten als voor wat men ermee doet. Vooral ouders en kinderen komen wat dit betreft overeen. Dit blijkt dóór te werken in de presentatie van klachten aan de huisarts. Het proefschrift van Smits<sup>4</sup> toont zonneklaar aan dat dit fenomeen niet beperkt is tot mijn praktijk. In alle vier aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut verbonden huisartspraktijken, waarin een continue morbiditeitsregistratie plaatsvindt, zijn statistisch zéér significante samenhangen gevonden tussen ouders en kinderen in de frequentie van het inroepen van medische hulp voor praktisch alle categorieën van aandoeningen, behalve voor de allerernstigste, het leven of de validiteit bedreigende. Deze relaties zijn even sterk voor zuiver 'somatische' als voor 'psychosomatische' aandoeningen. Dergelijke bevindingen maken het uiterst plausibel dat men in het gezin waarin men opgroeit van zijn ouders leert gezondheidsstoornissen te herkennen en hiermee om te gaan. Diepgaand onderzoek bij een steekproef van ruim 400 gezinnen, waarover de gedragswetenschappers Smits<sup>4</sup> en Van Eijk<sup>5</sup> in hun dissertaties verslag uitbrengen, heeft dan ook aan het licht gebracht, dat de verschillen in het inroepen van medische hulp samenhangen met het probleemoplossend vermogen van de ouders, met hun wijze van leven en functioneren in sociale netwerken, met hun wijze van omgang met elkaar en met hun klachten.

## PREVENTIE VAN SOMATISCHE FIXATIE

In een reeks artikelen hebben mijn medewerkers en ik<sup>6</sup> getracht duidelijk te maken hoe de huisarts een belangrijke rol kan vervullen bij wat wij noemden 'preventie van somatische fixatie'.

Gedurende het onderzoek waarop deze artikelen berusten, zijn wij ons in toenemende mate bewust geworden van de sleutelpositie, die juist de huisarts inneemt in de processen die ertoe leiden, dat mensen 'patiënt' worden en in de officiële kanalen van de geneeskunde terecht komen, waaruit helaas dikwijls geen weg terug is. Iedere huisarts weet uit ervaring dat bij het in aanmerking komen voor een uitkering krachtens de WAO sociale factoren meestal belangrijker zijn dan medisch-somatische afwijkingen. De werkelijke oorzaken van de problemen liggen daarbij overwegend in de arbeidssituatie en hangen dikwijls samen met sanering, fusie of sluiting van bedrijven, ingewikkelder worden van het werk, competentie-kwesties en persoonlijke rivaliteiten of tegenstellingen.

Maar is de huisarts zich ook voldoende bewust van het feit dat klachten en ziekteverschijnselen eveneens een belangrijke rol en functie vervullen in het primaire leefmilieu, dat voor de meeste mensen het gezin is? In dit leefsysteem vinden voortdurend interac-

ties plaats, zowel op somatisch, psychisch als sociaal gebied. Het gezin is een levende sociale eenheid, die er, als iedere levende eenheid, naar streeft intact te blijven door handhaving van een zeker evenwicht, zowel intern als extern, in de voortdurend plaatsvindende interacties.

Elke individuele verandering in dit leefsysteem heeft invloed op alle andere leden en op het geheel. Groei-, ontwikkelings- en afbraakprocessen zijn inherent aan het individuele en gezinsleven. Klachten, ziekteprocessen en onderlinge spanningen zijn hiermee onlosmakelijk verbonden. Als hulp van buiten door een van de gezinsleden nodig wordt geacht, wordt dikwijls in eerste instantie een beroep op de huisarts gedaan. Het is de vraag of hij voldoende beseft dat hij op dat moment niet alleen te maken heeft met het individu, met de 'patiënt' in zijn spreekkamer, maar tevens met de sociale systemen waarin deze patiënt leeft. De huisarts wordt op dat moment dikwijls een deel van het leefsysteem van de patiënt en oefent daarop invloed uit, of hij dat nu wil of niet. Gezinsinteracties zijn dikwijls manifest tijdens visites en ook wel wanneer ouders met hun kinderen op het spreekuur komen. Als echter een individu met louter lichamelijke klachten over zichzelf op het spreekuur verschijnt, zijn daar in de regel gezinsdiscussies en interacties aan vooraf gegaan. Balint heeft de huisarts geleerd te herkennen hoe een moeder haar problemen via klachten over haar kinderen aan hem kan presenteren. De gezinsdynamica en de systeemtheorie kunnen hem duidelijk maken hoe de 'aangemelde' patiënt dikwijls slechts een symptoom is van een gezinsgebeuren. Dit systeem kan het voor het interne evenwicht nodig hebben dat iemand als 'patiënt' naar voren wordt geschoven. Dikwijls dient dit fenomeen (onbewust) om de aandacht af te leiden van meer bedreigende problemen, bijvoorbeeld in de relatie tussen de ouders. De huisarts zal eerder op een dergelijke mogelijkheid bedacht zijn als de 'aangemelde' patiënt met nerveuze klachten of gedragsproblemen komt. Het grote aantal somatische klachten, dat ook door gezonde mensen wordt ervaren, maakt echter de kans groot dat deze worden aangegrepen om de hulp van de huisarts in te roepen.

Het bovenstaande is slechts één voorbeeld uit de vele. Wij hebben in ons onderzoek gevonden dat het vermijden van conflicten in de tussenmenselijke sfeer, statistisch samengaat met het vaker inroepen van de hulp van de huisarts. Dit voorbeeld moge illustreeren dat het gevaar bepaald niet denkbeeldig is dat de huisarts, zonder het te beseffen, dagelijks ingeschakeld wordt bij interne gezinsmechanismen, doordat hij mensen als 'patiënt' bestempelt en hen bevestigt in hun posities in rollenspelen. De grenzen tussen gezondheid en ziekte zijn vaag en subjectief, terwijl niemand, zeker niet de huisarts, er onderuit kan daarin een standpunt in te nemen. De huisarts kan proberen de verantwoordelijkheid zoveel mogelijk te leggen bij degene die zich tot hem wendt. Ook kan hij trachten de verantwoordelijkheid door te schuiven naar een hogere instantie, waarvan hij dan hoopt dat deze dit concrete geval beter kan beoordelen. Hoe dit ook zij, hij kan, als iemand zijn hulp inroept, niet aan een persoonlijke keuze en dus aan een persoonlijke verantwoordelijkheid ontkomen.

Een en ander betekent dat de huisarts een cruciale rol speelt als het er om gaat of mensen al of niet ziek genoemd worden. Het houvast aan 'objectieve' maatstaven is daarbij aanzienlijk geringer dan hij in zijn opleiding heeft geleerd. Deze maatstaven gaan er in de regel vanuit dat klachten altijd kunnen wijzen op een levensbedreigende ziekte, die zo spoedig mogelijk moet worden opgespoord of uitgesloten. Uit den treure is hem voorgehouden hoe hij hierin kan falen als hij niet steeds alles blijft onderzoeken. Om zich in te dekken tegen dit risico van het over het hoofd zien van lichamelijke afwij-



kingen verwijst de huisarts dagelijks vele mensen naar de specialist. Het motto daarbij is dikwijls 'je kunt nooit weten'.

Inderdaad, men kan zelden zeker weten in de geneeskunde. Kansberekeningen geven in een individueel geval slechts een beperkt houvast. Het is echter wel zeker dat tegenover de potentiële schade door het missen van een beginnende of gelarveerde ernstige organische ziekte het risico staat van het als pathologisch duiden van physiologische verschijnselen van lichte, veel voorkomende afwijkingen, die op zichzelf eigenlijk geen klachten geven. Zo kunnen gezonde mensen tot patiënt worden gemaakt. De ervaring leert dat een aanzienlijk deel van de mensen, die worden verwezen ter uitsluiting van organische ziekten of 'ter geruststelling' of onder het motto 'je kunt niet weten', onder specialistische controle en behandeling blijft. Zij worden telkens terugbesteld, vaak ter geruststelling van de specialist, die óók bang is iets over het hoofd te zien en óók denkt: 'je kunt nooit weten.' Een groot deel van de bezoekers van poliklinieken bestaat uit mensen die daar ook naar het oordeel van de betreffende specialist eigenlijk niet thuishoren, maar die toch, uit een zekere routine en sleur, telkens worden terugbesteld. Een bepaald percentage van deze mensen wordt zelfs opgenomen voor nader onderzoek, omdat dit poliklinisch minder gemakkelijk kan geschieden. Op deze wijze wordt bevorderd dat mensen zichzelf als patiënt, als ziek of medisch hulpbehoevend gaan beschouwen, hetgeen sterk bevorderd wordt als deze rol goed past in het spel van sociale interacties waarin zij gewikkeld zijn.

## THERAPIE

Het lijkt voor mij geen twijfel dat de hierboven beschreven verschijnselen verantwoordelijk zijn voor een aanzienlijk deel van de toename in medische en farmaceutische consumptie en in ziekteverzuimcijfers. Wat kan de huisarts hier nu aan doen, hoe zou hij deze trend kunnen keren?

Het lijkt me in de eerste plaats belangrijk dat hij de boven beschreven mechanismen herkent en opspoorst in zijn eigen werkwijze. Hulpmiddel hierbij kan het signaleringssysteem zijn dat mijn medewerkers en ik hebben beschreven in de reeks artikelen in Huisarts en Wetenschap.

In de tweede plaats zullen de huisartsen zich collectief nader moeten beraden over de inhoud van hun vakmanschap en dit trachten te verbeteren. Essentieel voor dit vakmanschap lijkt mij het kunnen schatten van risico's in medisch opzicht. Ik zal trachten mijn bedoelingen hierbij wat te verduidelijken en nader uit te werken. Daarbij zou ik willen uitgaan van de positie van de huisarts, van wie ik als het meest wezenlijke zie, dat hij als voorpost van de gezondheidszorg bemiddelt tussen de patiënt en zijn leefwereld enerzijds en de geneeskundige wereld anderzijds. Hij zou er misschien goed aan doen zichzelf systematisch een aantal vragen te stellen, telkens wanneer iemand een beroep op hem doet. Deze vragen betreffen twee hoofdthema's:

1) *'Welke betekenis heeft deze klacht of afwijking en welke risico's houdt dit in? Waarom doet deze man of vrouw thans een beroep op mij?'*

Hiermee is niet alleen bedoeld aandacht te vragen voor de bekende vraag, waarom deze patiënt nu met deze klacht komt (oorzakelijk gezien dus). Er zit ook een teleologisch aspect aan: wat is zijn bedoeling, wat wil hij van mij, waarom schakelt hij nu juist mij in? Welke betekenis heeft deze klacht of afwijking voor de betrokkene en zijn

directe leefwereld? Welke functies zou dit kunnen hebben in deze leefwereld? Wat heeft hij er zelf al aan gedaan? Wat zijn de medische risico's van deze klacht/afwijking; wat zijn de kansen dat hier een ernstige afwijking aan ten grondslag ligt, die voor curatieve behandeling in aanmerking komt?

2) *Welke hulp kan ik hier bieden en welke risico's houdt dat in?*

Ook hier natuurlijk een aantal subvragen zoals: is het wel een vraag op medisch gebied en is er wel een medisch antwoord op? Welke hulp kan ik bieden en wat zouden bij verwijzen anderen beter kunnen doen dan ik? Ik vermoed dat juist over deze laatste vraag veel huisartsen telkens struikelen.

Huisartsen zijn mijns inziens nog steeds geneigd hun eigen mogelijkheden te onderschatten en de mogelijkheden van anderen, met name medische specialisten, te overschatten, terwijl zij de risico's van niet strikt noodzakelijke behandeling door anderen te gemakkelijk aanvaarden. De medische kennis en technologie zijn wel sterk toegenomen, maar het heil dat daarvan te verwachten is voor de gewone klachten en problemen die de patiënten de huisarts aanbieden is bij kritische evaluatie uiterst beperkt. In de meeste gevallen overtreffen de nadelen de voordelen. Er wordt tegenwoordig veel te veel, en te weinig kritisch, naar de tweede en derde lijn gekeken en veel te weinig, en geringschattend, naar de 'nulde lijn' in de gezondheidszorg, terwijl in de laatste toch verreweg de meeste gezondheidsstoornissen worden opgevangen. Hoe dat gebeurt is zelfs niet eens precies bekend, laat staan dat de hulpverleners het dan beter zouden weten. Hier ligt een geweldig onderzoeksveld voor huisartsen, samen met hun patiënten.

Hoe kunnen zij het beste omgaan met klachten en problemen? Wat is meer of minder goed, wat is riskant, wat is verkeerd? Wat kan de gezondheidszorg werkelijk? Kritisch onderzoek, zoals dat van Mc. Keown<sup>7</sup> maakt duidelijk dat iedereen de curatieve geneeskunde zwaar overschat. Huisartsen, patiënten en gedragswetenschappers zouden samen kunnen nagaan hoe en waar zelfzorg en mantelzorg (Hattinga Verschuere<sup>8</sup>) versterkt en ondersteund kunnen worden, hoe onnodige en zelfs schadelijke professionalisering en monopolisering op het gebied van de gezondheidszorg teruggedrongen kunnen worden.

## BESLUIT

Het bovenstaande is slechts een gedachtenschets die verder uitgewerkt zal moeten worden. Met name de aan de hand gedane oplossingen vragen om nadere concretisering. Het blijkt hard nodig hier iets aan te doen, want de meeste deskundigen zijn het erover eens dat we nu hardhollend bezig zijn de gezondheidszorg geheel te laten vastlopen.

# MOEILIKHEDEN: DE MENS ACHTER DE METHODE

Dr. J.P.C. Moors

## INLEIDING

Minder dan vijftien jaar geleden is de huisarts in Nederland zich intensief gaan bezighouden met anti-conceptie. Of dat nu komt door de plaats die de huisarts inneemt in de gezondheidszorg, of dat er andere oorzaken voor aan te wijzen zijn, laat ik in het midden. Feit is dat hij het leeuwedeel voor zijn rekening neemt van het totaal aantal geboortenregelingsadviezen. Alleen zijn Britse collega evenaart hem op dit gebied misschien. Volgens de verslagen van de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations<sup>1</sup> van het Nederlands Huisartsen Instituut hadden de Nederlandse huisartsen tussen 1970 en 1977 jaarlijks tussen de 200.000 en 300.000 zogenaamde primaire consulten terzake van het voorschrijven van een ovulatie-remmer (zie tabel 1).

In het kort wil ik in dit opstel op een paar aspecten van dit proces ingaan. Ik raak hoe langer hoe meer in de ban van de vele fenomenen die een rol van belang blijken te spelen bij een eenvoudig geboortenregelingsadvies. Ik krijg de indruk dat een deel van de Nederlandse huisartsen via hun bemoeienissen met de geboortenregeling meer aandacht gaat schenken aan sexuologische problemen.

## DE PATIËNT WORDT CLIËNT

Meestal komt een mens die zich niet goed voelt met een klacht bij zijn dokter. De deskundige arts heeft geleerd dat hij een nauwkeurige anamnese moet afnemen; dat hij de patiënt consciëntieus moet onderzoeken. Met behulp van laboratoriumonderzoek, ingewikkelde instrumenten (denk aan ECG-, EEG-, röntgen- en andere toestellen), probeert hij meer informatie te verkrijgen. Daarna tracht hij te differentiëren uit een aantal mogelijkheden om tot een voorlopige diagnose te komen. Soms zal het al of niet aanslaan van een ingestelde behandeling achteraf zijn diagnose bevestigen, soms zal het verloop van het ziektebeeld hem doen besluiten het in een andere richting te gaan zoeken. In het beste geval mag de patiënt meebeslissen bij de keuze van de therapie. In elk geval wordt van hem verwacht dat hij nauwgezet de adviezen en voorschriften van de arts opvolgt. Als een patiënt vraagt waarom dit of dat zo verloopt, krijgt hij vaak een onbegrijpelijk antwoord. Veel artsen voelen zich niet op hun gemak als patiënten zelf mee willen beslissen over het te verrichten onderzoek.

'Dokter, ik wil de pil gaan gebruiken, is dat medisch verantwoord?', is een steeds vaker gehoorde vraag. De patiënte komt niet met een klacht of een ongemak, maar vraagt technische hulp bij een beslissing die zij zelf, vaak samen met haar partner, reeds genomen heeft. De ene keer gaat het om een onderzoek naar eventuele contra-indicaties voor bijvoorbeeld hormonale anti-conceptie; een andere maal is het een verwijzing naar een abortuskliniek of een verwijzing naar vrouwenarts of uroloog voor een sterilisatie. Steeds minder vrouwen kunnen het accepteren dat de arts zulke beslissingen ter discussie stelt, anders dan op duidelijke, medische gronden. Ook steeds meer artsen zijn tot het inzicht gekomen dat het niet *hun* taak is beslissingen, waar mensen soms zeer moeizaam toe gekomen zijn, alsnog om te buigen. Het is bekend dat voor geboortenregeling, de beste methode die methode is, die door de vrouw en haar partner wordt aanvaard.

jaar	primaire consulten ovulatie- remmers	overige consulten inzake geboortenregeling		sterilisatie		morning- after- pill	abortus provocatus
		mannen	vrouwen	mannen	vrouwen		
1970	225.000	9.000	59.000				
1971	246.000	22.000	79.000				14.000
1972	302.000	20.000	82.000	16.000		35.000	20.000
1973	307.000	22.000	79.000	27.000		40.000	21.000
1974	294.000	18.000	74.000	31.000	24.000	28.000	15.000
1975	229.000	18.000	73.000	31.000	31.000	41.000	12.000
1976	216.000			39.000	45.000	41.000	14.000
1977				37.000	44.000	34.000	13.000

Tabel 1: Globale indruk van het aantal consulten voor geboortenregeling in Nederland.

Bron: Continue Morbiditeits Registratie Peilstations (jaarverslagen 1970 t/m 1977).

Oók als dit volgens objectieve maatstaven misschien niet de meest aangewezen methode zou zijn voor *deze* vrouw, in *deze* situatie, in *haar* levensfase. De meeste huisartsen hebben, soms door schade en schande wijs geworden, deze opvattingen over de patiënt-arts-relatie leren waarderen.

Toch heeft iedere arts zijn eigen grenzen. Voor sommigen zal die grens liggen bij een verwijzing naar een abortuskliniek, voor een ander bij een verzoek om een zogenaamde schoonheidsoperatie. Ook op het terrein van de geboortenregeling blijkt iedere huisarts zijn grenzen te hebben. 'Moeten die jonge meisjes zonnodig al aan de pil?' is bijvoorbeeld een veel gehoorde vraag.

Ketting<sup>2</sup> zegt in zijn proefschrift 'Van misdrijf tot hulpverlening', dat geboortenregeling zowel verwijst naar voortplanting als naar sexualiteit. 'Een meisje dat op 16-jarige leeftijd de pil gaat gebruiken is niet bezig 'geboorten te regelen', nee, ze neemt een maatregel die het haar mogelijk maakt sexueel contact te hebben of, zo men wil, haar sexuele mogelijkheden te ontdekken. Men zou daarom in verscheidene situaties misschien beter kunnen spreken van 'sexualiteitsregeling' dan van 'geboortenregeling.'

Daar waar geboortenregeling niets meer te maken heeft met gezinsregeling, zullen mijns inziens veel (huis)artsen het moeilijker kunnen accepteren dat 'patiënten' hen louter gebruiken om contra-indicaties op te sporen. Ook Jürgensen<sup>3</sup> zegt iets dergelijks als zij in haar artikel over Psychologie der intrauterinen Kontrazeption opmerkt: *'Nicht die vom Arzt angebotene, aus seiner Erfahrung und Identität empfohlene Methode ist die wirksamste, sondern die von den Klienten akzeptierte. Auf wenige andere Gebieten der klinische Medizin ist es bisher Patienten in solche Maße gelungen, ihre Wünsche nicht nur aus zu drücken, sondern auch durch zu setzen uns damit den negative Seiten der Übertragungsaspekte ärztlicher Autorität bloß zu stellen.'*

Moors<sup>4</sup> en Ketting zijn van mening dat de huisarts in de zestiger jaren de anti-conceptie-taak vrij plotseling kreeg toebedeeld. Doordat hij op zo'n intensieve wijze geconfronteerd werd met een nieuwe arts-patiënt-relatie, raakte hij daarmee snel vertrouwd. Artsen zijn ook kinderen van hun tijd. Als een groot deel van hun patiënten dezelfde vraag stelt, kunnen en willen maar weinigen zich daaraan onttrekken. Vooral de huisarts staat vaak dicht bij zijn patiënten dan de specialist. Ook is hij, soms een mensenleven lang, in de gelegenheid de gevolgen van een wel of niet gegeven advies, of al dan niet opgevolgd advies 'mee te beleven'. Een specialist zal vaak de mensen die hij geholpen heeft, of juist niet geholpen heeft, niet meer terugzien. De huisarts daarentegen blijft meestal de huisarts van deze mensen.

Misschien lijken huisartsen in hun adviezen en benadering van de mensen pragmatischer. Het is bijvoorbeeld opmerkelijk hoe snel de bereidheid van huisartsen groeide om een vrouw met een ongewenste zwangerschap voor een abortus door te verwijzen naar een polikliniek<sup>2</sup>. Bij de abortushulpverlening zijn daarbij conflicten tussen huisartsen en specialisten ontstaan. Toen de abortusteams zich 'ondeskundig' gingen verklaren, werd de indicatiestelling steeds meer naar de huisartsen toegeschoven. Deze bleken in het algemeen vaker geneigd een abortusaanvraag goed te keuren dan de gynaecologen die de ingreep moesten uitvoeren. Daaruit ontstond een toenemende onvrede, die in onder andere Arnhem leidde tot het oprichten van de eerste polikliniek, het Mildredhuis.

## GEBOORTENREGELING IS NIET EEN LOUTER TECHNISCH PROBLEEM

Volgens Nijs<sup>5</sup> is 'anti-conceptie niet louter een technisch probleem, maar een opgave waarbij emotionele en irrationele factoren van zeer groot belang zijn (...). De acceptatie van een methode van geboortenregeling, hangt niet af van haar chemische of mechanische karakteristieken, maar veel eerder weerspiegelt ze de emotionele instelling ten opzichte van de sexualiteit, zwangerschap en liefde van de mensen, die deze methode in hun leven inpassen.'

De huisarts die veel met geboortenregeling te maken heeft, weet dat er waarheid schuilt in deze opmerking. Hij vindt die in de literatuur echter zelden terug. Deze literatuur gaat immers bijna uitsluitend over de technische aspecten van de methoden. Het is zelfs de vraag of er in klinieken afdoend onderzoek gedaan kan worden naar de aanvaarding van methoden van geboortenregeling. In 'Geboortenregeling in de praktijk' (Moors en anderen<sup>6</sup>) hebben we gepoogd de geboortenregeling in een bredere context te plaatsen.

## EMOTIONELE GEVOELEN DEKKEN NIET ALTIJD HET VERSTANDELIJKE BESLUIT

De keuze van de methode is bij geboortenregeling vaak een verstandelijk besluit dat de vrouw neemt, al dan niet in goed overleg met haar partner. Er is nauwelijks enig inzicht in de emotionele gevoelens, die dergelijke verstandelijk genomen besluiten bij de mensen oproepen. In de beleving van sexualiteit spelen deze, vaak onbewust beleefde gevoelens, een belangrijke rol.

Ook de relatie met de partner ondergaat een invloed van zulke emotionele ladingen. De mens achter de methode is van belang, evenals de man achter de vrouw, of de vrouw achter de man. Deze onbewust beleefde gevoelens bepalen *mede* het welbevinden van mensen, van paren. Helaas is nog nauwelijks bekend hoe groot de invloed is van minder geaccepteerde methoden van geboortenregeling op de (sexuele) relatie van mensen. Omdat huisartsen zulke regelmatige contacten hebben met vrouwen die hormonale anti-conceptie gebruiken, horen juist zij dat er een spanning bestaat tussen het verstandelijke besluit een pil te gebruiken en de emotionele beleving ervan. Steeds meer (geëmancipeerde) vrouwen verdragen de hormonale vormen van anti-conceptie niet langer. Ze stellen daarmee, soms ook expliciet, de beleving van hun sexualiteit ter discussie. Niet alle partners hebben daar direct een adequaat antwoord op. Deze spanningen worden vaak aan de huisarts gepresenteerd als klachten over, of bijwerkingen van de gekozen methode van geboortenregeling. (Moors-Mommers en anderen<sup>7</sup>).

## WAT MOETEN HUISARTSEN MET ZULKE ONLUSTGEVOELEN?

De signalen zijn natuurlijk niet altijd even duidelijk. Wie zal dat de cliënt, of is hij nu plotseling weer patiënt geworden, euvel duiden? Toch verwachten veel mensen van hun huisarts dat hij het probleem van de bijwerkingen helpt oplossen. Soms zelfs willen zij impliciet dat hij de onlustgevoelens laat verdwijnen. In het beste geval kan een medicus trachten somatische oorzaken voor deze onlustgevoelens uit te sluiten. Maar daarbij komt onmiddellijk de vraag naar voren tot hoever zo'n medisch onderzoek moet gaan. Voordat arts en patiënt het bemerken, zitten ze zover in het medische ka-

naal, dat er geen weg terug meer is en waardoor de patiënt soms schade lijdt. Als artsen met een klacht geconfronteerd worden, kunnen ze deze niet zonder meer naast zich neerleggen. Dat kunnen andere hulpverleners ook niet. Voor de arts geldt bovendien nog dat, mocht later een of andere ziekte optreden, hem nalatigheid verweten kan worden. Soms is het laten uitvoeren van uitgebreid lichamelijk onderzoek een gevolg van gevoelens van onmacht van de huisarts. De huisarts wordt wel eens verweten dat hij te veel verantwoordelijkheid van zijn patiënten wil overnemen, maar de vraag van de patiënt en de mogelijkheden van de arts staan in wisselwerking met elkaar.

De laatste tijd worden steeds meer huisartsen zich bewust dat zij de psychosociale problemen van hun patiënten niet kunnen oplossen. De mensen zullen dat zelf moeten doen. De doorsnee huisarts is niet opgeleid om zijn patiënten bij zulke problemen te begeleiden. Reiken patiënten *sexuele* problemen aan, dan hebben veel huisartsen het extra moeilijk. Op allerlei, vaak oneigenlijke gronden probeert de huisarts deze problemen af te houden. Maar als zij gebracht worden in het kader van de geboortenregeling en als blijkt dat verandering van pil of het toevoegen van vitamine B6 geen oplossing biedt, dan kan hij zich er slecht aan onttrekken. Hoe langer hoe meer vrouwen leren hun gevoelens van onlust onder woorden te brengen. Mede daardoor ontstaat de indruk dat de huisarts meer te maken krijgt met relationele en sexuele dysfuncties van zijn patiënten. Er wordt wel eens gesuggereerd dat de huisarts na het constateren van deze dysfuncties zijn patiënten het beste kan verwijzen naar een maatschappelijk werker. Maar als het gaat om sexuele problemen, blijken ook maatschappelijk werkenden extra moeilijkheden te ondervinden.

## OMGAAN MET SEXUELE PROBLEMEN IS VOOR ALLE DISCIPLINES MOEILIK

Huisartsen, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkenden, verloskundigen, fysiotherapeuten en pastores hebben allen tijdens hun opleiding de seksualiteit 'kaltgestellt'. Het is daarom niet zo verwonderlijk dat uit deze gelederen vragen om bij- en nascholing komen.

Het helpen van mensen met sexuele problemen vereist mijns inziens geen speciale vaardigheden. Het belangrijkste is dat de helper weet wat zijn eigen houding is ten opzichte van het aangeboden probleem. De hulpverlener die heeft leren zien dat hij met sexuele problemen van zijn cliënten minder gemakkelijk omgaat dan met andere problemen, is al een eind op de goede weg. Zoals vaak in nascholingsprogramma's blijkt dat mensen, die het objectief gezien het minst nodig hebben, zich het eerst aanmelden voor een cursus of training. Bij nascholing met betrekking tot helpen bij sexuele moeilijkheden lijkt er een vraag te bestaan naar een gezamenlijke nascholing van de diverse disciplines in de eerste lijn van de gezondheidszorg. Of de vraag van de verschillende disciplines precies gelijk is, zal nog nader onderzocht moeten worden.

Als we ervan uitgaan dat in de eerste plaats een zekere openheid in het omgaan met de seksualiteit van de helper zelf van belang is, dan zou aan dit aspect in gezamenlijke nascholing aandacht gegeven kunnen worden. In een tien dagdelen durende cursus is een poging gedaan eerstelijns werkers wat gevoeliger te maken voor hun eigen functioneren tegenover mensen met sexuele problemen via de stap-voor-stap-methode, die Schacht<sup>8</sup> in het boek 'Helpen bij sexuele moeilijkheden' beschrijft.

## DE HUISARTS MOET GEEN SEXUOLOOG WORDEN

Het kan niet de bedoeling zijn dat huisartsen alle seksuele problemen zelf oplossen. In de inleiding van het boek 'Helpen bij seksuele moeilijkheden' heb ik<sup>8</sup> geformuleerd welke eisen er aan de hulpverlener in de eerste lijn gesteld kunnen worden. Van de huisarts kan wél verwacht worden dat hij seksuele problemen van zijn patiënten onderkent óók als deze niet als een seksueel probleem gebracht worden. Hij zal daarvoor moeten luisteren naar soms onduidelijke signalen van mensen. Mensen zijn soms bang hun gevoelens te volgen, omdat ze denken dat zij die alleen hebben en dat ze afwijken van de norm. Mensen hebben vaak faalangst en kunnen daarom te weinig beleven in hun seksuele relaties. Ze verplaatsen zichzelf snel in een toeschouwersrol, waardoor ze zich niet kunnen overgeven. Het onderkennen van deze stoornissen bij patiënten is een taak van de huisarts. Vaak blijkt dat de problemen al voor een deel verdwenen zijn als ze door huisarts en patiënt samen opgespoord zijn. Gevoelens en angsten die een naam hebben zijn minder bedreigend dan vage onlustgevoelens. De huisarts kan op deze manier veel mensen geruststellen, niet door hun problemen te bagatelliseren, maar juist door ze serieus te nemen en met de patiënt op weg te gaan om te kijken hoe diep en wáár ze wortelen.

De huisarts zal mensen met moeilijke seksuele en relationele problemen moeten verwijzen. Voor veel huisartsen is dit moeilijk. Er zijn weinig verwijzingsmogelijkheden. Sommige huisartsen zeggen dat ze daarom zo vaak niet ingaan op aangeboden problemen. Waarom zou je iets boven laten komen, om het daarna weer te moeten toedekken? Er is toch geen kruid voor gewassen. Zie ook Bruins<sup>9</sup> in zijn bijdrage aan het hypertensienummer van Huisarts en Wetenschap.

Evenals bij veel psychosociale problemen het geval is, weet een hulpverlener pas nadat hij de seksuele problemen voldoende verkend heeft, of hij met een eenvoudig of met een zwaarder probleem te maken heeft. Ook het onderscheiden van louter seksuele problemen en seksuele problemen die eigenlijk hun wortels hebben in de relatie van de partners, is een moeilijke zaak. Vaak krijgt men daar ook pas tijdens het onderzoek meer zicht op. Voor de meeste huisartsen blijft het grootste probleem dat ze met hun tijd moeten woekeren en daardoor aan grondig onderzoek niet toekomen. Misschien komt er meer ruimte en tijd voor deze problemen als er door het grotere aanbod van huisartsen een praktijkverkleining optreedt.

De huisarts met een goede samenwerking met het algemeen maatschappelijk werk in zijn regio, kan ook een deel van dit explorerend werk door een maatschappelijk werker laten doen. Het begint er overigens op te lijken dat de verwijzingsmogelijkheden iets talrijker worden. Veel tweedelijns instituten voor psychosociale noden gaan zich hoe langer hoe meer toeleggen op het behandelen van seksuele problemen.

## BESCHOUWING

Het is mijn mening dat veel huisartsen door de aandacht die ze zijn gaan schenken aan geboortenregeling, ontdekt hebben dat een groot aantal van hun patiënten te kampen heeft met relationele en seksuele problemen. Steeds meer mensen, vooral vrouwen, durven daarover nu met hun huisarts te spreken.

Huisartsen zijn in het algemeen slecht voorbereid om mensen met seksuele problemen te helpen. Ze horen van collega's in de eerste lijn dat het in andere disciplines niet veel



beter is. Zij weten vaak geen raad met het aanbod, dat door radio, televisie, krant en andere media lijkt te worden opgeroepen. In alle disciplines in de eerste lijn is er vraag naar bij- en nascholing op dit terrein. Vooral artsen vragen, vooralsnog, vaak technische en ziektekundige informatie. Dat is het model waarin zij überhaupt hun kennis plegen te verzamelen. Het grootste probleem bij helpen bij seksuele problemen is mijns inziens echter niet een gebrek aan kennis. Een aantal huisartsen bezit zeker ook voldoende vaardigheid om om te gaan met psychosociale problemen.

Hun houding tegenover de seksualiteit remt hen echter als het over de beleving van de seksualiteit gaat. Artsen lijken soms 'vaginistisch' te worden als hun patiënten hun seksuele problemen willen voorleggen. Een voorhoede onder de Nederlandse huisartsen wil daarbij geholpen worden. Het lijkt erop dat zij samen met andere werkers in de eerste lijn willen gaan werken aan de gevoelde tekorten.

Hollen naar de horizon zal in dit geval eerder bestaan uit het door vallen en opstaan leren aanvaarden en erkennen van de eigen gevoelens en het langzamerhand aanleren van een houding waarin de patiënt zijn gevoelens zonder schroom kan uiten. Ook als die gevoelens afwijken van de norm.

Huisartsen die hebben geleerd methodisch te werken<sup>10 11</sup>, krijgen mijns inziens gemakkelijker feed-back over de vorderingen die ze maken in het onderkennen van seksuele problemen bij hun patiënten. Het topje van de ijsberg van seksuele onlustgevoelens is in de huisartspraktijk ook zichtbaar geworden via een grotere aandacht voor de psychosociale problemen van de patiënt. De huisarts in de jaren vijftig kon zich niet voorstellen dat een belangrijk deel van zijn tijd in beslag genomen zou gaan worden door geboortenregelingsadviezen. Misschien kunnen wij ons onvoldoende voorstellen hoe de huisarts in de tachtiger jaren zich samen met de cliënt buigt over seksuele dysfuncties. Hoe dan ook, de huisarts zal een belangrijke signaalfunctie krijgen; in de toekomst zal in de praktijk wel blijken wie het best zal kunnen helpen, en waar.

## INLEIDING

De opmars van chronische ziekten en handicaps stelt de maatschappij voor grote problemen waarvoor nog nauwelijks een omschrijving, laat staan oplossingen bestaan. In toenemende mate bepalen chronische ziekten, en overigens ook ongevallen, tevens het ziekte- en sterftepatroon, waarmee de huisarts te maken heeft. Zij hebben in hun ontstaan en beloop een veel sterkere wisselwerking met het gedrag van de betrokkene zelf, met diens primaire leefverband en de bredere maatschappelijke context dan acute ziekte-episoden. Zij vergen een medische interventie, die sterk verschilt van die waarmee patiënt en arts vertrouwd zijn.<sup>1 2</sup>

De huisarts ondervindt grote moeite zijn taken en doelstellingen in dezen aan te passen aan de zich nog steeds sterk wijzigende omstandigheden. De discussie over de gewenste bijdrage van de huisartsgeneeskunde wordt sterk bepaald door druk van buitenaf.<sup>3</sup> Met de oprichting en coördinatie van een 'werkgroep chronische patiënten' tracht Bruins het belang van de huisartsgeneeskundige inbreng te onderbouwen. Deze problematiek zal ik hieronder wat uitgebreider behandelen.

## VERANDEREND ZIEKTE- EN STERFTEPATROON

De sterk toenemende mate waarin de huisarts te maken heeft met chronische patiënten, is niet los te zien van de maatschappelijke veranderingen van deze eeuw. Allereerst de veroudering van de Nederlandse bevolking. Infectie- en deficiëntieziekten verdwenen nagenoeg als doodsoorzaak, vooral als gevolg van de economische vooruitgang en maatregelen in de sfeer van leefgewoonten en hygiëne. De zich krachtig ontwikkelende gezondheidszorg leverde een opzienbarende, maar complementaire bijdrage. De levensverwachting bij de geboorte (in 1900 gemiddeld 45 jaren) steeg spectaculair. De bevolkingsopbouw ondervond een duidelijk verouderingseffect, later ook als gevolg van de introductie van 'de pil' en de emigratie van jongeren. Met de vergrijzing van de bevolking als verklaring voor de toename van chronische ziekten zou men vrede kunnen hebben, ware het niet dat er veel meer aan de hand is.

Evenals het afnemen van infectie- en deficiëntieziekten, blijkt ook het toenemen van chronische ziekten en ongevallen sterk door sociale factoren bepaald. De voeding, in 1900 nog uiterst eenzijdig en onvoldoende, verbeterde langzaam maar aanzienlijk. Met de huidige overconsumptie is opnieuw een problematische eenzijdigheid van de voeding ontstaan en een wanverhouding tussen opname en verbruik van calorieën. De consumptie van sigaretten steeg van 1955 tot 1977 van 1100 tot 1950 stuks per hoofd van de bevolking. Het alcoholgebruik, dat in het begin van deze eeuw daalde na het hoge niveau aan het eind van de vorige eeuw, is sinds de jaren vijftig met 400 procent gestegen. De Lint<sup>4</sup> wijdt een boeiende beschouwing aan de mogelijke achtergronden van de zorgwekkende consumptiestijging van alcoholica, waarnaar ik graag verwijs.

Waar ik hier op wil wijzen, is de nauwe verwevenheid tussen riskant gedrag in onze samenleving en het normatieve gedragspatroon. Wat in het dagelijks leven voor gezondheidsbevorderend gedrag doorgaat, dateert nog van de periode waarin infectieziekten de volksgezondheid bepaalden. Een van de anachronismen van deze tijd is het zouten van voedsel, eens een onmisbare conserveringsmethode, nu allang overbodig en steeds duidelijker ongewenst voor de volksgezondheid.

Een belangrijk aspect van de volksgezondheid is dat sinds 1900 de levensverwachting op volwassen leeftijd nauwelijks is verbeterd, terwijl sinds het eind der jaren vijftig de levensverwachting van volwassen mannen zelfs daalt. Hart- en vaatziekten, kanker en ongevallen werden de belangrijkste doodsoorzaken, met tezamen bijna driekwart van de totale sterfte in 1976. Ook in het morbiditeitspatroon zijn chronische aandoeningen gaan domineren. Blijkens het Epidemiologisch Preventief Onderzoek Zoetermeer<sup>5</sup> was 35% van de bijna 4.700 onderzochte personen van 20 jaar of ouder ten tijde van het onderzoek (1975-77) onder medische behandeling: hypertensie (8,5%) en ziekten van het bewegingsapparaat (5%) waren de belangrijkste aandoeningen. De continue morbiditeitsregistratie, die het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut in een aantal huisartspraktijken voert, laat zien dat het aantal hulpvragen duidelijk stijgt met de leeftijd en dat de meerderheid daarvan chronische aandoeningen betreft, zoals coronaire hartziekten, adipositas, arthrosis deformans en CARA.<sup>6</sup>

Het wordt steeds duidelijker dat de gezondheidszorg aan deze opmars weinig verandert ondanks de enorme groei van middelen en personeel. Het bevorderen van de gezondheid heeft zich allengs verengd tot het 'preventieve' deel van specifiek medische bemoeienis.

## VERANDERENDE HOUDING EN GEDRAG TEN OPZICHTE VAN GEZONDHEID EN ZIEKTE

De waarden die in het leven van belang worden geacht ondergaan een duidelijke invloed van maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de toegenomen welvaart, de uitbouw van de sociale wetgeving, de saecularisatie, de veranderende betekenis van het gezin en, niet in het minst, de veroudering van de bevolking en de ontwikkeling van de volksgezondheid. Materiële en sociale zekerheid, economische groei en technologische vooruitgang en het zieleheil kregen een meer betrekkelijke waarde.

Gezondheid is voor praktisch iedereen overgebleven als een van de meest centrale waarden, vaak op eenzame hoogte. Dat moet ook bijna wel met de ruim 70 jaren die wij te leven hebben. Cassee<sup>7</sup> zoekt de verklaring voor het buitengewoon belangrijk vinden van gezondheid in de angst voor ziekte. Deze angst en krampachtigheid rond gezondheid en ziekte zijn mijns inziens terug te vinden in allerlei verschijnselen, zoals het uitstellen van doktersbezoek bij ernstige ziekteverschijnselen, de hoge mate van non-compliance, de vlucht in medische consumptie, riskant gedrag (voeding, verkeer, genotmiddelen) en diëten à la Atkins. De gezondheidszorg reageerde met een defensieve geneeskunde en een negatief concept van gezondheid, namelijk de afwezigheid van ziekte en gebreken. De huidige mythe, dat gezondheid te koop is en met weinig moeite verkrijgbaar, als men maar paraat X consumeert vindt een warm onthaal.

Middelen als linolzuur dringen zich op als het nieuwe wondermiddel. Gezond zijn is geen lolletje meer met de vele verboden en de waarschuwingen voor slechte gevolgen, die in het verlengde van het negatieve gezondheidsconcept liggen. Ziekte is, als weleer, een straf voor vroegere zonden. De sociale uitbanning van ziekten, gehandicapten en stervenden in allerhande inrichtingen, en de professionalisering van de hulpverlening op alle mogelijke en onmogelijke terreinen tot aan stervensbegeleiding toe, komen hieraan keurig tegemoet en onderhouden de taboesfeer. De kwetsbaarheid van het bestaan lijkt eerder toe te nemen dan te verminderen, de belastbaarheid en zelfredzaamheid lijkt af te nemen.

Intussen lijkt er sprake te zijn van enige kentering. Patiënten eisen hun rechten op en ontdekken gemakkelijker steun en begrip te ontmoeten bij elkaar dan bij hun artsen. Na de psychiater trekt ook de huisarts de witte jas uit. Sociologen werpen zich op de mythische medische macht. Maar voornamelijk lijken de verwachtingen van het medisch-technisch kunnen verre van realistisch. De moeite die de huisarts heeft met wat de preventie van somatische fixatie heet, stemt tot nadenken.

## VERANDEREND OVERHEIDSBELEID

Geleidelijk vinden belangrijke verschuivingen in de gezondheidszorg plaats van 'huis' naar 'ziekenhuis'. Hoogendoorn<sup>8</sup> heeft in 1974 hierop gewezen; de tendens zet zich sindsdien voort (zie tabel 1).

jaar	percentage bevallingen in inrichtingen	aantal in een ziekenhuis opgenomen patiënten per 1000 inwoners	percentage overledenen in inrichtingen
1956	25	72	36
1971	45	101	50
1975	56	104	51

Tabel 1: Toename van de betekenis van het ziekenhuis in de gezondheidszorg.

Tegen deze achtergrond tracht de Overheid al enige tijd een verschuiving te bewerkstelligen van ziekenhuis naar polikliniek en eerste lijn. In het overheidsbeleid evenwel zijn financiële en organisatorische argumenten steeds belangrijker dan inhoudelijke argumenten. Het ziekenhuisbed blijft de spil waar alles om draait, nu weer in het kader van 'Bestek '81'. Ondanks jarenlange lippendienst aan het belang van de extramurale voorzieningen, vormen deze eerder een sluitpost dan een uitgangspunt in het beleid.

Weliswaar wordt sinds kort het Kruiswerk betaald via de AWBZ, maar één zwaluw maakt nog geen zomer. De demografische ontwikkelingen en de verschuivingen in het ziekte- en sterfjepatroon, vragen om beleidsinitiatieven. Wat de preventie betreft vergt de sterke verwevenheid van het ontstaan van chronische ziekten met de waarden, normen en gedragspatronen in de samenleving een samenhangend, interdepartementaal beleid. Preventie van hart- en vaatziekten, kanker en ongevallen valt buiten de reikwijdte van de gezondheidszorg: de normering van het menselijk gedrag hoort in het dagelijks leven tot stand te komen en nergens anders. Wel kan de Overheid een belangrijke sturende invloed hebben middels onder andere het onderwijs, maatregelen ter bevordering van de verkeersveiligheid, de Warenwet, het heffen van accijnzen en het reguleren van de reclame.

Als wij het steeds nijpender wordende alcoholvraagstuk als voorbeeld nemen, moeten wij met Maas<sup>9</sup> concluderen dat ten departemente sprake is van een ontmoedigend gebrek aan een ontmoedigingsbeleid. De gezondheidszorg heeft in dezen een niet onbelangrijke, maar wel beperkte, complementaire taak. Met nadruk wil ik een onderscheid maken tussen het inhaken op veranderende normen en gedragingen betreffende gezondheid en ziekte, en pogingen deze vanuit de gezondheidszorg te veranderen. Terecht stelt de Overheid zich terughoudend op ten aanzien van bevolkingsonderzoek naar chronische ziekten met daarop volgende interventie. Ik beperk mij hier tot twee

belangrijke bezwaren. De 'at risk'-groep die voor een bevolkingsonderzoek wordt geselecteerd, vormt slechts een bescheiden deel van wat eigenlijk de doelgroep zou moeten zijn. Stel dat een bevolkingsonderzoek naar de belangrijkste risico-indicatoren voor hart- en vaatziekten het tiende deel van de bevolking opspoort dat het hoogste risico heeft, dan heeft men dát bevolkingssegment geselecteerd waarin 25% van de coronaire hartziekten, 40% van de perifere vaatziekten en 50% van de cerebro-vasculaire acciden-ten en van de gevallen van decompensatio cordis zich zullen voordoen.<sup>10</sup> De meerderheid wordt dus niet opgespoord en valt buiten de interventie. Daarbij komt dan nog de kwalitatief en kwantitatief belangrijke groep mensen die niet aan een bevolkingsonderzoek deelneemt.

Een tweede bezwaar is het feit dat de interventie in hoge mate voorspelbaar is en bestaat uit adviezen die loodrecht staan op de normen van het dagelijks leven, met alle zinloosheid en gevaren van dien.<sup>11</sup> Uit de ervaringen die zijn opgedaan met onder andere het 'Stanford Heart Disease Prevention Program' en het 'North Karelia Project',<sup>12</sup> volgt dat een brede combinatie van maatregelen een betere kans van slagen biedt, dan een beperking tot selectie en advisering van individuen volgens het klassieke medische model.

Het wordt tijd dat ook in Nederland de Overheid en de medische professie elkaar vinden om gemeenschappelijke doelstellingen te formuleren en voorwaarden en taken aan te geven.

## VERANDERENDE HUISARTSGENEESKUNDE

Op zijn vooruitgeschoven post tussen de maatschappij en het gezondheidszorgsysteem verandert de huisarts duidelijk mee met de maatschappelijke ontwikkelingen. Philipsen<sup>11</sup> ziet de huisarts als een kameleon die het ziektekundig model vervangt door het even eenzijdige psychosociale model en hiermee nauwelijks in staat is de wassende en verschuivende stroom van hulpvragen te kanaliseren. De gezondheidszorg is een van de weinige maatschappelijke instituties, die geen zeggenschap meer hebben over de in-voer van de te behandelen problemen.

De versnelde maatschappelijke veranderingen brengen het specifieke karakter van de huisartsgeneeskunde inmiddels duidelijker naar voren. In het Paradigma-nummer van Huisarts en Wetenschap gaat Lamberts<sup>13</sup> uitvoerig in op de culturele functie van de huisartsgeneeskunde: zij beïnvloedt mede de cultuur waarin zij werkt. Een andere benaderingswijze, minder moraliserend vanuit de normen en waarden van de hulpverlener, en meer zoekend naar de behoeften van de mensen zelf, kan ruimte bieden voor een koers tussen maatschappelijke bemoeizucht en eenzijdig medisch-technische gedrevenheid. Hulpverlening is, wederom, iets complementairs. Ook medische hulp moet ergens op aansluiten; het is geen losstaand doel. Juist ook voor de medische zorgverlening aan chronische patiënten is het van groot belang nieuwe kristallisatiepunten in de maatschappelijke ontwikkelingen en de huisartsgeneeskunde te onderkennen. De primaire verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid, de waarden en gevoelens van de mensen zelf, zelfzorg, spontane mantelzorg, de hulpvraag, zij zijn alle te belangrijk om te worden overgeslagen in onbeholpen ijver, of deze nu psychosociale hulpverlening of screening wordt genoemd.

Onderkenning van het feit dat de setting waarin de hulpverlening plaatsvindt de aard ervan beïnvloedt, zal moeten leiden tot een gericht streven chronische patiënten zo

weinig mogelijk te verwijzen. Anders dan zelfs gestroomlijnde diabetes- of hypertensie-poliklinieken, heeft de thuisgezondheidszorg de mogelijkheid om naast persoonlijke zorg ook een gemakkelijk bereikbare, zo eenvoudig mogelijke hulpverlening te bieden, die betekenis krijgt in de leefsituatie. Naast het onderkennen van de wenselijkheid meer en beter gebruik te maken van een zo basaal mogelijke zorg, is het ook van belang vast te stellen dat de mogelijkheid om chronische patiënten in hun leefmilieu te helpen groter is geworden. De heroïek van de hectische hypertensiebehandeling met hexamethonium uit de jaren vijftig is historie. Belangrijke vorderingen sinds die jaren, zoals de toepassing van bèta-blokkers en, voor de ouderdomsdiabetes, orale hypoglycaemica, en het verruimen van diagnostische faciliteiten sinds de jaren zeventig maakten een verschuiving van de ziekenhuisgeneeskunde naar de thuisgezondheidszorg ook daadwerkelijk mogelijk.

Ondanks dat zijn huisartsen over het algemeen niet geneigd met voortvarendheid te reageren op de toename van chronische ziekten en handicaps en de achterliggende maatschappelijke situatie. De huisarts lijkt veeleer de ontwikkelingen passief te volgen en ze te hooi en te gras te bezweren met een rituele bloeddrukmeting. Beschouwend proza van huisartsen zelf over hun hulpverlening in dezen is opvallend schaars. De huisarts lijkt verstrikt in ambivalente gevoelens ten aanzien van chronische patiënten: enerzijds een dankbare groep mensen en een vast deel van het dagprogramma, anderzijds een jaar in jaar uit aandacht vragende groep, en de personificatie van de medische onmacht tot genezen. De wijze waarop de individuele huisarts met deze ambivalentie omgaat, zou wel eens een belangwekkend deel van de interdokter-variatie kunnen verklaren.

De huisarts is steeds meer buiten het gezondheidszorgsysteem komen te staan en kiest deels ook bewust, en om zeer respectabele redenen, deze wat excentrische positie. Toch heeft dit een verontrustend aspect. Met alle aandacht voor psychosociale problematiek, voor zijn persoonlijk functioneren als hulpverlener en voor samenwerking binnen de eerste lijn, dreigt de huisarts zijn bestaansrecht als huisarts uit te hollen door de zorgverlening aan chronische patiënten en de samenwerking met specialisten, het huisbezoek en het ziekenhuisbezoek nogal weinig aandacht te geven. 'De psychosomatiek', ooit het troetelkind van het Nederlands Huisartsen Genootschap,<sup>14</sup> raakte uit het gezichtsveld en de psychosociale problematiek raakte en vogue. Chronisch ziek zijn dient zich aan als 'nieuw' probleemveld, maar de huisarts lijkt moe geworden door allerlei 'opgedrongen' taken. Een algemeen aanvaard takenpakket komt niet tot stand: de huisarts blijft een grote vrijheid behouden zijn eigen takenpakket samen te stellen. Een ander is mijns inziens niet los te zien van de vraag of psychosociale hulpverlening door huisartsen geen oneigenlijke taakuitbreiding is.<sup>11 13 15</sup>

## CHRONISCHE ZIEKTEN: EEN APPÈL

Het hoge geboortenniveau van 1945 tot 1965 en de sindsdien optredende sterke geboortedaling zullen binnen afzienbare tijd hun bijdrage leveren aan een ongekend bejaardenvraagstuk. Een bejaardencultuur zal de huidige jeugdcultuur verdringen. Chronische ziekten en handicaps zullen, nog sterker dan thans, de volksgezondheid bepalen. Deze opmars, de begunstiging ervan door omgeving en gedrag, en de weerslag ervan op het functioneren van mensen in hun eigen milieu *moeten* wel sterk appelleren aan de huisarts. Hij verkeert toch als enige vertegenwoordiger van de medische professie con-

tinu dichtbij het leefmilieu. Hij heeft een unieke positie om kennis van en begrip voor mensen met hun persoonlijke achtergrond en leefsituatie te benutten voor een afgestemde hulpverlening met respect voor zelfzorg en spontane mantelzorg, om onnodige verwijzingen en opnamen, polypragmasie en 'patiëntificatie' zoveel mogelijk te beperken. Een unieke positie ook, die nog nauwelijks is benut, voor een huisartsgeneeskundige verkenning van het beloop van chronische ziekten, de achtergronden van gezondheids- en ziektegedrag en de beleving van het chronisch ziek-zijn.

De Peilstations en de introductie van de International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC) en van de probleemgeoriënteerde gezinskaart vormen, mét de Reasons for Contact Analysis, een goede aanzet tot het op handen zijnde verstandshuwelijk tussen de huisartsgeneeskunde en de epidemiologie.<sup>16</sup> Het wordt hoog tijd, aldus Bol<sup>17</sup> in een ander verband, dat de eerste lijn aantoonde dat een goed functionerende extramurale zorg van beslissende betekenis is voor de kwaliteit van de gezondheidszorg.

Hierbij zullen criteria uit het tijdperk van de infectieziekten, nog steeds een veel gehanteerde graadmeter, minder relevant zijn en criteria zoals de levensverwachting van veertigjarigen, de morbiditeit en mortaliteit en de invalidering als gevolg van chronische ziekten en ongevallen van veel meer belang moeten zijn, juist ook in het dagelijks werk en de research van huisartsen.

## WAT VERSTAAN WE ONDER 'OUDER' ALS WE SPREKEN OVER 'DE OUDERE PATIËNT'?

Het is zinloos en willekeurig iemand tot de oudere patiënten te rekenen alléén op grond van het leeftijdscriterium 65 jaar en ouder. Naast leeftijd dienen andere criteria gehanteerd te worden:

- maatschappelijke (worden zij, bijvoorbeeld in de werksituatie, als ouder behandeld en bejegend?; vallen zij onder ouderdomsvoorzieningen?)
- functionele (op welk niveau functioneren zij lichamelijk?; hoe functioneren hun afzonderlijke orgaanstelsels in vergelijking met die van andere leeftijdsgroepen?; hoe is hun validiteit en redzaamheid?)
- belevingscriteria (noemen, voelen zij zichzelf oud?)
- gedragscriteria (gedragen zij zich volgens het rolpatroon dat in deze gemeenschap voor 'ouderen' of 'bejaarden' geldt?)

Deze criteria, in samenhang genomen en bepaald, leveren dusdanig verschillende patronen en gradaties van veroudering op, dat niet één oudere patiënt gelijk is aan enige andere leeftijdsgenoot, ook niet in lichamelijk opzicht. Om gerichte medische arbeid mogelijk te maken, dient men deze diversiteit enigszins te vereenvoudigen door de groep oudere patiënten (desnoods te beginnen met 40 of 45 jaar als onderste, ook weer een willekeurige grens) in subgroepen in te delen naar zaken die voor hun leven, hun gezondheid en voor hun relatie tot het werk van de huisarts van doorslaggevende betekenis zijn:

- subgroepen die dezelfde levensgebeurtenissen meemaken (bijvoorbeeld arbeidsongeschikt worden; je partner verliezen; gepensioneerd worden; overgangsjaren; vertrek van de kinderen uit huis)
- subgroepen die dezelfde klacht of kwaal hebben, eenzelfde niveau van validiteit hebben, een welomschreven beroep doen op de gezondheidszorg
- subgroepen van ouderen wier leven in hoge mate bepaald wordt doordat zij van speciale voorzieningen gebruik maken (verzorgingshuis, verpleeghuis)

Bovenstaande indeling heeft het bezwaar dat de drie subgroepen elkaar overlappen en op ongelijksoortige indelingscriteria gebaseerd zijn. Het ligt dan ook voor de hand de oudere patiënten voorlopig in te delen naar hun kwalen en klachten, naar hun validiteitsniveau en naar de wijze waarop zij een beroep doen op de huisarts. In onderstaande notities zullen wij verder overwegend het courante spraakgebruik volgen en onder 'oude patiënt' de patiënt van 65 jaar en ouder verstaan.

## KOMEN ER STEEDS MEER OUDERE PATIËNTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK?

Als men uitgaat van het voorgaande stelsel van criteria voor veroudering, kan men deze vraag niet met 'ja' of 'nee' beantwoorden.

- Het aantal patiënten boven de 65 jaar zal voorlopig absoluut én relatief toenemen, evenals het aantal hoogbejaarden onder hen
- Gerekend naar maatschappelijke positie en maatschappelijke bejegening wordt men op steeds jongere leeftijd 'oud'



Of ouderen in de toekomst gemiddeld meer of minder vaak en op andere wijze een beroep zullen doen op de huisarts dan hun leeftijdsgenoten nu, is nog een open vraag. Het is niet uitgesloten dat op den duur een groep zal ontstaan van mensen, die enerzijds op betrekkelijk jonge (kalender-)leeftijd in maatschappelijke zin 'oud' is en anderzijds tot op hoge (kalender-)leeftijd 'jong' blijft, in termen van lichamelijke gezondheid en validiteitsniveau. De huisarts zal dan een van de eersten zijn die merkt tot welke problemen dat in de maatschappelijke situatie van dat moment kan leiden. Hoe dan ook, de eerstejaars medisch student anno 1979 zal, eenmaal huisarts geworden, in zijn praktijk een fors contingent oudere patiënten aantreffen in de zin van één of meer van bovengenoemde criteria.

#### WIE VAN DE NEDERLANDSE HUISARTSEN IS GEÏNTERESSEERD IN, BEREID TOT EN VAARDIG IN HET WERKEN MET OUDERE PATIËNTEN?

Geen Nederlandse huisarts zal een dergelijke interesse en bereidheid openlijk ontkennen. Zelden echter staat de oudere patiënt centraal in de belangstelling van de arts. Deels ligt dit aan de opleiding. De zojuist afgestudeerde huisarts wordt over het algemeen niet gehinderd door een overmatige kennis van veroudering in het algemeen en van de problematiek van de oudere patiënt in het bijzonder. In zijn opleiding heeft hij hoogstens een blokje gerontologie of geriatrie gehad. In het beste geval is hij zich ervan bewust dat hij tegen ouderen geen uitdrukkingen moet gebruiken als: 'het is slijtage', 'de ouderdom komt met gebreken' en 'je moet ermee leren leven'. In de huisartsopleiding wordt her en der enige aandacht geschonken aan medische zorg voor ouderen. Dit heet dan al snel geriatrie. De in ouderen geïnteresseerde huisarts zal zijn kennis en vaardigheid eerder vergroten dan de huisarts, die zich met wrevel en weerzin aan zijn dagelijkse portie oudere patiënten zet. Lacunes in de opleiding spelen hierbij een belangrijke rol, maar de manier waarop de huisarts zijn oudere patiënten benadert wordt ook bepaald door zijn persoonlijke waardering van en (min of meer bewuste) houding ten opzichte van de ouderdom. Deze houding kan negatief zijn als de oudere patiënt associaties oproept aan ongeneeslijke ziekte en dood, of reminiscenties aan conflictueuze kind-ouder-relaties bij de arts. De arts kan zich veel meer aangetrokken voelen door mensen en problemen die het o-s-m-(ons-soort-mensen)gevoel bij hem oproepen (zelfde leeftijd, zelfde ontwikkeling en maatschappelijke status, zelfde interesse en vanzelfsprekendheden). Een min of meer ernstige graad van 'gerontofobie' is hinderlijk in het contact tussen arts en oudere patiënt; zo iets roept vermijdingsgedrag op en overcompensatie in de vorm van overdreven en onechte vriendelijkheid. Zolang het werken met ouderen nog dezelfde geringe maatschappelijke status heeft als die ouderen zelf hebben, is het verklaarbaar dat het nog steeds aan het initiatief van de huisarts wordt overgelaten hoe hij zich – binnen de nog zeer marginale kwaliteitsnormen die gelden binnen de huisartspraktijk – wil opstellen ten aanzien van de oudere patiënt. Van weldoen naar goed werk leveren is dan nog een hele stap.

#### WAT PLEIT ZOAL VOOR EEN INTENSIEVER EN SYSTEMATISCHER AANPAKKEN VAN DE ZORG VOOR OUDEREN DOOR HUISARTSEN?

Er zijn vele redenen voor de huisartsen om zich intensief toe te leggen op de gezondheidszorg voor ouderen:

- onderzoek naar de gezondheidstoestand van de oudere patiënten in de huisartspraktijken toont aan dat een aanzienlijk deel van de oudere bevolking rondloopt met afwijkingen en aandoeningen, die liggen op het terrein van de huisarts, die behandelbaar zijn, doch veelal bij de huisarts in kwestie niet bekend zijn. Een grote groep ouderen is onder-behandeld; niet bekend is in hoeverre deze medische onderconsumptie wordt gecompenseerd door overconsumptie van andere ouderen.
- op wetenschappelijk niveau is nog niet duidelijk welke biologische mechanismen en regulaties aan de veroudering ten grondslag liggen. Wat nu nog typische ouderdomspathologie heet, is enerzijds het resultaat op langere termijn van ongunstige arbeidsomstandigheden, van slechte leefgewoonten, van verwaarlozing, anderzijds de manifestatie van ziekten en aandoeningen die al op veel jongere leeftijd zijn ontstaan: de multiple pathologie is bepaald niet het alleenrecht van de ouderen. De huisarts zal uit gezondheidsproblemen van ouderen conclusies kunnen trekken met betrekking tot preventie-mogelijkheden bij jongere leeftijdsgroepen. Enig optimisme over de herstelmogelijkheden van oudere mensen lijkt niet misplaatst.
- in de relatie met de oudere patiënt heeft de huisarts de mogelijkheid kostenbesparend te werken door adequate soberheid in medicatie en verwijzingen, en bovenal door zolang mogelijk alternatieven te helpen creëren voor de gang naar intramurale voorzieningen.  
Een kosten-baten-analyse van een zorg voor ouderen op aanvaardbaar niveau is nog niet verricht. Daarin dient niet alleen betrokken te worden de winst aan gezondheid en levensvreugde voor de oudere patiënt zelf, maar ook die van diens omgeving (partner, kinderen en familie) indien deze oudere mens optimaal functioneert.
- er ontstaat geleidelijk een generatie van ouderen, die niet meer afwacht welke aandacht de dokter aan ze wil besteden, maar zelf deze zorg gaat bepalen en mede organiseren.

## VOOR WELKE VRAGEN PLAATST DE OUDERE PATIËNT ONS?

We gaan in dit verband niet in extenso het klachtenpatroon van de oudere patiënt beschrijven. Anderen zijn daartoe meer bevoegd. Liever geven we een schematisch overzicht van een aantal manieren, waarop ouderen omgaan met ziekte en van de consequenties daarvan voor de wijze waarop ze gebruik maken van de zorg van huisartsen. De onderzoeksgegevens waarop we ons baseren, zijn in Nederland overbekend en hebben overwegend betrekking op de 65-jarigen en ouderen.

*'Ik kan nog alles, als ik maar niks doe.'* Deze merkwaardige 'energie-nota' van een hoogbejaarde pastoor brengt ons op het punt van de voor een aantal bejaarde patiënten kenmerkend geachte verschillen tussen subjectieve gezondheidsbeleving en objectieve gezondheidstoestand, op het punt van de 'gezondheidsoverschatters' en 'gezondheidsonderschatters', op klagen en niet klagen, dan wel ontkennen van ziekte door ouderen. Een en ander komt tot uitdrukking in de mate waarin en de wijze waarop ouderen gebruik maken van de zorg van de huisarts. Deze zou, als hij onze vereenvoudigingen voor lief neemt, zijn groep oudere patiënten kunnen verdelen naargelang zij:

- 1) weet hebben van een kwaal of aandoening en daarmee naar de huisarts gaan
- 2) weet hebben van een kwaal of aandoening, maar daarmee niet naar de huisarts gaan
- 3) niet weet hebben van een (in feite aanwezige) kwaal of aandoening, maar wel de

- huisarts bezoeken om andere redenen
- 4) niet weet hebben van een (in feite aanwezige) kwaal of aandoening en niet naar de huisarts gaan
  - 5) met een klacht bij de huisarts komen en niet de 'bijbehorende' kwaal of aandoening blijken te hebben

*Ad 1: Weet hebben van een kwaal of aandoening en daarmee naar de huisarts gaan.*

Deze groep plaatst de arts voor het naar verhouding kleinste probleem: ouderen die met een klacht komen, hebben gewoonlijk de 'bijbehorende' afwijking of aandoening, en vaak meer dan één.

Hoewel hiermee nog niet gezegd is dat het verband tussen klacht en aandoening rechtlijnig en eenvoudig vast te stellen is, heeft de huisarts bij deze groep in elk geval een aangrijpingspunt voor zijn handelen. Ook dan is de arts bepaald nog niet uit de problemen, als tenminste waar is wat gezegd wordt over de oudere patiënten op het spreekuur, namelijk dat ze vaak zwijgen en zich moeilijk uiten (maar eveneens dat ze vaak een stortvloed van woorden nodig hebben); dat ze minder meewerken aan de behandeling; dat ze in verband met hun tempo meer tijd vragen voor de anamnese en het onderzoek; dat ze allerlei psychosociale problematiek, ook de meest ernstige, bij voorkeur in termen van lichamelijke klachten duiden en benoemen en tegelijkertijd vaak een symptoomarmoede hebben. Aandoeningen en ziekten verlopen stiller, met minder pijn; laboratoriumgegevens zijn vaak de eerste aanwijzingen dat er iets misgaat met de gezondheidstoestand van de oudere patiënt, vooral de hoogbejaarde. (Reageert het organisme op latere leeftijd anders? Ontstaan er op latere leeftijd lichaamssensaties, die de oudere mens onbekend zijn, die voor hem moeilijk te duiden zijn? Betekent het wegvallen van beroepsarbeid en de verplichting van een strak rooster van gezinsbezigheden ook dat een referentiekader wegvalt, waaraan de zwaarte en betekenis van symptomen en van lichamelijk ongemak werd afgewogen? Is voor ouderen geen voldoende duidelijke 'ziekerol' voorgeschreven?)

De arts die in deze situatie een taak weet af te bakenen die voor hemzelf uitvoerbaar is en de patiënt verbetering geeft, lijkt een kunstenaar. Het lukt ook niet altijd: er zijn, zeker op het werkgebied van de huisarts, geen duidelijke en voldoende gedocumenteerde richtlijnen uitgeschreven voor een adequate, tussen behandelwoede enerzijds en laatmaar-geneeskunde anderzijds laverende, zorg voor ouderen. Onkunde, gebrek aan tijd, de behoefte om toch iets te doen bij een onbehandelbaar probleem, kunnen de arts zowel verleiden tot een wegwuiven van de narigheid van de patiënt als tot ongericht en overmatig voorschrijven van medicijnen en veelvuldig verwijzen naar klinische specialisten. Kunstfouten, in de meeste gevallen te voorkomen, worden nog steeds vaak gemaakt, getuige het feit dat regelmatig geriatriebedden worden bezet door oudere patiënten met bijvoorbeeld ijzergerebreek en medicijnen-intoxicatie (onder andere door digitalis en psychofarmaca).

Over oudere patiënten en medicijngebruik vallen boeken te schrijven: verkeerde medicijnen, goede medicijnen in te hoge doseringen, te lang, te veel soorten door elkaar, ongecontroleerd gebruik, gebruik tegen de voorschriften van de arts in, geen gebruik waar ze in feite strikt noodzakelijk zijn, etcetera. Het bovenstaande wekt de indruk dat de oudere patiënt tijdens het spreekuur voor de arts een raadsel is; is de arts voor de patiënt dan een open boek? Systematisch onderzoek is, voor zover ons bekend, met be-

trekking tot dit laatste punt niet verricht. Kritische uitspraken van ouderen zijn er wel; de belangrijkste klachten zijn gebrek aan informatie over de redenen en de effecten van behandeling en medicijnen, en gebrek aan invloed op de behandeling.

*Ad 2: Wel weet hebben van een klacht of kwaal en niet naar de huisarts gaan.*

Bij deze groep zijn wellicht mensen die hun ziekte ontkennen, omdat zij hoe dan ook als gezond willen gelden, omdat ze bang zijn voor de mogelijke uitslag van het onderzoek, bang voor het opgelegd krijgen van leefregels of ongewenste behandeling; mensen, die vinden dat hun klachten en pijn horen bij hun leeftijd (dus geen 'afwijking' betekenen) en daarom de arts niet lastig willen vallen, mensen die denken dat ziekten op hun leeftijd niet meer behandelbaar zijn en tenslotte uiteraard diegenen die gewoon geen behandeling van de arts willen, zichzelf cureren of hulp van anderen dan de huisarts inroepen.

*Ad 3: Geen weet hebben van een in feite aanwezige kwaal of afwijking, maar wel om andere redenen naar de huisarts gaan.*

Deze groep kan uiteraard niet los worden gezien van groep 1. Oudere patiënten lopen rond met tumoren, met de restverschijnselen van infarcten zonder dat de huisarts dit merkt als hij niet méér vraagt en méér onderzoekt dan de problematiek die de patiënt spontaan presenteert. Meer doen dan gevraagd wordt, wordt in de eerste lijn niet altijd gewenst geacht; aan de andere kant zal de huisarts het zich extra aantrekken als de patiënt ernstig ziek wordt of overlijdt aan door hem niet tijdig ontdekte aandoeningen.

*Ad 4: Geen weet hebben van een in feite aanwezige aandoening of afwijking en ook niet naar de huisarts gaan.*

Een aantal indertijd verrichte systematische gezondheidsbepalingen bij groepen oudere patiënten in huisartspraktijken toont aan dat deze groep groot is. We weten niet of deze groep kleiner wordt of in omvang toeneemt; we weten niet in hoeverre de praktijken in dit opzicht onderling verschillen. Zowel het geen weet hebben van, als het niet naar de huisarts gaan, kan berusten op één of meer van de redenen die ook onder ad 2 genoemd zijn. Soms vindt iemand uit de omgeving dat wel sprake is van een afwijking en weet deze de patiënt min of meer tegen wil en dank, min of meer verheugd door deze 'tip', naar de arts te krijgen. Deze groep vergt van de arts een grote zorgvuldigheid en oplettendheid met betrekking tot 'zwakke' signalen en indicaties van de kant van de patiënt en diens omgeving; hij loopt, bij te grote behoedzaamheid, het risico teveel onderzoek te verrichten en voorbarig te verwijzen.

*Ad 5: Met een klacht bij de huisarts komen en niet de 'bijbehorende' kwaal of aandoening hebben.*

Het is wellicht vooral dit verschijnsel dat de beeldvorming van oudere patiënten in de hand werkt, namelijk dat ze te veelvuldig en op oneigenlijke wijze een beroep zouden doen op de huisarts.

Toch vormt deze groep waarschijnlijk een relatief klein deel van het aantal oudere pa-

tiënten. De functie van dit gedrag is niet altijd duidelijk. Voor een aantal van deze patiënten is de huisarts wellicht een van de weinige serieuze gesprekspartners, een van de weinige personen buiten de eigen kleine kring met wie men op eigen initiatief contact kan aangaan; voor anderen is het brengen van een klacht misschien de enige vorm om hun onvrede met hun leven tot uitdrukking te brengen.

Tot nu toe verricht onderzoek geeft reden om aan te nemen dat, in tegenstelling tot wat de gezondheidstoestand van bejaarden zou doen verwachten, groep 1 de kleinste is; of dit ook geldt voor iets jongere leeftijdsklassen, bijvoorbeeld vijftigers of zestigers, is niet bekend. Onzes inziens duidt deze situatie op een gebrekkig contact tussen de huisarts en zijn oudere patiënten als groep. Mogelijke, nader te onderzoeken, achtergronden voor dit gebrekkig contact lijken ons:

- dat arts en patiënt een gedachtengang over de ouderdom hanteren waarbij het wederzijds geleidelijk loslaten van het contact vanzelfsprekend is
- dat de oudere generatie een andere verwachting van de taak van de arts heeft, dan nu bij de overige bevolking gebruikelijk is
- dat de oudere patiënt in toenemende mate geconfronteerd wordt met problemen waarvoor hij geen heil van de huisarts verwacht

Bij dit laatste punt kunnen we noemen:

- een op hoge leeftijd onhoudbaar wordende huwelijksrelatie, waaruit geen 'ontsnappen' mogelijk lijkt
- invaliditeit van één van de partners
- (beginnende) dementie en gedragsstoornissen
- verlies van dierbaren, alleen komen te staan
- ongeschikt worden van de woning zonder uitzicht op adequate herhuisvesting
- problemen met het vullen van de tijd
- angst voor het einde

Als oudere patiënten veelvuldig klagen over moeheid, lusteloosheid, verveling, depressie, eenzaamheid en vergeetachtigheid, dan lijkt de interpretatie dat ze een te 'verdrietig' leven leiden voor de hand te liggen, om het even of sprake is van specifieke op één persoon betrokken rouwreacties of meer globale, betrokken op de verlieskanten van het bestaan als zodanig.

SPECULEREN OVER EEN TOEKOMST:

ANDERS OUDER WORDEN, ANDERE PATIËNTEN, ANDERE ZORG?

Over de ontwikkeling van de omvang en de hoedanigheid van de oudere bevolkingsgroep (laten we hier gemakshalve maar weer de 65-jarigen en ouderen onder verstaan) wordt een aantal veronderstellingen geopperd, die deels ook voor de huisarts van betekenis zijn. De huisarts zal in toenemende mate te maken krijgen met oudere patiënten die meer dan alleen lager onderwijs hebben genoten; die zich mondig opstellen; die zich financieel gesproken in een gunstiger situatie bevinden, als tenminste de politiek ten opzichte van deze groep niet drastisch verandert; die –door de daling van het kindertal en de toenemende gewoonte van volwassen kinderen buitenshuis te gaan wonen– steeds minder zullen en kunnen terugvallen op de steun van de kinderen.

Een open vraag is in hoeverre ouderen in de toekomst meer status krijgen, zeker wanneer de tijd aanbreekt dat een naar verhouding kleine bevolkingsgroep het leeuwedeel van de economische en productieve taken uitvoert ten behoeve van, onder andere, een grote groep ouderen. Een volgende vraag is in hoeverre ouderen in de toekomst gezonder en meer valide zullen zijn: een aantal beroeps- en milieuziekten zullen verdwijnen, nieuwe zullen ontstaan; steeds meer pasgeborenen met aangeboren afwijkingen blijven nu in leven, met een nog onbekend perspectief voor hun gezondheidstoestand op latere leeftijd. Gaat de bevolking gezonder leven? Wordt het leeftempo rustiger als de arbeid herverdeeld wordt? Welke rol gaat de veranderende positie van de vrouw hierbij spelen?

Hoe moet tegen die tijd de 'ziekerol' omschreven worden als niet-werken en toch een adequaat inkomen hebben een maatschappelijke vanzelfsprekendheid is? Waarin bestaat dan de 'ziektewinst'? Verdwijnt de scheidsrechtersfunctie tussen bed en baas, die de huisarts nu nog vaak opgelegd krijgt? Speculaties over de door de huisarts in de toekomst te verlenen medische zorg aan ouderen hebben allereerst betrekking op de vraag wanneer en hoe een aantal reeds lang geformuleerde *algemene* aanbevelingen wordt uitgevoerd, zoals praktijkverkleining, vestigingsbeleid en uniformiteit met betrekking tot takenpakket en kwaliteitsbeoordeling van het werk. Vervolgens wordt de vraag actueel hoe de toekomstige huisartsen kennis over de zorg voor ouderen kunnen verwerven.

De huisartsgeneeskunde als zodanig neemt in de algemene opleiding een uiterst bescheiden plaats in. Het is (ook voor een in ouderen geïnteresseerde student) vrijwel onmogelijk binnen die tijd kennis te nemen van de specifieke kanten van de medische zorg voor oudere patiënten. Het ziet er niet naar uit dat in de toekomst meer plaats zal worden ingeruimd voor praktijk- en veldwerk. Als echter het aanbod van huisartsen blijft stijgen en de plannen voor praktijkverkleining gerealiseerd worden, zullen wellicht meer huisartsen zich via zelfstudie en nascholing kunnen bekwamen in de medische zorg voor ouderen. Bij het aanstellen van huisartsenbegeleiders zou hierop meer nadruk gelegd kunnen worden.

Duidelijke richtlijnen voor de huisarts met betrekking tot de gezondheidszorg voor ouderen vallen voorlopig niet te verwachten. De Structuurnota Gezondheidszorg 1974 zegt nauwelijks iets over de oudere patiënt in de huisartspraktijk; de nota Bejaardenbeleid 1975 specificeert enkele taken (naast onderzoek en behandeling) zoals gezondheidsvoorlichting, controle op hulpmiddelen als brillen, kunstgebitten en gehoorapparaten, en preventief geneeskundig onderzoek; de nota 'Hoe helpt de dokter?' vermeldt nadrukkelijk de levensfase van de patiënt als een belangrijk onderdeel van het kader van waaruit de arts op de hulpvraag reageert, maar spreekt vervolgens naar aanleiding van de oudere patiënt meteen over geriatrie, wat ons als een voortijdige 'vlucht' in een specialisme voorkomt. Criteria voor een aanvaardbare zorg zijn niet duidelijk; prioriteiten zijn niet te bepalen; evenmin zijn er richtlijnen voor wie de zorg voor zijn groep ouderen wil systematiseren; goede documentatie ontbreekt.

In deze situatie betekent 'hollen naar de horizon' eerst 'terug naar af': Artsen die meer aandacht willen besteden aan hun oudere patiënten doen er goed aan in groepen te gaan samenwerken, desnoods door voor dit werk een aparte samenwerkingsstichting op te richten: de individuele huisarts is met name voor het geïnstitutionaliseerde bejaardenwerk geen partij. Voorts zouden zij kunnen nagaan in hoeverre hun registratiesy-

stemmen en registratiegewoonten adequaat zijn wat betreft hun oudere patiënten: welke patiënten kent men niet; hoe volledig zijn de gegevens? (Bij een groot deel van in verpleeghuizen opgenomen patiënten blijkt bij opname nog steeds elke informatie van de kant van de huisarts te ontbreken.) Het registratiesysteem dient geschikt te zijn voor een later plaatsvindende beoordeling van de kwaliteit van de verleende zorg en dient overdraagbaar te zijn.

Zij zouden duidelijke afspraken moeten maken met GG en GD, met verzorgingshuizen, verpleeghuizen, met de wijkverpleging, het Kruiswerk of het pastoraat.

Zij zouden vooral het 'open bejaardenwerk' en de overige dienstverlening krachtig moeten steunen en duidelijkheid zien te verkrijgen over wederzijdse verwachtingen. Ze zouden regelmatig ervaringen kunnen uitwisselen, bijvoorbeeld door samen kritisch te kijken naar elkaars consulten met oudere patiënten, en op den duur algemene beginselen kunnen formuleren met betrekking tot de benadering van oudere patiënten, die recht doen aan hun maatschappelijke positie, hun levensfase, hun speciale behoeften, hun kracht en hun zwakte.

Ze zouden in gemeenschappelijk overleg een lijst met afspraken kunnen opstellen ten aanzien van oudere patiënten, bijvoorbeeld:

- iedere oudere patiënt tenminste eenmaal per jaar zien, eventueel spontaan een huisbezoek op eigen initiatief brengen. (Een aantal ouderen stelt een dergelijk bezoek zeer op prijs, ook als daar zuiver medisch gesproken geen reden voor is. Kinderen en naaste omgeving van een oudere patiënt volgen het gaan en komen van de dokter vaak zeer nauwlettend)
- controle op hulpmiddelen als brillen, prothesen, orthopedisch schoeisel, gehoorapparaten en kunstgebitten
- controle op welomschreven aandoeningen en ongezonde leefgewoonten; te denken valt aan diabetes, hypertensie, eetgewoonten en kwaliteit van het voedsel
- zeker bij ouderen steeds rekening houden met de nauwe verbondenheid van hun somatisch en psychosociaal functioneren: bij elke somatisch geformuleerde klacht of probleem ook denken aan psychosociale oorzaken en gevolgen en omgekeerd: 'complementair' denken
- validiteitsbepaling, validiteitsbevordering en service-verlening gericht op redzaamheid voorrang geven boven gezondheidsbepaling in de beperkte somatische zin des woords

Veelvuldig wordt uit de hoge frequentie van aandoeningen en afwijkingen bij ouderen de conclusie getrokken dat regelmatige (ook psychiatrische) screening voor ouderen verplicht moet zijn. Een dergelijke screening is duur. Verplichtstelling ervan geldt binnen onze maatschappelijke normen als een vorm van betutteling en wordt, om die reden, vaak verworpen. Niet duidelijk is of de gedachte achter zo'n verplichtstelling is de oudere mens een prettiger leven te bezorgen, of te voorkomen dat deze een nóg groter beslag gaat leggen op het voor de gezondheidszorg beschikbare budget.

De ideeën over de mogelijkheid tot preventie van rampzaligheden als hypertensie en dementie zijn nog in hoge mate speculatief. Het op grote schaal via screeningsprogramma's gericht verzamelen van gegevens zou daar verandering in kunnen brengen. Het is nog niet duidelijk of het uiteindelijke rendement van een dergelijke screening opweegt tegen een aantal inmiddels wel duidelijk geworden nadelen (vroeg detectie impliceert niet steeds dat ook adequate behandeling mogelijk is: angst, gederfde levensvreugde,

het voortijdig aannemen van de ziekenrol en bijbehorende snelle toename van medische consumptie zijn de negatieve kanten van een dergelijke screening). Validiteit en gezondheid staan niet op zichzelf, maar maken deel uit van de veelgenoemde 'quality of life'. Wil de huisarts een rol spelen bij het instandhouden daarvan, dan moet hij zich een beeld vormen van wat en wie aan de oudere mens het meest dierbaar is, om het even of dit een eenvoudige waarde is als 'van stampot houden', een hobby, of gesteld zijn op een gaaf uiterlijk. Leefregels en vooral 'leefverboden' worden nogal gemakkelijk opgelegd. Zij lijken soms in de omgang tussen oudere patiënt en zijn omgeving als een straf voor het niet-gezond-zijn te fungeren (een trekje van de nieuwe ziekenrol voor ouderen?).

In deze gedachtengang moet de arts niet alleen kennis hebben van de levensloop van de oudere mens, als achtergrond van diens validiteit en gezondheid nu, maar ook van diens gedachten over de toekomst: wat vindt iemand bijvoorbeeld van een gang naar verzorgingshuis of verpleeghuis? Hoe staat iemand tegenover zijn eigen einde? Wat te doen als de oudere mens zijn leven alleen als pijnlijk en zinloos beleeft?

Artsen die meer aandacht aan hun oudere patiënten willen geven, kunnen met elkaar bespreken volgens welke regels men handelt als de omgeving klaagt dat de oudere patiënt last bezorgt, als naaste familieleden gezondheidsklachten krijgen door de zwaarte van de zorg en de verantwoordelijkheid voor de oudere patiënt, als de hulpvraag niet komt van de oudere mens zelf maar van een familielid, verzorgster of vrijwillige kracht; als de oudere mens als zondebok in zijn omgeving fungeert; als zowel het krampachtig 'gezond' willen zijn, als het hulpbehoevend zijn diens enige mogelijkheid lijken om nog aanspraak te kunnen maken op aandacht en liefde van zijn omgeving.

Als zij stuiten op meer algemene vragen kunnen ze onderzoeksopzetten formuleren en deze zelf uitvoeren of elders uitgevoerd zien te krijgen. Behalve op het gebied van de somatiek liggen er vragen op het terrein van de relatie tussen maatschappelijk functioneren van ouderen en hun welzijn (hoe fungeert ziek zijn in hun leven?), van de verwachting van ouderen met betrekking tot de huisarts en van de omgang tussen arts en oudere patiënt (doet de oudere huisarts het in dit opzicht beter dan de jongere?).

## MOET HET SPECIALISME GERIATRIE BEVORDERD WORDEN?

Er zijn redenen om op deze vraag 'nee' te antwoorden.

- De belangrijkste redenen waarom de gezondheidszorg voor ouderen nog zo weinig ontwikkeld is, is dat ze maatschappelijk weinig in tel zijn. Dat heft men niet op door het 'lokkertje' van een specialistische registratie. Speciaal de combinatie van niet-geïnteresseerde huisartsen en een bloeiend specialisme geriatrie zou de oudere patiënt uit de eerste lijn doen verdwijnen
- de gezondheidszorg voor ouderen vergt een generalistische aanpak. Vaak dient advies ingewonnen te worden van verschillende orgaanspecialisten. Deze gegevens dienen onderling in verband gebracht te worden en onderzocht te worden op hun praktische consequenties voor de redzaamheid van de oudere mens in zijn omgeving. De meest voor de hand liggende figuur om deze coördinerende functie op zich te nemen is de huisarts, die immers de patiënt en diens omgeving waarschijnlijk beter kent dan de geriater. Van de geriater kan ook moeilijk verwacht worden dat hij zich zet aan de vaak enorme psychosociale problematiek die de somatische aandoeningen vergezelt
- een specialisme geriatrie op zichzelf maakt klinische en poliklinische voorzieningen



nog niet geschikt voor oudere patiënten. Vooral voor hoogbejaarden vormt bijvoorbeeld een ziekenhuisopname voor op zichzelf onschuldige aandoeningen een enorm risico. Een en ander zou voor in ouderen geïnteresseerde huisartsen een reden kunnen zijn om zelfs de naam geriatrie niet te gebruiken voor hun bijscholingsactiviteiten op dit gebied.

Een woord van troost tenslotte is niet overbodig:

Gelukkig heeft ieder van ons wel een grootvader of oudtante gehad die flink rookte, pruimde, dagelijks jenever dronk, zich nooit helemaal waste, niet wist waarvoor toilet-papier diende, toch oud werd, nooit iets mankeerde en knipogend stierf: de dokter heeft het toch al zo moeilijk.



## **Deel II**

### **Het functioneren van de huisarts**

- prof. dr. W. Brouwer, De educatieve functie van de huisarts 69
- S. van der Kooij, Systematisch registreren 73
- dr. I.Ph.L. Koperberg, Voorschrijven 76
- dr. R.A. de Melker, Verwijzen door huisartsen naar medische specialisten 79
- V.C.L. Tielens, De huisarts als vraagverhelderaar 91
- R.C. Veldhuijzen van Zanten, Huisarts en medische psychologie 96



In 1967 schreven Dijkhuis en ik over de informatieve en voorlichtende functie van de huisarts.<sup>1</sup> We hebben aandacht besteed aan de diverse aspecten van voorlichting op curatief gebied, gericht op het bevorderen van 'therapeutisch gedrag', en eveneens aan de aspecten van gezondheidsvoorlichting, bedoeld om patiënten aan te moedigen tot gezondheidsbevorderend gedrag. We hielden destijds een pleidooi voor het geven van voorlichting in de huisartspraktijk, waarbij preventie en behandeling één geheel vormen, daarbij overigens wel beseffend, dat er nogal wat factoren zijn die het realiseren daarvan tot een moeilijke opgave maken.

Anderzijds moet juist de huisarts in staat worden geacht zijn taalgebruik goed aan te passen aan dat van de patiënt, de inhoud van de voorlichting af te stemmen op wat de patiënt wil dan wel moet weten, het juiste moment voor het geven van voorlichting te kiezen, deze te ondersteunen met behulp van schriftelijk materiaal en de voorlichting zonodig te herhalen. Het Nederlands Huisartsen Instituut heeft vanaf het begin steeds oog gehad voor het belang van de informatieve en voorlichtende taak van de huisarts. Een afdeling Voorlichting werd in het leven geroepen en van daaruit werden en worden allerlei activiteiten ontwikkeld, teneinde de huisartsen te steunen bij hun educatieve werkzaamheden. De ontwikkelingen die zich in de samenleving en binnen de gezondheidszorg in het bijzonder hebben voltrokken, hebben de educatieve functie van de huisarts beïnvloed. Het is de moeite waard een aantal ontwikkelingsprocessen in dit verband nader te bezien.

## KENNIS EN TECHNOLOGIE BLIJVEN TOENEMEN

De toename van kennis en technologie heeft de diagnostische en therapeutische mogelijkheden vergroot, maar tevens het totaal aan mogelijkheden onoverzichtelijker gemaakt. Dit geldt des te meer waar veel van de nieuw verworven inzichten zelf allerminst duidelijk zijn. Een goed voorbeeld van dit laatste is de onlangs gevoerde discussie tussen de Utrechtse cardioloog Meijler<sup>2 3</sup> en enkele van zijn collega's<sup>4 5 6</sup> over de (on)zin van cholesterol-verlagend dieet ter voorkoming van hart- en vaatandoeningen. De huisarts die nu, na deze discussie, nog weet wat hij zijn patiënten in dit opzicht moet adviseren, mag het zeggen. Een tweede illustratie is de regelmaat waarmee bepaalde stoffen gedoodverfd worden als kankerverwekkend. Zijn in dit opzicht nitrosamine in het bier en nitriet in het vlees werkelijk gevaarlijk? Zo stapelen de vragen zich op. Helpt acupunctuur? Helpt psychotherapie? Helpen onze medicijnen eigenlijk wel? Een hoogleraar, hoofd van het Instituut voor Farmacologisch Onderzoek in Milaan, verklaarde onlangs, dat de meeste van de 14.000 medicijnen die in Italiaanse apotheken verkrijgbaar zijn, waardeloos zijn.<sup>7</sup> Deze onduidelijkheid ten aanzien van belangrijke vraagstukken als de preventie van hart- en vaatziekten en het ontstaan van kanker, heeft tot gevolg dat het voorlichten van patiënten soms een hachelijke bezigheid wordt. Het gevaar bestaat dat de huisarts, geconfronteerd met een onoverzichtelijk arsenaal van kennis, met bovendien diverse onzekere elementen en tegenstrijdige conclusies binnen dat arsenaal, aan zijn patiënten uitsluitend vertelt, wat hij persoonlijk denkt dat goed is en andere opvattingen onbesproken laat. Als de huisarts dan ook nog onvoldoende duidelijk maakt dat het hier uitsluitend een persoonlijke mening betreft, dan is de toevalligheid van de voorlichting die een patiënt ontvangt, bedenkelijk groot. De educatieve functie van de huisarts is dan een dysfunctie geworden.

## HET MORBIDITEITSPATROON VERANDERT

In een veranderende samenleving is vanzelfsprekend ook het morbiditeitspatroon aan wijziging onderhevig. Die wijziging heeft tot gevolg, dat in de door de huisarts te verlenen zorg de educatieve functie steeds belangrijker wordt. Meer chronische patiënten, meer bejaardenzorg en meer psychosociale verwevenheid bij lichamelijke klachten betekenen dat door de huisarts steeds vaker een appèl moet worden gedaan op de eigen inbreng van de patiënten. In veel gevallen impliceert dat niet alleen een sterker, maar ook en vooral een ander appèl. De educatieve functie verandert daardoor van karakter. Het gaat niet meer uitsluitend om informatieve voorlichting teneinde het de patiënt mogelijk te maken de richtlijnen van de dokter nauwkeurig op te volgen, het gaat veel meer om het aanreiken van overwegingen, die de patiënt dan zelf moet kunnen en willen vertalen in wijziging van gedrag. De patiënt kiest dan voor een bepaalde gedragsvorm, daarbij *onder andere* beïnvloed door de overwegingen, die de dokter hem heeft aangereikt. Dit is een vorm van educatie, die in de Verenigde Staten inmiddels het etiket 'style of life counseling' heeft gekregen.<sup>8</sup>

## DE BELANGSTELLING VOOR ZELFZORG NEEMT TOE

Zelfzorg en zorg voor zieke gezinsleden zijn natuurlijk geen vondsten van de laatste tien jaren. Zij zijn er altijd geweest. Deze vormen van elkaar en zichzelf helpen zijn tot voor kort beschouwd als zo vanzelfsprekend, dat men het onnodig vond er over te spreken, laat staan te schrijven. Zelfzorg en onderlinge zorg in de traditionele zin hebben echter steeds –en zo is het nu nog– betrekking gehad op die gevallen, waarin iemand weliswaar als hulpbehoevend, maar niet als ziek, althans niet als 'echt' ziek werd beschouwd. Zodra dat het geval is, roept men de arts te hulp. Men vertrouwt zich aan hem toe, men draagt de beslissingsbevoegdheid aan hem over. Dat nu is aan het veranderen. Steeds meer dringt het besef door, dat de verworvenheden op geneeskundig gebied in principe gemeengoed behoren te zijn, in plaats van onderworpen te zijn aan het exclusieve beschikkingsrecht van artsen. Zelfzorg in moderne zin is gebaseerd op een veranderende grondhouding. Deze heeft te maken met veranderende opvattingen ten aanzien van geneeskundige hulpverlening, een andere zienswijze inzake ziekte en gezondheid en in diepste wezen zelfs met een veranderende mensbeschouwing.

Artsen behoren deze ontwikkeling toe te juichen. Ze biedt namelijk mogelijkheden tot een betere arts-patiënt-verhouding, met een betere toedeling van verantwoordelijkheden. De veranderingen kunnen echter ingrijpend zijn en zullen dan ook niet zonder spanningen verlopen. Wie mocht menen, dat dit een wat overtrokken, dramatiserende voorstelling van zaken is, leze het boekje 'Self-care, Lay Initiatives in Health'.<sup>9</sup> Deze uitgave is voortgekomen uit het internationale symposium 'The role of the individual in primary health care', gehouden in Kopenhagen, augustus 1975. Onder de paragraaf 'lay-professional relationship' vindt men in de bibliografie boeken vermeld met titels als 'How to choose and use your doctor', 'Managing your doctor', 'How to help your doctor help you', 'Talk back to your doctor'. Onder andere paragrafen vindt men bekend geworden boeken als 'The end of medicine' (Carlson) en 'Medical nemesis: the expropriation of health' (Illich).

Als patiënten meer en meer geneigd raken zelf hun bloeddruk te meten, zelf de urine te controleren op glucose, zelf een zwangerschapstest te doen, zelf hun dieet te bepalen,

zelf hun borsten te onderzoeken, enzovoorts, dan zal ook meer en meer de neiging gaan ontstaan zelf te bepalen wat goed is en bijvoorbeeld zelf de geneesmiddelen te kiezen ter bestrijding van hoge bloeddruk, migraine, vaginale infectie of wat dan ook. De huisarts staat dan voor de moeilijke taak om enerzijds in opbouwende zin mee te werken aan een groeiende zelfstandigheid en een toenemend verantwoordelijkheidsgevoel bij zijn patiënten, anderzijds het hoofd te bieden aan verlangens, die het nemen van onverantwoorde beslissingen en onverantwoord gebruik van medicamenten in de hand werken. Een enorme verzwarende functie!

## DE DEMOCRATISERING IN DE GEZONDHEIDSZORG NEEMT TOE

Er is onbehagen over de wijze waarop in onze samenleving besluitvorming plaatsvindt en macht gespreid is. In samenhang daarmee is er onbehagen over allerlei intermenselijke verhoudingen. Dit geldt ook voor de verhouding arts-patiënt. Het is met name de hiërarchische relatie van een met autoriteit beklede hulpverlener ten opzichte van een passieve, afhankelijke hulpvrager, die verzet oproept. Het feit dat het merendeel van de patiënten zich ten opzichte van de arts nog steeds, naar het lijkt con amore, passief en afhankelijk opstelt, ontzenuwt deze stelling niet. In perioden van ingrijpende veranderingen blijft steeds het oude gedurende lange tijd voortbestaan naast het nieuwe. Als reactie op het nieuwe manifesteren traditionele situaties en opvattingen zich gedurende zo'n overgangperiode juist nadrukkelijker dan tevoren. Patiënten vragen steeds meer, ze vragen bovendien andere dingen en eisen vaak van alles. Ik heb de indruk, dat vooral tijdens weekenddiensten de huisarts al geconfronteerd wordt met een meer en meer eisend optreden van het publiek. Patiënten zoeken bovendien contact met elkaar. Ze richten verenigingen op en voeren van daaruit actie. Ze timmeren, soms in letterlijke zin, aan de weg.

Vaak vragen ze daarbij de medewerking van huisartsen en deze reageren veelal positief op een dergelijk appèl. Het gevolg is dat de diverse huisartsen hun patiënten meer dan vroeger ontmoeten buiten de spreekkamer. Ontmoetingen vinden plaats tijdens bijeenkomsten van patiëntenverenigingen, tijdens buurtoverleg, in werkgroepen of in comités. De huisarts is daar niet de autoritaire deskundige, die hij vroeger was in het bestuur van de Kruisvereniging. Hij is nu een van de overlegpartners, maar met een eigen optiek, een eigen inbreng. Die inbreng kan bijzonder belangrijk zijn. De huisarts van straks zal in toenemende mate binnen zijn praktijkgebied en eventueel daarbuiten een hoeveelheid activiteiten aantreffen, van waaruit een beroep wordt gedaan op zijn educatieve functie.

## SLOT

De traditionele, educatieve functie van de huisarts bestaat nog in volle omvang. In het kader daarvan verstrekt hij informatie, geeft hij richtlijnen en brengt adviezen uit. Er verandert echter veel in de samenleving, veel verandert ook in de gezondheidszorg. De voortdurende toename van kennis en technologie heeft tot gevolg, dat de bron waaraan de huisarts zijn educatieve activiteiten ontleent, soms troebel water levert. Wijzigingen in het morbiditeitspatroon noodzaken in vele gevallen tot een andere uitoefening van de educatieve functie, namelijk meer gericht op het aanbieden van zinvolle alternatieven en minder op het induceren van één bepaalde gedragsvorm.

Zelfzorg in moderne zin brengt patiënten met andere vragen naar de huisarts dan tot nu toe gebruikelijk. In die situatie dient de huisarts zijn educatieve functie uit te oefenen in overleg en door gezamenlijk zoeken naar mogelijkheden. Democratisering in de gezondheidszorg leidt onmiskenbaar tot wijzigingen in de huisarts-patiënt-verhouding. Ze doet bovendien een beroep op huisartsen om te participeren in activiteiten gericht op de belangen van patiëntengroepen, de wijk of de samenleving als zodanig. Dit alles brengt een nieuw element in de educatieve functie van de huisarts.

Alles wat in dit hoofdstuk is geschreven, lijkt in tegenspraak met de rolvervulling van de Nederlandse huisarts. Naar het lijkt verandert er nauwelijks iets. Nog steeds houdt de huisarts dagelijks spreekuur, praat hij met zijn patiënten, onderzoekt ze, schrijft medicijnen voor zoals zijn voorgangers dat jaren geleden ook al deden. Behalve dat hij in het algemeen minder bevallingen doet, minder vaak betrokken wordt bij ongevallen en wat meer 'praatpatiënten' heeft, lijkt alles ongeveer bij het oude te blijven. Men vergisse zich niet. Ingrijpende veranderingen werpen hun schaduw vooruit. Het is nuttig die schaduwen tijdig te onderkennen.



Iemand vertelde dat de medische verslaglegging van zijn grootvader bestond uit een lade van diens bureau waar hij alle specialistenbrieven in bewaarde. Elke oudejaarsavond werden, onder toezien van de huisgenoten, de brieven plechtig verbrand, zodat er weer plaats was voor het volgend jaar. Het betrof hier een beroemd huisarts, bewonderd door collega's en patiënten.

Ruim 25 jaar geleden ontstond de NHG-werkkaart; verschillende huisartsen hadden toen een kaartsysteem, zij het dat het veelal slechts gebruikt werd voor 'bijzondere en moeilijke gevallen', zoals een huisarts waar ik werkte mij zei. (In de tijd dat ik er was werd het nooit gebruikt.) Thans heeft iedere zichzelf respecterende huisarts een kaartstelsel en een opbergstelsel voor specialistenbrieven, en onlangs is het eerste Nederlandse project van start gegaan, waar per consult alle gegevens dagelijks in de computer worden ingevoerd. De registratie lijkt in grote lijnen dezelfde ontwikkeling te hebben doorgemaakt als de huisartsgeneeskunde; al hollend naar de horizon is de registratie dus best een onderwerp om even bij stil te staan.

Ziende naar de titel kan men zich afvragen of 'systematisch registreren' niet een pleonasme is. 'Registratie' wordt vaak gebruikt om alle medische verslaglegging aan te duiden, ook al ligt daaraan géén systematiek ten grondslag. In feite zijn statussen in ziekenhuizen en kaartsystemen van huisartsen natuurlijk niet systematisch: het zijn persoonlijke aantekeningen, geheugensteunen betreffende de belangrijkste bevindingen bij de patiënt. Op het kaartstelsel van de huisarts is vooral het voorgeschreven geneesmiddel van belang; het is immers erg pijnlijk als een patiënt zegt dat de tabletten van de vorige keer zo goed hebben geholpen, en de huisarts zich met geen mogelijkheid weet te herinneren wat er op het recept stond.

Wat is nu *systematisch registreren*? Systematisch registreren in de geneeskunde is een werkwijze waarbij volgens tevoren afgesproken regels, en met gebruikmaken van tevoren operationeel gedefinieerde termen, een volledige verslaglegging plaatsvindt van bepaalde onderdelen van de hulpvraag of de hulpverlening. Het kan geenszins van de huisarts verwacht worden dat hij als routine systematisch registreert. Dat heeft alleen zin ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek waarbij men tracht inzicht te verkrijgen in een bepaald onderdeel van de huisartsgeneeskunde. Voor de 'alledaagse' verslaggeving is een enkel trefwoord veel functioneler dan volledige registratie, al zal ook hier systematiek steeds minder kunnen ontbreken.

Essentieel is dat registratie ten behoeve van hulpverlening, ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek en ten behoeve van beleid, verschillende zaken zijn die niet gecombineerd kunnen worden in één registratie-systeem. Een bewijs voor deze stelling vormen de medische dissertaties die materiaal uit ziekenhuis- of polikliniekstatussen bewerken. Op zijn best leidt zulk onderzoek tot indrukken, vrijwel nooit tot gefundeerde, laat staan 'onaantastbare' conclusies. Hetzelfde geldt voor wetenschappelijk onderzoek door huisartsen: op basis van het gewone kaartstelsel is géén onderzoek mogelijk, met als uitzondering misschien het werk van Keith Hodgkin.<sup>1</sup> Voor verantwoorde conclusies is een afzonderlijk registratie-systeem vereist, dat ontworpen is voor het beantwoorden van tevoren exact geformuleerde vragen.

Een dergelijke registratie kan men combineren met de dagelijkse routine. Dat gebeurt bij de Peilstations, bij de Continue Morbiditeits Registratie in Nijmegen en bij het Monitoring Project in Rotterdam. Eigenlijk heeft ook Hodgkin dat gedaan door zeer con-

sequent waar mogelijk een diagnose te stellen en deze op zijn kaartsysteem te omcirkelen. Maar hoe nauwer het 'wetenschappelijk registreren' met het dagelijks verslagleggen samenvalt, des te meer risico's brengt dit met zich mee, zoals ik zelf merkte bij het registreren van morbiditeit. Al te snel komt men ertoe een diagnose te noteren, waar eigenlijk alleen een hypothese gerechtvaardigd is en dat is noch in het belang van de patiënt, noch in het belang van de registratie! De consequentie van het voorgaande is dat ik 'hulpverlenings-verslaglegging' en 'wetenschappelijke registratie' afzonderlijk bespreek.

De hulpverlenings-registratie fungeerde aanvankelijk vooral als geheugensteun. Als zodanig voldoet het NHG-systeem redelijk goed, zeker als het niet al te ingewikkelde ziektegeschiedenissen betreft. Moeilijker wordt het bij gecompliceerde problemen: een patiënt met veel aandoeningen en zeker een patiënt waarbij tevens andere hulpverleners (specialisten en andere eerstelijns werkers) in de hulpverlening zijn ingeschakeld. Al spoedig raakt men in de hoeveelheid kaarten en brieven de kluts kwijt. Hetzelfde overkomt overigens iedere assistent-arts op bijvoorbeeld een interne poliekliniek van een academisch ziekenhuis, maar die heeft dan een copie van de brief aan de huisarts nog als samenvatting.

Een tweede tekortkoming van de eenvoudige NHG-kaart is de onbruikbaarheid voor andere artsen. Dat geldt bij overdracht na een verhuizing, zoals iedere huisarts uit ervaring weet, maar ook als een arts, die in het weekend of op andere momenten waarneemt, de kaart zou willen inzien; en zo'n mogelijkheid tot inzage acht de Geneeskundige Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid terecht noodzakelijk. Bij het groeiende aantal samenwerkingsvormen wordt dit probleem steeds groter.

Een ander punt is dat de medische verslaglegging een steeds grotere rol zal gaan spelen bij kwaliteitscontrole, of dit nu toetsing is of een andere vorm van beoordeling. Het summiere kaartsysteem is hiervoor volstrekt onbruikbaar. Dan spreken we nog maar niet over de situatie in de Verenigde Staten, waar de belangrijkste reden voor een goede verslaglegging wordt gevormd door het risico om bij aansprakelijkheidsprocedures, indien een goede medische administratie ontbreekt, zonder meer veroordeeld te worden tot schadevergoeding. Om dezelfde reden is het systeem óók niet bruikbaar voor het onderwijs.

De Werkgroep Registratie van het NHG en misschien nog een beter voorbeeld, de groepspraktijk van Morell<sup>2</sup> aan St. Thomas in Londen zijn erin geslaagd de probleemgeoriënteerde registratie volgens Weed voor de huisartsgeneeskunde, die immers veel meer verschillende problemen, een continuïteit in de zorg en een andere werkwijze kent, te bewerken. Hiermede is een registratiesysteem beschikbaar, dat weer tenminste 25 jaar lijkt mee te kunnen.

Het probleem van een goede medische verslaglegging ligt niet in het ontbreken van een systeem, maar in de moeilijkheid dat systeem in te voeren. Dit gaat niet vanzelf, daarvoor is actie nodig. In de eerste plaats moeten de huisartsen met het systeem bekend gemaakt worden en tot invoering gemotiveerd. Een tweede belangrijke bijdrage aan invoering van de probleem-georiënteerde verslaglegging kan geleverd worden door het onderwijs. Hopelijk zal in de academische ziekenhuizen op korte termijn tot dit systeem worden overgegaan. Tenslotte zal er gewoon veel geld nodig zijn. Hier ligt een taak voor de Landelijke Huisartsen Vereniging en voor de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen. Zij kunnen zich dan op een wat hoger niveau met de kwaliteit

van de gezondheidszorg bezighouden dan op dit moment, nu eindeloze discussies worden gevoerd over het aantal tabletten, dat een huisarts op één recept mag voorschrijven.

Wetenschappelijke registratie kan aan de dagelijkse hulpverlenings-administratie gekoppeld worden, en uiteraard bieden de ontwikkelingen in de computer-technologie daartoe enorme mogelijkheden. Niet de techniek vormt het probleem, maar de vraag wat men wil registreren en hoe men wil classificeren. Registreren zonder doelstelling, of beter zonder vooraf gestelde vraagstelling, heeft geen zin. Die vraagstelling kan eenvoudig zijn, zoals bij morbiditeitsonderzoek: hoe vaak zien de Nederlandse huisartsen hun patiënten en voor welke aandoeningen? Te denken valt aan onderzoek naar de mate van invaliditeit, naar ziekteverzuim, samenhangen en mogelijke oorzaken van de verschillen in morbiditeit, onderzoek naar de invloed van het gezin op het ziek zijn, naar aard en resultaat van de hulpverlening.

Uiteraard zal deze registratie altijd het karakter van 'loket-onderzoek' blijven houden. Dat hoeft geen bezwaar te zijn zolang het onderzoek op de hulpverlening gericht is. Wie tot een huisartspraktijk behoren is overigens op elk moment goed te bepalen, zodat ook de patiënten die zich niet aan het 'loket' van de huisarts melden, bij wetenschappelijk onderzoek betrokken kunnen worden.

Een tweede en veel groter probleem van wetenschappelijke registratie in de huisartspraktijk betreft de classificatie. Zelfs de morbiditeitsclassificatie, de enige waaraan veel zorg wordt besteed, kent de nodige problemen, zoals overlapping, onnauwkeurigheid en onbruikbaarheid bij bepaalde aandoeningen. Voor psychosociale factoren bestaat zelfs geen classificatie: het ontwerpen ervan is een hoogst urgente opdracht voor de vele sociale wetenschappers die zich met (eerstelijns-) gezondheidszorg bezighouden.

De conclusie kan opnieuw luiden: men moet zich bij het registreren beperken tot nauwkeurige vragen op gebieden waar een goede begripsomschrijving voorhanden is of gemaakt kan worden. Anders blijft de discussie of de huisartsen nu in 10, 50 of 90% van de gevallen een psychosociale diagnose stellen, ten eeuwigden dage duren.

Registratie in de huisartspraktijk, als verslaggeving van de hulpverlening en als materiaalverzameling voor wetenschappelijk onderzoek, is een hoogst boeiend onderwerp, een uitdaging voor zowel de praktizerende hulpverlener als voor de beoefenaren van wetenschappelijk onderzoek in en over de eerste lijn van de gezondheidszorg.

Naar het voorschrijfgedrag, welke term ik prefereer boven het woord voorschrijfgevoonten, daar het laatste op een (voor-) oordeel kan duiden, is vooral onderzoek gedaan in de Verenigde Staten en Engeland.<sup>1 v/m 12</sup> In Nederland werden recentelijk van diverse kanten gegevens gepubliceerd over het geneesmiddelengebruik.<sup>13 14 15 16 17</sup> In veel landen bestaat een continue registratie van wat artsen voorschrijven; in Engeland met zijn National Health System, maar ook in Denemarken,<sup>18</sup> en verder natuurlijk ook in Nederland. Uit al deze onderzoeken en uit de geregistreerde gegevens komen na bestudering ervan steeds weer bepaalde patronen te voorschijn. Zo blijken er wat betreft het voorschrijven altijd grote verschillen tussen artsen te bestaan. Deze verschillen zijn van kwalitatieve of kwantitatieve aard. Nader onderzoek heeft aangetoond dat de opmerkelijke verschillen in voorschrijfgedrag tussen geneeskundigen groter zijn dan mag worden verwacht op grond van de verschillen in aangeboden morbiditeit.<sup>15 19 20 21</sup> Waardoor deze verschillen verklaard kunnen worden is niet geheel duidelijk; niettemin is van de belangrijkste oorzaken wel een globaal overzicht te geven. Daarbij kan aan drie categorieën oorzaken worden gedacht: een categorie van factoren met betrekking tot de patiënt, één met betrekking tot de arts en één met betrekking tot externe factoren.<sup>22</sup> Bij de eerste categorie is te denken aan de leeftijds- en geslachtsverdeling van de patiënten, en aan sociaal-economische factoren als inkomen en opleidingsniveau. Bij de tweede categorie kan gedacht worden aan de plaats, waar de arts gevestigd is, zijn praktijkervaring en zijn houding ten opzichte van nascholing. Bij de laatste categorie spelen factoren een rol als het verzekeringssysteem, de afstand tot een ziekenhuis, de aan- of afwezigheid van een apotheek en de farmaceutische reclame.

In het algemeen hangen deze oorzakelijke factoren overigens op een vrij complexe wijze onderling samen. Soms is één factor duidelijk als de belangrijkste aan te wijzen; veel vaker echter dragen alle factoren een klein beetje bij aan het totale verschil.

Er wordt wel eens gedacht, en ook gezegd en geschreven, dat de activiteiten van fabrikanten van geneesmiddelen een vraag hebben gecreëerd, die groter is dan de actuele behoefte.<sup>23</sup> Zó groot zou de ijver van de farmaceutische industrie zijn, dat er wel eens spottend wordt gezegd: 'Ze hebben weer een nieuw geneesmiddel gefabriceerd, maar ze weten er nog geen passende ziekte bij.'

Niettemin ontvangen vrijwel alle geneeskundige periodieken maar al te graag het geld dat zij vragen voor het beschikbaar stellen van ruimte voor geneesmiddelenreclame. Wat betreft de 'factor arts' kan nog gewezen worden op de uiterst moeilijke kwestie van het diagnostisch-therapeutisch proces. De meervoudige betekenis van de klachten, die vaak somatisch worden gepresenteerd, laat zich niet zonder meer ontrafelen.<sup>24</sup> Het gevolg hiervan is dat verschillende artsen bij overeenkomstige gevallen (maar ook bij hetzelfde geval, bijvoorbeeld 'geprogrammeerde patiënten') niet noodzakelijkerwijs uitkomen op dezelfde diagnose. Deze verschillen zijn nog groter op het gebied van de behandeling, inclusief de farmaco-therapie.

Ook wat Bremer<sup>25</sup> zegt, leidt tot deze gevolgtrekking. Hij stelt dat een groot deel van de aan de huisarts gepresenteerde klachten niet leidt tot klinisch duidelijke beelden, waardoor de huisarts zich van een zogenaamde waarschijnlijkheids-diagnostiek moet bedienen. Met andere woorden, het aantal onzekerheden en imponderabilia is wellicht nergens zo groot als in de geneeskunde en dat maakt de onzekerheden van de werkers in de gezondheidszorg juist zo groot. Ze zijn dan ook vaak makkelijk te 'vangen' voor veelbelovende behandelingen.

Verder kan gewezen worden op wat Ilich<sup>26</sup> heeft genoemd 'medicalising of society'. Het oplossen van problemen door middel van alleen (psycho-)farmaca is even irrationeel als het helpen van verslaafden aan hard drugs met uitsluitend het opsporen en onschadelijk maken van de smokkelwegen en -benden. Maar intussen handhaaft de medische stand zijn werkwijze, en behoudt daardoor zijn 'macht en grote inkomen', aldus Ilich.

Vruchtbaarder dan het zoeken naar 'de schuldigen' lijkt het, ons bewust te worden van de situatie waarin we terecht zijn gekomen door de recente technologische en maatschappelijke ontwikkelingen. Laat ons erkennen dat de situatie waarin we geraakt zijn ongewenst is; velen schrijven dit openlijk.<sup>27</sup> Wij dragen als bevolking daarvoor de gezamenlijke verantwoordelijkheid en we dienen gezamenlijk –waarbij organisaties de voortrekkers moeten zijn– na te gaan hoe we nu verder willen en hoe we dat dan kunnen bewerkstelligen.

Het feit dat artsen inzicht in de situatie hebben, is op zichzelf niet voldoende om de koers te wijzigen. Dit heb ik de laatste tijd ervaren in gesprekken over deze kwestie met zowel arts-assistenten als huisartsopleiders in het kader van de beroepsopleiding tot huisarts.

De volgende gevoelens, gedachten en inzichten werden geventileerd:

- wij zijn 'van nature' tegen het gebruik van geneesmiddelen bij een groot deel van de aan ons gepresenteerde klachten; met name bij slaapproblemen, psychosociale problemen en stress, en rug- en hoofdpijnklachten; maar we komen er niet onderuit: we móeten wel iets voorschrijven
- wij voelen ons vaak onmachtig om het tij te keren, omdat er zoveel tegenstrijdige belangen en opvattingen bestaan
- veel patiënten stellen zich bewust afhankelijk op
- de hulpvragende legt oneigenlijke problemen aan ons voor en verwacht van ons de oplossing met een pilletje of tabletje in plaats van zélf de oplossing te zoeken
- het ontbreekt aan alternatieven, als wij het geneesmiddel niet willen gebruiken
- het ontbreekt aan technieken en mankracht om de hulpvragende te leren zijn eigen problemen op te lossen
- bij eigen verantwoordelijkheid hoort ook de eigen beslissingsbevoegdheid van de hulpvragende, bijvoorbeeld om toch een slaapmiddel te willen gebruiken (evenals dat geldt voor het roken, drinken, autorijden, etcetera)
- wij moeten oppassen niet van het ene paternalisme in het andere te vervallen: waarom bepalen wij dat iemand niet langdurig slaapmiddelen mag gebruiken?

Uit deze ontboezemingen spreekt een stuk onmacht; maar ten dele ook onvrede met de rol die de arts opgedrongen krijgt en niet weet te hanteren. Toch zullen wij, door gezamenlijke inspanning, verandering moeten brengen in het voorschrijfgedrag. Wij zullen deze verandering echter niet kunnen bereiken los van enerzijds verandering in de structuur van de gezondheidszorg en anderzijds verandering in de instelling van hulpverlener en hulpvrager.<sup>28</sup>

Door onderzoek dat gericht is op het verkrijgen van inzicht in de achtergronden van het voorschrijfgedrag van artsen, zal eveneens een bijdrage geleverd kunnen worden aan de tot stand te brengen veranderingen. Een dergelijke bijdrage is recentelijk onder andere geleverd door Samuels Brusse en anderen.<sup>22</sup> Dat de 100 à 150 miljoen recepten,

die per jaar in Nederland worden geschreven,<sup>29</sup> een rijke bron van mogelijkheden vormen zal wel niemand willen ontkennen. Inmiddels hoeven wij niet bij de pakken neer te zitten: we moeten proberen kleine en zo mogelijk ook grote verbeteringen tot stand te brengen.

Één van de eerste veranderingen die aangebracht zouden kunnen worden is overstappen van een 'rationele' naar wat wel genoemd wordt een 'realistische' medicamenteuze therapie.<sup>27</sup> Bij een dergelijke therapie dient men te beseffen dat voorschrijven van geneesmiddelen niet hetzelfde is als behandelen. De hulpvragende is daarbij mede verantwoordelijk voor zijn eigen 'gezondmaking', zij het ook vaak in samenwerking met de arts. Dat hierbij de klinische en klinisch-farmacologische kennis en vaardigheid gecombineerd worden met inzicht in de sociale en psychologische context van mensen, én met een grote eigen verantwoordelijkheid van de hulpvragende, biedt een gezond uitgangspunt.

Van de arts mag een adequate kennis van ziekten gevraagd worden, en een behoorlijke kennis van de klinisch-farmacologische aspecten van geneesmiddelen. Meer dan op dit moment zal hij bekend moeten zijn met andere vormen van hulpverlening dan de algemeen gebruikelijke; tevens zal hij zijn deskundigheid op het gebied van voorlichting moeten vergroten.

In het licht van 'de nog steeds toenemende snelheid waarmee de (wetenschappelijke) kennis verouderd'<sup>30</sup>, is de vraag hoe de arts deze kennis moet verwerven niet zo eenvoudig te beantwoorden. Hier ligt een belangrijke taak voor de universitaire opleiders in de geneeskunde, en ook voor het post-academisch onderwijs: 'De huidige opleiding lijkt van de misvatting uit te gaan dat feitenkennis het (toekomstige) handelen van de arts grotendeels zal bepalen', aldus de nota 'De medische basisopleiding' van het Interfacultair Overleg van de leerstoelhouders Huisartsgeneeskunde. Het lijkt zeer onwaarschijnlijk, dat onderwijs in de chemie gecombineerd met dat in de farmacologie een goed voorschrijfgedrag zal bewerkstelligen. Rationele factoren vormen slechts een klein gedeelte van de factoren die het medisch handelen bepalen. Maar ook andere instanties zoals de Overheid,<sup>28</sup> de belangenverenigingen en de wetenschappelijke verenigingen zullen hun steentje moeten bijdragen.

Dat met hetgeen in het voorafgaande gezegd is slechts een tip van de sluier opgelicht is, spreekt voor zichzelf. Moge de lezer het volgende als boodschap overhouden: we zijn op de verkeerde weg, maar bijsturen is nog mogelijk, al zal dat veel inspanning vergen.

## INLEIDING

In dit artikel willen wij ons bezighouden met het verwijzen van huisartsen met name naar medische specialisten. Verwijzen kan als een vorm van gedrag worden opgevat.<sup>1</sup> Om dit verwijzgedrag te begrijpen, dienen we ons te realiseren dat dit gedrag slechts ten dele door rationele motieven te verklaren is. Om deze reden zullen wij in de eerste plaats aandacht besteden aan de context, waarbinnen het verwijzproces zich afspeelt, zoals diverse maatschappelijke ontwikkelingen en de situatie waarin de huisarts denkt en werkt.

Voor deze analyse zullen wij twee gezichtspunten kiezen:

- de ontwikkelingen aan de vraagzijde, dat wil zeggen aan de kant van de hulpvrager;
- de ontwikkelingen aan de aanbodzijde, dat wil zeggen binnen het hulpverleningssysteem.

Uiteraard is dit onderscheid kunstmatig, doordat bovengenoemde ontwikkelingen elkaar onderling sterk beïnvloeden. Na deze analyse willen wij aandacht besteden aan de invloed van deze factoren op het verwijzgedrag van de huisarts. Tenslotte zullen wij enkele maatregelen noemen, die tot een beter verwijzgedrag kunnen leiden.

## ONTWIKKELINGEN AAN DE VRAAGZIJDE

### *Veranderingen van het klachten- en ziektepatroon*

De toename van ziekten en klachten is slechts ten dele te verklaren door de toename van de levensduur of van het aantal chronische en degeneratieve ziekten. Nadere beschouwing van het huidige ziekte- en klachtenpatroon leert ons dat dit gekenmerkt wordt door ziekten en klachten die in hoge mate het gevolg zijn van dan wel samenhangen met de leefwijze van het individu in zijn primaire leefmilieu, in zijn werk en in de maatschappij.

Men denke bijvoorbeeld aan hart- en vaatziekten, verkeersongevallen en met name aan klachten waarin maatschappelijke onlustgevoelens tot uiting komen.<sup>2</sup> Ten dele geldt het bovenstaande ook voor de toename van maligne ziekten.

Onze moderne leefwijze wordt gekenmerkt door 'risiconemend gedrag', ten dele ook 'risico-opgedrongen gedrag'. Daarop duiden bijvoorbeeld ons voedingspatroon, ons gedrag in het verkeer, onze volle agenda's. Veel klachten kunnen als neveneffect van onze productie- en prestatie-maatschappij worden beschouwd. Hagen<sup>3</sup> stelt terecht dat de negatieve invloed van de economische groei op onze gezondheid te weinig onderkend wordt.

Verder denke men aan werkloosheid of dreigende werkloosheid en andere onzekere leefsituaties, die de mens in zijn bestaan bedreigen. Uit onderzoek is gebleken dat het ontstaan, de presentatie en het verloop van ziekten samenhangen met de leefwijze van het individu. Vooral de wijze waarop de mens en zijn primaire leefmilieu met 'normale' leefproblemen omgaan, is in dezen van belang.<sup>4</sup> De kans om veel of weinig ziek te zijn, hangt onder meer af van hoe men omgaat met elkaar, met problemen en ziekten. Veel problemen stellen ons oplossend vermogen zwaar op de proef, terwijl de nodige 'sup-

port' vanuit de omgeving vaak ontbreekt of is verminderd. Daarom is de roep om 'zekerheid' begrijpelijk.

### *De vraag naar zekerheid: risico-vermijdend gedrag*

Waar het gaat om gezondheid en ziekte accepteert men veel minder risico's. Sommigen, zoals Belleman<sup>5</sup>, spreken van verminderde tolerantiedrempel of draagvermogen. Volgens Illich<sup>6</sup> heeft de moderne mens ook het vermogen verloren letsel en pijn te accepteren.

Op het eerste gezicht zou men kunnen stellen dat onze tijd onzekerder is dan ooit, wat het vragen om zekerheid zou kunnen verklaren. Alan Watts<sup>7</sup> schrijft in zijn boekje 'Lof der onzekerheid' dat dit niet waar is. Zelfs in 'goede tijden' is zekerheid nooit meer geweest dan voorbijgaand en schijnbaar. Maar vroeger, aldus Watts, was het mogelijk de onzekerheid van het bestaan draaglijk te maken door te geloven in zaken die ook door rampen niet werden aangetast: God, de onsterfelijke ziel.

Het lijkt erop dat het geloof in technologie, vooral in de gezondheidszorg, thans de laatste zekerheid is geworden. De Engelse gynaecoloog Rhodes<sup>8</sup> veronderstelt dat het handhaven van 'het publieke moreel' wel eens de belangrijkste waarde van de gezondheidszorg zou kunnen zijn, zoals de frontsoldaat vertrouwen ontleent aan de aanwezigheid van medische diensten.

### *Toegenomen verwachtingen met betrekking tot de gezondheidszorg*

Op basis van natuurwetenschappelijk denken en dankzij de ontwikkeling van medische technologie zijn onmiskenbaar successen geboekt. Nuchter, rationeel denken is voor de ontwikkeling van de geneeskunde van groot belang: het heeft de mens van een aantal kwalen en rampen bevrijd, waar men vroeger machteloos tegenover stond.<sup>9</sup> Dit heeft echter ook geleid tot al te hooggestemde verwachtingen: dat dankzij wetenschap en techniek alles mogelijk is of zal worden, is, zij het in afnemende mate, veler overtuiging. Het ziekenhuis wordt daarbij als een instituut gezien, waarin dit geloof in de suprematie van wetenschap en techniek wordt bevestigd.<sup>10</sup> Deze hoge verwachtingen berusten voor een deel op de veronderstelling dat de opvallende sterftedaling sinds 1900 aan medisch handelen zou moeten worden toegeschreven.

Diverse auteurs<sup>6 11 12</sup> wijzen erop dat dit geenszins het geval is. Zo blijkt dat de sterftedaling ten gevolge van infectieziekten zowel in Engeland<sup>11</sup> als in de Verenigde Staten<sup>12</sup> voor het grootste deel het gevolg is van verbeterde voeding en verbeterde sociale omstandigheden. Veelal is deze sterftedaling begonnen voordat medische maatregelen als immunisaties werden ingevoerd. Dergelijke inzichten zijn echter binnen noch buiten de gezondheidszorg gemeengoed.

### *Het recht op gezondheidszorg*

Dankzij ons stelstel van sociale voorzieningen is goede zorgverlening geworden van een voorrecht van enkelen tot een recht voor ieder. Het lijkt er echter op dat daarmee *gezondheid zelf* van voorrecht tot recht is geworden: wat mogelijk is, dient te gebeuren; ziekte en invaliditeit mogen de ontplooiing van de mens niet in de weg staan. Pressiegroepen kunnen daarbij een belangrijke signalerende functie vervullen, hoewel het ge-



vaar bestaat dat sommige groepen bepaalde voorzieningen als het ware afdwingen, zonder dat sprake is van een redelijke afweging van verschillende belangen of van het stellen van prioriteiten.

Daardoor kunnen nieuwe groepen van bevoorrechten ontstaan, hetgeen in strijd is met de democratische beginselen van onze samenleving. Dawber<sup>13</sup> wijst erop dat onder druk van patiënten en hun verwanten veel medische research is gericht op zeldzaam voorkomende ziekten, in plaats van op veel voorkomende ziekten of op preventie.

### *Toegenomen betekenis van de deskundige in onze maatschappij*

Het genezen wordt niet langer gezien als een deel van het ziekteproces, maar wordt steeds meer als een taak beschouwd van de gezondheidszorg. Dit wordt nog versterkt door de afgenomen betekenis van de steunende functie van onze omgeving. Toegenomen kennis en mogelijkheden, die een steeds verder doorgevoerde specialisatie tot gevolg hebben gehad, maken het individu in onze gecompliceerde maatschappij steeds meer afhankelijk van de deskundige. Binnen de gezondheidszorg heeft dit geleid tot het gevoel dat de dokter, en dan vooral de specialist, het wel het best zal weten.

## ONTWIKKELINGEN AAN DE AANBODZIJDE: HET HULPVERLENINGSSYSTEEM

### *De tendens tot maximalisering en perfectionisme*

De behoefte aan zekerheid is binnen het hulpverleningssysteem terug te vinden in een neiging tot perfectionisme, maximalisering en risico-aversie. Leidraad voor de opleiding tot medicus is 'het zekere voor het onzekere nemen'. Er bestaat de neiging om zoveel mogelijk gegevens te verzamelen, ook als de betrouwbaarheid van de diagnostiek niet of nauwelijks wordt verhoogd.<sup>14</sup>

Veel onderzoek komt voort uit de angst iets te missen en dient ter geruststelling van arts of patiënt. Uit ziekenfondsgegevens blijkt dat het aantal diagnostische verrichtingen veel sterker is gestegen dan het aantal therapeutische: de laatste werden in 1974 tweemaal zo vaak uitgevoerd als in 1960; de eerste maar liefst vier-en-een-half maal zoveel.<sup>5</sup> Men kan zich afvragen welk rendement dit diagnostisch onderzoek in het algemeen oplevert. Zo blijken sommige bevindingen van röntgenonderzoek bij lage rugpijn zonder betekenis te zijn<sup>15</sup>; sommige auteurs<sup>16</sup> <sup>17</sup> betwijfelen zelfs de waarde van elk röntgenonderzoek bij lage rugpijn. Toch worden dergelijke onderzoeken veelvuldig verricht. Ook ongericht laboratoriumonderzoek blijkt veel minder rendement op te leveren dan aanvankelijk verwacht werd.<sup>18</sup> Mahler<sup>19</sup> wijst op de wet van de verminderde meeropbrengst: juist de meer geperfectioneerde onderzoeken leveren het laagste rendement. Ook over de indicatiestelling van sommige therapeutische ingrepen bestaat onzekerheid, bijvoorbeeld over adenotomie en tonsillectomie<sup>20</sup>, en bedrust.<sup>21</sup>

### *De toegenomen kennis en mogelijkheden*

Als gevolg van toegenomen kennis en mogelijkheden is binnen de geneeskunde de subspecialisatie ver voortgeschreden. Winkler<sup>22</sup> spreekt over een 'explosie van onkunde' als gevolg van de snelle groei van kennis en specialisatie. Kennis veroudert steeds

sneller; snelle groei en specialisatie maken het onmogelijk een vakgebied te overzien, en beperken onderling begrip en wederzijds verstaan. Bovendien staat deze explosie van onkunde een synthese buiten het directe vakgebied in de weg. Artsen en patiënten kunnen steeds moeilijker het hulpverleningsveld overzien. De patiënt wordt vaak door meer dan één specialist tegelijk behandeld en wordt tot een 'verscheurde' patiënt.<sup>23</sup>

### *Dehumanisering*

In onze westerse maatschappij is de mens vergeleken met 'de dingen' een verwaarloosd gebied: de dingen zijn belangrijker dan de mens. Het afstandelijk objectiverende denken is niet naar binnen gericht, dat wil zeggen naar de mens en de kwaliteit van zijn bewustzijn, maar naar buiten, naar de wereld om hem heen. De patiënt is tot object van medisch handelen geworden. Specialisatie leidt tot ingewikkelde, grootschalige organisaties, waarbinnen de patiënt als mens zoek dreigt te raken.

Leenen<sup>24</sup> wijst op de paradox dat de patiënt zijn rechten tegen de gezondheidszorg moet verdedigen. De toegenomen vraag om hulp maakt organisatie, standaardisatie en bureaucratisering noodzakelijk. De hulpverleners verwijderden zich daarmee van hun oorspronkelijke doel, onder andere doordat ze dit in een eigen, professioneel doel vertalen, dat een autonoom leven gaat leiden.

### *Het geloof in economische groei*

Maatschappij en gezondheidszorg werden tot voor kort gekenmerkt door geloof in economische groei. Thans is duidelijk dat, ook binnen de gezondheidszorg, prioriteiten gesteld moeten worden en dat de gezondheidszorg beheersbaar gemaakt moet worden. Te vaak werden en worden beslissingen ad hoc genomen, en vonden investeringen plaats op grond van prestige, hobbyïsme of op grond van overwegingen van concurrentie. Leenen<sup>25</sup> signaleerde destijds de wet van de competitieve uitsluiting in de intramurale en extramurale zorg: zonder sturingsmechanismen verdringt het intramurale systeem het extramurale; door gebrek aan mankracht en middelen binnen het extramurale systeem neemt de druk op het intramurale systeem toe, hetgeen aanleiding is dit te versterken. Ook al zijn sinds de Structuurnota van staatssecretaris Hendriks de prioriteiten verlegd en wordt voor versterking van de eerste lijn althans gepleit, het blijft de vraag in hoeverre de beschreven mechanismen zijn doorbroken.

Vergeten wordt dat de kost voor de baat uitgaat! Het lijkt erop dat de tweede lijn wel verzwakt, maar de eerste lijn niet wezenlijk versterkt wordt. Bij het stellen van prioriteiten is het van belang zich te realiseren dat het rendement van de gezondheidszorg is afgenomen<sup>26</sup>: voor kleine verbeteringen moeten steeds hogere kosten worden gemaakt. Gezondheidszorg zal ook met andere bestedingsmogelijkheden moeten concurreren. Men denke daarbij ook aan de gezondheidszorg in mondiaal perspectief. Met het WHO-doel 'Health for all by the year 2000'<sup>27</sup> zullen wij zeker bij de planning van onze geavanceerde zorgverlening rekening moeten houden.

### *Infrastructuur en de honorering*

Voor een goed begrip van het verwijzen van huisartsen en het opnamebeleid van specialisten, dienen wij de verschillende wijzen van honorering in ogenschouw te nemen.

De huisarts heeft een abonnementshonorarium, wat betekent dat zijn inkomen niet rechtstreeks wordt beïnvloed door het aantal verrichtingen. Men kan zelfs veronderstellen dat een huisarts er belang bij heeft veel patiënten te verwijzen, omdat dit hem tijd bespaart.

De specialist daarentegen kent juist wel een honorering per verrichting en heeft dus financieel belang bij een verwijzing, een opname en een langdurige behandeling. Bovendien wordt een klinische behandeling beter gehonoreerd dan een poliklinische. Ook hier ontbreekt dus een financiële stimulans om, indien mogelijk, de patiënt poliklinisch te behandelen of naar de huisarts terug te verwijzen. Voor een ziekenhuis kan het bij de huidige wijze van honorering en bij de geldende COZ-tariefstelling economisch nadelig, ja zelfs onhaalbaar zijn te streven naar beperking van het aantal opnamen en de verpleegduur. Deze situatie doet zich voor in het ziekenhuis Bethesda in Hoogeveen.<sup>28</sup>

## DE 'VERSCHEURDE' HUISARTS EN ZIJN VERWIJZINGEN

De aangeduide ontwikkelingen in de gezondheidszorg resulteren voor de huisarts in een aantal dilemma's waarvoor hij komt te staan bij de beslissing om een patiënt al of niet te verwijzen naar een medisch specialist. Diverse factoren maken het begrijpelijk dat het aantal verwijzingen de laatste vijftien jaar sterk gestegen is: in de periode 1960-1976 van 330 tot 498 per 1000 ziekenfondsverzekerden.<sup>5 29</sup> Het aantal ziekenhuisopnamen steeg van 80 tot 112 per 1000 verzekerden. Toegenomen verwachtingen, de roep om zekerheid, de overheersende rol van de deskundige in onze samenleving, het gevoel van de patiënt recht te hebben op een verwijzing, maar ook eigen onzekerheid en gevoelens van onmacht bij complexe hulpvragen, zetten de huisarts onder een zekere druk om een patiënt te verwijzen.

Anderzijds zijn er factoren die voor de huisarts een reden kunnen vormen een patiënt niet of niet zo snel te verwijzen. In de eerste plaats zijn veel van de medisch-technologische mogelijkheden niet zonder meer bruikbaar voor de oplossing van de aan de huisarts gepresenteerde problemen. De verworvenheden van de huidige geneeskunde zijn vooral gericht op het bestrijden van klachten en ziekteverschijnselen. Aan het beïnvloeden van de oorzaken van dit klachtenpatroon, met name door preventieve maatregelen en verandering van het leefpatroon, is men nog nauwelijks toegekomen. De toegenomen mogelijkheden vereisen ook bijstelling van de indicatie tot verwijzen en wijziging van de taakafbakening tussen huisarts en specialist. De toegenomen kennis, de explosie van onkunde en de specialisatie leiden echter tot beperking van de gezichtskring, tot gebrek aan onderling begrip, juist tussen huisarts en specialist.<sup>22</sup>

Ziekenhuis- en thuiszorg hebben zich daardoor vrijwel gescheiden ontwikkeld, en zijn uit elkaar gegroeid. Er is sprake van een vicieuze cirkel: gebrek aan begrip belemmert onderling overleg; het uiteen groeien leidt tot vermindering van begrip, etcetera. Het wordt voor de huisarts steeds moeilijker het totale hulpverleningsveld te overzien en de mogelijkheden binnen de gezondheidszorg te benutten ten behoeve van zijn patiënten. Het wordt steeds duidelijker dat verwijzen naast voordelen ook nadelen kan hebben. Volgens sommigen is tot op zekere hoogte de gezondheidszorg zelf tot een ziekmakende factor geworden.<sup>30</sup> Daarbij gaat het niet alleen om de directe iatrogene schade door diagnostische en therapeutische procedures, zoals stralingsbelasting door röntgenonderzoek of overbodige bedrust.<sup>21 31</sup>

Veel belangrijker lijkt de indirecte schade ten gevolge van de gezondheidszorg. Men denke aan het oneigenlijk gebruik van de geneeskunde, zoals het toepassen van medische methoden voor de oplossing van relationele of maatschappelijke problemen.<sup>32 33 34</sup> Recent onderzoek vanuit het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut heeft duidelijk aangetoond dat exclusieve aandacht voor lichamelijke onlustgevoelens of ziekten een proces van somatisering kan bevorderen;<sup>35</sup> de medicus kan in zijn hulpverlening bij de patiënt de gedachte versterken dat er iets aan de hand is. Het gaat hier, het zij met nadruk vermeld, niet alleen om vage of functionele klachten, maar ook om klachten die mede een organische oorzaak hebben. Mensen met een zwak probleemoplossend vermogen kunnen lichamelijke klachten en ziekten aangrijpen om hun psychosociale problemen op inadequate wijze op te lossen en anderen verantwoordelijk te maken voor noodzakelijke veranderingen. Dit proces van somatisering kan leiden tot somatische fixatie, waarbij een grotere ontvankelijkheid voor ziekten ontstaat.

Zo ontstaat een vicieuze cirkel: de hulpverlening van medici wordt tot een pathogene factor. Van Eyk<sup>36</sup> benadrukt het belang van het afwegen van het nut van een medische handeling tegen de vergroting van afhankelijkheid van medische hulpverlening. Dit geldt in sterke mate voor het verwijzen van patiënten naar medische specialisten. Juist het uiteen groeien van ziekenhuis- en thuiszorg en het gebrek aan begrip tussen huisarts en specialist draagt er toe bij dat het verwijzen tot zulk een ingrijpende beslissing is geworden. Wanneer een huisarts een patiënt verwijst, wordt een keten van gebeurtenissen op gang gebracht, waarop huisarts noch patiënt in de huidige gezondheidszorg veel invloed kan uitoefenen.

Zo bestaat er, als de huisarts met de patiënt tot verwijzing heeft besloten, een grote kans op ziekenhuisopname. Uit dit onderzoek is namelijk gebleken dat de specialist van de hem aangeboden patiënten een vrijwel constant percentage opneemt.<sup>37 38</sup> Bovendien vergroot een ziekenhuisopname ook de kans op heropname.<sup>39</sup> Verder hechten veel specialisten er aan om de verdere behandeling van verwezen patiënten op zich te nemen. Wellicht begrijpelijk door minder goede ervaringen met huisartsen maar, naar de opvatting van veel huisartsen, ongewenst en nadelig. Deze laatste handelwijze verklaart het hoge percentage zogenaamde 'passieve' of 'conventionele' verwijzingen.<sup>40</sup>

Pel<sup>41</sup> vond in zijn huisartspraktijk dat 60% van de verstrekte verwijskaarten als passief kon worden beschouwd (bijvoorbeeld verwijzingen wegens refractie-afwijkingen, vervolgvverwijskaarten, verwijskaarten achteraf). De door Posthuma en Van der Zee gevonden samenhang tussen passieve verwijzingen en het aanbod aan klinische voorzieningen illustreert de invloed van de specialist op het aantal verstrekte verwijskaarten. Men kan zich hierbij afvragen in hoeverre het aanbod aan voorzieningen de vraag om hulpverlening oproept. Daarbij moet men zich realiseren dat vooral bij onduidelijke klachten patiënt en medicus geneigd zijn tot uitvoerig onderzoek.<sup>42</sup> Voor de huisarts kan dit tot verwijzing leiden, bij de specialist tot opname. Deze gang van zaken maakt echter het risico van verwijzing bij deze patiënten onnodig groot. De kans op het beginstadium van een ernstige ziekte is klein, de kans op een functionele klacht zeer groot. Juist bij deze categorie patiënten is het gevaar van bevordering van het proces van somatische fixatie en het ontstaan van een 'hulpverleningscarrière' zeer groot.

Bij zijn beslissing tot verwijzing zal de huisarts verschillende, zeer uiteenlopende risico's tegen elkaar moeten afwegen. Een belangrijk risico daarbij is een patiënt ten onrechte niet verwijzen, waarbij mogelijk een zinvolle behandeling de patiënt onthouden wordt. Deze handelwijze is laakbaar en wordt de huisarts zeer kwalijk genomen, zowel

door de patiënt en diens omgeving als door de specialist. Hier tegenover staat het risico een patiënt ten onrechte te verwijzen, met kans op iatrogene schade door bevordering van het proces van somatische fixatie, inclusief de vergroting van de ontvankelijkheid voor ziekten. Patiënt en gezondheidszorg worden bovendien onnodig belast. Deze handelwijze is eveneens laakbaar, maar wordt de huisarts niet of minder kwalijk genomen. Dit komt doordat dit type risico zelden voor patiënt en omgeving (maar ook voor specialisten), direct zichtbaar, aantoonbaar en kwantificeerbaar is. Bovendien spelen hierbij persoonlijke opvattingen, waarden en normen een nog grotere rol dan bij het eerder genoemde type risico. Uit dit alles zal voldoende duidelijk zijn geworden dat het verwijzen van huisartsen veel meer door impliciet gehanteerde dan door rationele overwegingen bepaald wordt, en nauw samenhangt met de normen, waarden en opvattingen van alle betrokkenen, en met wederzijdse vooroordelen tussen huisarts en specialist. Deze vooroordelen kunnen zowel oorzaak als gevolg zijn van de uiteengegroeide thuis- en ziekenhuiszorg.

De grote verschillen in verwijscijfers worden hiermee wel begrijpelijk, maar zijn daarmee nog niet verklaard, integendeel. Voordat we maatregelen voor beter en vooral rationeler verwijzen zullen formuleren, willen we daarom eerst enkele factoren aangeven, waarvan we veronderstellen dat ze een belangrijke rol spelen bij het verwijzen van huisartsen.

### *Bewust medisch handelen*

Wij gaan ervan uit dat de huisarts, die zich meer bewust is van zijn overwegingen, hoe irrationeel deze ook mogen zijn, beter in staat is voor- en nadelen van zijn medisch handelen, in casu het al of niet verwijzen van de patiënt, tegen elkaar af te wegen. Bovendien is hij dan beter in staat tot overleg met patiënt en specialist, omdat hij zich zijn vooroordelen bewust is. Het afwegen van voor- en nadelen van een verwijzing vraagt om een zekere distantie ten aanzien van het eigen handelen. Dit sluit overigens intense betrokkenheid bij de problematiek van een patiënt zeker niet uit integendeel, het recent verschenen boekje 'Valkuilen in de huisartspraktijk'<sup>43</sup> illustreert deze mogelijkheid op indrukwekkende wijze.

### *Opvattingen over ziekte en gezondheid*

Men kan ziekte opvatten als een te allen tijde te bestrijden euvel dat het individu overkomt. Ziekte en gezondheid kunnen ook als deel van het bestaan worden opgevat, waarbij het individu dan wel diens sociale omgeving mede bepalen of ziekte ontstaat respectievelijk wat ziekte voor de betrokkene betekent. Van Eyk<sup>36</sup> wijst daarbij op de positieve invloed, die levensgebeurtenissen, waaronder ook ziekten, voor het individu kunnen hebben.

Bij de eerste opvatting zal de neiging bestaan elke gezondheidsstoornis te bestrijden, en patiënten te verwijzen, zelfs als de geneeskunde niet veel te bieden heeft. Bij de tweede opvatting wordt uitgegaan van de mogelijkheden tot herstel en groei van het individu zelf. Dit kan leiden tot terughoudendheid bij het verwijzen en tot betere afstemming van de hulpverlening op de persoonlijke omstandigheden van de patiënt.

## *Omgaan met onzekerheid*

Omdat de huisarts veelvuldig met ongedifferentieerde klachten wordt geconfronteerd, is het kunnen omgaan met onzekerheid een essentiële voorwaarde voor een goede hulpverlening. In veel gevallen zal fasering van zijn onderzoek en een afwachterende houding beter zijn dan uitbreiding van de diagnostiek.<sup>44</sup> Factoren als de ernst van het ziektebeeld, het behoren tot een risicogroep, de omstandigheden van de patiënt, en de risico's van verder onderzoek zullen zijn beleid bepalen. Ook Thomson<sup>42</sup> bepleit het methodisch omgaan met onzekerheid, afgestemd op de onzekerheidstolerantie van patiënt en huisarts. Het beleid van de huisarts zal veelal op grond van door anamnese en lichamelijk onderzoek verkregen gegevens gebaseerd moeten zijn. De ene huisarts zal meer op deze eigen mogelijkheden vertrouwen dan de andere. Hij zal zich kunnen realiseren dat de meeste interne ziekten door goede anamnese en lichamelijk onderzoek worden opgespoord.<sup>45</sup> Andere huisartsen zullen meer van specialistisch onderzoek verwachten.

Het is van belang te bedenken dat ondanks toegenomen kennis nog steeds veel onzekerheid bestaat over oorzaak, verloop en behandeling van de meest voorkomende klachten. Dawber<sup>13</sup> wijst erop dat het beleid bij ziekten en klachten als hypertensie, carcinoom, degeneratieve ziekten op veelal onvoldoend getoetste hypothesen berust. Juist als de geneeskunde weinig te bieden heeft, bestaat de neiging onbewezen behandelingsmethoden toe te passen, mede onder druk van patiënten. Thomas<sup>46</sup> wijst erop grond van door hem verricht onderzoek op dat patiënten vaker een afwachterende houding accepteren dan de huisarts veronderstelt.

## *Deskundigheid als huisarts*

Binnen de huisartsgeneeskunde pleegt men onderscheid te maken tussen somatisch en psycho-sociaal georiënteerde huisartsen. Naar onze opvatting is dit een schijnbare en zelfs gevaarlijke tegenstelling. Een huisarts is een goed diagnost als hij in staat is op grond van zijn kennis, vaardigheden en houding een juiste schatting te maken van zowel de medisch-biologische als de psycho-sociale aspecten van ziekte en ziek zijn. Uit eigen onderzoek<sup>38</sup> bleek duidelijk dat somatische en psycho-sociale diagnostiek hand in hand gingen: er werden in de onderzochte praktijk zowel meer somatische als meer psycho-sociale problemen gediagnostiseerd, wat leidde tot een selectief verwijfsbeleid.

## *De relatie tussen huisarts en specialist*

De relatie tussen huisarts en specialist bepaalt de kwaliteit en de risico's van een verwijzing in hoge mate. Het risico van een verwijzing, met name de kans op bevordering van somatisering en iatrogene schade, is sterk afhankelijk van de manier waarop de huisarts verwijft en de manier waarop de specialist op de verwijzing reageert. Indien een specialist bereid is tot het vervullen van een meer consultatieve, adviserende functie, terughoudend is met opname, en bereid is om patiënten indien mogelijk door de huisarts te laten behandelen, zal de huisarts eerder tot verwijzing geneigd zijn, omdat de risico's van een verwijzing beperkt kunnen worden.

### *Maatregelen voor een beleid op langere termijn*

- 1) Daar onderzoek op macroniveau alléén nooit inzicht zal geven in het werkelijke gedrag van huisartsen en specialisten, zal nader onderzoek op microniveau, gericht op het verwijfsproces, noodzakelijk zijn, dat wil zeggen een nauwkeurige analyse van de beslissingsprocedures met betrekking tot het verwijzen. Dit onderzoek kan geschieden door middel van observaties of simulatie-methoden. Als richtsnoer zullen de hierboven beschreven punten kunnen dienen. Vanuit het verkregen inzicht zal het mogelijk worden om in overleg met specialisten en huisartsen tot omschrijving van verwijfscriteria te komen. Bovendien kunnen deze gegevens gebruikt worden voor het onderwijs.
- 2) Het is merkwaardig hoe weinig aandacht het verwijfsproces bij het onderwijs krijgt, zowel in het basis-curriculum, het beroepsonderwijs, als in het postacademisch onderwijs. Ook hier is sprake van een vicieuze cirkel: gebrek aan inzicht belemmert het onderwijs, hetgeen leidt tot onvoldoende training in optimaal verwijzen.
- 3) Van de maatregelen met een meer structureel karakter zullen wij er slechts enkele vermelden; elders zullen we hierop nader ingaan.

Voor een optimaal verwijfsbeleid (en dus ook opnamebeleid) is een beleidsombuiging in de gezondheidszorg noodzakelijk, niet op grond van kosten-, maar van kwaliteitsoverwegingen. Daarbij zullen de prioriteiten met betrekking tot onderzoek, onderwijs en voorzieningen in de gezondheidszorg meer bepaald moeten worden door de huidige behoeften binnen de maatschappij. De uitgangspunten voor een dergelijk beleid werden eerder beschreven.<sup>47</sup>

De honoreringsstructuur in de gezondheidszorg dient evenwichtiger opgebouwd te worden, zodat een aantal nadelen ondervangen wordt. Zowel uit het oogpunt van kwaliteit als van doelmatigheid van hulpverlening, is het ongewenst dat in het ene subsysteem, de thuiszorg, bepaalde onderzoeken of behandelingen niet per verrichting gehonoreerd worden, en binnen het andere subsysteem, de ziekenhuiszorg, wél. Het lijkt ons ook niet doelmatig dat hulpverleners financieel voordeel hebben bij het uitvoeren van verrichtingen, waarvoor zij zelf de indicatie hebben gesteld. Een eventuele financiële stimulans dient niet op de kwantiteit, maar op de kwaliteit van de hulpverlening te worden afgestemd. Zowel binnen de eerstelijns zorg als binnen de ziekenhuiszorg lijkt een gedifferentieerd honoreringstelsel mogelijk, dat is afgestemd op het al of niet aanwezig zijn van bepaalde voorzieningen, waarvan verondersteld mag worden dat ze de kwaliteit van de hulpverlening bevorderen. Men denke daarbij aan de kwaliteit van de praktijkruimte van de huisarts, het al of niet in dienst hebben van een praktijkassistente, de intensiteit van samenwerking met andere hulpverleners, de aanwezigheid van diagnostische en andere faciliteiten ten behoeve van de huisarts in het ziekenhuis, etc. In het kader van het opbouwen van een evenwichtiger honoreringsstructuur, dient nader onderzoek te worden verricht naar de voor- en nadelen van het werken in dienstverband.

Met betrekking tot de verwijfskaart staat ons een meer gedifferentieerd stelsel voor ogen. Daarbij zou meer onderscheid gemaakt kunnen worden tussen:  
- raadpleging van de specialist (mondeling overleg)

- een adviserende, consultatieve ‘verwijzing’ vooral wat betreft diagnostiek
- een verwijzing met tijdelijke overname van de behandeling ten aanzien van een scherp omschreven probleem
- een gezamenlijke behandeling van patiënten met chronische ziekten.

Een dergelijke differentiatie maakt de beslissing tot ‘verwijzing’, opname en nabehandeling meer tot de *gezamenlijke* verantwoordelijkheid van huisarts en specialist en zou de thans bestaande automatismen en conventies kunnen doorbreken.

Naast bovenstaande maatregelen willen wij pleiten voor het zodanig veranderen van het tariefstelsel voor ziekenhuisopname, dat een lager bezettingspercentage economisch haalbaar wordt, voor al die maatregelen die de samenwerking tussen huisarts en specialist kunnen bevorderen,<sup>38</sup> en voor het geven van meer diagnostische faciliteiten aan huisartsen.

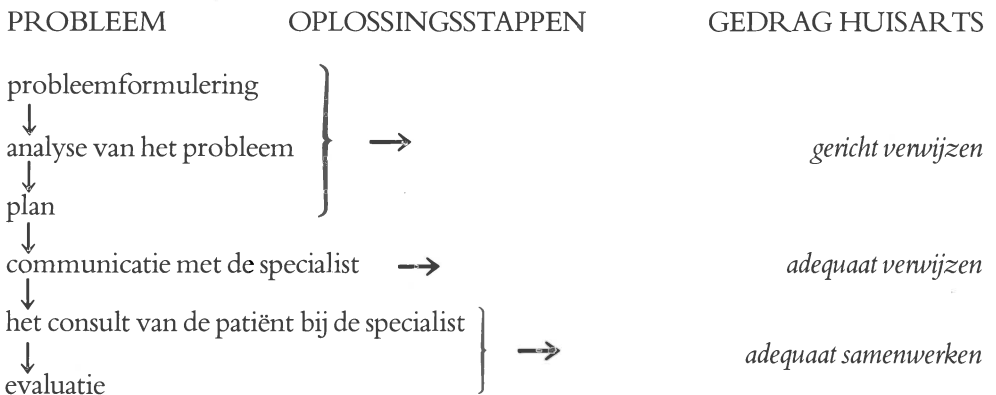
### *Maatregelen voor een beleid op korte termijn*

Voor de korte termijn willen we hieronder het verwijzingsproces benaderen als een problem-solving-process.<sup>48</sup> Dit lijkt van belang voor het onderwijs en voor de praktiserende huisarts, omdat dit een bijdrage kan leveren aan een doelgericht en bewuster beslissingsproces. Uit onderzoek is ook gebleken dat een gericht verwijzingsbeleid mogelijk is met behoud van de kwaliteit van de zorgverlening.<sup>39</sup> In één huisartspraktijk kwam dit beleid tot uiting in verwijzings- en opnamecijfers, die ongeveer de helft van het landelijk gemiddelde bleken te zijn.<sup>37</sup>

Een dergelijk oplossingsproces voor problemen bestaat uit zes stappen (zie figuur 1): 1. probleem → 2. analyse → 3. plan (verwijzing) → 4. communicatie met de specialist → 5. consult bij de specialist → 6. evaluatie.

Elk van deze stappen biedt de mogelijkheid voor verbetering van het verwijzen. Door bewust de eerste drie stappen te doorlopen kan de huisarts tot *bewust en gericht verwijzgedrag* komen. De vierde stap vraagt om een goede uitvoering van de verwijzing: we spreken daarbij van *adequaat verwijzen*. De vijfde en zesde stap vragen om goed overleg in de driehoek huisarts-patiënt-specialist: *adequate samenwerking*.

Figuur 1: Het verwijzen als probleemoplossend proces.





Onder gericht of bewust verwijzen wordt door ons verstaan:

- het genuanceerd afwegen van voor- en nadelen van een verwijzing tezamen met de patiënt tegen de achtergrond van diens persoonlijke omstandigheden
- het formuleren van een doordachte, duidelijk omschreven probleemstelling
- het uitvoeren van voldoende diagnostiek binnen de eigen praktijk en de eerstelijns gezondheidszorg, inclusief het gebruik van diagnostische faciliteiten (bijvoorbeeld röntgen- en laboratoriumdiagnostiek) alsmede consultatie van andere hulpverleners binnen de eerste lijn
- het vaststellen van het juiste tijdstip van een verwijzing.

Bij het afwegen van voor- en nadelen zal de huisarts zich de volgende mogelijke consequenties van een verwijzing voor ogen moeten houden:

*voor de patiënt:*

- onnodige belasting met onderzoek of opname
- het risico van bevordering van somatische fixatie met name bij mogelijk functionele klachten
- de kans dat de mogelijkheden tot persoonlijke groei worden geblokkeerd
- de kans dat het individu meer afhankelijk wordt gemaakt van medische professionele hulpverlening

*voor de specialist:*

- de specialist wordt door de huisarts gedwongen een eerstelijns functie over te nemen
- de specialist moet specialistische kennis en vaardigheden gebruiken voor patiënten die deze hulp niet nodig hebben

*voor de gezondheidszorg:*

- ondoelmatig gebruik van ziekenhuisvoorzieningen
- het ontstaan van wachtlijsten
- kostenverhoging

Onder adequaat verwijzen wordt een verwijzing verstaan waarbij de huisarts:

- een verwijsbrief heeft geschreven die onder andere omvat: een duidelijke probleemstelling, relevante informatie over eerder verricht onderzoek en therapie, procedure-afspraken over de taakverdeling tussen huisarts en specialist (met name een meer adviserende, consultatieve verwijzing versus overname van de behandeling)
- heeft aangegeven of poliklinisch of klinisch onderzoek wordt verlangd door patiënt en/of huisarts
- naar het juiste specialisme heeft verwezen
- de patiënt op verwijzing of opname heeft voorbereid

Onder adequate samenwerking tussen huisarts en specialist wordt door ons verstaan:

- het maken van concrete afspraken over onderlinge taakverdeling en verdeling van de verantwoordelijkheid voor de behandeling van de verwezen patiënt

- het uitwisselen van relevante informatie vooral over het verwijdsmoment bij ziekenhuisopname, nazorg e.d.
- het wederzijds raadplegen bij belangrijke beslissingen inzake diagnostiek en behandeling van verwezen patiënten

## SLOTBESCHOUWING

In dit artikel is een poging gedaan enkele achtergronden te schetsen, die een verklaring kunnen geven voor de toenemende vraag naar specialistische hulpverlening, alsmede de grote variatie tussen huisartsen in verwijscijfers.

Daarbij werd gewezen op:

- het feit dat de huidige technologische specialistische geneeskunde slechts in geringe mate aansluit op het bestaande klachtenpatroon
- de risico's van de huidige gezondheidszorg, in het bijzonder de specialistische zorgverlening
- het gecompliceerde, vaak tegenstrijdige krachtenveld, waarbinnen het proces van besluitvorming met betrekking tot een verwijzing zich afspeelt, wat leidt tot vaak irrationele en onbewuste motieven, op grond waarvan patiënten al of niet verwezen worden.

Door ons werden vijf punten vermeld die bij het verwijzen van belang zijn, namelijk:

- bewust medisch handelen
- opvattingen over ziekte en gezondheid
- omgaan met onzekerheid
- deskundigheid van de huisarts
- de relatie tussen huisarts en specialist.

Gepleit wordt voor:

- onderzoek op microniveau naar verwijzen, waarop beleidsombuiging en verandering van de medische opleiding gebaseerd kunnen worden
- structurele veranderingen in de gezondheidszorg.

Voor de korte termijn wordt gepleit voor het benaderen van het verwijzingsproces als een probleem-oplossingsproces. Het maken van bewuste keuzen binnen dit proces kan leiden tot gericht en adequaat verwijzen van de huisarts en adequaat samenwerken van huisarts en specialist.

## METHODISCH WERKEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK

Met het verschijnen van het rapport van het Nederlands Huisartsen Genootschap 'Hoe helpt de dokter?' in juli 1975<sup>1</sup> is het begrip methodisch werken in de huisartspraktijk een eigen leven gaan leiden. Dit is waarschijnlijk mede veroorzaakt door het grote belang dat het bestuur van het Nederlands Huisartsen Genootschap aan dit rapport hechtte. Dat heeft niet alleen geleid tot de publicatie van een nadere uitwerking van het begrip methodisch werken in een vervolgrapport<sup>2</sup> in september 1978 maar ook tot het invoeren van trainingen in methodisch werken in de opleiding tot huisarts en in nascholingsprogramma's.

Met name het huisartseninstituut van de Vrije Universiteit te Amsterdam heeft onder leiding van Van Aalderen, een van de auteurs van de NHG-rapporten, hier zeer veel werk van gemaakt. Als ik nu in het vervolg van dit artikel spreek over methodisch werken, wil ik daaronder niet alleen de specifieke methode zoals beschreven in de beide NHG-rapporten verstaan, maar tevens de daarmee samenhangende hernieuwde belangstelling voor de methoden van hulpverlening door de huisarts in het algemeen.

In die zin wil ik het methodisch werken zien als een reactie op een aantal medisch-maatschappelijke ontwikkelingen, als een nieuwe benadering van een oud ideaal en tenslotte als een voorwaarde voor het bereiken van een aantal doelstellingen van de gezondheidszorg, in het bijzonder van de eerstelijns zorg.

## MEDISCH-MAATSCHAPPELIJKE ONTWIKKELINGEN

De grote belangstelling, die het begrip methodisch werken de laatste jaren gekregen heeft, zie ik als een reactie van de huisartsenwereld op een aantal medisch-maatschappelijke ontwikkelingen. Ik sluit mij daarin aan bij de opvatting van Bremer<sup>3</sup> dat medisch-maatschappelijke veranderingen voor het werk van de huisarts van veel meer belang zijn dan medisch-technische ontwikkelingen.

### *Huisarts-Specialist*

Een van de medisch-maatschappelijke ontwikkelingen betreft de verandering in de relatie tussen huisarts en specialist, die veel kenmerken van ambivalentie en daardoor spanning vertoont. Enerzijds bestaat er een sterke onderlinge afhankelijkheid tussen huisarts en specialist, anderzijds bestaat er een levendige rivaliteit ten aanzien van kennis, kunde, technische mogelijkheden, wijze van functioneren, status en beloning.

De spanning in deze relatie werd onlangs nog eens duidelijk door de artikelen van Van Es en De Melker<sup>4</sup> en de reacties daarop in Medisch Contact van 1978. Naar mijn idee nu is deze spanning een bron van energie, die mede leidt tot bevordering van de thuiszorg, kwaliteitsbevordering en medisch-technische ontwikkelingen. Het methodisch werken zie ik in dit verband als een antwoord van de huisartsen op de medisch-technische ontwikkeling van specialismen en superspecialismen, die in de ogen van huisartsen haar doel voorbij dreigt te schieten. Badinerend gezegd willen de huisartsen ook eens laten zien wat ze kunnen en welke doelstellingen van de gezondheidszorg zij hebben. Het zal duidelijk zijn dat ik voorstander ben van het handhaven van het spanningsveld tussen huisartsen en specialisten.

## *Gedragswetenschappen*

De opkomst van de gedragswetenschappen is in mijn ogen een ontwikkeling die bijna rechtstreeks tot de grote aandacht voor methodisch werken geleid heeft. Door de gedragswetenschappers is een groot scala van hulpverleningsmogelijkheden ontwikkeld, waardoor het niet alleen noodzakelijk maar ook lonend werd om expliciet stil te staan bij de vraag welke hulp het meest aangewezen is en welke hulp de cliënt zelf wil.

Een goed overzicht van die hulpverleningsmogelijkheden bij psychosomatische klachten wordt gegeven door Kruithof, Godaert en Schreurs.<sup>5</sup> Daarnaast hebben de gedragswetenschappers zich intensief bezig gehouden met reflecties op en onderzoek over het proces van hulpverlening door de huisarts en de invloed die de persoon van de arts daarop heeft. Het is een verdienste van het NHI geweest om vooral aan deze inbreng van gedragswetenschappers veel aandacht te besteden. Mede hierdoor werden de geesten rijp om het hulpverleningsproces nauwkeurig te analyseren en in genoemde NHG-rapporten te beschrijven.

## *Andere Hulpverleners*

De groei van het algemeen maatschappelijk werk naar een zelfstandige discipline voor hulpverlening bij maatschappelijke en relationele problemen en de verdere emancipatie van de wijkverpleegkundige zijn twee maatschappelijke ontwikkelingen, die de huisarts welhaast dwongen zich te bezinnen op zijn eigen wijze van werken. Het is dan ook niet verwonderlijk dat in het rapport 'Hoe helpt de dokter?' zeer expliciet gekozen wordt voor een samenwerking tussen deze drie eerstelijns disciplines.

## *Democratisering*

De golf van activiteiten en mentaliteitsveranderingen die onder het begrip democratisering valt, heeft ertoe bijgedragen dat de relatie tussen patiënt en arts een belangrijke wijziging ondergaan heeft, van 'verticaal' naar 'horizontaal'. Van Londen<sup>6</sup> wijst mijns inziens terecht op de grote invloed die dit heeft op de rol en taak van de huisarts. In een horizontale relatie wordt de verantwoordelijkheid voor de hulpverlening gedeeld door patiënt en arts. Deze laatste moet daardoor zijn manier van hulpverleners drastisch veranderen en wordt zo gedwongen zijn methode nader te analyseren en aan te passen.

## *Medicalisering*

De vooruitgang van de medische wetenschap bleek spoedig ook bezwaren op te leveren die de laatste jaren worden samengevat onder het begrip medicalisering van de maatschappij.

De publicaties hierover hebben zowel artsen als patiënten kritischer gemaakt ten opzichte van de vraag of een probleem wel aan de geneeskunde moet worden voorgelegd. Het methodisch werken is te zien als een poging van de huisarts om samen met de patiënt de vraag om hulp te verhelderen en vervolgens te bezien welke hulp dan het meest aangewezen is. Hiermee hoopt de huisarts oneigenlijke hulp in het medische kanaal te voorkomen.

Dit is in vogelvlucht een aantal medisch-maatschappelijke ontwikkelingen, die elk op hun manier van invloed zijn geweest op het proces van bezinning op het eigen functioneren van de huisarts. Werd vroeger vooral aandacht besteed aan de precieze taakomschrijving van de huisarts en de gebiedsafbakening ten opzichte van andere hulpverleners, in het methodisch werken ging de huisarts zich vooral bezig houden met de wijze waarop hij hulp biedt en de invloed van zijn eigen gedrag op het proces van hulpverlening.

## WOUDSCHOTEN-KATER

Intussen zat die huisarts wel te kijken met wat een Woudschoten-kater genoemd kan worden. In de dagelijkse praktijk had hij namelijk ervaren dat het oude ideaal van de continue, integrale en persoonlijke zorg te ver af staat van de realiteit om nog echt te kunnen inspireren. In het voorjaar van 1971 probeerde het NHG reeds het oude ideaal bij te stellen. In een samenvatting van een NHG-conferentie te Driebergen concludeerde Dokter<sup>7</sup> dat uit het oogpunt van het belang van de patiënt, de huisarts deel hoort uit te maken van een eerste-echelons hulpverleningsgroep, die zich tot taak stelt het geven of doen geven van een persoonlijke, integrale en continue zorg voor de gezondheid van de zich aan haar toevertrouwende individuen en gezinnen. De huisarts wordt binnen dit team geacht te handelen vanuit zijn kennis van de somatische, psychische en sociale factoren, die het ontstaan en beloop van ziekte bepalen.

In 1974 beschreef Van Aalderen<sup>8</sup> een andere manier van denken over helpen en helen waarin hij vooral aandacht vraagt voor de methode van werken van de huisarts. Het wachten was op een nadere theoretische onderbouwing van dit standpunt en een zodanige uitwerking hiervan, dat de taken van de huisarts opnieuw geformuleerd konden worden. 'Hoe helpt de dokter?' was de eerste aanzet tot die theorievorming en kwam als een heilzaam middel tegen de kater.

De oude begrippen 'continu', 'integraal' en 'persoonlijk' worden niet meer toegedacht aan die ene huisarts, maar worden omgewerkt, aangepast en vertaald tot algemene aspecten van professionele hulpverlening in de eerste lijn van de gezondheidszorg. Daarmee wordt het goede van deze begrippen gehandhaafd, maar laat de huisarts zijn te grote claim vallen en wordt de werkelijkheid dichter benaderd.

Continue, integrale en persoonlijke zorg wordt dan het samen met anderen methodisch verlenen van hulp, waarbij het persoonlijk functioneren van de hulpverlener bewust gehanteerd wordt. De doelstelling van de huisartsgeneeskunde wordt in het NHG-rapport Methodisch Werken<sup>2</sup> als volgt omschreven:

- openstaan voor alle vragen om hulp. De vragen worden samen met de patiënt verhelderd om te beoordelen welke deskundigheid voor hulpverlening geboden is
- samen met de patiënt een keuze maken uit de mogelijkheden voor hulp en dienovereenkomstig handelen, hetzij zelfstandig, hetzij in samenwerking met anderen

Deze aanpassing van de doelstellingen aan de realiteit en vooral de nadere precisering van de eigen verantwoordelijkheid van zowel hulpverlener als hulpvrager werkt bevrijdend en verjaagt de kater. Als de doelstelling duidelijker wordt, kan ook met meer vrucht gezocht worden naar de methoden om de doelstelling te verwezenlijken. Het methodisch werken is een uitwerking van een algemene methode van hulpverlening, die ook goed bruikbaar is in de huisartspraktijk.

## TOEKOMST

Het voorgaande is een poging om vanuit het verleden denkend aan te geven waarom het methodisch werken een welkome ontwikkeling voor de huisartsen is. Als we naar de toekomst kijken, zien we dat het methodisch werken kan helpen om een aantal doelstellingen van de gezondheidszorg en speciaal de eerstelijns zorg beter te verwezenlijken.

### *Samenwerking*

Te verwachten valt dat de behoefte aan samenwerking binnen de eerste lijn de komende tijd zal toenemen. Het is al gezegd dat het methodisch werken een gemeenschappelijke basis geeft waarop de verschillende disciplines binnen de eerste lijn kunnen samenwerken en hun eigen specificiteit toch tot uitdrukking kunnen brengen. In die zin is het een onmisbare schakel in de eerstelijns hulpverlening.

### *Patiëntenrol*

Naar mijn mening zeer terecht zien Van Es en De Melker<sup>4</sup> de preventie van de patiëntenrol als een zeer belangrijke taak van de huisarts. Zijn poortwachtersfunctie biedt volgens hen niet alleen een goede mogelijkheid tot selectief doorlaten naar de tweede lijn, maar betekent ook een zodanige hulpverlening, dat hulpzoekenden zoveel mogelijk wordt geleerd zichzelf te helpen. Dit is het bevorderen van hulp in eigen kring, verwijzing naar de 'nulde' lijn. Dit is in feite alleen mogelijk als de huisarts leert om op een methodische manier samen met de patiënt de vraag om hulp te verhelderen om vervolgens weer samen te bezien welke vorm van hulp de meest gewenste is, én als hij tenslotte in staat is om het proces van hulpverlening methodisch te bewaken en zonodig bij te sturen. De artikelenserie van Huygen en anderen<sup>9</sup> over de preventie van somatische fixatie, geeft op voortreffelijke manier aan hoe de huisarts door methodisch te werken, in staat is zelfs bij gecompliceerde problematiek te voorkomen dat hijzelf of de patiënt somatisch gefixeerd raakt.

### *Eigen verantwoordelijkheid*

Zowel in vakbladen als in de algemene publiciteit wordt de laatste tijd veel aandacht besteed aan de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt voor zijn eigen gezondheid, ofwel zijn eigen gezondheidszorg. Ik verwacht dat deze tendens zich in de toekomst zal voortzetten, omdat het benadrukken van de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt de enige afdoende bescherming geeft tegen een verdere medicalisering van onze maatschappij. De huisarts moet nu, als schakel tussen maatschappij en geïnstitutionaliseerde geneeskunde, een brug weten te slaan tussen de verantwoordelijkheid van de patiënt en zijn eigen verantwoordelijkheid voor het proces van hulpverlening. Het methodisch werken levert hem daartoe de hulpmiddelen en zal als zodanig onmisbaar zijn.

### *Kostenbesparing*

Vooraf van overheidswege wordt de nadruk gelegd op de mogelijkheden om door

doelmatiger gebruik te maken van de beschikbare middelen, de totale kosten van de gezondheidszorg binnen aanvaardbare grenzen te houden. Aan de huisarts wordt daarbij een poortwachtersfunctie toegekend. Door een juiste selectie kan hij voorkomen dat mensen ten onrechte in een duurdere tweede lijn terecht komen. Wil de huisarts deze functie werkelijk vervullen, dan zal hij meer aandacht moeten besteden aan zijn eigen methode van hulpverlening en de invloed van zijn eigen persoon op het beloop van het hulpverleningsproces. Onderzoekingen in onder andere het gezondheidscentrum Ommoord<sup>10</sup> hebben ondubbelzinnig de grote interdoktervariatie aangetoond als een belangrijke factor ter verklaring van verschillen in verwijs- en voorschrijfcijfers. Het methodisch werken zal voor de huisarts noodzakelijk zijn om kostenbewust werken te combineren met goed vakmanschap en goede hulpverlening.

## SAMENVATTING

Samenvattend heb ik willen zeggen dat een aantal medisch-maatschappelijke ontwikkelingen ertoe geleid hebben dat in de huisartsenwereld een stroming ontstaan is, die een systematische bezinning op de methode van hulpverlening door de huisarts beoogt.

Twee rapporten van het NHG hebben daarbij een belangrijke rol gespeeld. De titel van het tweede rapport heeft aan deze stroming de naam methodisch werken gegeven. Dit methodisch werken is een goed middel tegen de Woudschoten-kater. Voor de toekomst lijkt het methodisch werken een zeer belangrijke voorwaarde om een aantal doelstellingen van de gezondheidszorg dichter te benaderen.

EEN BRIEF IN PLAATS VAN EEN STUK

Enter, oktober 1979

Beste Chris,

Door omstandigheden, waarvan jij op de hoogte bent, maar die hier niet ter zake doen, is het mij niet gelukt tijdig een beschouwing op papier te zetten over 'huisarts en medische psychologie'. Omdat de redactie van jouw liber amicorum toch graag een bijdrage wilde hebben van iemand uit de Commissie Medische Psychologie van het Nederlands Huisartsen Genootschap, waarvan jij zo lang adviserend lid bent geweest, en omdat ik het tegenover jou niet wil laten afweten, schrijf ik een brief in plaats van 'een stuk'.

Een brief past bij nader inzien ook meer bij de keuze van twee onderwerpen, die ik aanvankelijk al had gemaakt toen ik nog aan het beschouwen was; een brief geeft me bovendien de ruimte om minder academisch en theoretisch verantwoord bezig te zijn.

Op een kladpapier had ik al een lijst van een stuk of zes onderwerpen verzameld, die alle wel de moeite waard leken om uit te werken:

- *Ontstaan en geschiedenis van het begrip en het vak medische psychologie.* Wist je dat het eerste boek hierover al in 1848 uit het Duits vertaald in het Nederlands verscheen? De titel luidde: 'Leerboek der geneeskundige psychologie' van dr. E. von Feuchtersleben.

- *De verhouding huisarts-psychiater-psycholoog-agoog en de stormachtige ontwikkelingen in deze vier vakgebieden.*

Toen wij twintig jaar geleden afstudeerden konden we nog volstaan met de kennis van de klinische psychiatrie, een stuk neuroseleer van Freud, het leren toepassen van de biografische anamnese volgens Groen en van het counselen volgens Rogers, in combinatie met de 'research cum training' à la Balint. Nú kunnen we kiezen uit een veel groter scala van psycho-therapeutische scholen en methodieken, zoals bio-energetica, gedragstherapie, gestalttherapie, gezinsbenadering en systeemtheorie, humanistische geneeskunde, transactionele analyse, rationeel-erotische therapie en echtparen-relatie- of interactie-therapie.

Het is nog allesbehalve duidelijk hoeveel en wat daarvan voor de huisarts en zijn patiënt echt van belang is. Ik denk dat de keuze mede bepaald zal worden door sterk persoonlijk gekleurde motieven én door het voorbeeld van onze leermeesters, geloof jij ook niet?

- *De definitie van en het onderwijs in de medische psychologie.*

Wij houden het nog maar bij Weijels omschrijving: 'medische psychologie is de gedragsleer van de medische situatie, gekenmerkt door gestoorde functies, in en tussen de deelnemers in deze situaties'.

Op de jaarlijkse interacademiale voor docenten in de medische psychologie in 1976, waar voor het eerst enkele CMP-leden te gast waren, bleek over medische psychologie een verheugende en soms verwarrende diversiteit te bestaan: van 'hoofddaccent



op de psychosomatiek' en 'bewustwording en vaardigheidstraining van de interactie-aspecten van de arts-patiënt-relatie' tot 'meer aandacht voor de maatschappelijke ziekmakers....en practica in groepsdynamica, hanteren van macht, discussietechnieken', of, wat schoolser, 'ontwikkelings- en differentiële psychologie, leertheorie' en 'meer accent op de persoonlijke motieven en gevoelens.... omdat iedereen de ruimte moet hebben zijn eigen werkwijze te ontwikkelen'.

Aangaande de onderwijsmethoden werden door de meeste docenten genoemd: 'discussie in kleine groepen met rollenspel, bespreken van eigen praktijkproblemen, gebruik van video-banden en intensieve inter-actietrainingen....zonder dat het een groepstherapie wordt'.

Zoals je ziet komen in deze korte bloemlezing veel elementen uit de specifieke beroepsopleiding van het 7<sup>e</sup> jaar voor. Vreemd genoeg bestond er nog maar incidenteel overleg met de hoogleraren in de huisartsgeneeskunde, die toch een groot deel van hun tijd met dezelfde onderwerpen bezig zijn.

- Even gevarieerd en het bespreken waard als bovengenoemde opleidings-activiteiten aan de universiteiten, is het grote aantal trainingen en cursussen voor afgestudeerde huisartsen (tegenwoordig soms met hun echtgenoten!) op het gebied van de zogenaamde psychosociale hulpverlening, respectievelijk van de psychologie in en van de geneeskunde. De CMP is van plan om in samenwerking met de Stichting Nascholing Huisartsen en jouw opvolgers bij het NHI op korte termijn een praktisch overzicht te maken van wat er op de markt is, zodat een betere coördinatie, follow-up en aanvulling mogelijk is.

Wij denken er verder over om daarna, in overleg met diverse docenten, een basispakket 'nascholing in psychotherapie voor de huisarts' samen te stellen, met een supervisie- en intervisie-systeem, dat aansluit op de specifieke beroepsopleiding van, nu nog, het 7<sup>e</sup> jaar. (Wanneer neemt Van Es het initiatief om zijn politieke succes van 1 jaar specialisatie tot huisarts uit te bouwen tot de noodzakelijke 2 of 3 jaar, zoals onder andere in Engeland al lang het geval is?)

Op deze manier kan in de naaste toekomst voor huisarts, patiënt en ziekenfonds de kwaliteit van de 'kleine psychotherapie' door huisartsen na 20 jaar experimenteren eindelijk eens gestructureerd en gegarandeerd worden.

Deze kwaliteitsgarantie kan na verloop van tijd bovendien gegevens leveren voor een extra honorering van dit tijdsintensieve aspect van ons vak. Wist je dat dit systeem al jaren in West-Duitsland functioneert onder andere dankzij de Lindauer Psychotherapie Wochens? Trouwens, in principe bestaat het systeem van extra honorering voor bijzondere verrichtingen op basis van aparte nascholing ook al in Engeland en Nederland ten aanzien van de Consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters, de verloskunde in de huisartspraktijk en het zelf maken van ECG's door de huisarts.

Als er wél een financiële stimuleringsregeling bestaat voor multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn, waarom zou er dan niet ook een regeling ontworpen kunnen worden om door financiële ondersteuning vrijwillige bijscholing te bevorderen in de gesprekstherapeutische vaardigheden van huisartsen?

In de nascholing speelt sinds enkele jaren ook de sponsoring door farmaceutische industrieën een grote rol. Dit zou een hoofdstuk apart kunnen zijn! Gek dat daar zelden over wordt geschreven. Zou dat samenhangen met onze ambivalente gevoelens; ener-

zijds behoefte aan objectieve voorlichting, anderzijds op je hoede zijn voor (hidden) persuaders van de reclame én als gewone mensen (zogenaamde kleine zelfstandigen) gevoelig zijn voor cadeautjes van de rijke oom?

Het is misschien een kleinigheid, maar toch opvallend hoeveel van de op tafel staande potloden bij bepaalde gesponsorde cursussen door de deelnemers 'voor de kinderen' worden meegenomen.

Ik zou zo nog wel een tijdje door kunnen gaan met het noemen van onderwerpen, maar ik beperk me nu tot de twee onderwerpen, die me de laatste tijd het meest bezighouden:

- de hernieuwde aandacht voor de betekenis van het lichaam en,
- de hernieuwde aandacht voor en gebruik van de persoonlijke betrokkenheid van de hulpverlener bij zijn werk.

Hoewel beide onderwerpen typische voorbeelden zijn van zaken die eigenlijk alleen door 'ervaring aan den lijve' te bevatten zijn, wil ik proberen er iets over te schrijven, onder het gewijzigde motto: *'Not the psyche less but the soma more'*.

De nieuwe betekenis van het lichaam is bepaald een andere dan die wij vroeger op snijzaal, fysiologie en kliniek geleerd hebben. Ik bedoel de nieuwe visie, afkomstig van de gestaltpsychologie en de bio-energetica. Een paar jaar geleden waren dat voor mij nog vreemde, modieus klinkende kreten; nu begin ik er, heel langzaam, iets van te begrijpen, vooral sinds een vijfdaagse persoonlijkheidsstraining voor huisarts-opleiders, onder leiding van Hans van der Voort. Er zijn ook nog andere persoonlijke ervaringen, maar daarover kan ik beter met je praten dan schrijven.

Het gaat hier om ontdekkingen over het menselijk functioneren in ziekte en gezondheid, die voor de theorie en de praktijk van de geneeskunde mijns inziens een verstrekkende betekenis hebben. Zoals wij er tien jaar geleden naar streefden iedere student medicijnen, en vooral de toekomstige specialist, een stage bij de huisarts te laten volgen, zo zouden wij nu moeten bewerkstelligen dat iedere arts kennis maakt met de principes van bio-energetica en gestalt. Een goede demonstratie met enkele elementaire oefeningen kan volgens mij de meest verstokte somaticus een tastbaar bewijs geven van de wisselwerking tussen (zijn eigen) lichamelijke conditie en (zijn) emoties.

Was vroeger het accepteren van de psychosomatiek sterk bepaald door een zekere instelling, door een geloof, met de komst van de bio-energetica en de haptonomie is er een nieuw *bewijs* geleverd, dat je, als in een laboratoriumsituatie, kunt herhalen zo vaak de ongelovige wil. Je kunt nu allerlei somato-psychische verbanden direct zichtbaar maken en in maat en getal uitdrukken. Van de praktische toepassingen geef ik je, in een willekeurige volgorde, een paar voorbeelden:

- Het gebruik van de 'lichaamstaal', dat wil zeggen de non-verbale signalen, die arts en patiënt naar elkaar uitzenden, als uitdrukking van hun gemoedstoestand en van hun manier van reageren op elkaar en op hun omgeving. Aan houding, mimiek, gebaren en ademhaling kun je bijvoorbeeld niet alleen zien of iemand pijn heeft of het benauwd heeft, maar ook hoe hij in z'n vel zit, of hij happy, gespannen of geblokkeerd is. Het non-verbale gedrag kan het verhaal van patiënten onderstrepen, maar ook op discrepanties wijzen en daardoor soms meer zeggen dan vele antwoorden op vragen, die uit het tractusmodel van de dokter voortkomen.

Wij zijn vanaf de wieg en de kleuterschool door onze opleiding en opvoeding zo geprogrammeerd op de voor het verstand kenbare inhoud van de boodschap van onze medemensen en onze patiënten, dat we, onbewust, vaak voorbijgaan aan de informatie, die tegelijk met de woorden tot uitdrukking komt. Wat vroeger 'de eerste indruk van de patiënt' heette, en wat voornamelijk op ervaring gebaseerd was, kan nu, onder andere door oefeningen in het systematisch waarnemen van de lichaams taal, door iedereen geleerd worden. Volgens mij gaat het hier om een veelbelovende ontwikkeling in zowel de moderne psychologie als de fysiotherapie, waarvan de toepassing in de geneeskunde nog maar net begonnen is. Ik geef je weer een paar voorbeelden:

- In de diagnostische, exploratieve fase van het contact met de patiënt blijkt de integratie van verbale en non-verbale informatie zoals onder andere gebruikt in de PAC-cursus tot een snellere en vollediger diagnose te leiden.

- Tijdens de behandeling kan een 'gestaltmatige benadering van de arts-patiëntrelatie', aldus Huygen in Huisarts en Wetenschap van september 1977, een nieuwe oplossing voor vastgeroeste gewoonten opleveren; verder kan het gebruik van eenvoudige bio-energetische adem-oefeningen bepaalde blokkades helpen ontdekken en opheffen (zie een recente cursus 'non-verbale technieken in de hulpverlening' door Stermerding in Nijmegen.)

De toepassing van 'bio feedback', ook wel 'myo feedback' genoemd, zowel bij zogenaamde zuiver organische aandoeningen als training van paretische spieren, als bij diverse psychosomatische klachten als hoofdpijn, lage rugpijn, slaapstoornissen, stotteren en algemene gespannenheid. (zie onder andere Zant, klinisch psycholoog, werkzaam bij het Reuma-revalidatiecentrum in Amsterdam en onze collega huisarts W. van Dael uit Rotterdam, die deze methode vooral bij essentiële hypertensie gebruikt.)

- Ik weet dat je nogal geïnteresseerd bent in de aetiologie en therapie van hypertensie en ik raad je aan het principe van deze behandeling eens te ondergaan. Het kan met vrij eenvoudige apparatuur gemakkelijk en duidelijk aan je eigen lichaam worden gedemonstreerd, iedere huisarts kan deze leren gebruiken. Zo werkt de Myotron met elektrische impulsen van de spiertonus, de Conductron, vroeger ten onrechte leugendetector genoemd, werkt via de zweetsecretie met de elektrische huidweerstand. Een klinisch psycholoog had hiermee onlangs verbluffend succes bij één van mijn patiënten met chronische spanningshoofdpijn, die via gesprekstherapie en gedragstherapie niet te beïnvloeden was.

- Volledigheidshalve noem ik ook nog even de andere ontspanningstherapieën, zoals yoga en autogene training, die vooral in groepsverband worden toegepast; de laatste is thans weer in opkomst, ik weet er weinig van.

Eén van de CMP-leden (Joop Stam) volgde onlangs een stoomcursus, onder leiding van een Duitse internist. Hij kan je er meer over vertellen. Een yoga-cursus, die ik met een groep patiënten volgde, sprak me onvoldoende aan, het kostte me ook teveel tijd; anderen zijn er wel mee doorgedaan en tenminste één patiënte kon haar chronische valiumgebruik hierna staken.

- Verder noem ik in deze rij: het stimuleren van huidcontact tussen moeder en kind, direct na de geboorte en bij de borstvoeding, als start voor een gezonde somato-psychische en erotische ontwikkeling. 'L'amour c'est que de contact des deux épidermes', aldus een welbekende reclame van een corticosteroid-zalf.

Musaph schreef dezer dagen over de 'huid als communicatie-orgaan' en wees onder andere op de betekenis van huidcontact als factor bij het hechtgedrag van de mens en als factor bij de bestrijding van bepaalde huidziekten. Trouwens, uit de diergeneeskunde kunnen we leren hoe belangrijk likken (en knuffelen) is voor de spijsvertering en darmfunctie van jonge honden (en jonge kinderen). Ook bij chronisch zieken en in de stervensbegeleiding leren we hoe belangrijk het is om een patiënt aan te raken of zijn hand vast te houden. Vroeger was ik in dit opzicht nogal vormelijk en afstandelijk, nu durf ik vaker een patiënt, ook ná een onderzoek, aan te raken of vast te houden en heb ik geleerd patiënten vaker gewoon een hand te geven, vooral na afloop van een consult.

Onlangs had ik zelf de behoefte de hand van een tot vriend geworden kankerpatiënt nog eens vast te houden, enkele dagen na zijn dood, als een laatste contact en confrontatie met deze man, nu in zijn kist, van wie ik meende iets geleerd te hebben.

- Dan zijn er nog de haptonomie van F. Veldman uit Nijmegen en de psychomotore therapie van Albert Pesso uit Franklin, USA. Laatstgenoemde therapie wordt, meestal in groepsverband, in diverse psychiatrische en psycho-therapeutische centra toegepast, maar is mijns inziens voorbehouden aan de specialist. Toch was kennismaking met deze volstrekt nieuwe combinatie van theorie en praktijk, ontwikkeld door een voormalig docent choreografie en ballet, die tijdelijk samenwerkte met een psychiater op een revalidatiecentrum, voor mij een heel bijzondere ervaring.

Uitgaande van wat je op dit moment bezighoudt of lichamelijk dwarszit, wordt, op een geheel nieuwe, ingenieuze manier, met behulp van begrippen uit de droomwereld, de psycho-analyse en de gestalt in het heden een probleem *zichtbaar* gemaakt en uitgespeeld. De groepsleden spelen daarbij mee als actieve figuranten. Een en ander leidt vaak tot verrassende inzichten en 'Aha Erlebnisse'. Binnenkort verschijnt een tweede boek van Pesso in een Nederlandse vertaling.

- De haptonomie of 'psycho-tactiele therapie' van F. Veldman, die veel dichter bij de huisartsgeneeskunde staat, is, zoals je weet, een nieuwe richting in de fysiotherapie, die mensen helpt het verband tussen hun tastzin (huid), spierzin (houding) en gevoelens bewust te worden en te gebruiken. Principes ervan blijken overigens ook van praktisch nut te zijn in de verpleging van bedlegerige patiënten, en zijn boek 'Lichte Lasten' wordt al in veel ziekenhuizen gebruikt.

Hoe komt een mens ertoe zulke nieuwigheden in zijn praktijk toe te passen? Het lijkt vaak van toevalligheden af te hangen en het moet, bij mij althans, de wet der traagheid overwinnen: meer dan vijf jaar geleden was ik aanwezig bij een indrukwekkende demonstratie van Veldman tijdens een Van Hoytema-cursus in Enschede, maar het ging mijn ene oor in en het andere weer uit. Een jaar geleden vertelde een commissielid hoe zijn eigen vrouw na een bekkenfractuur met pijn en 'reactieve circulatiestoornissen' in een been, snel verbeterde met haptonomie en hoe hij daarop aan zichzelf liet demonstreren hoe dit in zijn werk gaat; dat maakte meer indruk op me.

Inmiddels hebben mijn assistent en ik ook een demonstratie achter de rug, die even

instructief was als het ondergaan van een ‘manuele therapie’ voor mijn hernia nucleii pulposi-klachten tien jaar geleden. Vorig jaar zat ik met enkele vastgelopen patiënten: somatische fixaties, ondanks gesprekstherapie van mij, psychotherapie van een klinisch psycholoog in één geval, farmacotherapie van een psychiater bij een ander. Toen herinnerde ik me dat een collega in de buurt met succes een verpleegster met een ‘aanrakingsfobie’ had verwezen. Hij noemt de haptonoom een ‘aanrakingspecialist’. Nu heb ik ongeveer vijftien patiënten, ook enkele in de beginfase van psychosomatische klachten, naar een haptonoom verwezen en meestal met een verrassend resultaat. Na een behandeling belt de fysiotherapeut me herhaaldelijk op om te vertellen hoe leuk en goed het ging en hoe plezierig de patiënt en hij zich er bij voelen. Als ik er de tijd voor kan vinden, zal ik er een artikel over schrijven.

- Dan nog een paar gedachten over de persoonlijke betrokkenheid van hulpverleners bij hun werk.

Het verbaast me elke keer weer in gesprekken met zakenlieden dat dit aspect in hun beroep helemaal afwezig is of ver op de achtergrond staat; wat hebben wij dan een totaal andere, en ook eenzijdige functie in de maatschappij.

Chris, ik herinner me nog goed hoe je, ruim een jaar geleden, in een CMP-vergadering over je ervaringen met een training ‘Humanistic Medicine’ vertelde. Wat mij daarvan het meest is bijgebleven is het begrip ‘selfnourishment’ van de hulpverlener: als je niet goed voor jezelf zorgt, zowel lichamelijk als geestelijk, dat wil zeggen gewoon goed uitgerust bent, in harmonie met jezelf en je omgeving leeft, kun je ook niet goed openstaan voor de klachten en behoeften van anderen, met name je patiënten. Intussen hebben we ook geleerd als we moe zijn, bijvoorbeeld door een nachtelijke partus, of om een andere reden niet in goede conditie zijn, dat dan zonodig ronduit tegen een patiënt te zeggen. Soms kun je na zo’n bekentenis juist goed doorgaan, soms moet je iemand die meer dan een routine-onderzoek vergt, vragen een andere keer terug te komen. In het verleden heeft bij mij het accent extreem bij de anderen gelegen en te weinig bij mezelf. Was dat mijn overdreven ‘apostolic function’, die sommigen irriteerde, en een soort vlucht of gebrek aan zelfvertrouwen? Ik hoop dat een mens inderdaad niet te oud is om (af) te leren; in elk geval heb ik zoals je weet bij een recente keuzemogelijkheid mezelf en mijn thuisfront eindelijk eens laten prevaleren, maar ‘the proof of the pudding is the eating’.

Ik, net als jij zoon van een huisarts, kon weten dat het huisartsenberoep een zware wissel trekt op ons gezinsleven, zeker als er naast de patiënten ook nog ‘belangrijke commissies’ beslag leggen op je tijd. Na twintig jaar eigen praktijk krijg ik nu pas in de gaten hoe waar dat is. Deze ervaring van het belang van ‘selfnourishment’ sluit aan bij een tweede aspect van de persoonlijke betrokkenheid bij ons werk. Ik bedoel de veranderende grenzen tussen training en therapie.

In de eerder genoemde persoonlijkheidstraining en in de PAC-cursussen heb ik gemerkt dat die grens tegenwoordig anders ligt en minder scherp is dan twintig jaar geleden in de klassieke Balint-groepen het geval was. Michael Balint handhaafde in zijn groepen een strakke, orthodox-analytische grens tussen ‘public’ en ‘private transference’ in de bespreking van arts-patiënt-problemen, met het doel te voorkomen dat zijn research-cum-training-seminars in groepstherapie zouden veranderen.

Deze opvatting is mijns inziens, onder andere in de huisartsenopleiding en in sommige psychotherapie-opleidingen, principieel veranderd. Het tussengebied noemen ze

in Amerika ‘persoonlijke groei’ en heeft kenmerken zowel van training als van therapie. Natuurlijk is er verwantschap met de leer-analyse en de ‘limited though considerable change of personality’, die Balint voor psychotherapie door specialist of huisarts onmisbaar achtte. Maar, zoals Balint destijds de afstand tussen teacher en pupil in de nascholing wist te overbruggen, zo is er de laatste jaren in de huisartsgeneeskunde en in enkele moderne psychotherapieën een sterke tendens om de beroepsmatige afstand tussen therapeut en patiënt te overbruggen, door niet alleen de overdrachts- en tegenoverdrachtsgevoelens, maar ook de *eigen* gevoelens en levenservaringen van de arts in de therapie een plaats te geven. Daarmee wordt aan een verlangen van veel patiënten tegemoet gekomen: ze willen de medemens in de dokter ontmoeten, zie de sprekende titel van het boek ‘Psychotherapy, the purchase of friendship’ van Schofield, dat door prof. Beets op het NHG-congres in 1960 werd gerefereerd, herinner je je dat nog?

Overigens stelt Schofield verder dat vele patiënten ‘ziek’ zijn en blijven tengevolge van ‘philosophical neurosis’, omdat het besef ontbreekt dat hun leven, het leven een zin heeft, terwijl de meeste artsen hen in dit opzicht geen weg kunnen of willen wijzen. Zou dit de drijfveer zijn van de grote belangstelling en (soms ziekelijke?) bewondering voor oosterse wijsgeren, zoals die van Jan Foudraïne voor de goeroe Bhagwan Shree Rajneesh?

Ik ben blij dat je me op zijn boek ‘Het oorspronkelijke gezicht’ attent hebt gemaakt, hoewel ik mij voorlopig meer aangesproken voel door de ideeën van Krishnamurti, of zoeken we te ver van huis? Wat weet jij van de logotherapie van Victor Frankl, die onlangs in de NRC weer naar voren werd gehaald?

Tot slot wil ik het onderwerp persoonlijke betrokkenheid met twee voorbeelden illustreren:

- Toen ik in 1959 met Balint in zijn auto meereed naar zijn huis in Londen om wat meer over zijn werk met huisartsen te horen, zei hij onverwacht: ‘Ik ben bereid om van alles te vertellen, maar op vragen over mijn privé-leven geef ik geen antwoord.’ Ik heb nog steeds een grote bewondering voor Balint’s, thans door velen onderschatte, bijdrage aan de huisartsgeneeskunde in het algemeen en aan nascholingsmethodiek in het bijzonder, maar ik voel me nu toch meer thuis bij specialisten, psychiaters, psychologen en überhaupt bij mensen, die hun eigen problemen en hun eigen vallen en opstaan niet principieel buiten de discussie houden (waarom moest Balint bij voorbaat een mededeling over zijn scheiding en tweede huwelijk of over andere persoonlijke zaken vermijden?)

De relatie met collega’s en met patiënten wordt dan wel minder vrijblijvend, maar ook intenser en persoonlijker.

- Een jaar geleden raakte ik tijdens een training verzeild in een gesprek met Walter Kempler over zijn keuze tussen ‘career or family’, naar aanleiding van mijn verzoek in Nederland een cursus gezinsbenadering voor huisartsen op te zetten. Kempler maakte toen op een zeer persoonlijke, open en eerlijke manier de aanwezigen deelgenoot van de conflicten in zijn eigen gezin ten gevolge van zijn vaak van-huis-zijn, en vertelde hoe hij met zijn vrouw en kinderen tot een oplossing probeerde te komen.

Terwijl hij zo met zijn eigen situatie bezig was, confronteerde hij tegelijk alle aanwezigen met hún eigen keuze beroep en gezin. Ik heb dat ervaren als een erg leerzaam en indringend gesprek.

Beste Chris, door jouw ziekte heb je je functie bij het NHI moeten neerleggen en ben je nu veel meer thuis dan vroeger. Bovendien leef jij al heel lang dicht bij de dood dan ik (soms voel ik daardoor een soort afstand ten opzichte van jou). Dat jij het klaargespeeld hebt zoveel te presteren is misschien wel mede te danken aan die ziekte, die jou gedwongen heeft veel met jezelf bezig te zijn. Heb je daardoor een riskante harmonie, een gezonde *modus vivendi* gevonden?

Je bent gezegend met een benijdenswaardige energie en levenslust (die soms onrustig aandoet) en wordt, met bewonderenswaardige steun en vitaliteit, terzijde gestaan door Ina en je kinderen. Je hebt nu veel vrije tijd, kijk uit dat die niet ongemerkt weer volslibt met allerlei 'belangrijke beleidszaken', zodat je jezelf nu toch tekort doet. Wij kunnen elkaar in dat opzicht een beetje in de gaten houden, nu we sinds kort samen in een mannengroep zitten, die zich niet met geneeskunst maar met levenskunst probeert bezig te houden.

Ik gun je nu zo graag veel tijd om te relaxen en te genieten, om boeken en gedichten te lezen en misschien kun jij voor ons, je vele vrienden en bekenden, daarover af en toe iets schrijven.

Tot ziens,  
ROB





## **Deel III**

### **De structuur**

- dr. L.M. van den Akker, Een perspectief voor de Landelijke Huisartsen Vereniging 107
- mr. S.I.M. Bless, Op zoek naar een geschikte organisatorische vormgeving van samenwerkingsverbanden in de eerste lijn 110
- P.V.M. Cromme, De beroepsgroep als bewaker van de kwaliteit van het handelen 119
- prof. dr. H.J. Dokter, Versterking van de eerste lijn: illusie of realiteit? 122
- dr. H. Lamberts, Huisarts en geld 125
- F.E. Riphagen, De structuur waarin de huisarts werkt en de positie van het Nederlands Huisartsen Genootschap 131
- A. Vrij, Een nieuwe structuur van de eerstelijns gezondheidszorg 136



# VERENIGING

Dr. L.M. van den Akker

De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) is na de Tweede Wereldoorlog opgericht als een vereniging die zich voornamelijk richtte op de materiële belangen van de Nederlandse huisarts. Zowel zijn inkomen, zijn pensioen, als de kosten van de praktijkvoering waren voorwerp van voortdurende aandacht. Aan het eind van de zestiger jaren werd een belangrijke mijlpaal bereikt, toen het honorarium van de huisarts werd opgebouwd op een manier, die hem maakte tot een der best betaalde academici in dit land.

In de jaren daarna zijn slechts verfijningen van deze structuur tot stand gekomen. De hoge organisatiegraad van de Vereniging, de schaarste aan huisartsen in de zestiger jaren en het belang van de huisarts voor de Nederlandse gezondheidszorg, maakten bovengenoemd resultaat mogelijk. Bovendien had de Vereniging een interne structuur ontwikkeld, die voor het bereiken van haar doeleinden bijzonder geschikt was. In Utrecht werd het beleid gemaakt en uitgevoerd door het bestuur, na fiatting door de ledenvergadering. Deze ledenvergadering, zoals hij nog steeds functioneert, is samengesteld uit afgevaardigden van de twintig districten, waarin het land is verdeeld. Elk district is ingedeeld in een aantal Plaatselijke Huisartsen Verenigingen, waarvan sommige beter functioneren dan andere. Zo'n verenigingsstructuur brengt met zich mee dat de informatie eenzijdig gericht is, en wel van het centrum naar de periferie: meningen en ideeën uit de periferie bereiken het Centraal Bestuur in Utrecht dan ook zeer moeilijk.

Hiermee wil niet gezegd zijn dat de LHV zich louter heeft beziggehouden met de inkomenspositie van de Nederlandse huisarts. Steeds weer waren stemmen binnen de Vereniging te horen, die andere facetten van het huisarts-zijn benadrukten, maar die door de bijzondere opbouw van de Vereniging minder aandacht konden krijgen dan zij verdienden.

De oprichting van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) aan het eind van de jaren vijftig en daarna van het Nederlands Huisartsen Instituut (NHI), waren tekenen dat zij die de meer inhoudelijke aspecten van het vak wilden benadrukken, op een andere manier hun stem wilden laten horen. Het NHG hield zich bezig met de profilering van de Nederlandse huisarts: 'het vak' van de huisarts had veel meer zijn belangstelling. De organisatie was veel minder hecht; lang niet alle huisartsen sloten zich bij het Genootschap aan en dat terwijl het NHG juist de kracht moest vinden bij de huisarts, op de plaats waar hij functioneert. Het optreden van het NHG heeft er toe bijgedragen dat de huisarts zich bewust werd van zijn bijzondere en onmisbare positie in de Nederlandse gezondheidszorg.

Dreigde hij niet in de jaren vijftig louter een verwijsstation te worden naar de gespecialiseerde somatische geneeskunde? Huisartsen zochten wegen om hun vak een eigen plaats te geven. Naast het somatische deel kwam de psychosomatiek binnen hun blikveld. Ze zochten elkaar en anderen op om hun vak zo gestalte te kunnen geven dat ze beter konden reageren op vragen die de patiënten stelden. Dit bracht met zich mee dat er verschillende stromingen binnen de huisartsgeneeskunde ontstonden.

In de periode dat de maatschappelijke positie van de huisartsen sterk verbeterde, viel ook de grote bloei van het NHG. In de zestiger jaren werd de basis gelegd voor de oprichting van de Universitaire Huisartsen Instituten. Het NHG kon de vele ontwikkelingen binnen het vak niet meer bundelen, vooral niet toen de UHI's ontstonden en

via de opleiding hun steentje gingen bijdragen aan de uitbouw van het vak. De pioniers trokken uit het NHG weg en daarmee verloor het Genootschap veel van zijn aantrekkingskracht. De structuur desintegreerde en vele perifere kringen functioneerden en functioneren niet meer. Daarmee kwam het NHG-bestuur in feite los te staan van zijn achterban en de geproduceerde rapporten als 'Hoe helpt de dokter?' vonden geen voedingsbodem. Een andere belangrijke oorzaak van de achteruitgang van het NHG was het vrijwel ontbreken van een koppeling naar het beleid op landelijk niveau, dat in feite door de LHV werd gemaakt, óók op die terreinen waarop het NHG groot was geworden, zoals de specifieke beroepsopleiding na het artsexamen en de nascholing.

De LHV werd, nadat er rust op het inkomensfront was gekomen, in het begin van de jaren zeventig geconfronteerd met de ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde. De kwaliteit van de zorgverlening werd steeds vaker een punt van bespreking binnen de Vereniging. De notulen van de ledenvergaderingen van de afgelopen tien jaar zijn in dit opzicht illustratief. Het functioneren van iedere huisarts afzonderlijk werd binnen de Vereniging een punt van discussie. Steeds duidelijker werd dat iedere huisarts op zijn eigen manier het vak uitoefent. Het functioneren van een huisarts in de stad is anders dan van een huisarts op het platteland. Een huisarts in een gezondheidscentrum oefent zijn beroep heel anders uit dan een alleen werkende huisarts.

Diverse deelgebieden van het vak werden onderwerp van discussie: doet de huisarts nog verloskunde, jeugdgezondheidszorg, EHBO? Moet hij nog continu bereikbaar zijn? Wanneer en hoe functioneren waarnemingsdiensten? De oplossing van deze problemen heeft niet meer alleen te maken met hoe de huisarts er zelf over denkt: ook de wens van de bevolking en de standpunten van andere werkers in de gezondheidszorg spelen een belangrijke rol. Betalende instanties als ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars en last but not least de overheid, laten bovendien steeds nadrukkelijker hun stem horen.

De Landelijke Huisartsen Vereniging heeft deze problematiek inzake het takenpakket met de haar ten dienste staande middelen aangepakt. De elkaar opvolgende 'Blauwdrukken' en het 'Rapport Takenpakket' zijn daarvan enkele resultaten. De diversiteit van meningen in de Vereniging liet zich echter voelen: een communis opinio werd niet gevonden en in feite zijn deze stukken in de la verdwenen. Wil men de niet uitgesproken maar wel feitelijke doelstelling 'iedere huisarts moet kunnen functioneren zoals het hem goedgebeurt' handhaven, dan is een aanpak als met 'Blauwdruk' en 'Takenpakket' gedoemd te mislukken. De bestuursleden alleen zijn niet in staat datgene wat leeft in de achterban te verwoorden. Om tot een verantwoorde stellingname te komen, is een gedachtenwisseling met de huisarts in de periferie een vereiste. In een centralistisch opgebouwde vereniging als de LHV zal dat niet lukken. Als men het veld van de organisaties van de huisartsen in Nederland overziet, lijkt beleidsvorming nauwelijks mogelijk. De structuur van de LHV stamt nog uit een periode, waarin maatschappelijke belangenbehartiging als het belangrijkste werd beschouwd. Het NHG heeft zijn relatie met de periferie verloren zien gaan, en de UHI's zijn nog niet zo geprofileerd, dat zij mede beleidsbepalend kunnen optreden. Het NHI, de laatste jaren in een interne crisis verwickeld, heeft zich vooral beziggehouden met het stimuleren van één aspect van de huisartsgeneeskunde: het samenwerken in de eerste lijn. Beleidsvorming, uitgaande van de huisartsen zelf, is echter een dringend vereiste. De economische moeilijkheden in de jaren tachtig zullen zich laten voelen. De overheid en de betalende instanties moeten en zullen structurend optreden.

De huisartsen kunnen, als medici die het dichtst bij de patiënt staan, een belangrijke inbreng hebben in de herstructurering van de gezondheidszorg. Ongetwijfeld zullen er moeilijke besluiten genomen moeten worden, die inbreuk zullen maken op de door velen als zeer waardevol ervaren vrijheid van beroepsuitoefening. Om de inbreng van de huisarts zo zinvol mogelijk te doen zijn, zal de beroepsgroep zelf tot standpunten moeten komen. Dit kan alleen als iedere huisarts in staat gesteld wordt mee te denken om tot een gefundeerd oordeel te komen over zaken die voor hem van belang zijn.

Hij zal ervan overtuigd moeten zijn dat zijn stem in de groep gehoord en verstaan wordt. Bovendien moet er een koppeling komen tussen de opvatting van de huisartsgroep en het beleid dat centraal gevoerd wordt. Het Bestuur van de Vereniging zal veel meer dan vroeger voorwaarden moeten scheppen, opdat bovengenoemde doelstellingen bereikt worden. Inhoudelijke gedachtenvorming is niet meer zijn belangrijkste taak. In dit licht bezien hebben de organisaties van huisartsen elkaar hard nodig. Als de decentraliseringstendens binnen de LHV doorzet, krijgen die huisartsen, die meer naar het NHG gericht zijn, de kans hun stem te laten horen. De gedachten die in de UHI's worden ontwikkeld, kunnen dan vertaald worden in concrete beleidsvoornemens.

Dit alles betekent niet dat de maatschappelijke belangenbehartiging van de LHV overboord gezet moet worden. Evenmin houdt het in dat de structuur van de Vereniging zo gewijzigd moet worden dat maatschappelijke belangenbehartiging niet meer mogelijk is. De besluitvormingslijnen die binnen de Vereniging ontstaan zijn, hebben hun waarde bewezen. Het ontwikkelen van ideeën, het uitwerken van alternatieven, om daarna tot een goede oordeelsvorming te komen, moet binnen de Vereniging echter een structuur krijgen, die op een dergelijk proces van ontwikkeling is toegesneden. De besluitvorming kan dan de gebaande wegen in de Vereniging blijven gaan.

Is dit mogelijk, dan ontstaat een levendige Vereniging, die haar waarde voor de Nederlandse huisartsen zal behouden.

# VORMGEVING VAN SAMENWERKINGSVERBANDEN IN DE EERSTE LIJN

Mr. S.I.M. Bless

*Dit artikel is een bewerking van twee inleidingen, gehouden in het kader van het Studium Generale over samenwerking in de eerste lijn van het S-1 project.*

## VORMGEVING VANUIT VERSCHILLENDE INVALSHOEKEN

Samenwerking tussen huisartsen, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers en anderen in de eerste lijn is niet meer weg te denken. Dit neemt niet weg dat over de vorm, waarin deze samenwerking gestalte moet krijgen, verschillend gedacht wordt. Daarin spelen niet alleen verschillen in visie op hulpverlening een rol, maar ook de plaats van de betrokkene in de eerste lijn. Een optimale organisatiestructuur voor eerstelijns samenwerkingsverbanden bestaat dan ook niet.

Een complicerende factor bij de vormgeving van samenwerking in de eerste lijn is het verschil in positie tussen huisartsen en andere zelfstandig gevestigde beroepsbeoefenaars enerzijds en wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden in dienst van instellingen anderzijds. Bij het maken van bindende samenwerkingsafspraken ziet men steeds dit verschil. Samenwerkingsafspraken op beleids- en organisatie-niveau worden immers gemaakt door de samenwerkingspartners in formele zin, terwijl op uitvoeringsniveau de samenwerking door de werkers gerealiseerd zal moeten worden. Een geschikte organisatorische vormgeving van een samenwerkingsverband vereist dan ook enerzijds een afstemming van organisatorische regelingen op de taakopvattingen en wijzen van functioneren van de hulpverleners binnen het samenwerkingsverband, en anderzijds een formalisering van de relaties tussen de formele samenwerkingspartners onderling en ten opzichte van het samenwerkingsverband.

In zekere zin kan men zeggen, dat samenwerkingsafspraken op het niveau van de formele partijen de ruimte aangeven, waarbinnen samenwerking op het niveau van de hulpverleners verder gestalte kan krijgen. Vervolgens is van belang in hoeverre deze beide invalshoeken samenhangen, elkaar ondersteunen of juist elkaar tegenwerken. Wanneer afspraken op het niveau van de formele samenwerkingspartners het kader aangeven waarbinnen het samenwerken van hulpverleners concreet gestalte moet krijgen, gaat het er om in hoeverre dat kader ook is afgestemd niet alleen op de belangen van de samenwerkende partijen, maar ook op de taakopvattingen en werkwijzen van de betrokken hulpverleners. Omgekeerd is het de vraag of een bepaalde organisatorische structuur als het ware vanzelf leidt tot een bepaalde wijze van hulpverleners. Ik wil daarom hierna proberen het zoeken naar een geschikte organisatorische vormgeving te benaderen, zowel vanuit de structurering op het niveau van de formele samenwerkingspartijen, alsook vanuit de taakopvattingen en werkwijzen van de hulpverleners.

## SAMENWERKINGSAFSPRAKEN ALS STRUCTUREEL KADER

Formele samenwerkingsafspraken tussen partijen vormen het kader waarbinnen het samenwerken gerealiseerd moet worden. Dat kader wordt uiteindelijk bepaald door:

- de inhoud van de afspraken over tal van samenwerkings-elementen, zoals het doel, de doelgroep, de deelnemers, de verantwoordelijkheden, het bestuur, etcetera.

- de vorm waarin die afspraken worden gegoten, bijvoorbeeld een samenwerkingsovereenkomst, een stichting plus samenwerkingsovereenkomst, een stichting met bilaterale overeenkomsten.

Met elkaar bepalen inhoud en vorm in hoeverre het zwaartepunt ligt bij de uiteindelijke verantwoordelijkheid van de formele samenwerkingspartners, óf bij een zelfstandige positie van het samenwerkingsverband.

## AFSPRAKEN OVER SAMENWERKINGSELEMENTEN

De verhoudingen tussen de verschillende formele samenwerkingspartners en een eerstelijns samenwerkingsverband kunnen in een aantal elementen uiteengelegd worden.<sup>1</sup> De belangrijkste elementen zijn mijns inziens: een beschrijving van de deelnemende partijen, het doel en de doelgroep, een regeling over de deelnemers, over de verantwoordelijkheid tussen deelnemers en samenwerkingsverband, over de continuïteit en over bestuur en beheer. Hieronder zal ik deze verschillende elementen van samenwerking globaal beschrijven.

### *Wie zijn de samenwerkende partijen?*

Deze vraag is meestal niet moeilijk. Doorgaans gaat het om de disciplines huisartsgeneeskunde, wijkverpleging en algemeen maatschappelijk werk. Voor centra met vier disciplines gaat het in 70% van de gevallen om de fysiotherapie, gevolgd door de gezinszorg (32%) en de verloskunde (30%). In een aantal gevallen zijn alleen tussen de drie kerndisciplines samenwerkingsafspraken gemaakt, terwijl ook andere disciplines van dezelfde huisvesting gebruik maken. De keuze voor bepaalde partijen kan ook samenhangen met een bepaalde taakopvatting van de samenwerkende partijen. Kiest men bijvoorbeeld voor buurtgerichte activiteiten en een nauw contact met de bevolking, dan kan men ook voor buurt- en opbouwwerk kiezen.

### *Wat is het doel?*

Bij de start van een samenwerkingsverband zullen de verwachtingen en doelstellingen van de partijen dikwijls verschillen. Betere huisvesting kan een motief voor samenwerking zijn, maar ook het minder langs elkaar heen willen werken, of een veranderde kijk op gezondheid en hulpverlening. Druk van buiten –bijvoorbeeld de gemeente– kan ook een argument zijn om in een samenwerkingsverband te stappen. Meestal kan iedereen zich dan wel vinden in een omschrijving als ‘het streven naar een geïntegreerde gezondheidszorg’, waarin zowel de somatische als de psychische en sociale aspecten van de hulpvraag worden behartigd. Bij het vaststellen van het doel van de samenwerking zal het ook nuttig zijn na te gaan welke taakgebieden binnen de doelstelling passen. Het is verder van belang dat partijen een zekere overeenstemming hebben over de werkwijze in het samenwerkingsverband. Globale doelstellingen zullen echter regelmatig in concrete activiteiten duidelijk gemaakt moeten worden.

## *Welke doelgroep?*

Gemeenschappelijke hulpverlening veronderstelt een zoveel mogelijk gezamenlijk cliëntenbestand. Het realiseren daarvan levert echter in de praktijk –met name in stedelijke situaties– nogal wat problemen op. De patiënten van de huisarts zijn doorgaans op naam ingeschreven en wonen kriskras door het werkgebied. Het Kruiswerk en het Algemeen Maatschappelijk Werk werken meestal geografisch. Binnen zo'n gebied zijn door het Kruiswerk dikwijls nog wijken gevormd, waarbinnen één of enkele wijkverpleegkundigen werkzaam zijn. De wijkindeling bepaalt tot welke wijkverpleegkundige een cliënt zich kan wenden. Het Algemeen Maatschappelijk Werk tenslotte kent geen vast eigen cliëntenbestand.

Welk uitgangspunt moet nu gehanteerd worden om tot een gemeenschappelijk –potentieel– cliëntenbestand te komen: het patiëntenbestand van de huisarts, of een geografische indeling? Voor het eerste uitgangspunt pleiten vooral het principe van de vrije artskeuze en het feit dat de huisarts dikwijls een centrale rol speelt bij de intake van cliënten. Als voordelen voor een meer wijkgerichte opstelling kunnen worden genoemd: efficiency (minder reistijd), minder accent op de medische invalshoek in de samenwerking, en betere mogelijkheden voor wijkgerichte activiteiten. Een keuze zal in de praktijk echter niet altijd direct mogelijk zijn, ook al doordat zo'n keuze dikwijls samenhangt met de organisatie van de hulpverlening elders in de gemeente.

## *De deelnemers*

De huisarts en de fysiotherapeut zijn, voor zover zelfstandig gevestigd, zowel partij bij het maken van samenwerkingsafspraken, als uitvoerder van de gemaakte afspraken. Bij instellingen zijn dergelijke rollen doorgaans verdeeld over aan de ene kant bestuur en beleidsfunctionarissen en aan de andere kant de hulpverleners. Het is daarom van belang afspraken te maken over: wie door de partijen als deelnemers zullen worden ingezet om het gezamenlijke doel te bereiken; aan wie deze deelnemers verantwoording zijn verschuldigd en ten aanzien waarvan; vervanging en continuïteit, over werkbegeleiding en vakmatige ondersteuning.

Het zal duidelijk zijn dat de voorwaarden waaronder de partijen hun medewerkers binnen een samenwerkingsverband inzetten, in belangrijke mate bepalend zijn voor de relatieve zelfstandigheid van het samenwerkingsverband ten opzichte van deze partijen. Daarbij hebben instellingen voor Kruiswerk en Algemeen Maatschappelijk Werk, als gevolg van de bestaande subsidieregelingen, als het ware een monopoliepositie.

Een ander aspect is de positie van de deelnemers ten opzichte van elkaar en jegens het samenwerkingsverband. Idealiter zouden de posities van de verschillende medewerkers in het samenwerkingsverband zoveel mogelijk gelijk moeten zijn. In de praktijk is dit lang niet overal het geval. Tenslotte wijs ik hier nog op de positie van assistentes. Werken zij alleen voor de artsen of worden ze ingezet voor het samenwerkingsverband als geheel? Hoe zijn in het laatste geval de verantwoordelijkheden geregeld?

## *De verantwoordelijkheden tussen deelnemers, samenwerkingsverband en partijen*

Voor medewerkers in dienst van een organisatie zijn rechtspositie, werkbegeleiding en vakmatige ondersteuning meestal binnen die ene organisatie geregeld. Het ligt voor de



hand, dat bij de inzet van medewerkers in een samenwerkingsverband onderdelen van deze verantwoordelijkheidsrelaties verschuiven van de instelling naar het samenwerkingsverband. Het is dan ook goed duidelijke afspraken te maken op welke gebieden de deelnemers aan het samenwerkingsverband verantwoording verschuldigd zijn en aan wie. Daarbij valt onder andere te denken aan de verantwoordelijkheid voor:

- *De hulpverlening.*

De hulpverlener is hier primair verantwoording verschuldigd jegens de patiënt; verder aan zichzelf en aan andere hulpverleners respectievelijk het team, voor zover er sprake is van een gezamenlijke hulpverlening

- *De kwaliteitsbewaking.*

Hierbij moet onderscheid worden gemaakt tussen algemene hulpverleningsaspecten en beroepsspecifieke aspecten. Voor de algemene hulpverleningsaspecten is iedere deelnemer vooral verantwoording verschuldigd aan zichzelf, het team en het bestuur van het samenwerkingsverband. Voor de meer beroepsspecifieke kanten bestaat er daarnaast ook een verantwoordelijkheidsrelatie naar de collegae en voor zover het een 'instellingsdeelnemer' betreft naar de instelling.

Met name in het laatste geval kan het vaststellen van kwaliteitsmaatstaven een probleem opleveren, voor zover daarover binnen het samenwerkingsverband en binnen de instellingen verschillend gedacht wordt

- *Het beleid, de organisatie en de dagelijkse gang van zaken.*

Hierbij spelen naast ieders individuele verantwoordelijkheid voor het goed functioneren van het geheel vooral ook het team en het bestuur van het samenwerkingsverband een belangrijke rol

Veranderingen in verhoudingen van verantwoordelijkheid hebben uiteindelijk ook consequenties voor de cliënten en met name voor hun mogelijkheden verhaal te zoeken, in geval zij over een handeling niet tevreden zijn. Het is van veel belang ook dit aspect bij het maken van afspraken over –verschuivingen van– verantwoordelijkheden niet uit het oog te verliezen. Voor de juridische uitwerking hiervan verwijs ik gemakshalve naar het rapport van de Subcommissie Juridische Aspecten.<sup>1</sup>

### *De continuïteit*

Ik neem hier een vast samenwerkingsverband als uitgangspunt. Daaronder versta ik een samenwerkingsverband dat in principe als een blijvende nieuwe vorm van hulpverlening is opgezet en zich ook zodanig aan de bevolking heeft gepresenteerd (via een gemeenschappelijke huisvesting en een eigen rechtspersoonlijkheid). Dit vereist zorg voor de stabiliteit en continuïteit van een dergelijk samenwerkingsverband.

Vele factoren spelen hierbij een rol, die zich echter niet alle lenen voor het maken van afspraken tussen partijen. Toch zal het voor het samenwerkingsverband van veel belang zijn dat degenen, die nu of straks aan het samenwerkingsverband zullen deelnemen, inderdaad gemotiveerd zijn, passen in het team en de doelstellingen onderschrijven. Het is daarom noodzakelijk dat er afspraken worden gemaakt over de invloed van het samenwerkingsverband op de toetreding van nieuwe deelnemers. In de meeste samenwerkingscontracten treffen we dan ook regels voor een sollicitatieprocedure aan.

Voor de zelfstandig gevestigde huisarts kunnen de belangen bij praktijkoverdracht –namelijk een zo hoog mogelijk bedrag verkrijgen voor zijn goodwill– en de voorkeur

van het samenwerkingsverband voor een bepaalde kandidaat met elkaar botsen. Het is daarom verstandig tevoren af te spreken dat voor de berekening van een eventuele goodwill de richtlijn van de betrokken beroepsgroep als maximum geldt.

Verder kan het voor de continuïteit van het samenwerkingsverband van belang zijn dat er in het uiterste geval sancties bestaan om de naleving van samenwerkingsafspraken door de deelnemers af te dwingen. Voor de deelnemers, die vanuit een instelling zijn ingezet, kan zoiets worden geregeld door af te spreken, dat de samenwerkingsafspraken deel uitmaken van hun arbeidscontract. Dit dient dan uiteraard wel door de betrokkene te worden aanvaard en ondertekend. Voor de zelfstandig gevestigde huisarts zijn dergelijke afspraken in de praktijk nauwelijks te maken. Een gedwongen uittreden uit het samenwerkingsverband zou immers voor hen tevens de verkoop van hun praktijk moeten inhouden. Voor huisartsen in dienstverband ligt dit anders. Bij terugtreding door een huisarts uit een samenwerkingsverband heeft dit er, uit het oogpunt van continuïteit, belang bij dat de betrokkene niet in de onmiddellijke omgeving van het samenwerkingsverband zijn praktijk voortzet. In zo'n geval zou immers een gedeelte van de cliënten van de betrokken arts hem volgen. Het is daarom van belang in vaste samenwerkingsverbanden een concurrentiebeding af te spreken.

Voor instellingswerkers zou naar analogie kunnen gelden, dat indien een instellingsmedewerker de samenwerking beëindigt, de instelling verplicht is een open formatieplaats beschikbaar te stellen aan het samenwerkingsverband. Conflicten zullen in het kader van samenwerking niet altijd kunnen worden vermeden. In de meeste samenwerkingscontracten komen dan ook afspraken voor hoe te handelen in geval van conflicten, waarbij in laatste instantie in de mogelijkheid is voorzien van een oplossing door middel van arbitrage door buitenstaanders. Indien tenslotte een instelling de samenwerking zou willen beëindigen, komt de continuïteit van het samenwerkingsverband wel helemaal op de tocht te staan, aangezien zij in de meeste gevallen binnen het werkgebied een monopoliepositie heeft. Een dergelijke uittreding door een instelling zou dan ook zo moeilijk mogelijk moeten worden gemaakt.

Het bovenstaande maakt duidelijk dat het waarborgen van de continuïteit van een samenwerkingsverband langs formele weg een tamelijk ingewikkelde zaak is, die veel 'slimmigheid' vereist, maar uiteindelijk toch een wat gewrongen geheel oplevert. Niet voor niets wijst de Subcommissie Juridische Aspecten op het belang van een zorgvuldige voorbereiding, alvorens tot een bepaalde juridische vormgeving van het samenwerkingsverband te komen.

### *De besturing van het samenwerkingsverband*

Juist omdat het niet mogelijk is van tevoren alles te voorzien en te regelen, is het essentieel dat er goede afspraken zijn hoe, en door wie, besluiten betreffende de samenwerking worden genomen. Meestal wordt er een stuurgroep of bestuur gevormd, waardoor de partijen ook zelf betrokken blijven bij het reilen en zeilen van het samenwerkingsverband. Een dergelijke stuurgroep volgt de ontwikkelingen, bewaakt gemaakte afspraken, schept voorwaarden, zorgt voor de continuïteit en vertegenwoordigt het samenwerkingsverband naar buiten. Overigens hebben ook andere partijen er belang bij invloed te kunnen uitoefenen op de vaststelling van het beleid van het samenwerkingsverband. Te denken valt hier aan: de hulpverleners, cliënten en financiers. Invloed van deze belanghebbenden op de besturing van de samenwerking, kan op verschillen-

de wijzen worden geregeld. Namelijk hetzij door invloed –direct of indirect– op de samenstelling van de stuurgroep of het bestuur, hetzij door procedure-afspraken zoals een goedkeuringsrecht van de begroting door het betrokken ziekenfonds of de instelling van een beleidscommissie, bestaande uit teamleden en bestuursleden, die verantwoordelijk zijn voor de dagelijkse gang van zaken.

## DE VORM WAARIN AFSPRAKEN WORDEN GEGOTEN

Hierboven is een aantal elementen van samenwerking opgesomd, waarover afspraken moeten worden gemaakt. In de praktijk blijken verschillende constructies mogelijk. In navolging van de Subcommissie Juridische Aspecten noem ik hier een aantal mogelijkheden:

### - *De samenwerkingsovereenkomst.*

In de samenwerkingsovereenkomst regelen partijen met elkaar het doel waartoe en de voorwaarden waaronder zij met elkaar een samenwerkingsverband aangaan, en de rechten en plichten die daaruit voortvloeien. Deze constructie komt vooral voor in home-teams. Kenmerkend voor deze vormgeving is dat enerzijds het samenwerkingsverband –binnen de gemaakte afspraken– een zekere zelfstandigheid heeft, doch anderzijds de afzonderlijke partijen uiteindelijk verantwoordelijk blijven voor het functioneren van het samenwerkingsverband.

### - *Een samenwerkingsverband waaraan een rechtspersoon gekoppeld is.*

Deze vormgeving wordt vooral gebruikt als zelfstandig gevestigde beroepsbeoefenaars enerzijds en instellingen anderzijds een samenwerkingsverband met elkaar aangaan, vanuit een gemeenschappelijke huisvesting. De rechtspersoon –meestal een stichting– is dan nodig voor beheer en eigendom van het gebouw. In een aantal gevallen hebben ook de assistentes een dienstverband bij de stichting.

In feite regelt de samenwerkingsovereenkomst de inhoudelijke samenwerkingsafspraken. Zij geeft daarnaast ook het kader voor de stichting aan. Zo is meestal geregeld dat het bestuur van de stichting als een stuurgroep functioneert. De statuten van de stichting bevatten voorts allerlei bepalingen over de wijze van besturen, hetzij alleen met betrekking tot het beheer, hetzij nopens de bevordering van de samenwerking in algemene zin.

### - *Een stichting met bilaterale overeenkomsten.*

In beide voorafgaande vormen blijft uiteindelijk elke partij zelf verantwoordelijk voor de wijze waarop zijn aandeel in de samenwerking gestalte krijgt. In deze vorm stelt het samenwerkingsverband zich statutair verantwoordelijk voor het bieden van geïntegreerde eerstelijns hulpverlening. Daartoe voorziet het samenwerkingsverband zich van mankracht en middelen. Deze vormgeving is vooral gewenst indien de huisartsen een dienstverband aangaan met het samenwerkingsverband. De inhoud van de samenwerking wordt in deze constructie vooral intern geregeld. De instellingen oefenen hierop slechts indirecte invloed uit door middel van bepalingen in de detacheringsovereenkomst. Zij blijven met name verantwoordelijk voor toelevering van mankracht, kwaliteitsbewaking en ondersteuning. In deze constructie kan het samenwerkingsverband niet alleen via de stichting zelfstandig rechtshandelingen verrichten, maar het kan ook in juridisch opzicht door derden aansprakelijk worden gesteld.

Het spreekt voor zichzelf dat in de praktijk allerlei *mengvormen* voorkomen, met name

doordat de ene partij meer dan de andere bereid is een gedeelte van de eigen zelfstandigheid in te leveren. Ofschoon in de praktijk doorgaans per samenwerkingsverband een nieuwe vorm wordt gebruikt, wordt tot slot nog gewezen op de ontwikkeling in sommige plaatsen om meerdere samenwerkingsverbanden in een groter organisatorisch kader onder te brengen.

Tot zover een uiteenzetting over het structurele kader, dat samenwerkingspartijen en eventueel derden met elkaar afspreken, waarbinnen het samenwerken in de hulpverlening concrete gestalte moet krijgen. Voor een meer uitvoerige uiteenzetting verwijs ik naar het rapport van de Subcommissie Juridische Aspecten.<sup>1</sup>

## SAMENWERKING: EEN KWESTIE VAN TAAKOPVATTING

De wijze van samenwerken wordt niet alleen bepaald door het gekozen structurele kader, maar vooral door de taakopvattingen van de werkers. Hoe kijken hulpverleners naar de cliënt, zijn probleem, de hulpvraag, hun eigen rol? Ter verduidelijking plaats ik twee benaderingen naast elkaar, de probleem-georiënteerde tegenover de cliënt-georiënteerde taakopvatting. Allerlei ontwikkelingen in de eerste lijn (eerstelijns-samenwerking, methodisch werken, gezondheidswinkels, groepsgewijze behandeling, consultatie etcetera) hebben mijns inziens te maken met een verschuiving van een te eng probleem-georiënteerde taakopvatting naar een bredere cliënt-georiënteerde benadering. De gerichte probleem-georiënteerde aanpak wordt als het ware ingebouwd in een ruimer geheel. De verschuiving verloopt echter niet automatisch. Het is ook meer dan alleen een andere methodiek, maar het heeft uiteindelijk vooral te maken met wat een 'sprong in de mentaliteit' kan worden genoemd.

In het kort kan men beide opvattingen als volgt tegenover elkaar zetten:

### **Probleem-georiënteerd**

- de hulpverlener kijkt vooral naar het door de cliënt aangedragen probleem
- de hulpverlener is de deskundige; zijn aanpak is overwegend instrumenteel
- vanuit zijn deskundigheid worden vooral professionele normen en waarden geaccentueerd
- een behoefte aan taakafbakening en het verwijzen van voor de eigen discipline specifieke problemen naar een andere discipline
- de dokter staat centraal met veel bilaterale samenwerkingscontacten rond zijn persoon
- samenwerking kent vele procedures; de sfeer is vergaderachtig; men hecht veel belang aan het beroepsgeheim.

### **Mens-georiënteerd**

- de hulpverlener kijkt niet alleen naar het probleem, maar naar het hele verhaal van de cliënt
- de hulpverlener en de cliënt proberen samen een werkwijze af te spreken en te realiseren
- eigen specialisme kunnen relativeren, zonder het te verliezen
- minder behoefte aan taakafbakening en daardoor minder verwijzen, consultatie
- een integrale benadering van hulpverlening; gezamenlijke cliënt-besprekingen met een intervisie-achtig karakter
- samenwerking is vooral een leerproces; de sfeer is open; de cliënt krijgt open informatie over de wijze waarop met zijn belangen wordt omgesprongen.

Tot zover deze zwart-wit-beschrijving van verschillende taakopvattingen. Waar het mij om ging, was vooral duidelijk te maken, dat wanneer mensen praten over samenwerking en verbetering van de hulpverlening, niet iedereen daar hetzelfde onder verstaat of mee wil bereiken. Voor ons onderwerp roept dit de vraag op naar de betekenis van verschillende taakopvattingen voor de organisatorische vormgeving van het samenwerkingsverband.

## HULPVERLENING, ONDERSTEUNING, BESTURING

Het lijkt mij goed om eerst heel summier het functioneren van een samenwerkingsverband in soorten van activiteiten te onderscheiden. Daarbij gaat het om:

- *de hulpverlening*: met andere woorden de wijze waarop door de hulpverleners de hulpvraag wordt geïnterpreteerd en vervolgens hierop actie wordt ondernomen. Ook kwaliteitsbewaking maakt hiervan een onderdeel uit.
- *de ondersteunende processen*, die nodig zijn voor een goed functioneren van de hulpverlening, zoals registratie, administratie en deskundigheidsbevordering.
- *de besturing*, zowel het management, alsook het beleid.

Het goed functioneren van een vast samenwerkingsverband vraagt dus meer dan alleen gezamenlijk hulpverlenen. Ook de ondersteunende processen en de besturing vragen in de praktijk veel aandacht. De ervaring leert, dat naarmate een samenwerkingsverband groter wordt, er een steeds ingewikkelder communicatiepatroon ontstaat met daaraan gekoppeld een toenemende organisatieproblematiek en minder tijd voor een geïntegreerde hulpverlening.

De wijze waarop in de praktijk de verschillende hierboven genoemde functies worden gerealiseerd, hangt sterk samen met de taakopvatting van de hulpverleners. Zo vond Crozier<sup>2</sup> in een onderzoek in vier nierdialyse-afdelingen twee zeer verschillende patronen van werken en intermenselijke relaties, zonder dat er sprake was van duidelijke verschillen in de structuur, waaruit deze verschillen konden worden verklaard. Crozier meent deze relatiepatronen slechts te kunnen verklaren door de verschillende, probleem-versus-mens-gerichte taakopvattingen. Ook in de eerstelijns hulpverlening zijn dergelijke verschillen in taakopvatting aan de orde, zoals we hiervoor al hebben gezien. De vraag is nu aan de orde op welke wijze deze verschillen in taakopvatting ook doorwerken in de kenmerken van de organisatie.

Men kan organisaties zeer grof in twee groepen indelen: proces-versus professionele organisaties.<sup>3</sup> In een professionele organisatie ligt het accent op individueel werken; deze is hiërarchisch en prestatiegericht. Een procesorganisatie is complex, minder prestatiegericht, gericht op samenwerken in multidisciplinaire teams. Kijkend naar de –interne– organisatie van diverse samenwerkingsverbanden komen we zowel kenmerken tegen van de professionele als van de procesorganisatie. Zo zien we in sommige samenwerkingsverbanden dat de praktijkassistentes voornamelijk worden gezien als ondersteunend ten behoeve van de arts, zonder een eigen verantwoordelijkheid in de hulpverlening, maar belast met de uitvoering van allerlei zaken, die anderen hen opdragen. Elders wordt de praktijkassistente gezien als een volwaardig lid van het team met een eigen verantwoordelijkheid. De assistentes nemen dus ook deel

aan de gezamenlijke cliëntenbesprekingen. Ook het teamfunctioneren is niet bij ieder samenwerkingsverband gelijk. In het ene geval ligt het accent meer op procedures, vergadertechniek en taakafbakening. De onderwerpen beperken zich tot vooral inhoudelijke, organisatorische en beleidszaken en tot enkele hoogst noodzakelijke punten betreffende de onmiddellijke uitvoering van het werk. In andere centra is vooral de gezamenlijke cliëntenbespreking de basis voor het teamfunctioneren en ligt de nadruk meer op een gezamenlijk leerproces. Verschillen zijn er ook rond de wijze waarop de beleidsvorming in de diverse samenwerkingsverbanden is geregeld. In veel samenwerkingsverbanden bestaat een soort verdeling tussen team en stuurgroep of bestuur, waarbij de beleidsvorming met betrekking tot de hulpverlening tot het terrein van de werkers wordt gerekend, en het bestuur wordt geacht zich te richten op het beheer en scheppen van condities. Een gevaar van zo'n constructie kan zijn dat het team weinig ruimte laat voor de inbreng van niet-professionals in zijn beleid. Een andere mogelijkheid is de instelling van een beleidscommissie, samengesteld uit bestuursleden en werkers en belast met beleidsvoorbereiding en de dagelijkse gang van zaken. Het voordeel is ongetwijfeld dat inhoudelijke en beheersaspecten in een vroege fase met elkaar in verband worden gebracht. Een nadeel kan zijn dat zo'n beleidscommissie zoveel beleidsvorming en coördinatietaken naar zich toetrekt, dat daarmee de besturing van het samenwerkingsverband sterk bij enkele mensen komt te liggen. Een laatste mogelijkheid, die ik tenminste vanuit één centrum ken, is dat beleidsvorming tot stand komt door middel van verschillende tijdelijke of permanente commissies, samengesteld uit zowel teamleden als bestuursleden. Daarnaast een coördinatiecommissie, belast met het verdelen van nieuwe beleidsvragen over de commissies, bewaking van de resultaten daarvan en coördinatie tussen commissies, team en bestuur. Een dergelijke coördinatiecommissie heeft niet zozeer een inhoudelijke taak, maar is vooral gericht op het stimuleren en bewaken van uitvoerings- en beleidsvormingsprocessen. De uiteindelijke beleidsbepaling vindt plaats in het bestuur, waarbij in principe geen besluiten kunnen worden genomen, waarover niet tussen alle betrokkenen consensus bestaat.

Tot zover een illustratie van verschillende manieren waarop binnen een samenwerkingsverband de hulpverlening, de ondersteunende processen en de besturing kunnen worden georganiseerd. Het onderscheid tussen professionele en procesorganisaties is mijns inziens bruikbaar bij het zoeken naar een geschikte organisatievorm, passend bij de eigen taakopvatting. Gezien de doelstellingen van de meeste eerstelijns samenwerkingsverbanden zal vooral het model van de procesorganisatie aantrekkelijke kanten hebben. Tussen taakopvatting en organisatievorm bestaat overigens geen causaal verband. Een bepaalde taakopvatting leidt nog niet zonder meer tot een bepaald organisatiepatroon. Ook het omgekeerde is niet automatisch het geval. Het realiseren van een bepaald organisatiepatroon veronderstelt ook meer dan alleen structurele afspraken en procedures. Met name het kiezen voor een procesorganisatie betekent het met elkaar aangaan van een gezamenlijk leerproces en een geleidelijke ontwikkeling van organisatie, een proces dat doorgaans met veel ups en downs gepaard gaat. Een bepaalde structuur kan hier stimulerend of remmend op inwerken. Het is dan ook waarschijnlijk dat vooral die organisatie goed kan functioneren, waarin structuur en mentaliteit met elkaar in overeenstemming zijn.

Wie zich bezighoudt met de beroepsgroep als bewaker van de kwaliteit van de huisartsenzorg, constateert al gauw dat de huisarts in feite geen referentiekader heeft voor de kwaliteit van zijn werk, afgezien van pastorale leidraden als 'naar beste eer en geweten', en wat dies meer zij.

Eigenlijk is dit zeer merkwaardig, want het lijkt voor de hand liggend, dat iedereen graag geïnformeerd wil zijn over hoe hij functioneert, met welk resultaat en ten koste van welke inspanning. Als de wens om wel geïnformeerd te zijn uitgewerkt wordt, ontstaat de behoefte aan het ontwikkelen van een methode om de kwaliteit van het handelen, van wat omschreven is als des huisartsen, te meten. Toetsing is een methode om het werk van de huisarts te beoordelen; het is een methode waarmee lacunes in kennis en vaardigheid en ook ingeslepen gewoonten kunnen worden opgespoord. Tevens kunnen structurele en functionele belemmeringen ontdekt worden. Uit de conclusies van dit onderzoek kan men adviezen destilleren voor na- en bijscholing of opleiding, of adviezen voor verandering van de omstandigheden, waaronder de huisarts moet werken.

Toetsen op zichzelf heeft een zeer betrekkelijke waarde: het geeft slechts informatie over het functioneren. Alleen als de toetsing betrekking heeft op de *kwaliteit* van de zorg, en bovendien consequenties heeft voor nascholing en opleiding, komt de waarde van de toetsing tot zijn recht en heeft de methode bestaansrecht. Het is echter evenzeer noodzakelijk de gehele context, waarin toetsing plaatsvindt, nauwkeurig te omschrijven. De, onjuiste, vooronderstelling dat iedereen deze context wel ongeveer kent, leidt al gauw tot misverstanden: men voelt zich bedreigd, negatieve gevoelens gaan een eigen leven leiden en men stelt zich defensief op. Daardoor mislukken de pogingen om toetsing over te brengen als iets dat positief, leerzaam en stimulerend is, als iets waardoor de huisarts zich vrijer voelt, doordat hij meer inzicht heeft in zijn eigen werkwijze. In de context van toetsing hoort zeker ook de vraag thuis waarom *deze* beroepsgroep *nu* met toetsing begint.

Voor het beantwoorden van deze vraag zijn de volgende factoren van belang:

- Ten eerste de motivatie vanuit de beroepsgroep zelf.

De huisartsgeneeskunde heeft een plaats gekregen binnen de Medische Faculteit aan alle universiteiten is de opleiding gewaarborgd door het oprichten van Universitaire Huisartsen Instituten; de nascholing is georganiseerd.

Door dit alles komt de vraag naar de inhoud van de huisartsgeneeskunde sterk naar voren: wat zijn de taken van de huisarts en op welke kwaliteit mag bij de uitoefening van deze taken gerekend worden?

- Ten tweede de motivatie vanuit de maatschappij.

In een samenleving bestaat overeenstemming over de waarde die gehecht wordt aan leven, ziekte, gezondheid en welzijn en over de geëigende en toelaatbare weg, waarlangs gezondheid bereikt en ziekte uitgebannen kan worden. De geneeskunde speelt hierbij een belangrijke rol, waaraan door de maatschappij steeds hogere eisen worden gesteld. Wat nu precies de invloed is van de beoefenaren der geneeskunst is minder duidelijk en wordt mijns inziens ook overschat. Door de enorme technologische vlucht van de geneeskunde in de laatste veertig jaar, heeft de gedachte postgevat dat die geneeskunde overal een oplossing voor heeft. Tevens is de morele verantwoordelijkheid voor de beslissing of men bij ziekte of onwelbevinden al of niet gaat werken,

verlegd van het individu naar de geneeskundige.

De vage grenzen tussen gezondheids- en welzijnszorg vormen een verwarrende factor: de beroepsbeoefenaren weten niet wat ze van elkaar kunnen verwachten. Men denke aan de vraag op welk terrein de welvaartsziekten thuishoren.

- Ten derde financiële factoren.

Een groot en nog steeds groeiend deel van het nationaal inkomen wordt besteed aan de gezondheidszorg: zorgvuldigheid bij en controle op de manier van besteden is zeer gewenst.

- Tenslotte spelen politieke factoren een rol. De opleiding van de medische beroepsbeoefenaren is kostbaar geweest en ook met de beroepsuitoefening is veel geld gemoeid. Het is verklaarbaar dat een politieke groepering hierop invloed wenst uit te oefenen.

Naast positieve, stimulerende factoren kunnen echter ook negatieve factoren worden onderscheiden, die bij de ontwikkeling van toetsing eveneens in ogenschouw genomen moeten worden.

- In de beroepsgroep bestaat een zekere huiver om aan toetsing te beginnen. Dat is verklaarbaar: meer dan bij andere medische beroepen wordt de beroepsuitoefening van de huisarts gekenmerkt door persoonlijk functioneren. Hierin is iedereen kwetsbaar, en iedereen wil de zekerheid dat hij zorgvuldig en met respect behandeld wordt. Als deze garantie niet bestaat, ontstaat een gevoel van bedreiging, resulterend in defensief gedrag.

- Vanuit de maatschappij: de definitie van gezondheid is veranderd in de richting van een zowel lichamelijk, als geestelijk en als maatschappelijk welbevinden. Men moet echter beseffen dat het aandeel van de gezondheidszorg in een dergelijke brede definitie slechts gering kan zijn. Het verschil tussen welvaart en welzijn en gezondheid is vaak niet helder, of wordt vergeten, waardoor het verwachtingspatroon ten opzichte van de gezondheidszorg onduidelijk wordt.

- Vanuit financieel oogpunt: een te grote invloed van 'buiten' op het medisch handelen wekt weerstanden op, niet alleen omdat men zijn vrijheid gewend is, maar ook omdat men de financiers ervan verdenkt het medisch handelen als zodanig te willen beïnvloeden.

- Vanuit politiek oogpunt: de discussie vrije beroepsuitoefening versus dienstverband of anderszins gebonden, afhankelijk zijn, zal waarschijnlijk voortduren tot wij allen ambtenaren zijn of de staat failliet is.

Zoals gezegd is toetsing een methode waarmee lacunes in kennis en vaardigheid en ingeslepen gewoonten kunnen worden gevonden, en waarmee structurele en functionele belemmeringen kunnen worden opgespoord. Wat is er nodig aan gegevens of basismateriaal om deze toetsing te ontwikkelen en uit te voeren?

De grondgedachte van de toetsingsmethode is dat het aandeel van de huisarts in de eerstelijns gezondheidszorg is weer te geven door middel van een stroommodel, dat als volgt is opgebouwd:

- mensen komen met klachten, problemen of aandoeningen in het zorgsysteem, waar een aantal voorzieningen is om deze problemen te behandelen

- nadat de problemen 'bewerkt' zijn, verlaten deze mensen het systeem in een veranderde toestand



- er ontstaat een informatiestroom in tegengestelde richting over het resultaat van deze verandering en over de manier waarop dit resultaat is bereikt

De verschillende fasen zijn aan te duiden als *input*, dat wat binnenkomt, *structure*, dat wat aan voorwaardenscheppende omstandigheden aanwezig is, *process*, de bewerking die uitgevoerd wordt, *outcome*, het resultaat van de verandering, *feedback*, de terugkoppeling van informatie. De beginletters van deze fasen vormen de afkorting ISPOF. Door het *resultaat als uitgangspunt* te nemen voor de beoordeling, van daaruit terug te kijken naar de manier waarop dit resultaat bereikt wordt, en de invloed van elk van de verschillende fasen op het resultaat vast te stellen, ontstaat een evenwichtig beeld van de waarde van elke fase en van de punten die voor verbetering vatbaar zijn.

Bij de uitwerking van dit model komen vele vragen naar voren waarop vooralsnog geen sluitend antwoord mogelijk is: wat is kwaliteit?; wat is het aandeel van de huisarts in de eerstelijns gezondheidszorg?; wat is gezondheid?; wat is het verwachtingspatroon van de hulpvrager?; hoe functioneert de modale Nederlandse huisarts en welke doelstellingen heeft hij? Als men stelt dat deze vragen beantwoord moeten worden voordat men de toetsingsmethode verder kan ontwikkelen, legt men het proces lam. Een betere methode is het ISPOF-model ter discussie te stellen en bij aanvaarding hiervan, een groep samen te stellen, waarin alle betrokkenen, beroepsbeoefenaren en anderen, hun inbreng hebben.

Voordat toetsing algemeen verplicht gesteld wordt, zou deze groep onderzoek moeten ontwikkelen en coördineren, waaruit zal moeten blijken of toetsing volgens deze methode haalbaar en zinvol is. Want alleen bij algemene verplichtstelling van toetsing, deels intern, ontwikkeld en uitgevoerd door de beroepsgroep, en deels extern, ontwikkeld in overleg met en uitgevoerd door derden, wordt het maximale resultaat van deze methode bereikt.

---

Versterking van de eerste lijn is al jaren een kreet die te pas en te onpas door diverse politici en bestuurders wordt gehanteerd. Toch blijkt van een wezenlijke versterking van de eerste lijn niet veel. Het aantal patiënten dat verwezen wordt naar de poliklinieken neemt toe, het aantal bevallingen in ziekenhuizen eveneens, terwijl ook het aantal mensen dat sterft in het ziekenhuis toeneemt.<sup>1</sup>

Hoe komt het toch, dat de ombuiging die zo dringend gewenst lijkt, uitblijft? Ik denk dat het komt, doordat men het in feite niet wil: de weerstanden tegen deze ombuiging zijn te groot. Lamberts en Sanders-Glasbergen<sup>2</sup> halen Urwich aan: 'Tenzij wij een doel hebben, is er geen reden waarom individuen zouden trachten samen te werken, of waarom iemand zou trachten hen te organiseren.' Men lijkt een gemeenschappelijk doel te hebben: 'Versterking van de eerste lijn', maar is het wel een *gemeenschappelijk* doel? Als het doel werkelijk gemeenschappelijk is, is het niet uitsluitend een doel van de zogeheten werkers in de eerste lijn, maar evenzeer van de bevolking, van de specialisten, van de verpleegkundigen in de ziekenhuizen, etcetera.

Nu is dit zogenaamde gemeenschappelijke doel nooit, voor zover mij bekend, onderwerp van gesprek geweest in groepen werkers uit alle echelons van de gezondheidszorg, waarin ook de bevolking vertegenwoordigd was. Slechts op plaatselijk niveau is een enkele maal een poging ondernomen: een voorbeeld is te vinden te Hoogeveen.<sup>3</sup> Het komt mij voor dat dit één van de wezenlijke oorzaken is van het falen van het beleid. Versterking van de eerste lijn wordt met de mond beleden, maar wordt niet besproken met de mensen die het aangaat.

Men kan zich afvragen of deze mensen wel echt geïnteresseerd zijn in het probleem. Maakt onze samenleving niet een materialistische, egocentrische indruk? 'Als ik maar op tijd mijn natje en droogje heb, zal het mij verder een zorg zijn', lijken de mensen te denken. Bovendien heeft onze maatschappij zich ontwikkeld tot een verzorgende samenleving. Alles is van hogerhand verzorgd van de wieg tot het graf. Dat de mens zelf ook een grote mate van verantwoordelijkheid bezit, wordt slechts schoorvoetend erkend. Stalpers<sup>4</sup> heeft er onlangs in een uitstekend betoog op gewezen, dat we weer terug moeten naar een zorgende samenleving, waarin de zorg voor elkaar in het middelpunt staat.

Hoe dat moet? In de eerste plaats zullen de werkers in het ziekenhuis in de discussie over het doel van de ombuiging van tweede naar eerste lijn betrokken moeten worden. Als men dat nalaat, is deze naar mijn mening gedoemd te mislukken. Het ziekenhuis is immers, evenals het verpleeghuis, bij uitstek de plaats waar verantwoordelijkheden worden overgenomen en waar men verzorgd wordt. Het komt dus precies tegemoet aan datgene waaraan in onze maatschappij behoefte lijkt te bestaan.

Een tweede probleem, dat hier onmiddellijk op aansluit, is hoe de bevolking in de discussie betrokken kan worden. Zij geeft op talrijke punten blijk van een grote mate van onvrede met het huidige systeem. Toevallig zat ik één dezer dagen in de bioscoop naast een man van middelbare leeftijd, die tegen een vrouw die naast hem zat zijn ongenoegen luchtte over de geneeskundigen. 'Antibiotica hebben ze en snijden kunnen ze, maar verder? Verder zeggen ze dat alles psychisch is.' Dit is maar een symptoom: belangrijker nog is de grote belangstelling van het publiek voor de alternatieve geneeskunde.

Een versterking van de eerste lijn betekent tevens een ombuiging naar zelfzorg en mantelzorg. Dit houdt niet in dat de hulpverleners kunnen volstaan met het afwijzen van de hulpvraag onder verwijzing naar de eigen verantwoordelijkheden van de cliënt,

maar zij zullen deze afwijzing moeten begeleiden. Therapeut zijn betekent immers: 'begeleider zijn, mede op weg zijn'. Dus ook als wij de verantwoordelijkheid proberen te leggen waar hij hoort, namelijk bij de mens zelf, zullen wij begeleider, medemens moeten zijn. Dan zal de discussie over het doel van de verschuiving van tweede naar eerste lijn op gang komen en zullen ook de 'leken' aan deze discussie gaan deelnemen.

Maar wat is dan eigenlijk het doel van deze ombuiging? Beleidsmakers en politici spreken van een betere en gecoördineerde zorg; men spreekt van decentralisatie, regionalisatie en echelonnering. Maar waartoe? De uit de hand gelopen kosten, het onoverzichtelijke geheel van de gezondheidszorg, het langs elkaar heen werken van individuele werkers zijn allemaal factoren die als reden tot verandering worden aangegeven. Maar kan het daarbij blijven? Ik denk van niet.

Ik denk dat de discussie zal moeten gaan over de betekenis en de zin van ons bestaan. Want slechts in dat kader kan de mens van vandaag de betekenis van ziekte en onlustgevoel zien, en de verantwoordelijkheid daarvoor dragen. Gezondheid wordt nog te veel gezien als iets waarop men recht heeft, ziekte als iets waarvan men zo snel mogelijk verlost wil zijn. Maar ondertussen roken we wel, eten we te veel, bewegen we te weinig en doen we in feite niets ter bevordering van de gezondheid. Omdat de zin ontbreekt. De zin wordt niet meer onderkend.

Ik denk dat de enige mogelijkheid om tot een ombuiging te komen is de discussie over de zin van ons leven op gang te brengen, ook in de gezondheidszorg. Want dan zal de mens van vandaag weer inzien dat het zin heeft te zorgen, óók voor de ander, omdat wij elkaar kunnen verrijken door voor elkaar te zorgen. Eerst dan gaan begrijpen als zelfzorg en mantelzorg werkelijk voor de mensen en de hulpverleners leven en inhoud krijgen. Nu kunnen wij natuurlijk daarnaast heel pragmatisch te werk gaan door het één te doen en het ander niet te laten.

Uit recent onderzoek is gebleken hoezeer de hulpverleners in de gezondheidszorg langs elkaar werken.<sup>5 6</sup> Van een werkelijke samenhang is geen sprake. Men zal de samenwerking moeten stimuleren –hetgeen ook gebeurt– maar daarnaast de hulpverleners in de eerste lijn moeten overtuigen van het grote belang van samenhang in de gezondheidszorg. Als wij er niet in slagen deze samenhang, met name in de eerstelijns gezondheidszorg, tot stand te brengen, zou de huisarts wel eens kunnen verdwijnen.

Bij onderzoek in de Rotterdamse wijk Schiebroek<sup>6</sup> werd gevonden, dat van de 19.578 inwoners circa 6.300 zijn ingeschreven bij 122 huisartsen die buiten Schiebroek gevestigd zijn. Van deze huisartsen zijn er 51 gevestigd binnen een straal van 4 kilometer, gerekend vanuit het centrum van de wijk Schiebroek. De overigen zijn verder dan 4 kilometer van het centrum gevestigd. Het is duidelijk dat hier gesaneerd moet worden. Als de beroepsorganisaties werkelijk ernst willen maken met de kwaliteitsverbetering, zou hier een eerste stap gezet kunnen worden. De 71 huisartsen die verder dan 4 kilometer vanaf het centrum van Schiebroek gevestigd zijn, zouden dan hun patiënten in Schiebroek moeten afstoten. Dat zou kunnen door een jonge huisarts de mogelijkheid te bieden zich in Schiebroek te vestigen. Bovendien geeft men daarmee een aanzet tot praktijkverkleining. Uit een nauwkeurige bestudering van de microstructuur van de gezondheidszorg in Rotterdam, zoals in deze studie, kan de Plaatselijke Huisartsen Vereniging een beleid ontwikkelen met betrekking tot praktijkverkleining en -sanering. Bol<sup>7</sup> heeft er recent op gewezen hoe belangrijk het is dat de Landelijke Huisartsen Vereniging iets gaat doen. Zo dit niet gebeurt, zal zeker de overheid het heft in handen nemen. Er is, zo stelt Bol, 'periculum in mora'.

Ook door de wijkverpleging moet een keuze worden gemaakt tussen praktijk- of wijkgebonden werken. De ervaringen in het gezondheidscentrum Krimpen aan de IJssel, waar de wijkverpleegkundigen nu ruim een jaar praktijkgebonden werken, zijn zeer hoopgevend. Het contact tussen de hulpverleners in de zogeheten kernteams is veel beter en veel doelmatiger dan vóór die tijd. De Kruisverenigingen moeten dus de discussie over wijk- of praktijkgebonden werken met de wijkverpleegkundigen op gang brengen. De huisartsen zullen zeker ook in deze discussie betrokken moeten worden. Of het maatschappelijk werk ook ingeschakeld wordt, hangt af van de situatie ter plaatse. In Schiebroek bijvoorbeeld zijn twee part-time maatschappelijk werkenden op een bevolking van bijna 20.000 zielen. Van enige samenwerking is nauwelijks sprake en dit is gegeven het geringe aantal ook niet mogelijk. Ook bij het Ministerie van CRM lijkt de wil tot versterking van de eerste lijn te ontbreken. Men is bang voor verlies van identiteit van het maatschappelijk werk en voor een vermenging van welzijnszorg en gezondheidszorg. Men is wellicht bevreesd voor de grote zuigkracht die de gezondheidszorg kan uitoefenen. Stel je voor: gezondheidscentra die alle mogelijke oplossingen bieden voor alle problemen waarmee de mensen komen! Natuurlijk willen de werkers in de gezondheidszorg dit niet, maar zij kunnen het maatschappelijk werk niet missen bij het diagnostiseren en behandelen van de aangeboden problematiek. Zij zullen ook de mensen die het beleid bepalen hiervan moeten overtuigen.

Tenslotte wil ik nog een mogelijkheid aangeven om praktisch bezig te zijn met versterking van de eerste lijn. Deze mogelijkheid ligt naar mijn mening op het terrein van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Caplan<sup>8</sup> heeft er onlangs op gewezen dat de ambulante geestelijke gezondheidszorg onvoldoende gebruik maakt van de talrijke gegevens, die in de eerste lijn voorhanden zijn bij huisartsen, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden. Men begint met iedere cliënt opnieuw, alsof er nog nimmer met hem of haar gesproken is. Om dit te voorkomen moet de geestelijke gezondheidszorg naar de eerste lijn gebracht worden. Dit zou zeer wel kunnen door psychologen of andere gedragswetenschappers in te schakelen in de eerste lijn. Het experiment van samenwerking tussen psycholoog en huisartsen in Capelle aan de IJssel<sup>9</sup> heeft een aantal resultaten opgeleverd, die passen in de opvattingen van Caplan. Zo is de psycholoog door de verkregen informatie van de huisarts in staat het intake-gesprek aanzienlijk te bekorten. Er is vrijwel geen wachttijd –ook een voorwaarde die Caplan heeft gesteld– en de psycholoog is gemakkelijk bereikbaar voor de hulpverleners in de eerste lijn. De conclusie uit dit experiment en uit het seminar dat Caplan in 1978 in Nederland heeft gehouden, moet zijn dat de ambulante geestelijke gezondheidszorg de bureaus uit en de wijk in moet, om daar veel nauwer samen te werken met de hulpverleners. Dit is naar mijn mening een betere ontwikkeling dan die waarbij psychiatrische inrichtingen eigen instituten voor nazorg van hun patiënten creëren, een ontwikkeling die indertijd ook uitdrukkelijk is afgewezen door de commissie Festen.<sup>10</sup>

Versterking van de eerste lijn, illusie of realiteit?

Als men denkt een stap in de goede richting te hebben gezet, blijkt de horizon te wijken, blijkt de oase vaak een fata morgana te zijn. Het probleem waar wij voor staan is dit doel, versterking van de eerste lijn, aan alle betrokkenen duidelijk te maken en in-tussen op een aantal plaatsen zoals ik die heb aangegeven, aan de verwezenlijking van dit doel te werken.

*I'm tired of Love. I'm still more tired of Rhyme.  
But Money gives me pleasure all the time.*  
Hilaire Belloc.

*Money can't buy friends, but you can get  
a better class of enemy.*  
Spike Milligan.

*Money should circulate like rainwater.*  
Thornton Wilder.

Geld en liefde beheersen ons leven. Ook voor huisartsen gaat dat op. Soms sluiten geld en liefde elkaar uit, soms zijn het bijna identieke begrippen. Zelden beïnvloeden deze beide gangmakers ons dagelijks leven onafhankelijk van elkaar. Natuurlijk zijn geld noch liefde homogene begrippen. Het zijn veel meer 'pars pro toto'-etiketten, die op een groot aantal synoniemen van toepassing zijn. Macht en invloed bijvoorbeeld zijn zo verschijningsvormen van geld. Het ideaal, het ethische, de moraal, alles wat mooi is, heeft het stempel van de liefde.

De huisarts geeft en krijgt liefde en hij geeft en krijgt ook geld. Hij ontvangt geld voor zijn empathie en voor zijn zorg voor patiënten; hij geeft geld om zich de liefde voor de huisartsgeneeskunde te kunnen permitteren. Hij heeft nogal wat geld nodig om de liefde voor zijn gezin een tastbare achtergrond te bieden. Hij heeft ook veel geld nodig om zich de idealen van een optimale eerstelijns gezondheidszorg te kunnen veroorloven.

Eén van de opvallende aspecten van de discussie over de huisartsgeneeskunde en over de eerstelijns gezondheidszorg is dat het soms lijkt alsof de nauwe relatie tussen geld en liefde wordt ontkend. Het kan dan lijken alsof de financiële aspecten de liefde op zichzelf in de weg staan. Het lijkt erop alsof praten over geld de liefde voor de patiënt, voor een ideaal, voor een bepaalde manier van werken, voor een beleidsopvatting of een politieke wens in de weg staan. De afgelopen vijftien jaar heb ik veel met de relatie tussen geld en de ontwikkeling van de eerstelijns gezondheidszorg te maken gehad. Ik ben bij herhaling in een situatie geweest waar al onderhandelend, al lobbyend en zo men wil al manipulerend, het idee en de macht om dat idee te verwezenlijken met elkaar op gespannen voet stonden.

Het is mijn bedoeling om een aantal persoonlijke ervaringen en gedachten op een rij te zetten. Deze gedachten en ervaringen zijn onder te brengen in twee hoofdstukjes. Het eerste handelt over de huisarts en zijn eigen geld; het tweede over de huisarts en ander-mans geld. Dit laatste heeft dan vooral betrekking op de macro-economische rol die de eerste lijn speelt bij het veroorzaken dan wel voorkomen van kosten in het gehele gezondheidszorgsysteem.

## DE HUISARTS EN ZIJN EIGEN GELD

De huidige positie van de solo-huisarts is bekend. Met de ziekenfondsen wordt over het abonnementshonorarium onderhandeld; de Minister van Economische Zaken staat toe om zo nu en dan de particuliere tarieven een beetje te verhogen. Rond vestiging en goodwill bestaat een reeks nog steeds niet opgeloste problemen. Ook kunnen de bestaande regelingen ten behoeve van een collectieve oudedagvoorziening en de

aanzwellende stroom nieuwe huisartsen er best eens toe leiden, dat een principiële oplossing voor een beleid ten aanzien van de spreiding van huisartsen over Nederland niet door de beroepsgroepering zelf wordt gegeven, maar tot stand komt in het kader van de uitvoering van nieuwe wetgeving, zoals de wetten Tarieven Gezondheidszorg en Voorzieningen Gezondheidszorg. Het is trouwens duidelijk dat dit evenzeer geldt voor specialisten: ook voor hen zal het marktmechanisme, zoals Van Praag, Van der Gaag en Rutten ons lieten zien, niet nalaten invloed te hebben op de inkomensvorming in de komende tien jaar.

Genoeg hierover. Het is duidelijk dat mijn belangstelling de afgelopen jaren vooral is gericht op huisartsen in samenwerkingsverbanden. Het is altijd weer een gok of een idee –samenwerken– ergens (als een soort ‘surfboard’) een golf zal ontmoeten waarop het wordt voortgestuwd. Het is langzamerhand iedereen wel duidelijk, dat deze golf voor de samenwerking in de eerste lijn en voor de bijbehorende financiering –zij het laat– toch in tastbare vorm tot stand is gekomen. Natuurlijk was er af en toe een dun stroompje geld uit bronnen, zoals het Preventiefonds (investeringssubsidies voor gezondheidscentra), de zogenaamde Kruisingapot (vooral wetenschappelijk werk en ontwikkelingswerk), een aantal lokale regelingen (bijvoorbeeld de huursubsidieregeling voor gezondheidscentra van de gemeente Rotterdam), en tenslotte de Stimuleringsregeling.

Ik heb met al deze regelingen te maken gehad en ik ben nog steeds niet helemaal heen over de verbazing dat na vaak eindeloze ‘principiële’ en elementaire discussies een regeling tot stand komt, die naar de letter weliswaar nog enige relatie met al dat principiële en elementaire onderhoudt, maar die in de praktijk vooral wordt gekenmerkt door inconsequenties. Dit valt het meest op bij de Stimuleringsregeling.

Behalve door de genoemde regelingen werd het beeld gecompliceerd door de bijna onafzienbare reeks voorwaarden, die het Kruiswerk aan banden legt en door de folkloristische benadering van het Algemeen Maatschappelijk Werk in Nederland.

Voor de plaatselijke Kruisverenigingen en lokale instellingen voor Algemeen Maatschappelijk Werk, die het al moeilijk hebben om binnen de bestaande regelingen het hoofd boven water te houden, wordt alles door het aangaan van een geformaliseerd samenwerkingsverband nog eens veel moeilijker.

In de jungle van regelingen, mogelijkheden en vooral onmogelijkheden is in de afgelopen jaren een beperkt aantal gezondheidscentra ontstaan. Eén van de manieren om daarbij een aantal financiële problemen op te lossen is het dienstverband. Ik beperk mij hier tot het dienstverband voor huisartsen, ofschoon de fysiotherapeuten en de verloskundigen er evenzeer mee te maken hebben. Het dienstverband met de gemeente Rotterdam van de huisartsen in het Gezondheidscentrum Ommoord heeft nogal wat stof doen opwaaien. Dit stof onttrok voor een aantal mensen het punt waar het om ging aan het oog. Het ging erom dat de huisartsen met minder grote praktijken betere mogelijkheden tot het doen van wetenschappelijk werk en ontwikkelingswerk wilden hebben. Deze praktijkverkleining diende door een derde partij –in dit geval de gemeente Rotterdam– gefinancierd te worden. Het spreekt in Nederland vanzelf dat een dergelijke stellingname door een reeks complicaties op een bijna onnavolgbaar niveau van ondoorzichtigheid wordt behandeld. Zo is bijvoorbeeld de wijze waarop een pensioenvoorziening tot stand komt uiterst belangrijk. De ontsnappingsmogelijkheden voor de huidige collectieve oudedagvoorziening zijn nu éénmaal beperkt. Ook is het

duidelijk dat er best gepraat kan worden over het gewenste of wenselijke honoreringsniveau van huisartsen in dienstverband.

Het zal een aantal van de lezers bekend zijn dat zich in Rotterdam rond het dienstverband problemen hebben voorgedaan. Deze problemen voeren tot twee conclusies. Het is op dit moment onverstandig iemand te adviseren als huisarts met een gemeente een dienstverband aan te gaan, zonder een gedetailleerde regeling daarvan. In ons geval bleek een onduidelijke rechtspositie en het ontbreken van een goed geformuleerde relatie tot de GG en GD en tot het gemeentebestuur tot problemen te leiden, ondanks de goede voornemens die bij het aangaan van het dienstverband over en weer bestonden.

De tweede conclusie is dat het gemeentelijk dienstverband in Ommoord waarschijnlijk nog lange tijd problematisch zou zijn gebleven, als niet –nog net op tijd– de meer algemeen toepasbare regeling in het kader van de AWBZ gereed was gekomen. Na een aantal prettige jaren was voor de meesten van ons de narigheid, die ontstond na het vertrek van één der huisartsen en het niet erkennen van zijn vacature, een extra aanleiding om het evenwicht tussen liefde en geld opnieuw te beoordelen. Toch weer een grotere praktijk, ondergebracht binnen een opnieuw op te richten maatschap of BV, en daarmee dan ook minder mogelijkheden tot wetenschappelijk werk?

Een alternatief zou een dienstverband kunnen zijn met de plaatselijke Kruisverenigingen, waarmee naar het lijkt de pensioenproblematiek in een aantal gevallen opgelost kan worden en waarmee –met de AWBZ-regelingen in het verschiep– zowel aan het Kruiswerk als aan de samenwerkingsverbanden een stabiele basis gegeven kan worden. Het zou daarbij ook denkbaar zijn de maatschappelijk werkers in samenwerkingsverbanden in een dergelijk dienstverband op te nemen en zodoende de narigheden rond vacature-stop en formatieplaatsen-beleid te verminderen. Gelukkig is het voor ons niet zover gekomen. In een soort nek-aan-nek-race tussen het optreden van het nieuwe 'Bestek '81-kabinet' en de uitwerking van opvattingen van de Ziekenfondsraad trad de 'Voorlopige richtlijn voor een tegemoetkoming voor samenwerkingsverbanden in de eerste lijn' in het kader van de AWBZ in werking. De essentie is niet anders dan dat liefde en geld opnieuw op één lijn zijn gebracht.

De noodzaak om de eerste lijn te ontwikkelen en om wetenschappelijk werk te doen wordt hiermee immers erkend en verzilverd in de vorm van een vergoeding voor het gederfde honorarium en het gederfde kostenbestanddeel. Een inkomensdaling is nu eenmaal onvermijdelijk bij een verlaging van de praktijknorm van 2600 naar 2200. Het is duidelijk dat ik met deze regeling buitengewoon gelukkig ben en dat ik er goede hoop op heb dat bijvoorbeeld met ingang van 1 januari 1981 de huidige stimuleringsregeling kan vervallen en de voorlopige richtlijnen van de Ziekenfondsraad vervangen kunnen worden door een definitieve richtlijn die samenwerking in de eerstelijns gezondheidszorg in Nederland in al zijn verschijningsvormen tot een normale verstrekking in het Nederlandse gezondheidszorgpakket maakt.

## DE HUISARTS EN ANDERMANS GELD

Hoeveel liefde een goede gezondheidszorg ook verdient, het valt niet te ontkennen dat de geïnstitutionaliseerde gezondheidszorg in de meeste landen –en ook in Nederland– een groot percentage van het bruto nationaal inkomen door de professionele vingers laat gaan. Zo langzamerhand zijn wij op de idee geconditioneerd dat de kosten van klinische zorg zo hoog zijn dat wij ons niets meer zouden kunnen permitteren. Veel min-

der uitgesproken is de nadruk die gelegd wordt op de kosten die voortkomen uit de uitvoering van de loondervingswetgeving in Nederland, en deze liegen er beslist niet om. Het is als het aftelliedje met de nikkertjes: uiteindelijk zou het de eerstelijns gezondheidszorg moeten zijn die alles goedkoper maakt en ons voert naar een roziger toekomst waar de burger veel meer dan tot nu toe de kans krijgt om zijn zuur verdiende geld om te zetten in datgene waaraan hij de voorkeur geeft. Dit verhaal heeft geleidelijk aan geloofwaardigheid ingeboet. Voor het gemak ga ik er hier maar aan voorbij dat het consumeren van gezondheidszorg vaak tot aanzienlijke satisfactie leidt, die wel vergelijkbaar lijkt met het consumeren van goederen in de recreatieve en de horecasector.

Neen, het gaat hier om het macro-economisch evenwicht waarin de substitutiefunctie, die de eerstelijns gezondheidszorg ten opzichte van de klinische geneeskunde kan vervullen, leidt tot een ontwikkeling in de richting welke wij geacht worden te willen gaan. Opnieuw voor het gemak wordt voorbijgegaan aan een even evidente substitutiefunctie voor klinische zorg, zoals deze bijvoorbeeld door de gezinszorg wordt geboden. Maar soit, laten wij nu maar uitgaan van het substitueren van klinisch specialistische geneeskunde door de eerste lijn in substantiële vorm.

Het staat voor mij als een paal boven water dat een volumedaling van de gezondheidszorg zowel gerekend naar de kosten als naar ziekenhuisbedden mogelijk is. Een heel andere vraag is of een volumedaling van de gezondheidszorg naar het aantal manjaren van hulpverleners en ondersteunend personeel evenzeer voor de hand ligt. Het is wel bijna zeker dat een volumedaling in de sfeer van de gezondheidszorg, zowel wat geld als wat mankracht betreft, kan leiden tot een ongewenste afname van de werkgelegenheid. Lempers heeft in 1977 in Groningen nog eens duidelijk gemaakt dat het verminderen van de kosten van de gezondheidszorg als percentage van het bruto nationaal product en het verminderen van de premiedruk leidt tot een toename van de werkloosheid in de gezondheidszorg, terwijl een stijging van de werkgelegenheid in de gezondheidszorg door het stijgen van de premiedruk leidt tot het verminderen van het aantal arbeidsplaatsen in andere sectoren.

Waar leidt dit alles ons nu toe? Het heeft mij er in elk geval toe geleid om niet op voorhand elke verklaring en elke opvatting over de financiële aspecten van de gezondheidszorg in de sfeer van micro-economische wetmatigheden voor zoete koek te slikken. Wanneer ik in mijn portemonnaie kijk of op mijn bankrekening dan kan ik wel zo'n beetje uitrekenen wanneer de koek op is. Op het moment dat het gaat om het geld van anderen is een dergelijke 'koek' er niet meer en valt er ook weinig meer uit te rekenen in de terminologie van 'mijn portemonnaie is leeg, de bodem van de schatkist is te zien'. Vanaf het moment dat er met een begroting gewerkt is, wordt alles anders. Een begroting is een driesnijdend zwaard. Soms is het mogelijk om heel ordinare, recht-toe-recht-aan verklaarbare tekorten volledig weg te werken en onzichtbaar te maken. Daarnaast is het evengoed mogelijk om een winstgevende transactie (dat wil zeggen: de directe inkomsten zijn groter dan de directe kosten) om te zetten in een steeds weer terugkerend deficit. Dit is trouwens één van de narigheden die wij in ons gemeentelijk dienstverband hebben ontmoet: het steeds weer toerekenen van allerlei gemeentelijke overhead-kosten aan onze afdeling sluit het eenvoudig uit dat er ooit een sluitende begroting tot stand komt, tenzij er zoveel overwinst gemaakt wordt, dat de motivatie voor een dienstverband op niets anders dan uitgesproken masochisme kan berusten. De derde snede van het zwaard der begroting is de afhankelijkheid van allerlei andere



begrotingen. Het is bijna nooit zo dat een wijziging in bijvoorbeeld een begroting voor de Volksgezondheid los staat van het hanteren van andere begrotingen en rekeningen. Desondanks ben ik ervan overtuigd dat het best de moeite waard is om kostenbesparend te werken. De huisarts kán dat ook wel. Ervaringen in Ommoord hebben geleerd dat zowel het voorschrijven van geneesmiddelen als het omgaan met de afwezigheid wegens ziekte in het kader van de Ziektewet, als andere vormen van medisch handelen kunnen leiden tot een besparing. Maar deze besparing ontstaat niet 'echt'. De opname die wij met veel moeite uitsparen levert wel degelijk kosten thuis op –denk aan gezinszorg, wijkverpleging, vrije dagen van de gezinsleden etcetera– terwijl dit er allerminst toe leidt dat even zovele dagen ziekenhuishulp ergens op de creditzijde van de rekening worden geschreven. Wanneer wij er met veel moeite in slagen om de afwezigheid door ziekte in het kader van de Ziektewet of het aantal afkeuringen in het kader van de WAO te beperken –en wie is van mening dat dit beslist niet mogelijk is?– dan leidt dat natuurlijk helemaal niet tot een aantoonbare besparing. Het leidt alleen maar tot verschuivingen in andere begrotingen. Ook de kwestie rond de discussie over het 'eigen risico' heeft niets van doen met het verminderen van het volume van de gezondheidszorg als totaal en met het totstandbrengen van een aanwijsbare besparing die voor een geheel ander, en waarschijnlijk veel aardiger doel kan worden aangewend.

Zelfs als we kijken naar de 'ziekten van de leefstijl' die ons allen zo obsederen, dan is het maar zeer de vraag of een massaal beëindigen van het roken ons economisch gezien op afzienbare termijn de kans zou geven te beschikken over bestedingsmogelijkheden die een geheel ander karakter dragen. (In het individuele geval ligt het natuurlijk even anders.) Maar zelfs al zou een individuele huisarts met streng optreden, psychastheen handelen en calvinistisch schuld bewustzijn in staat blijken om door het beperkt distribueren van taxikaarten, het terugschroeven van het psychofarmacagebruik, en het op rationele gronden voorschrijven van antibiotica, bijvoorbeeld *f* 30.000,= per jaar te 'besparen', dan hoeft een verzekeringsgeneeskundige of een specialist er maar even voor te gaan zitten om al deze 'winst' ogenblikkelijk weg te werken.

Als het marktmechanisme chirurgen en gynaecologen ertoe brengt om datgene wat wel electieve chirurgie genoemd wordt, gemakkelijker en sneller te bedrijven (denk aan spataderen, haemorroïden, hamertenen, sterilisaties, 'birthday hysterectomy', etcetera) dan vallen al onze zuurverdiende centjes –die wij overigens nooit echt zichtbaar hebben kunnen maken– weer in een diepe put.

Waar leidt bovenstaande klaagzang ons nu toe? Het is voor mij duidelijk dat de liefde in dit geval belangrijker is dan het geld. Als wij onze maatschappij zo weinig mogelijk willen medicaliseren, als wij de hulpverlening zo weinig mogelijk willen professionaliseren en dan nog zo dicht mogelijk bij de mensen, als wij de professionele zorg zo ver mogelijk willen terugschuiven naar zelfzorg en mantelzorg en ook het functioneren van de eerste lijn op grond van allerlei ideële en conceptuele overwegingen met kracht willen stimuleren, zijn daarmee grote belangen gemoeid. Het staat voor mij evenzeer vast dat de vraag of dit een besparing oplevert of in feite duurder is, niet eenvoudig beantwoord kan worden. De discussie over het 'eigen risico' illustreert een 'besparing', die niets te maken heeft met de kosten van de gezondheidszorg. Het heeft alleen maar te maken met de plaats waar kosten zichtbaar worden en op wiens begroting zij drukken.

Het ligt voor de hand dat een lichte daling van de premiedruk economisch gezien belangrijke gevolgen heeft. Maar het heeft evengoed allerlei gevolgen als de consumptie-

mogelijkheden van de Nederlander ingeperkt worden doordat hij een extra stuk van de kosten van de gezondheidszorg voor zijn rekening moet nemen. Het is duidelijk dat wij ons als huisartsen niet meer zo gemakkelijk voor de kar van de bezorgde huisvader –‘vadertje staat’– moeten laten spannen, die met zorgelijk gelaat zijn oude portemonnaie opent en ons dan vertelt wat er nog in zit en hoeveel wij ons nog kunnen permitteren. Het is allemaal aanzienlijk ingewikkelder en aan deze complexiteit zal men in de discussie over de plaats van de eerstelijns gezondheidszorg tegemoet dienen te komen. Nu wil ik er voor waken om een discussie over de verhouding tussen geld en liefde in de eerstelijns gezondheidszorg geheel afhankelijk te laten zijn van de hierboven verlangde antwoorden, die eigenlijk niemand goed kan geven. Onafhankelijk daarvan is het duidelijk dat er in de inkomensopbouw van de gehele groep artsen en in de manier waarop de arbeidsplaatsen voor geneeskundigen worden verdeeld en gecreëerd alvast het één en ander is te doen. Het is niet redelijk om juist de groep huisartsen aan te wijzen als de beroepsgroep die hierbij het meest opvalt. Het zijn met name onze specialistische collegae die het voortouw, zoals dat zo mooi en hypocriet heet, kunnen vatten. Het vestigingsbeleid voor deze groep zal het, evengoed als voor de huisartsen, in beginsel mogelijk maken een maatschappelijk aanvaardbaar evenwicht tot stand te brengen. Dan kan er ook weer eens opnieuw gesproken worden over de spanning tussen de liefde voor de geneeskunde en het niet zelden naar buiten tredende uitzinnige arbeids-ethos, dat vaak aan een zeer hoog bruto inkomen gekoppeld is. Het is, zoals in het begin van dit verhaal gesteld, een kwestie van geld en liefde.

---

# POSITIE VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

F. E. Riphagen

In het bijna 25-jarig bestaan van het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft dit gezelschap diverse bloemrijke benamingen gekregen: Gideonsbende, Werkers van het eerste uur, Pioniers en Veranderaars. Op veranderingen in de maatschappij heeft het NHG altijd snel gereageerd; bij veranderingen binnen de huisartsengroepering heeft het NHG inderdaad een actieve rol gespeeld.

De relevante maatschappelijke veranderingen zijn overbekend: veranderingen in het morbiditeitspatroon met onder andere de onderkenning van het aandeel van leefproblemen in het klachtenaanbod (de relatie tussen gezondheidszorg in het algemeen, welbevinden en het welzijn van de bevolking als politiek ruilmiddel). De ontwikkeling in het beleid van Overheid en particulier initiatief weerspiegelt deze veranderingen veelal op een later tijdstip. Het gevolg is dat de ontwikkeling binnen de beroepsgroeperingen dikwijls één fase voorligt, wat op zichzelf de noodzakelijke veranderingen moeilijk maakt.

De huisarts en de andere hulpverleners in het eerste echelon bevinden zich, zoals Lamberts verwoordt, op het 'kruispunt van maatschappelijke en culturele veranderingen en de veranderingen binnen het gezondheidszorgsysteem'. Lang voordat deze omschrijving ontstond heeft een kleine kern van huisartsen, die zich bewust werd van deze veranderingen, het Nederlands Huisartsen Genootschap opgericht.

Het eerste wapenfeit, de beroemde Woudschoten-conferentie met de naar dit bosrijke oord genoemde definitie van huisartsgeneeskunde, wordt nog heden op gepaste wijze herdacht. In het vervolg daarop kwamen de integratie van het vak huisartsgeneeskunde in de basisopleiding tot arts en de verplichte beroepsopleiding tot huisarts, alsmede de nascholing voor de huisarts tot stand. Met het ontstaan van het Nederlands Huisartsen Instituut als afgesplitste (of uitgedraaide?) poot van het Nederlands Huisartsen Genootschap, is de verzameling grote verrichtingen van het Nederlands Huisartsen Genootschap tot nu toe compleet.

De plannenmakers van het tweede uur kregen het heel wat moeilijker. De toenemende samenwerking tussen disciplines binnen de zogenaamde eerste lijn, de opkomst van de samenwerkingsverbanden en het daarbinnen verrichte ontwikkelingswerk, en de eerstelijns 'movement' gaven tenslotte aanleiding tot het formuleren van nieuwe, meer omstreden ideeën. Hiertoe kan men rekenen het bestuursstandpunt, ingenomen ten aanzien van samenwerking in de eerste lijn, met het daarna verschenen rapport 'Hoe helpt de dokter?' en het rapport 'Methodisch Werken'. Tevens werd, op verzoek van het Bestuur, door de Structuurcommissie een rapport uitgebracht over de belemmeringen die zich voordoen bij de samenwerking binnen de eerstelijns gezondheidszorg. Het nieuwste plan, het Projectenplan, hangt met het voorafgaande gedeeltelijk samen. Projecten zijn afgeronde en overzichtelijke activiteiten betreffende de inhoudelijke kanten van het werk van de huisarts. De bedoeling van dit plan is te komen tot een onderbouwing van alle aspecten van het vak huisartsgeneeskunde.

De gedachte hierachter wordt in Bestuurskringen wel de legpuzzel-filosofie genoemd. Tevens zou door dergelijke activiteiten de 'periferie' van het Genootschap die, naar verondersteld wordt, een nogal slapend bestaan leidt, in beweging gezet kunnen worden.

Structurele zaken worden door het NHG niet alleen behandeld in het bovenvermelde beleid op min of meer lange termijn; op de bestuurstaafel komen ook veel actuele za-

ken, waarbij bijvoorbeeld de Landelijke Huisartsen Vereniging, de Overheid of andere instanties betrokken zijn. De actuele ontwikkeling vraagt veelal om een snelle reactie. Tussen het meer systematische lange termijnwerk en het reageren op de actualiteit, bestaat een voortdurend spanningsveld. Een verkleining van dit spanningsveld leek bereikt te worden toen het Bestuur besloot om in beginsel geen beleidszaken meer aan te pakken, maar prioriteit binnen het bestuurswerk te verlenen aan het 'inhoudelijke' werk. Deze keuze is niet geheel uitvoerbaar gebleken. Wanneer het om actuele zaken gaat en het Nederlands Huisartsen Genootschap om een reactie of mening wordt gevraagd, kan het Bestuur (het Genootschap heeft, zoals bekend, geen organisatiegraad van betekenis) dikwijls slechts een onvoldoende onderbouwde mening geven. De buitenwereld merkt dit overigens niet op: men meent dat het Bestuur van een organisatie als het Nederlands Huisartsen Genootschap over de meest uiteenlopende zaken wel een gefundeerd oordeel zal hebben, of in staat is zich dat binnen korte tijd te vormen. De werkzaamheden van het Genootschap worden gedragen door een beperkt aantal leden, afkomstig uit Bestuur, commissies en de periferie. Steeds meer leden verrichten hun activiteiten binnen een Universitair Huisartsen Instituut; de ironie wil dat het juist het NHG is geweest dat in de oprichting van deze instituten een belangrijk aandeel heeft gehad. Bovendien dringt het besef door dat er veel meer wetenschappelijk onderzoek verricht moet worden. Dit legt een extra claim op het Genootschap en versterkt de tendens tot professionalisering binnen de vereniging. De schets van de huidige situatie is hiermee –hoewel onvolledig– wel duidelijk: te weinig actieve leden houden zich bezig met te weinig systematische activiteit en worden buiten hun wil geconfronteerd met teveel 'ad hoc'-werk.

## HET NHG BINNEN OF BUITEN HET SYSTEEM?

De positie van het Nederlands Huisartsen Genootschap kan ook op een andere manier beschreven worden. Zo kan de huisartsengroepering in Nederland gezien worden als een systeem, waarin de Landelijke Huisartsen Vereniging als de belangrijkste representatieve organisatie beschouwd kan worden. Men zou het Nederlands Huisartsen Genootschap een sub-systeem kunnen noemen, dat de taak heeft veranderingen binnen het systeem tot stand te brengen. De opdracht is vrij en kan door de veranderaars zelf worden bepaald. De signalen komen echter meestal van elders uit het systeem. De veranderaars kiezen hun doel en gebruiken als middel een veranderingsstrategie: van radicaal-conflictueus tot langzaam-harmonisch. Lijkt het doel bereikt te worden, dan volgt toetsing door de representatieve organisatie: de Landelijke Huisartsen Vereniging. En dan kan er van alles gebeuren: van overnemen en integreren in het systeem, of zelfs institutionaliseren, tot absolute verwerping.

Essentieel voor deze werkwijze van het Nederlands Huisartsen Genootschap is echter een onafhankelijke positie en het bestaan van een spanningsveld tussen veranderaars en systeem. Een andere voorwaarde is, dat het NHG zich in deze constructie niet zelf bezighoudt met het consolideren van bereikte resultaten. Tot nu toe is de werkelijkheid met deze beschrijving niet al te veel geweld aangedaan. Een conclusie die getrokken zou kunnen worden is dat op het moment waarop er niets meer te veranderen is, het Nederlands Huisartsen Genootschap geen taak meer heeft en ook niet meer als herkenbare groepering binnen het systeem functioneert.

Een andere mogelijkheid, die de afgelopen jaren in de wandelgangen regelmatig werd geopperd, is een *afscheiding* van het Nederlands Huisartsen Genootschap, en het ombouwen van het Genootschap tot concurrerende huisartsenvereniging naast de Landelijke Huisartsen Vereniging. Vermoedelijk is de wens hier de vader van de gedachte geweest. In elk geval zouden uitgewerkte en ook nog andere dan alleen wetenschappelijk-professionele doelstellingen nodig zijn voor een dergelijk schisma. Heimwee naar het oude elan en onvrede met de vooruitgang en de huidige resultaten, liggen vermoedelijk ten grondslag aan dit idee. Een duidelijker profilering van het Nederlands Huisartsen Genootschap zou het gevolg zijn: de samenstelling zou minder pluriform zijn, de stellingname principiëler.

We gaan ervan uit dat ook dit 'nieuwe' Nederlands Huisartsen Genootschap streeft naar professionele veranderingen. Een afscheiding zou echter resulteren in een decimering van het Genootschap en polarisatie ten opzichte van de Landelijke Huisartsen Vereniging. Hoe de mooie plannen van het NHG dan gerealiseerd moeten worden is niet duidelijk, nog daargelaten het probleem hoe de veranderaars in dit geval aan hun signalen zouden moeten komen. Van de alternatieven, binnen of buiten het systeem, wordt een aantal voor- en nadelen opgesomd; we zien daarbij af van het feit dat het Genootschap in het ene geval veel kleiner is dan in het andere (met alle gevolgen van dien).

---

#### **Situatie 1: Het Nederlands Huisartsen Genootschap binnen het systeem**

Voordelen: signalen voorhanden  
mogelijkheid om ideeën uit te dragen en te realiseren groot

Nadelen: beperkte bewegingsvrijheid  
vervaging van de eigen identiteit  
lagere motiveringsgraad van de perifere leden, waardoor geringe productie

#### **Situatie 2: Het Nederlands Huisartsen Genootschap buiten het systeem**

Voordelen: sterke eigen identiteit  
hoge motiveringsgraad van alle leden, waardoor optimale productie

Nadelen: aanvoer signalen beperkt  
mogelijkheid om ideeën uit te dragen en te realiseren gering

---

Een principiële keuze van deze orde is nooit gemaakt en zo functioneert het Nederlands Huisartsen Genootschap heden ten dage nog steeds conform de eerst beschreven situatie, die immers historisch gegroeid is. Het lijkt bovendien onwaarschijnlijk dat in de eigen gelederen over dit punt een fundamentele discussie gevoerd zal worden: men zal wel eieren voor zijn geld blijven kiezen. Vooral wat betreft de structureel-organisatorische veranderingen in de gezondheidszorg –waarover zoveel gesproken wordt– is deze constatering niet zonder belang.

#### **HET NHG EN DE HUISARTSENINSTITUTEN**

De relatie van het Nederlands Huisartsen Genootschap met de twee 'nakomelingen' van het Genootschap, de Universitaire Huisartsen Instituten en het Nederlands Huisartsen Instituut, kan hier niet onbesproken blijven. Vanuit de Universitaire Huisartsen

Instituten wordt een roep gehoord om twee dingen: 'geef ons een omschrijving van het werk van de huisarts en zorg dat de door ons opgeleide artsen ook echt aan het werk kunnen.' Twee zeer zware vragen, waarmee de 'zieke moeder' van deze Instituten, zoals een van de lectoren in de huisartsgeneeskunde het Nederlands Huisartsen Genootschap niet lang geleden omschreef, danig in de maag zit. Het Genootschap daarentegen ziet met lede ogen dat de actieve huisartsen in de periferie zich meer aangetrokken voelen tot de opleiding en opleidings-instituten en is bang voor verdere uitholling. Plannen om het Genootschap te hergroeperen rond die Instituten zijn daarvan het gevolg; het Bestuur zoekt naar een beter contact. Veel verzoeken van het Nederlands Huisartsen Genootschap aan de Universitaire Huisartsen Instituten betreffen professionele ondersteuning en hulp bij wetenschappelijk onderzoek. Tot nu toe zijn deze verwachtingen over en weer niet compatibel te noemen, en dit maakt de relatie tussen het Nederlands Huisartsen Genootschap en de Universitaire Huisartsen Instituten ambivalent en onduidelijk, zoals wel vaker is waar te nemen bij ouders en kinderen die de volwassen leeftijd bereikt hebben.

Een van de twee posities met directe beleidsverantwoordelijkheid die het NHG nog heeft, is de zetel in het Bestuur van het Nederlands Huisartsen Instituut (de andere betreft de Stichting Nascholing Huisartsen). Naast deze formele positie was er tot voor kort sprake van een voortdurend, vruchtbaar contact tussen de twee organisaties op meer inhoudelijk vlak.

In het kader van de discussie in het NHG-bestuur betreffende het organisatie-onderzoek bij het Nederlands Huisartsen Instituut, dat overigens via een langdurige en kostbare omweg alleen maar lijkt te leiden tot een handhaving van de status quo, zijn binnen het NHG-bestuur de verwachtingen ten aanzien van het Nederlands Huisartsen Instituut duidelijk geformuleerd:

'Een service- én ontwikkelingsinstituut, bestuurd door de beroepsverenigingen en ten dienste van de Nederlandse huisarts en mogelijk in de toekomst van de hele eerstelijns gezondheidszorg.'

Men kan nauwelijks spreken van een verrassend ondubbelzinnige stellingname. Op inhoudelijk gebied is het contact tussen NHG-bestuur en het Nederlands Huisartsen Instituut steeds intensief geweest. Dit is nog steeds het geval, hoewel het wegens problemen op het bestuurlijke vlak gestaakte overleg tussen de staf van het NHI en het Dagelijks Bestuur van het NHG, het Genootschap van een deel van de benodigde signalen heeft beroofd.

Het NHG-bestuur sprak zich uit tegen het innemen van formele beleidsposities, ten gunste van 'inhoudelijk werken'. Ook de relatie met het Nederlands Huisartsen Instituut zou in dit opzicht wel eens getoetst kunnen worden aan het gestelde criterium.

Bij dit alles moet wel worden bedacht dat niet de gehele invloed van het Nederlands Huisartsen Genootschap formeel is vast te leggen. Hoe groot die invloed precies is, is dan ook niet aan te geven; zeker is wél dat sommige huisartsen het Nederlands Huisartsen Genootschap niet zozeer zien als een doelgerichte organisatie, maar als de belichaming van een attitude, die in belangrijke mate mede bepaalt hoe men naar de dingen kijkt, zowel op beroepsmatig als op maatschappelijk gebied. Ook binnen het Nederlands Huisartsen Genootschap zelf is dit wel onderkend, met name in discussies waarbij de formele, richtinggevende functie van het Genootschap werd gesteld tegenover de

informele opinie- en beleidsbeïnvloedende functie. Het totale effect van de Genootschapsactiviteiten, formeel of informeel, is echter niet in een beschrijving te vatten. Het beeld is mede daardoor niet opwekkend, en ondanks de door het Bestuur uitgesproken wens tot professionaliseren en beter functioneren, is er op korte termijn niet veel verandering ten goede te verwachten. Enkele noodzakelijke voorwaarden om in deze, toch wat moeilijke, periode te overleven zijn:

- erkenning van de beperkte draagkracht van de actieve NHG-leden, zodat niet voortdurend alles wat van buitenaf 'moet' als een niet af te lossen schuld wordt meege-sjouwd.
- erkenning van de ongebondenheid, die nodig is voor creativiteit ten behoeve van onderzoek en ontwikkeling binnen huisartsgeneeskunde en eerstelijns gezondheidszorg.
- selectie van activiteiten op hun innoverende waarde, om aldus aan het principe van de 'Gideonsbende' trouw te blijven.
- tijdige erkenning van de historische waarde van het Nederlands Huisartsen Genootschap en de status die daardoor (nog) aan het Genootschap wordt verleend.

Voor de directe toekomst van het NHG bestaat nog geen gevaar, maar het Genootschap zal wel zelf moeten zorgen voor verdere resultaten. Voldoende gemotiveerde leden zijn er wél, maar prestaties zoals in de pioniersjaren kunnen er, zeker in de huidige tijd, niet verwacht worden. Men zal zich ermee tevreden moeten stellen dat aan de bestaande reeks zo nu en dan een klein succesje wordt toegevoegd.

In de tweede helft van de jaren zeventig lijkt de 'maatschappelijke steun' –een term van Peper– voor de eerstelijns gezondheidszorg af te nemen. Dat heeft uiteraard budgettaire oorzaken, maar de voor een beleid benodigde visie lijkt ook wel eens te ontbreken. Daarnaast heeft de Overheid allerlei voornemens met betrekking tot de structuur van de gezondheidszorg, met belangrijke consequenties voor de eerste lijn. Dit streven, én de hierboven gesignaleerde tendens staan in een paradoxale verhouding. De situatie voor de eerste lijn wordt onduidelijker, maar ook gevaarlijker. Een scherpe en goed gepresenteerde visie vanuit de beroepen die samen de eerste lijn van de gezondheidszorg vormen, is meer dan ooit nodig.

Het NHG heeft in de afgelopen jaren voor de huisartsgeneeskunde in Nederland de functie van legkip én broedstoof vervuld. In de beginperiode heeft het in korte tijd een aantal eieren in de vorm van goede resultaten opgeleverd. Deze resultaten betekenen een belangrijke bijdrage aan de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde.

Na het enthousiaste begin gaat het allemaal wat moeilijker en wordt af en toe een bescheiden ei afgeleverd. In de nabije toekomst zal er voor gezorgd moeten worden dat de kip niet stopt met leggen en dat de stoof niet leeg blijft. Slachten van pluimvee dat gouden eieren produceert is onverstandig en het NHG zal ervoor moeten zorgen dat de resultaten van eigen activiteiten aan het kiezen van een richting voor de toekomstige ontwikkeling bijdragen.

## INLEIDING

Zoeken naar het nieuwe pleegt zijn oorsprong te vinden in de onvrede met het bestaande. Zo ook het zoeken naar een structuur van de eerstelijns gezondheidszorg. De bestaande structuur, non-structuur volgens sommigen, wordt op velerlei wijzen afgeschilderd: gefragmenteerd, onsamenhangend, een lappendeken, niet afgestemd op de behoefte, teveel autonome elementen bevattend, niet of nauwelijks te beïnvloeden, moeilijk beheers- en bestuurbaar, verbrokkeld gefinancierd.

Uit deze kwalificaties blijkt duidelijk de onvrede en, impliciet, de wens tot verandering, vernieuwing en verbetering. Nu is het uit de fotografie bekend, dat slechts een scherp negatief een goede positieve afdruk oplevert. Voor het ontwerpen van een beeld van de nieuwe, gewenste situatie zal dan ook een analyse van de bestaande toestand en van de knelpunten daarin onontbeerlijk zijn. Even noodzakelijk is het, na te gaan welke overwegingen en welke criteria een rol spelen bij de beoordeling van de bestaande structuur en bij het ontwikkelen van ideeën over een nieuwe.

Het is niet mogelijk in het bestek van deze bijdrage een nauwkeurige beschrijving van de actuele structuur der ELGZ te geven. Voor het merendeel der lezers is dat vermoedelijk ook overbodig. Door de Geneeskundige Hoofdingspectie van de Volksgezondheid en het Leidse Instituut voor Sociale Geneeskunde (hoogleraar prof. dr. F. Doelman) wordt overigens een publicatie voorbereid, waarin een inventarisatie van de bestaande situatie gegeven wordt. Laten we daarom volstaan met in het kort iets te zeggen over de overwegingen, die in verschillende publicaties over de toekomstige vormgeving van de eerstelijns gezondheidszorg een rol spelen.

## DE CONTEXT

De context waarin de gedachtenvorming over de gezondheidszorg plaatsvindt, is uiteraard die van de maatschappij als geheel, van de daarin veranderende opvattingen. De gezondheidszorg is immers geen op zichzelf staand systeem, doch verkeert in voortdurende interactie met de samenleving. Ook is de structuur van een maatschappelijk subsysteem geen doel in zichzelf. Structuur, zo U wilt de 'anatomic', is een conditie voor het functioneren, de 'fysiologie'. Opvattingen ten aanzien van het functioneren zullen dan ook bepalend zijn voor de visie op de structuur.

Op dit punt valt het een en ander waar te nemen:

Veranderende inzichten met betrekking tot hulpverleners, de rol van de hulpvrager, diens omgeving en de hulpverlener, de wijze van helpen, de daarvoor vereiste attitude, kennis en vaardigheden. Veranderende inzichten omtrent de verantwoordelijkheden van cliënt/patiënt, zijn omgeving en de professionele hulpverlener, de mondigheid, de onafhankelijkheid, het zelf- of althans mede-beslissingsrecht van de burger in individuele en collectieve gezondheidszorgzaken. Veranderende inzichten nopens de bestuurlijke niveaus, waarop besluitvorming in de gezondheidszorg behoort plaats te vinden, nopens centralisatie en decentralisatie, de taken van de overheid, financiers en organisaties van het particulier initiatief.



Veranderende inzichten ook betreffende de rol van de gezondheidszorg in de samenleving, het aandeel van natuurwetenschap en gedragswetenschap in de gezondheidszorg, het mensbeeld en de antropologische visie, waarvan de werker in de gezondheidszorg zou dienen uit te gaan. Veranderende inzichten inzake de schaal waarop voorzieningen, ook –en zeker– gezondheidszorgvoorzieningen, behoren te functioneren, wil de gezondheidszorg menselijk blijven. Veranderende inzichten met betrekking tot plaats, taak en functie van de verschillende categorieën werkers in de gezondheidszorg, het complementaire karakter van de onderscheiden werksoorten en van de onderscheiden typen voorzieningen, noodzakelijkerwijs leidend tot communicatie, afstemming en samenwerking.

Veranderende inzichten aangaande de condities, welke de structuur moet bieden aan de uitvoerende werkers. Veranderende inzichten tenslotte nopens de doelstellingen van de gezondheidszorg, de eerstelijns gezondheidszorg en de daarin werkzame disciplines in het bijzonder.

## CRITERIA

Is het mogelijk uit deze, bijkans op alle fronten optredende veranderingen in opvattingen en inzichten, nu reeds aanduidingen of contouren van criteria te ontwaren? We zullen een poging wagen. Daarbij gaan we na welke desiderata afkomstig zijn van de cliënt/burger, welke van de hulpverleners/het gezondheidszorgsysteem, en welke van de samenleving als geheel, met name van de overheid. Vanuit de *hulpvrager* bezien moeten de eerstelijns gezondheidszorg-voorzieningen:

- duidelijk herkenbaar, bereikbaar, continu beschikbaar, beïnvloedbaar zijn
- openstaan voor elke hulpvraag terzake van de gezondheid. Zij mogen als generalistische voorzieningen geen hulpvragen of hulpvragers van bepaalde categorieën a priori uitsluiten
- uitgaande van een de mens-als-totaliteit-belevende houding integrale, persoonlijke en continue zorg en hulp bieden, waar nodig in samenwerking met anderen, professionals en non-professionals, en de eigen verantwoordelijkheid en de privacy van de patiënt en diens omgeving respecteren
- afgestemd zijn op de behoeften en op de culturele, sociale en economische situatie van de cliënt dan wel van de populatie, waarop de voorziening zich richt. (Op dit punt is tot nu toe opmerkelijk weinig onderzoek verricht.)

Vanuit de *hulpverlenen(s)* bezien zal de structuur van de ELGZ het de werker(s) mogelijk moeten maken:

- optimaal te functioneren, dat wil zeggen conform hun doelstelling op de behoefte van de doelpopulatie afgestemde hulp en zorg te verlenen, met zo weinig mogelijk 'dubbele loyaliteits'-problematiek. Als doelstelling van de ELGZ kan gelden een modificatie van de Woudschoten-definitie van de huisarts: het aanvaarden van medeverantwoordelijkheid voor een integrale, persoonlijke, continue zorg voor de gezondheid van de zich aan hen toevertrouwende individuen en gezinnen in hun thuissituatie. Deze zorg heeft preventieve, voorlichtende, positieve, anticiperende, curatieve, verzorgende, bewakende, revaliderende en signalerende aspecten.
- de voor het optimaal functioneren benodigde ondersteuning te verkrijgen

- de onder meer voor de continuïteit van de zorg vereiste samenwerkingsrelaties op te bouwen en te onderhouden, als gelijkwaardige partner met andere werkers in de ELGZ en met werkers in andere subsystemen van de gezondheidszorg, alsook met werkers in andere maatschappelijke sectoren (maatschappelijke dienstverlening met name) en met niet-professionele helpers.

Vanuit de *samenleving* gezien dient de structuur van de ELGZ zodanig te zijn dat:

- de kwaliteit van de daarin geboden zorg en hulp wordt gewaarborgd
- de voorzieningen, zowel de uitvoerende als de ondersteunende sector, voldoende van omvang en spreiding, doelmatig, overzichtelijk en samenhangend zijn
- het subsysteem een goede samenhang met de andere subsystemen vertoont
- het geheel van voorzieningen beïnvloedbaar, beheersbaar en financierbaar is, derhalve in goede samenhang met de bestuurlijke organisatie en de bevolking.

Op vele aspecten zullen uiteraard de verlangens, vanuit deze drie invalshoeken geformuleerd, convergeren en vaak zelfs identiek zijn. Op andere onderdelen kan zich een spanningsveld voordoen, zoals tussen een meer mens-gerichte en een meer organisatie-gerichte benadering, tussen bureaucratiserings- en democratiseringstendenzen, tussen centraal en perifeer, tussen kleinschalig en grootschalig, tussen overheid en particulier initiatief, tussen kwaliteit en kosten. Het zal derhalve niet mogelijk zijn een rigide, schablonen-achtig model te ontwikkelen voor de structuur van de ELGZ. Slechts een flexibel model is mogelijk, met op verschillende niveaus variabel in te vullen elementen, al naar de ter plekke bestaande determinerende factoren van onder andere demografische, epidemiologische, geografische, economische, sociale en verkeerstechnische aard. Bovendien zal de invulling door alle betrokkenen gezamenlijk dienen te geschieden, door burgers en overheid, financiers, werkers en organisaties, in een duidelijk communicatiepatroon met beïnvloedbare besluitvorming en heldere afbakening van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden.

Dat de speelruimte in bestuurlijke zin en dus ook in budgettair opzicht niet onbeperkt zal kunnen zijn, behoeft geen betoog. De op landelijk niveau verantwoordelijke instanties, overheid en parlement, zullen de grootte van de speelruimte, dus van de beslissings- en bestedingsmarge moeten bepalen, vanzelfsprekend in goed overleg en samenspel met landelijke organisaties, lagere overheden en financiers. Vooralnog dient gerekend te worden met een drielagige bestuurlijke organisatie, al zijn er constructies op het bovengemeentelijk of intergemeentelijk niveau mogelijk (Wet Gemeenschappelijke Regelingen), zoals ook op benedengemeentelijk niveau wijkadviesraden en deelgemeenteraden gevormd kunnen worden.

Commissies ex artikel 61 van de Gemeentewet bieden de mogelijkheid ook niet-gemeenteraadsleden bij het bestuur in te schakelen. Geleidelijk aan ontwikkelt zich het besef dat een werkelijk integrale hulpverlening slechts in gezamenlijkheid kan worden geboden. Zo ook lijkt schoorvoetend het inzicht veld te winnen dat ook de ondersteuning van de werkers een kwestie van gezamenlijk beleid is, althans voor zover het om de bijstand gaat, die de betreffende werker als *eerstelijns werker* behoeft. Het gaat dus om, wat we zouden kunnen noemen, echelon-specifieke ondersteuning, te onderscheiden van discipline-specifieke ondersteuning. Bij het structuurmodel is ervan uitgegaan dat met name deze echelon-specifieke ondersteuning aan werkers van verschillende

disciplines vanuit een op de echelonsidee stoelende organisatievorm geleverd zal worden. Dit betekent dat ondersteuning aan samenwerkende hulpverleners daar, waar dat mogelijk en zinvol is, door samenwerkende ondersteunende instanties wordt geleverd. Deze samenwerking zal allicht leiden tot gehele of gedeeltelijke integratie van deze instanties. Het is niet onmogelijk dat één bepaalde instantie, bijvoorbeeld een kruisorganisatie, door de aldaar reeds lang bestaande organisatiestructuur en ervaring zal kunnen fungeren als 'condensatiekern' voor een bredere, geïntegreerde eerstelijnsgezondheidszorg-organisatie.

## STRUCTUURMODEL

We zullen nu een structuurmodel trachten te schetsen, dat aan de in de vorige paragraaf geformuleerde criteria voldoet, zonder overigens –in dit bestek helaas niet mogelijk– per onderdeel aan te geven welke van deze criteria in casu de keuze hebben bepaald. De toetsing van het hier voorgestelde model aan voornoemde criteria zij aan de lezer gelaten.

Globaal is de redenering bij de bouw van het model de volgende geweest:

Wat is de behoefte aan hulp en zorg? Welke hulpverleners zijn daarvoor nodig? Welke ondersteuning behoeven deze hulpverleners? Welke factoren spelen een rol bij de keuze van het niveau waarop we denken dat de verschillende ondersteunende activiteiten georganiseerd moeten worden? Hoe is de vereiste samenhang tussen ELGZ en andere subsystemen te bereiken? Hoe kan de operationele gezondheidszorg-organisatie in samenhang met de bestuurlijke organisatie worden gebracht? Hoe wordt de vereiste flexibiliteit gewaarborgd?

Het structuurmodel heeft een modulair karakter, dat wil zeggen dat het is opgebouwd uit functionele eenheden. De dichtst bij de bevolking gesitueerde functionele eenheid is het *multi-disciplinaire ELGZ-team*, dat op het niveau van buurt, wijk of (kleinere) plaats functioneert en dat de eigenlijke hulp en zorg biedt. Met 'team' is hier bedoeld een multi-disciplinair samenwerkingsverband. De mate van structurering, formalisering en de intensiteit van de samenwerking kan daarbij variëren, evenals de arbeidsrechtelijke positie van de werkers ten opzichte van de Instelling. Het bestaat uit hulpverleners en de hen assisterende werkers.

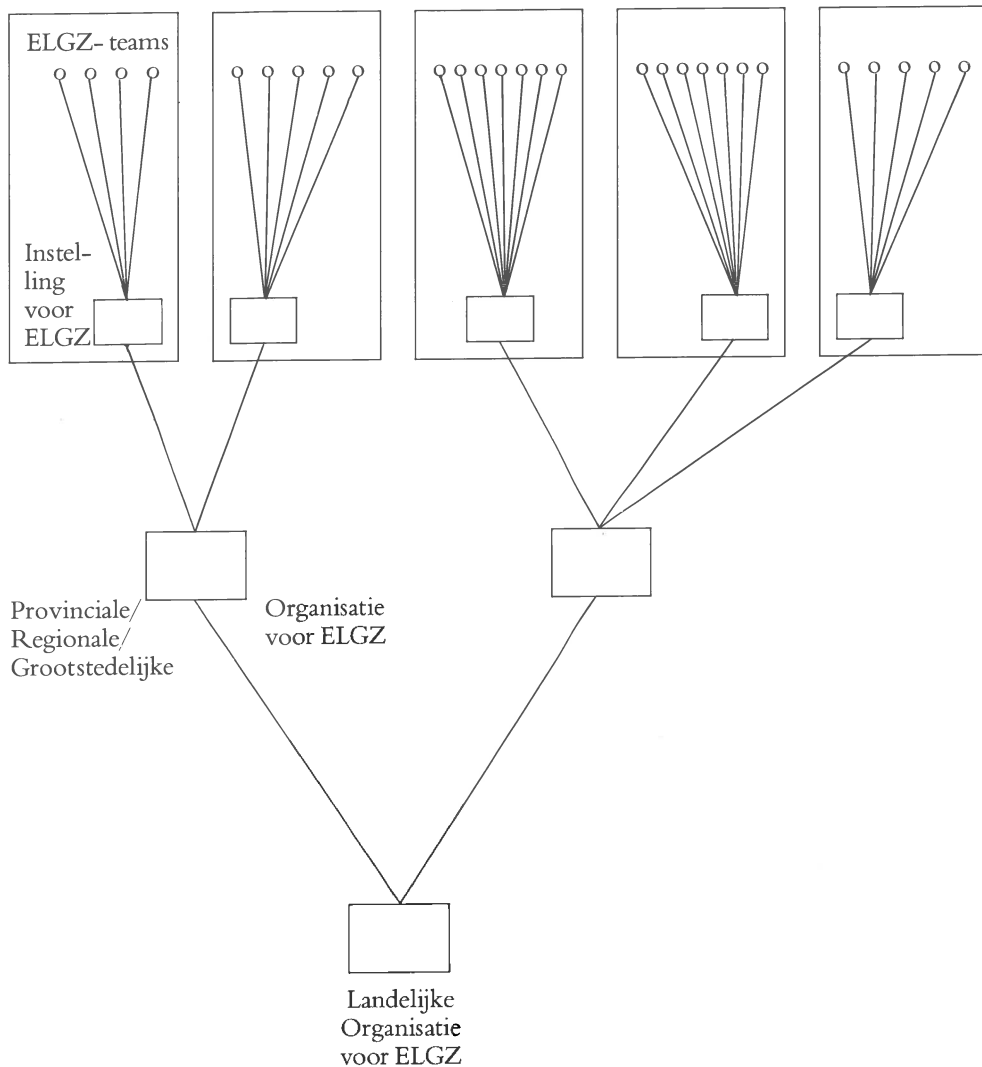
De *Instelling voor ELGZ*, die op subregionaal niveau, dus voor de bevolking van een aantal buurten, wijken, kleinere plaatsen of van een middelgrote stad de eerstelijns zorg biedt, bestaat uit een aantal van deze ELGZ-teams en een bureau, dat de teams ondersteunt.

De *Provinciale, Regionale dan wel Grootstedelijke organisatie voor ELGZ* fungeert als ondersteunende instantie voor de in haar territorium opererende instellingen. Het territorium beslaat een aantal subregio's, een provincie of een deel daarvan (regio of een grote stad).

De *Landelijke organisatie voor ELGZ* tenslotte is de ondersteunende instantie voor alle Provinciale/Regionale dan wel Grootstedelijke ELGZ-organisaties. In schema gebracht zijn de samenhangen van deze ELGZ-'modulen' met de overige subsystemen van de gezondheidszorg, met de bestuurlijke organisatie en de schaalgrootte:

BESTUURLIJKE ORGANISATIE		OPERATIONELE (GEZONDHEIDSZORG) ORGANISATIE					GROOTTE van de DOELPOPULATIE
Bestuurlijk niveau	Bestuurlijk orgaan	Eerstelijns gezondheidszorg	Tweedelijns gezondheidszorg	AGGZ	Derdelijns gezondheidszorg; categorale gezondheidszorg	Openbare gezondheidszorg	Aantal inwoners
buurt	wijkadviesraad						5.000
wijk/kleine plaats	deelgemeenteraad commissie ex art. 61	ELGZ-team ELGZ-instelling			verpleeghuis		12.500
middelgrote stad	gemeenteraad		ziekenhuis				75.000
grote stad	gemeenteraad commissie ex art. 61	Provinciale/Regionale/Grootstedelijke organisatie voor ELGZ	ziekenhuis		verpleeghuis	GG en Gd CB-tbc	250.000
regio	inter-/boven-gemeentelijk orgaan		ziekenhuis	RIAGG RIGG		DGD streeklaboratoria SMD-kruisorganisatie	750.000
provincie	Provinciaal Bestuur		ziekenhuis				3.000.000
land	Rijksoverheid Parlement	Landelijke Organisatie voor ELGZ	NZR	NVAGG	NZR	RIV	14.000.000

Schema 1: structuurmodel voor de ELGZ in samenhang met de overige voorzieningen in de gezondheidszorg.



Schema 2: Schematische weergave van het structuurmodel van de eerstelijns gezondheidszorg.

## ELGZ-TEAM

werkzaam voor 5.000 - 12.500 inwoners

	<b>Hulpverleners:</b>		<b>Assisterende werkers:</b>
Groot team (20 - 28 leden)	3 - 5 huisartsen		doktersassistente
	2 - 4 wijkverpleegkundigen		secretaresse
	wijkziekenverzorgenden		analyste
	2 - 4 algemeen maatschappelijk werkers	Kernteam 7 (9) - 13 (16)*** leden	tandartsassistente
	2 - 3 <u>fysiotherapeuten</u>		apothekersassistente
	oefentherapeuten		receptioniste
	3 - 4 tandartsen		telefoniste
	1* apotheker		huishoudelijk assistente
	1* verloskundige		conciërge
	1* leidster/docente kraamzorg		
	1* leidster gezinszorg, bejaardenzorg		

\* kan in meer dan één team participeren

\*\* plaats in ELGZ nog in discussie

\*\*\* bij de grootste genoemde aantallen zijn ook de fysiotherapeuten meegeteld

Schema 3: samenstelling van de kleinste moduul in het structuurmodel ELGZ: het ELGZ-team.

## BESLUIT

Veel vragen zijn nog blijven liggen, hoe kan het ook anders? Deze vragen zullen immers door de betrokkenen zelf gesteld en beantwoord moeten worden. Gepoogd is slechts enkele factoren aan te geven, die naar mijn opvatting een rol moeten spelen bij de concrete vormgeving van een nieuwe structuur van de ELGZ, en een model te bouwen, dat rekening houdt met deze factoren. Heeft de aldus geschetste nieuwe structuur realiteitswaarde, is er uitzicht op verwezenlijking? Of is het een gedachtenspinsel, zo ver van de werkelijkheid, zo onmogelijk te realiseren, dat van een luchtspiegeling, een *fata morgana* moet worden gesproken? Wanneer de voortekenen niet bedriegen en de thans aanwezige tendenzen goed worden geïnterpreteerd, is er allerwege een groeiproces gaande, zowel in het veld, bij werkers en organisaties, als bij de landelijke, provinciale en gemeentelijke overheden. Een groeiproces, waarbij de opvattingen inzake hulpverlening, de invloed van burger en gemeenschap daarop en de structuur waarin deze hulpverlening het meest effectief en efficiënt kan functioneren, steeds dichter bij elkaar komen.

Wil men tot werkelijke vernieuwingen komen dan is een, althans in hoofdlijnen, gemeenschappelijk onderschreven 'philosophy' een *conditio sine qua non*. Structuur en financiering zijn keerzijden van eenzelfde medaille. Zonder een aangepaste financiering is geen nieuwe structuur mogelijk en evenmin is een nieuwe financieringswijze denkbaar zonder een aangepaste structuur. Beide zullen dus in onderlinge samenhang gewijzigd moeten worden.

Vooralsnog zullen zich naast de bestaande structuren nieuwe organisatievormen aandienen, die weerstanden oproepen, aan de zin waarvan getwijfeld zal worden en voor wier nut om bewijzen zal worden gevraagd. Is echter de achterliggende gedachtengang valide, dan zal zeker de weerstand overwonnen worden, de twijfel afnemen en het nut aan het licht komen.





## **Deel IV**

### **Huisartsgeneeskunde als wetenschap**

- dr. G.J. Bremer, Een aantal stellingen bij proefschriften van huisartsen 147
- dr. E. van der Does, Huisarts en epidemioloog 158
- G. Dorrenboom, Wetenschappelijk onderzoek in internationaal  
perspectief 170
- J.S. Meijer, Wetenschapsbeleid voor de huisartsgeneeskunde 174
- W. Verdenius, Enkele ontwikkelingslijnen in de huisartsgeneeskunde 180



De stellingen in deze bijdrage zijn ontleend aan dissertaties geschreven door huisartsen. Sinds geruime tijd verzamel ik deze dissertaties. De enige voorwaarde waaraan een proefschrift moet voldoen om in mijn verzameling te kunnen worden opgenomen is: de promotie moet plaats gevonden hebben op een moment dat de promovendus huisarts was. Het onderzoek –waarvan in het proefschrift een verslag wordt uitgebracht– is niet altijd verricht in de huisartspraktijk, in veel gevallen echter wel. Van enkele dissertaties bezit ik de handelseditie en in enkele proefschriften ontbreekt het stellingenblad. Uit deze boeken heb ik dus geen stelling kunnen citeren.

Alleen de stellingen zijn genomen waarin de volgende woorden voorkomen: *huisarts* (of: algemeen arts, medicus practicus, huismedicus); *algemene praktijk* (of: huisartspraktijk, huisartsenpraktijk); *medische opleiding* (of: medisch onderwijs, medisch student), en *nascholing*.

Er waren nogal wat stellingen waarbij dat het geval was: totaal 201. Dat was teveel en daarom heb ik uit elke dissertatie slechts één stelling genomen en stellingen waarin, soms in iets andere bewoordingen, vrijwel hetzelfde wordt geponereerd, maar éénmaal opgenomen. Ik kreeg toen een reeks van 89 stellingen uit even zoveel proefschriften. Ik heb het volgende genoteerd: jaar, naam en voorletters van de schrijver, plaats van de promotie, titel van de dissertatie, nummer van de stelling en tenslotte de tekst van de stelling.

De stellingen zijn in chronologische volgorde genoteerd, de ondertitel van de dissertatie is weggelaten evenals de literatuur die een enkele maal in een stelling wordt opgenomen. De secretaresse, die alles voor mij heeft uitgetypt, mevrouw A. S. Sloos-van der Kaaij, had een bepaalde indruk overgehouden na het doornemen van de hele reeks. Deze indruk heeft zij in de volgende stelling geformuleerd:

*In de periode 1902-1979 trachtten de huisartsen het vakgebied der huisartsgeneeskunde zo groot mogelijk te houden: de huisarts dient zoveel mogelijk zelf de patiënten te genezen; doorverwijzen naar de specialist komt pas de laatste jaren ter sprake.*

In Artikel 8 van het Promotiereglement van de Rijksuniversiteit te Leiden staat: ‘....De promotor ziet er tevens op toe dat in de stellingen niets voorkomt strijdig met de openbare orde of de goede zeden.’

In de door mij aangehaalde stellingen treft de lezer dan ook niets aan dat ook maar even aan zoiets zou kunnen doen denken.

Toen ik alle stellingen nog eens doorlas, realiseerde ik mij dat er een stelling bij was van J. W. Bruins (1943), de vader van Chris Bruins.

1902 – Rombouts, K. H., Amsterdam.

Beschouwingen over het geboorte- en kindersterftecijfer van Nederland gedurende het tijdvak 1875-1899.

XII: Het is wenschelijk dat ieder, die zich in het huwelijk wil begeven, tevoren zijn huismedicus hierover raadpleegt.

1914 – Wybrands, W., Groningen.

Over zuigelingensterfte, mede naar aanleiding van de zuigelingensterfte in den

Gelderschen Achterhoek in de jaren 1903-1907 en 1911.

XIII: De kinderpraktijk behoort in den regel door den huisarts te worden uitgeoefend en dit brengt alleen reeds de wenschelijkheid met zich mede, dat deze in zijne studiejaren voor dit belangrijk deel van zijn arbeid de gelegenheid vindt zich afzonderlijk te bekwamen en dat hem het recht op uitoefening der geneeskunst pas wordt verleend, nadat hij ook een afzonderlijk bewijs van bekwaamheid in de kindergeneeskunst heeft gegeven.

1921 – Frederikse, A. M., Utrecht.

Onderzoekingen betreffende de ovogenese der dytiscidae.

V: Het is in 't algemeen wenschelijk, dat een gerechtelijke sectie niet aan een practiseerend medicus worde opgedragen.

1933 – Hoeven, P. A. van der, Amsterdam.

Klinische studie over de dysenterie bij kinderen in het bijzonder te Amsterdam.

V: Het verschaffen van voorlichting inzake het huwelijk, het geslachtsleven en de geboorteregeling blijve uitsluitend de taak van den huisarts.

1933 – Meijer, J. W., Amsterdam.

Experimenteel onderzoek over het rotatie-vermogen van het menschelijk bloed.

VII: De behandeling van spataderen door middel van inspuitingen behoort tot het terrein van den huisarts.

1936 – Schripsema, J., Groningen.

Bijdrage tot de kennis van de ontwikkeling der verloskunde in de 18e eeuw.

XIII: De medicus-practicus, tot welke confessioneele groepeerings hij ook zelve behoore, of welke levensbeschouwing hij ook moge zijn toegedaan, bedenke steeds weer aan het ziekbed, dat de patiënt door hem beter gediend wordt met één enkele sobere maar medisch verantwoorde gedachte, dan door een noodzakelijkerwijs meer of minder dilettantisch blijvende poging om door deelname aan diens persoonlijk geestelijk leven 'troost' te brengen.

1937 – Ruiter, H. I. de, Utrecht.

Mazelenbestrijding in de algemeene praktijk.

I: Van de methoden der praeventieve geneeskunst ligt de seroprophylaxe bij mazelen binnen het bereik van den medicus-practicus.

1938 – Heering, M. J., Leiden.

Over wezen en verloop van de ulcusziekte.

XII: Men bevordere, dat de medische student aan meer dan één universiteit zijn opleiding ontvangt.

1940 – Ensink, H. J., Amsterdam.

Moederschapszorg in het Markiezaat van Bergen op Zoom.

V: Consultatiebureaux voor zuigelingen ten plattelande worden bij voorkeur geleid door huisartsen.

1942 – Hoogvliet, B., Utrecht.

Genetische en klinische beschouwingen naar aanleiding van bloedersziekte en

kleurenblindheid in dezelfde familie.

XIII: Bij de medische opleiding kan een filosofische en religieuze scholing niet ontbreken. De medische wetenschap mag niet buiten de encyclopaedie der wetenschappen komen te staan.

1942 – Vroom, M. G., Utrecht.

Schrik, angst en vrees.

IX: Zuigelingenzorg moet taak van den huisarts zijn.

1943 – Bruins, J. W., Utrecht.

Kinderen van schizophrene ouders.

XIV: Een klassieke opleiding van den toekomstigen arts is te verkiezen boven een andere.

1945 – Mettrop, G. G. J., Utrecht.

De kinderuitzending in Nederland. Een kritische studie.

II: Voor het tot haar recht komen van de meest juiste indicatie voor uitzending: 'na acute en chronische ziekten en na operaties' is nauwe samenwerking met huisartsen en ziekenhuisartsen onmisbaar.

1945 – Wilhelmij, M., Utrecht.

Een onderzoek in de algemeene praktijk naar de gemiddelde doorsnede der erythrocyten, in het bijzonder bij vermagering in oorlogstijd.

6: In de toekomst zal de taak van de huisarts steeds meer gericht moeten zijn op het voorkómen van ziekten dan op de behandeling daarvan.

1947 – Lamberts, J. H., Utrecht.

Onderzoek naar de voedingstoestand van Rotterdamsche schoolkinderen.

13: Een correlatie tusschen het ziekenfondshonorarium van den huisarts en zijn aantal specialistenverwijzingen, zooals Blanksma en Van der Mandele dit verdedigen, is onjuist.

1947 – Mertens, A. Th. L. M., Leiden.

Eenige aspecten van de beteekenis van het geboortenummer.

XIII: Een belangrijke verbetering van de huidige verhouding huisarts-ziekenfondspatiënt zou bereikt kunnen worden door honorering van den arts per verrichting, waarbij de patiënt zelf althans een gedeelte der kosten draagt.

1948 – Beins, J. F. A., Groningen.

Misvorming en verbeelding.

13: Gebruik van tekenfilms bij de artsenopleiding moet toenemen.

1948 – Huygen, F. J., Utrecht.

Lobaire pneumonie als besmettelijke ziekte, een studie uit de algemeene praktijk.

XV: Wanneer bij de komende reorganisatie van het ziekenfondswezen geen aanzienlijke wijzigingen in de huidige gang van zaken gebracht worden zal een verlaging van het wetenschappelijk peil van de gemiddelde huisarts onvermijdelijk zijn, met alle gevolgen van dien voor de volksgezondheid.

- 1948 – Vasbinder, W., Utrecht.  
Govard Bidloo en William Cowper.  
9: Het is gewenst, dat ieder, die zich als specialist wil vestigen, gedurende tenminste één jaar, het volledige werk van een huisarts heeft verricht.
- 1949 – Buma, J. T., Amsterdam.  
Grondslagen van het medisch denken en handelen.  
I: Het is wenselijk dat de huisartsen worden betrokken in het onderwijs aan medische studenten.
- 1949 – Sonnaville, L. M. de, Leiden.  
Een epidemie van mononucleosis infectiosa in de algemeene praktijk.  
III: Het is gewenst, dat iedere huisarts zich een goed inzicht verwerve wat betreft de behandeling van strabismus concomitans; alleen zijn medewerking en raad kunnen beletten, dat de patiënt zich aan de langdurige conservatieve behandeling onttrekt.
- 1950 – Straaten, A. van, Leiden.  
Proeve eener verklaring van het verschijnsel der linkshandigheid.  
I: In de paediatric is voor den huisarts het verschijnsel der linkshandigheid in de familie-anamnese van groot belang bij de differentieel-diagnose stuipen of epileptisch insult.
- 1952 – Belt, J. J. van de, Amsterdam.  
Rorschach-onderzoekingen in de gevangenis en het huis van bewaring te Haarlem.  
VI: Voor de medicus-practicus hebben de nieuwe behandelingsmethoden bij kinkhoest uiterst geringe betekenis.
- 1952 – Cohen, E. A., Utrecht.  
Het Duitse concentratiekamp. Een medische en psychologische studie.  
XI: Het onderwijs in de geneeskunde moet er op gericht zijn, dat de toekomstige huisarts inzicht krijgt in de psychosomatische samenhang der ziekteverschijnselen.
- 1952 – Deen, K. J. van, Groningen.  
Arbeidsanalyse in een plattelandspraktijk.  
I: Het optimaal aantal patiënten per apotheekhoudende huisarts kan worden gesteld op ongeveer 2000.
- 1953 – Burema, L., Amsterdam.  
De voeding in Nederland van de middeleeuwen tot de twintigste eeuw.  
V: Ondanks, of misschien juist door alle specialisering, zal de huisarts onmisbaar blijven.
- 1954 – Hogerzeil, H. H. W., Utrecht.  
Resultaten in een huisartsenpraktijk.  
10: Het is waarschijnlijk, dat er een behoefte bestaat aan een maandblad dat speciaal de medische problemen van de huisartsenpraktijk behandelt.

- 1955 – Bik, J. G. W. F., Amsterdam.  
 Vijf eeuwen medisch leven in een Hollandse stad.  
 I: Kennis der religieuze instelling van de patiënt is voor de medicus, is voor de huismedicus van groot belang.
- 1956 – Cornelissen, R. L., Amsterdam.  
 Persoonlijheidsstructuur en emotionele conflictsituaties bij vrouwelijke patiënten met cholelithiasis.  
 12: Bij de opleiding van de arts wordt onvoldoende aandacht besteed aan de menselijke zijde van zijn toekomstige taak, voor welke de praktische toepassing van begrippen als 'morele draagkracht' en 'liefde voor de medemens' van minstens evenveel belang zijn als exacte kennis.
- 1956 – Takens, H., Groningen.  
 Vitamine D2 (Calciferol) intoxicatie.  
 11: Het verdient aanbeveling om de voortgezette geneeskundige ontwikkeling van de huisartsen te coördineren met een betere voorbereiding van de semi-artsen voor de algemene praktijk.
- 1957 – Klein Obbink, H. J., Amsterdam.  
 Bijdrage tot de kennis omtrent de oorzaken van aangeboren misvormingen van niet-erfelijke oorsprong.  
 VIII: Een teveel aan artsenspecialisten is in het algemeen geen motief voor de huisartsen om een deel van hun arbeidsterrein prijs te geven.
- 1957 – Ruhe, H. A. M., Utrecht.  
 Een huisartsenpraktijk in 1938 en 1954.  
 III: De optimale omvang van het onder leiding van een huisarts tot stand komende contact van patiënten met specialisten kan objectief benaderd worden.
- 1958 – Bos, G. J., Leiden.  
 Klinische vormen en epidemiologische gegevens betreffende infecties door het E.C.H.O. type 9 virus.  
 VIII: Indien al in Nederland een periodiek geneeskundig onderzoek van de bevolking wordt ingevoerd, verdient het aanbeveling de uitvoering hiervan te leggen in de handen van de huisartsen.
- 1958 – Haas, G. de, Groningen.  
 Een onderzoek naar vóórkomen en betekenis van ongevallen, die in de woning plaatsvinden.  
 IV: Het valt te betreuren, dat het onderwijs in de sexuologie aan de universiteiten, bij de algemene opleiding tot arts, nog steeds ontbreekt.
- 1958 – Oostingh, R., Groningen.  
 Isolaatvorming en confessie in verband met de genetische bevolkingsstructuur.  
 6: Het zou aanbeveling verdienen, dat ieder, die zich gaat specialiseren, eerst enige tijd als huisarts werkzaam was geweest.

- 1959 – Aulbers, B. J. M., Amsterdam.  
 Erfelijke aangeboren doofheid in Zuid-Holland.  
 X: De medische artikelen, die in de geïllustreerde pers verschijnen, kunnen de positie van de huisarts ondermijnen.
- 1959 – Löwenberg, A., Groningen.  
 Causes of coughing in a Groningen general practice.  
 VII: De indicatie tot tonsillectomie dient in het algemeen door de huisarts gesteld te worden.
- 1959 – Reep, A. F. M. van der, Nijmegen.  
 Tuberculose in een plattelandspraktijk.  
 I: De psychotherapie in een huisartsenpraktijk is gekenmerkt door geheel eigen mogelijkheden.
- 1960 – Dool, C. W. A. van den, Leiden.  
 Enige mogelijkheden tot het vroegtijdig opsporen van chronische ziekten door de huisarts.  
 XI: Om het nuttig effect van een kleuterbureau optimaal te doen zijn, zou het aanbeveling verdienen speciale cursussen voor huisartsen-leiders van deze bureaus te organiseren.
- 1960 – Mulder, H., Utrecht.  
 Bejaardensterfte in Nederland. Een vergelijking tussen stad en platteland.  
 VI: In de praktijk van de huisarts is het placebo een krachtig geneesmiddel.
- 1960 – Pel, J. Z. S., Amsterdam.  
 Alledaagse infectieziekten in de eerste vijf levensjaren.  
 VII: Bijbetaling door de ziekenfondsverzekerde aan de huisarts, als bezuinigingsmaatregel op het ziekenfondsbudget, dient te worden afgekeurd.
- 1960 – Voort, M. R. M. J. van de, Nijmegen.  
 De ontwikkeling van de ruitlijst bij de witte rat.  
 IX: Bij een effectieve praktijkvoering in een normale praktijk is een huisarts niet overbelast.
- 1961 – Nieuwenhuijzen, M. G. van, Utrecht.  
 Persoon en milieu van de ulcus-duodenilijder.  
 III: De specifieke functie van de huisarts maakt een speciale opleiding noodzakelijk.
- 1962 – Brouwer, W., Groningen.  
 Ervaringen met psychosociaal-anamnestic onderzoek als diagnostisch hulpmiddel in een huisartsenpraktijk.  
 II: In het kader van de huisartsennascholing zou de medische berichtgeving van de specialist aan de huisarts een belangrijker functie kunnen vervullen dan thans doorgaans het geval is.
- 1962 – Dijkhuis, H. J. P. M., Utrecht.  
 Anticoagulantia in de huispraktijk.  
 VI: Het is onjuist, dat de behandeling van de eenvoudige accidentele wond steeds minder door de huisarts geschiedt.



- 1962 – Mulder, J. D., Leiden.  
Bevolkingsonderzoek naar diabetes mellitus.  
VI: De leiding van het zuigelingen- en kleuterconsultatiebureau kan, waar dit mogelijk is, het beste aan de huisarts gegeven worden.
- 1962 – Zuiderweg, A., Groningen.  
Over het vóórkomen van astma (chronische aspecifieke respiratoire aandoeningen) in een huisartsenpraktijk in Z.O.-Groningen.  
IX: Het is voor de huisarts van grote waarde, als zijn in loondienst zijnde patiënten lid zijn van een bonafide vakvereniging.
- 1963 – Boer, J. J., Groningen.  
Ascaris lumbricoides L. in een dorpspraktijk  
X: Een goede samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegster is een fundamentele voorwaarde voor een goede praktijkuitoefening.
- 1964 – Bremer, G. J., Utrecht.  
Het verwijzen in de huisartspraktijk.  
I: Bij het verwijzen van patiënten naar de specialist heeft de huisarts de mogelijkheid de eigen diagnose kritisch te beoordelen.
- 1964 – Fennis, W. H. S., Amsterdam.  
Lactaatdehydrogenase-iso-enzymen in het bijzonder bij de ziekte van Pfeiffer.  
11: De som van de opleiding in de beginselen van een groot aantal specialisten is niet gelijk aan de opleiding tot arts en nog minder aan die tot huisarts.
- 1964 – Jong, D. J. de, Nijmegen.  
De gespreksmethode in de huisartsenpraktijk ten dienste van de diagnostiek en therapie bij psychosomatische aandoeningen.  
II: De positie van de huisarts leent zich bij uitstek voor de toepassing van de gespreksmethode.
- 1964 – Kortenhorst, F. H. J., Amsterdam.  
Nikkelallergie in een huisartsenpraktijk.  
X: Medisch, sociaal, psychologisch en economisch gezien, kan de huisarts in de toekomst het beste zijn taak verrichten door het organiseren van groepspraktijken met spreekkameraccommodatie aan de ziekenhuizen.
- 1965 – Bots, A. W., Leiden.  
De keelontsteking in de huisartspraktijk.  
I: De frequentie van acuut reuma na een niet adequaat behandelde door groep A streptococci veroorzaakte keelontsteking, zoals deze door de huisarts wordt gezien, bedraagt minder dan 0,5%.
- 1965 – Roelink, H., Nijmegen.  
Acute middenoorontsteking in de algemene praktijk.  
V: Centraal georganiseerde, continue morbiditeitsregistratie in de algemene praktijk is van belang voor de volksgezondheid.
- 1966 – Bergsma, J. J., Nijmegen.  
Preventief geneeskundig onderzoek in de huisartsenpraktijk.

- III: Onderlinge observatie der praktijkvoering gedurende een gehele dag is een effectieve vorm van nascholing voor huisartsen.
- 1966 – Hennink, M. P., Leiden.  
Borstvoeding.  
VII: Voor de medicus-practicus is in het bijzonder ten behoeve van de dermato-therapie een praktische oefening in de artsenijsbereidkunde onontbeerlijk.
- 1966 – Wiechen, H. J. van, Groningen.  
De resultaten van de poliklinische behandeling van kinderen met spastische parresen.  
XI: De behandeling van een clavicula-fractuur kan in het algemeen geschieden door de huisarts.
- 1967 – Luger, G. W., Amsterdam.  
Urineweginfecties in de algemene praktijk.  
10: De huisarts behoort onderricht te worden in gesprekstechniek, hetzij tijdens zijn opleiding, hetzij in de vorm van nascholing.
- 1967 – Vlamings, H. L. A., Nijmegen.  
Samenwerking van huisarts en maatschappelijk werkster.  
XI: Bij de nascholing van de huisarts wordt in het algemeen te weinig aandacht geschonken aan huidziekten.
- 1968 – Sanders, H. W. A., Nijmegen.  
Herpes zoster in de huisartspraktijk.  
XV: Het is van positieve betekenis voor de patiënt dat de huisarts een beoefenaar van een vrij beroep is, die zelf de volledige verantwoordelijkheid draagt voor zijn handelen.
- 1968 – Vugs, J. G., Leiden.  
Leven en werk van Niels Stensen (1638-1686).  
II: Een goede kennis der anatomie is een onmisbare voorwaarde voor het medisch handelen van de huisarts.
- 1969 – Beus, Ch. H. de, Nijmegen.  
Elektrocardiografie in een huisartspraktijk.  
7: De regeling om taxi-voer van patiënten naar de huisarts te vergoeden –zoals enkele ziekenfondsen doen– verdient navolging.
- 1969 – Hoogland, D. M., Utrecht.  
Stoornissen in het kraambed.  
XII: De pogingen om in navolging van Eimerl een diagnose-classificatie voor huisartsen op te stellen, die aansluit bij de internationale lijst van ziekten en doodsoorzaken, lijkt a priori tot mislukken gedoemd.
- 1969 – Hout, W. P. van den, Groningen.  
De brachialgie in de huisartsenpraktijk.  
XII: De aandoeningen, die in de huisartsenpraktijk worden samengevat onder het begrip 'minor ailments', blijken in vele gevallen, gezien tegen de

kontekst van een integrale benadering van de patiënt, het eerste signaal van een grote problematiek te zijn.

1969 – Noort, J. van, Leiden.

The structure and connections of the inferior colliculus. An investigation of the lower auditory system.

IV: De twee-mans huisartsen-groepspraktijk verdient de voorkeur boven de groepspraktijk met meer leden.

1969 – Oliemans, A. P., Utrecht.

Morbiditeit in de huisartspraktijk.

9: Het maatschappelijk succes van de huisarts zal gedeeltelijk blijken uit de appreciatie van zijn patiënten; bij deze appreciatie speelt de echtgenote van de huisarts een zeer belangrijke rol, omdat zij vooral bij de irregulaire contacten de patiënten zal moeten opvangen.

1969 – Schermers, C.G., Groningen.

Aortasclerose.

V: Bij optimale verloskunde van de huisarts behoort het bijhouden van baringverslagen en een voorlichtingsgesprek met de primigravidae en haar echtgenoten, enige weken voor de berekende datum van de partus.

1970 – Bangma, P., Utrecht.

Huisarts en anticonceptie. Een onderzoek naar de houding van de huisartsen in Nederland ten aanzien van de geboorteregeling.

I: De acceptatie van een eenmaal gekozen vorm van anticonceptie hangt niet alleen af van de houding van het echtpaar, maar ook van de houding van de adviserende (huis-)arts ten aanzien van die anticonceptie.

1971 – Raupp, J. L. M., Nijmegen.

Over werkwijzen van huisartsen.

VIII: Stafmedewerkers aan een universiteit, die werkzaam zijn in het onderwijs, dienen hiervoor een didactische opleiding te ontvangen.

1971 – Velden, H. G. M. van der, Nijmegen.

Huisvrouw-huisarts-huisgezin.

V: De huisarts die zeer zelden verloskundige hulp verleent kan beter geheel van het bedrijven van de verloskunde afzien.

1972 – Fieren, C. J., Nijmegen.

Het myocardinfarct, een prospectief onderzoek naar de morbiditeit en de sterfte, speciaal in de acute fase, in het woongebied 'Neder-Veluwe'.

14: Tijdens de opleiding tot arts dient voldoende aandacht te worden besteed aan onderwijs in elementaire kennis van statistiek.

1972 – Gaymans, R., Leiden.

De klinische betekenis van 'bacteriurie'.

VIII: De waarde van het gebruik van de vacuümextractor ter ondersteuning van de uitdrijving bij de baring in de huisartspraktijk zal slechts dáár beoordeeld kunnen worden.

- 1972 – Muller, H. K., Leiden.  
Een oriënterend somatometrisch en densitometrisch onderzoek.  
I: Samenwerking in groepsverband door huisartsen zal nimmer leiden tot verbetering van de praktijkvoering en verlichting van de tijdnoed, tenzij de deelnemers bereid zijn tot delegeren van een omvangrijk deel van hun huidige werk.
- 1972 – Pot, H., Utrecht.  
Postmenopauze-oestrus en Atherosclerose.  
IX: De taalbarrière tussen buitenlandse gastarbeiders en huisartsen is dermate groot, dat een adequate behandeling van hen tot de onmogelijkheden behoort, tenzij speciale voorzieningen getroffen worden.
- 1972 – Weisz, F. H., Amsterdam.  
On delegation in medicine and dentistry.  
X: Als een huisarts zegt: 'Ik heb 3000 patiënten', dan verwacht hij gezonden met zieken en bezitten met dienen.
- 1973 – Gill, K., Utrecht.  
Sociaal-verloskundige verkenningen.  
7: Het intercollegiale consult van de huisarts is ten onrechte in het vergeetboek geraakt. Om verscheidene redenen vraagt dit instituut erom in ere te worden hersteld.
- 1973 – Melker, R. A. de, Nijmegen.  
Ziekenhuispatiënt-huisarts-huisgezin.  
8: Het gebruik maken van een screening-audiometer in de huisartsenpraktijk dient als een diagnostische aanwinst te worden beschouwd, vooral indien deze wordt gebruikt in combinatie met stemvorkproeven.
- 1973 – Neeff, J. I. de, Utrecht.  
Prenatale zorg en het gezondheidscentrum van Didam.  
I: Een afgevaardigde van de huisartsen uit het rayon van het streekziekenhuis dient zitting te hebben in de staf van dat ziekenhuis of in een coördinatie-commissie van bestuur, directie en staf.
- 1973 – Vries, A. E. N. de, Nijmegen.  
Gezin en hulpverlening in dorp-bij-stad.  
4: De huisarts is de centrale figuur in een eerste echelons medisch-sociaal team. Hij kent de meeste gezinnen; hij komt in bijna alle gezinnen; zijn probleemveld is het grootste en het breedste.
- 1974 – Smit, P. Th., Nijmegen.  
Spoedgevallen in een huisartspraktijk.  
VIII: Iedere huisarts dient zowel bij zijn patiënten als bij zichzelf het hyperesthetisch emotionele syndroom te kunnen herkennen.
- 1974 – Zuiderveld, U., Amsterdam.  
Honderd gezonde mannen.  
13: Er is de laatste tijd in de algemene praktijk een duidelijke toename merkbaar van de 'a-specifieke thoraxklachten', nogal eens culminerend in het

hyperventilatiesyndroom. De gedachte dringt zich op dat de grote publiciteit rondom de ischemische hartziekten in belangrijke mate debet is aan de bovengenoemde ontwikkeling.

- 1976 – Rens, J. W. G. A. van, Nijmegen.  
 Glaucoma simplex in de huisartspraktijk.  
 XI: In de huisartsenpraktijk zijn de families met een hoge ziektefrequentie ook degenen met een hoge ongevals-frequentie.
- 1976 – Zeijlmans, J. G., Utrecht.  
 Menopauze en perimenopauze.  
 12: Ook in de toekomst zal de huisarts de somatische geneeskunde tot in de perfectie dienen te beheersen.
- 1977 – Crebolder, H. F. J. M., Nijmegen.  
 Onderzoekingen rond een gezondheidscentrum.  
 8: Het behoort tot de taak van de huisarts zijn cliënten te beschermen tegen onnodige medisch-specialistische onderzoeken en ingrepen. De huisarts dient dan ook op de hoogte te zijn van het pro en contra van deze ingrepen.
- 1977 – Feen, J. A. E. van der, Rotterdam.  
 Hypertensie, een uitdaging aan de huisarts.  
 XIV: Aan psychosociale problematiek als mede-oorzaak van lichamelijke klachten dient in de opleiding en de nascholing van de huisarts meer aandacht te worden besteed.
- 1977 – Koperberg, I. Ph. L., Utrecht.  
 Dubbelblind geneesmiddelenonderzoek met en zonder placebo.  
 1: De duur van de beroepsopleiding tot huisarts dient minstens twee jaar te bedragen.
- 1977 – Schilperoort, J., Utrecht.  
 De toepasbaarheid van electrocardiografische diagnostiek in de huisartspraktijk.  
 I: De beschikbaarheid over deskundige electrocardiografische diagnostiek in de huisartspraktijk leidt tot kwaliteitsverbetering van de gezondheidszorg in de eerste lijn.
- 1978 – Does, E. van der, Rotterdam.  
 The imminent myocardial infarction Rotterdam study.  
 IV: Bij het eerste huisarts-patiënt-contact wordt een belangrijk deel der patiënten met een hartinfarct gemist.
- 1978 – Geuns, H. van, Groningen.  
 Urinary tract calculi.  
 VIII: Het niveau van de huisartsgeneeskunde zou verhoogd worden door de huidige éénjarige opleiding te verlengen tot twee à drie jaar, zodat een reële basis zou ontstaan voor te realiseren faciliteiten tot behandeling van patiënten door de eigen huisarts in een ziekenhuis.
-

*The progress of medicine will be hampered until  
the general practitioner becomes an investigator.  
Sir James Mackenzie, 1914*

## INLEIDING

Aan de hand van een drietal veel voorkomende of bedreigende klinische situaties waarmee de huisarts wordt geconfronteerd, wordt in deze bijdrage aangegeven hoe epidemiologische onderzoeksgegevens het denken en handelen van huisartsen zouden kunnen veranderen. Als concrete situaties zijn gekozen: de patiënt, die zich presenteert met voor een hartinfarct verdachte symptomen, met lage rugklachten en met verhoogde bloeddruk. Alle andere situaties zoals hoofdpijn, buikpijn etcetera, hadden model kunnen staan. De bijdrage is geschreven vanuit eigen jarenlange ervaring in de huisartspraktijk en literatuurstudie.

De belangrijkste impulsen tot het denken over epidemiologie en huisartsgeneeskunde zijn echter voortgekomen uit samenwerking met leden van de faculteit der geneeskunde van de Erasmus Universiteit te Rotterdam. Deze samenwerking betrof zowel onderzoek als onderwijs en patiëntenzorg. Het verder doorvoeren van epidemiologisch onderzoek kan inzicht geven in het functioneren van de eerste lijn, de betekenis van symptomen en klachten alsmede het natuurlijk beloop daarvan. Dit kan leiden tot een anders functioneren van de eerste lijn, met name tot een verbreding van de basis voor het rationele handelen van de huisarts. De huisarts moet leren om datgene wat hij als afwijking herkent, te relativieren.

## PLAATSBEPALING VAN EPIDEMIOLOGIE EN HUISARTSGENEESKUNDE TEN OPZICHTE VAN ELKAAR

Op een zondagmorgen wandelt een huisarts langs de rivier. Plotseling ziet hij een menselijk lichaam drijven. Zonder talmen brengt de dokter het schijnbaar levenloze lichaam van een man op de kant en stelt vast dat pols en ademhaling niet merkbaar aanwezig zijn. Aangezien het erop lijkt dat het lichaam nog maar kort in het water is geweest, begint hij terstond met reanimeren. Na enkele ogenblikken smaakt de dokter de voldoening van een succesvolle resuscitatie. Wie schetst zijn verbazing als opnieuw een lichaam komt aandrijven. Wederom wordt de reanimatie met succes bekroond. De dokter krijgt geen tijd om zich verder met de drenkelingen te bemoeien, want reeds komt het derde lichaam aandrijven. Als dit op de kant is gebracht en de arts daarmee bezig is, komt zijn vriend de epidemioloog langs. Deze blijft belangstellend staan toekijken. Omdat het vierde lichaam al in zicht komt, roept de huisarts geïrriteerd: 'Wat sta je daar nou te kijken, help me liever, er komt er alwéér een aan.' De epidemioloog slaat het tafereel nog even gade, draait zich om en verwijderd zich in stroomopwaartse richting, terwijl hij de huisarts nog toeroept: 'Nee, toch maar niet. Ik ga liever kijken wie degene is die al die mensen in het water duwt en vragen waarom hij dat doet.'

Met deze anecdote is de plaats van de huisartsgeneeskunde en de epidemiologie ten opzichte van elkaar globaal geschetst. De huisarts bemoeit zich doorgaans met de

hulpverlening aan individuen, al dan niet in gezinsverband. De epidemioloog bestudeert het voorkomen van ziekten en andere verschijnselen in de populatie en tracht de factoren, die daarmee gerelateerd zijn en/of in oorzakelijk verband daarmee staan, op te sporen. De huisarts uit de anecdote voelt zich gefrustreerd en is boos dat hij zomaar in de steek wordt gelaten. De epidemioloog verwijdert zich en gaat elders iets doen waar de huisarts geen zicht op heeft. Hij kan er ook geen zicht op hebben, hij moet op zijn plaats blijven. Hij weet niet dat de epidemioloog, terwijl hij wegloopt, bij zichzelf denkt: 'Onbegrijpelijk dat die huisdokter maar aan het reanimeren blijft, in plaats van te gaan kijken wat de oorzaak is.'

Dit verhaal lijkt tekenend voor de situatie. De huisarts, gespitst op de directe hulpverlening, heeft niet veel zicht op wat een epidemioloog is en wat deze doet. De epidemioloog vindt het werk van de huisarts mogelijk wel nuttig, maar het blijft toch sleutelen in de marge. Toch is dit juist datgene waar de huisarts voor wordt opgeleid: de directe hulpverlening.

Des te merkwaardiger is dit als men bedenkt dat Hippocrates, behalve dat hij de integrale geneeskunde propageerde, ook de stichter van de epidemiologie genoemd kan worden.<sup>1</sup> Hij geloofde dat ziekten en epidemieën natuurlijke oorzaken uit de omgeving hadden. Veel van de zienswijzen van Hippocrates en diens medische school van Kos zijn later op de achtergrond geraakt, waarschijnlijk door de invloed van de op het vasteland gelegen school van Knidos, die vooral de studie van de oorzaken van ziekten ter hand nam en propageerde. Misschien komt dat doordat Hippocrates toch te veel op een eiland leefde en de communicatie te wensen overliet.<sup>2</sup>

Zo is waarschijnlijk het beeld ontstaan van de alwetende arts, die zich opstelt als degene die klachten en/of verschijnselen uit zieken haalt, ook zonder dat het natuurlijk beloop van die klachten en/of verschijnselen bekend is. In de opleiding, die nog een overwegend Knidisch accent heeft, wordt in elk geval de nadruk gelegd op het feit dat men eerst een oorzaak moet trachten te vinden voor een klacht of verschijnsel. Eerst de diagnose, daarna de therapie. Zo leert de aanstaande huisarts gedurende zijn opleiding klinisch denken in termen van anamnese, onderzoek, diagnostiek, therapie en prognose. Het is juist dat dit gebeurt, maar het is niet genoeg. Het confronteert de aanstaande arts onvoldoende met de onzekerheid die zo kenmerkend is voor de geneeskunde. Hij is daar weinig of niet op voorbereid en kan er dus ook niet mee omgaan.

Voor vele klachten en verschijnselen bestaat geen verklaring en voor vele klachten en verschijnselen bestaat geen therapie. Vaak is dat ook niet nodig. De attitude van de wetende, veel kunnende dokter wordt in de hand gewerkt door het accent te leggen op demonstraties van mensen 'waaraan wat te beleven valt'. Zo wordt de indruk gewekt dat de klagers en zieken van deze wereld doorgaans lijden aan klassieke beelden zoals beschreven in de tekstboeken. Die wereld bestaat uit zwarten en witten, uit degenen die duidelijk ziek zijn en die dat niet zijn. De zwarten behoeven hulp, de witten niet. Maar de wereld buiten de ziekenhuismuren blijkt er anders uit te zien dan daarbinnen. Buiten zijn wel de klassieke zwarten en witten, maar er is zeer veel grijs: mensen die klagen, zonder dat er een duidelijk etiket op te plakken is. Dit geldt niet alleen voor de vaak duistere vergaarbak van aandoeningen van het bewegings- en steunapparaat, maar ook voor een syndroom als het hartinfarct.

Door naast de ziektekundige benadering (Knidos) de integrale en epidemiologische benadering (Kos) toe te passen, komt men tot geïntegreerde gezondheidszorg, en wordt men zich bewust van het vele grijs tussen zwart en wit. Daartoe moet men méér dan al-

leen maar de somatische kant van het klagen benaderen, en leren verder te kijken dan de arts-patiënt-situatie. Men moet begrippen als specificiteit en sensitiviteit leren gebruiken. Wat is bijvoorbeeld de waarde van laboratoriumbevindingen en röntgenuitslagen in relatie tot klachten? Het inzicht dat een klacht en een afwijking op een foto niet in relatie behoeven te staan is een epidemiologisch-klinisch gegeven; als men zich dit niet eigen maakt, kan men de patiënt en de gemeenschap schade berokkenen. De attitude 'ik ben dokter, ik moet vooral iets doén,' moet voor een deel worden afgeleerd. Niets doen is soms heilzamer dan wel iets doen; zeker in gevallen waarbij het natuurlijk beloop niet bekend is, is dit het proberen waard.

De arts moet leren het geleerde te relativiseren en leren verder te kijken dan individuen, al dan niet in gezinsverband. Het kruispunt van epidemiologie en eerstelijns gezondheidszorg, onderzoek naar het natuurlijk beloop van allerlei aandoeningen, kan leiden tot een verbreding van de rationele basis van het handelen van de huisarts.

## HET GRIJS TUSSEN ZWART EN WIT

In de volgende paragrafen worden enkele voorbeelden gegeven waarin het belang naar voren komt van epidemiologische onderzoeksgegevens voor het denken en handelen van de huisarts op drie voor hem belangrijke probleemgebieden. Deze zijn:

- 1) Hartinfarct
- 2) Rugklachten
- 3) Hypertensie

### *De diagnose hartinfarct*

Een voorbeeld van samenwerking op onderzoeksgebied van cardioloog, epidemioloog en huisarts is het in 1978 voorlopig afgesloten IMIR-project.<sup>3</sup> IMIR is een afkorting van Imminent Myocardial Infarction Rotterdam. Het hoofddoel van de studie was de herkenning van patiënten met een hoog risico op een acute coronaire episode in de naaste toekomst. Het betrof hier patiënten die hun huisarts consulteerden voor één of meer van te voren omschreven, mogelijk prodromale klachten. In de IMIR-studie werd de betekenis van de prodromale symptomen, gecombineerd met bevindingen afkomstig van anamnese, lichamelijk onderzoek, enzymbepalingen en electrocardiogram, prospectief onderzocht. Alle patiënten (mannen boven de 20 en vrouwen boven de 25), die hun huisarts consulteerden met recente (nieuwe of verergerde), in de laatste vier weken opgetreden angina pectoris, recente pijn of onaangenaam gevoel in de borst, recente onverklaarde (zonder duidelijke extracardiale oorzaak) kortademigheid, hartkloppingen, duizeligheid, flauwvallen, bovenbuiksklachten en veranderingen van stemming, werden tot de studie toegelaten.

Na anamnese en lichamelijk onderzoek, die door de huisarts op gestandaardiseerde wijze werden vastgelegd, werd een voorlopige diagnose gesteld. De huisarts kon daartoe kiezen uit vijf categorieën:

- hartinfarct
- dreigend hartinfarct
- andere somatische ziekte
- psychosociaal dysfunctioneren
- onbekende oorzaak



Na het eerste arts-patiënt-contact werd de patiënt met zijn vastgelegde gegevens direct naar een onderzoekscentrum verwezen of door een medewerkster van het centrum thuis bezocht. Deze medewerkers maakten een ECG, namen bloed af voor enzymbepalingen en vulden een verdere vragenlijst in. De onderzoeken werden herhaald op de derde (op verzoek van de huisarts ook wel de tweede) dag en op de achtste, dertigste en driehonderdste dag. Wat ons hier interesseert, is niet de uitkomst van het prospectieve deel der studie, maar een bijkomende uitkomst. Door de voorlopige diagnose van de huisarts, gesteld na het eerste contact, te vergelijken met de diagnose die met behulp van anamnese, ECG en enzymbepalingen in het onderzoekscentrum werd gesteld, kon inzicht worden verkregen in de waarde van de voorlopige diagnose 'hartinfarct' van de huisarts (dat wil zeggen van de aan het onderzoek deelnemende huisartsen).<sup>4</sup> Dit is weergegeven in tabel 1.

DIAGNOSE VAN DE HUISARTS						
DIAGNOSE VAN IMIR-CENTRUM	Hartinfarct	Dreigend hartinfarct	Andere somatische ziekte	Psychosociaal dysfunctioneren	Onbekende oorzaak	Totaal
Hartinfarct	41	31	9	5	7	93
Mogelijk hartinfarct	6	13	7	3	8	37
Geen hartinfarct	40	310	263	351	249	1213
TOTAAL	87	354	279	359	264	1343

Tabel 1. Vergelijking van de definitieve diagnose van het IMIR-centrum en de voorlopige diagnose van de huisarts.

De sensitiviteit van de voorlopige huisartsen-diagnose 'hartinfarct' is het percentage correct positieven: 41/93 is 44%. De specificiteit is het percentage correct negatieven:

$$\frac{1173 (= 1213 - 40)}{1213} = 97\%.$$

Voor de onderzoekers was dit een verrassende uitkomst. Slechts 44% van degenen die de huisarts consulteerden voor een klacht (bijna altijd een vorm van borstpijn), die op dat moment representant was voor een hartinfarct, werd door hem inderdaad als patiënt met een hartinfarct herkend. Bij de overige 52 patiënten werd 31 maal een dreigend infarct gediagnostiseerd, terwijl bij 21 (23%) van 93 personen de cardiale origine van de klacht helemaal niet herkend werd. Voorts werd bij 40 mensen van de 1213 (3%) door de huisarts een hartinfarct vastgesteld, terwijl dit niet zo was. Voor de IMIR-artsen, die geïnteresseerd waren in en gemotiveerd voor dit onderzoeksproject, waren dit onthullende gegevens. Iedere arts had wel vals-positieve en/of vals-negatieve diagnoses. Hieruit kan men leren hoe een dergelijk project mee kan helpen het klassieke klinische beeld van het hartinfarct te relativiseren.

Onder de vals-positieven waren klassieke beelden, en een deel van de mensen met definitieve diagnose hartinfarct toonde een veel vager beeld dan het bekende beeld van de snoerende pijn op de borst, uitstralend naar kaak en/of arm(en), gepaard gaande met angst en zweten en waarvan de pijn vaak langer dan een half uur duurt, als tenminste voor die tijd geen calamiteit is opgetreden.

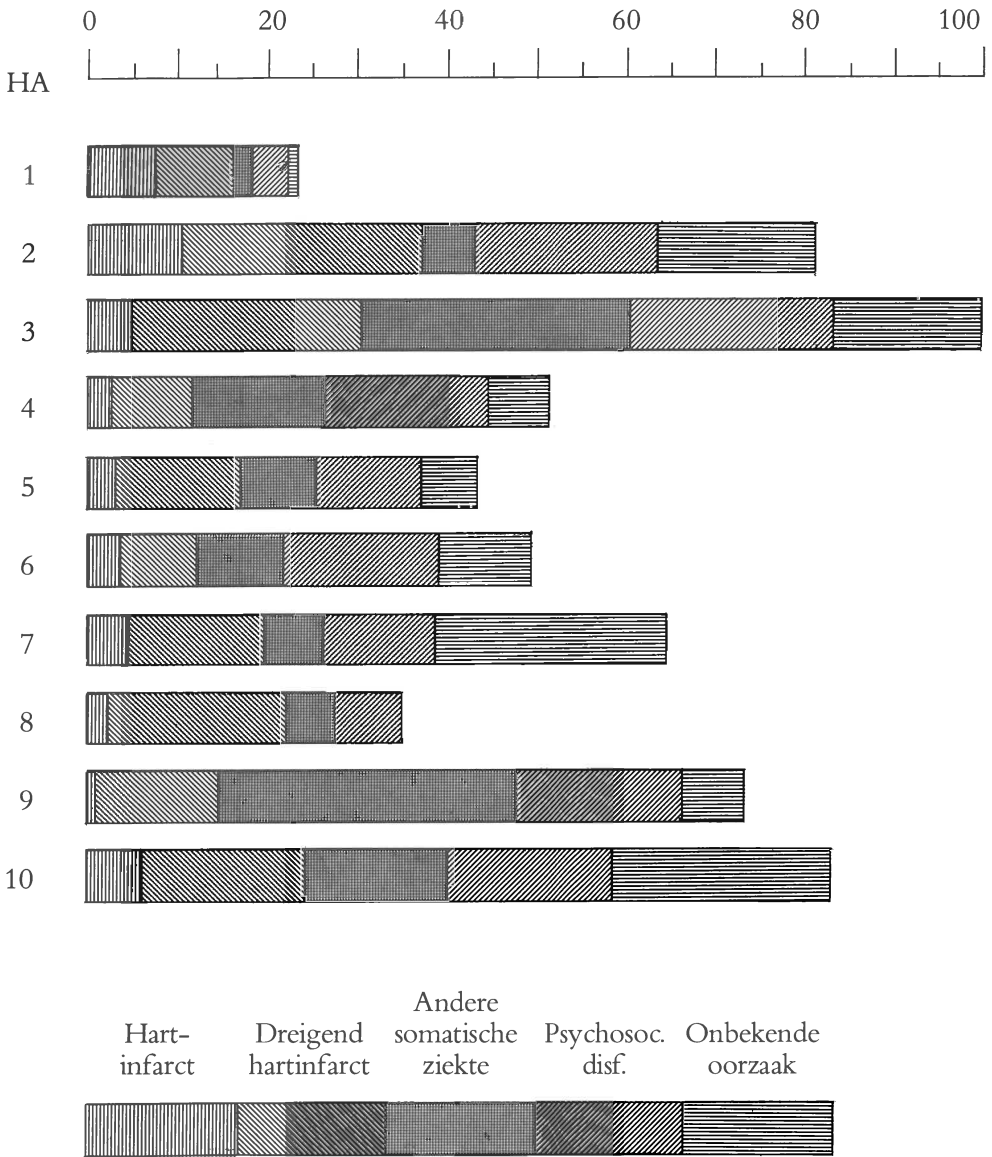
Dit werd bekend doordat de huisartsen zichzelf dwongen iedereen die een klacht uitte, die overeen kwam met eerder genoemde criteria, in de studie op te nemen. De consequentie is dan ook dat de huisarts veel meer mensen (circa 70 per jaar in een praktijk van 3000) moet laten onderzoeken met ECG en enzymbepalingen dan hijzelf nodig acht, alleen al om alle hartinfarcten op te sporen bij mensen die hem consulteren voor een klacht met mogelijk een cardiale oorzaak. De resultaten van het deskundig beoordeeld ECG en de enzymbepalingen moeten de huisarts binnen enkele uren na het eerste contact met de patiënt bereiken. Hiervoor zijn voorzieningen in de eerste lijn, in de zin van IMIR-centra, nodig.

Een ander resultaat van deze klinisch-epidemiologische studie was dat voor de 10 huisartsen, die gedurende de totale studieperiode meewerkten, erg grote verschillen bleken te bestaan, niet alleen wat betreft het aantal in de studie ingesloten personen, maar ook in de verdeling van de vijf diagnostische mogelijkheden, waaruit de huisarts bij het eerste contact moest kiezen.<sup>5</sup> Dit is weergegeven in figuur 1 met daaronder de verklarende tekst. (Zie pagina 163).

De verschillen tussen de artsen konden niet verklaard worden uit verschillen in de samenstelling van de praktijken wat betreft leeftijd en geslacht. Wat valt er van het voorafgaande te leren bij het handelen met patiënten met mogelijk cardiale klachten?

- Er is een grote interdokter-variantie die niet te verklaren is door de samenstelling van de praktijken
- Er is een behoorlijke onzekerheid over de diagnose bij het eerste contact voor dergelijke klachten. Dit heeft als consequentie dat de huisarts direct moet kunnen beschikken over diagnostische steun om de meest bedreigende situatie te kunnen uitsluiten, indien er geen reden is om de patiënt direct in te sturen
- Voor de diagnose hartinfarct gaat niet op dat zij die daarvoor in aanmerking komen (zwarten) gemakkelijk te onderscheiden zijn van hen die de diagnose niet moeten hebben (witten). Er is veel grijs. In de IMIR-studie: 41 correct positief, 40 vals positief, 52 vals negatief, 1210 correct negatief. Dat is: 41 zwart, 92 grijs en 1210 wit. Men kan dit ook uitdrukken in cijfers van sensitiviteit en specificiteit.
- De huisarts moet veel meer mensen met ECG en serumenzymbepalingen laten onderzoeken dan hijzelf nodig acht om in elk geval alle hartinfarcten op te sporen. Voor degenen die niet direct worden ingestuurd (bijvoorbeeld bij goede klinische toestand, en bij wie de episode op moment van arts-patiënt-contact langer dan 12 uur geleden is opgetreden), is snelle diagnostische hulp vereist.

Figuur 1: Aantal in de studie opgenomen patiënten per 1000 zielen en verdeling naar diagnose-categorie.



Voor ieder van de tien deelnemende huisartsen staat de lengte van de staaf voor het totaal aantal in de studie opgenomen patiënten per 1000 zielen in de eerder genoemde leeftijdscategorie. De onderverdelingen per staaf hebben betrekking op de verdeling van de vijf categorieën van de voorlopige huisartsendiagnose.

Dergelijke studies naar de betekenis van symptomen en de wijze waarop de eerste lijn daarop reageert, zijn van fundamenteel belang. Andere studies<sup>6,7</sup> zijn afgesloten of lopen nog. Een nog lopend onderzoek is het Epidemiologisch Preventief Onderzoek Zoetermeer. Dit bestudeert onder andere het vóórkomen en de betekenis van hypertensie, CARA, rugklachten en asymptomatische bacteriurie in de bevolking. Eén enkel gegeven uit de veelheid van onderzoeksresultaten wordt in de volgende paragraaf vermeld. Hiervoor werd welwillend toestemming verleend door prof. dr. H. A. Valkenburg, Hoofd van het Instituut voor Epidemiologie van de Erasmus Universiteit te Rotterdam.

### *Lage rugklachten en de relatieve waarde van röntgen-diagnostische gegevens*

Artsen weten hoe weinig patiënten met lage rugklachten daar echt vanaf komen. Men zal het onderzoek echter nooit nalaten. Lage rugpijn is in het algemeen typisch een klacht die bij de huisarts thuishoort. Deze moet dan ook zorgen dat hij het probleem aan kan en zich niet meteen via een verwijzing ervan trachten te ontdoen. Het is bij uitstek een klacht die in principe integraal moet worden benaderd. Het onderzoek gericht op het uitsluiten van lichamelijke oorzaken kan doorgaans door de huisarts worden gedaan.<sup>8</sup>

In de meeste gevallen vindt men geen duidelijke lichamelijke aanknopingspunten. Het is dan ook bekend dat 80% van de beroepsbevolking, die op enig tijdstip aan lage rugpijn lijdt, binnen vier weken weer aan het werk gaat. Die andere 20% vormt een belangrijke groep van ruim 12.000 mensen, die elk jaar langer dan vier weken in de ziektewet 'lopen'. De helft, ruim 6.000 personen, blijft lange tijd in contact met de GMD (20% van alle GMD-gevallen is voor lage rugpijn). Deze worden gemeld voor de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid in verband met lage rugklachten. In het algemeen worden deze 6.000 dan uitgeboekt onder somatische diagnoses, suggererend dat er altijd een duidelijke relatie zou zijn tussen de arbeidsongeschiktheid en die diagnose.

Op de lijst van uitboekdiagnosen treft men als belangrijkste aan: spondylose, respectievelijk arthrose (45%), discusafwijkingen (40%), aangeboren afwijkingen (16%), wervelkolom-verkrommingen (4%) en traumata (1%). Alle dus röntgenologische diagnoses, althans voornamelijk steunend op deze techniek.

De behoefte om op alles een duidelijk somatisch etiket te plakken heeft lang de geneeskunde beheerst. Deze handelwijze lijkt alleszins redelijk, maar houdt het gevaar in dat men blijft doorzoeken zonder de andere diagnostische aandachtsvelden (psychisch, sociaal) te verkennen. Tevens loopt men de kans dat afwijkingen gevonden worden, waarvan men de relatieve waarde niet kent, terwijl deze afwijkingen tóch worden aangemerkt als oorzaak van de klachten.

Er ontstaat dan een reëel gevaar dat iemand iatrogeen ziek wordt. Het vermoeden van dit gevaar bestond al langer bij lage rugpijn. Dit wordt zeer aannemelijk gemaakt door het onderzoek van Weyel en Ruinen in opdracht van het Bureau Wetenschappelijk Onderzoek van de GMD in Amsterdam.<sup>9</sup> Van verschillende, over het land verspreide GMD-kantoren, verzamelden zij 1.086 gevallen van lage rugpijn, die in 1972 waren gemeld ter beoordeling van de arbeidsongeschiktheid. Deze mensen waren toen bijna een jaar in de ziektewet geweest. Uit deze 1.086 gevallen werden alle dossiers bestudeerd van hen die ten tijde van het onderzoek de leeftijd van 40 jaar nog niet hadden bereikt. Tweehonderdvijfendertig dossiers waren geschikt voor bewerking. Bij deze zorgvuldige studie werd in alle gevallen ook met de huisarts gesproken om de steun te verkrijgen voor het herziene eindoordeel over de oorzaak van arbeidsongeschiktheid. Het bleek dat ondanks de somatische diagnoses, die als oorzaak voor de klachten waren gesteld, er in 132 (56.2%) van de gevallen een uitgesproken psychosociale oorzaak aanwezig was, die een overwegende of duidelijke rol leek te spelen.

In 25 gevallen (10.6%) was dit dubieus, en 78 gevallen (33.2%) werden als somatisch beoordeeld. Dit zijn indrukwekkende gegevens over mensen die voornamelijk op grond van röntgenologische bevindingen als somatisch ziek geduid zijn, vervolgens mogelijk iatrogeen zieker zijn geworden, en uiteindelijk omstreeks hun 40e jaar invalide worden verklaard. Het is duidelijk dat men zich hierbij onder meer moet afvragen wat de relatieve waarde is van het röntgenonderzoek. Immers, uit het onderzoek van Weyel en Ruinen komt ernstige twijfel naar voren over de juistheid om röntgenologische bevindingen steeds maar zonder meer te vertalen in klinische diagnoses. San Giorgi<sup>10</sup> wees reeds op de beperktheid van de techniek en de moeilijkheid die men ondervindt bij het bespreken van de gevonden morfologische afwijkingen met patiënten. Iatrogene schade kan het gevolg zijn. Van der Linden<sup>11</sup> vergeleek 500 patiënten met lage rugklachten en 100 personen zonder klachten. Het betrof mannen en vrouwen van 5-85 jaar oud. Zijn resultaten zijn weergegeven in de navolgende tabel.

Uit tabel 2 blijkt dat röntgenologische afwijkingen in beide groepen in ongeveer gelijke mate voorkomen. In de groep zonder ooit klachten komen spondylosis en overgangswervels zelfs wat meer voor. Tevens ziet men dat osteoporosis in deze serie meer voorkomt bij vrouwen zonder rugklachten dan bij vrouwen met ooit rugklachten.

Valkenburg en medewerkers<sup>7</sup> bestuderen als onderdeel van het Epidemiologisch Preventief Onderzoek Zoetermeer lage rugklachten in de bevolking in relatie tot psychosomatische klachten en karakterstructuur. Uit de veelheid van gegevens lichten wij tabel 3, die de relatie aangeeft tussen lage rugklachten en röntgenologische bevindingen, toegespitst op lumbale discus degeneratie.

	röntgenologisch geen afwijkingen		disco-pathie		spondylosis		lysis/lithesis		overgangs-wervel		Morbus Bechterew		osteoporosis		diversen	
	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II
mannen	26.8	34.0	13.2	4.0	7.6	12.0	2.8	-	3.2	9.0	1.0	-	-	-	0.2	1.0
vrouwen	19.0	19.0	14.0	3.0	3.6	10.0	1.6	-	3.2	4.0	0.6	-	1.8	4.0	1.4	-
totaal	45.8	53.0	27.2	7.0	11.2	22.0	4.4	-	6.4	13.0	1.6	-	1.8	4.0	1.6	1.0

Tabel 2. Röntgenologische afwijkingen in percentages.

GROEP I = 500 personen met rugklachten in de anamnese.

GROEP II = 100 personen zonder rugklachten in de anamnese.

## LUMBALE DISCUS DEGENERATIE

lage rugklachten	geen	graad 2 in % van het totaal		graad 3/4	n	totaal %
		nooit	ooit			
	31.1	10.4	4.5		473	46.0
	28.3	16.1	9.6		556	54.0
totaal	59.4	26.5	14.1		1029	100.0

Tabel 3. Relatie tussen rugklachten in de anamnese en röntgenologisch gevonden lumbale discus degeneratie (mannen en vrouwen van 45-64 jaar).

Graad 2: zekere, doch lichte afwijkingen

Graad 3: matig ernstige tot ernstige afwijkingen

Ook uit dit (epidemiologisch) onderzoek komt de slechte correlatie tussen rugklachten en radiologische afwijkingen in de zin van discus degeneratie naar voren. Ruim 28% van de mensen met ooit rugklachten heeft geen afwijkingen op de foto, terwijl van de groep zonder klachten 4.5% duidelijke afwijkingen heeft op de röntgenfoto.

Bepaald verbazingwekkend is de vondst dat bij 42% van de mensen die ooit meer dan zes weken bedrust voorgeschreven hadden gekregen wegens lage rugpijn, geen lumbale schijfdegeneratie aangetoond kon worden, terwijl bij hen, die ooit twee tot zes weken gerust hadden, dit percentage 27 bedroeg. De vraag is waarom huisartsen deze, niet onschuldige, behandeling toepasten en in welke klinische situaties. Nader onderzoek naar hoe huisartsen met dergelijke klachten omgaan (diagnostisch, therapeutisch, verwijzend) lijkt geboden.

Wat is van het voorafgaande te leren?

- De waarde van diagnostische hulpmiddelen, zoals in de beschreven situatie röntgenonderzoek van de lumbale wervelkolom, wordt gerelativeerd. Het is goed dat dit gebeurt. Het betekent dat men met dit soort onderzoek bij kortbestaande, niet alarmerende klachten zeer terughoudend moet zijn. Het is al eerder opgemerkt dat men de hele patiënt en niet slechts zijn foto, EEG, ECG of andere laboratoriumuitslagen moet bekijken. Desondanks worden mensen geëtiketteerd door een diagnose, die uitsluitend ontleend is aan een of meer röntgen- of laboratoriumbevindingen. Dit berust op de neiging klachten te verklaren op organische basis en een tekort aan inzicht in de sensitiviteit en specificiteit van de gehanteerde onderzoekstechnieken. De huisarts die meent gebruik te moeten maken van deze technieken zal de relatieve waarde daarvan moeten kennen, en de resultaten moeten inpassen in het klinische beeld dat de patiënt hem biedt, als onderdeel van zijn integrale werkwijze.
- Er worden waarschijnlijk op zijn minst aanvechtbare voorschriften gegeven voor aandoeningen die grotendeels zelf-limiterend zijn of waarvan het natuurlijk verloop niet eens goed bekend is. Het is in principe onjuist om zeker die laatste categorie te gaan behandelen.

### *Hypertensie: Epidemiologische gegevens en de zorg voor de individuele patiënt*

Uit epidemiologisch onderzoek is bekend geworden dat alleen al van de 4.2 miljoen Nederlanders tussen 30 en 65 jaar naar schatting 20% een verhoogde bloeddruk heeft. Vijftien procent (630.000 personen, dat wil zeggen 126 per huisarts) heeft borderline-hypertensie (systolisch  $\geq 160 \leq 180$  en/of diastolisch  $\geq 90 \leq 105$ ). Vijf procent (210.000 personen, dat wil zeggen 42 per huisarts) heeft matige tot ernstige hypertensie (systolisch  $> 180$  en/of diastolisch  $< 105$ ).

Van deze laatste groep staat, althans zeker bij mannen, de noodzaak tot behandelen thans wel vast.<sup>12 13</sup> De eerste groep heeft in elk geval controle nodig aangezien naar schatting 10% er van in de loop der tijd tot de matige tot ernstige hypertensie-patiënten gaat behoren. Aan de hand van een voorbeeld uit de praktijk wordt gepoogd aan te geven wat er zich in de arts-patiënt-situatie voordoet, indien epidemiologische gegevens worden ingebracht.

De heer A is een man van 41 jaar, gehuwd, met twee kinderen van tien en twaalf jaar. Zijn vrouw is 36 jaar en werkt part-time. Het gezin leeft zuinig. Het is hun ideaal om een eigen huis met tuin te bezitten ergens buiten de stad. Op zeker moment doet zich een gelegenheid voor. Een leuk huis met tuin en niet al te ver van de stad. De heer A moet daarvoor een forse lening sluiten. Hij wendt zich daartoe tot een verzekeringsmaatschappij.

Bij keuring wordt het volgende gevonden:

- de heer A rookt 15 tot 20 sigaretten per dag
- zijn bloeddruk bedraagt 165/110
- het gewicht is 85 kilo bij een lengte van 1.75 meter.

Hij wordt met deze gegevens naar zijn huisarts verwezen. De heer A, die slechts een sociaal probleem had ('hoe kom ik buiten te wonen?') heeft geen lichamelijke klachten en moet toch naar de dokter, want er is een medisch probleem ontdekt. Misschien is hij al wat teleurgesteld en nerveus geworden door deze gang van zaken, maar klachten zijn er niet. Na enkele contacten blijkt de bloeddruk nog steeds verhoogd. Het verrichte laboratoriumonderzoek levert geen abnormale bevindingen op.

De situatie is dus dat de heer A onder meer verhoogde bloeddruk heeft, wat weliswaar niet direct ongezond is, maar epidemiologisch gezien behoort hij tot een groep mensen die een verhoogd risico loopt op het verkrijgen van bepaalde aandoeningen, die als complicaties van verhoogde bloeddruk kunnen worden gezien. Weliswaar kan iedereen die aandoeningen krijgen, maar de heer A heeft een grotere kans daarop. Hij behoort tot de categorie waarvan men overtuigd is dat behandelen zin heeft.

De heer A zal van zijn huisarts te horen krijgen dat het voor de behandeling van de bloeddruk nodig is dat hij:

- geregeld ter controle komt
- dieet-adviezen tracht op te volgen, gericht op vermindering van gewicht en beperking van zoutgebruik
- mogelijk medicamenten inneemt
- stopt met roken.

Uiteraard zal men niet alles tegelijk aanpakken. De heer A, die zich mogelijk al patiënt voelt, wil nu precies weten waarom. Hij zegt: 'Mijn moeder is nu 78 en goed gezond. Tegen mijn vader is wel eens gezegd dat hij op zijn bloeddruk moest letten. Hij heeft alles gedaan wat de Heer verboden heeft en is vorig jaar op 86-jarige leeftijd overleden. Hij is nooit ziek geweest.'

Op zo'n moment gaat het erom de heer A uit te leggen wat de epidemiologie ons aan gegevens verstrekt. Deze gegevens zijn ontleend aan grote groepen van heren zoals A. Dit is geen gemakkelijke taak. Zonder nu te letten op de juiste mate waarin de heer A z'n kans verhoogd is, wordt hem het volgende uitgelegd aan de hand van een simpele tekening.



Nu

X	X	X	X	X
X	X	X	X	X



X aantal jaren verder

X	X	X	X	X
X	⊗	X	X	X

10 gezonde mannen van 41 jaar.

X	X	X	X	X
X	X	X	X	X



X	⊗	⊗	X	X
X	⊗	X	X	⊗

10 mannen van 41 jaar die roken, verhoogde bloeddruk en overgewicht hebben zonder klachten.

⊗ : lijdend aan een complicatie of daaraan overleden.

De heer A heeft dus een vier maal zo grote kans om na een x-aantal jaren een hart- of vaatziekte te krijgen als iemand van dezelfde leeftijd bij wie geen risicofactoren geconstateerd zijn. Nu kan de dokter op dit moment niet zeggen aan de heer A of hij bij die vier zal behoren. Hij kan dan ook nog deel uitmaken van die zes, die nog niets mankeren. Als hij vraagt wat zijn kansen zijn als het hem lukt zijn bloeddruk normaal te krijgen, het roken te laten en zijn gewicht onder controle te krijgen, dan kunnen wij de heer A geen garantie geven dat hij dan gevrijwaard is van het krijgen van een complicatie. Aan de heer A worden dus nu maatregelen voorgesteld die mogelijk voor hem onaangenaam zijn, voor een aandoening waar hij nog geen last van heeft, terwijl het niet zeker is of hij tot degenen zal behoren die daar baat van zullen hebben. Dit is wat de epidemiologie ons leert.

Wat is van het voorafgaande te leren?

- Met betrekking tot preventie van hart- en vaatziekten, kan de epidemiologie aan degenen die zich met patiëntenzorg bezighouden, gegevens leveren in de vorm van een te bepalen kans dat de maatregelen succes zullen hebben
- De individuele hulpverlener moet dan ook in staat zijn die gegevens aan degenen die zich aan zijn zorgen toevertrouwen duidelijk te maken.

Het aldus van zichzelf verkregen beeld kan voor de patiënt aanleiding zijn bepaalde adviezen op te volgen. In de loop van de behandeling kan de patiënt dan afwegen of hij de kwaliteit van zijn leven vindt opwegen tegen het mogelijk verminderde risico als gevolg van de behandeling. Afsluitend kan gesteld worden dat epidemiologisch onderzoek de mogelijkheid verschaft door prospectieve studies het natuurlijk verloop van ziekten te leren kennen. Daarmee kan een rationele basis gelegd worden voor het handelen van werkers in de gezondheidszorg. Er is nauwelijks iets te bedenken waarmee die zorg méér gebaat is.

Het is verbazingwekkend hoe goed huisartsen op internationale congressen elkaar aanvoelen. Evenzo is het voor de Nederlandse huisarts nog gemakkelijk om literatuur te lezen van de vorige eeuw, waar de chirurgijn Meester Maarten Vroeg<sup>1</sup> de hypochonder beschrijft, het zieke kind, de particuliere patiënt, en Professor Sic, de specialist. Ik zal me beperken tot een wandeling over het continent en daarbij slechts terloops de verschillen aanstippen die ik aantref.

Overall wordt research aangeprezen als middel om de identiteit van de huisarts beter te profileren. 'Wat ben ik en wat doe ik, en wat kan ik?', dat is het motief. 'All these efforts enable the participating doctor to educate himself in matters previously unknown to him, to become a more knowledgeable person and thus, it is hoped, to offer a better service to his patients.'<sup>2</sup>

Het begint met het eenvoudig op een rijtje zetten van zelf-waargenomen verschijnselen. De vraag of deze waarnemingen onbevooroordeeld zijn, of ze passen in een theoretisch systeem en of er hypothesen aan ten grondslag liggen, is in dit stadium volkomen irrelevant. Hoofdzak is dat de huisarts bewijst dat er met hem niet te spotten valt. Zo is Backett<sup>3</sup> begonnen in 1954 in Engeland, zo in 1968 Oliemans,<sup>4</sup> zo is de Verdener Arbeidsgruppe<sup>5</sup> van start gegaan met haar praktijkanalyse (1975) en zo zijn de Fransen thans op hun manier bezig zichzelf te bewijzen.<sup>6</sup> 'Rôle de recherche: quelques généralistes se sont illustrés par leurs découvertes: Bretonneau, qui entre autres montra l'intérêt de la quinine dans la prévention de paludisme, a exercé durant 14 ans en milieu rural. Pistor, initiateur de la mésothérapie, et Bastien, célèbre par ses auto-intoxications phalloïdiennes, sont généralistes', en op dezelfde wijze doorgaande wordt de geschiedenis geannexeerd en retrograad wordt het arbeidsterrein van de huisarts door vroegere wetenschapsbeoefening gedefinieerd. Of dit voor de Franse huisartsgeeneeskunde een leidraad voor de toekomst zal zijn, moet nog worden afgewacht....

Szátmári<sup>7</sup> schrijft treffend: 'this development is an historic necessity.' Zij onderscheidt als stadia van wetenschapsbeoefening, tevens stadia van ontwikkeling van huisartsgeeneeskunde:

- 1) pioniersstadium: evaluatie van eigen praktijken en de daarin voorkomende morbiditeit, voornamelijk eenmansresearch.
- 2) aaneensluiting van collega huisartsen, groepsresearch. De leden van het aldus gevormde team kennen elkaars werkterrein, elkaars methode en hebben gemeenschappelijke problemen. Bezwaar: weinig wetenschappelijke know-how.
- 3) ontstaan van heterogene teams met verschillende disciplines, waar wetenschappelijke ervaring en know-how additief kunnen werken, maar waarbij het moeilijker wordt om een eenheid tot stand te brengen.

Zij geeft dan aan hoe in landen met een nationale gezondheidsdienst, waar de ontwikkeling van de huisarts wat verder is, meer research van het laatste type is verricht. Merkwaardig is echter dat zij België nergens kan plaatsen: het niveau van ontwikkeling loopt niet parallel met het landelijk systeem. Koppeling van niveau van onderzoek aan het ontstaan van een nationaal huisartsengenootschap, van vestiging van leerstoelen, en het stichten van groepspraktijken, is iets dat wel aardig zou zijn om te onderzoeken, maar de vraag wat eerder was, de kip of het ei, dringt zich wel op. Hier speelt overigens de kwestie van de 'remmende voorsprong' een rol. Waar de Nederlanders vroeger in

afgunst opzagen naar hun oudere broer, het Royal College of General Practitioners in Engeland, die zoveel faciliteiten had veroverd voor onderzoek, en al zoveel gepresteerd had, vonden zij de Engelse prestaties een tiental jaren later ouderwets en stereotiep, terwijl zij op dit moment al weer overvleugeld worden door hun jongere broer, de Wetenschappelijke Vereniging der Vlaamse Huisartsen, die een waarlijk groots multidisciplinair, door de Overheid gesteund onderzoek heeft opgezet, om de behoefte aan medische en andere welzijnszorg te inventariseren met het doel de allocatie van de voorzieningen te herzien.

Trouwens, ook op het gebied van de 'practice activity analyses' ten behoeve van de onderlinge toetsing, waren de Belgen de Nederlanders al meteen voor, want zij hoefden niet het aantal ingeschreven patiënten, maar alleen het aantal contacten te tellen.

De belemmeringen voor de groei in de verschillende landen verdienen evenzeer onze aandacht, en in het bijzonder de belemmeringen in het onderzoek. Hier in Nederland hoeft men niet te aarzelen met het noemen van de overbelasting van de huisartsen: nog steeds heeft de Nederlandse huisarts de grootste praktijk in Europa, op Finland en Zweden na. Veel woorden worden aan dit knelpunt gewijd, weinig wordt er nog aan gedaan, zuinig als de Nederlandse regeringen van oudsher zijn. Zodoende kunnen alleen die huisartsen iets presteren, die een kleine, beschaafde, goed beheerde praktijk hebben. Maar ook in Noorwegen, schrijft Bruusgaard,<sup>8</sup>: '...positive tendency has stopped. Too much has been said of general practice, too little has been done. In the course of a relatively short period the gay optimism is replaced by sad pessimism. This problem has to be solved by political decisions...as in all fields we lack competent people to plan research, do research and give advise...' Ook in Denemarken wordt geklaagd: 'the limitations for research in general practice today lie in the capacities of the G.P.'s, not in economics.'<sup>9</sup>

De gezondheidssystemen waarin de huisarts moet werken, kunnen een sterke onderzoek-bevorderende invloed hebben, maar ze kunnen ook zeer beperkend werken. En hier zal de huisarts niet alles naar zijn hand kunnen zetten, maar zal hij moeten roeien met de riemen die hij heeft. In Hongarije wordt de taak van de huisarts van bovenaf bepaald en afgeleid van zijn plaats in het grote geheel van de gezondheidsvoorzieningen; in Zweden is alleen daar research mogelijk waar mankracht geleverd wordt door een samenwerking van universiteit en bestuur van de regionale gezondheidszorg. Gelukkig kan één ding nooit afgenomen worden: de huisartsen kunnen de ergernis zelf bestuderen. Elke methode is geoorloofd!

Bij politieke tegenslagen is er mijns inziens geen bezwaar tegen om een aantal kwaliteitsprincipes in wetenschappelijk onderzoek overboord te gooien en zuiver 'action research' te gaan doen: 'first comes the action, then the research.' Onderzoek als wapen in de politieke strijd, terug naar de tijd van de emancipatiestrijd van de huisartsengroep.

Inderdaad, wetenschappelijk onderzoek niet alleen als doel, maar ook als middel, ook in het internationale verkeer. De huisartsen hebben in dit stadium niet alleen de behoefte de huisartsgeneeskunde als wetenschap te ontwikkelen, maar willen ook met lotgenoten over de grenzen communiceren. Nog sterker is de behoefte de eigen discipline te herkennen ten opzichte van anderen: wat hebben we over de hele wereld gemeenschappelijk? Wederom wordt de vraag gesteld: wat zijn wij, wat doen wij en wat kunnen wij? Bruins<sup>10</sup> schrijft in een samenvatting van zijn voordracht op het SIMG-congres (1974) in Den Haag: 'The development of a common basic philosophy of

General Practice is of great importance. If this is developed, international contact and the exchange of ideas will also be more profitable. It will at the same time be a useful stimulus for those countries where General Practice is not yet developed. Apart from this idealistic motive, there are practical considerations. The small amount of manpower available for research compels us to coordinate and work in conjunction with each other. The following aspects ought to be worked on at an international level:

- 1) the scientific substructure of general practice
- 2) the introduction of changes to ensure that the GP can work as effectively as possible
- 3) general practice should be taught at universities
- 4) The stimulation of specific vocational training in general practice at universities.

Voorwaar, een mooier voorbeeld van ‘proletariërs-huisartsen aller landen verenigt U’ ben ik in de literatuur niet tegengekomen. Compleet met eisen, waarbij de research als een speerpunt gebruikt wordt. Ik neem nu maar aan dat research en science als broer en zus beschouwd worden. De European General Practice Research Workshop (EGPRW) wordt in allerlei tijdschriften ook bezongen als de verlosser van het internationaal huisartsendom, dat in duisternis wandelt (‘A new star’)<sup>11</sup>. In de praktijk echter floreert de internationale, coöperatieve research nog maar matig. Waar het wetenschappelijk onderzoek door huisartsen, plaatselijk bedreven, niet zulke fraaie resultaten boekt door gebrek aan mankracht, scholing, motivatie, en rolproblemen in de relatie met de patiënt, daar gaat het met de internationale research extra moeilijk.

Complicerende factoren worden dan:

- taalverschillen
- verschillen in sociaal-culturele achtergronden
- wantrouwen jegens de capaciteiten en de inzet van de onderzoekers in ’t andere land
- verschil in opleiding en klinische interpretatie-gewoonten; wat is bijvoorbeeld ‘Kreislaufstörung’, ‘anxiety neurosis’, ‘infective asthma’, ‘crise de foie’
- technische communicatiemoeilijkheden
- financiering.

‘Waar zijn we aan begonnen?’, kan men zich afvragen, maar toch is er het enthousiasme van de huisartsgeneeskunde in opkomst, om op Europees, zelfs mondiaal niveau het schijnbaar onmogelijke aan te pakken: elkaar te leren kennen door het verrichten van wetenschappelijk onderzoek. Het internationalisme is een logische voortzetting van het réveil van de huisartsgeneeskunde, en de internationale research moet het spits afbijten. Anderen zijn hierin reeds voorgegaan. De farmaceutische industrie werkt al lang met internationaal onderzoek om nieuwe geneesmiddelen in de praktijk te beproeven. Daarvoor bestaan standaardprotocollen, compleet met trouble-shooting procedures.<sup>12 13</sup> In het tijdschrift *Allgemein Medizin International General Practice* (1975, 2) proberen Andor,<sup>14</sup> Crombie,<sup>15</sup> en ikzelf<sup>16</sup> enigszins de weg hierin te wijzen. In hetzelfde nummer gaat Lamberts<sup>17</sup> ook in op de ICHPPC (International Classification of Health Problems in Primary Care). Krogh Jensen<sup>18</sup> werkt in navolging van Kilpatrick<sup>19</sup> aan een internationaal hanteerbare berekening van de denominator, het aantal patiënten voor wie de huisarts verantwoordelijk is. Inmiddels heeft de Europese Research Workshop proefonderzoekingen gedaan, die als ‘feasability study’ geslaagd waren: het internationale peilstationsproject – European Sentinel Project<sup>20</sup> – en de studie ‘Pathways to Diagnosis’.<sup>21</sup>

Hanteerbare uitgangspunten waren:

- gebruik eenvoudige klinische begrippen, waar eeuwen van traditie achter staan, en die langzamerhand internationaal gemeengoed geworden zijn (fluor albus, keelpijn, mononucleosis infectiosa). Definieer deze in een rondetafelgesprek. Controleer tijdens het onderzoek aan de hand van papieren patiënten of de concepten nog wel conform de afspraak zijn.
- begin met eenvoudige vraagstellingen, oefen in registratie, leg veel nadruk op het proefonderzoek. Probeer wel een theorie op te zetten met hypothesen, maar besef dat er nu nog te weinig basisgegevens zijn om enigszins gefundeerde veronderstellingen te formuleren. Veel onderzoek zal nu nog bestaan uit eenvoudig feiten verzamelen, compleet met vertekening; deze vertekening kan men later analyseren. Ook kan men theorie en hypothesen weinig gespecificeerd maken. Bijvoorbeeld: het is te verwachten dat er verschillen zullen zijn in contactfrequentie in de huisartspraktijk tussen land A en land B op grond van de verschillende aantallen ziekenfondspatiënten.

In een volgende stap moet men meer specifieke vragen stellen op grond van de waargenomen incidenties. Maar dan moet men beseffen dat daarbij zoveel kennis over het land in kwestie vereist is, dat hulp van bijvoorbeeld meteorologen, geografen en sociaal-wetenschappelijke deskundigen nodig is, wil men onafhankelijke variabelen correct operationaliseren.

Bruins heeft al eens geprobeerd een onderzoeksplan op te stellen, waarvan het doel was het verband vast te stellen tussen het werk van de huisarts in de Europese landen en het honoreringssysteem waarin hij moet werken. De omschrijving van 'het werk' was echter zó ruim, dat bij de huidige stand van kennis geen definities van deelaspecten mogelijk waren. Bovendien stuitte men toen op een andere handicap: degenen die research op Europees niveau proberen te bedrijven, hebben vaak ook veel andere functies, en dus nijpend gebrek aan tijd. Dit geldt speciaal voor de vertegenwoordigers van de landen, waar de huisartsgeneeskunde bedreigd wordt, en waar men met man en macht probeert 'uit niets iets te maken', zoals in Frankrijk of Zwitserland.

Tenslotte is het van belang het beoefenen van de internationale research praktisch te organiseren: waar de meeste mogelijkheden zijn, moet de verwerking van de gegevens plaatsvinden en het onderzoekssecretariaat gevestigd zijn. De methodologie voor internationaal onderzoek is verder ontwikkeld op een door de EGPRW georganiseerd seminar. Een reeks van deze cursussen zal volgen. Voor huisartsen bestaat nog geen internationale methodologie. Hier kan men gebruik maken van het werk van epidemiologen,<sup>22</sup> bijvoorbeeld op het gebied van het leren werken met kaarten met isomorbiditeitslijnen en het herkennen van golfbewegingen in morbiditeit, of van het werk van sociaal-economen die ervaring hebben met het beschrijven van ontwikkelingen in derde-wereldlanden. Belangstelling en steun van de internationale organisaties WONCA en WHO is te verwachten, wanneer er eenmaal resultaten zijn behaald. Het valt te verwachten dat WONCA en EGPRW na verloop van tijd een internationaal instituut met een speciale full-time functionaris zullen stichten.<sup>23</sup> Na het voorgaande zal duidelijk zijn dat deze functionaris over een dosis enthousiasme en wilskracht zal moeten beschikken, die zo mogelijk nóg groter is dan die van de nationale pioniers van de huisartsgeneeskunde.

## EENHEIDSWORST – CENTRALE RAAD – MASTERPLAN

Niet velen zullen bij de bovengenoemde trias direct de associatie ‘wetenschapsbeleid voor de huisartsgeneeskunde’ hebben. Laat ik drie situaties schetsen:

- Nijmegen 1970: Universitair Huisartsen Instituut; Landelijke stafdag: twee jonge vertegenwoordigers van de nieuwe academische discipline pleiten vurig voor coördinatie van het prille wetenschappelijk onderzoek.

De oudere generatie huisartsen-onderzoekers wijst dit idee krachtig van de hand, beducht voor concurrentie en beperking van vrijheid van onderzoek. Zij vreest dat er ‘eenheidsworst’ geproduceerd zal worden. Ieder gaat zijns weegs

- Den Haag 1975: Raad voor Gezondheidsresearch TNO; bespreking met de voorzitter van de Commissie Onderzoek Functioneren en Organisatie Gezondheidszorg (COFOG), in zijn hoedanigheid van voorzitter van de Subcommissie Eerstelijns Gezondheidszorg en enkele leden van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).

Besproken wordt het voorstel van het NHG een Commissie Coördinatie Wetenschappelijk Onderzoek Eerstelijns Gezondheidszorg (CCWO) in te stellen. Het voorstel was het resultaat van een twee jaar durend denkproces over een ‘centrale raad’, die de huisarts zou moeten stimuleren tot en beschermen tegen wetenschappelijk onderzoek. Ter vergadering bleek de Overheid veel meer geïnteresseerd in de door de huisarts te registreren praktijk- en morbiditeitsgegevens, dan in het door hem zelf te verrichten onderzoek. De coördinatiepogingen langs deze weg kwamen tot stilstand

- Utrecht 1978: NHG-gebouw; De Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (CWO) van het NHG keurt de definitieve versie van haar rapport ‘De Taak van de CWO/ Een poging tot prioriteitenstelling’ goed. In een eerdere versie, het ‘Masterplan’ geheten, behelst het rapport het voornemen van de CWO zich te beperken tot die onderzoekingen, die de huisarts zelf kan verrichten op het terrein waarvoor hij primair is opgeleid: het medisch-technische handelen. Het NHG-bestuur drukt in een brief zijn bezorgdheid over deze ont koppeling van de gedragswetenschappelijke benadering uit.

Drie fragmenten uit de geschiedenis van de ontwikkeling van het wetenschappelijk onderzoek binnen de huisartsgeneeskunde, persoonlijk beleefd en mede tot stand gebracht in de overtuiging, dat het proces van wetenschappelijke ontwikkeling door de coördinatie en terreinafbakening gestuurd kan worden. Zou dit uitvoering van een *beleid* genoemd kunnen worden? De vraag nodigt uit tot bezinning over de activiteiten van de afgelopen jaren, zeker nu een van de meest enthousiaste spelers in dit spel zich achter de coulissen terugtrekt.

In het navolgende zal ik trachten mijn overpeinzingen rond de begrippen wetenschapsbeleid en huisartsgeneeskunde te verwoorden. Op grond van een analyse van de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde zal ik een aantal voorwaarden bespreken, waaraan voldaan zal moeten worden, voordat er sprake kan zijn van richting geven aan wetenschappelijk onderzoek door huisartsen.

## WETENSCHAPSBELEID

Vragen naar de betekenis van begrippen (door het geven van een definitie) heeft wei-

nig zin, indien de bruikbaarheid van het begrip niet voorop staat. Begrippen zijn immers slechts de 'stepping stones' waarover een betoog voortsnel. Wetenschapsbeleid is geen tastbare realiteit. Het is evenals wetenschap een gerichte menselijke activiteit met het doel processen in een bepaalde richting te sturen. Bij wetenschap gaat het er om een scheiding te maken tussen fantasie en werkelijkheid. De producten van wetenschappelijke activiteit – kennis neergelegd in publicaties – zijn niet identiek met wetenschap. Evenmin zijn beleidsnota's identiek met beleid. De wetenschap probeert de subjectief ervaren werkelijkheid te ordenen, zodanig dat er een gemeenschappelijk ervaren verzameling objectieve feiten ontstaat. De rangschikking van deze feiten in verbanden, op grond van theoretische modellen, waardoor de werkelijkheid beheersbaar wordt, is het ideaal en het praktische nut van wetenschappelijke arbeid. De waarheid, waarnaar men op zoek is, is een abstractie, die zich telkenmale in nieuwe vragen hult.

Wetenschap is in deze opvatting een verzameling gemeenschappelijke werkelijkheidsopvattingen. Volgens velen worden werkelijkheidsopvattingen (ideeën, theorieën, modellen en wetmatigheden) pas wetenschappelijk als een aantal gezaghebbende personen dat zo vindt.

De parallel met wetenschapsbeleid is heel ver door te trekken. Ook hier een scala van wetenschapsopvattingen zonder absoluut waarheidsgehalte, gericht op beheersing van de ontwikkeling van wetenschappelijke bezigheden. Ook beleid wordt bepaald door een aantal gezaghebbende personen. Wie nu bepaalt binnen de werkelijkheid van de huisartsen wat de objectieve feiten zijn en welke benadering wetenschappelijk is?

*Wat is huisartsgeneeskunde eigenlijk?*

## HUISARTSGENEESKUNDE

Over het begrip huisartsgeneeskunde hebben al vele auteurs (huisartsen en niet-huisartsen) zich uitgelaten. Sommigen beweren dat huisartsgeneeskunde niet bestaat, maar slechts een 'toepassen van geneeskunde in een speciale setting' is. Anderen praten over 'het veld van de huisartsgeneeskunde' en er zijn talloze rapporten over de taken, kern- en randfuncties, doelstellingen en methoden. Eenvoudig zou zijn te zeggen: huisartsgeneeskunde is wat de huisarts doet. Het is evident dat huisartsgeneeskunde alleen door huisartsen bedreven wordt. Het is echter even onzinnig om de activiteiten van huisartsen gelijk te stellen met huisartsgeneeskunde, als om wiskunde gelijk te stellen met het werk van wiskundigen. Er is wel een relatie, maar de essentie lijkt gemist te worden.

Huisartsgeneeskunde als begrip is evenzeer een abstractie van de tastbare, voelbare realiteit, als voor wetenschap werd gesteld. Het is een bruikbaar begrip in de communicatie: een naam voor dat wat ontstaat als men over de samenhangen tussen allerlei gebeurtenissen in een huisartspraktijk gaat denken. Welke gebeurtenissen men feiten noemt of welke reducties men op de processen uitvoert, is afhankelijk van een bepaalde manier van kijken of denken. Er bestaan vele visies en vele theorieën. Wie bepaalt welke de richtinggevende zijn?

## ONTWIKKELING VAN DE HUISARTSGENEESKUNDE

Bovengenoemde vragen werden aanvankelijk door de huisartsen zelf opgelost door zich te organiseren in een genootschap. De grondleggers –toen nog praktiserend–

vertolkten hun visie in het Woudschoten-rapport. Naast een aantal hoge idealen betreffende de beroepsuitoefening, werd ook een eis tot kritische reflectie –het wetenschappelijk denken– geformuleerd.

Met de ijver, gelovigen eigen, trad men de maatschappij tegemoet. Na een tiental jaren vond men erkenning bij de Universiteiten en werd een Landelijk instituut opgericht. In de daarop volgende jaren vond geleidelijk een institutionalisering van de reflectie over huisartsgeneeskunde plaats. Het wetenschappelijk onderzoek in de eerste fase werd voornamelijk individueel verricht. Binnen NHG-verband werd een aantal landelijke jaaronderzoeken opgezet. Dit soort onderzoek bereikte een hoogtepunt met het morbiditeitsonderzoek van Oliemans in 1969. Het wetenschapsmodel was dat van de, op behandeling van ziekte gerichte, epidemiologie. De huisartsen stonden nog sterk onder invloed van hun medische leermeesters, en wilden erg graag bewijzen ook wetenschappelijk werkende artsen te zijn.

Met de institutionalisering deed ook de maatschappij haar intrede in de wereld van de huisartsen. Het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen stelde grote sommen geld ter beschikking voor onderwijs en daaraan gekoppeld onderzoek, zonder op de inhoud daarvan al te veel invloed uit te oefenen. In de universitaire wereld kwam schoolvorming op gang. De Overheid steunde ook het NHI, maar vroeg daar meer controlemogelijkheden. Aan de individuele onderzoekers werd soms hulp gegeven via de daarvoor bestaande organisaties (TNO, Preventiefonds, etcetera). Niet alleen onderzoeken *door* huisartsen werden gefinancierd, maar ook in toenemende mate *over en via* huisartsen.

Na 1970 was de huisarts niet meer alleen. Wat onwennig in de wereld buiten eigen spreekkamer, steeds meer loskomend van de invloed van de kliniek, zocht hij hulp bij andere wetenschappers, die de mens tot object hebben: voor de psychosomatiek en de omgang met mensen de psycholoog; voor de maatschappelijke dimensie van ziekte en gezondheidszorg de socioloog; voor het onderwijs aan groepen de andragoog en voor wetenschappelijk onderzoek de methodoloog. De eertijds zo hoog geprezen integrale geneeskunde werd vervangen door een multi-conditionele, meer-dimensionale eerstelijns hulpverlening. Het onderzoek wendde zich af van de ziekte en richtte zich op de arts en patiënt. Ook de epidemiologie verbreedde haar belangstelling, zowel naar inhoud (leefproblemen) als naar reikwijdte (internationaal, WONCA).

De stellingname van de gedragswetenschappers was over het algemeen kritisch. Door hun veel uitgebreidere scholing in het hanteren van theoretische mensbenaderingen, werden de gewone practici snel overdonderd. Bestaat er eigenlijk wel een wetenschappelijke huisartsgeneeskunde?

De als hulpverleners binnengehaalde gedragswetenschappers namen in vele gevallen de problemen van de huisartsen over en probeerden met eigen methoden de werkelijkheid van de huisartsen te structureren. Een aantal huisartsen kon van hun kennis profiteren, niet in de laatste plaats door de op initiatief van de gedragswetenschappers opgezette trainingen. Ere wie ere toekomt.

Met het op gang komen van het onderwijs aan studenten en artsen in de beroepsopleiding werd een niet gering aantal huisartsen gedwongen tot bezinning op het eigen handelen. Idealen hebben is niet hetzelfde als ze waarmaken. In vele praktijken werd kritisch gekeken. De huisarts raakte geleidelijk aan meer bewust van het eigene aan zijn handelen. Het was hem al bekend dat de meesten van zijn patiënten in het algemeen



wel tevreden waren. Het feit dat hij zich in de woelige maatschappij staande kon houden naast Overheid, Universiteit, andere hulpverleners en eigen leerlingen, gaf hem voldoende zekerheid opnieuw de vraag te stellen: 'Wat ben ik nu eigenlijk?' Anno 1979 stelt de huisarts zichzelf de vragen: 'Wat ben ik, wat doe ik, wat moet ik doen, hoe moet ik het doen, en vooral: *waarom komen al deze patiënten vandaag bij mij?*' Al deze vragen dienen door de huisarts zelf beantwoord te worden. Zijn eigen identiteit kan hij immers toch niet aan anderen ontlene. Heeft hij dan geen anderen nodig? Het antwoord op deze vraag stel ik nog even uit.

## GESCHIEDENIS EN TOEKOMSTPERSPECTIEF

Een analyse van ontwikkelingen, zo kort geleden en nog steeds voortgaande, houdt altijd het risico in van zeer persoonlijke vertekening. De distantie, nodig voor de zogenaamde objectiviteit, ontbreekt. Dit geldt a fortiori voor een analyse van toekomstige ontwikkelingen. Het doen van uitspraken over wetenschapsbeleid heeft dan ook veel meer het karakter van een wetenschapsbelijdenis dan van een wetenschappelijk gefundeerde voorspelling. Het zij zo.

Uitspraken over huisartsgeneeskunde, gedaan door een praktiserend huisarts met enige training in wetenschappelijke methoden en ervaring met onderwijs, vormen evenmin een algemeen aanvaarde theorie. Waarom is die lang verbeide theorie over de huisartsgeneeskunde toch zo moeilijk te vatten? Over wetenschappelijke theorievorming zijn de wetenschapsfilosofen het nog niet eens. Wel is duidelijk, dat niemand meer gelooft in het bestaan van vaste natuurwetten die alleen maar ontdekt moeten worden. Theorieën zijn reducties van de werkelijkheid. De werkelijkheid voor de huisarts is de patiënt, zijn omgeving en hij zelf. Het object van de huisartsgeneeskunde is deze relatie van patiënt en arts in een wijder netwerk van aan plaats en tijd gebonden interacties. Het is een complexiteit waarin, al naar gelang het standpunt dat men inneemt, andere samenhangen te zien zijn. Beziet men het geheel door de bril van *de individuele arts*, dan is een wetenschappelijke (lees: kritische) benadering vooral een vorm van zelfbewustwording.

Bekijken *de artsen als groep* hoe de huisarts de aan hem gepresenteerde ongedifferentieerde stroom signalen omzet in klachten, hulpvragen, diagnoses en therapeutische adviezen, dan kan men gaan spreken over de wetenschap der huisartsgeneeskunde. Binnen het brede begrip huisartsgeneeskunde zijn vele wetenschappelijke benaderingen mogelijk. Wetenschappelijke benaderingen gaan van een bepaalde visie op de werkelijkheid uit, die in hoge mate willekeurig is. Het lijkt zinnig de benadering van de huisartsen zelf als de wetenschap der huisartsgeneeskunde in engere zin te beschouwen. Wetenschap der huisartsgeneeskunde is dus niet wat de huisarts doet en zoals dat door anderen wordt waargenomen en geïnterpreteerd in hun kader, maar dat wat de huisarts denkt en waarvan hij zich bewust is in zijn eigen interpretatiekader.

De in de vorige alinea's gestelde vragen kunnen beantwoord worden door deze wetenschappelijke benadering; voor het ontwikkelen hiervan moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan. Het vervullen van die voorwaarden kan men de opdracht aan de beleidsbepalende personen noemen. Wetenschapsbeleid voor de huisartsgeneeskunde wordt zo het bevorderen van een kritische bewustwording van de huisarts. Het product hiervan kan men dan huisartsgeneeskunde noemen.

Hierbij wil ik niets afdoen aan de waarde die andere wetenschappelijke benaderingen

van huisarts en patiënt hebben. Zij zoeken echter naar andere antwoorden, vanuit een ander standpunt en vaak met een ander doel dan het zoeken naar de eigen identiteit van de huisarts.

## VOORWAARDEN VOOR WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK DOOR HUISARTSEN

Beleid moet, uitgaande van een bepaalde visie, de voorwaarden scheppen waaronder huisartsen tot wetenschappelijk onderzoek kunnen komen. De door mij gepropageerde wetenschapsopvatting komt er in het kort op neer dat het erom gaat, al werkende als huisarts, zich bewust te worden van eigen ervaring, met behulp van een bepaalde theoretische conceptie van de eigen werkelijkheid. De werkelijkheid is een complexiteit, die de huisarts als generalist tegemoet treedt.

Een allereerste voorwaarde tot bewustwording is de mogelijkheid om afstand te nemen van het eigen handelen. Dit veronderstelt tijd om over het eigen handelen na te denken. De confrontatie met het eigen handelen zal niet altijd zonder meer een positieve ervaring zijn. Er zal dus een kans bestaan dat de over zichzelf reflecterende huisarts zeer selectief te werk zal gaan. Dit gevaar kan enerzijds ondervangen worden door het bijbrengen van een bepaalde denkdiscipline, anderzijds door de huisarts uit zijn wetenschappelijke isolement te verlossen door hem in contact met anderen te brengen. Dit kunnen zijn: de patiënten, de leerlingen, de beroepsgenoten, andere wetenschappelijke onderzoekers en zelfs de Overheid of eventuele opdrachtgevers.

Al deze contacten vereisen tijd en inzet van anderen. Dat kost geld. Wat krijgen de geldgevers terug voor deze uitgave? Hebben zij genoeg aan een zich van zichzelf bewustzijnde huisarts? Het lijkt binnen de huidige maatschappelijke verhoudingen onwaarschijnlijk dat bewustwording alleen voldoende zal zijn als motief voor de besteding van gemeenschapsgelden. Het is ook duidelijk dat zonder gemeenschapsgelden het niveau van inzicht in het eigen functioneren niet veel zal stijgen. Een enkele hobbyist zal nog wel eens een stukje schrijven, maar van een maatschappelijk zinvolle ontwikkeling van de gehele beroepsgroep zal dan geen sprake zijn. Beheersbaarheid van ontwikkelingen werd eerder als ideaal en nut van wetenschappelijke bezigheden genoemd. Beheersen kan alleen als men inzicht en kennis van zaken heeft. Die zal dus gevraagd worden als tegenprestatie voor de verleende hulp.

Inzicht en kennis is iets anders dan feiten en meningen. Zij zijn ontleend aan de theorieën waarmee de feiten verzameld zijn. Zonder de theorieën zijn de feiten niet meer dan een willekeurige greep uit alle ervaringen die de huisarts opdoet. De ervaringen moeten dus geordend en vastgelegd worden. De registratie van praktijk- en patiëntgegevens en de samenhangen daartussen, zoals de huisarts die ziet, dient op een zodanig niveau gebracht te worden dat de huisarts deze gegevens volgens een wetenschappelijke methode kan bewerken. De wetenschappelijke methode kan de huisarts, al naar gelang van zijn interesse, lenen uit een specialistisch deelgebied, zowel uit de natuurwetenschappen als uit de menswetenschappen. Die wetenschappelijke inzichten moeten voor hem dan wel toegankelijk gemaakt worden.

Naast de verbeterde registratie –waarvoor zowel apparatuur als mankracht nodig is– vormt dus vooral de toegang tot andere wetenschapsgebieden een belangrijke voorwaarde voor kritische reflectie. Vanuit de huidige situatie gezien vereist dit aandacht

voor training in denkmethoden en begeleiding van het opzetten van onderzoek. De denkmethoden, geschikt voor de basisvraag: 'Hoe laten complexiteiten zich generaal (of integraal) benaderen?', moeten wellicht nog ontwikkeld worden. Zeker is dat de mensen die huisartsen in hun onderzoekingen kunnen begeleiden, nog zelf daarin opgeleid moeten worden.

Samengevat: tijd, wetenschappelijke begrippen en toegankelijk materiaal vormen, naast begeleiding, de te vervullen voorwaarden. We keren terug naar de vraag: 'Wie bepaalt binnen de wetenschap der huisartsgeneeskunde het beleid?' Vooropgesteld dat beleid door personen bepaald wordt en niet door instituties, zou men ook kunnen stellen: 'Wie heeft het voor het zeggen?' Men kan drie niveaus onderscheiden: de overheidsfunctionarissen, de universitaire werkers en de actieven in de beroepsgroepen. Binnen de Overheid treft men geen huisartsen aan, op de universiteiten voornamelijk gedragswetenschappers en binnen de beroepsgroepen voornamelijk hobbyisten.

Vormen die samen een beleid? De geschiedenis overziende lijkt het van niet. Er zijn aanzetten tot registratie van onderzoek gedaan, er zijn voorstellen tot coördinatie gedaan, er zijn commissies en overlegorganen, er is zelfs een overheidsbeleid met betrekking tot coördinatie van onderzoek, maar er is ook korting op de universitaire formatie; veelbelovende ontwikkelingen op registratiegebied worden stopgezet en de wetenschappelijke activiteiten binnen het NHG worden vervangen door toetsing, methodisch werken en discussie over de plaats van de CWO.

#### ZOU HET ANDERS KUNNEN?

Als de Overheid nu eens bereid zou zijn te investeren in mankracht en apparatuur voor registratie van gegevens in ruil voor de cijfers die zij voor haar beleid nodig heeft. Als de universiteiten zich nu eens gingen toeleggen op het ontwikkelen van theorieën en concepten, bruikbaar voor de huisarts-practicus, en hun bibliotheken ten dienste stelden van de perifere werkers in ruil voor deelname aan onderwijs en onderzoekingen door andere wetenschappers. Als de ziekenfondsen en verzekeraars het nu eens mogelijk maakten dat huisartsen zich met behoud van inkomen van hun directe praktijkverplichtingen konden terugtrekken, in ruil voor gegevens over werkelijke kosten en verrichtingen. En last but not least: als NHG, NHI en LHV nu eens een aantal geïnteresseerde huisartsen in dienst zouden nemen om de nog praktiserende collega's met hun onderzoekingen daadwerkelijk bij te staan; zou het dan nog nodig zijn om richting te geven aan alles wat er dan gaat gebeuren?

Wetenschapsbeleid voor de huisartsgeneeskunde behoeft geen hoge idealen van alles omvattende kennis-systemen na te streven. Steun aan de huisarts in zijn kritische bewustwording is het enige dat werkelijk nodig is.

Bij het denken over ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde stuit ik op drie vragen:

- waar komen we vandaan?
- waar zijn we nu?
- waar willen we heen?

### WAAR KOMEN WE VANDAAN?

Teruggaan tot de oertijd (Gill<sup>1</sup> noemt huisartsgeneeskunde de moeder der geneeskunde) is in het kader van dit artikel niet nodig en trouwens ook ondoenlijk. Ik beperk me tot het recente verleden en zal daarbij de wisselwerking tussen samenleving, geneeskunde en gezondheidszorg behandelen. Ik zal beginnen rond 1960.

Er is dan een kloof aanwezig tussen de samenleving enerzijds en de geneeskunde anderzijds.<sup>2</sup> Dit is zichtbaar geworden door een onderzoek waaruit bleek dat een opmerkelijk percentage van de mensen, die klinisch en adequaat voor aanwijsbare medische afwijkingen waren behandeld, hun klachten niet kwijt waren. Bovendien bestaat er een kloof tussen samenleving en gezondheidszorg, en het zijn juist de huisartsen, die zich in toenemende mate pijnlijk bewust zijn geworden van het feit dat de kennis en vaardigheden, waarmee de klinische geneeskunde hen tijdens hun opleiding heeft toegerust, in onvoldoende mate aansluiten bij de gezondheidsproblemen waarmee patiënten hen confronteren. Hogerzeil<sup>3</sup> spreekt van de huisarts '.....opgeleid in orgaanspecialistische zin, zonder orgaanspecialist te zijn en dagelijks geconfronteerd met de zorg voor de patiënt met klachten in het psychosociale vlak, zonder hiervoor deskundigheid te bezitten.....'

Er is ook een kloof tussen huisartsgeneeskunde en zowel gezondheidszorg als geneeskunde. De scheiding der werelden lijkt voltrokken; de huisarts werkt niet meer in het ziekenhuis, de specialist niet langer erbuiten. Het collegiaal consult tussen huisarts en specialist ten huize van de patiënt is in onbruik geraakt. In het kielzog van sociale en gezondheidswetgeving penetreren sociaalgeneeskundigen het territorium van de huisarts. Apotheker en verloskundige volgen. De huisartsen reageren in hoofdzaak defensief en conserverend. In de collegezaal wordt de huisarts voornamelijk opgevoerd als de collega die –als steeds, ondanks herhaald waarschuwen– het rectaaltoucher achterwege liet en ausculteerde tussen hemd en borstrok; (afgaande op de informatie van assistenten in de beroepsopleiding krijg ik de indruk dat er nog weinig is veranderd sinds 1960). De animo onder pas afgestudeerden om huisarts te worden is dan ook gering.

Een klein, maar opmerkelijk raakvlak van geneeskunde en samenleving leveren internisten en psychiaters:<sup>4 5 6 7</sup> zij maken hun observaties omtrent samenhang tussen ziekte en emotionele gebeurtenissen in het dagelijks leven van patiënten tot onderwerp van onderzoek. De klinische psychosomatiek is nooit tot echte bloei gekomen. Op het denken en werken –zeker van huisartsen– heeft zij onmiskenbaar invloed gehad. Zij heeft de huisartsen mede geïnspireerd tot het zelf ontwikkelen van een 'eigen' raakvlak van samenleving en geneeskunde: de Balint-groepen. Naar Engels voorbeeld vormen huisartsen kleine groepjes voor '...the study of the interaction between the patient and his

therapist in a group setting in which every member had full and continuing responsibility for his patients...'<sup>7</sup>, met als doel '...to awaken in them an awareness and understanding of the psychological and emotional factors active in their patients' illnesses...'. De eigen ervaringen en het kijken naar eigen functioneren staan daarin centraal; '...skill must be acquired by doing the thing, and its price in psychotherapy must always be a limited though considerable change of one's own personality'.

Binnen de huisartsgeneeskunde grote beweging. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) beperkt zich nog in hoofdzaak tot nuttig, beschaafd en weinig aanstootgevend vakbondswerk: het wachtlopen op de kantelen van de huisartsenburcht.

Juist opgericht is het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Doel: bevorderen dat huisartsen hun werk 'op wetenschappelijk verantwoorde wijze' uitvoeren, maar vooral expliciet de hulpverlening door huisartsen in overeenstemming brengen met wat in de huisartsensituatie gevraagd wordt: 'integrale, continue en persoonlijke zorg'. Het eigen maandblad *Huisarts en Wetenschap* wordt uitgegeven; korte tijd later zal het NHG een hoofdrol spelen bij de oprichting van het Nederlands Huisartsen Instituut (NHI).

In korte tijd worden aanzetten gegeven tot onderzoek in de huisartspraktijk, hoofdzakelijk met betrekking tot morbiditeit: verloskunde, hoofdpijn, tonsillitis,<sup>8 9 10</sup> en tot het ontwikkelen van de praktijkvoering: sterilisatie, praktijkruimte, zwangerschapskaart.<sup>11 12 13</sup> Er bestaat veel belangstelling voor de opleiding van de huisarts.<sup>14 15 16 17 18</sup>

Hogerzeil: 'het doel van de opleiding, de student te vormen tot algemeen arts, houdt in dat hem wordt geleerd de mens als totaliteit te zien. Welk onderdeel bij de opleiding ook aan de orde wordt gesteld, steeds moet de mens als totaliteit begin- en eindpunt zijn. Tenslotte zal geen student arts kunnen worden als niet aan zijn persoonlijke vorming grote zorg wordt besteed....' Hij bepleit bijdragen van huisartsen aan het universitaire onderwijs ('...zorg...dragen dat het normale morbiditeitspatroon in het universitaire onderwijs een weerspiegeling vindt...'). Huygen signaleert zeven fundamentele lacunes in de artsopleiding als voorbereiding voor de huisartspraktijk en houdt een pleidooi voor 'gezinsgeneeskunde'.<sup>19</sup>

Vanuit de universitaire instituten voor sociale geneeskunde te Groningen (prof. Van Deen) en Nijmegen (prof. Mertens) worden de eerste co-schappen huisartsgeneeskunde georganiseerd. Naar voorbeeld van Scott in Edinburgh wordt door Van Deen<sup>20</sup> de eerste universitaire huisartspraktijk geopend (eerste huisarts: C.P. Bruins), die later uitgroeit tot de eerste universitaire groepspraktijk.<sup>21</sup>

En dan de samenleving, wat kan men daar in het kort over zeggen? De na-oorlogse opbouwtrein is Halte Welvaartsstaat genaderd, de consumptiemaatschappij maakt zich klaar om uit te stappen. We hebben nog niet allemaal een huis, een auto en een TV, maar het komt, het komt. God leeft nog, maar het Eeuwig Aardse Leven is in aantocht. Na de psychofarmaca komen de anticoagulantia en de corticosteroiden, de dood is al taboe. Nog even en het leven zal niet langer dodelijk zijn. De entreprijs: algemene ont-houding, het opgezegd vertrouwen in eigen lijf en een verwijskaart, te bevragen bij Uw huisarts. U hebt er recht op.

## WAAR ZIJN WE NU?

Op het grensvlak van samenleving en medische wetenschap vindt wederzijdse infiltratie plaats. Hetzelfde zien we gebeuren op het grensvlak van samenleving en gezond-

heidszorg. Fahrenfort en Klinkert<sup>22</sup> definiëren 'medicalisering' als 'het proces waarbij steeds meer verschijnselen in het menselijk bestaan onder de oordeelsbevoegdheid van leden van de medische professie worden gebracht'. Zij signaleren de monopoliepositie van de arts en de in brede lagen van de bevolking heersende 'opvatting dat voor een 'gelukkig leven' een goede gezondheid van het allergrootste belang is'.

Ik zie dit als wederzijdse infiltratie. Enerzijds is de geneeskunde duidelijk de markt op gegaan: in het kader van groeiende openheid zijn medische vorderingen in toenemende mate in de publiciteit gekomen. De geneeskunde heeft de bevolking als 'population at risk' ontdekt: grote bevolkingsonderzoeken met betrekking tot hart- en vaatziekten, reuma, kanker en luchtwegaandoeningen. Samen met de gezondheidszorg heeft zij curatief (bijvoorbeeld kankerdiagnostieken, therapie, hartvaatchirurgie) en preventief (bijvoorbeeld phenylketonurie, cervixcarcinoom, pro-trim en anti-rook-acties) geschat in stelling gebracht. Fellow-travellers in deze veldtocht zijn –bien étonnés– de farmaceutische industrie en de gedragswetenschappen.

Anderzijds wordt in het kader van groeiende consumenteninvloed vooral door belangengroepen, zoals de Vereniging van Hartpatiënten, of ideologische bewegingen als 'Voorkomen is beter...' druk uitgeoefend tot het verkrijgen van betere gezondheidsvoorzieningen. Gemeenschappelijke noemer van al dit tweerichtingsverkeer is de nieuwe norm: 'Gezondheid Moet'. In het kader van veranderende waarden en normen met betrekking tot dood en (kwaliteit van) leven is –en wordt nog– onderhandeld tussen samenleving en professie over zaken als abortus en euthanasie, aangelegenheden waarover de medische wereld vroeger alleen en binnenskamers placht te beslissen.

Ook wat betreft de huisartsgeneeskunde vindt infiltratie plaats tussen gezondheidszorg en samenleving. Onder het motto van de continue, integrale, persoonlijke zorg zijn de huisartsen op pad gegaan van Cure naar Care. Waar ze hun grenzen ontdekten, hebben ze aansluiting gezocht bij andere hulpverleners. Er is geëxperimenteerd met de mogelijkheden en beperkingen van samenwerking, al of niet in geïnstitutionaliseerd verband. De begrippen 'eerstelijns gezondheidszorg' en 'multidisciplinaire hulpverlening' beginnen tot leven te komen, maar kort daarna komen ook de eerste twijfels: Een zeer breed hulpaanbod onder de vlag van gezondheidszorg zou wel eens kunnen bevorderen dat een eveneens zeer breed scala van problemen door de bevolking als gezondheidsproblemen wordt beleefd en als zodanig in de patiëntrol wordt gepresenteerd. Tussen deze patiënt en de dokter in zijn 'nieuwe' rol –compleet met Woudschotenbaard, Care-staf en rei der eerstelijners– dreigt zich een klassiek drama te ontwikkelen met als onvermijdelijke afloop: medicalisering.

De Geneeskundige Hoofdinspecteur ziet gelukkig 'verschuiving in de opvattingen over de rol van hulpverlener, waarbij de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt-patiënt sterker dan voorheen wordt onderkend en benadrukt, leidend tot meer aandacht voor de zelfzorg en de niet-professionele mantelzorg en tot 'demedicalisering', tot minder afhankelijkheid van een professionele hulpverlener.<sup>23</sup>

Tussen geneeskunde en huisartsgeneeskunde zien we al evenzeer infiltratie. Huisartsgeneeskunde is ten dele binnen de geneeskunde-als-wetenschap gelocaliseerd: ze maakt deel uit van de opleiding voor het artsexamen. Het nascholingsaanbod vanuit de klinische geneeskunde is aanzienlijk toegenomen en –soms– beter afgestemd op de behoeften van de huisartsen. De nascholingsvraag vanuit de huisartsenwereld is duidelijker geworden. Het principe van de Warffum-cursussen berust erop, dat inhoud en diepgang van nascholingsbijdragen met nadruk worden bepaald door de behoefte van de

huisartsen zelf.

Tussen huisartsgeneeskunde en gezondheidszorg komt de wederzijdse infiltratie onder andere tot uitdrukking in de volgende ontwikkelingen:

- van huis uit klinische faciliteiten, zoals laboratorium, röntgendiagnostiek en ECG-beoordeling zijn voor huisartsen toegankelijk geworden
- de eerder gesignaleerde toegenomen samenwerking met verloskundigen, fysiotherapeuten, apothekers en medische specialisten<sup>24</sup>
- aanzetten om de huisarts een nieuwe functie in het ziekenhuis te geven<sup>25</sup>

Geen infiltratie, eerder een kloof, tussen huisartsgeneeskunde en preventieve gezondheidszorg. De aanvankelijke belangstelling hiervoor onder huisartsen lijkt tanende. 'Veel ongecoördineerde krachten, merendeels buiten de eerstelijns gezondheidszorg, bepalen de –onduidelijke– koers.'<sup>26</sup> 'Dutch doctors are still very ambivalent towards their role in prevention and they tend to the opinion that only aimed individual prevention should be a true element of primary care.'<sup>27</sup>

De klinische psychosomatiek en het 'Balintisme'<sup>28</sup> lijken op de achtergrond te raken door de veelheid der 'zachte stromingen' uit de gedragswetenschappen, die via de (eerstelijns) hulpverlening en via de universitaire huisartseninstituten de huisartsgeneeskunde binnenvloeien. De gedragswetenschappen hebben een grote verscheidenheid aan deskundigheden en waarden meegebracht. Hun entree binnen de huisartsgeneeskunde leidde tot uiteenlopende reacties –van halleluja tot boegeroep– en tot verwarring.

Duidelijk is echter dat in de huisartsgeneeskunde behoefte blijft aan een bredere visie op het eigen werkterrein dan door het medisch model geboden wordt. In het zoeken naar een dergelijke visie gaan synthetisch-holistische tendenzen de analytisch-causale overheersen; dit komt onder andere tot uitdrukking in een groeiende belangstelling voor de humanistische geneeskunde.<sup>29 30 31</sup>

Binnen de beroepsgroep heeft de LHV de intentie meer aandacht te schenken aan de inhoudelijke aspecten van de beroepsuitoefening en het functioneren van de huisarts. Maatschappelijke druk en kritiek en toegenomen overheidsactiviteiten hebben dit proces zeker bespoedigd, maar ook krachten van binnenuit zijn van grote invloed geweest op deze nieuwe koers. De eerste 'Blauwdruk', de discussienota 'De plaats van de medicus in het eerste echelon' en het rapport 'Taken van de huisarts'<sup>32 33 34</sup> vormen één uitloper hiervan, het aandeel in de oprichting van de Stichting Nascholing Huisartsen een andere. Nu is de LHV een vereniging met een uiterst heterogeen ledenbestand, dat in slechts één opzicht onmiskenbaar gelijkgericht is: de leden zijn allen huisarts en verwachten dat de eigen maatschappelijke belangen –wat men daaronder ook wil verstaan– behartigd zullen worden. Deze heterogeniteit scheidt tezamen met een voorkeur van huis uit voor het harmoniemodel, een sfeer van behoedzaam en onvoldoende duidelijk laveren tussen idealistische intenties en –al of niet vermeende– aantasting van de maatschappelijke belangen. Ik vrees dat deze onduidelijkheid de effectuering van veel goede bedoelingen in de weg zal staan.

Om te weten welke achterban welke intenties ondersteunt, en om te kunnen reageren op een duidelijk herkenbare oppositie, lijkt een volstrekt ondubbelzinnige opstelling van het Centraal Bestuur mij een voorwaarde. De maatschappelijke positie als vrij ondernemer en de professionele positie als hulpverlener in de eerstelijns gezondheidszorg zijn trouwens op fundamentele punten met elkaar in strijd. Het is opmerkelijk dat

–anders dan onder specialisten– het dienstverband voor huisartsen nauwelijks serieus in discussie is geweest als mogelijke oplossing van dit conflict.

In sommige opzichten heeft het NHG het gemakkelijker gehad; het kent geen verenigingsstructuur en hoeft zich niet te occuperen met maatschappelijke belangenbehartiging van de leden. Het Genootschap heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan inhoudelijke activiteiten op het gebied van praktijkvoering en wetenschappelijk onderzoek, en bovendien voorop gelopen bij het denken over en het vormgeven aan nieuwe beroepsinhouden en structuren, zoals hulpverleningsmethodiek<sup>35 36</sup> en samenwerkingsverbanden.<sup>37</sup>

Wat het NHG hiermee in de diepte wint, dreigt het in de breedte te verspelen; Spreeuwenberg<sup>38</sup> constateert mijns inziens terecht elitevorming in de huisartsenwereld. De in Huisarts en Wetenschap publicerende ‘braintrust’ is door de jaren heen tamelijk constant en beperkt gebleven. Het bezwaar van dergelijke elitevorming kan zijn dat de afstand tot de achterban te groot wordt: ideeën slaan alleen aan als de achterban daarin voldoende van de eigen dagelijkse problemen kan herkennen. Hoe breed het draagvlak onder huisartsen is voor de uiterst bruikbare producten van het NHG-denken, is tamelijk onduidelijk en maakt het moeilijk om te schatten hoever de consequenties ervan zullen (gaan) reiken.

Binnen de universitaire huisartseninstituten lijkt de invloed van dit NHG-denken sterker dan daarbuiten. Het NHI is vooral de vormgever geworden van ideeën die binnen het NHG ontwikkeld werden ten aanzien van onderzoek in de huisartspraktijk, praktijkvoering, samenwerking, nascholing en voorlichting.

De ontwikkeling van de universitaire huisartseninstituten is hoofdzakelijk verlopen op geleide van de vraag naar onderwijs. Door wijzigingen van het Academisch Statuut is de beroepsopleiding eerst onderdeel van de –gedifferentieerde– studie voor het arts-examen geworden. Later is deze beroepsopleiding formeel een postacademische geworden, verzorgd vanuit de instituten onder inhoudelijke verantwoordelijkheid van het College Huisartsgeneeskunde en de Huisartsen Registratie Commissie; daarnaast wordt huisartsgeneeskunde gedoceerd in de basisopleiding.

Deze taakexplosie in het onderwijs viel samen met een toenemende schaarste in de universitaire wereld, vooral merkbaar in de bemanning van de instituten. Het achterblijven van de onderzoeksfunctie van deze instituten wordt, mijns inziens ten dele terecht, daaraan geweten. Ik kom daar later nog op terug. Intussen vormt dit achterwege blijven van wetenschappelijk huisartsgeneeskundig onderzoek een knelpunt voor de universitaire instituten. Een tweede knelpunt is de al eerder genoemde elitevorming; het is met name binnen de beroepsopleidingen duidelijk geworden dat veel aandacht moet worden besteed aan het in stand houden van de aansluiting tussen staf en huisartsopleiders, een inzicht dat door veel opleiders wordt gedeeld. Een paar andere actuele discussiepunten binnen de huisartseninstituten zijn betere integratie van het eigen onderwijs binnen de basisopleiding en beoordeling van het effect van de beroepsopleiding.

Tot slot van deze paragraaf enkele opmerkingen over ontwikkelingen in de samenleving. Het beeld wordt beheerst door wederzijdse infiltratie van samenleving, gezondheidszorg en geneeskunde. Het lijkt mij dat groepen en sectoren uit de samenleving minder dan vroeger in een isolement verkeren. Er is meer informatie, publiciteit, belangstelling, confrontatie en polarisatie, kortom meer ‘bemoeienis’.

Er groeit een nieuw soort sociale controle, voortkomend uit de wens om ontwikkelin-



- gen te beïnvloeden en minder berustend op de neiging om waarden en normen te conserveren. Rondom 'gezondheid' zijn twee tegengestelde tendenzen te bespeuren:
- toenemende medicalisering, waarin medische discipline, gezondheidszorg, industrie en publiek –van categorale patiëntenorganisaties tot politiek-ideologische actiegroepen– elkaar lijken te omarmen
  - toenemende 'zelf-help'-activiteiten als uitdrukking van een streven om onafhankelijk te worden van professionele hulpverlening: gezondheidswinkels, VIDO-groepen.

Opmerkelijk vind ik dat deze tegengestelde tendenzen ook zijn terug te vinden op de bonte markt van de alternatieve geneeswijzen. Wordt enerzijds de groeiende belangstelling hiervoor mede verklaard door de behoefte van patiënten aan onafhankelijkheid,<sup>39</sup> anderzijds blijkt niet zelden, dat patiënten dezelfde afhankelijkheidsrelaties aangaan in de alternatieve gezondheidszorg als in de 'officiële'.

#### WAAR WILLEN WE HEEN?

Om uit de veelheid van ontwikkelingen de lijnen te kiezen die mij essentieel lijken, kijk ik nog éénmaal snel achterom:

De conferentie van Woudschoten is een bezinnings- en inspiratiepunt voor huisartsen geweest. Van daaruit is het NHG aan het werk gegaan. Voor de meeste huisartsen betekende dit vooral aandacht voor het eigen functioneren en voor de eigen praktijkvoering. Later kwam daar voor velen het deelnemen aan onderwijsactiviteiten bij. In de samenleving blijft de vraag naar gezondheidsvoorzieningen stijgen. Aan de medische faculteiten ontstaan instituten voor huisartsgeneeskunde.

In eerste instantie verdwijnt bijna alle energie in onderwijstaken. De laatste jaren is er het één en ander aan het veranderen:

- medicalisering en medische afhankelijkheid worden in de samenleving en in de beroepskringen herkend en er wordt kritisch op gereageerd.<sup>22</sup> Vooral onder invloed van de stijgende kosten van gezondheidszorg wordt het beleid gericht op structurering en versterking van de eerste lijn.<sup>40</sup>
- het NHG publiceert twee rapporten<sup>35 36</sup> die mogen worden opgevat als een fundamentele bijstelling van de eigen uitgangspunten
- de LHV gaat zich actief bezighouden met de plaats en taak van de huisarts in de samenleving<sup>32 33 34</sup>
- bij de universitaire huisartseninstituten blijft de onderzoekstaak achter ten opzichte van de onderwijstaken. Hierover groeit verontrusting
- het 'Paradigmanummer' (december 1978) van Huisarts en Wetenschap bevat een aantal opmerkelijke artikelen over de grondslagen van de huisartsgeneeskunde

Kortom, het heeft er alle schijn van, dat we toe zijn aan een nieuw bezinnings- en inspiratiepunt. In het kader daarvan zal ik vier hoofdlijnen volgen:

- enkele *fundamentele aspecten* van het denken over huisartsgeneeskunde: paradigma's, twijfel, het 'geloof'
- huisartsgeneeskunde als *wetenschap*
- huisartsgeneeskunde en *versterking van de eerste lijn*
- *de beroepsopleiding*

## *Paradigma's*

Lamberts<sup>41</sup> citeert Verbrugh's omschrijving van paradigma's als 'een soort 'code', dat wil zeggen een netwerk van deels ongeschreven uitgangspunten, voorstellingen, methoden en gedragsregels die voortkomen uit (...) historische verworvenheden, waardoor een bepaald soort problemen oplosbaar wordt en waaraan beoefenaren van dit vakgebied, dat wil zeggen personen die verantwoordelijk zijn voor (onderzoek en) onderwijs erin, samen een 'scientific community' vormend, elkaar (h)erkennen en hun activiteiten legitimeren.' En elders: 'een paradigma verschaft een bruikbaar handvat wanneer wordt gewerkt op het terrein der twijfel'.

## *Twijfel? Wat twijfel?*

Aan twijfel op het gebied van de wetenschap ben ik op dit moment nog niet toe. Er zal eerst duidelijkheid moeten zijn over een 'code' voor de beroepsuitoefening. Ik voel me een pleegkind van de medische familie, opgevoed in het medisch model. In het huis van die familie ben ik opgevoed. Ik heb hun taal leren spreken en hun gebruiken overgenomen. Maar nadat ik het huis had verlaten en mijn beroep ging uitoefenen, merkte ik dat die taal en gebruiken daartoe ontoereikend waren. De problemen ontstonden steeds wanneer ik in contact kwam met mijn pleeggezin; zij leken mijn verandering niet te begrijpen en wezen die af. Ik mocht wel binnenkomen, maar op hún voorwaarde. In die situatie van schipperen tussen dakloosheid en ontrouw aan eigen belevingen en opvattingen werd ik gevoelig voor de taal der gedragswetenschappers. Ik kwam er over de vloer en dacht een nieuw pleeggezin te hebben gevonden. Maar toen ik er kind aan huis werd, ontdekte ik dat ook hun taal en gebruiken maar ten dele voor mijn beroep bruikbaar waren en dat hun strengheid dezelfde was als die in het vorige pleeggezin. Van Es schrijft:<sup>42</sup> 'Voor zover huisartsen wel een eigen geneeskunde meenden te ontwaren, werd dit door de gedragswetenschappers als een fata morgana afgedaan'. Het wordt langzamerhand duidelijk: ik zal m'n eigen huis moeten bouwen, waarin de 'community' moet ontstaan, waarmee ik taal en gebruiken kan delen. Of het een 'scientific community' zal worden kan ik nog niet zien. Het '(h)erkennen en activiteiten legitimeren' zal moeten beginnen op het niveau van de beroepsuitoefening, want huisarts zijn (en zo men wil huisartsgeneeskunde) is voor mij op dit moment primair een ambacht en een bestaanswijze. Voor de ambachtelijke aspecten kan ik voorlopig uit de voeten met het gereedschap dat mijn pleeggezinnen –geneeskunde en gedragswetenschappen– beschikbaar stellen. Mijn bestaan wordt beïnvloed door opvattingen en waarden die bepalen welke gereedschappen ik toepas, wanneer en hoe. Daarvoor is in de allereerste plaats 'herkenning en legitimering' nodig. Van de Burg<sup>43</sup> schrijft in een discussiestuk: 'Ik geloof daarom (...) niet dat men een (ander) paradigma bewust kan construeren, het emotioneel verankerde 'geloof' in de waarde van een nieuw paradigma gaat aan de verstandelijke argumentatie en verdediging ervan vooraf'. Ik zie niet waar we dit 'geloof' anders kunnen opdoen dan in ons dagelijks werk en door onze reflectie op wat daar gebeurt.

## *Het 'geloof'*

Geloof beschrijven is net zo moeilijk als een vlieg vangen die aan de andere kant van

het raam zit. Aan een discussie in de staf van het Huisartsen Instituut Groningen<sup>44</sup> over wat wij essentieel vinden aan ons vak, ontleen ik het volgende:

- 'Als een patiënt bij de dokter komt zal deze in de eerste plaats willen weten waarvoor de patiënt bij hem komt (intake-fase uit de methode-Van Aalderen). Hierbij lijkt het ons belangrijk dat de patiënt gehoord, verstaan, begrepen wordt door de mens-huisarts, zonder dat meteen al sprake is van medische interventie.....
- De overeenkomst tussen huisarts en patiënt over wat het handelingsplan zal zijn, komt op een duidelijk andere manier tot stand dan in de traditionele, veelal specialistische geneeskunde. Daarin wordt hoofdzakelijk op grond van de deskundigheid van de arts bepaald wat er gedaan moet worden. (...) Impliciete vooronderstelling daarbij is onder andere dat lichamelijke gezondheid absoluut moet worden nagestreefd....
- Deskundigheid zal in de huisartsensituatie als cognitief element slechts ingebracht kunnen worden in het actieve proces van het (samen) nemen van een besluit....
- (speelt) de 'eigen deskundigheid' van de patiënt een rol: deze heeft zelf 'informatie' over wat er met hem aan de hand is....
- actie (...) waarbij behalve de deskundigheid van de arts meespelen: de eigen waarden en normen van de arts en van de patiënt, waaronder ook valt de wens van de patiënt over hoe hij met zijn gezondheid om wil gaan...
- Wij zouden de patiënten willen stimuleren meer vertrouwen te krijgen in hun eigen lijf, hun eigen gevoel, hun eigen mogelijkheden. Wij willen patiënten daarbij aanspreken op hun gezond zijn (...) en niet in de eerste plaats op hun ziek zijn....
- In onze maatschappij waarin veel mensen verantwoordelijkheid wordt afgenomen en waarbij zij zich die verantwoordelijkheid ook laten afnemen, is wellicht de culturele functie van de huisarts om de verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid bij de mensen zelf te leggen en te laten....
- In sommige gevallen zal de huisarts als onderdeel van die overeenkomst met de patiënt (namelijk over het handelingsplan) diagnostiek en therapie uitvoeren overeenkomstig het medisch model....
- In andere gevallen zal de huisarts enig medisch onderzoek doen, waarna zij hun dialoog hervatten (...) of er zal een medisch specialist worden ingeschakeld als leverancier van meer medische deskundigheid, waarna huisarts en patiënt met nieuwe gegevens van de specialist hun gesprek voortzetten....
- Of ze zullen samen tot de conclusie komen dat de vraag niet thuishoort in de gezondheidszorg....
- Ook kan het voorkomen dat zij niet tot overeenstemming komen....'

### *Naar een 'scientific community'?*

Binnen de universitaire huisartseninstituten en –al vanaf de oprichting– binnen het NHG wordt het ontbreken of stagneren van wetenschappelijk onderzoek als een handicap gevoeld. Ik vind het een goede zaak dat daar aandacht aan wordt besteed en dat veel inspanning is gericht op het bevorderen van dergelijk onderzoek. Onderzoek, gedaan door huisartsen in huisartspraktijken, draagt niet zonder meer bij tot het ontstaan van een wetenschappelijke discipline. Veel onderzoek in de huisartspraktijk beantwoordt vragen van klinisch-medische of sociaal-geneeskundige aard of beide. Daar is

niets op tegen en de uitkomsten zijn vaak bijzonder waardevol, maar daarmee is het nog geen huisartsgeneeskunde.

Dat vind ik het pas, als het bij mij door invalshoek, probleemstelling en oplossingsstrategieën een sensatie van herkenning oproept, waarbij ik denk: 'Dit is een rake greep naar de kern, de waarheid van mijn vak, dit legt iets open waar de specifieke geur van het vak uit opstijgt.'

Wat is dan die specifieke geur? Ik zal proberen een paar voorbeelden te noemen van elementen, die deze sensatie van herkenning oproepen. Als invalshoek: gezondheidsproblemen, zoals ze door de patiënt worden geformuleerd of door de arts begrepen, zonder reductie tot een klinisch-medisch, sociaal of psychologisch probleem. Als probleemstelling: wat is de functie van een gezondheidsprobleem in het levensperspectief van de patiënt, in zijn verhouding tot zijn Umwelt en wat betekent dat voor de huisarts, wat willen beiden bereiken? Als oplossingsstrategie: het gebruiken van nieuwe waarnemings- of meeteenheden en -instrumenten, die gezondheidsproblemen van patiënten als geheel intact laten. Medische, sociale en psychologische analyses zijn daarbij uitsluitend bruikbaar als hulpmiddel, om de totaalvisie op een probleem te verdiepen. Veel van deze elementen kom ik tegen in de publicaties over het project Somatische Fixatie;<sup>45</sup> dit vind ik dan ook een typisch voorbeeld van huisartsgeneeskundig onderzoek.

Als we op zoek gaan naar grondslagen voor een eigen discipline, zie ik, vanuit mijn beroepsopvattingen, wel het nodige materiaal.

Ik kies voor:

- *Het medisch model* dat als onvervreemdbaar aspect van ons beroepsbestaan niet kan ontbreken in onderzoek, ook al zal het daarvan nooit meer dan een facet kunnen zijn.
- *De Ommoordse gezondheidsdefinitie*,<sup>41</sup> die uitgaat van het gevoel van het individu, van zijn mogelijkheden om bevredigend te leven en van de erkenning, dat het menselijk bestaan soms moeilijk en beperkend is.
- *De methode-Van Aalderen*,<sup>46</sup> niet zozeer als 'het allernieuwste' in de groeiende reeks van vaktrucs, maar als neerslag van een manier van hulpverlening die mij vruchtbaar lijkt in de huisartspraktijk. Misschien levert deze methode ons een nieuw stramien voor de door Van Es aanbevolen 'nauwkeurige casusbeschrijving' als uitgangspunt van wetenschappelijk onderzoek.
- *De humanistische geneeskunde*,<sup>29 30 31</sup> waarin de zienswijze van het arts-patiënt-contact als menselijke ontmoeting, het idee van de totaliteit van de mens en de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt –groeïend op weg naar zelfverwerkelijking– mij aanspreken.

Aan een *geforceerde* ontwikkeling van onderzoek, die zijn wortels onvoldoende in de huisartsgeneeskunde heeft, zie ik de volgende risico's:

- Ik voorzie een toenemende vorming van elite, die in zijn wetenschappelijke producten niet voldoende door de beroepsgroep 'herkend' en 'gelegitimeerd' wordt. Er ontstaat opnieuw een vervreemding, net als destijds bij het uiteengroeien van huisartsen en specialisten.
- Als het goed is moet wetenschappelijk onderzoek invloed hebben op de beroepsuitoefening. Stel bijvoorbeeld dat in de komende tijd grote aandacht zou worden besteed aan preventief onderzoek in de huisartspraktijk, dan is het denkbaar dat het

huisarts-zijn daardoor wordt omgebogen tot een soort 'screen-heer'-schap. Het is maar de vraag of dat een gewenste ontwikkeling is; over zulke zaken moet men het eerst goed eens zijn. Het lijkt mij branche-vervaging.

Dergelijke ontwikkelingen zijn ook denkbaar met betrekking tot klinisch-geneeskundig of gedragswetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk. Op zichzelf is het niet verkeerd dat zulk onderzoek wordt verricht; wellicht zal het soms resultaten opleveren, die voor de beroepsuitoefening van huisartsen waardevol zijn. Maar daarbij dient het onderzoek voor verantwoordelijkheid van de betreffende discipline –sociale geneeskunde, klinische geneeskunde, gedragswetenschappen– te blijven, en moet de huisartsgeneeskunde ruimte hebben om het, gezien vanuit haar eigen invalshoek, al of niet als een bijdrage te zien.

- Voor werkelijk creatief wetenschappelijk onderzoek is ruimte nodig en pressie schadelijk. Als dat onderzoek niet goed van de grond komt, moet zorgvuldig geanalyseerd worden wat daarvan de oorzaak is en hoe hierin verandering gebracht moet worden.

Gebrek aan tijd, mankracht en geld wordt vaak als oorzaak aangemerkt en dat lijkt me ten dele juist. Gebrek aan onderzoekservaring speelt zeker ook een belangrijke rol.

Maar tevens spelen andere facetten een rol. Is het voor een huisarts wel doenlijk om zijn patiënten gelijktijdig te zien als bekenden uit zijn praktijk die een beroep op hem doen én als objecten van wetenschappelijk onderzoek? Hebben huisartsen, eenmaal gefascineerd door een bepaalde probleemstelling, niet de ontmoedigende ervaring dat zij, goed en wel begonnen aan een onderzoek, ontdekken dat hun wérkelijke vraag toch net ergens anders ligt? Misschien verwijst dit wel naar het probleem dat de eigen optiek van de huisartsgeneeskunde nog onvoldoende duidelijk is. En wordt –tenslotte– de aandrang om onderzoek te doen niet ook ingegeven door prestige-overwegingen: de huisarts opstoten in de vaart der intellectuelen? De vraag mag wel eens serieus gesteld worden, of huisartsen in feite niet medische hulpverleners op HBO-niveau zijn. Daar steekt niets oneerbaars in zolang ze goede hulp verlenen.

*Terug naar vastere grond: 'versterking van de eerste lijn'.*

'Versterking van de eerste lijn' is een vlag die vele ladingen dekt. In de beleids- en financieringssector wordt gewerkt vanuit de gedachte, dat betere hulp geboden moet worden voor minder geld. Het voornaamste instrument is (her-)structurering; zo zijn regionalisatie en experimenten met samenwerkingsprojecten in de eerste plaats pogingen om, uitgaande van de bestaande hulpvraag, goedkope en goede hulp te verlenen. In de medische professie is het discussiepunt, of niet een groter gedeelte van de bestaande medische hulpvraag, zelfstandig door huisartsen kan worden afgehandeld. Als instrumenten daartoe worden gezien: praktijkverkleining, uitbreiding van nascholing en beroepsopleiding en het aan huisartsen beschikbaar stellen van meer technisch-medische en organisatorische voorzieningen.

In het koor der eerstelijners wordt gevarieerd op het thema samenwerking en integratie. Uitgangspunt is, dat de keuze van de juiste hulpvorm van kardinale betekenis is voor het effect van die hulp. Instrumenten daartoe: wijkgezondheidscentra, interdisciplinaire samenwerking. Al deze invalshoeken hebben gemeen dat ze de *bestaande*

hulpvraag als een gegeven accepteren. Daarin ligt mijns inziens tevens de betrekkelijkheid van hun betekenis.

In calvinistische dagen werden pijn, ziekte, leed en ongemak gezien als –oncomfortabele– wegen waarlangs de mens tenslotte iets ‘hogers’ kon geworden. Met de huidige mogelijkheden van de gezondheidszorg is veel van deze kommer en kwel te beperken of te voorkomen en dat is maar goed ook, want het levensperspectief waarin dit alles destijds draaglijk was, ontbreekt tegenwoordig grotendeels. Maar anderzijds is het niet zo, dat de gezondheidszorg de remedie kent –of ooit zal kennen– voor alle pijn, ziekte, leed en ongemak en wat er verder in een mensenleven nog mis kan gaan.

Ieder mens zal met zijn eigen middelen zijn eigen doelen moeten zien te bereiken. Zijn gezondheid is daarbij één, zij het een zeer belangrijke voorwaarde, die wel in hoge mate, maar nooit volledig te beheersen is. Vanuit de gezondheidszorg wordt, ongewild, gesuggereerd dat dit, nu of later, wel mogelijk is. Mits men maar...en dan volgen de adviezen, voorschriften, beperkingen.

Zo ontstaat het spiegelbeeld van die calvinistische tijden: de gezondheidszorg stelt iets ‘hogers’ in het vooruitzicht –en wie zou dat niet ambiëren?– maar de prijs is nu: gezond leven en veel screenen. De omslag tussen zin en onzin van de gezondheidszorg ligt mijns inziens daar, waar deze het zelfvertrouwen van de mensen gaat aantasten, hen afhankelijk maakt, hen medicaliseert. Als ik doorga in de richting van ‘onzin’, voorzie ik dat het louter reageren op de bestaande hulpvraag door het toevoegen van nieuwe eerstelijnsvoorzieningen, deze hulpvraag eerder zal vergroten dan zal doen afnemen.

Hoe de structuur van die voorzieningen is, maakt daarbij weinig uit. En als ik doorga in de richting van ‘zin’, dan stel ik me voor dat een andere opstelling van hulpverleners ertoe kan bijdragen dat mensen niet wakker liggen van de vraag of vermoeidheid na een drukke dag eigenlijk wel normaal is. Daarmee zou de aanleiding voor een deel van de hulpvraag komen te vervallen. En hoe de structuur van de eerstelijnsvoorzieningen is, doet er dan weinig toe.

Ik denk niet dat er veel gewonnen is als huisartsen –ter ontlasting van de tweede lijn– werkzaamheden van specialisten gaan overnemen; zij worden dan onvermijdelijk een soort tweederangs omni-poliklinici, die niet toekomen aan hun eigenlijke werk: het zich bezighouden met de zieke mens in zijn totaliteit. De bestaande hulpvraag wordt dan ongemoeid gelaten, het antwoord komt uit de huisartsenbroekzak in plaats van uit de specialistenvestzak. En er zit nóg een dilemma vast aan deze constructie: hoe meer medisch werk per patiënt door de huisarts zelf wordt gedaan, hoe kleiner zijn praktijk zal moeten worden. En hoe kleiner zijn praktijk is, hoe meer aandoeningen hij zelden zal tegenkomen. En hoe minder vaak hij zulke aandoeningen tegenkomt, hoe moeilijker het zal worden om zijn deskundigheid in het omgaan ermee op peil te houden.

Een betere benadering van dit probleem lijkt mij de volgende:

- huisartsen moeten allereerst kunnen luisteren naar mensen en in staat zijn om ze in hun hulpvraag te begrijpen
- ze moeten duidelijk tegen de patiënt zijn over wat zijzelf en andere hulpverleners wel en niet te bieden hebben. Ze moeten mensen stimuleren om voor niet-medische problemen zelf buiten het medische kanaal oplossingen te zoeken
- ze moeten een duidelijk afgebakend pakket van medische hulp bieden
- ze moeten op een andere manier –ik denk onder andere meer consultatief en met een goed omschreven vraagstelling– gebruik maken van tweedelijns voorzieningen en er

bovendien op toezien dat de activiteiten in die tweede lijn zich beperken tot de door hen gestelde vraag

Daarvoor is volgens mij nodig dat huisartsen zich op eigen opvattingen en achtergronden met betrekking tot hun werk bezinnen. Dat is onder artsen niet zo gebruikelijk: opvattingen hebben geen normaalwaarden en dat maakt het reageren wat moeilijker. Het paradigma-nummer van Huisarts en Wetenschap<sup>1 41 42 47</sup>, kan één goed uitgangspunt vormen, publicaties uit de hoek van de humanistische geneeskunde<sup>29 30 31</sup> een ander. Op basis van de methode-Van Aalderen kan geëxperimenteerd worden met nieuwe werkwijzen. Ik zie dat niet als een nieuwe programmering van huisartsenrobots, maar als een mogelijkheid voor iedere individuele huisarts om, uitgaande van dit stramien, een bij hem passende manier te vinden om probleem-georiënteerd te werken. Het verder ontwikkelen en bijhouden van een takenpakket<sup>34 48</sup> kan bijdragen tot duidelijkheid over de medische hulp die door huisartsen wordt geboden. De andere manier van omgaan met specialisten is in de eerste plaats een zaak die door persoonlijk contact en door plaatselijk overleg –ik denk daarbij vooral aan weekendgroepen– tot stand kan komen. Op landelijk niveau zal het wellicht nodig zijn om de structuur van het verwijzen en consulteren en de honorering daarvan aan te passen.

### *De beroepsopleiding*

Gill<sup>1</sup> noemt ‘huisartsopleiding in handen van huisartsen’ een paradigmatische gebeurtenis. Ik ben dat met hem eens. De opleiding is in feite experimenteel gegroeid op basis van een aantal vooronderstellingen en globale doelstellingen<sup>49</sup> en de vaste overtuiging dat de huisartspraktijk het enig relevante bassin is waarin de adspirant-huisarts het zwemmen kan leren.

Uit de verzamelde twijfels, die rondom de beroepsopleiding zijn gegroeid, haal ik er drie naar voren:

- twijfel of er voldoende aandacht wordt besteed aan het verwerven van medische kennis en vaardigheden
- twijfel over de bijdragen en de invloed van de gedragswetenschappers in de opleiding
- twijfel of de beroepsopleiding wel aansluit bij de realiteit van de beroepsuitoefening

De beide eerste twijfels hangen min of meer samen. Hoewel er verschillen per faculteit zijn, is de beroepsopleiding in het algemeen weinig gestructureerd. Het ‘leren uit ervaring’ staat hoog aangeschreven en dat brengt mee, dat de leeractiviteiten in hoge mate door de actualiteit –zowel van de stagepraktijken als van de terugkeerdagen– worden bepaald. De gedragswetenschappers hebben in deze ontwikkeling een belangrijk aandeel gehad. Werden zij in de voorbereidingsfase van de opleiding vooral gezien als de dragers van een aantal sociale vaardigheden, die aan assistenten moesten worden geleerd, in de praktijk van de opleiding verschoof het accent van de technische en cognitieve naar de persoonlijke en emotionele gedragsaspecten. Zo wordt tijdens de terugkeerdagen veel tijd en aandacht besteed aan groepsprocessen, aan de gevoelens van groepsleden en aan het geven en krijgen van onderlinge feedback.

De laatste tijd gaan er stemmen op, die zich keren tegen deze aandacht voor de persoonlijke groei van de assistent. Hiermee gaat vaak samen een pleidooi voor meer

gestructureerde overdracht van kennis en vaardigheid. Er wordt gepleit voor het gedetailleerd omschrijven van het gewenste niveau in termen van kennis, vaardigheden en attitude, en misschien het invoeren van een selectieve eindtoets. Er wordt op gewezen dat een jaar veel te kort is voor een assistent om met alle situaties van de huisartspraktijk in aanraking te komen.

Mijn indruk is dat de beroepsopleiding in zijn huidige vorm bij de duur van één jaar aan assistenten voldoende mogelijkheden biedt om zelfstandig als huisarts van start te gaan. Dat verlenging nodig zou zijn 'omdat assistenten in één jaar niet alles hebben meegemaakt wat in een huisartspraktijk kan voorkomen' vind ik een dubieus argument. Huisarts-zijn is juist in steeds unieke situaties naar goede oplossingen zoeken met de kennis en vaardigheden die je bezit, en tevens het aanvullen van die kennis en vaardigheden uitgaande van die situaties. Dat doen assistenten een jaar lang, onder supervisie en begeleiding. En hopelijk doen ze het daarna nog jaren: als huisarts.

Je moet ervan uitgaan dat assistenten zich in deze zin willen ontwikkelen. Als je dat niet doet, verandert een opleiding van vijf jaar daar ook niets aan. En als je het wel doet, zul je tijdens de opleiding voortdurend feedback moeten geven aan de assistenten over hun optreden. En je zult ze moeten stimuleren om zichtbaar geworden hiaten in kennis en vaardigheden aan te vullen. Je zult de middelen daartoe moeten verschaffen. En je zult ze moeten leren hoe en waar ze moeten voorzien in nascholingsbehoeften. Aan al deze voorwaarden is op dit moment nog niet voldaan. Maar het verlengen van de opleiding is daarvoor geen remedie!

De beroepsopleidingen zullen in de toekomst naar mijn mening moeten werken aan de verwezenlijking van deze voorwaarden door:

- training van opleiders en begeleiders in het geven van bruikbare feedback aan assistenten en in het voeren van leergesprekken
- assistenten vertrouwd te maken met het kritisch kijken naar eigen handelen en het benutten van feedback
- het produceren van voldoende voor de huisartsensituatie bruikbare leermiddelen

Wanneer langs deze weg een intensivering van het opleidingsjaar bereikt is en wanneer product-evaluatie dan zou uitwijzen dat pas opgeleide huisartsen niet opgewassen zijn tegen de eisen die aan huisartsen worden gesteld, dán is het tijd om over verlenging te gaan nadenken.

Het maakt waarschijnlijk verschil of je de beroepsopleiding wilt zien als voortzetting van de basisopleiding of als aanvang van het beroepsbestaan. Ik kies voor het laatste.

Van daaruit zie ik nascholing als een noodzakelijke voortzetting van de beroepsopleiding. Het zou dwaasheid zijn om een beroepsopleiding te verlengen of om daar strikte eisen ten aanzien van het te bereiken niveau aan te verbinden, als daarop de Grote Vrijblijvendheid en de Grote Leegte zouden volgen. Dat vind ik gilden-strategie: de gezet moet éénmaal de drempel van bekwaamheid overschrijden om levenslang tot het meesterschap te worden toegelaten en die drempel moet goed hoog zijn. Juister zou het zijn om 'kenmerken van de huisarts' (48) te formuleren en op basis daarvan *iedere* huisarts te toetsen en feedback te geven, ook de assistenten tijdens hun opleiding. Assistenten moeten dan in het kader van de opleiding, aansluitend aan deze feedback, leeractiviteiten kunnen ontplooiën. Voor gevestigde huisartsen moet deze mogelijkheid in het kader van de nascholing geboden worden. Op die manier zou het begrip 'continuum van opleiding en nascholing' inhoud kunnen krijgen.



Als huisartsen zouden moeten functioneren zoals eerder beschreven, dan is het belangrijk dat zij sensitief zijn voor wat zich tussen mensen afspeelt en wat de invloed is van het eigen gedrag in contact met anderen. Het is duidelijk dat voor de ontwikkeling van deze kwaliteiten gedragswetenschappers in de opleiding een belangrijke bijdrage kunnen leveren. Dat dit veel tijd vraagt is acceptabel en logisch; de basisopleiding is in dit opzicht eerder een negatieve dan een positieve bijdrage geweest. Als nu in de trial and error van het ontwikkelen van de beroepsopleiding de indruk ontstaat, dat de gedragswetenschappers een te grote invloed hebben, dan moet dat een punt van discussie zijn.

De beroepsopleiding is geen missiegebied voor de gedragswetenschappen. Zendingen vanuit die branche zijn er dan ook niet op hun plaats. Als de stafleden, artsen en gedragswetenschappers een redelijke mate van consensus kunnen bereiken over wat zij in de opleiding belangrijk vinden, is er een basis voor samenwerking. Wat op deze basis in groepen precies gebeurt, is een zaak tussen assistenten, huisartsbegeleider en gedragswetenschapper. Dat ligt per groep nogal verschillend. Stel nu eens dat in zo'n groep al die artsen –inclusief de huisartsbegeleider– eigenlijk liever als gedragswetenschappers bezig zouden zijn? Dan zouden die gedragswetenschappers een enorme invloed hebben....?! Nou dan!

Een groter probleem vormt de discrepantie tussen de doelen waarop de opleiding mikt en de situatie waarin opgeleide huisartsen moeten functioneren. In de beroepsopleiding wordt veel aandacht besteed aan een probleemgerichte patiëntenbenadering<sup>36 46</sup> in het bijzonder aan verduidelijking van problemen; daarnaast aan inzicht in eigen gedrag in de relatie met patiënten en andere hulpverleners en het inbrengen van eigen gevoelens daarin, aan samenwerking en aan het omgaan met emotionele aspecten van het ziek-zijn. Dit alles tendeert naar een manier van omgaan met patiënten, die hoe dan ook veel tijd vraagt en die uitgaat van een grote mate van onafhankelijkheid van patiënt en arts.

De realiteit is, dat de assistent na zijn opleiding een praktijk zoekt; als hij daarin slaagt, gaat dat gepaard met hoge financiële lasten. De financiering van goodwill en praktijkpand en het opbrengen van de verplichte pensioenpremie stellen eisen aan de hoogte van de praktijkopbrengst.<sup>50</sup> Gevolgen: de over te nemen praktijk moet tamelijk groot zijn en dat, althans voorlopig, blijven. Het eerste beperkt de pas opgeleide huisarts in de tijd die per patiënt beschikbaar is, het tweede maakt hem afhankelijk (één van de paradoxen van het vrije beroep).

Hiertegen kan men aanvoeren dat het netto-inkomen van de modale huisarts toch zeer redelijk te noemen is (of best wat minder zou kunnen) en dat de onafhankelijke opstelling van een huisarts, die zijn werk goed en met toewijding doet, nooit tot grote leegloop van zijn praktijk kan leiden. De bewijslast voor de juistheid van dergelijke verbale schouderklopjes, meestal goedbedoeld verstrekt vanuit het meer gezeten deel van de beroepsgroep, ligt intussen bij de jonge huisarts, die voor de risico's alleen opdraait. In de meeste gevallen zal hij zich gedwongen voelen om zich een andere wijze van werken eigen te maken, dan die waarop zijn opleiding gericht was. Afgezien van de persoonlijke frustraties –en ervan afgezien dat hiermee een deel van de oorspronkelijke opzet van de beroepsopleiding wordt kortgesloten– zal dit het verdwijnen van medicaliserende tendenzen in de huisartspraktijk in de weg staan. Onder medicaliserende tendenzen versta ik bijvoorbeeld het arts-patiënt-contact (te) snel afronden met een recept, voordat de hulpvraag helder is, voordat vaststaat of medische hulp relevant is en voordat niet-medische alternatieven overwogen zijn.

Als er van een opleiding vernieuwende en inspirerende impulsen uitgaan, dan is een zekere discrepantie tussen opleiding en maatschappelijke realiteit aanvaardbaar en zelfs wel gewenst. Naar mijn overtuiging is de nu bestaande discrepantie echter te groot; dat werkt verstikkend.

Dit is een probleem dat niet uitsluitend de beroepsopleiding aangaat, en dat ook niet zonder meer vanuit de beroepsopleiding op te lossen is. Het vormt een onderdeel van de politieke vraag welke medische zorg men wil hebben, wat die zorg mag kosten en hoe die betaald moet worden. Bij de beantwoording van die vraag zijn in eerste instantie de overheid, de ziekenfondsen en de Landelijke Huisartsen Vereniging betrokken. Hoe zij de vraag ‘waar willen we heen?’ zullen beantwoorden, is nog niet te voorzien.

---

## **Literatuuropgave**

- Deel I: Klachten en problemen in de huisartspraktijk 197
- Deel II: Het functioneren van de huisarts 201
- Deel III: De structuur 207
- Deel IV: Huisartsgeneeskunde als wetenschap 209



### **dr. C.W. Aakster, Van klacht tot morbiditeit**

1. Kiritz, S. & R.H. Moos, Physiological effects of social environments, *Psychosomatic Medicine*, 36 (1974) 96-114.
  2. Aakster, C.W., Socio-cultural variables in the etiology of health disturbances, a sociological approach, Diss. Groningen, 1972.
  3. Levi, L., Stress and distress in response to psychosocial stimuli, Pergamon Press, Oxford, 1972.
  4. Moss, G.E., Illness, immunity and social interaction - the dynamics of biosocial resonance, Wiley and Sons, London, 1973.
  5. Koos, E.L., Illness in Regionville, in: Apple D., *Sociological studies of health and sickness*, Mc. Graw-Hill Book Comp., London, 1960.
  6. Zola, I.K., Pathways to the doctor - from person to patient, *Social Science and Medicine*, 7 (1973) 677-689.
  7. Monasso, J., Zelfbehandeling in het gezin, *Huisarts en Wetenschap*, 15 (1972) 175-181.
  8. Doorn, J.A.A. van en C.J. Lammers, *Moderne sociologie-systeematiek en analyse*, Het Spectrum, Utrecht, (1959).
  9. Vogel, A., *De kleine dokter - een bonte reeks nuttige adviezen uit de Zwitserse volksgeneeskunde*, Bioharma, Elburg, 1970.
  10. Clausen, J.A., The sociology of mental illness, in: R.K. Merton, L. Broom and L.S. Cottrekk, *Sociology today, problems and prospects*, Basic Books Inc., New York, 1962.
  11. Lamberts, H., De morbiditeitsanalyse 1972 door de groepspraktijk Ommoord, een nieuwe ordening van ziekte- en probleemgedrag voor de huisartsgeneeskunde, *Huisarts en Wetenschap*, 18 (1975) 7-39.
- 

### **dr. H.J. van Aalderen, Psychosociale problematiek**

1. Velden, H.G.M. van der, *Over Huisartsgeneeskunde*, Openbare les, Nijmegen, 1978.
2. Defares, P.B., Psychosociale stress, in: *Hulpverleners en Veranderen*, Van Loghum Slaterus, Deventer, 1976.
3. *Methodisch Werken*, rapport NHG-werkgroep, *Huisarts en Wetenschap*, 21 (1978) 322.
4. Byrne, P.S. and B.E.L. Long, *Doctors talking to patients*, HMSO, London, 1976.
5. Morrel, D.C., *Huisartsgeneeskunst*, Bunge, Utrecht, 1978.
6. Krol, L.J., Ongerustheid e causa ignota, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 123 (1979) 865.
7. Metcalfe, D. en H.G.M. van der Velden, *Probleemgeoriënteerde registratie in de huisartspraktijk*, *Huisarts en Wetenschap*, 20 (1977) 15.
8. Nijhof, G., *Individualisering en uitstoting*, Link, Nijmegen, 1978.

## **dr. K. Gill, Zwangerschap en verloskunde in de huisartspraktijk**

1. Boerwinkel, F., Inclusief denken, Paul Brand Hilversum, dertiende druk, 1970.
2. Hart, Maarten 't, Een vlucht regenwulpen, Uitgeverij De Arbeiderspers, Amsterdam, tweede druk, 1978.
3. Encyclopaedisch handboek van het moderne denken, Van Loghum Slaterus, Arnhem, derde druk, 1950.
4. Peursen, C.A. van, Wetenschappen en werkelijkheid, J.H. Kok n.v., Kampen, 1969.
5. Huygen, F.J.A., Het onderzoek: verloskunde van de huisarts, Huisarts en Wetenschap, 9 (1966) 339.
6. Themanummer Huisarts en Verloskunde, Huisarts en Wetenschap, 17 (1974) 29.
7. Gill, K. en M.P. Hennink, Verloskundige hulpverlening van de huisarts, Huisarts en Wetenschap, 19 (1976) 245.
8. Gill, K., Sociaal-verloskundige verkenningen, Academisch proefschrift, Van Gorcum Assen, 1973.
9. Egyedi, P., Teamwork, Oratie, Utrecht, 1978.
10. Nederlands Huisartsen Instituut, Registratie Samenwerkingsverbanden in de eerstelijns Gezondheidszorg, 1978.
11. Alten, D. van, Plaats bevalling van de nullipara, Huisarts en Wetenschap, 20, (1977) 139.
12. Alten, D. van, De geboorte van het tweede kind, Huisarts en Wetenschap 21, (1978) 181.
13. Topliss, E.P., Selection procedure for hospital and domiciliary confinements, in: G. MacLachlan and R. Shegog, In the beginning, Oxford University Press, 1970.
14. Lapré, R.M., Aspecten van marktanalyse met betrekking tot verloskundige diensten in Nederland, Academisch proefschrift, 1972.
15. Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Advies inzake de Verstrekking van Verloskundige Hulp, 1972.
16. Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Advies inzake de Verstrekking van Verloskundige Zorg, 1977.
17. Schuil, P.B., De cliënt in de verloskundige zorgverlening, Academisch proefschrift, 1976.
18. Jansen, F., De lachende kerk, B. Gottmer's Uitgeversbedrijf, Nijmegen.

---

## **dr. F.J.A. Huygen, Gezondheid, ziekte, gezin en huisarts**

1. Folmer, H., Huisarts en ijsberg, Avanti-Zaltbommel, 1968.
2. Last, The iceberg; completing the clinical picture in general practice, The Lancet, 28, 1963.

3. Morrell, D.C. and C.J. Wale, Symptoms perceived and recorded by patients, *J. Roy. Coll. of Gen. Pract.* 26 (1976) 398.
  4. Smits, A.J., Kind, huisarts en gezin, Huisartsenpers b.v., Utrecht, Diss. Nijmegen, 1978.
  5. Eyk, J.Th.M. van, Levensgebeurtenissen en ziekte, Huisartsenpers b.v., Utrecht, Diss. Nijmegen, 1979.
  6. Huygen, F.J.A., e.a., Preventie van somatische fixatie, *Huisarts en Wetenschap*, 21 (1978) 363 e.v.
  7. Mc. Keown, Th., The role of medicine. Dream, mirage or nemesis?, The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1976.
  8. Hattinga Verschuere, J., Het verschijnsel zorg, *De Tijdstroom*, Lochem, 1977.
- 

**dr. J.P.C. Moors, Van gezinsregeling naar helpen bij sexuele moeilijkheden:  
De mens achter de methode**

1. Continue Morbiditeits Registratie, Jaarverslagen 1970 t/m 1977, NHI, Utrecht.
  2. Ketting, E., Van misdrijf tot hulpverlening, Samsom, Alphen aan de Rijn, 1978.
  3. Jürgensen, O.W. Klein und H.G. Siedentopf, Psychologie der intrauterinen Kontrazeption, *Sexualmedizin*, 8 (1979) 49-52.
  4. Moors, J.P.C., Gezinsregeling, Dekker en Van de Vegt, Nijmegen, 1978.
  5. Nijs, P., Der Arzt und die kontrazeptive Beratung, 11, Deutscher Kongress für Allgemeinmedizin in Marburg/Lahn, 1977.
  6. Moors, J.P.C., e.a., Geboortenregeling in de praktijk, *Excerpta Medica/Agon Elsevier*, Amsterdam, 1974.
  7. Moors-Mommers, Mariëtte, e.a., Seks als je ziek bent, Van Loghum Slaterus, Deventer, 1978.
  8. Schacht, H., Het onderzoeken van mensen met seksuele problemen, in: J.P.C. Moors (red.), *Helpen bij seksuele moeilijkheden*, Van Loghum Slaterus, Deventer, 1977.
  9. Bruins, C.P., Het gedrag van hypertensiepatiënten, *Huisarts en Praktijk*, hv. 1 (1977) 22-25.
  10. Hoe helpt de dokter?, NHG, Utrecht, 1975.
  11. Methodisch werken, NHG, Utrecht, 1978.
- 

**W.A. van Veen, Chronische patiënten**

1. Nuyens, Y., Huisarts en chronische patiënt, een sociologische probleemstelling, Voordracht gehouden tijdens de wetenschappelijke dag van de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen te Antwerpen, 1974.

2. Bruins, C.P., Het gedrag van hypertensie-patiënten, *Huisarts & Praktijk*, nr. 1 (1977) 22-25.
3. Weel, C. van, Anticiperende geneeskunde, Een bezinning, *Huisarts en Wetenschap*, 20 (1977) 2-7.
4. Lint, J. de, Het gebruik van alcoholhoudende dranken in Nederland vanuit het perspectief van de alcoholpolitiek, *T. Alc. Drugs*, 5 (1979) 28-33.
5. Epidemiologisch Preventief Onderzoek Zoetermeer, Vierde voortgangsverslag, tweede deel, Erasmus Universiteit Rotterdam, Medische Faculteit, Instituut Epidemiologie, maart 1978.
6. Huygen, F.J.A., Characteristics of health care for the aged, *Allgemein-medicin International*, 8 (1979) 29-32.
7. Cassee, E.Th., *Naar de dokter*, Boom, Meppel, 1973.
8. Hoogendoorn, D., Verschuivingen in de gezondheidszorg van "huis" naar "ziekenhuis", *Ned. T. Geneesk.*, 118 (1974) 1288-1295.
9. Bruins, C.P., en W.A. van Veen, Wie moet verhoogde bloeddruk opsporen?, *Medisch Contact*, 32 (1977) 569-575.
10. Kannel, W.B., Some lessons in cardiovascular epidemiology from Framingham, *Amer J. Cardiol*, 37 (1976) 269-282.
11. Philipsen, H., Omvang van de gezondheidszorg onder invloed van maatschappelijke ontwikkelingen, *T. Soc. Geneesk.*, 54 (1976) 198-207.
12. Breslow, L., Risk factor intervention for health maintenance, *Science*, 200 (1978) 908-912.
13. Lamberts, H., De huisartsgeneeskunde als leer der kruispunten in de gezondheidszorg, Een beschouwing over de culturele functie van de huisarts, *Huisarts en Wetenschap*, 21 (1978) 465-476.
14. Hofmans, A., Psychosomatische stoornissen, Redactioneel commentaar, *Huisarts en Wetenschap*, 9 (1966) 42.
15. Loon, P.C.J. van, Toekomstverkenning met twee maten, *Medisch Contact*, 33 (1978) 284-289.
16. Lamberts, H., Huisarts en epidemioloog, Verstandshuwelijk of liefde op het eerste gezicht?, *Huisarts en Wetenschap*, 21 (1978) 11-13.
17. Bol, F.A., Wet ziekenhuis-voorzieningen, Redactioneel commentaar, *Medisch Contact*, 33 (1978) 1155.



### **dr. W. Brouwer, De educatieve functie van de huisarts**

1. Brouwer, W. en J.H. Dijkhuis, Praten met Patiënten, Erven Bijleveld, 1967.
  2. Meijler, F.L., Genezen is beter dan niet voorkomen, Hartbulletin
  3. Meijler, F.L., De preventie van coronaire hartziekten, Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde (1978), 8, 261.
  4. Arntzenius, A.C., Over risicofactoren is voldoende bekend om maatregelen te treffen, Hartbulletin (1978), 2, 31 en 39.
  5. Hugenholtz, P.G. en A.C. Arntzenius, De preventie van coronaire hartziekten, Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde (1978), 8, 262.
  6. Koster, M., De preventie van hartvaatziekten, Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde (1978), 8, 264.
  7. Haagsche Courant, 15 januari 1979.
  8. Hodges, A., Psychosocial counseling in general medical practice, Lenington Books, Massachusetts (1977).
  9. Levin, Lowell S., a.o., Self-care, Lay initiatives in health, Croom Helm, London (1977).
- 

### **S. van der Kooij, Systematisch registreren**

1. Hodgkin, K., Towards earlier diagnosis. (3rd edition), Churchill Livingstone London, 1973.
  2. Medical Records in General Practice, Occasional Paper no. 5, The Royal College of General Practitioners, London, 1978.
- 

### **dr. I.Ph.L. Koperberg, Voorschrijven**

1. Dunnel, K. & A. Cartwright, Medicinetakers, prescribers and hoarders, Routledge & Kegan Paul, London, 1972.
2. Dunlop, D., A survey of prescriptions, British Med. J., (1952) 292-295, en British Med. J., (1953) 694-697.
3. Martin, J.P., Social Aspects of prescribing, Heinemann, London, 1957.
4. Lee, J.A.H., Prescribing and other aspects of general practice in three towns, Proc. R. Soc. Med., 57 (1964) 1041-1043.
5. Lee, J.A.H., Primary medical care, Millbank Mem. Fund. Quart., 43 (1965) 285-290.
6. Bain, D.J. & A.J. Haines, A year's study of drugprescribing in general practice using computer-assisted records, J.R. Coll. Gen. Pract., 25 (1975) 41-48.
7. Skegg, D.C.G., R. Doll & J. Perry, Use of medicines in general practice, British Med. J., (1977) 1561.

8. Stolley, P.D., M.H. Becker, L. Lasagna, a.o., The relationship between physician characteristics and prescribing appropriateness, *Medical care*, 10 (1972) 17-28.
9. Becker, M.H., P.D. Stolley, L. Lasagna, a.o., Correlates of physicians' prescribing behavior, *Inquiry*, 9 (1972) 30-42.
10. Becker, M.H., P.D. Stolley, L. Lasagna, Differential education concerning therapeutics and resultant physician prescribing patterns, *J. Med. Educ.*, 47 (1972) 118.
11. Howie, J.G.R., Clinical judgement and antibiotic use in general practice, *British Med. J.*, (1976) 1061-1064.
12. Maronde, R.F., a.o., Physician prescribing practices, a computer based story, *Am. J. Hosp. Pharm.*, 26 (1979) 566-573.
13. Honhoff, B., *Sociale farmacotherapie in Twente*, Diss., Utrecht, 1977.
14. Jessen, J.L., *Medische consumptie*, Sociologisch Instituut, Rijksuniversiteit Groningen, 1974.
15. Lamberts, H. en N.L. Wolgast, Huisarts en voorschrijfgedrag, *Huisarts en Wetenschap*, 18 (1975) 321.
16. Lamberts, H. en N.L. Wolgast, Huisarts en voorschrijfgedrag, *Medisch Contact*, 33 (1978) 1167.
17. Haaijer-Ruskamp, F.M., De directe invloed van de specialist op de huisartsenreceptuur, *Medisch Contact*, 33 (1978) 1073.
18. Baksaas-Aasen, J., ea., *Drugbase Statistics Norsk Medisinal Depot Oslo*.
19. Maronde, R.F., a.o., A study of prescribing patterns, *Medical Care*, 5 (1971) 383.
20. Stolley, P.D. and L. Lasagna, Prescribing patterns of physicians, *J. Chron. Disease*, 22 (1969) 395.
21. Joyce, C.R.B., J.M. Last & M. Weatherall, Personal factors as a cause of differences in prescribing by general practitioners, *Brit. J. of Prev. and Soc. Med.*, 22 (1968) 170.
22. Samuels Brusse, F. en F.M. Bertens, Outpatient prescribing in a Dutch sickfund region, 1974/1975, Paper bij WHO Drug Utilisation Research Group, Reykjavik 1978, (Ongepubliceerd, zie pharmaceutisch weekblad, 114 (1979) 385.
23. Selection of essential drugs, Report of the WHO Expert Committee, World Health Organisation, Genève, 1977, WHO Technical Report Series (1977) 615.
24. Smits, A.J., J.Th.M. van Eyk, R. Grol, F.J.A. Huygen, G. van Mierlo en H. Mokkink, Preventie van somatische fixatie II, *Huisarts en Wetenschap*, 21 (1978) 366.
25. Bremer, G.J., Over diagnose, huisartsdiagnostiek en diagnostiek in het eerste echelon, *Huisarts en Wetenschap*, 15 (1972) 1.
26. Illich, I., *Grenzen aan de geneeskunde*, Het Wereldvenster, Baarn, 1978.
27. Frølund, F., Better prescribing, *Brit. Med. J.*, (1978) 741.

28. Laurijssens, J., Samenwerking in de eerste lijn en structurele belemmeringen, *Huisarts en Wetenschap*, 22 (1979) 62.
  29. Merkus, F.W.H.M., *Het voorschrijven van geneesmiddelen*, Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht, 1978.
  30. Duursma, S.A., J.E. van Buuren en R. Voorneman-Hammelburg, Postacademisch onderwijs geneeskunde II, *Medisch Contact*, 33 (1978) 1323.
- 

**dr. R.A. de Melker, Verwijzen door huisartsen naar medische specialisten**

1. Kruidenier, H.J., Een onderzoek naar de factoren die de hoogte van het verwijzingspercentage beïnvloeden, *Scriptie 1975-1976*.
2. Weijel, J.A., *De mensen hebben geen leven*, Bohn, Amsterdam, 1973.
3. Hagen, H., Gezondheid moet faktor zijn in het economisch denken, *Inzet*, 3 (1979) 7.
4. Huygen, F.J.A., *Family Medicine, the medical life history of families*, Dekker en Van de Vegt, Nijmegen, 1978.
5. Belleman, S.J.M., Ontwikkelingen in de vraag naar specialistische hulp, in: *Kostenbeheersing van het medisch functioneren onder handhaving van de kwaliteit*, LSV. Symposium, Utrecht, 1976.
6. Illich, I., *Medical Nemesis*, Calder & Boyars, London, 1975.
7. Watts, A., *Lof der onzekerheid*, Bohn, Amsterdam, 1977.
8. Rhodes, P., *The value of medicine*, Allen and Unwin, London, 1975.
9. Fortmann, H., *Heel de mens*, Ambo, Bilthoven, 1972.
10. Lammers, C.J. en E.Th. Cassee, Sociologische benadering van het ziekenhuis, in: *Mensen in het ziekenhuis*, Wolters-Noordhoff, Groningen, 1971.
11. Mac Keown, Th., *The role of medicine; Dream, mirage, or nemesis?*, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1976.
12. McKinlay, J.B. & S.M. McKinlay, The questionable contribution of medical measures to the decline of mortality in the U.S. in the 20th century, *Milbank Mem. Fund. Q.*, 55 (1977) 405.
13. Dawber, T.R., Annual discourse, unproved hypotheses, *N. Engl. J. Med.*, 229 (1978) 452.
14. Sisson, J.C., E.B. Schornaker & J.C. Ross, Clinical decision analysis, *JAMA*, 236 (1976) 1259.
15. Linden, A.J van der, Over de waarde van röntgenonderzoek bij lage rugpijn, *T. Soc. Geneesk.*, 56 (1978) 838.
16. Rockey, P.H., a.o., The usefulness of x-ray examinations in the evaluation of patients with back pain, *J. Fam. Pract.* 7 (1978) 455.

17. Splithof, C.A., Lumbosacral junction, Röntgenographic comparison of patients with and without backaches, *JAMA*, 152 (1953) 1610.
18. Rümke, Chr. L., Ongebruikelijke laboratorium uitslagen bij normale mensen, *Ned. T. Geneesk.*, 119 (1975) 1411.
19. Mahler, H.G., Health, a demystification of medical technology, *Lancet*, (1975) 829.
20. Melker, R.A. de, Tonsillectomie en adenotomie vanuit het gezichtspunt van de huisarts, *Huisarts en Wetenschap*, 21 (1978) 143.
21. Schreuder, I.Th. R., De invloed van het ziekenhuis op de patiënt, in: *Mens en milieu*, Nijmegen, 1971.
22. Winkler, K.C., De explosie van onkunde of de strijd om het bestaan, Bunge, Utrecht, 1978.
23. Bergsma, J., Continuïteit, het probleem van de verscheurde patiënt, in: *Continuïteit van de verpleegkundige zorg 2*, Verslag van een conferentie van 2 en 3 april 1971, *Kerk en Wereld*, Driebergen, 11 (1971) 8.
24. Leenen, H.J.J., De patiënt in de gezondheidszorg, *T. Soc. Geneesk.*, 55 (1977) 229.
25. Leenen, H.J.J., De verhouding intra- en extramuraal gezondheidszorg, *Med. Cont.*, 27 (1972) 1119.
26. Lapré, R.M., Kostenontwikkeling en kostenbeteugeling in de gezondheidszorg, in: *Kostenbeheersing vanuit het medisch functioneren onder handhaving van de kwaliteit*, LSV, Symposium, Utrecht, 1976.
27. Odé, E., Primary Health Care, een nieuwe visie?, *Med. Cont.*, 34 (1979) 36.
28. Syllabus samengesteld door medewerkers Bethesda Ziekenhuis en eerstelijns gezondheidszorg in Hooogeveen, oktober 1977.
29. Landelijk Informatie Systeem van de Ziekenfondsen (LISZ.), Jaarboek, 1976.
30. Huygen, F.J.A., Een visie op onze gezondheidszorg vanuit de eerste lijn, in: *Waarheen met onze gezondheidszorg?*, Ambo, Baarn, 1977.
31. Hooft, F. van 't, *Commotio cerebri en andere gevolgen van schedeltraumata*, Dissertatie Utrecht, 1973.
32. Zola, I.K., *De medische macht, de invloed van de gezondheidszorg op de maatschappij*, Boom, Meppel, 1973.
33. Trimbos, C.J.B.J., Het proces der vermedisering, in: *Dokter, H.J., T. van der Grinten en G.A. de Jong (red.): Gezondheid en gezondheidscentra*, Bohn, Amsterdam, 1974.
34. Doorn, J.A.A. van en C.J. Lammers, *Moderne sociologie*, Het Spectrum, Utrecht, 1966.
35. Smits, A.J., J.Th.M. van Eyk, R. Grol, F.J.A. Huygen, G. van Mierlo en H. Mokkink, *Preventie van somatische fixatie II*, *Huisarts en Wetenschap*, 21 (1978) 366.
36. Eyk, J.Th.M. van, *Levensgebeurtenissen en ziekte*, *Huisartsenpers*, Utrecht, Dissertatie Nijmegen, (1979).

37. Huygen, F.J.A. en R.A. de Melker, Over het verwijzen door de huisarts, *Med. Cont.*, 28 (1973) 1299.
  38. Melker, R.A. de, Beterschap door beter beleid, Dekker en Van de Vegt, Nijmegen, 1975/1978.
  39. Melker, R.A. de, Ziekenhuispatiënt - Huisarts - Huisgezin, Dekker en Van de Vegt, Nijmegen, Dissertatie Nijmegen, 1973.
  40. Posthuma, B.H. en J. van der Zee, Tussen 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> echelon, Deel I en II, N.H.I., Utrecht, 1977/1978.
  41. Pel, J.Z.S., Over de invloed van de huisarts op het verwijzpercentage, *Med. Cont.*, 30 (1975) 988.
  42. Thomson, G.H., Tolerating uncertainty in family medicine, *J.R. Coll. Gen. Pract.*, 28 (1978) 343.
  43. Es, J.C. van, K. Gill en V.C.L. Tielens, Valkuilen in de huisartspraktijk, Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht, 1978.
  44. Es, J.C. van, Patiënt en huisarts, Bohn, Scheltema, Oosthoek, Utrecht, 1974.
  45. Hampton, J.R., M.J.G. Harrison, J.R.A. Mitchell, a.o., Relative contributions of history taking, physical examination, laboratory investigation on diagnoses and management of medical outpatients, *Br. Med. J.*, (1975) 486.
  46. Thomas, K.B., The consultation and the therapeutic illusion, *Br. Med. J.*, (1978) 1327.
  47. Es, J.C. van, en R.A. de Melker, Wat voor gezondheidszorg willen wij?, *Med. Cont.*, 33 (1978) 961.
  48. Saunders, T.C., Consultation, referral among physicians; practice and process, *J. of Fam. Pract.*, (1978) 123.
- 

### **V.C.L. Tielens, De huisarts als vraagverhelderaar**

1. Hoe helpt de dokter?, Nederlands Huisartsen Genootschap, 1975.
2. Methodisch Werken, Huisarts en Wetenschap, 21 (1978) 322.
3. Bremer, G.J., Dokters in hun dagelijkse doen, Huisarts en Wetenschap, 21 (1978) 477.
4. Es, J.C. van, en R.A. de Melker, Hoe groot is de afstand tussen ziekenhuis en thuiszorg?, *Medisch Contact*, 33 (1978) 693, en Wat voor gezondheidszorg willen wij?, *Medisch Contact*, 33 (1978) 961.
5. Kruihof, W., G. Godaert en P. Schreurs, Psychosomatiek; Visies, modellen, theorieën, *Metamedica*, 57 (1978) 237.
6. Londen, J. van, Rol en taak van de huisarts, *Medisch Contact*, 34 (1979) 176.
7. Dokter, H.J., De huisarts in de nabije toekomst, *Huisarts en Wetenschap*, 14 (1971) 179.

8. Aalderen, H.J. van, Anders helpen, anders helen, Oratie, Vrije Universiteit, Amsterdam, 1974.
  9. Grol, R., J.Th.M. van Eyk, F.J.A. Huygen, G. van Mierlo, H. Mokkink en A.J. Smits, Preventie van somatische fixatie, Huisarts en Wetenschap, 21 (1978) 363, 366, 402, 406, 486.
  10. Lamberts, H., De morbiditeitsanalyse - 1972 door de groepspraktijk Ommoord, Huisarts en Wetenschap, 17 (1974) 455.
-

**mr. S.I.M. Bless, Op zoek naar een geschikte organisatorische vormgeving van samenwerkingsverbanden in de eerste lijn**

1. Rapport van de Subcommissie Juridische Aspecten Wijkgezondheidscentra van de Begeleidingsgroep 'Voorlopige Stimuleringsregeling Wijkgezondheidscentra'.
  2. Crozier, M., Comparing structures and comparing games, in: Hofstede & Sami Kassem (eds.): European Contributions to organization theory, 193-207.
  3. Van Praag, Ph. H. en B.H. Rümke, Signaleringsnota, uitgebracht aan het Bestuur van de Stichting Nationaal Centrum voor Kruiswerk, 1974.
- 

**dr. H.J. Dokter, Versterking van de eerste lijn: illusie of realiteit?**

1. Hoogendoorn, D., Verschuivingen in de gezondheidszorg van 'huis' naar 'ziekenhuis', Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde, 118 (1974) 1288.
  2. Lamberts, H. en H.G. Sanders-Glasbergen, De omvang van eerstelijns gezondheidsvoorzieningen, Huisarts en Wetenschap, 20 (1977) 387.
  3. Integratie eerste- en tweedelijns gezondheidszorg te Hoogeveen, Hoogeveen (1977).
  4. Stalpers, J.A., Van verzorgingsstaat naar zorgende samenleving, Medisch Contact, 34 (1979) 9.
  5. Offerhaus, R.E., Van probleem tot psychiatrie, Medisch Contact, 33 (1978) 1357, 1387, 1418.
  6. Dokter, H.J., E.P. Arentz en R. Naaborg, In de wijk gekeken, Medisch Contact, 33 (1978) 1347.
  7. Bol, F., De Huisarts, Medisch Contact, 34 (1979) 231.
  8. Lamberts, H. en H.J. Dokter, Caplan revisited - een ooggetuige verslag van twee huisartsen, Huisarts en Wetenschap, 21 (1978) 419.
  9. Verhaak, P.F.M., Een evaluatie van de samenwerking tussen huisartsen en psycholoog, NHI, Utrecht, 1979.
  10. Advies van de commissie ad hoc inzake de mogelijkheid tot verbetering van de organisatie van de gezondheidszorg en het functioneren daarvan, Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1973.
- 

**A. Vrij, Een nieuwe structuur van de eerstelijns gezondheidszorg**

*Bij het schrijven van zijn bijdrage heeft de auteur zich voornamelijk laten leiden door de volgende titels:*

Advies inzake Regionalisatie, Centrale Raad voor de Volksgezondheid, 1973.

Alleen Samen, Nationale Kruisvereniging, Maatschappelijke Gezondheidszorg, 5 (1977), nr. 3.

Bless, S.I.M., Kruiswerk en geïntegreerde eerstelijns hulpverlening: woorden of daden, *Maatschappelijke Gezondheidszorg*, 5 (1977) 12-15.

Boddy, F.A., en M. Lorensen, *Studies on Communication and Collaboration between Health Professionals*, WHO-Regional Office for Europe, ICP/HMD 054, 1978.

De komende vijfentwintig jaar, *Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid*, 1977.

Engel, H., *Wijkgericht of Praktijkgericht, het cruciale punt*, *Medisch Contact*, 34 (1979) 79-80.

Interviews, *de Eerste Lijn*, 5 (1977) 5-9.

Interviews, *Maatschappelijke Gezondheidszorg*, 5 (1977) 12-14.

*New directions in education for changing Health Care Systems*, OECD/CERI, 1975.

Ooyendijk, W., *Structurele problemen voor samenwerking in het eerste echelon*, *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 56 (1978) 399-407.

*Opzet en functie van een aantal gezondheidscentra*, ITOBA, Amsterdam, 1976.

*Samenwerking in de eerste lijn en structurele belemmeringen*, NHG, Utrecht, 1978.

*Structuurnota Gezondheidszorg*, Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1974.

*Themanummer Tijdschrift voor Organisatiekunde en Sociaal beleid*, 32 (1978), jan./feb.



## **dr. E. van der Does, Huisarts en epidemioloog**

1. Sturmans, F., Epidemiologie en ziekte-oorzaken, Van monocausaal naar multicausaal, *Medisch Contact*, 32 (1977) 343.
2. Does, E. van der, De huisarts, toegang tot de gezondheidszorg, Openbare les, Rotterdam, 1978.
3. Does, E. van der, & J. Lubsen, Acute coronary events in general practice, The Imminent Myocardial Infarction Rotterdam study, chapter 2, Thesis, Erasmus University Rotterdam, De Swart, The Hague, 1978.
4. Ibid, chapter 4.
5. Ibid, chapter 9.
6. Haag, H.J., Een prospectief onderzoek naar het beloop van asymptomatische bacteriurie bij kinderen, Dissertatie, Rotterdam, Pasmans, Den Haag, 1977.
7. Epidemiologisch Preventief Onderzoek Zoetermeer onder leiding van de afdeling Epidemiologie, Erasmus Universiteit Rotterdam, Vierde voortgangsverslag: lage rugklachten in een open bevolking, Haanen, H.C.M., B. Herman en H.A. Valkenburg, 1977.
8. Does, E. van der, De patiënt met rugpijn, in: Kompas voor de huisarts, Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht, 1977.
9. Ruinen, F.H. en J.A. Weijel, Studie lage rugpijn, Rapport Bureau Wetenschappelijk Onderzoek van de Gemeenschappelijke Medische Dienst, Amsterdam, 1972.
10. San Giorgi, G.M., De betekenis van het röntgenonderzoek bij lage rugpijn, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 108 (1964) 850.
11. Linden, A.J. van der, Over de waarde van röntgenonderzoek bij lage rugpijn, *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 56 (1978) 838.
12. Veterans Administration Cooperative Study Group of Anti-hypertensive Agents. Effect of treatment on morbidity of hypertension, volume I, Results in patients with diastolic bloodpressure, averaging 115 through 129 mmHg, *JAMA*, 202 (1967) 1028-1034.
13. Ibid, volume II, Results in patients with diastolic bloodpressure averaging 90 through 114 mmHg, *JAMA*, 213 (1970) 1143-1152.

---

## **G. Dorrenboom, Wetenschappelijk onderzoek in internationaal perspectief**

1. Vosmaer, J., Het leven en de wandelingen van Meester Jacob Maarten Vroeg, Velderman, Arnhem, 1873.
2. Eimerl, T.S. en A.J. Laidlaw, Handbook for Research in General Practice, Livingstone, Edinburgh en London, 2nd ed., 1965.
3. Backett, E.M., J.A. Heady, J.C.G. Evans, Studies of general practice: doctor's job in urban area, *Brit. Med. J.*, (1954) 109.
4. Oliemans, A.P., Morbiditeit in de Huisartspraktijk, Stenfert Kroese, Leiden, 1969.

5. Verdener Arbeitsgruppe, Rapport Deutscher Gesellschaft für Allgemein-medicin, 1976.
6. Durand-Boyer, J., Les Cahiers de la Société Française des Médecins Généraux, 1 (1977) 54.
7. Szátmári, M., Research by General Practitioners in Europe, Allgemein Medizin International General Practice, 3 (1978) 115-120.
8. Bruusgaard, D., Rapport voor de European General Practice Research Workgroup, 1978.
9. Pedersen, P.A., Rapport voor de European General Practice Research Workgroup, 1978.
10. Bruins, C.P., Voordracht op het SIMG-Congres, 1974.
11. Editorial, A new star, Allgemein Medizin International General Practice, 3 (1976) 125.
12. Joyce, C.R.B., International cooperative clinical trials and other behavioral sciences, Interne documentatie, Medical department, CIBA-Geigy, Basel, Zwitserland, 1975.
13. Green, K.G., Art and logistics in international multicenter trials, Interne documentatie, ICI Ltd., Pharmaceutical Division, 1975.
14. Andor, M., The planning and organisation of research work of general practitioners, Allgemein Medizin International General Practice, 2 (1975) 63.
15. Crombie, D.L., Problems of co-operative studies, Allgemein Medizin International General Practice, 2 (1975) 67.
16. Dorrenboom, G., Definition als Ausgangspunkt internationaler Forschung, Allgemein Medizin International General Practice, 2 (1975) 70.
17. Lamberts, H.J., A new classification of illness and problem behaviour in general practice, Allgemein Medizin International General Practice, 2 (1975) 74.
18. Krogh Jensen, P., Rapport voor de European General Practice Research Workgroup, 1978.
19. Kilpatrick, S.J., The distribution of episodes of illness - a research tool in general practice, Journal of the Royal College of General Practitioners, 1975.
20. European Sentinel Project, Rapport voor de European General Practice Research Workgroup en WONCA, Research Newsletter no. 7, 1978.
21. Hull, P.M., Pathways to Diagnosis, Rapport voor de European General Practice Research Workgroup, 1978.
22. McGlashan, N.D., Medical Geography, Methuan, London, 1972.
23. WONCA Research Newsletter no. 5, 1976.

---

## **W. Verdenius, Enkele ontwikkelingslijnen in de huisartsgeneeskunde**

1. Gill, K., De neus van Cleopatra, paradigmatische verkenningen, Huisarts en Wetenschap, 21 (1978) 459.
2. Querido, A., Inleiding tot de integrale geneeskunde, De Tijdstroom, Lochem, 1973.

3. Hogerzeil, H.H.W., Jaarrede van de voorzitter op het NHG-congres, 1960, Huisarts en Wetenschap, 3 (1960) 438.
4. Groen, J. e.a., Grondslagen der klinische psychosomatiek, Haarlem, 1951.
5. Alexander, F., Psychosomatic Medicine, its principles and application, London, 1952.
6. Balint, M., The doctor, his patient and the illness, London, 1957.
7. Balint, M. and E., Psychotherapeutic techniques in medicine, London, 1961.
8. Verloskunde van de huisarts, Jaaronderzoek NHG 1958, Huisarts en Wetenschap, 3 (1960) 305.
9. Bremer, G.J., e.a., Het hoofdpijnonderzoek, Huisarts en Wetenschap, 4 (1961) 2.
10. Beusekom, W.J., Tonsillitis, Jaaronderzoek NHG 1961, Huisarts en Wetenschap, 4 (1961) 4.
11. Studiegroep Praktijkvoering NHG, De sterilisatie van instrumenten in de algemene praktijk, Huisarts en Wetenschap, 3 (1960) 87.
12. Studiegroep Praktijkvoering NHG, De praktijkruimte van de huisarts, Huisarts en Wetenschap, 3 (1960) 369.
13. Studiegroep Praktijkvoering NHG, De zwangerschapskaart, Huisarts en Wetenschap, 4 (1961) 288.
14. Bots, A.W., De huisarts en zijn universitaire opleiding, Huisarts en Wetenschap, 4 (1961) 10.
15. Duyn, P., Discussie over de opleiding huisarts, Huisarts en Wetenschap, 4 (1961) 13.
16. Hogerzeil, H.H.W., Bijeenkomst opleiding huisarts, Huisarts en Wetenschap, 3 (1960) 330.
17. Huygen, F.J.A., Lacunes in de opleiding van de huisarts, Huisarts en Wetenschap, 3 (1960) 433.
18. Nieuwenhuizen, M.G.H. van, Mogelijkheden tot verbetering van de opleiding van de huisarts na het artsexamen, Huisarts en Wetenschap, 4 (1961) 11.
19. Huygen, F.J.A., Huisarts en opleiding Gezinsgeneeskunde, Huisarts en Wetenschap, 6 (1963) 74.
20. Deen, K.J. van, Edinburgh University General Practice Teaching Unit, Huisarts en Wetenschap, 4 (1961) 78.
21. Bruins, C.P., e.a., Een jaar universitaire groepspraktijk te Groningen, Huisarts en Wetenschap, 13 (1970) 281.
22. Fahrenfort, M. en J.J. Klinkert, Medicalisering; naar een omschrijving, Huisarts en Wetenschap, 21 (1978) 412.
23. Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid, Jaarverslag 1977, Leidschendam.

24. Hutter, F.J. en K. Reenders, Huisartsenberaad, een andere vorm van samenwerken, Huisarts en Wetenschap, 20 (1977) 154.
24. Melker, R.A. de, Ziekenhuispatiënt, huisarts, huisgezin, diss. Nijmegen, 1973.
26. Aalderen, H.J. van en J.A. Knottnerus, Is de huisarts in staat preventieve taken op zich te nemen?, Huisarts en Wetenschap, 21 (1978) 424.
27. Riphagen, FE., The family physician in 1978 'Dutch Treat', Huisarts en Wetenschap, 21 (1978) 381.
28. Dokter, H.J. en H. Lamberts, Balint is er niet meer: leve het 'Balintisme', Huisarts en Wetenschap, 21 (1978) 422.
29. Dokter, H.J., De mens als middelpunt in de gezondheidszorg, Medisch Contact, 33 (1978) 652.
30. Remen, N., e.a., Ik ben meer dan mijn ziekte, de Toorts, Haarlem, 1976.
31. Vries, M.J. de, Humanistische geneeskunde: op weg naar een geneeskunde en gezondheidszorg van de gehele mens, Ned. Tijds. v. Geneeskunde, 121 (1977) 700.
32. Nota: Blauwdruk, LHV, Utrecht 1975.
33. Diskussienota: De plaats van de Medicus in het Eerste Echelon, Comm. Eerste Echelon, KNMG, Medisch Contact, 31 (1976) 141.
34. LHV-Comm. Takenpakket, De taken van de huisarts, Medisch Contact, 32 (1977) 765.
35. Werkgroep Takenpakket NHG, Hoe helpt de dokter?, Utrecht 1975.
36. NHG-rapport, Methodisch werken, Huisarts en Wetenschap, 21 (1978) 322.
37. NHG-rapport, Samenwerking in de eerste lijn en structurele belemmeringen, Utrecht 1978.
38. Spreeuwenberg, C., De toekomst van de huisartsgeneeskunde, Medisch Contact, 33 (1978) 1205.
39. Diskussienota Comm. Alternatieve Geneeswijzen, Min. v. Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 's-Gravenhage 1978.
40. Structuurnota Gezondheidszorg, Min. v. Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 's-Gravenhage 1974.
41. Lamberts, H., De huisartsgeneeskunde als leer der kruispunten in de gezondheidszorg, Huisarts en Wetenschap, 21 (1978) 465.
42. Es, J.C. van, Paradigma's van de huisartsgeneeskunde, Huisarts en Wetenschap, 21 (1978) 451.
43. Burg, R.H. van der, Diskussienota afd. Huisartsgeneeskunde, Groningen 1979.
44. Braak, E.M. ter, Diskussienota afd. Huisartsgeneeskunde, Groningen 1979.
45. Huygen, F.J.A. (red.), Preventie van somatische fixatie I, II, III, IV, V, Huisarts en Wetenschap, 21 (1978) 363, 366, 402, 406, 486.

46. Syllabus Methode van Hulpverlening, Huisartsen Instituut, VU Amsterdam 1976.
47. Huygen, F.J.A., Paradigma's voor de huisartsgeneeskunde, Huisarts en Wetenschap, 21 (1978) 447.
48. Rapport: Kenmerken van de huisarts, Univ. Huisartsen Instituut, Utrecht 1975.
49. Rapport Interfakultaire Werkgroep Specifieke Opleidingen Huisartsen, (SOH), Utrecht 1975.
50. Verwerving van een huisartsenpraktijk, afd. Huisartsgeneeskunde, Groningen/NHI Utrecht 1978.





