

HET MODERNE GEWAAD VAN DE HUISARTS



bibliotheek
otterstraat 118-124
postbus 1568
3800 bn utrecht
tel 030 2729 614/615
fax 030 2729729
bibliotheek@nivel.nl
www.nivel.nl

HET MODERNE GEWAAD VAN DE HUISARTS

Rede

*uitgesproken bij de aanvaarding
van het ambt van buitengewoon hoogleraar
in de geneeskunde van de huisarts
aan de Rijksuniversiteit te Utrecht
op maandag 6 maart 1967*

door

DR. J. C. VANES

www.nivel.nl
diplotheek@nivel.nl
tel 030 2528750
fax 030 2528750
3800 en meer
Postbus 1968
3800 AD Amstelveen
tel 030 2528750
diplotheek@nivel.nl



VAN GORCUM & COMP. N.V.

DR. H. J. PRAKKE & H. M. G. PRAKKE

ASSEN - MCMLXVII

*Mijne Heren Curatoren van deze Universiteit,
Mijnheer de Rector Magnificus,
Dames en Heren Professoren, Lectoren, Docenten
en Leden van de Wetenschappelijke Staf,
Dames en Heren Studenten
en voorts Gij allen, die deze plechtigheid bijwoont*

Zeer gewaardeerde toehoorders,

Lessing verhaalt in zijn Nathan der Weise de parabel van de drie ringen. Een vader was in het bezit van een ring, die steeds geërfd werd door de meest geliefde zoon. Hij had echter drie zonen, die hem alle even lief waren. Omdat hij geen keuze kon en wilde doen liet hij twee volkomen gelijke ringen erbij maken. Sindsdien wist niemand meer wie de ware ring geërfd had.

Anders echter is het bij de doctor medicinae, die de vader is van de huisarts, de specialist en de sociaal-geneeskundige. Hoewel wel eens gesteld wordt, dat de huisarts de enige ware erfgenaam is van de doctor medicinae, is deze romantische gedachte onjuist. Door zijn manier van werken heeft hij er misschien nog het meeste verwantschap mee, maar men moet zich realiseren, dat de doctor medicinae drie echte ringen heeft nagelaten.

Dit beseffend moet de huisarts zich bezinnen op zijn identiteit, waaromtrent hij in een grote onzekerheid verkeert.

Bullough ¹ begint zijn boek over de ontwikkeling van

de geneeskunde als een beroep met de conclusie, dat het streven naar professionalisering een van de motiverende factoren in het moderne leven is geworden; het heeft ten dele zelfs het streven naar statussymbolen vervangen. Men kan de ontwikkeling van de geneeskunde in het verleden als een professionalisering bij uitstek beschouwen. Er ontstonden nauwelijks vloeiende overgangen tussen leken en artsen, de artsen hadden zeer omschreven en exclusieve bevoegdheden, er bestond een specifieke kennis, een eigen begrippenstelsel, een beroepstaal en een code. Dit gold voor de medische professie in zijn totaliteit.

Door de onvermijdelijke en zo noodzakelijke specialisatie is de eenheid van kennis onder de artsen echter sinds lang onmogelijk geworden. Bijvoorbeeld raakt het vakgebied van de psychiater nauwelijks nog aan dat van de cardiochirurg; slechts de patiënt hebben zij gemeen!

Voor al de huisartsen zijn aan het professionele van hun beroep gaan twijfelen, in een zodanige mate, dat een grote onzekerheid over de eigen identiteit ontstond. In een identiteitscrisis is men er zich van bewust, aldus Erikson², hoezeer de menselijke persoonlijkheid een combinatie is van in het verleden gevormde potenties en van in de toekomst verwachte mogelijkheden. In een dergelijke situatie moet men een richting durven en willen kiezen, een ontwerp van een toekomst maken en al of niet vermeende veiligheden van het verleden achter zich durven laten. Men zal dan eigen mogelijkheden moeten leren ontdekken en de beperkingen, die door eigen capaciteit en situatie worden bepaald, aanvaarden. Bij de huisartsen manifesteerde deze crisis zich in een vlucht uit het beroep en in een roep om hogere honoraria, maar ook in een

omzien naar een roemrijk verleden of een pretentieuze houding ten opzichte van specialisten. Daarnaast is er ook een zoeken naar de betekenis van het eigen beroep, een inhoudsbepaling en een verdieping van de kennis hieromtrent. Enerzijds zijn er dus tekenen van desintegratie, anderzijds kan men hier en daar het begin van een overwinning van de crisis constateren. En hoewel Sir Robert Platt³ meent, dat het een uiting van volwassenwording in de geneeskunde is, als men zich losmaakt van de „overprotective bosom of Alma Mater”, is het niet langer onthouden hiervan aan de huisarts juist voorwaarde voor zijn verdere volwassenwording. Men kan zich er alleen maar over verheugen, dat de huisartsgeneeskunde nu, naast de vele specialismen en de sociale geneeskunde, een plaats binnen de muren van de universiteit gaat krijgen. In ieder geval dient de huisarts zich te realiseren, dat het gewaad van de doctor medicinae hem misschien nog wel zou sieren, maar niet meer kan passen. De snit van zijn nieuwe gewaad wordt voor een deel bepaald door het feit, dat naast hem de specialist en de sociaalgeneeskundige werkzaam zijn. Hun mogelijkheden bepaalden tot nu toe op zekere hoogte zijn werk, hun capaciteiten vormden zijn grenzen.

Het is echter van belang dat wij ons bewust worden, dat de huisartsgeneeskunde niet alleen op deze negatieve wijze te begrenzen en omschrijven is. Dit is te meer nodig, omdat nu de huisartsopleiding expliciet aandacht aan de universiteiten gaat krijgen. Mede hieruit blijkt, dat zij zich het verwijt, dat Ortega y Gasset⁴ 37 jaar geleden tot de Spaanse universiteiten richtte, niet meer behoeft aan te trekken. Dit luidde aldus: „Bij de medische faculteiten streeft men ernaar hyper-exacte fysiologie of superanalytische scheikunde te

doceren, maar wel nergens ter wereld houdt iemand zich ernstig met de gedachte bezig wat het tegenwoordig betekent een goed medicus te zijn, hoe het model type van de huidige arts er uit dient te zien. Het beroep, dat na de cultuur het meest nodig is, daar maakt men zich niet druk om”.

De inhoud van het huisartsberoep

Wij willen ons nu eerst bezighouden met de vraag wat de inhoud van het huisartsberoep is. Dit is een zinvolle bezigheid, omdat men deze inhoud moet kennen vóórdat men tot huisarts gaat opleiden. *Men leidt immers altijd op tot iets.*

Het is nauwelijks nodig een opsomming te geven van de oorzaken, waardoor de universiteit niet of onvoldoende op de hoogte kon zijn – of beter gezegd kon blijven – van de inhoud van het huisartsenberoep. De ontwikkeling van de geneeskunde als wetenschap, de snelle maatschappelijke veranderingen en veranderingen in de structuur van de geneeskundige hulpverlening vormen drie, reeds veelbesproken, interdependente groepen van oorzaken.

Een belangrijke oorzaak schuilt ook in de „mission-discipline duality”, zoals Weinberg⁵ deze noemt, waarin een tegenstelling bestaat tussen de „discipline-oriented” structuur van de universiteit en de „mission-oriented” structuur van de maatschappij. Hoewel het bestaan van deze tegenstelling zonder meer niet schadelijk hoeft te zijn, zal de universiteit toch de voortdurende wisselwerking met de maatschappij nodig hebben. Ortega y Gasset zegt hierover⁶: „Ze heeft niet alleen voortdurend contact met de wetenschap op straffe van anders te verstarren, maar ze heeft ook

contact nodig met het openbare leven, met de historische werkelijkheid, met het heden, dat steeds een sluitend geheel is en alleen genomen kan worden in zijn totaliteit... De universiteit moet ook openstaan voor de algehele actualiteit, sterker nog: zij moet daar middenin staan, er van doordrongen zijn”. Ten aanzien van de medische opleiding kan men zich afvragen, waarom het ziekenhuis als vanzelfsprekend een plaats binnen de muren van de universiteit heeft gekregen, terwijl de huisartspraktijk daarbuiten is blijven staan. Men kan op vele terreinen waarnemen, dat een „beweging naar de periferie” plaatsvindt. Het duidelijkst zichtbaar is dit bij de stedenbouw. Laat men een ontwikkeling zich als vanzelf ontrollen, dan dijt een stad steeds verder uit, terwijl het centrum tot verval kan geraken. Slechts een zeer gericht beleid kan een tegenbeweging op gang brengen en bijvoorbeeld aanleiding zijn tot sanering en cityvorming. Hetzelfde ziet men bij vele beroepen: specialisatie en superspecialisatie ontwikkelen zich als vanzelf, slechts door een bewust beleid te voeren zal men „necrose” van de basisberoepen kunnen tegengaan. Deze tegenbeweging is noodzakelijk, want met het toenemen van de specialisatie wordt ook de behoefte aan beroepsbeoefenaren, die in staat zijn het geheel min of meer te overzien, steeds groter. Ook van de huisarts zal steeds meer een integrerend vermogen op niveau gevraagd worden. Maar, zegt Shepherd⁷, dergelijke mensen zullen niet geproduceerd worden als wij slechts respect hebben voor hen „who have narrow depth”.

Ten aanzien van de huisarts wordt het begin van een beleid merkbaar, zowel binnen de universiteit als in de gemeenschap. Bij de universiteit door het ernst maken met een radicale verandering van het curriculum, in

de gemeenschap door bijvoorbeeld de wijkgezondheidszorg als conceptie te introduceren. De tegenbeweging zal echter slechts goed mogelijk zijn, als de universiteit ook impulsen krijgt uit de maatschappij, die de behoefte aan „generalisten” en de eisen, waaraan dezen dienen te voldoen, aan de universiteit als een uitdaging kan voorhouden. Mede daarom biedt de thans tot stand gekomen samenwerking tussen medische faculteit en Nederlands Huisartsen Instituut een belangrijk toekomstperspectief. Op zijn minst kan het laatste een „feedback system”⁸ naar de universiteit waarborgen.

Het is verre van eenvoudig om de inhoud van het werk van de huisarts duidelijk en scherp omgrensd te beschrijven. De grotestadsarts heeft in verschillende opzichten ander werk te verrichten dan zijn collega op het platteland. De Nederlandse huisarts vertoont naast overeenkomsten ook grote verschillen met zijn Amerikaanse collega. Het werk van de specialist is meestal, zij het soms met moeite, op de een of andere wijze wel te omschrijven. Sommige specialismen worden bepaald door de beperking tot een leeftijdscategorie of sexe, andere door de behandeling van bepaalde ziekten, organen of orgaansystemen. Soms bepaalt de hantering van bepaalde technieken het specialisme.

Op deze wijze kan men de huisartsgeneeskunde echter niet begrenzen. De huisarts is dan ook geen specialist te midden van de specialisten en hij zal dit ook nooit moeten worden. *Huisarts zijn is geen specialisme, het is een wijze van functioneren.* Wat houdt dit functioneren nu in? Wij merkten reeds op, dat het werk van de huisarts van plaats tot plaats en van land tot land kan verschillen. Klaarblijkelijk wordt het in sterke

mate beïnvloed door sociaal-economische en culturele invloeden. Maar desondanks zijn er enkele kenmerken, die men in het werk van alle huisartsen kan terugvinden.

In de eerste plaats verkeert de huisarts in een situatie, waarin hij in de loop van de jaren regelmatig, zij het met verschillende tussenpozen contacten met zijn patiënten heeft. De huisarts is daardoor in bijzondere mate in de gelegenheid, ten dele ook door eigen aanschouwing en beleving, de levensgeschiedenis van de patiënt te leren kennen. Hierdoor krijgt de huisarts de beschikking over een grote hoeveelheid informatie, die vaak bij de beoordeling van ziekten of klachten van waarde is, maar die ook van belang is voor een verdieping van het inzicht in de vitaliteit en de afweerkrachten, in de karakterstructuur en persoonlijke eigenschappen. Hierdoor kunnen symptomen beter naar waarde worden geschat én kunnen behandelingen beter worden afgestemd op de patiënt. Deze aspecten zijn exponent van de continuïteit van de zorg, die de huisarts geeft. In Nederland is deze continuïteit mede verankerd in het systeem van inschrijving van ziekenfondspatiënten op naam van de huisarts. Men kan de waarde hiervan niet licht overschatten. Uit de ervaringen in andere landen, waar een dergelijk systeem niet bestaat kan men leren, dat daar de huisarts vaak een zeer gebrekkig overzicht heeft van wat zich, medisch gezien, met een patiënt afspeelt. Het vraagt weinig verbeeldingskracht om in te zien, dat het tot levensbedreigende toestanden kan leiden als niet één huisarts voor iemand de centrale medische coördinator is. Inschrijving op naam heeft nog andere voordelen, ik kom daar nog nader op terug. Men dient zich wel te realiseren, dat de toenemende migratie een andere

bedreiging kan vormen voor de continuïteit van de zorg. Maar men moet zich bewust zijn, dat bij een goede rolvervulling ook in een kort durende relatie de huisarts zijn door ons omschreven kenmerk, nl. de patiënt te zien en te beleven in relatie tot zijn levensgeschiedenis, kan bezitten. Samenvattend kunnen wij zeggen, dat de huisarts als geen ander de patiënt kan leren zien en beleven als een *persoon met een geschiedenis*.

In de tweede plaats beperkt de huisarts zich niet tot één ziekte, groep van ziekten of tot één orgaan of orgaansysteem. Daardoor kan de patiënt zijn huisarts voor klachten van elke aard consulteren. Men behoeft het niet aan de patiënt zelf over te laten te beoordelen bij welke specialist hij te rade moet gaan. De consequentie kan niet anders zijn, dan dat de huisarts over de gehele breedte van de geneeskunde georiënteerd behoort te zijn, hetgeen alleen maar mogelijk is als men ten aanzien van de diepgang zijn eisen matigt, én als men zich vooral richt op het aanleren van fundamenteel medisch denken. De huisarts heeft, en dit is zijn tweede kenmerk, de gelegenheid zijn *patiënt als een totaliteit* te zien. Dit houdt in, dat hij integraal geneeskundig werkzaam moet zijn, zij het dan in de zin, die Jaspers⁹ eraan geeft. Volgens hem is integrale geneeskunde een ideaal, waarnaar men kan streven, maar dat men nooit kan bereiken. Het is: in principe met alle aspecten rekeningen houden, maar afhankelijk van de orde van belangrijkheid zijn aandacht op één moment op één aspect richten.

Omdat de huisarts in zijn werk niet beperkt is tot één leeftijdsgroep of tot één sekse, is hij in de gelegenheid alle leden van een gezin te behandelen. Daardoor kan hij de wisselwerking van de leden van een gezin doorzien, kan hij zowel gezinsinfecties als

intermenselijke spanningen herkennen, waardoor hij zijn diagnostiek kan verdiepen. Ook kan hij door de kennis van het milieu van de patiënt zijn therapie mede daardoor laten bepalen, een opname al of niet nodig achten, het gebruik van bepaalde geneesmiddelen als riskant beoordelen, of ten aanzien van het opvolgen van bepaalde adviezen zekere verwachtingen koesteren. Een van zijn mogelijkheden is ook, maar deze houdt ook een van zijn grote moeilijkheden in, om de belangen van de verschillende gezinsleden tegen elkaar af te wegen en hiermede in zijn handelen rekening te houden. Aldus is een derde kenmerk van de huisarts, dat hij zijn patiënt kent als een *mens in zijn milieu*, en wel vooral in het gezinsmilieu. Hij is de enige arts, die de patiënt in dit milieu ontmoet. Het bedrijf, de school, de sport en de straat hebben alle reeds hun eigen arts. Er wordt daarom wel eens een pleidooi gevoerd de huisarts gezinsarts te noemen en de gezinsgeneeskunde tot zijn specialisme te verheffen. Het Canadese College of General Practice overweegt zelfs ernstig zijn naam in College of Family Practice te veranderen. Hoewel het gezinsmilieu voor de huisarts inderdaad van zeer grote betekenis is, zou de gezinsgeneeskunde toch een te grote beperking voor de huisarts betekenen. Bovenal is de huisarts arts van een persoon, een „personal doctor”. Vóór alles moet de patiënt zich als persoon, als psycho-socio-somatische eenheid, veilig weten bij de huisarts, die noch het lichamelijke, noch het geestelijke of sociale aspect absolute waarde mag toekennen. Grote betekenis dient de huisarts ook te hebben als behoeder van een rangorde van waarden voor zijn patiënten. Dit is tevens zijn moeilijkste taak. De geneeskunde is zó ver voortgeschreden, dat in technisch opzicht zeer veel mogelijk

is op het gebied van de diagnostiek en de therapie. Men is in staat vele levens te redden, maar ook om vele levens te rekken. Er vinden zodanige verschuivingen plaats tussen hetgeen wel en niet mogelijk is, dat de medische gedragsleer vaak onvoldoende steun biedt als men zich in dit wijde grensgebied bevindt. „The general practitioner recognizes no hierarchy of disease values”, zegt Steiger¹⁰ in ander verband; er kan voor de patiënt wellicht een garantie in liggen dat de huisarts in de positie verkeert wél een hiërarchie van menselijke waarden in de beslissingen omtrent hem te kunnen inbrengen.

Om de patiënt als een persoon met een geschiedenis, als een totaliteit en als een mens in een milieu te kunnen benaderen, om als persoonlijk arts te kunnen functioneren en om een continue zorg te kunnen verlenen, dient de huisarts zo dicht mogelijk bij de patiënt te zijn. Hij kan dan op zijn wijze, als huisarts, functioneren, door observator te zijn van zijn patiënten in gezondheid en ziekte, door hen te begeleiden en door de medische zorg voor hen te coördineren. In Nederland krijgt de huisarts daartoe de gelegenheid omdat hier de gezondheidszorg in verschillende lagen is opgebouwd. Hier wendt de patiënt zich eerst tot zijn huisarts, uitzonderingen daargelaten. Deze gewoonte wordt door de regels van het ziekenfonds krachtig gesteund. Deze opbouw in „echelons”, welke term men het laatste jaar graag in dit verband gebruikt, garandeert tot op zekere hoogte ook een efficiënt gebruik van de bestaande voorzieningen. De specialisten worden behoed voor een vloedgolf van patiënten, die niet bij hen thuishoren en die hen kunnen belemmeren in de uitoefening van, en het zich verder bekwamen in, hun specialisme. Men spreekt in dezen wel van de

„zeeffunctie” van de huisarts. In de Verenigde Staten werd enkele jaren geleden een onderzoek ingesteld¹¹, waaruit bleek, dat bij kinderartsen de naar hen verwezen patiënten slechts 12 % van het totaal door hen behandelde patiënten uitmaakte, voor internisten was dit percentage 23. Kerr White trekt hieruit de conclusie, dat een groot deel van de specialisten „primary care” geven, dus huisartswerk verrichten. Als men dan bedenkt, dat bovendien een zeer groot deel van de problemen door de huisarts in de praktijk zelfstandig, zonder inschakeling van de specialist kan worden afgedaan – naar schatting 80 tot 90 % van de gevallen – dan blijkt daaruit duidelijk, dat de indeling van de gezondheidszorg in echelons zeer belangrijke voordelen biedt. Ook de eerste hulpverlening, zowel op lichamelijk als op geestelijk gebied is duidelijk een taak voor de huisarts, welke vaak mede afhankelijk is van zijn werk in de eerste linie.

Scott¹², de eerste hoogleraar in de huisartsgeneeskunde ter wereld, acht directe toegankelijkheid tot de huisarts voorwaarde voor zijn functioneren. Werk in eerste linie en directe toegankelijkheid maken de huisarts inderdaad bij uitstek geschikt voor het verrichten van vroege diagnostiek. Op de groeiende betekenis hiervan zullen wij nog nader terugkomen. Zeker is, dat op de huisarts in dezen een zeer grote verantwoordelijkheid rust. De „doctor's delay” zal voor vele ziekten zo klein mogelijk moeten worden, terwijl er een taak voor de huisarts ligt om ook de „patients' delay” zo gering mogelijk te laten zijn. Iedere bedreiging van de zeeffunctie en van de directe toegankelijkheid tot de huisarts dient zoveel mogelijk afgewend te worden, zowel ter wille van de patiënt, als van de huisarts zelf. Wel kan men de directe toegankelijkheid een

ander karakter geven dan deze momenteel heeft; wij komen hierop nog nader terug.

Mogelijke toekomstige ontwikkelingen

Tot nu toe hebben wij enkele lijnen van het grondpatroon van het gewaad van de huisarts aangegeven, die vooral functioneel bepaald zijn. Wil men het patroon echter verder uitwerken, dan moet men ook met de toekomst rekening houden. Het is een verstandig kleermaker, die weet, waar ontwikkelingen te verwachten zijn en daar in zijn stofgebruik ook rekening mee houdt. Nu is dat voor de kleermaker gemakkelijker dan voor mij. Zal de toekomstige huisarts harmonisch uitgroeien? Zal hij verschralen tot het beeld, dat Willem Frederik Hermans¹³ van hem geeft?

„Hij komt voorrijden in zijn Buick, belt aan en gaat de trap op zonder te groeten. Met zijn koffertje in zijn hand, lijkt hij sprekend op een man die een nieuw model stofzuiger komt demonstreren. Maar de familie van de bedlegerige weet wel beter. De gesprekken verstommen bij het medicinale binnenschrijden. Het gaat goed, roept onze microbenjager de vrome schare toe, het gaat uitstekend, ik sta paf. Nooit zo'n mooie zieke gezien. Binnen drie minuten heeft hij zijn wierookstokje op het altaar van Aesculapius gebrand en zit weer met zijn voet op de gaspedaal van zijn Buick”.

Wij nemen aan, dat wij het gewaad van de huisarts niet volgens dit model behoeven te laten veranderen. Maar wat zullen veranderingen in het ziektepatroon, de verdere ontwikkeling van de medische wetenschap, de toepassing van de computer, de ruimtevaart, de saecularisatie en urbanisatie, wél voor hem beteke-

nen¹⁴? Men kan hier nauwelijks schattingen over maken. Wij zullen met enkele opmerkingen hierover volstaan.

In de eerste plaats kan een gedeeltelijke hergroepering in het werk van huisarts en specialist plaatsvinden. Het is te verwachten, dat door de ontwikkeling van geneeskunde en techniek de mogelijkheden van de laatstgenoemde nog in aanzienlijke mate zullen toenemen, waardoor zijn macht t.o.v. de patiënt nog sterk zal kunnen groeien. Men dient zich af te vragen, of de huisarts hierdoor niet een andersoortige relatie met zijn patiënt zal kunnen krijgen. Van den Berg¹⁵ stelt, dat macht en hulp elkaars antipoden zijn. Krijgt de huisarts wellicht, doordat de specialist vooral in het nemen van ingrijpende beslissingen een groter macht krijgt, meer mogelijkheden om in een helpende relatie tot zijn patiënt te komen staan? Iedere medische hulpverlening omvat in principe zowel behandeling als zorg, zowel „cure” als „care”. Zal het accent van de „cure” in de toekomst meer bij de specialist komen te liggen en de „care” meer voor de huisarts gereserveerd worden? Hij vervult dan een rol bij die doelstelling van de geneeskunde, die Sigerist¹⁶ zo belangrijk vindt. Deze zegt: „Het doel van de geneeskunde is niet louter ziektes te genezen, maar meer nog om mensen aan hun omgeving aangepast te houden als waardevolle leden van de gemeenschap, of hen te heraanpassen als ziekte hen in de macht heeft”. De accentverschuiving naar het „care” karakter in het werk van de huisarts wordt nog versterkt door een verschuiving in het morbiditeitspatroon, die een toeneming van de multiconditioneel bepaalde ziekten laat zien. Bij deze ziekten zal het zorgelement in toene-

volle aan zijn specifiek medische taak kunnen wijden, waarbij hij gebruik kan maken van de deskundige inbreng van zijn teamleden. Wellicht zal men in de toekomst enkele kenmerken van de huisarts op het team in zijn geheel kunnen overdragen. Zo is bijvoorbeeld de directe toegankelijkheid van de huisarts wellicht te modificeren tot een directe toegankelijkheid tot het team in zijn geheel. Dit zou o.a. een aantal problemen op het gebied van de praktijkvoering kunnen oplossen.

Wel dient men zich te realiseren, dat een samenwerking van individuele huisartsen met een geïnstitutionaliseerde maatschappelijke en geestelijke gezondheidszorg zeer grote psychologische en organisatorische problemen met zich meebrengt. Van de zijde van de huisarts zal in ieder geval de bereidheid moeten bestaan zich voor verschillende aspecten *inschakelbaar* te maken.

Het is goed om er op te wijzen, dat er soms ideeën worden geopperd, vaak uit een zorg omtrent het afnemen van een aantal huisartsen, om de huisarts te vervangen door hetzij een gynaecoloog + internist + kinderarts + geriater¹⁸, hetzij door een „public health nurse-practitioner”¹⁹, die ongeveer de functie van de feldscher uit de Oosteuropese landen zou moeten vervullen. Het zou te veel tijd vergen om op deze ideeën in te gaan. Alleen kan men zich voorstellen, dat in het eerste geval alle voordelen van de gezinsgeneeskunde verloren zouden gaan en dat bij het tweede voorstel het eerste echelon van de gezondheidszorg verzwakt zou worden, dat toch weer de tweede linie overbelast zou raken. Beide oplossingen zouden m.i. een stap achteruit betekenen.

In de derde plaats zal men bij het denken over het

toekomstige functioneren van de huisarts rekening moeten houden met de toekomstige structuur van Nederland, die vooral een stedelijk karakter zal bezitten door het proces van de suburbanisatie en de rurbanisatie, om de termen van Kruyt²⁰ te gebruiken, waaronder hij de vorming van voorsteden en de uitgroei van dorpen verstaat. Ook zal de economie van de gezondheidszorg invloed hebben op het werk van de huisarts. Het is te verwachten, dat de huidige toename van de kosten niet dezelfde trend kan blijven volgen. Het is onvermijdelijk, dat naar een rationalisatie van de gezondheidszorg gezocht gaat worden. Deze zal ongetwijfeld sterke repercussies op het werk van de huisarts hebben.

Wij moeten er ons van bewust zijn, dat genoemde factoren er enkele zijn uit een lange reeks. De sociale wetgeving, de mate van welvaart, de spanning op de arbeidsmarkt, de aanwezigheid van voldoende ziekenhuisbedden, de organisatie van de gezondheidszorg kunnen ook een zeer wezenlijke invloed op het werk van de huisarts uitoefenen. Ook de houding van de patiënt tegenover het ziek-zijn doet dit. Zijn gehele gedragspatroon is zeer verschillend indien ziekte als een straf, dan wel als een verstoring van een welbevinden ervaren wordt.

Onze conclusie is, dat het gewaad van de huisarts aanzienlijke veranderingen zal ondergaan, als „care” en *preventie* in sterker mate hun stempel op zijn werk gaan drukken. Bovendien zullen een veranderende maatschappij en een voortschrijdende wetenschap steeds weer wijzigingen veroorzaken. Men dient zich heel duidelijk te realiseren, dat er een gevoelige interactie bestaat tussen de uitoefening van het beroep en

deze factoren. Doet men dit niet, dan riskeert men een op een dood spoor rangeren van de huisarts. Naar mijn mening zal het voortbestaan van de huisarts mede afhangen van zijn bereidheid deze interactie te erkennen en om er rekening mee te houden bij zijn structurele denken. Hij is niet in staat om de snit van zijn gewaad alléén vast te stellen. Hij kan zich niet buiten de mode, d.w.z. de samenleving met al zijn rationele en irrationele motieven, stellen.

De opleiding tot huisarts

Uit het voorgaande moet men de conclusie trekken, dat men voor het geven van een *beroepsopleiding* nauwkeurig op de hoogte moet blijven van de ontwikkelingen in het werk van de huisarts. Aan de *basisopleiding* mag men de eis stellen dat de arts een zodanige ondergrond krijgt, dat hij zich aan latere veranderingen weet aan te passen en de geneeskunde als een „lifelong study” leert zien.

Uit hetgeen ik betoogde blijkt grotendeels, welke specifieke elementen de opleiding dient te omvatten om deze gericht te doen zijn op het functioneren van de huisarts, elementen die ingewijden niet zullen verrassen.

Als de huisarts zijn patiënt als een persoon met een geschiedenis moet leren kennen, dan dient hij inzicht te krijgen in de psychologische achtergronden van de ontwikkeling van het individu, in de betekenis van de levensfasen enz.

Inzicht alleen is niet voldoende; de huisarts zal dan ook de betekenis van de achtergronden moeten leren doorzien en begrijpen. Om voldoende begrip te krijgen voor het milieu zal enig inzicht in de sociologie en vooral in de sociale psychologie van de kleine groep

verschafft moeten worden. Dit moet goed worden toegespitst op de werkelijke behoeften van de huisarts. Daarnaast dient de gezinsgeneeskunde en ook de epidemiologie een plaats te krijgen. Teneinde de patiënt in zijn totaliteit te leren zien zal tijdens de opleiding aan een multidisciplinaire benadering aandacht moeten worden gegeven.

Zeer belangrijk is, dat de aanstaande huisarts goed op de hoogte komt met het morbiditeitspatroon in de huisartspraktijk; iets dat alleen in, of gerelateerd aan de huisartspraktijk zelve kan geschieden. Verder zal geleerd moeten worden een aantal specifieke functies te vervullen. In de eerste plaats zal de a.s. huisarts met de reeds eerder genoemde zeeffunctie van de huisarts vertrouwd moeten raken. Hij zal in dezen moeten leren snel hoofd- en bijzaken van elkaar te onderscheiden en, daarbij gespitst op de vroege diagnostiek, de klachten en verschijnselen naar waarde leren schatten. Geleerd zal moeten worden welke klachten en verschijnselen uitstel van behandeling of verwijzing gedogen, en in welke mate. Preventie en vroege diagnostiek zullen steeds meer expliciet aan de orde moeten komen. Ook zal hij moeten leren gebruik te maken van de specifieke situatie van de huisarts, die werkzaam is in de eerste linie van de gezondheidszorg en met wie de patiënt een continu contact kan hebben. Continuïteit en zorg zijn nauw aan elkaar verbonden. De laatste is zonder de eerste, zonder *trouw* aan de patiënt, kan men zeggen, ondenkbaar. De zorg zal zich in het bijzonder op bepaalde categorieën patiënten moeten richten: op bejaarden, zuigelingen en kleuters, op zg. probleempatiënten, op invaliden, chronisch zieken en op stervenden. Medisch-ethische problemen zullen hierbij vaak aan de orde

komen. De huisarts zal een aantal vaardigheden moeten bezitten om zijn werk in dezen goed te kunnen doen. Naarmate het zorgkarakter meer op de voorgrond komt, wordt de kwaliteit van het arts-patiënt-contact van groter betekenis. Daarvoor is het gesprek een belangrijk instrument. Hierin kunnen verschillende aspecten aan de orde komen: de huisarts kan een anamnese opnemen, hij kan luisteren, informatie geven, adviseren of therapeutisch werkzaam zijn. Van dit alles zal hij de „techniek” moeten leren en de nodige gevoeligheid hiervoor zo mogelijk aankweken. Zeer belangrijk hierin is, dat de huisarts leert wat zijn eigen rol in de relatie met de patiënt is. Zo moet hij zich bijvoorbeeld bewust worden, op welke wijze zijn – wat Ferris²¹ noemt – „unconscious middle-class bias” de arts-patiënt-relatie beïnvloedt en ook bedreigt.

Ook zal de huisarts moeten leren in team en groep te werken: de hiervoor noodzakelijke attitude zal hij moeten verwerven. Men kan zich natuurlijk afvragen of dit alles nu wel specifiek voor de huisarts is. Ongetwijfeld zijn er elementen, die ook voor de a.s. specialist van veel betekenis zijn. Maar voor zover deze materie belicht kan worden vanuit die, door mij in het voorgaande besproken, specifieke gezichtshoek, dient dit alles in een *opleiding tot huisarts* opgenomen te worden. Huisarts zijn – wij zeiden het reeds eerder – is geen specialisme, het is een wijze van functioneren. Men kan de huisartsgeneeskunde vergelijken met een weefsel, waarvan het patroon karakteristiek is en verschilt van dat van de specialistische geneeskunde, maar waarvan de gebruikte materialen, de schering en de inslag dezelfde zijn. Essentieel is, dat in de beroepsopleiding tot huisarts niet zozeer nieuwe elementen

worden ingevoerd, dan wel dat een *andere rangschikking van die elementen* moet plaatsvinden, een rangschikking die anders is dan bij de opleiding tot specialist. Ortega y Gasset²² zegt hierover: „Als de wetenschap in het beroep binnendringt, zal zij als wetenschap uit elkaar moeten vallen om zich, rondom een ander middelpunt en principe, als beroepstechniek te organiseren. En als dit zo is” vervolgt hij, „dan moet daarmee ook rekening worden gehouden bij de beroepsopleiding”. Op deze wijze kan men m.i. het volstrekt eigene van de huisarts recht doen wederbaren, zonder het risico te lopen, dat deze van de geneeskunde in haar geheel vervreemd.

De andere rangschikking in de opleiding van de huisarts kan grotendeels slechts door de huisarts zelf geschieden. Afgezien van de beroepsopleiding tot huisarts, zal de huisartsgeneeskunde ook een, bescheiden, plaats in de basisopleiding moeten krijgen. De a.s. specialist en de a.s. sociaal-geneeskundige zullen toch enig inzicht moeten hebben in de problematiek van de huisartspraktijk. Onder het ontbreken hiervan kan een latere communicatie slechts lijden.

Hoewel een co-assistentenschap in de huisartspraktijk, zoals die hier en daar al bestaat, grote aantrekkelijkheid bezit, is het in verband met de studieverkorting en -rationalisatie wellicht wenselijk de kennismaking met de huisartspraktijk in de basisopleiding een ander karakter te verlenen. Juist omdat daarna voor de a.s. huisartsen een beroepsopleiding zal volgen, kan men het zich veroorloven de huisartsgeneeskunde in de basisopleiding voornamelijk een kennismakingskarakter te laten bezitten. Het moet m.i. mogelijk zijn door het houden van een aantal demonstraties in een of

meer, daartoe scherp geselecteerde, huisartspraktijken, inzicht in het werk van de huisarts te geven. Deze demonstraties dienen daartoe enerzijds omgeven te worden door een aantal systematisch opgezette, theoretische inleidingen, anderzijds door het meemaken van een aantal huisbezoeken van de huisarts, waardoor ook iets van het huisarts-zijn beleefd kan worden.

De beroepsopleiding zelve, die dus aansluit aan de basisopleiding, moet – wij spraken het reeds uit – voor een aanzienlijk deel in de huisartspraktijk plaatsvinden. Men dient dus over een groot aantal huisartsen te beschikken, die én bereid zijn, én bekwaam geacht kunnen worden om assistenten in hun praktijk op te leiden. Teneinde de goede kwaliteiten van de opleiding zoveel mogelijk te waarborgen, zal een selectie van de huisarts-opleiders moeten plaatsvinden. Ook zullen deze voor hun taak als opleider voorbereid moeten worden.

De opleiding tot huisarts zou dan als volgt opgebouwd kunnen worden:

- de assistenten – de toekomstige huisartsen – volgen eerst een theoretische opleiding van beperkte duur. Daarbij wordt zoveel informatie gegeven, dat men zonder veel moeite de gang van zaken in een huisartspraktijk kan volgen.
- de assistenten, die daarna in huisartspraktijken een verdere opleiding ondergaan, komen één dag per week in het N.H.I. terug, om een verdere begeleiding te krijgen. Op deze dagen zal o.a. in gespreksvoering getraind worden, scripties in groepen worden besproken en de ervaren moeilijkheden onder de loep worden genomen. Door deze opzet voorkomt men ook, dat de huisarts-opleiders een te grote

verantwoordelijkheid t.a.v. de opleiding te dragen krijgen.

- het werk van de assistent dient ten dele identiek te zijn aan dat van een huisarts, ten dele zal de assistent bepaalde opdrachten moeten vervullen, zoals het schrijven van een scriptie, het volgen van de lotgevallen van een verwezen patiënt, het kennismaken met het werk van organisaties, waarmee de huisarts regelmatig te maken heeft. Ook zullen excursies naar andere huisartspraktijken gemaakt kunnen worden.
- de assistenten moeten in opklimmende mate een eigen verantwoordelijkheid gaan dragen, die kan eindigen in een waarneming voor de huisarts-opleider.

Het is waarschijnlijk, dat de assistenten tijdens hun opleiding een aantal tekorten in hun medische kennis en vaardigheid ervaren. Een deel hiervan zal door een hierop gericht assistentschap in een ziekenhuis bijgewerkt kunnen worden. Een klinisch assistentschap na de opleiding in de huisartspraktijk is hiervoor nodig. De opleiding dient dan besloten te worden met een korte evaluatieperiode, waarin gepoogd moet worden de verworven kennis en het verkregen inzicht te evalueren en te integreren. Tevens kan hierbij een voorbereiding op de eigen vestiging als huisarts plaatsvinden.

Zeer geachte toehoorders,

Het maken van plannen zoals ik nu voor U ontvouwd heb, behoorde tot voor kort nog tot het bouwen van luchtkastelen. Nu de geneeskunde van de huisarts een plaats heeft gekregen binnen de muren van de universiteit, is er geen sprake meer van luchtkastelen, maar

van zeer nuchtere realiteiten. Men moet er zeer verheugd over zijn, dat de huisarts nu de kans krijgt een nieuw gewaad te verkrijgen. De opleiding zal hierbij een grote rol spelen. Maar ook dient men zich te realiseren, dat de verworven mogelijkheden ook een uitdaging betekenen, niet in de laatste plaats voor de huisartsen zelf. Zij zullen zich goed moeten realiseren, dat zij door het streven naar een eigen opleiding ook de verplichting op zich hebben genomen aan die opleiding het hunne bij te dragen. Zij zijn daar zeker toe in staat, maar zij moeten het ook waar willen maken. Het zal onvermijdelijk zijn op zo kort mogelijke termijn experimenten te ondernemen, vóórdát binnen enkele jaren de beroepsopleiding een integraal en verplicht deel van de opleiding is geworden. Gezocht zal moeten worden naar een opleiding, die zoveel mogelijk aan haar doel beantwoordt. Daarin zullen universiteiten en huisartsen elkaar moeten vinden. Het Nederlands Huisartsen Instituut, waarin een deel van de huisartswereld een brandpunt vindt, zal aan deze samenwerking een zeer specifieke bijdrage kunnen leveren, en tevens het zo noodzakelijke contact tussen faculteit en beroepsbeoefenaren kunnen garanderen.

Dames en Heren,

Gekomen aan het einde van mijn rede, moge ik allereerst jegens H.M. de Koningin mijn eerbiedige dank uitspreken voor mijn benoeming tot buitengewoon hoogleraar in de geneeskunde van de huisarts aan deze vooruitstrevende Utrechtse universiteit, waarvan U,

Mijne Heren Curatoren,

reeds lange tijd bezig bent geweest de huisarts een

plaats binnen de muren van de universiteit te verschaffen. Hieruit blijkt ten volle, dat U de universiteit niet alleen dienstbaar wilt maken aan de wetenschap, maar ook aan de maatschappij.

Dames en Heren Professoren, Lectoren en Docenten aan deze universiteit, in het bijzonder Gij, leden van de faculteit der geneeskunde,

Voor Uw hartelijke ontvangst ben ik U zeer erkentelijk. Het was een vreugde te ervaren, dat ik als vanzelfsprekend in Uw midden werd opgenomen. Aangezien de huisartsgeneeskunde met alle specialismen raakvlakken heeft, hoop ik op een goede samenwerking met U. Ik verheug mij erop te kunnen werken in een faculteit, die zulke vooruitstrevende plannen heeft op het gebied van de opleiding. Dat zij als eerste in Nederland en als tweede ter wereld de huisartsgeneeskunde expliciet een plaats in haar midden gegeven heeft, is hiervan een duidelijk teken.

Hooggeachte Hornstra,

Het is een groot genoegen te mogen beleven om naast jou, die niet alleen mijn promotor is geweest, maar ook verder zoveel voor mij betekend heeft, in één faculteit zitting te mogen hebben.

Hooggeachte Deenstra,

De laatste jaren heb ik in toenemende mate contact met je gekregen, een contact, dat zeer stimulerend en vruchtbaar voor mij is. Ik hoop op een nauwe samenwerking op vele gebieden.

Waarde Huygen,

In jou als voorzitter wil ik het gehele bestuur van het

Nederlands Huisartsen Genootschap noemen als een groep van huisartsen, met wie ik mij ten sterkste verbonden voel. Zonder de activiteiten van deze groep zou het Nederlands Huisartsen Instituut niet tot stand zijn gekomen. Dat bovendien een vriendschap tussen ons kon ontstaan, maakt het samen werken nog intenser en vruchtbaarder.

Waarde Brouwer en andere medewerkers van het Nederlands Huisartsen Instituut,

Gedurende twee jaren hebben wij intensief samengewerkt, waardoor een goed op elkaar ingespeeld team is tot stand gekomen. Ik verheug mij op en stel mij veel voor van een verder, creatief samenspel.

Beste Drabbe,

Ik ben zeer dankbaar, dat onze vriendschappelijke samenwerking in de huisartspraktijk het mij mogelijk maakt om intensief met het dagelijkse werk van de huisarts in contact te blijven.

Dames en Heren studenten,

Het is mijn wens om met U tot een goede samenwerking te komen. Voorlopig zullen onze contacten nog niet zo uitgebreid zijn, maar als het nieuwe curriculum verder vorm gaat krijgen is te verwachten, dat wij intensief met elkaar in aanraking zullen komen. Ik hoop van harte, dat U door middel van een „feed back” zult helpen het onderwijs in de geneeskunde van de huisarts mede af te stemmen op Uw behoeften. Ik roep U daarom op in deze actief te zijn.

Ik heb gezegd.

1. Bullough, Ver. L. The development of medicine as a profession. (1966) Karger, Basel/New York.
2. Erikson, Erik H. Young man Luther. A study in psychoanalysis and history. (1962) W. W. Morton & Comp. Inc., New York.
3. Platt, Sir Robert. Progress report to Thomas Linacre. Reflections on medicine and humanism. (1962) (1963) University Quarterly, XVII, 327.
4. Ortega y Gasset, José. De taak van de universiteit. (1959) Leopold, 's-Gravenhage.
5. Weinberg, A. M. (1965) Science, Aug. 6.
6. Ortega y Gasset, José. t.a.p.
7. Shepherd, W. G. The specialist and the university. (1966) Mayo Clinic Proceedings. 41 : 8.
8. Platt, Sir Robert, t.a.p.
9. Jaspers, Prof. Dr. K. Der Arzt im technischen Zeitalter. (1960) N.T.Med.Stud. VI. 1, 16.
10. Steiger, W. A. and F. H. Hoffman, Adv. psychosom. Med. 4; 58.
11. White, Kerr L. General Practice in the United States of America. (1963) Working paper W.H.O. Expert Committee on General Practice.
12. Scott, Prof. R. The work of the physician in the Community. (1963) Public Health Papers nr. 20. W.H.O., Genève.
13. Hermans, Willem Frederik. Dag dokter. In: Het sadistisch universum. (1965) De Bezige Bij, Amsterdam.

14. Cox, Harvey. De stad van de mens. (1966) Ambo-
boeken, Utrecht.
15. Berg, Dr. J. H. van den. Sociologie van de hulp-
verlening. (1964) J. A. Boom en zoon, Meppel.
16. Sigerist, Henry E. Civilization and disease. (1962)
The University of Chicago Press.
17. Bergerac, Cyrano de. L'Autre Monde ou les états et
empires de la lune et du soleil. (1923) Librairie Gar-
nier Frères, Paris.
18. McKeown, T. Medicine in modern society. (1965)
Allen & Unwin, London.
19. Knight Aldrich, C. Specialization and General Practice.
(1966) The Journal of Medical Education, 41 : 9.
20. Kruyt, Dr. C. S. De verstedelijking van Nederland.
(1961) Van Gorcum, Assen.
21. Ferris, P. The Doctors. (1965) V. Gollancz, London.
22. Ortega y Gasset, t.a.p.

In dezelfde uitvoering verschenen:

- PRAKKE, H. J., Van perswetenschap tot publicistiek.
Groningen, 18 oktober 1956.
- BAUDET, H., Historie en menselijke verhoudingen.
Groningen, 1 december 1956.
- BROUWER, J. H., De Friese brief. Amsterdam, 25 november 1957
- KUIPER HZN., G., Het ritme in het maatschappelijk proces.
Amsterdam, 17 oktober 1958.
- SMITS, P., Op zoek naar nihilisme. Leiden, 23 januari 1959.
- HUDIG, J. C., Problemen rondom de strafrechtelijke verantwoorde-
lijkheid bij kinderen. Utrecht, 27 april 1959.
- BRUYN, G. DE, De publiciteitsleer omschreven en twee harer ob-
jecten geschetst. Utrecht, 23 oktober 1959.
- KOOY, G. A., Echtscheidingstendities in 20ste-eeuws Nederland,
inzonderheid ten plattelande. Wageningen, 29 oktober 1959.
- LOENEN, J. H. M. M., Over het onderscheid tussen een wetenschap-
pelijk en een niet-wetenschappelijk deel der wijsbegeerte.
Leiden, 1 december 1959.
- LAUWERIER, H. A., Het Noordzeeprobleem.
Amsterdam, 1 februari 1960.
- HEEROMA, K., De Nijmeegse Nederlandistiek.
Nijmegen, 26 mei 1960.
- MULDER, M., De perceptie van de ander. Utrecht, 7 november 1960.
- KRUIJT, C. S., De verstedelijking van Nederland. Delft, 17 mei 1961.
- RIJKSEN, RIJK, De vrijheidsstraf. Utrecht, 29 mei 1961.
- MULLER, C. A., De microgolftchniek in de sterrenkunde.
Leiden, 2 juni 1961.
- LEKKERKERKER, C. G., Meetkundige voorstelling.
Amsterdam, 2 juli 1962.
- SPERNA WEILAND, J., Nog meer geschiedenis in de Theologie?
Amsterdam, 8 oktober 1962.
- HESLINGA, M. W., Oude en nieuwe begrippen van Aardrijkskunde.
Amsterdam, 26 oktober 1962.
- WISSINK, G. A., Taak en toekomst van de planologie.
Nijmegen, 19 juni 1963.
- SCHOLTEN, L. W. G., 1813 ... Vrucht der tijden.
Breda, 12 december 1963.

Vervolg z.o.z.