

Dr J. T. BUMA

Beschouwingen over de plaats van
de huisarts
in de Nederlandse gezondheidszorg

Nederlands
Instituut
voor
Praeventieve
Geneeskunde



BIBLIOTHEEK NEDERLANDS INSTITUUT
VOOR PRAEVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG TNO
POSTBUS 124, 2300 AC LEIDEN

**BESCHOUWINGEN OVER DE PLAATS VAN DE HUISARTS
IN DE NEDERLANDSE GEZONDHEIDSZORG**

(WITH A SUMMARY IN ENGLISH)

„An ounce of observation is worth a ton of theory”

CBM
B 94 2)

Dr. J. T. BUMA

BESCHOUWINGEN OVER DE PLAATS VAN
DE HUISARTS
IN DE NEDERLANDSE GEZONDHEIDSZORG

NAAR AANLEIDING VAN EEN SITUATIE-ANALYSE,
DIE WERD UITGEVOERD IN SAMENWERKING MET
DE COMMISSIE WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK
VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

1959

INHOUD

	pag.
Woord vooraf door de voorzitter van het Nederlands Huisartsen Genootschap	7
Inleiding en doelstelling	9
De methodiek	15
Situatieschets op basis van een observatie van de actuele situatie, interpretatie der verkregen gegevens en literatuuronderzoek . . .	21
a. De dagelijkse routine van de huisarts	
Quantitatieve aspecten	21
Qualitatieve aspecten	25
b. Het continuüm (de patiënten), kwantitatief	28
Het continuüm (de patiënten), kwalitatief	31
c. De situatie in de volksgezondheid	34
d. De positie van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg .	37
e. De taken van de huisarts	40
Epicrise	71
Samenvatting, conclusies en aanbevelingen	77
Summary in English	93
Literatuur	97
Bijlagen	99

VOORWOORD

Gaarne wil ik de publicatie van Dr. J. T. Buma over de plaats van de huisarts in de Nederlandse Gezondheidszorg met een enkel woord inleiden.

Het Nederlands Huisartsen Genootschap is veel dank verschuldigd voor de hulp, die het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde haar zowel materieel als immaterieel heeft geboden. Ook deze publicatie is hiervan een bewijs. Het is voor ons huisartsen bijzonder nuttig een studie te lezen van iemand, die na zelf huisarts te zijn geweest, de liefde tot deze geneeskunst bleef behouden, maar toch zijn blik kon verruimen door een contact met alle andere facetten der volksgezondheidszorg.

Juist de niet direct betrokkene ziet de situaties vaak helderder en objectiever dan diegene, die hiermede dagelijks geconfronteerd wordt. De grote kennis van de schrijver en de uitgebreide studie, die hij aan het eigenlijk analyse-onderzoek liet voorafgaan, maakten het mogelijk tot een aanvaardbare en gefundeerde synthese te komen van de problemen, die zich dagelijks aan de huisarts presenteren.

Het was daarnaast een voordeel, dat het cijfermateriaal, dat aan deze publicatie ten grondslag ligt, verzameld werd in een 10-tal praktijken van N.H.G.-leden, bijna allen behorend tot de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek.

Hierdoor ontstond de mogelijkheid, de door de schrijver verzamelde gegevens en de hieruit getrokken conclusies, in deze commissie ter discussie te stellen.

Daar Dr. Buma adviseur van deze commissie is, en hij bereid bleek zijn manuscript te laten lezen alvorens tot publicatie over te gaan, konden op instigatie van deze commissie enige belangrijke opmerkingen en adviezen worden verwerkt, zonder dat dit aan de eigen visie van de schrijver enige afbreuk deed.

Deze geste van de schrijver, die toch in zijn publicatie een stuk eigen werk bekend maakt, werd door de commissie zeer gewaardeerd.

Deze studie raakt tal van problemen aan, die zowel de huisarts als de andere artsen betreffen. Zij raakt er niet alleen aan, maar zij gaat er veelal diep op in, zodat vele artsen door het lezen hiervan hun eigen blikveld kunnen verruimen en hun denken kunnen verdiepen.

Dit boek zal daarom in onze herinnering blijven door de oorspronkelijke en visionaire gedachtengang, die het gestalte gaf en door de heldere en schematische betoogtrant, waarin het is geschreven. Het dwingt de lezer tot overdenking der behandelde materie en tot eigen oordeelsvorming.

Ik hoop dat deze monografie de huisartsen aanleiding zal geven hun

werk kritisch te bezien, de grote mogelijkheden van hun geneeskunst te beseffen en een aantal oplossingen, die de schrijver aangeeft voor de problemen van hun dagelijks werk, in de praktijk toe te passen.

Dr. H. H. W. Hogerzeil

INLEIDING EN DOELSTELLING

Deze studie behelst de uitwerking van een lezing die schrijver op een te Woudschoten gehouden conferentie op 23 en 24 januari 1959 voor een aantal topfunctionarissen van het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft uitgesproken.

Dit onderzoek, dat tot doel heeft de functies en de verantwoordelijkheden aan te geven van de huisarts in de huidige omstandigheden van volksgezondheid en gezondheidszorg is, in ons land althans, voor zover kan worden nagegaan, zonder precedent.

Juridisch is ook onder onze omstandigheden iedere arts nog bevoegd de genees- (heel- en verlos)kunde in haar volle omvang uit te oefenen; de facto is deze bevoegdheid, vooral voor de specialist in mindere mate ook voor de huisarts, een relict uit een tijd toen naast de algemene medici nauwelijks specialisten of ambtenaar-artsen bestonden.

Waar thans de verantwoordelijkheid voor het totaal van werkzaamheden op het gebied van de gezondheidszorg slechts door een groot spectrum van gespecialiseerde deskundigen gezamenlijk kan worden gedragen, rijst het vraagstuk van het analyseren en het verdelen van taken en verantwoordelijkheden als vitaal element van de totale sociaal-medische problematiek.

Om een dergelijke functieverdeling tussen de diverse „functionarissen” mogelijk te maken, dient hieraan vooraf te gaan een onderzoek van de situatie in haar heterogeniteit, gevolgd door een arbeidsomgrenzing voor iedere functionaris. Aangezien zowel in de taakafbakening tussen huisarts en specialist als in de omgrenzing van diverse sociale voorzieningen nog zoveel arbitrair is, is het duidelijk dat een functie-afbakening slechts in vrij algemene termen kan geschieden.

Zoals de titel aangeeft, behelst deze studie een poging tot bepaling van de plaats die de huisarts inneemt, respectievelijk dient in te nemen, in de Nederlandse gezondheidszorg.

Deze poging is gebaseerd op een observatie in een aantal huisartsenpraktijken *), gevolgd door een analyse en een interpretatie van daarbij verkregen gegevens tegen de achtergronden van de arbeidssituatie van de huisarts.

Nadat eerst een poging tot differentiatie in functies heeft plaatsgehad,

*) De huisartsen-leden van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het Nederlands Huisartsen Genootschap boden hun praktijken voor deze observaties aan.

zal ook een re-synthese van alle functies in hun interrelaties moeten worden betracht.

Gezamenlijk zullen de verantwoordelijkheidsgebieden die uit de functieomschrijvingen voortvloeien, het totale taakbereik in zijn volle diversiteit dienen te omvatten, terwijl het samenspel voldoende intensief moet zijn daar waar de doelmatigheid van de gezondheidszorg voor groep of individu dit eist.

Wanneer men de activiteiten der diverse medische functionarissen aan het front in hun algemene gedaante tracht te karakteriseren, heeft men zoals de zaken nu lopen in vele gevallen meer het gevoel te doen te hebben met een vrij geïsoleerd „running a job” dan met het gecoördineerd (samen)werken in organisatorisch verband. Aan de coördinatie van de diverse activiteiten in onze gezondheidszorg ontbreekt zeer veel.

Wanneer men de gezondheidszorg in ons land als een onderling samenhangende en samenwerkende organisatie wil beschouwen, dan is het pogen, ieder orgaan in een zo zinvol mogelijke interactie met de overige te brengen, een boeiende en naar zich laat aanzien ook vruchtdragende bezigheid.

De groep huisartsen vormt in dit geheel het grootste element! Een collectief van huisartsen zou hierin, quantitatief, en naar mijn overtuiging ook kwalitatief zeker een der belangrijkste organen kunnen vormen.

De taak die ik mij met dit onderzoek stelde is, te trachten de functies van dit „orgaan” af te leiden uit observaties van de situatie en gericht op de omvang en de inhoud van het taakgebied waarvoor de huisarts zich gesteld ziet. *)

Methodisch zou het vermoedelijk slechts weinig verschil maken of voor een onderzoek als dit een andere functionaris tot object werd gemaakt, bijvoorbeeld de bedrijfsarts of de kinderhygiënist, of de wijkverpleegster of de medisch-maatschappelijk werkster.

Het feit, dat voor dit verkennend onderzoek de huisarts werd gekozen laat zich ten dele (emotioneel) verklaren door een oude belangstelling voor, alsmede ruime ervaring van de schrijver met het werk van de huisarts, verder door het contact met de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het Nederlands Huisartsen Genootschap die qualitate qua voor deze materie zeer geïnteresseerd is. In hoofdzaak echter doordat de huisarts gemeenlijk als de centrale figuur in de gezondheidszorg wordt beschouwd, althans als zodanig wordt aangeduid, en dit naar mijn overtuiging ook in feite behoort te zijn. Behalve deze zijn er opportuniteitsoverwegingen:

Nadat de huisarts in ons land, maar ook daarbuiten, een tijdlang in de

*) Dat dit geen eenvoudige taak is, mag blijken uit een opmerking van overzee Steerning Committee Report First Annual Report of the College of General Practitioners (1953) „het wordt als een der moeilijkste taken beschouwd in de medische organisatie en planning de eigen rol van de huisarts aan te geven in de moderne geneeskundige organisatie”.

schaduw heeft gewerkt van het zich snel ontwikkelend specialistentdom, terwijl daarnaast overheid en particulier initiatief een aantal organen hebben gecreëerd, die vooral in de stad de huisarts een deel van zijn werkzaamheden hebben afgenomen c.q. activiteiten ontplooiën die ook door de huisarts kunnen worden uitgevoerd, bestaat thans de stellige indruk dat de huisartsen, hier en over de grenzen, met élan en voortvarendheid pogen hun lot weer in eigen handen te nemen en hun beroep weer die status en dat aanzien te geven, die dit zo zeer verdient.

Deze beweging onder de huisartsen, men mag m.i. van een réveil spreken, is na de jongste wereldoorlog begonnen in tal van individuele acties, vaak in de vorm van ressentimentvolle ingezonden stukken in de medische pers, zoals bijvoorbeeld in de eerste jaargangen van *Medisch Contact*, evenzoveel uitingen van ontevredenheid over de eigen status.

Wie, zoals schrijver dezes het vertrouwen in de missie van de huisarts tijdens een schijnbare of reële neergang van diens status gedurende enkele decennia, nooit verloren heeft, constateert met voldoening dat in de plaats van de aanvankelijk individuele, vaak emotionele uitingen van onbehagen over de bestaande situatie, nu een gecoördineerde collectieve poging in het werk wordt gesteld, een poging die o.a. in het Nederlands Huisartsen Genootschap zijn uitdrukingsvorm heeft gevonden en die er tenslotte toe zal moeten leiden de huisarts die status en die functionele plaats te geven die hem logisch toekomt in het gehele bestel van de Nederlandse gezondheidszorg.

Dit streven, de plaats van de huisarts in de gezondheidszorg opnieuw te bezien heeft uiteraard de aandacht gehad van de (dagelijkse) leiding van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde, gezien de betekenis die de huisarts kan hebben voor de preventieve gezondheidszorg van ons volk, een betekenis waarop o.a. *Festen* (1) onlangs wees.

Het komt mij voor dat het moment voor discussie over de plaats en de functies van de huisarts niet alleen erg gunstig is, maar dat uitstel periculum in mora inhoudt voor de huisartsengeneeskunst. Het specialisme en de openbare gezondheidszorg zijn beide en marche. Het ene als exponent van onze technologische cultuur, de andere als gevolg van de nog steeds uitdijende sociale zorg voor de gehele bevolking, mogelijk ook als uiting van onbehagen bij de overheid over de nog gebrekkige doelmatigheid en het nog onvoldoende niveau van het gepresteerde bij de bestaande organisatievormen.

De huisarts werd door deze ontwikkeling enerzijds stukken werk uit handen genomen, anderzijds mogelijk ook taken opgelegd. Men zal doorgaan hem taken te ontnemen dan wel ongevraagd taken op te leggen, tenzij hij bewust eigen taken en mogelijkheden formuleert, methodisch onderbouwt, ze op een zeker niveau uitvoert en de hiertoe nodige voorzieningen creëert. Het gevaar van overheidsbemoeienis is continu aanwezig en zal sterker worden naarmate de openbare gezondheidszorg meer in georga-

niseerd en gecoördineerd verband zal worden uitgevoerd en naarmate de huisarts zich minder bewust is van de eigen opdracht en verantwoordelijkheden, en hierdoor minder in staat is zijn rechten te verdedigen, zijn plichten scherp te onderkennen. Hij zal anderen vóór moeten zijn, door bewust en zelfbewust te opereren vanuit weldoordachte, degelijk geconcipieerde en hecht doortimmerde, onaantastbare stellingen.

Zelfontwikkelde functies zal men met meer genoegen vervullen, vrijwillig aanvaarde verantwoordelijkheden liever dragen dan opgelegde, terwijl eenmaal uit handen genomen taken moeilijk terug te veroveren zijn.

Hier liggen enkele grote opgaven te wachten voor wie zich verantwoordelijk achten voor de toekomst van de Nederlandse huisarts. Behalve het formuleren van diens functies in het grotere organische geheel, waartoe in deze studie een poging zal worden gedaan, zal het noodzakelijk zijn een aan deze functies aangepaste eigen technologie te ontwikkelen. Bovendien zullen de nodige universitaire en extra universitaire voorzieningen dienen te worden getroffen voor het realiseren en uitdragen van een en ander.

Deze studie heeft derhalve als centrale doelstelling: het ontwikkelen van een aanvaardbare conceptie van een „huisartsengeneeskunst” onder de gegeven omstandigheden. Daarnaast beoogt zij een bijdrage te leveren tot verdere fundering van een doelgerichte, doelmatige en technisch verantwoorde uitoefening van de geneeskunst door de huisarts.

Bij het verslaan van de ervaringen, opgedaan tijdens de bezoeken aan een aantal huisartsen alsmede het compileren van de literatuur, met daaraan toegevoegd een aantal overwegingen van min of meer speculatieve aard, moest in verband met de compositie van deze studie worden gekozen uit enkele mogelijkheden.

Een andere schrijver zou mogelijk de voorkeur hebben gegeven aan een andere dan de gekozen compositie van bijv. eerst een cijferdeel, gevolgd door een meer beschouwelijk deel. Terwille van de leesbaarheid en de eenheid van compositie heb ik er de voorkeur aan gegeven het cijferdeel met de beschouwingen tot één geheel te versmelten, op gevaar af dat sommige kritische lezers het geobserveerde materiaal te gering achten in verband met de omvang der beschouwingen.

Gezien het doel van deze beschouwingen, de discussie over taken en functies van de huisarts en over diens plaats in ons volksgezondheidsbestel te mobiliseren, meende ik dat deze keuze de beste was.

Dat dit onderzoek vanuit het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde is ondernomen houdt verband met de daardoor geschapen mogelijkheid te komen tot verdieping van inzicht inzake mogelijkheden ter verbetering van de preventieve gezondheidszorg via de huisarts.

Behalve inzicht in de mogelijkheden van de huisarts, gaf dit onderzoek nog iets anders: een tiental onvergetelijke indrukken van zeer uiteenlopende plaatsen en landschappen in ons mooie land, van gastvrije huizen, van

actieve, geïnteresseerde, hardwerkende collegae met hun staf en niet te vergeten hun echtgenoten. De aan deze beschouwingen ten grondslag liggende bezoeken aan huisartsenpraktijken kunnen niet als aselechte steekproef gelden — om maar één verrassend feit ten bewijze daarvan te melden: gedurende ieder van deze bezoeken scheen de zon.

Moge het feit dat de zon over dit onderzoek heeft geschenen een goed voorteken zijn voor de toekomst van de huisartsenstand in ons land, waaraan de resultaten van dit onderzoek zijn opgedragen.

Veel dank ben ik verschuldigd aan collega P. H. J. Lampe, adjunct-directeur voor onderwijs en voorlichting, die het manuscript kritisch heeft doorgelezen, en aan de heer H. W. Rusbach, wetenschappelijk medewerker van de afdeling statistiek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde, die het cijfermateriaal bewerkte.

DE METHODIEK

Werkers aan de gezondheidszorg, hetzij aan het front, hetzij in organisatorisch verband, hetzij op wetenschappelijk gebied, werken samen aan één grote taak met een gemeenschappelijk doel: het verbeteren van de volksgezondheid. Hierdoor streven we gezamenlijk naar wat Oscar Wilde noemde „een gedeeltelijke realisatie van Utopia's”.

In verband met deze centrale en gezamenlijke doelstellingen is onderzoek op dit terrein steeds op *toepassingen* gericht, en wel op het verbeteren van de volksgezondheid via een doelgerichter en doelmatiger organisatie van de gezondheidszorg.

Het aspect van het sociaal-geneeskundig wetenschappelijk werk dat zich bezighoudt, of juist er zou moeten bezighouden met doelmatigheidsonderzoek in de gezondheidszorg, is weinig ontwikkeld en methodisch zwak. Enig onderzoek aan dit belangrijke sociaal-medische front is, voor zover kon worden nagegaan, in ons land nauwelijks verricht. *) Richtlijnen voor onderzoek naar doelmatige uitvoering van volksgezondheidstaken en naar het doelmatig ingepast zijn van volksgezondheidsorganen of -functionarissen bestaan niet.

Een gevolg hiervan is dat op ons gebied somtijds voorzieningen in het leven worden geroepen en gehouden, functionarissen worden opgeleid, gelden worden gefourneerd, zonder dat voldoende onderzoek is voorafgegaan naar de fundamenteën waarop deze voorzieningen zullen moeten functioneren, naar de exacte doelstellingen die zullen moeten worden verwezenlijkt, naar de preciese taken die de functionaris of het orgaan in kwestie zal hebben te vervullen en waarvoor verantwoordelijkheid gedragen worden moet. Eveneens zonder dat tevoren een analyse is uitgevoerd van de situatie waarin zal moeten worden geopereerd. Een gebrekkige functionele inpassing van een dergelijke functionaris in het grote geheel laat zich illustreren aan het voorbeeld van de huisarts.

De opleiding van de huisarts, zijn nascholing (voor zover aanwezig) en zijn voorlichting bij het dagelijks werk, drie fundamenteën waarop hij werken moet, zijn relicten uit de voorspecialistische aera van de geneeskunde. Zijn belangen worden sinds het uiteenvallen van de medische belangstellingswereld in specialistische velden, behartigd door specialisten, deskundigen weliswaar, maar niet op het domein van de huisarts.

Iedere specialist krijgt na zijn algemeen medische (basis)scholing aan de Universiteit zijn specialistische (B) nascholing, om pas hierna zelfstan-

*) Een rapport door Dr. F. Doeleman aan T.N.O. uitgebracht over de wijkverpleegster, is niet gepubliceerd en kon niet worden bestudeerd.

dig te gaan opereren. Ook ten aanzien van de sociaalgeneeskundigen wordt hard gewerkt aan een degelijke nascholing voor ieder sociaal-medisch „subspecialisme”. Met deze op functies en taken gerichte „postgraduate” bijscholing, opereren deze beide categorieën frontwerkers op vertrouwd terrein.

Niet aldus de huisarts. Op het stuk van specifieke nascholing bestaat voor hem een duidelijke en grote achterstand. Welbeschouwd is er geen nascholing op zijn gebied.

Pogingen tot het doen van voorstellen voor het inhalen van deze achterstand kunnen mogelijk worden verwacht uit andere dan huisartsenkringen, zoals in het geval van deze studie. Het realiseren van voorstellen zal echter hoofdzakelijk door de huisartsen zelf dienen te geschieden, omdat hiervoor onder meer die specifieke vakkennis nodig is, die alleen zij bezitten.

Het gemis aan voorafgaande verkenning met als gevolg een gemis aan richtlijnen voor de uitvoering van situatie- en functie-analyses op het terrein van de gezondheidszorg verbaast ons niet. Hetzelfde doet zich voor op ander gebied, nl. in de bedrijfsorganisatorische vakliteratuur. De plaats waar men dergelijke richtlijnen zou mogen zoeken.

Vaak is de situatie zo, dat er wel goed uitgewerkte methodieken bestaan, maar dat deze niet voldoende naar buiten uitgedragen worden wat betreft hun toepassingsmogelijkheden. Het gevolg is een kloof tussen het wetenschappelijk mogelijke en het in de praktijk gerealiseerde. Het is deze kloof die helaas nog al te veel gaapt tussen het wetenschapsbedrijf en de praktijk van het leven.

Wetenschap is vaak te eenzijdig bouwen aan methodieken, zonder dat daarnaast de wetenschappelijke werker bewust streeft naar „toevoeging van nuttigheden”. Mede op grond hiervan wordt wel eens de mening verkondigd, dat niet de politici of de wetenschappelijke werkers, maar de managers (bedrijfsleiders) de ware leiders in onze „managerial society” zijn. De verwachting was dan ook dat in deze hoek wel bruikbare methoden ontwikkeld zouden zijn, bruikbaar voor de voorgenomen taak- en situatie-analyse van de huisartsengeneeskunst.

Helaas is een verkenning van de literatuur uit de wereld der bedrijfsorganisatoren voor ons doel teleurstellend gebleken. De literatuur over doelstellingen, middelen, methodieken, definities van entiteiten als „taak”, „functie”, „status”, etc., is zo omvangrijk en veelal zo verwarrend, dat het essentiële van het besprokene meer wordt verhuld dan verhelderd. In de inleiding tot zijn „Principles of management” schrijft de op dit gebied deskundige BRECH „dat weliswaar overal de nadruk wordt gelegd op de betekenis van management, maar dat er een verbluffend gebrek aan gezonde kennis over bestaat”.

Met andere woorden: Wanneer de volksgezondheidsonderzoeker hoopt

duidelijke voorschriften te vinden voor te volgen methoden en procedures bij een voorgenomen taak- en situatie-analyse in geschriften van efficiency-onderzoekers en bedrijfsorganisatoren, dan komt hij bedrogen uit. Door het ontbreken van duidelijke richtlijnen voor de te volgen methodische koers heeft hij dus eigen wegen te zoeken, die worden bepaald door de eisen van de eigen materie.

Het hier behandelde onderzoek naar richtlijnen voor een functioneel optimale inpassing van de huisartsengeneeskunst in het geheel der voorzieningen op het terrein van de gezondheidszorg, eist voor alles dat de onderzoeker zich verdiept in de relaties, die de huisarts in zijn dagelijks werk heeft met het continuum van vraagstukken die de gezamenlijke patiënten hem voorleggen, met inbegrip van de relaties met de overige volksgezondheidsapparatuur en de daarbij betrokken functionarissen. Daarnaast vanzelfsprekend van de mogelijkheden tot het hanteren en bespelen van deze relaties.

Het vraagstuk dat zich zodoende presenteert, is dus tweeledig: dat van de functies, c.q. taken, en dat van de functionele inpassing in het grotere geheel. Het is duidelijk, dat hiervoor vóór alles observatie nodig is van de actuele arbeidssituatie.

Men kan dit algemener stellen door op te merken dat voor een doelmatiger organisatie van de gezondheidszorg de impulsen, afkomstig van waarnemingen in het veld, meer aandacht verdienen dan ze veelal krijgen. In het algemeen geeft men de voorkeur aan bestudering van vraagstukken als deze in commissoriaal verband in de verwachting uitsluitend langs die weg tot oplossingen te geraken. Ondanks de mogelijkheid op deze wijze alle denkbare standpunten met elkaar te confronteren en te integreren, blijft dit voor mij toch de vraag. Pogingen gedaan in de richting van het formuleren van grondslagen van de huisartsengeneeskunst, heeft tot een andere zienswijze en aanpak geleid die ligt verankerd in het motto op het titelblad van dit boekje aangehaald: nl. dat „An ounce of observation is worth a ton of theory”. De commissoriale discussies bleven nl. vrij steriel, leidden niet tot sprekende resultaten, ondanks deelneming daaraan van een aantal ervaren en actieve huisartsen tezamen met enkele sociaal-geneeskundige onderzoekers. Als belangrijkste conclusie kwam uit deze discussies de wenselijkheid — om niet te zeggen noodzaak — van onderzoek gebaseerd op veldobservaties naar voren.

Bij de gebleken noodzaak van directe observaties, met daarnaast de gebleken ontstentenis van een bruikbare en uitgewerkte methodiek, is toen voor dit onderzoek de klassieke, „klinische” methode gekozen, die bestaat uit observatie van een stuk realiteit, gevolgd door beschrijving er van en interpretatie van het geobserveerde. De betreffende observatie in een 10-tal geselecteerde huisartsenpraktijken is door de schrijver van deze studie persoonlijk verricht.

Het feit dat hier geselecteerde praktijken zijn genomen, en geen steekproef uit alle praktijken, verdient nadere toelichting.

Het doel van het onderzoek was het aangeven van taken waarvoor de huisarts verantwoordelijkheid heeft te dragen, en *niet* het beoordelen van de wijze waarop de huisarts zijn taken vervult. Ware het laatste het doel van het onderzoek geweest, een beoordeling dus van het niveau waarop „de huisarts” zijn werk uitvoert, dan zou — gesteld dat een dergelijke beoordeling tot de mogelijkheden behoort — een aselechte steekproef zijn genomen.

De belangstelling ging echter, gezien de aard van de vraagstelling, in het geheel niet uit naar individuele afwijkingen van algemeen aanvaarde standaarden (gesteld dat deze bestaan), laat staan naar individuele tekortkomingen bij de uitvoering van het werk. Om met deze voor ons niet ter zake doende wisselvalligheden juist zo weinig mogelijk geconfronteerd te worden, werden — evenals in het onderzoek van TAYLOR (2) — praktijken bezocht, die in artsenkringen bekend zijn als goed georganiseerde praktijken, waarvan mocht worden aangenomen dat ze realisaties waren van een bewust streven naar een hoog niveau.

Bij voorkeur werden praktijken gekozen van artsen, die zich bij de bewerking van een dissertatie of anderszins in het bijzonder in vraagstukken in direct of indirect verband met de praktijkvoering hadden verdiept. Evenwel, om de discussies in de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek over deze materie te vergemakkelijken en om een intensiever doorwerking van de problematiek te kunnen krijgen met zo mogelijk communis opinio over de belangrijkste resultaten, conclusies en aanbevelingen, werden wel alle huisartsen-leden van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek in de besprekingen betrokken.

De observaties vonden plaats als volgt:

In de tweede helft van 1958, in een jaargetijde waarin de medische praktijk van rustig tot druk evolueerde, had de schrijver gelegenheid, telkens gedurende één etmaal en zoveel mogelijk tijdens „normale” werkdagen, alle verrichtingen van een 10-tal huisartsen te registreren en vast te leggen op een daartoe bestemd formulier.

Deze observaties geschieden met drieërlei doel:

- a. het verkrijgen van een globaal inzicht in de aard en de omvang der vraagstukken, zoals deze zich aan de huisarts presenteren (morbiditeitsonderzoek);
- b. het verkrijgen van een indruk over het totaal van taken van allen die met de behandelde ziektegevallen te maken hebben, door middel van een systematisch gesprek met de betrokken huisarts over elk zich presenterend ziektegeval (taakanalyse);

- c. het vaststellen van het aandeel in dit totale taakgebied dat voor rekening van de huisarts komt.

De aandacht van de onderzoeker ging dus respectievelijk uit naar (a) de totaalproblematiek die de patiëntenstroom stelt; (b) het totaal aan opgaven die de gezamenlijke patiënten aan de volksgezondheidsapparatuur in toto stellen; (c) de mogelijkheden, c.q. verantwoordelijkheden van de huisarts hierin.

In verband met de doelstelling van het voorgenomen onderzoek werd gepoogd ten aanzien van elk geobserveerd contact de *indicaties* vast te stellen voor de noodzaak van onderzoek, c.q. behandeling. Geen aandacht werd geschonken aan de reële uitvoering van het geïndiceerde. Wel werd voortdurend gelet op de vraag of, en zo ja, in hoeverre de noodzakelijk geachte voorzieningen ook inderdaad voorhanden waren, dan wel konden worden geïmproviseerd.

Welbewust is het onderzoek dus beperkt tot een pogen de rol van de huisarts aan te geven in de ideale vervulling van elk onderdeel van zijn taak, met als ondergrond de gedachte, dat de sociale status van de huisarts niet alleen door normatieve, ideale standaarden, maar zeker in niet mindere mate door zijn persoonlijkheid wordt bepaald. De problematiek rond die persoonlijke aanpak van gevallen en problemen valt echter buiten het kader van dit onderzoek. Ook de problematiek rond de vraag, hoe hij er toe kan worden gebracht zijn rol, hem door een collectief van huisartsen toebedacht, in de gezondheidszorg te aanvaarden en deze op een adaequaat technisch niveau te vervullen, moest hier buiten beschouwing blijven.

Tezamen met de huisarts werd ieder contact dat deze had met zijn patiënten gedurende één etmaal doorgesproken tot communis opinio werd bereikt over de aanwezige indicaties voor diagnostiek en therapie, uit te voeren door de huisarts en anderen.

Genoteerd werden:

- grootte van de praktijk in honderdtallen
- localisatie van de praktijk (grote stad, kleine stad, platteland)
- dag van de week
- eigen patiënt of een patiënt tijdens een waarneming voor een andere huisarts gezien
- consult of visite
- nieuw geval — recidief — oud geval
- sexe en leeftijd van de patiënt
- of de aandoening een somatisch, een psychologisch of een maatschappelijk aspect had
- of deze de vitale functies betrof of niet

- in hoeverre er een taak was voor praktijkassistente, huisarts, specialist, kliniek, medisch-maatschappelijk werk, wijkverpleging, andere sociale instanties
- in hoeverre onderzoek van het geval door een integraal onderzoeksteam noodzakelijk werd geacht
- het gebied waarop de taak in verband met het ziektegeval lag (administratief, diagnostisch, therapeutisch, revaliderend)
- de aard van het noodzakelijk geacht specialisme (c.q. sociale instantie).

Opmerking

Het is zonder meer duidelijk, dat een taakanalyse voor de huisarts, en hetzelfde geldt voor elke functionaris werkzaam in het steeds wisselende sociale veld met een zich kwalitatief en kwantitatief voortdurend veranderende totaal-problematiek, geen éénmalige arbeid is die blijvend geldige waarheden kan verschaffen. Integendeel, de dagelijkse taken van de huisarts, enerzijds exponenten van de gezondheidsproblematiek van de bevolking waarin hij werkt, anderzijds bepaald door de mate van voorzieningen van medische en sociale zorg in zijn rayon, zijn sterk aan tijd, plaats en omstandigheden gebonden. Hetgeen wil zeggen dat analyses als deze van tijd tot tijd herhaald moeten worden.

SITUATIESCHETS OP BASIS VAN EEN OBSERVATIE VAN DE ACTUELE SITUATIE, INTERPRETATIE DER VERKREGEN GEGEVENS EN LITERATUURONDERZOEK

Om de functies en de taken van de huisarts te kunnen afgrenzen is het voor alles nodig een aantal aspecten van zijn dagelijkse activiteiten en van de omstandigheden, waaronder deze plaatsvinden, nader te analyseren. Directe observaties bieden hiertoe het uitgangspunt. De langs dien weg verkregen inzichten zijn ten dele kwantitatief, ten dele kwalitatief.

De analyse van deze gegevens en hun interpretatie, kwantitatief en kwalitatief, zal tenslotte een beeld moeten verschaffen van de plaats van de huisarts in zijn werkmilieu, van zijn status, zijn functies, zijn taken, zijn contacten met de patiëntenstroom en van zijn contacten met de overige organen van gezondheidszorg. De numerieke resultaten van dit onderzoek zijn in een aantal tabellen samengevat (zie bijlagen I tot en met VII).

Achtereenvolgens zullen nu de volgende aspecten van de situatie rond de huisarts en van de relaties van de huisarts tot die situatie worden besproken:

- a. de dagelijkse routine, kwantitatief en kwalitatief;
- b. het continuüm (de patiënten), kwantitatief en kwalitatief;
- c. de situatie in de volksgezondheid;
- d. de positie van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg;
- e. de taken van de huisarts.

Onze door de beschikbare tijd beperkte observatie- en interpretatiemogelijkheden, gevoegd bij hetgeen in de literatuur over deze materie aan gegevens bekend is, staan niet toe op alle rijzende vragen afdoende antwoorden te geven. Het is duidelijk dat in deze situatie in plaats van eensluidende antwoorden op gestelde vragen te geven veelal aanbevelingen moesten worden gedaan voor nader onderzoek. In deze gevallen was het vaak wel mogelijk tot circumscripde vraagstellingen te komen, die bepaalde nog onopgehelderde facetten van de aangesneden problematiek door nader onderzoek zullen helpen belichten.

a. *De dagelijkse routine van de huisarts* *Quantitatieve aspecten*

De bezoeken aan 10 huisartsen werden gebracht op verschillende werkdagen, telkens gedurende één etmaal (met één uitzondering van 1½ et-

maal). Dit was in de periode Juni tot December 1958, een gemiddeld druk seizoen.

Tijdens deze bezoeken werden 707 patiënten gezien (tabel I) met 807 verschillende aandoeningen (tabel II). Het totale aantal patiënten van de 10 praktijken bedroeg ± 35.500 , de gemiddelde praktijkgrootte 3.550. Zoals tabel I en II doen zien waren onder de bezochte praktijken geen excessief grote of kleine. Per etmaal werden gemiddeld 77 aandoeningen bij 67 patiënten ontmoet.

Het gemiddeld arbeidstempo lag bij alle artsen nagenoeg even hoog, nl. 7 patiënten per uur, inbegrepen de tijd die voor het gaan van de ene patiënt naar de volgende nodig was. Ongeacht andere essentiële en voor een goede praktijkvoering noodzakelijke activiteiten die bij dit onderzoek geheel buiten beschouwing moeten blijven (het lezen van vaklectuur, financiële en medische administratie, vergaderen, telefoongesprekken met specialisten, lezen en schrijven van correspondentie met consulenten etc.), heeft een huisarts met een praktijk van rond 3.500 patiënten een 10-urige arbeidsdag, alleen reeds in de contacten met zijn patiënten.

De hier gevonden aantallen komen goed overeen met wat anderen, in binnen- en buitenland, vonden in verband met het totaal aantal verrichtingen per etmaal per 1.000 patiënten (lit. ²⁻⁹). Excessief kleine en grote praktijken geven wat afwijkende getallen, zoals te verwachten is (^{7, 10}). Dit wijst er op, dat in het algemeen gesproken de intensiteit van de bemoeiingen met de patiënt, gemeten naar de hoeveelheid per patiënt beschikbare tijd, omgekeerd evenredig is met de grootte van de praktijk. Anders gezegd, naarmate de huisartsenpraktijk groter is zal de praktijk routinematiger moeten worden gedaan. De vraag in hoeverre de kwaliteit van het werk hiermede gemoeid is, zal verderop worden besproken.

Het feit van een zo frequent contact van „de” huisarts met „de” Nederlandse bevolking kan voor de gezondheidszorg van onschatbare waarde zijn, mits hiervan een doelbewust en doelgericht gebruik wordt gemaakt.

Het dagelijkse contact van elk onzer 10 huisartsen met gemiddeld 67 patiënten (707 patiënten in tien en een half etmaal *) betekent bij een gemiddelde praktijkgrootte van 3.550 patiënten een gemiddelde contactfrequentie tussen de huisarts en zijn individuele patiënten van 1,9%. VAN DEEN komt tot 1,8% dagelijkse contacten met individuele patiënten (⁵) pag. 109); HOGERZEIL tot 1,6% (¹⁵) pag. 57); Mevrouw JANSEN tot 1,5% (⁶) pag. 24). Stelt men de gemiddelde gezinsgrootte op 4 personen dan wil dit zeggen *dat de huisarts, dag op dag, met een frequentie in de grootte-orde van $\pm 7\%$ van de Nederlandse gezinnen in contact treedt.*

Het is de vraag of ooit iemand zich voldoende rekenschap heeft gegeven van de betekenis van deze cijfers. Er spreekt uit hoe belangrijk de rol is van de huisarts in de gezondheidszorg, quantitatief bezien. Evenzo hoe

*) Eén praktijk werd gedurende 1½ etmaal geobserveerd.

belangrijk deze kwalitatief gesproken kan zijn voor het doorvoeren van volksgezondheidsmaatregelen die de gehele bevolking aangaan.

Tegen de achtergrond van deze gegevens, getuigend van de grote potenties van het *collectief* van huisartsen wanneer dit zich bewust en gericht inzet voor het verwerklijken van volksgezondheidsmaatregelen, is het zuiver individueel werken van de huisartsen in het kolossale continuum van volksgezondheids- en individuele gezondheidsproblemen Sisyphus-arbeid.

Het is de vraag of, met dit cijfer voor ogen, de kracht van de huisarts behalve in de curatieve sfeer niet ook veel meer moet worden gezocht in de preventie. Het saneren van volksgezondheidsvraagstukken is reeds lang gebleken niet een zaak te zijn van gesummeerde éénmansactiviteiten aan het front. Bewust gerichte collectieve acties bieden geheel andere mogelijkheden. Wie zich daarop bezint, staat verwonderd hoe weinig met deze potentiële functie van de huisarts rekening gehouden wordt.

Hier gaapt een kloof tussen hetgeen mogelijk moet worden geacht en hetgeen de facto geschiedt. Er blijkt m.i. uit hoe nonchalant onze maatschappij vaak gebruik maakt van haar duurste krachten, de artsen en de academici in het algemeen.

Zo wordt in onze tijd veel gesproken over gezondheidsopvoeding (en -voorlichting) = „health education”. Ook hier gaapt een kloof tussen de technologen en de practici. De technoloog verdiept zich in talloze publicaties in de methodiek, in het „hoe”. Vraagstukken betreffende het „wat” en „door wie” kunnen door de technoloog (methodoloog), die het veld niet uit eigen ervaring kent, niet worden opgelost. Mogelijk kunnen deze vraagstukken wel door huisartsen worden benaderd en ten dele tot een oplossing worden gebracht. Hier liggen in elk geval kolossale mogelijkheden, gezien de grote frequentie der contacten met de bevolking. Belangrijker nog zijn deze mogelijkheden ten aanzien van het qua gezondheid minder bedeelde deel der bevolking, de groep die met de huisarts een continu of telkens herhaald contact heeft.

Wanneer de in aanmerking komende projecten voor collectieve actie door huisartsen zorgvuldig worden gekozen en de huisartsen collectief goed over doelstelling en methodiek van een voorlichtings- of saneringsprogramma, worden voorgelicht, liggen hier zeker belangrijke mogelijkheden voor collectieve acties. „Education of the educators”, instructie en voorlichting van de uitvoerders van dergelijke acties, wordt wanneer men deze weg wil inslaan een centrale opgave van planmatige en gerichte health education.

Opmerkingen bij het kwantitatief aspect van het „routine”-werk

1) Nader statistisch onderzoek van praktijkgegevens, uitgestrekt over een voldoende lange observatieperiode, zal moeten leren in welk tempo

de arts zijn praktijk of een bepaalde fractie van zijn praktijk bereikt. Dit is belangrijk in verband met het inzake collectieve acties te voeren beleid.

2) Een ander quantitatief facet van deze materie ligt in het reeds herhaaldelijk geconstateerde feit dat de activiteiten van de huisarts (evenals die van iedere andere functionaris in het volksgezondheidsveld) niet toevallig en evenredig verdeeld zijn over de gehele praktijk. Uit een analyse van deze verdeling zal blijken, zoals ook elders is vastgesteld, dat een betrekkelijk kleine bevolkingsgroep het grootste deel van de energie van huisarts en anderen opeist. Nader onderzoek van deze „onhygiënische groepen” is uiterst belangrijk in verband met de vraag welke pathologische beelden hierin aanwezig zijn, in verband met de onderlinge samenhang van die pathologische beelden, in verband met het ontwikkelen van epidemiologische technieken, die tot karakterisering, opsporing en localisatie van deze groepen in staat moeten stellen.

3) Een moeilijk vraagstuk betreft de optimale grootte van een huisartsenpraktijk. Discussies hieromtrent zullen wel steeds een bespreking van de individuele variaties van de verwerkingsmogelijkheden tot uitgangspunt hebben. Geprojecteerd op het quantitative vlak is dit echter geen valide argument, omdat de ervaring leert, dat in kleinere praktijken meer verrichtingen per patiënt worden gedaan. Weliswaar dreigt wel eens het gevaar dat de onderbezette arts om diverse redenen tot een relatieve polypragmasie vervalt, anderzijds heeft hij ontegenzeggelijk meer mogelijkheden zich in de problematiek van zijn patiënten te verdiepen. Naarmate het patiëntental groter wordt, worden deze mogelijkheden geringer en wordt het routinematig werken meer en meer een dwingende noodzaak. Verdiepingsmogelijkheden worden kleiner naarmate de praktijk groter wordt, en met het groeien van de praktijk boven een bepaalde grens zal de neiging groeien bepaalde tijdrovende zaken die zelf behandeld kunnen worden aan anderen over te laten.

Een tweede argument, dat in deze discussies zeker ook ter tafel zal worden gebracht, is dat van de relativiteit van de behoefte aan medische zorg. Het is bekend dat het scheppen van voorzieningen de behoefte aan die voorzieningen doet stijgen (meer ziekenhuisbedden → meer ziekenhuisopnemingen etc.). Evenzo, wanneer een zeer grote praktijk bijvoorbeeld over twee artsen wordt verdeeld, zullen beide artsen al gauw een volle dagtaak vinden. Bij geen der praktijkanalyses is echter tot dusver aangetoond, dat de huisarts veel nodeloze handelingen verricht of dat veel patiënten consulteren zonder zin. Integendeel er liggen nog zeer grote taken braak: de controle en behandeling van oude lieden om maar één voorbeeld te noemen. Aan vele fronten zoekt de huisartsenstand naar verdieping van haar werk, wat alleen bij niet te grote patiëntenaantallen mogelijk is.

Het vraagstuk van de optimale praktijkgrootte is dus wel degelijk een

vraagstuk dat volle aandacht verdient, met alle consideratie voor de persoonlijke kwaliteiten van de betrokken artsen. Persoonlijk acht ik de gezondheidszorg met zeer grote en zeer kleine praktijken niet optimaal geëind, maar hoe men ook over deze materie denkt, onmiskenbaar is de relatie tussen praktijkgrootte en kwaliteit van zorg. Een goede illustratie van de praktijkgrootte in onze tijd geeft het volgende overzicht van de fondspraktijken in ons land, omvattende $\pm 75\%$ der gehele bevolking.

Fondspraktijken in 1957 ¹¹⁾

aantal verzekerden per praktijk	aantal praktijken	aantal verzekerden
minder dan 500	544	102.638
500 — 999	364	281.199
1.000 — 1.499	511	651.209
1.500 — 1.999	648	1.143.697
2.000 — 2.499	573	1.287.544
2.500 — 2.999	560	1.542.760
3.000 — 3.499	457	1.482.353
3.500 — 3.999	211	783.622
4.000 — 4.499	91	383.592
4.500 — 4.999	50	236.595
5.000 — 5.499	20	104.349
5.500 — 5.999	12	69.204
6.000 — 6.499	5	30.965
6.500 — 6.999	1	6.724
7.000 — 7.499	2	14.130
7.500 en meer	1	7.545
	4.050	8.128.126

HUYGEN ⁽¹²⁾ heeft gedemonstreerd dat de laatste decennia het aantal patiënten per huisarts gemiddeld constant is gebleven. (1940 : 3020, 1955 : 2740). Door de relatieve toeneming van de belasting door gestegen eisen per patiënt is de taak verzwaard.

Noot

Omdat de particuliere praktijk, omvattende $\pm 25\%$ van de bevolking, hier buiten beschouwing blijft, zijn de grotere praktijken in werkelijkheid nog groter, de kleinere mogelijk iets minder klein. Diverse artsen met kleine praktijken (maar niet alleen zij!) hebben bovendien andere bronnen van inkomsten, zodat het beeld wat de kleine praktijken betreft minder somber is dan het hier voorgestelde.

Qualitatieve aspecten

De ± 4.000 huisartsen, die in ons land op het ogenblik actief werkzaam zijn, hebben gezamenlijk op iedere werkdag van het jaar contact met

zeker ten minste rond 165.000 Nederlanders in verband met aandoeningen waarvoor behandeling en advies wordt gevraagd (1,5% of meer van 11.000.000 inwoners). Hun gezamenlijke bijdrage tot de volksgezondheid hangt af van de kwaliteit van deze rond 165.000 „verrichtingen”. Ten aanzien van de kwaliteit van deze verrichtingen kunnen er tekortkomingen zijn van tweeërlei aard, te weten

- a. incidentele, persoonlijke tekortkomingen in de uitvoering;
- b. systematische en daarom dikwijls collectief gemaakte fouten op grond van onvoldoende instructie van de arts, onvoldoende voorlichting wat betreft beschikbare mogelijkheden van diagnostiek en therapie, onvoldoende inzicht bij de arts inzake eigen doelstellingen of verantwoordelijkheden, onvoldoende inzicht in mogelijkheden van behandeling door andere instanties, onvoldoende samenwerking hiermede en vele andere.

Om enkele voor de hand liggende overwegingen is in dit onderzoek alleen aan de tweede categorie, de systematische tekortkomingen in de algemene praktijk, aandacht geschonken. Niet alleen lijkt bij gebrek aan bruikbare normen een beoordeling van het eerste aspect een onmogelijkheid te zijn, bovendien lijkt het van veel groter belang eerst aandacht te schenken aan meer fundamentele zaken. Indien niet, dan loopt men het gevaar te streven naar een perfecte uitvoering van mogelijk inadaequaat gefundeerde, te weinig doelgerichte en daardoor op zichzelf onjuiste handelingen. Het is daarom zaak allereerst te komen tot fundering van de centrale doelstellingen bij het werk van de huisarts en van de belangrijkste taken die daaruit voortvloeien.

De eerste vraag die dan rijst bij het analyseren van kwalitatieve aspecten van de dagelijkse routine van de huisarts is de vraag of de term „routine” het werk van de huisarts juist weergeeft. KOENEN-ENDEPOLS geeft als betekenis voor routine op: 1) geïnfundheid; 2) door gewoonte verkregen vaardigheid; 3) sleur. Het is noodzakelijk deze bijzonder inhoudrijke omschrijving van het begrip routine aan de actuele situatie te toetsen.

Diverse onderzoeken (o.a. 6 pag. 41) hebben geleerd dat voor een redelijk bestaan de huisarts dagelijks ongeveer 60 verrichtingen moet doen. Is de arts niet bij machte deze verrichtingen routinematig, „geïnfund”, of via een „door gewoonte verkregen vaardigheid” te verwerken, dan is zijn bestaan te hectisch, te zwaar.

Onmiddellijk moet daartegenover worden gesteld dat de huisarts, die zijn verrichtingen alle over één kam scheert en ze alle als routine in de 3e betekenis verwerkt, zijn kunst maakt tot „sleur” en zijn persoonlijkheid tot een onpersoonlijke robot. Hier ligt voor de uitoefening der geneeskunst door de huisarts een essentieel dilemma. Enerzijds dreigt de scylla van een kwalitatief te zware belasting, anderzijds de charybdis van het te oppervlakkige sleurwerk van een automatische routine.

Iedere huisarts maakt in dit opzicht een ontwikkeling door. Voor de jonge huisarts, die pas de praktijk binnentreedt, is nog niets routine. Ten eerste is hij nog in geen enkele medische techniek geoefend en werkelijk geschoold. Ten tweede beschikt hij evenmin over door gewoonte verkregen in de algemene praktijk bruikbare vaardigheden, omdat hem de „B-scholing”, de specifieke scholing voor het huisartsenwerk ontbreekt (13, 14).

Wat het eerste punt betreft: wanneer hij vlijtig, intelligent en geïnteresseerd is en over het nodige verantwoordelijkheidsgevoel beschikt, zal hij het bezwaar van ongeïnteresseerdheid gaandeweg zelf corrigeren. We zien dan ook dat voor de oude rotten in het vak veel, mogelijk te veel, routine en ruggemergsbezigheid geworden is.

Wat het tweede punt aangaat moet worden opgemerkt, dat het bij degenen, die voor deze materie verantwoordelijk zijn, van weinig begrip voor de situatie en van de ernstige defecten daarin getuigt, dat de ene na de andere generatie van huisartsen — zoals dat terecht genoemd wordt — op hun patiënten wordt losgelaten. Ze weten niet wat hun te wachten staat en zijn zelfs niet in enkele van de meest essentiële technieken opgeleid.

Het ontbreken van een op de praktijkvoering gerichte na-opleiding van de huisarts acht ik één der ernstige defecten in ons gezondheidszorgbestel. Alleen reeds aan de opbouw van een nascholing en aan het uitwerken van een plan voor een betere, meer adaequate opleiding van de huisarts kan het Nederlands Huisartsen Genootschap voorlopig een volledige taak hebben.

Waar nu ligt de gezonde middenweg tussen beide bovengenoemde uitersten: overmatige „routine” enerzijds, en te tijdrovende verdieping in „case work” anderzijds. Ik zie het zo, dat de *technieken*, die de huisarts bij de verwerking van de hem gestelde opgaven dagelijks nodig heeft, door hem routinematig moeten worden beheerst, en wel tot op zekere hoogte van het moment af waarop hij het recht krijgt de algemene praktijk binnen te treden. Hierin zal moeten worden voorzien door een B-opleiding van huisartsen. Men stuit hierbij wederom op de vraag of het huisartsenwerk een specialisme is of niet. Immers, een specialisme eist een specifieke nascholing, en andersom zal een gerichte nascholing (B-opleiding) van de huisarts in zekere zin een specialist maken. Verderop zal op deze vraag nog worden teruggekomen.

Ten aanzien van routine en techniek rijst nog een ander punt: de medische *vraagstukken*, die de patiënten opwerpen, zullen door de huisarts *nu en steeds* als éénmalige, nimmer in geheel dezelfde gedaante zich herhalende, individuele vraagstukken moeten worden aangepakt. Ze zullen in het licht van individuele en gezinsomstandigheden dienen te worden behandeld en kunnen daarom niet routinematig en schematisch worden verwerkt. Handelt de huisarts in deze niet bewust, dan „behandelt” hij symptomen en loopt hij ernstig risico aan meer essentiële zaken voorbij te lopen. Tot de wortels der aandoeningen van zijn patiënten zal hij bij een

geheel routinematige verwerking van de patiëntenstroom niet kunnen door-dringen.

Mevrouw JANSEN (6 pag. 76) kwam tot de conclusie, dat in $\pm 50\%$ van de door haar bestudeerde, willekeurig gekozen „normale” gezinnen de gepresenteerde symptomen niet konden worden geïnterpreteerd en begrepen zonder de gezins- en wijdere milieu-problematiek in beschouwing te nemen. In de korte gesprekken die ik over iedere geziene patiënt met zijn huisarts had, bleek in tenminste 38% der gevallen, dat persoonlijkheidseigenaardigheden en stoornissen in het milieu mede verantwoordelijk waren voor het ontstaan van het symptoom en de uiting van klachten (tabel III). Een diepere doorwerking van deze materie zou mogelijk nog hogere cijfers geven.

Vooruitlopend op een latere poging tot het aangeven van een aantal fracties, waarin het routinewerk van de arts m.i. kan worden gesplitst, kan in het kader van de vraag „routine of niet” reeds nu worden gesteld, dat het werk van de huisarts zich grofweg in twee delen laat splitsen. Er is een routinedeel met een minder gecompliceerde, in hoofdzaak biologisch-somatische problematiek, dat min of meer routinematig volgens de vertrouwde medisch-biologische wegen te onderzoeken en te behandelen is. Daarnaast is er „case work”, waarin de huisarts zich van geval tot geval op veel bredere wijze zal hebben te verdiepen. Doet hij dat niet, dan glijdt hij af in kortsluitingen en ziet hij ten aanzien van die gevallen aan het wezenlijke van zijn taak voorbij.

Het is de vraag of men zo ver moet gaan als één der 10 in het onderzoek betrokken huisartsen, die in elk ziektegeval een integraal onderzoek aangewezen achtte. Hoewel een éénmalig onderzoek van elke zich meldende patiënt of familie vermoedelijk essentieel is, kan integraal onderzoek onmogelijk tot een routinetechniek worden bij de verwerking van bij voorbeeld 60 dagelijkse verrichtingen.

Het vraagstuk van een snelle, door de huisarts hanteerbare methodiek voor het fractionneren van het „materiaal” in bovenbedoelde zin zal binnenkort in een publicatie van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde aan de orde worden gesteld.

b. *Het continuum (de patiënten), quantitatief*

„Wanneer de huisarts zijn ronde doet of achter zijn bureau in zijn spreekkamer zit, passeert hem een bonte optocht van menselijk lijden. (Naast vanzelfsprekend ook menselijk geluk.) Veel van wat hem passeert is maar al te bekend, maar op ieder ogenblik kan zich iets onverwachts voordoen. Het is inhaerent aan de natuur van de algemene praktijk dat alles wat in de medische handboeken staat, en veel daarbuiten, vroeger of later ergens aan een algemene medicus wordt voorgelegd”. Aldus beschrijft TAYLOR de patiëntenstroom in de algemene praktijk (2 pag. 393).

We willen hierna trachten deze stroom in enkele kwantitatieve en kwalitatieve aspecten nader te beschrijven.

Hiervoor werd reeds berekend, dat de ± 4.000 Nederlandse huisartsen gezamenlijk dagelijks te maken hebben met $\pm 1\frac{1}{2}\%$ van 11.000.000 Nederlanders, dus met ± 165.000 Nederlanders (volgens onze kleine reeks observaties zelfs 1,9% tabel I). Het aantal aandoeningen, die zij ter behandeling gezamenlijk voorgelegd krijgen, was volgens cijfers betrekking hebbende op onze 10 praktijken \pm achtzevende maal dit aantal. Grofweg kan men stellen dat de 4.000 huisartsen ± 180 - à 190.000 aandoeningen per dag te behandelen hebben.

In ons materiaal bleken verder van de aandoeningen, waargenomen in eigen praktijken, 533 (70%) reeds langer onder behandeling te zijn, terwijl 221 (30%) nieuwe aandoeningen zijn. Het is de moeite waard te trachten deze cijfers, die een indruk geven van de energie-investeringen door de huisartsen in hun praktijk, iets nader uiteen te rafelen.

Deze energieën verdwijnen in tweeërlei bedding, voor 30% in de nieuwe gevallen en voor 70% in het op ieder moment aanwezig bestand van reeds in behandeling zijnde gevallen. Tabel IV vermeldt deze gegevens, onderverdeeld naar „nieuwe” en „oude” gevallen en diagnosegroepen. Afgaande op deze gegevens, omgeslagen over de gehele Nederlandse bevolking, kan men zeggen dat dagelijks 30% van $1\frac{1}{2}\%$ van de gehele bevolking zich met een nieuwe „ziekte” tot zijn huisarts wendt. Dit zijn ± 50.000 mensen.

De betekenis van een dieper inzicht in de morbiditeit door middel van observaties als deze, en dan vanzelfsprekend systematisch en op ruimere schaal uitgevoerd, wordt duidelijk aan het volgende voorbeeld.

Van de 247 nieuwe aandoeningen waren 27 (meer dan 10%) het resultaat van ongevallen. Op ons gehele volk betrokken betekent dit een dagelijks aantal ongevallen (waarvoor men behandeling nodig acht!) in de grootte-orde van 5.000. *)

Het behoeft geen betoog welke waarde dergelijke gegevens kunnen hebben voor de fundering van diverse curatieve en preventieve volksgezondheidsactiviteiten en meer in het bijzonder voor de huisartsenbijdrage daarin. Wanneer ze over langere tijd verzameld worden, kunnen ze basis-materiaal vormen voor veel epidemiologisch onderzoek. De grote tendenties in de ontwikkeling der volksgezondheid kunnen er beter dan waar ook in worden afgelezen. Welke instanties van dergelijke gegevens ook nut mogen hebben, niemand beter dan de huisartsen kunnen ze verschaffen.

*) Deze frequentie komt overeen met wat enkele andere parallele onderzoeken vermelden (16, 15, 8).

Men bedenke hierbij dat het werkelijk voorkomende aantal groter, mogelijk zelfs veel groter is, daar vele ongevallen worden behandeld door bedrijfsgeneeskundige diensten, chirurgische poliklinieken, G.G.D.'en etc.

Het dagelijkse contact met de gezamenlijke reeds onder behandeling zijnde Nederlanders bedraagt 70% van $1\frac{1}{2}\%$ van 11.000.000 = ± 115.000 . Daar men de behandelingsfrequenties in verband met de acute ziekten of contrôle der chronische gevallen niet kent, is het werkelijke bestand aan zieke Nederlanders op een bepaald moment niet te berekenen (een methode zou hiertoe mogelijk wel kunnen worden uitgewerkt, althans om de grootte van bepaalde fracties na te gaan). Zonder twijfel laten zich door systematische observaties in deze zin waardevolle conclusies berekenen over ziektefrequenties, over het totale defect in onze volksgezondheid op een bepaald moment, en over het relatieve belang voor de volksgezondheid van diverse optredende syndromen.

Met de ± 165.000 patiënten, die dagelijks een beroep op de huisartsen doen, zijn vanzelfsprekend lang niet alle zieken op een bepaald ogenblik gegeven. De groep meest ernstige zieken die in ziekenhuizen, sanatoria etc. verblijven valt hier buiten. Bovendien blijft geheel onopgelost en buiten beschouwing de vraag hoe groot het aantal mensen is met afwijkingen, die behandeling vereisen, maar die (nog) onvoldoende klachten gevoelen om zich op grond daarvan onder behandeling te stellen ⁽²³⁾. Deze frequentie kan in bepaalde gevallen even hoog zijn als het aantal dat wel onder toezicht komt ⁽³⁹⁾.

De waarde van deze cijfers is dus, behoudens hun fundamentele belang in bepaalde opzichten, beperkt. Ongeacht deze beperktheid is het voor de kennis van de morbiditeit en voor het beleid inzake de organisatie van de volksgezondheid van grote waarde dat deze gegevens worden verzameld, beoordeeld, gemeten. Morbiditeitscijfers in deze zin, die een gehele bevolking omvatten, bestaan nergens ter wereld.

Ik acht het van groot belang, dat door de gezamenlijke Nederlandse huisartsen, die zich voor deze materie interesseren, een collectieve poging in deze zin wordt gedaan. Periodieke publicaties van cijfers betreffende de morbiditeit zoals die zich aan de huisarts presenteert, hoe ruw en benaderend deze mogen zijn, zouden de mate van bewustheid van de vanzelfsprekend casuïstisch ingestelde Nederlandse huisarts ten aanzien van kwantitatieve aspecten van zijn taakgebieden in de gezondheidszorg voor ons gehele volk mogelijk kunnen verhogen. Vooral wanneer dit collectief uitgevoerd morbiditeitsonderzoek als lang lopend longitudinaal onderzoek zou worden uitgevoerd, worden seizoen en andere fluctuaties en verschuivingen in het ziektepatroon duidelijker dan ze thans zijn. Deze cijfers kunnen — mits goed en duidelijk gecommentariseerd — kwantitatieve bijdragen leveren voor het grondpatroon van het technisch opleidings- nascholings- en voorlichtingsprogramma van de huisarts. Vanzelfsprekend kunnen zij kwalitatief gerichte op zorgvuldige „case-studies” gebaseerde morbiditeitsonderzoeken niet vervangen. Elk van deze beide verdient m.i. evenveel aandacht.

Een nadere analyse van de ruim 800 geobserveerde ziektegevallen vindt

men terug in tabel III. In tabel IV vindt men de hoofddiagnosegroepen van dit materiaal vergeleken met soortgelijke inventarisaties in enkele Nederlandse en buitenlandse praktijken.

Het continuüm (de patiënten), kwalitatief

Terwijl door de 10 huisartsen de stroom patiënten min of meer als een continuüm werd behandeld, werd onder het bespreken der gevallen gaandeweg duidelijk dat de stroom geenszins continu is. De discontinuïteit, die hier wordt bedoeld, zit niet in de ernst of in de diagnostische categorieën der diverse gevallen, maar is van fundamenteeler aard, speciaal ten aanzien van het te volgen beleid. Het bleek nl. dat het „continuüm” zich in fracties laat verdelen, waarop hieronder nader wordt ingegaan.

A. De grootste fractie, $\pm 50\%$ van alle gevallen, vormen de verrichtingen, die de arts min of meer routinematig en afdoend kan uitvoeren, soms met een recept, vaak door een eenvoudige verrichting (onderzoek, verband, verwijderen van cerumenprop, etc.), of door een eenvoudig advies (zwangeren- en zuigelingencontrôles), of door verwijzing naar een specialist (brekingsanomalie e.d.m.). In deze grote fractie zijn mede opgenomen de preventief bedoelde keuringen, contrôles, vaccinaties etc.

Hieronder valt dus aan de ene kant meer dan men gemeenlijk onder „minor ailments” (18) of „kleine syndromen” (9) verstaat. Aan de andere kant omvat die fractie minder, daar vele z.g. kleine syndromen, bestaande in vage klachten als moeheid, buikpijn bij een kind, slapeloosheid, hoofden rugpijn etc. etc. bleken te wijzen op een gezins- of andere problematiek, die veel uitgebreider bemoeienissen eist.

Sinds de laatste oorlog en parallel aan de phase waarin het grootste gedeelte van ons volk lid is geworden van een ziekenfonds, is het aantal aandoeningen waarvoor men zich tot de huisarts wendt sterk gestegen *), zelfs ongeveer verdubbeld volgens RUHE (?), met tot gevolg dat reeds bij betrekkelijk geringe klachten, vaak ook in een vroeger stadium van ziekte, contact met de huisarts wordt gezocht. Het preventieve aspect, dat hiermede vrijwel ongemerkt in de huisartsengeneeskunde is binnengeslopen, dient niet te worden onderschat. De medische bewaking van ons volk is hierdoor zeer toegenomen, de kans op vroege opsporing van progressieve stoornissen evenzo.

In verband hiermede rijst voor mij de vraag of bepaalde preventief bedoelde methoden van onderzoek, zoals bijvoorbeeld een niet gericht periodiek geneeskundig onderzoek van de gehele gezonde bevolking, onder deze

*) Met deze opmerking is geenszins bedoeld de verzekering op zichzelf verantwoordelijk te stellen voor de gestegen „medische consumptie”. Ik beschouw deze beide phaenomenen veeleer als symptomen of exponenten van een gestegen behoefte aan (sociale) zekerheid bij de mens.

gewijzigde omstandigheden nog veel zin heeft. Wanneer op een willekeurig gekozen dag $\pm 2\%$ van de gehele Nederlandse bevolking langs de huisartsen stroomt, kan hierbij, mits men een open oog heeft voor dit aspect van het werk, veel preventief werk worden gedaan via tijdige behandeling, vroege diagnostiek, zo nodig langere controle en goede gezondheidsvoorlichting. Met deze opmerking wil niet tekort worden gedaan aan eventuele gerichte massa-onderzoekingen in bepaalde fracties van de bevolking, waarop en in welke fracties is m.i. een belangrijk en actueel vraagstuk. Het is in dit verband van betekenis na te gaan in welke tijd de gemiddelde huisarts een bepaald percentage van zijn praktijk bereikt.

Voor zover kon worden nagegaan blijft in 1 jaar ongeveer $\frac{1}{3}$ der praktijkbevolking onbehandeld.

B. Een tweede fractie bestaat uit vaste klanten van de huisarts, mensen die wegens bestaande afwijkingen toezicht, controle of langdurige behandeling behoeven (diabetes, pernicieuze anaemie, rheuma, hart- en vaat-aandoeningen, slijtageziekten, geriatrie, etc. etc.), zulks al of niet tezamen met zo nu en dan specialistische acties of hulp van de wijkzuster of andere medische of sociaal-medische instanties. Deze fractie bedroeg $\pm 15\%$.

Controle alleen is mogelijk vaak niet afdoende, gezien de ernst of het chronisch zijn van het defect met als gevolg een zekere relatieve invaliditeit. Ten aanzien van deze groep is bij de huisarts een bewuste revaliderende instelling noodzakelijk. De toenemende veroudering van onze bevolking en de relatieve toename van ouderdoms- en slijtageziekten met vanzelfsprekend een afname van mogelijkheden tot volledig herstel hiervan, zal in toenemende mate aan de revalidatie een centraler plaats doen toekomen in de activiteiten van het gehele medische bestel, die van de huisarts niet uitgezonderd.

C. Dan is er een kleine fractie patiënten (enkele procenten) die wegens opgetreden nieuwe klachten een intensief grondig onderzoek vereisen. Ik meen dat, om niet tekort te doen en aan deze patiënten en aan alle wachtenden in de wachtkamer, een onderzoek op een afgesproken, rustig uur niet alleen aanbevelenswaard (¹⁷, ¹⁸), maar een organisatorische noodzaak is.

D. Nauw verwant met de vorige groep is de fractie patiënten die als gevolg van nieuwe of (meestal) oude problemen van persoonlijke aard of problemen in het gezin of de arbeidssituatie behoefte hebben aan een rustig gesprek. Deze fractie bedroeg enkele procenten. Ook voor deze categorie moet m.i. als bij vorige op afgesproken tijden ruimte worden gemaakt.

E. Tenslotte is er een aanzienlijke groep van 15 à 20% van alle patiënten die stammen uit de probleemgezinnen in de praktijk, gezinnen

met een min of meer ernstige sociale problematiek, meestal samenhangend met defecte persoonlijkeheden, gezinnen waarvan men de frequentie op 1 of 2% van de totale bevolking schat⁽²⁰⁾, maar waarvan door hun aandeel in het totaal aantal verrichtingen blijkt hoezeer ze de huisarts en niet alleen hen belasten. TAYLOR⁽²⁾ pag. 541 stelt de grootte van deze groep eveneens op $\pm 15\%$ van alle patiënten! Volgens hem zijn zij aansprakelijk voor de helft van alle verrichtingen.

Een nadere beschouwing van de aandoeningen waarvoor deze probleemgevallen onder behandeling komen leert dat het niet alleen geestelijke of sociale moeilijkheden zijn, die deze groep kenmerken, maar dat daarnaast een breed spectrum van medisch-biologische stoornissen een kenmerk is van de groep. Sinds op basis van het ziekenfonds de huisarts tot een vaste adviseur is geworden van het gros der Nederlandse gezinnen, draagt het grote reservoir van psychische en maatschappelijke moeilijkheden belangrijk bij tot de stroom van zaken die de huisarts belasten. Gezien de onscheidbaarheid van biologische en andere probleemvelden, is het een praktische onmogelijkheid hier grenzen te trekken. In ieder geval heeft de huisarts hier een belangrijke taak. De huisarts, wil hij de centrale figuur blijven in de gezondheidszorg voor individu en gezin, zal zich in deze groep hebben te verdiepen om tenslotte te kunnen uitmaken wat wel, wat niet tot zijn competentiegebied moet worden gerekend. Weert hij het contact met deze probleemgevallen af of gelukt het hem niet de voor deze gevallen aangewezen onderzoek- en behandelingsmethoden te ontwikkelen en te hanteren, dan dreigen m.i. voor patiënt en huisartsenstand noodlottige ontwikkelingen.

Met deze groep probleemmenschen hebben op hun tijd alle voorzieningen en functionarissen op medisch, sociaal-medisch en sociaal gebied contact. Door echter, zoals gebruikelijk, doorgaans onafhankelijk van elkaar slechts symptomen te behandelen, doen ze geen van allen noemenswaard saneringswerk. Vroeger of later zal echter het inefficiënte van dit onafhankelijk werken en de hiermede gepaard gaande kostenverspilling doordringen tot hen, die voor de organisatie van de openbare gezondheidszorg verantwoordelijk zijn. Het aantal stemmen die dit anticiperen neemt de laatste tijd toe^(8, 19, 20, 21). Ook zal geleidelijk aan duidelijk worden hoe groot de bijdrage van deze groep is tot de last op de medische voorzieningen (zoals in ons geval $\pm 20\%$ van alle huisartsenverrichtingen), hoe groot ook hun bijdrage tot enkele belangrijke gebieden van morbiditeit⁽²¹⁾.

Het is mijn persoonlijke overtuiging dat wanneer de huisarts er niet in slaagt door te dringen in de problematiek van deze onhygiënische groepen, de kans groot is, dat ze vroeger of later door bepaalde sociale apparaten zullen worden benaderd.

Het ontwikkelen van hiervoor adequate diagnostische en therapeutische technieken is geen eenvoudige zaak, zeker niet voor de huisarts. Voor benadering door de huisarts alleen komen ze door het gecompliceerde van

hun medische, levens- en gezinsproblemen nauwelijks of niet in aanmerking. Zij vormen de prototypes van kandidaten voor teamsgewijs onderzoek *). Zoals tabel III leert komen ze niet alleen onder de reeds in behandeling zijnde patiënten voor. Ook de nieuwe aandoeningen komen voor meer dan 10% uit de probleemgroep. De categorieën D. en E. vloeien in elkaar over. Tezamen vormden ze 20 à 25% van het totale areaal van hulpzoekenden. Vanzelfsprekend een veel lager percentage van het gehele mensdom (22).

Als consequenties van de organisatie van de huisartsenpraktijk kan men op grond van het bovenstaande zeggen, dat een grote groep patiënten, de helft of meer, routinematig tijdens visites en spreekuren (bij voorkeur ook afspraak-spreekuren) kan worden verzorgd.

Een tweede groep (B. + C.) eist afgesproken uren voor uitgebreid onderzoek en/of rustig gesprek. Deze groep bedraagt \pm 20% van het totaal.

Een derde groep van 20 à 25% (D. + E.) eist op zijn minst een éénmalig uitvoerig onderzoek door een onderzoek-team waarin m.i. naast de huisarts de persoonlijkheids- en maatschappelijk-deskundigen een vaste plaats zullen moeten hebben. In een aantal plaatsen in ons land werken teams (22) zoals hier bedoeld aan methodieken die hier zullen moeten worden gebruikt. Ik acht de uitkomsten van deze activiteiten van het hoogste belang voor de toekomst van de huisartsengeneeskunde, ongeacht de nog open vraag hoe een en ander in de bestaande huisartsengeneeskunst zal kunnen worden ingepast.

c. De situatie in de volksgezondheid

De in het voorafgaande beschreven observaties kunnen, wanneer zij bij voorkeur door de huisartsen zelf over langere tijd systematisch worden voortgezet, een vrij gedetailleerd inzicht geven in de morbiditeit zoals deze zich op een gegeven ogenblik aan de huisarts presenteert. Dit houdt dan tevens in de grotere en kleinere fluctuaties in die morbiditeit, de epidemische verheffingen, de nieuw optredende syndromen, maar ook de zich langzamer voltrekkende verschuivingen wat betreft het relatieve „gewicht” van de delen die het totale veld samenstellen, in samenhang met het verouderen van de bevolking, e.d.m.

Het inzicht in de aard en de omvang van de probleemvelden, waarin eerst de huisarts, daarna mogelijk andere organen van gezondheidszorg actief moeten zijn, is m.i. een der meest fundamentele objecten van sociaal-medisch onderzoek.

*) Men heeft mij reeds tegengeworpen dat met het ten tonele verschijnen van het team de persoonlijke verantwoordelijkheid van de huisarts questieus wordt. Ik acht het tegendeel het geval, nl. dat hoe beter de huisarts de standpunten van andere deskundigen kent, des te beter hij zijn verantwoordelijkheden in verband met te nemen beslissingen kan dragen.

Daar dergelijk, onze gehele bevolking omvattend en gedurende lange tijd vastgelegd morbiditeitsmateriaal ontbreekt, ligt het voor de hand, dat hier niet veel verder kan worden gegaan dan het maken van enkele opmerkingen, met een poging enkele algemene tendenties te formuleren.

Deze poging moet hier wel worden gedaan, hoe onvolledig ook, daar het niet goed mogelijk is een gefundeerd oordeel over de functies van de huisarts te hebben zonder enig inzicht in deze materie. Dit vooropgesteld, volgen thans enige opmerkingen over een aantal spectaculaire ontwikkelingen in de volksgezondheid en in het morbiditeitspatroon, dat zich o.a. aan de huisarts presenteert.

1) De belangrijkste ontdekkingen op het gebied van curatieve zorg (antibiotica bijvoorbeeld) en de preventieve zorg voor het kind hebben de sterfte sterk terug gedrongen. Het aantal oude mensen neemt o.a. hierdoor relatief toe, de gemiddelde bevolkingsleeftijd stijgt van jaar tot jaar.

2) Terwijl acute ziekten sterk aan ernst hebben ingeboet, winnen met het verouderen der bevolking degeneratieve en slijtageziekten aan relatief en absoluut belang. Een zwaartepunt van de zich presenterende „pathologie” verlegt zich parallel hieraan gaandeweg naar de oudere bevolkingsgroepen, en naar de slijtage- en ouderdomspathologie.

3) Terwijl ernstige acute ziekten in het gehele morbiditeitspatroon aan belang inboeten, treden chronische ziekten en chronische defecten (invaliditeit!) steeds meer naar voren.

4) In verband hiermede wordt revalidatie in de breedste zin van het woord, een steeds belangrijker aspect in het werk van vrijwel iedere functionaris in het volksgezondheidsveld.

5) Tezamen hiermede verlegt zich gaandeweg de technologische aanpak van het cureren van het defect in de gezondheid naar het „hanteren” van de zieke, defecte of onaangepaste totale mens.

6) Door de grote kennis, die we hebben verworven van specifieke pathogene momenten (bacteriën, virus, nutriënten, bedrijfs- en andere noxen), zijn de aandoeningen die hierdoor veroorzaakt worden naar het tweede plan geraakt. Anderzijds treden ziekten veroorzaakt door specifieke factoren — belastende factoren in ieder mensenleven — meer op de voorgrond.

7) Hierdoor, mogelijk ook door het ziekenfondsabonnementstelsel, zeker als gevolg van de geconstateerde grotere consultatiefrequentie, verlegt zich een zwaartepunt van de somatische naar de psychische en de milieuproblematiek en in zekere zin ook van de klassieke ernstig zieke patiënt naar de in geringere mate zieke of quasi gezonde „onaangepaste” mens (gezins-, arbeids-, levensproblematiek). Dit heeft voor de algemene praktijk, maar ook daarbuiten, belangrijke technische consequenties i.v.m.

zorg voor de zieken en onaangepasten in onze maatschappij, met name van onderzoek- en anamnesetechniek en ook van behandelingsmethodiek.

8) De medische problematiek is onder deze verhoudingen geen zuiver medische meer naar klassieke maatstaven gemeten. Voortdurend wordt zij gecompliceerd door maatschappelijke aspecten. Zij heeft, zoals o.a. HORNSTRA (24) het noemde, een „sociale dimensie” gekregen. Men kan er over discussiëren in hoeverre het maatschappelijk aspect van ziekte tot het domein van een bepaalde medische functionaris i.c. de huisarts behoort; over het voortdurend aanwezig zijn van sociale aspecten in het werk van de huisarts zijn de meningen niet langer verdeeld.

9) Deze onvermijdbare sociale kant van het huisartsenwerk laat niet na eisen te stellen aan de kennis van de huisarts ten aanzien van de invloeden van het milieu op de menselijke gezondheid, de samenwerking met „het maatschappelijk werk” en de sociale en sociaal-medische apparatuur die ter beschikking staat.

10) Wederom een ander zwaartepunt verlegt zich, als gevolg van het hiervoor genoemde, van de klassieke geneeskundige handvaardigheid naar de vaardigheid in het gesprek, van de geneeskunst naar persoonlijkheidsbeïnvloeding, van gezondheidsacties naar contacten met maatschappelijke instanties.

11) Een moeilijk nauwkeurig te formuleren ontwikkeling vindt verder plaats in de relaties van de arts met zijn patiënt in het kader van de invalide, partieel defecte, onaangepaste mens. Het is een ontwikkeling die het medisch „centre d'intérèse” verplaatst van het defect en zijn reparatiemogelijkheden naar het goed of beter benutten van nog staande functies. Aanpassingsmogelijkheden van de partieel defecte mens aan de situatie, en van de situatie aan de mens, vormen hier het centrale interessegebied. De mens (patiënt) is bij deze opvatting *geen object* waaraan gemanipuleerd wordt (operatief, medicamenteus, psychotherapeutisch of anderszins), maar *subject* met eigen verantwoordelijkheid en — waar mogelijk — zelf lid van het therapeutisch team.

12) Een laatste ontwikkeling vindt zijn uitdrukking in het teamsgewijs werken. Naarmate de fragmentatie van de zorg, die aan specialisatie adhaerent is, toeneemt, wordt samenwerking tussen specialisten meer noodzakelijk. Naarmate het specialistische gezichtspunt excentrischer komt te liggen door superspecialisatie, wordt de noodzaak van het onderling confronteren van specialistische hoekstandpunten voor een gezond beleid meer essentieel. Aan een groeiend aantal frontsectoren en ten overstaan van steeds meer medische problemen, praktisch zowel als wetenschappelijk, wordt de alleenwerkende arts een rara avis. Vrijwel de enige figuur, die als vanouds in zijn eentje voortploetert, is de huisarts. Hoe lang nog?

d. De positie van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg

Volgens een opgave van het Bureau van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst waren in Nederland op 1 Mei 1958 bekend:

huisartsen	3828	=	40%
specialisten	2749	=	29%
artsen-ambtenaren	947	=	10%
assistenten	582	=	6%
rustend dan wel onbekend of ze in functie zijn	1290	=	14%
in het buitenland	136	=	1%
totaal	9532	=	100%

Zowel het specialisten- als het artsen-ambtenarencorps is de laatste decennia zodanig in ontwikkeling dat de groep huisartsen relatief gaandeweg kleiner is geworden. Niettemin vormen de huisartsen nog steeds een grote meerderheid. Wanneer zij in georganiseerd verband, als blok, hun plaats innemen, kunnen zij dus verreweg het grootste „orgaan” in het geheel vormen. Voorlopig zij neutraal gezegd dat zij het grootste numerieke element vertegenwoordigen in het corps van medici verantwoordelijk voor de gezondheidszorg.

Dit confronteert ons met de vraag hoe zich op het ogenblik de ontwikkeling van de huisartsengeneeskunst laat voorspellen, ingeklemd als zij ligt tussen het nog steeds uitdijend specialistisch apparaat enerzijds en het groeiend ambtelijk-medische bestel anderzijds. En ten tweede: welk stelsel van rechten en verantwoordelijkheden de positie van de huisarts in de toekomst zal bepalen? Wat zal zijn status in de toekomst zijn?

Iemands status, d.w.z. „zijn positie in een bepaalde maatschappelijke structuur” ((²⁵) pag. 57), wordt enerzijds bepaald door ideële, normatieve standaarden die als zodanig erkend zijn ((²⁶) pag. 3), anderzijds door de wijze waarop deze in feite worden gerealiseerd. Hierbij komt, dat het gemiddelde niveau, waarop de ideaalstellingen worden gerealiseerd en nageleefd, afhankelijk is van de mate van het individueel aanvaardden van die stellingen, en niet minder van de voorzieningen die de statusdrager in zijn streven moeten steunen (Nederlands Huisartsen Genootschap!).

In onze tijd van onzekerheid ten aanzien van de status van de huisarts in het fundamenteel veranderde maatschappelijke en gezondheidszorgbestel, is het van het hoogste belang de ideaalstellingen, duidelijk geformuleerd, in discussie te brengen, opdat — voorzover mogelijk eensgezind — voorzieningen kunnen worden getroffen, die de huisarts helpen bij het bereiken en handhaven van zijn „status”, het uitvoeren van zijn taken, en het dragen van zijn verantwoordelijkheden.

De houding van de huisarts wordt op het ogenblik in hoge mate gekenmerkt door de collectieve onzekerheid over zijn status. Het gevoel van in

een mist te leven en van een zekere miskennis, terecht of ten onrechte gekoesterd, heeft een duidelijke neerslag op zijn zelfrespect. Uitingen van misnoegen, zelfs van agressiviteit, zoals in de eerste jaargangen van Medisch Contact zijn te vinden, zijn hiertoe terug te voeren.

Zonder duidelijke opdracht, zonder omschreven verantwoordelijkheden, zich niet precies bewust van zijn functies en taken en vrijwel onbekend met de mogelijkheden die andere organen van gezondheidszorg bieden (de kliniek uitgezonderd) gaat de huisarts de praktijk in zonder ooit met anderen tezamen (in een werkelijk team) aan een gemeenschappelijke taak te hebben gewerkt. Het is duidelijk dat een diepe innerlijke onzekerheid hiervan het gevolg moet zijn. Mogelijk kan zij een gedeeltelijke verklaring vormen voor de afweer die de huisarts ten toon pleegt te spreiden tegen reële of vermeende inmenging in zijn zaken. Ergens moet in elke huisarts het diepe bewustzijn leven dat „op de keper beschouwd... iedere ziekte, ieder symptoom in zeker technisch opzicht beter door een specialist beoordeeld en behandeld kan worden dan door de huisarts zelf” ((²⁷) pag. 736). Ergens identificeert hij zich nog steeds met de oude onnipotente priester-arts die het recht had de geneeskunst in haar volle omvang uit te oefenen, hoewel hij weet dat dit onder de gegeven omstandigheden een theoretische bevoegdheid is, dat de specialisten en de sociaal-geneeskundigen hem belangrijke stukken werk hebben ontfutseld. Hij zit met een residu dat de anderen niet konden of wensten te behandelen, wordt onvoldoende op deze taak voorbereid en is hierdoor op het ogenblik de assepoester der volksgezondheid.

Een typisch aspect van de situatie rond de huisarts dat aandacht verdient, ligt in zijn grote eenzaamheid, ondanks de voortdurende stroom menselijke contacten. Het gebrek aan een technisch gesprek, aan een forum, aan kritische contacten, aan uitwisselingsmogelijkheden, gevoegd bij het ontbreken van wetenschappelijke deskundigen op zijn terrein, geeft aan zijn werk een wat autistisch karakter. Hierbij komt de voortdurende stroom van patiënten, die om snelle verwerking vraagt en die zodoende het niveau waarop het werk zou moeten plaatsvinden ononderbroken bedreigt. Waarom, vraagt HUYGEN (²⁷) pag. 731), glijdt men zo gemakkelijk af in de huisartsenpraktijk? Inderdaad lijkt het vrijwel alleen voor bijzondere krachtfiguren mogelijk onder deze omstandigheden door de jaren heen een hoog niveau van werken te handhaven. De voornaamste klacht die men onder patiënten over hun huisartsen kan beluisteren betreft de te geringe mogelijkheden van een gesprek met hem over zaken die hen bezighouden. Het algemene tijdsgebrek is mede oorzaak van het gemakkelijk afglijden in sleur en in kortsluitingen ((²⁸) pag. 731) en van het niet tot ontwikkeling komen van een goede gesprekstechniek. De contacten met de patiënten lijden hieronder.

Het Nederlands Huisartsen Genootschap zal in velerlei opzicht belangrijk werk kunnen doen door de Nederlandse huisartsen in haar organisatie

te binden. Gedragen door samen ontwikkelde doelstellingen en een collectief bewustzijn ten aanzien van functies en taken, zullen ze althans ten dele uit de sfeer van individueel verricht casuïstisch werk kunnen worden uitgeheven, tot . . . ja, tot welk ander vlak?

Een hoofdartikel in de Lancet van 3 Januari 1959 ⁽²⁶⁾ laat enkele mogelijkheden van een toekomstige ontwikkeling zien:

Het Amerikaanse systeem van gezondheidszorg handhaaft waar mogelijk „private enterprise” en publieke verantwoordelijkheid. Niet wordt vermeld dat de bestaansonzekerheid in deze Amerikaanse omstandigheden ongunstig afsteekt bij wat dienaangaande is bereikt in andere landen. Ook niet, dat velen zuchten onder de last van kolossale rekeningen voor medische behandeling.

De Russen ⁽²⁹⁾ hebben de voorkeur gegeven aan een publieke onderneming en publieke verantwoordelijkheid. De allround arts achten zij een anachronisme. De artsenstand is daar, als men Engelse schrijvers hierover mag geloven, ondanks de aanwezigheid van duizenden artsen, als stand vrijwel verdwenen. Ons stelsel, tot op zekere hoogte vergelijkbaar met het Engelse, staat ongeveer tussen het Amerikaanse en Russische in. Elke patiënt heeft hier zijn eigen huisarts, die verantwoordelijkheid voor de patiënt aanvaardt, ongeacht de wijze waarop hij gefinancierd wordt, direct door de patiënt, of via een fonds, of op andere wijze.

De toenemende voorkeur voor specialisten, al of niet in overheidsdienst, heeft in Amerika en Rusland de persoonlijke zorg, zoals wij die nog steeds als ideaal stellen, ondermijnd. Het ziet er daar voor de huisartsenstand hopeloos uit. Verderop in deze studie wil ik trachten aan te tonen dat ook bij ons de werkelijke bedreiging van de status van de huisarts van specialistische zijde komt en met name de opleidingscentra, waarin de huisarts geheel ontbreekt in de dagelijkse gang van zaken. M.i. niet van de zijde van de overheid of van de zijde van particuliere initiatieven op gezondheidszorgterrein. De zaak van de huisarts is echter naar mij voorkomt op het ogenblik geenszins een verloren zaak. Daarvoor werken nog, zoals hieronder nader aangeduid, te sterke krachten voor behoud en verheffing van de huisartsenstand.

1) In de huisartsenstand zelf beluistert men constructieve geluiden: Hoewel het onbehagen onverminderd is (men leze wat HUYGENS ⁽²⁷⁾ hierover schreef), is de houding van protest, agressiviteit of zelfbeklag, die men kort na de oorlog kon constateren, omgeslagen in een houding van constructieve belangstelling. Deze moet gekanaliseerd worden.

2) De traditie eist, ondanks de nieuwere ontwikkelingen, onverminderd een plaats op voor de huisarts in het Nederlandse gezin. Zijn aanzien is nog steeds zeer hoog ⁽³⁰⁾.

3) De nog steeds groeiende en immer kostbaarder wordende specialistische apparatuur dreigt een te zware financiële belasting te worden voor

de organen die haar hebben te financieren. De efficiency zal steeds dringender eisen dat goedkopere krachten (huisarts en staf) dat deel van de totaal arbeid verrichten waarvoor ze competent zijn.

4) Elke centrifugale kracht die adhaerent is aan specialisatie en dit geldt met name voor de zeer multipele medische specialisatie, roept vrijwel automatisch de behoefte op aan bindende, coördinerende, centripetaal gerichte contrakrachten. Hier ligt onder meer en vooral voor de huisarts een kans.

Als belangrijkste factor voor het welslagen van een poging tot herstel van de status van de huisarts zie ik het zelfbewustzijn van de huisarts. Dit zal systematisch moeten worden hersteld door kritisch onderzoek naar zijn functies en taken, alsmede door een degelijke technische onderbouwing hiervan. Een en ander zal tenslotte moeten leiden tot een harmonisch ineensluitend functioneel systeem van huisartsengeneeskunst, dat op zijn beurt een goed passend tandrad moet worden in de machinerie van de gezondheidszorg. Er zal een einde moeten komen aan de toestand waarbij de huisarts de voetveeg is van velen en zijn arbeidsterrein de vergaarbak waarheen datgene wordt afgeschoven waarmede de maatschappij geen raad weet.

De status van de huisarts in de toekomst zal dus worden bepaald door zijn verantwoordelijkheden en door de wijze waarop hij hieraan vorm en inhoud zal geven. Eer wordt getracht die vorm en inhoud aan te geven of met andere woorden een taakomschrijving te geven, nog een opmerking vooraf:

Statuswinst of statusverlies kunnen tweeërlei soorten van oorzaken hebben, nl. wijzigingen in de waardering van de status door de functionaris zelf, dan wel door de buitenwereld. In een in ontwikkeling zijnde gezondheidszorg kan onder onze omstandigheden statuswinst voor de huisarts nauwelijks worden verwacht van anderen dan de huisarts zelf. Het ligt immers voor de hand dat zowel specialisten als sociaal-geneeskundigen vooral aandacht voor de eigen status zullen hebben. Nu de status van de huisarts op de helling staat, zal hij zelf hieraan nieuwe inhouden moeten geven. Het is bovendien lichter en attractiever zelf geformuleerde en vrijwillig aanvaarde verantwoordelijkheden te dragen, dan deze opgelegd dan wel afgeschoven te krijgen door anderen.

e. De taken van de huisarts

De verantwoordelijkheden van de arts vloeien voort uit de taken die hem door zijn patiënten worden gepresenteerd, uit de werkzaamheden die hij met betrekking tot zijn patiënten en hun gezinsleden heeft te verrichten, en uit zijn verdere verplichtingen in dit verband tegenover de gemeenschap. Deze verantwoordelijkheden worden op tweeërlei wijze beperkt:

naar „beneden” doordat een gedeelte van de totaal werkzaamheden kan worden verricht door functionarissen van niet-academisch niveau, naar „boven” doordat bepaalde taakgedeelten slechts door technische specialisten kunnen worden uitgevoerd.

De observaties in de 10 praktijken die werden bezocht, en ten dele ook de literatuur over deze materie, gaven informatie over de taken waarvoor de huisarts zich dagelijks ziet gesteld. Op 23 januari 1959 werd door mij een uiteenzetting gegeven, een voorlopige mededeling over de in deze studie behandelde materie, waarin ik een opsomming en daarna een meer gedetailleerde omschrijving gaf van de taken, die de huisarts gewoonlijk in zijn contacten met de patiënten ontmoet. Bij het volgende is dankbaar gebruik gemaakt van de resultaten van de gedachtenwisseling in Woudschoten. De uit die taken voortvloeiende secundaire taken, zoals administratie, correspondentie, vergaderen etc. blijven buiten beschouwing. De strikt medische taken, te Woudschoten geformuleerd en besproken, zijn de volgende:

- 1) Eerste hulp
- 2) Somatisch onderzoek
- 3) Psychisch en milieu-onderzoek, waarbij de beheersing van een goede gespreks- en anamnesetechniek onmisbaar is
- 4) Registratie en beheer van alle medische gegevens
- 5) Differentiatie van de patiëntenstroom in fracties die organisatorische eenheden vormen
- 6) Behandeling van de patiënt
- 7) Het doelmatig samenwerken met het specialistisch apparaat, waaronder ook te rekenen niet-artsen -deskundigen (schoolgeneeskundige zorg, arbeidszorg, sociale zorg, zielszorg e.a.)
- 8) Opstellen van een nazorgplan in overleg met medische en andere deskundigen na iedere ernstige stoornis in de gezondheid
- 9) Leiding geven aan en coördinatie in de zorg voor zieke, invalide en onaangepaste mensen, waar nodig in teamverband
- 10) Preventie
- 11) Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding
- 12) Blijvend werken aan eigen deskundigheid en vorming met een open oog voor eigen mogelijkheden en grenzen

1) *Eerste hulp*

De eerste hulp betreft niet alleen ongevallen en acute ernstige ziekten, maar vooral ook emotionele traumata, zoals sterfte in het gezin, ernstige sociale pathologie, e.d.m. In de behandeling, c.q. relativering van het de-

bacle in het leven van zijn patiënten, kan de huisarts een van zijn meest bevredigende, zij het ook een van zijn moeilijkste taken vinden. De gevallen, die tijdens de routine van spreekuur en visiteronde kunnen worden opgevangen, bieden geen of hoogstens technische moeilijkheden.

Veel moeilijker ligt de situatie voor het acute appèl hetwelk niet met de gewone routine kan worden opgevangen (decompensaties of ongevallen) en die dus met de vaste organisatie interfereren. Hiertegen kon eigenlijk bij ieder der 10 artsen een zekere mate van afweer worden vastgesteld vanwege de inbreuk die iedere spoedboodschap maakt op de georganiseerde dagindeling. Deze verklaarbare houding dreigt dit deel van het werk van de arts te ondermijnen, vooral in de stad. In de grote steden, waar de huisarts op bepaalde uren vaak moeilijk of niet te bereiken is, doet men in geval van een ongeluk niet of nauwelijks meer moeite tot de huisarts te gaan en wordt direct de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst gewaarschuwd. Hier dreigt dus wederom een deeltaak van de huisarts te worden afgenomen.

De gevaren, verbonden aan min of meer verplichte avond-, nacht- of zondagsdiensten (Den Haag) verdienen in dit verband nauwkeurige aandacht.

Noot

Na het schrijven van deze beschouwing trof mij een, in verband met het bovenstaande, illustratief bericht in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde ⁽³¹⁾ getiteld „Een telefoonnummer voor wanhopigen”. Ondanks de degelijke toelichting in de N.R.C. ben ik bij dit bericht geneigd me af te vragen of de auctoren van deze actie de consequenties voldoende hebben overzien, eer ze hiermede begonnen. Zonder volledig sociaal-psychiatrische apparatuur dreigen hier m.i. gevaren. Bovendien vraagt men zich af of het telefoonnummer dat hier wordt aanbevolen niet dat van de huisarts zou moeten zijn. De huisartsen dienen m.i. tegenover dergelijke acties hun houding te bepalen.

2) *Somatisch onderzoek*

62% van de geziene aandoeningen was — voor zover men zulks zeggen kan — uitsluitend lichamelijk en in slechts 5% was het lichamelijk aspect geheel zoek. Voor zover nodig bevestigen deze cijfers nogmaals het belang van het somatisch-biologische aspect van de huisartsengeneeskunst. Gezien de zeer grote betekenis hiervan zal tijdens de universitaire studie het anatomisch-physiologisch gedeelte van de studie onverminderd aandacht eisen met vanzelfsprekend de voortdurende nadruk op het functionele.

Het genoodzaakt zijn tegelijkertijd vele patiënten te onderzoeken en te behandelen, daarnaast met een selectie hieruit diepgaande bemoeienissen

te hebben, maakt het werk van de huisarts gecompliceerder dan dat van de klinische specialist. De laatste onderzoekt iedere patiënt even grondig en schakelt desgewenst het gehele arsenaal van diagnostische middelen in.

Door het grote aantal patiënten dat dagelijks om behandeling of advies vraagt is het voor de huisarts onmogelijk de klassieke „omniphase” onderzoekingsmethodiek in alle gevallen te handhaven. In het gros der gevallen moet hij zich beperken tot meer gerichte routine-onderzoeken, waarbij hij voortdurend dreigt te bezwijken voor de verleiding alle patiënten op deze wijze te onderzoeken. De consciëntieuze huisarts echter blijft een selectie van zijn patiënten uit de massa lichten door ze terug te bestellen voor uitgebreid, niet gericht onderzoek.

Dit dilemma van de huisarts voortdurend te moeten kiezen tussen wat de Engelsen noemen „snap”-diagnoses en breed klinisch onderzoek doet tot op zekere hoogte denken aan een veel algemener volksgezondheidsvraagstuk, dat adhaerent is aan het stijgende niveau van onze volksgezondheid. Het is het vraagstuk van het opsporen van zieken of bedreigden in een over het geheel genomen steeds minder bedreigde bevolking. De tuberculosebestrijding kent het. Naarmate het aantal tuberculosegevallen kleiner wordt, wordt het minder efficiënt de *gehele* bevolking door te lichten (en door de gevaren van de Röntgenstralen bovendien minder verantwoord). Meer efficiënt zou het zijn het onderzoek tot de meest bedreigde groepen te beperken, maar het epidemiologische vraagstuk, in welke groepen der bevolking de meeste tuberculose mag worden verwacht, is nog niet opgelost.

De schoolarts staat feitelijk voor hetzelfde dilemma. Hij onderzoekt routinematig de gehele schooljeugd, omdat hij de indicatoren, die het hem mogelijk maken de bedreigde groepen op te sporen en onder toezicht te nemen, niet in de hand heeft.

De huisarts verkeert in de unieke positie, dat *allen* die klachten hebben, en alleen degenen die klachten hebben, zich tot hem wenden. Deze groep is zo groot, dat men geleidelijk aan mag stellen dat een ongericht massaonderzoek in de zin van een periodiek onderzoek van de gehele bevolking een overbodige belasting is. Hier ligt dan ook zeker geen taak voor de huisarts. Het zou de huisarts in een situatie brengen, waaruit tuberculosebestrijders, schoolartsen en andere sociaal-geneeskundigen zich in de naaste toekomst zullen hebben te bevrijden, willen zij tot een efficiënter werkwijze komen.

3) *Psychisch en milieu-onderzoek, waarbij de beheersing van een goede gespreks- en anamnesetechniek onmisbaar is*

Volgens het gezamenlijk oordeel van huisarts en onderzoekers speelden psychische en milieu-invloeden een rol in 38% van alle geziene aandoeningen. In vele andere werden ze vermoed, maar waren ze niet onmiddell-

lijk aantoonbaar. Met dit percentage van 38% benaderen we dicht dat van MEVROUW JANSEN van $\pm 50\%$ (*).

Het menselijk lichaam is behalve zetel van pathologische processen vaak zozeer expressiemedium voor diverse vormen van onbehagen, angst, on-aangepastheid en emotionele zaken, dat de als lichamelijk gepresenteerde klachten weliswaar steeds een zorgvuldig lichamelijk onderzoek vereisen, maar daarnaast bovendien een interpretatie in bovenbedoelde zin (psychische en milieu-invloeden). Wil men niet in kortsluitingen in de zin van symptoombehandelingen afglijden, dan zal men zich bij het interpreteren van een klacht steeds bewust moeten zijn van het bestaan van twee klachtenbronnen: a) de organische afwijking, stoornis, insufficiëntie, waarbij de klacht alarmsymptoom is, uiting van bewustwording van vitale dreigingen, functionele insufficiënties etc., b) het motief tot klagen. De klacht is hier hoezeer somatisch gepresenteerd, uiting van onlust, zelfbeklag, angst of onzekerheid.

Bij zijn streven elke klacht op zijn juiste waarde te schatten zal de onderzoeker zich dus steeds voor de categorische vraag gesteld zien of de klacht kan worden herleid tot een organische stoornis zonder meer, of bovendien (of mogelijk uitsluitend) tot een psychisch of sociaal motief. Het lijkt niet twijfelachtig dat het voor een orgaan-specialist veel moeilijker moet zijn deze overweging aan zijn onderzoek ten grondslag te leggen dan voor een huisarts, die de persoonlijkheid, de gezinssituatie en een stuk ontwikkelingsgeschiedenis van de gezondheid van zijn patiënten kent. Deze kennis is echter op zijn best sterk pragmatisch gericht en zeker voor systematisering en betere fundering toegankelijk.

Kort kan hier slechts worden gewezen op het „communicatieve aspect” van de klacht (WEYEL⁽⁸²⁾). Een patiënt, die met een klacht komt, vraagt niet alleen een technisch deskundig advies, maar doet in de meeste gevallen ook een emotioneel beroep op zijn vertrouwensman, de arts. Weert de arts dit beroep af — en dit gebeurt vooral door onvermogen er adaequaat op te reageren, door onvoldoende inzicht in het wezen er van en door onvoldoende hanteringsmogelijkheden — dan dreigt het gevaar dat de patiënt, onvoldaan in zijn emotionele behoeften, zich tot anderen wendt (cave kwakzalvers!). Enerzijds dreigt dus voortdurend de kortsluiting van klacht naar orgaan, anderzijds onvoldoend emotionele satisfactie bij de patiënt met als gevolg stoornissen in de arts-patiënt relatie.

Om deze beide ontsporingen te kunnen vermijden moet de arts, en speciaal de huisarts, een stuk aanvullende scholing krijgen in de vorm van een goede gespreks- en anamnesetechniek. Iedere maatschappelijke werker wordt hier beter in opgeleid dan de arts. Alle specialistische technieken moet de arts tijdens zijn studie bestuderen; de voor zijn werk meest fundamentele techniek van het omgaan met mensen en het juist onderkennen en interpreteren der menselijke emoties (zijn eigen niet uitgezonderd!) leert hij niet! Dit is een fundamenteel defect in de opleiding van

iedere arts dat vooral bij de huisarts zwaar weegt.

Hetzelfde geldt voor de kennis van de sociale situatie rond de patiënt en van het maatschappelijke apparaat dat moet kunnen worden benaderd, c.q. bespeeld, in bepaalde gevallen. De kennis van de sociale voorzieningen die de huisarts flankeren bij zijn werk is dermate defectueus dat de benutting daarvan o.a. hierdoor zeer onvoldoende is. Een voorbeeld hiervan werd recentelijk door HUYGEN aangesneden nl. het contact tussen huisarts en M.O.B. ³³⁾ ³⁴⁾. Dit zou met vele andere te completeren zijn.

Ergens in zijn bekende rapport schrijft COLLINGS ³⁵⁾ dat de plattelandspraktijk de laatst overgebleven vorm is van de klassieke huispraktijk. Het wil mij voorkomen dat dit een onjuiste stelling is. Wat COLLINGS mogelijk bedoelt is dat de plattelandsarts werkt in een situatie die het nog mogelijk maakt het totale menselijke milieu te kennen en te overzien, terwijl daarnaast de sociale voorzieningen op het platteland zoveel primitiever of onbereikbaar zijn dan in de grote stad dat hij zelf ook nog in hoofdzaak sociaal-therapeut moet zijn. In de stad ligt de situatie zowel diagnostisch als therapeutisch anders. De woonsituatie daar vertoont een veel stereotyper en minder gedifferentieerd beeld dan op het platteland, terwijl het contact van de huisarts met het schoolmilieu van het kind en het arbeidsmilieu van de kostwinner praktisch nihil is. In de stad hebben onder meer de artsen van het 2e milieu (de school) en van het 3e milieu (de arbeid) een deel van de oorspronkelijke, klassieke huisartsenpraktijk overgenomen. Daar staat tegenover dat de aanwezigheid van school- en bedrijfsartsen maakt dat dit stuk verantwoordelijkheid wordt opgevangen.

Dit betekent echter niet dat de huisarts in de stad geen huisarts meer zou kunnen zijn, eerder het tegendeel. Doordat de huisarts in de grote stad zich meer dan zijn collega op het platteland kan beperken tot het 1e milieu, kan hij — mits hij er moeite voor doet — onverminderd en bij uitstek huisarts en gezinsarts zijn.

4) *Registratie en beheer van alle medische gegevens*

Centrale registratie van alle medische gegevens van de mens is voorwaarde voor werkelijke continuïteit in zorg en behandeling. Indien aan die voorwaarde niet wordt voldaan, wordt ieder ziektegeval op zichzelf beschouwd en geïsoleerd behandeld. Bij ontbrekende historische achtergrond stuit de interpretatie van nieuwe symptomen maar al te vaak op moeilijkheden. Zonder goede en doorlopende gegevens over de gezondheidsgeschiedenis is een werkelijk geïntegreerde en integrale zorg voor individu en gezin niet mogelijk. Zonder beroep op dergelijke gegevens zal de huisartsengeneeskunst in de casuïstische sfeer blijven hangen, waarin voor ieder „nieuw” optredend symptoom de gehele kostbare machinerie van onderzoek door huisarts en specialist, in een aantal gevallen ten onrechte, in het geweer komt. De huisarts is de enige die het beheer over de verzamelde gegevens kan voeren. Het bezit hiervan maakt hem tot de natuur-

lijke vraagbaak voor ieder die met patiënt en gezin op medisch en sociaal-medisch gebied te maken heeft.

Ik meen dat dit stuk verantwoordelijkheid, dat de huisarts moet dragen, moeilijk overschat kan worden. Wanneer de huisarts over een dergelijk reservoir van degelijke gegevens beschikt, zal men hem graag raadplegen; zijn contacten zullen er door toenemen, zijn gesprekken met deskundigen frequenter en degelijker worden, zijn inzichten dieper. Zijn integratieve vermogens ten aanzien van de kennis van de patiënt en van ziekte in het algemeen zullen er door groeien, en de hem toekomende centrale plaats in elk therapeutisch of revaliderend team zal hij des te gemakkelijker innemen.

Bovendien wordt in deze gegevens een uiterst waardevol wetenschappelijk materiaal vastgelegd, dat door de huisarts zelf en anderen kan worden bewerkt en dat kan bijdragen tot een betere fundering van de huisartsengeneeskunst. Zonder goede boekhouding van de medische gegevens zullen de ervaringen en de interpretaties van de huisartsen met hun dragers te gronde gaan. Dit is betreurenswaard voor de huisartsengeneeskunst die voor haar ontplooiing en systematisering veel grondmateriaal zal behoeven.

Bij wisseling van huisarts dienen deze gegevens, althans de essentie er van, mede te reizen. Ze dienen als het onvervreemdbaar eigendom van de patiënt te worden beschouwd (ondanks het feit dat deze ze nooit in handen krijgt). De huisarts heeft de plicht er waar nodig uit te putten om andere deskundigen in hun taak te verlichten en de patiënt onnodig onderzoek of behandeling te besparen. Op grond van deze overwegingen verdienen m.i. als object van studie de mogelijkheden van het bevorderen van een doelmatige patiëntenregistratie voorlopig een centrale plaats te houden in de interessesfeer van het Nederlands Huisartsen Genootschap.

Noot:

Hoewel het niet strikt tot het domein van deze studie behoort, zij hier opgemerkt dat vele patiënten hier een stuk opvoeding verdienen. Nog al te velen verhuizen zonder de moeite te nemen hun huisarts daarvan op de hoogte te brengen. Behalve het vraagstuk hoe een goed huisarts te zijn, verdient mogelijk het complementaire vraagstuk van de goede patiënt aandacht van de gezondheidsvoorlichters.

5) *Differentiatie van de patiëntenstroom in fracties die organisatorische eenheden vormen*

De selectie van de patiëntenstroom en het indelen er van in fracties, die elk hun eigen behandeling verdienen, kwam al eerder ter sprake, te weten bewuste fractionering in routine zaken die snel geholpen kunnen worden,

contrôlegevallen die mogelijk op speciale spreekuren kunnen worden behandeld, patiënten die op afgesproken uren voor een rustig gesprek of een uitgebreid onderzoek worden terugbesteld. Ik acht deze fractionnering van de patiëntenstroom en de gescheiden bewerking van deze fracties zo belangrijk voor degelijk en efficiënt werk, dat ik meen dit te moeten aanbevelen als een der onmisbare fundamenten van een goede praktijkvoering.

Met voorrang zal moeten worden gewerkt aan hanteringsmethoden van de groep probleempatiënten, het Crux no. 1 van alle medische sociale voorzieningen op het ogenblik. In een aantal centra in ons land wordt aan deze materie gewerkt, en mogelijk kan binnen niet te lange tijd een hanteringsmogelijkheid door de huisarts, al of niet in samenwerking met anderen, worden ontwikkeld. De gedachten gaan uit naar een klein team, waarin behalve de huisarts de persoonlijkheids- en sociale diagnosticus een plaats hebben.

6) *Behandeling van de patiënt*

Deze formulering is een gemeenplaats, omdat zij enkele fundamentele zaken in het onzekere laat. Zij geeft met name geen inhoud aan de begrippen patiënt en ziekte, zoals die door de huisarts moeten worden beschouwd. Zonder communis opinio hierover hangt ook het begrip behandeling in de lucht. Maar zelfs wanneer men het over deze inhouden eens kan worden, wat veel discussie eisen zal, bestaat hier nog een ander complicerend element: de rechtmatige eis van persoonlijke vrijheid in stijl en opvatting.

Sinds oudsher bestaat de taak van de arts in behandelen en adviseren. Dit tweede deel van zijn taakgebied is echter zo groot (geworden) en omvat in onze gecompliceerde samenleving een zo breed spectrum van problemen enerzijds, mogelijkheden anderzijds, dat niet alle golfengten er van even degelijk door één functionaris kunnen worden behartigd. Persoonlijke belangstelling en geaardheid zullen vaak een rol spelen bij het al dan niet behartigen van bepaalde deeltaken en mede zal de keuze van adviseurs hiervan afhangen. Kortom, onze formuleringen zullen zo ruim moeten zijn dat persoonlijke variaties in stijl en taakopvatting mogelijk blijven.

In verband met het begrip „behandeling” moet ook nog worden teruggegrepen op hetgeen al eerder over de recente ontwikkelingen in de volksgezondheid werd opgemerkt. Zoals gezegd, krijgt de arts steeds meer te maken met chronische ziekten en defecten (invaliditeit), wat zich gedeeltelijk laat verklaren door het terugdringen van infectieuze aandoeningen, het geleidelijk verouderen van de bevolking, en de toegenomen interesse voor de adaptatie en rehabilitatie van de zieke of invalide mens. Tezamen met deze ontwikkeling krijgt het begrip behandeling een nieuwe inhoud: de verplaatsing van de technologische aanpak van het cureren van het

defect naar het hanteren van de totale — defectueuze — mens.

Deze ontwikkeling zal m.i. de arts en speciaal de huisarts geleidelijk aan moeten losmaken van zijn klassieke, onder onze omstandigheden eenzijdig geworden interesse voor ziekte en defect en hem een meer integrale instelling moeten bijbrengen ten aanzien van de defectueuze, c.q. onaangepaste mens. Dit zal voor zijn onderzoek en behandelingsmethoden, het zij nogmaals gezegd, fundamentele consequenties hebben. De aanpassing van de partieel defecte mens zal mogelijk meer en meer in het centrum der medische activiteiten komen en het defect per se daaruit verdrijven. De inhoud van het hier gehanteerde begrip revalidatie is ruimer dan het gebruikelijke, dat speciaal op lichamelijke invaliditeit slaat.

Onder revalidatie wordt hier behalve het wederaanpassen van de somatische defecte mens aan zijn gezins- en arbeidsmilieu, evenzeer verstaan het wederaanpassen van de lichamelijke, geestelijk dan wel sociaal partieel defecte mens aan de situatie, hetzij met fysieke dan wel met psychologische middelen (relativeren van het defect), alsmede van de situatie aan de partieel defecte of onaangepaste mens (via sociale middelen zoals bijvoorbeeld bijzondere arbeidsbemiddeling).

Onder behandeling is hier dus zowel verstaan behandeling van het defect (curatieve zorg) als behandeling van de totale defectueuze mens (revaliderende zorg). Het wil mij voorkomen dat op dit revaliderende aspect van het werk juist van de huisarts niet genoeg de nadruk kan worden gelegd. Naarmate de gezonde en zieke bevolking gemiddeld veroudert, zal dit aspect belangrijker worden. Een recente opmerking om er maar een te noemen van de vele die in deze richting worden gemaakt ((³⁶), punt V, pag. 77), moet deze huisartsen een waarschuwing zijn, het groeiend belang van het geriatrisch (en revaliderend) aspect van hun werk niet gering te achten! Wanneer hij dit niet of niet voldoende in zijn interesse-sfeer trekt dreigt ook hier weer uitholling van een belangrijk taakgebied!

Hiervoor is het woord „zorg” geleidelijk gebruikt in plaats van „behandeling”. Misschien is nu een gunstig moment in deze beschouwingen aangebroken om te trachten via een definitie inhoud te geven aan de essentie van de zorg, zoals die door de huisarts aan zijn patiënten moet worden gegeven, en aan het verantwoordelijkheidsbereik van de huisarts. TAYLOR (² pag. 546) achtte het een onmogelijkheid de verantwoordelijkheden van de huisarts in een korte formulering samen te vatten.

Aangezien een definitie niet meer (maar ook niet minder) is dan een uitnodiging aan anderen aan de termen „huisarts” en „huisartsengeneeskunst” dezelfde inhoud te willen hechten als degenen die de definitie lanceren, en de definitie wordt gegeven om een zekere klaarheid in opvattingen te verkrijgen in verband met wat al dan niet des huisartsen is, heb ik de vrijheid genomen er wèl een te geven. Deze sluit nauw aan bij de m.i. zeer goede omschrijving van HUYGEN van de taak van de huisarts, nl.: „de beoefening van een continue, integrale, en persoonlijke geneeskunde voor

de mens in zijn eigen omgeving" ((²⁷) pag. 730). HUYGEN legt hierbij de nadruk op:

- a. de continuïteit. Naar mijn idee omvat deze term twee aspecten en wel: Het dynamisch, historisch element, dat de huisarts (als enige) ontwikkelingen en ontsparingen in de gang van zaken kan doen zien en interpreteren tegen de achtergrond van de ordinaat tijd. Ziekte is bij deze continue beschouwing geen incident maar een fase in een proces. Daarnaast: De ononderbroken verantwoordelijkheid, die bij deze visie nooit geheel afwezig is, ook niet wanneer de huisarts een patiënt tijdelijk aan een specialist of andere instantie „uit handen" moet geven voor onderzoek of behandeling;
- b. het integrale, alle levensaspecten omvattende;
- c. het persoonlijke in de arts-patiënt verhouding, als tegenstelling tot het minder persoonlijke in de relaties tussen de patiënt en de overige medische en sociale instanties;
- d. het onverbrekelijk verband tussen de mens en „zijn eigen omgeving" als het gaat om medische vraagstukken waarmede de huisarts te maken heeft.

Aansluitende hierop zie ik als essentiële functie van de huisarts *de bewust aanvaarde verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de individuele mensen, die zich aan hem hebben toevertrouwd, alsmede van hun gezinnen.* *) Het is derhalve de taak van de huisarts stoornissen in de individuele of gezinsgezondheid op te sporen, op te heffen, in hun uitwerking te beperken en waar mogelijk te verhinderen (een drietal taakgebieden dus: curatief, revaliderend, preventief). Onder gezondheid wil hier worden verstaan de *functionele harmonie tussen de individuele mens en zijn milieu*, d.w.z. het harmonisch functioneren van het eigen lichaam en de eigen persoonlijkheid; verder harmonie in het gezin, in het werk en ten aanzien van wijdere milieukringen.

Men kan met inachtneming van deze omschrijving van het begrip gezondheid de functie van de huisarts ook definiëren als gelegen in *de continue zorg voor het harmonisch aangepast zijn van de mens in zijn licha-*

*) Te Woudschoten werd deze formulering als volgt gemodificeerd:

Functie van de huisarts.

Het Nederlands Huisartsen Genootschap ziet de functie van de huisarts gelegen in het bewust aanvaarden van de verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwende individuele mensen en gezinnen.

Het ziet deze zorg gelegen in het opheffen, in hun uitwerking beperken en waar mogelijk voorkomen van stoornissen in de individuele of gezinsgezondheid (curatieve, revaliderende, preventieve zorg).

melijkheid, t.a.v. de eigen persoon, in zijn gezin, en voor zover de situatie dit eist in zijn werk en wijdere milieukringen.

Wat dit laatste betreft worden, zoals reeds vroeger gezegd, de verantwoordelijkheden en functies en taken van de „arts van het 1e milieu” (huisarts) geflankeerd door die van de „artsen van het 2e milieu” (school-arts) en het 3e milieu (bedrijfsarts, sportarts, etc.). Er moet op worden gewezen dat deze artsen van het 2e en 3e milieu een kleiner en specifiekere taak- en verantwoordelijkheidsgebied zullen hebben naarmate de huisarts zich meer bewust is van zijn eigen functie als „milieu-arts”.

Wat het niveau van de behandeling van patiënten door de huisarts betreft, het is aan twijfel onderhevig of de behandeling van patiënten in de huisartsenpraktijk in alle gevallen wel van voldoende niveau is. Hier doet zich, mogelijk sterker dan in andere onderdelen van het werk, de kloof voor tussen hetgeen volgens beschikbare kennis en ervaring mogelijk is, en hetgeen in de praktijk aan het front gerealiseerd wordt. Ik volsta met een poging enkele situaties, die hiervoor mogelijk verantwoordelijk kunnen worden gesteld, hieronder aan te duiden.

a) De totale arbeidssituatie van de huisarts ligt ononderbroken gespannen tussen de twee polen van quantiteit en kwaliteit, die van extensief en die van intensief werk. De voortdurende vis a tergo van een continue stroom patiënten, dwingt de arts tot snel werken en — gezien de hoeveelheid beschikbare tijd per patiënt — in een aantal gevallen tot te oppervlakkig werken. Terwijl een grote fractie van het „materiaal” intensieve bewerking vraagt, maakt een nog grotere fractie die door haar omvang om extensieve bewerking vraagt dit onmogelijk, althans zeer moeilijk.

b) De geneeskunde is in sneller ontwikkeling dan ooit tevoren. Om voor hem essentiële aspecten van deze ontwikkeling bij te houden heeft de huisarts tijd voor studie nodig.

c) Hierbij komt dat de kliniek in het algemeen meer diagnostisch dan therapeutisch is ingesteld, terwijl de in de kliniek behandelde ziektegevallen geen beeld geven van de algemene praktijk.

d) Voor de huisartsen bestaat geen goede voorlichting, gericht op de desiderata die uit de stroom van praktijkgevallen voortvloeien. Door de grootte en veelzijdigheid van zijn arbeidsterrein doet het gemis aan doelgerichte en doelmatige voorlichting zich bij de huisarts veel sterker gevoelen dan bij de specialist. Vaktijdschriften, waarover de specialist wel beschikt, ontbreken nog voor de huisarts. Uiteraard valt niet te ontkennen, dat de huisarts uit de stroom informatie die over de wereld wordt uitgegoten alle kennis kan putten die hij nodig heeft, maar hier speelt weer het tijdselement. Deze voorlichting vindt te ongericht plaats en bovendien niet in zodanige vorm dat de huisarts haar naast zijn drukke werkkring vermag te verwerken.

In deze situatie bedreigt de huisarts het gevaar van onzekerheid als gevolg van onbekendheid t.a.v. mogelijkheden van nieuwe en verbeterde methoden, dan wel het gevaar van het klakkeloos volgen van aanbevelingen zonder voldoende waarborgen. Met het effectiever worden van de beschikbare middelen wordt de verantwoordelijkheid bij het gebruik groter, wreken zich fouten in de toepassing ernstiger, moeten indicaties scherper worden gesteld, dient de voorlichting beter te zijn. Om een voorbeeld te noemen: volgens de W.H.O. Press ⁽⁴¹⁾ sterven alleen in de U.S.A. per jaar 1.000 mensen aan toxische en allergische reacties op penicilline (zie ook ⁴²).

Wat betreft de voorlichting op geneesmiddelenterrein heb ik o.a. uit gesprekken met de bij dit onderzoek betrokken huisartsen de stellige indruk gekregen, dat de aansluiting tussen de farmaceutische voorlichtingsdiensten en de huisartsen nog onvoldoende is. De gezamenlijke farmaceutische researchlaboratoria beschikken over prachtig documentatiemateriaal en besteden grote bedragen aan reclame; een deel van het budget wordt besteed aan voorlichting. Helaas maakt een combinatie van factoren, dat het effect van die voorlichting minder groot is dan het mogelijk zou kunnen zijn — ik noem de wat achterdochtige instelling van de arts tegenover de industrie „die wil verkopen”, tijdgebrek bij de arts om grondig kennis te nemen van hetgeen hem wordt toegezonden, het feit dat de reclame te veel uitgaat van het middel dat er in moet komen, en te weinig van de indicatie waarvoor het gebruikt kan worden, het ongerichte ongelijksoortige en overdadige van de stroom brochures.

Meer in het algemeen gesproken roept hetgeen de huisarts te behandelen krijgt een geheel programma van voorlichtingsactiviteiten op, die tezamen het fundament zullen moeten en m.i. kunnen leggen voor een behandeling op een redelijk niveau: een voorlichtingsprogramma, zoveel mogelijk gericht op de dagelijkse problematiek. Daarin is slechts te voorzien op basis van morbiditeitsgegevens door de huisartsen zelf te leveren. De voorlichting moet m.i. bovendien niet afhankelijk worden gesteld van het vluchtige contact met de per post gezonden folders. Voor alles dient de voorlichting echter kwalitatief en kwantitatief afgestemd te zijn op de vermogens van de huisarts dit op te nemen. Niet in de laatste plaats dient zij wetenschappelijk van het hoogste niveau te zijn, bijvoorbeeld in die zin dat geen geneesmethode wordt gepropageerd die niet in degelijke veldexperimenten haar waarde bewezen heeft.

7) *Het doelmatig samenwerken met het specialistisch apparaat*

Het zal de lezer duidelijk zijn dat het grote, complexe en moeilijke probleemgebied van de interacties tussen huisarts en specialist in het kader van deze studie slechts in enkele grote lijnen kan worden behandeld. Alleen die facetten zullen worden besproken die van onmiddellijk belang zijn voor

de positie van de huisarts. Ieder van de aangesneden punten zal uitgangspunt kunnen vormen voor een nadere studie.

Het uitgangspunt van de volgende beschouwingen ligt in de overweging dat het toekennen van eigen verantwoordelijkheden aan de huisarts met zich brengt de functies en taken die hieruit voortvloeien zo scherp als de situatie toelaat af te grenzen van die van de overige werkers op volksgezondheidsgebied, hier de medische (en sociale) specialisten. Daarnaast zal men zich moeten verdiepen in de wijze van samenwerken, en zich hebben af te vragen of de organisatie van de gezondheidszorg zo is, dat het behartigen van de eigen verantwoordelijkheden van ieder dezer functionarissen ook realiter mogelijk wordt gemaakt. Wanneer hier over de huisarts wordt gesproken, dan is stilzwijgend bedoeld de huisarts met zijn staf. Dit laatste verdient enige toelichting.

Het is zonder meer duidelijk, en het gesprek met ieder der 10 bezochte artsen bevestigde dit, dat lang niet voor alle werk, waarvoor de huisarts zich bij zijn taakuitoefening gesteld ziet, iemand van academisch niveau wordt vereist. In de praktijken waarin (nog) geen praktijkassistente aanwezig was, was dit meer om economische dan beginsel motieven. Algemeen was men van mening, dat het bij een praktijkomvang van ± 2.500 patiënten voor de huisarts vrijwel onmogelijk wordt het werk alleen goed te doen. TEN CATE (37) meent dat deze grens reeds bij 2.000 patiënten ligt.

Bedrijfsefficiency eist derhalve a) dat de huisarts zelf alleen dat deel van zijn taak vervult waarvoor een academisch opgeleid iemand noodzakelijk is; b) dat de praktijk een zodanige omvang heeft dat de huisarts voor besognes als receptie, telefoonbediening, administratie, laboratorium, spreekuurhulp, eventueel apotheek, sterilisatie, verzorging spreekkamer enz., een praktijkassistente kan financieren. TEN CATE heeft de taken van de assistente nauwkeurig geanalyseerd. De geïnteresseerde kan naar zijn dissertatie worden verwezen. Vanzelfsprekend bestaan hier aequivalenten die hier niet met zoveel woorden zijn genoemd, bijvoorbeeld de echtgenote van de arts en het artsenlaboratorium.

Wordt aan de juist genoemde eisen geen gevolg gegeven, doet met andere woorden de huisarts zijn praktijk zonder praktijkassistente of haar aequivalent, dan is inefficiency naar één zijde gegeven doordat aan het „subsidiariteitsbeginsel” niet wordt voldaan, doordat de huisarts werk doet, waarvoor hij „te duur” is. Bovendien dreigt inefficiency naar de andere zijde als de huisarts met een gebrekkig georganiseerde praktijk een beroep moet doen op het specialistisch apparaat voor de uitvoering van bepaalde taakgedeelten waartoe hij volkomen bevoegd en — bij regelmatige beoefening — ook competent is (denk bijvoorbeeld aan bloedonderzoek). Het economische aspect weegt in deze niet eens het zwaarst. Hier dreigt een ander en groter gevaar, nl. dat de huisarts door het niet of niet regelmatig beoefenen van bepaalde delen van zijn taak zelf medewerkt

aan de uitholling van zijn verantwoordelijkheidsgebied en zelf medewerkt aan het ondergraven van zijn positie!

De huisarts zal zich dit gevaar terdege bewust moeten zijn en er duidelijk stelling tegen hebben te nemen wil hij niet het risico lopen later mede verantwoordelijk te worden gesteld voor de afbraak van zijn imperium. Er zijn ten overvloede nog meer dreigende aspecten van de relatie tussen huisarts en specialisten, die een voortdurende waakzaamheid en bewustheid ten aanzien daarvan bij de huisarts noodzakelijk maken.

Enkele kwantitatieve aspecten van de relatie huisarts — specialist

Men heeft de mening wel eens uitgesproken dat bepaalde collectieve activiteiten op sociaal-medisch terrein „het paard van Troje” voor de huisartsenpraktijken zouden zijn ⁽²⁹⁾. Ik deel die mening niet. De gevaren voor de huisartsenpraktijken komen m.i. van andere zijde, nl. van de zijde van het specialisme. Dit moge aan een drietal aspecten worden toegelicht.

1) De historicus TOYNBEE heeft ergens in zijn geschriften gewaagd van gevaren die hij verbonden achtte aan een overschatting van technieken („Deification of an ephemeral technique”). En inderdaad, in onze technische tijd wordt de technisch deskundige — vaak ten onrechte, vaak ook terecht — als *deus ex machina* gezien, en dit bij uitstek door mensen die met kwalen of klachten zijn behept die zich niet gemakkelijk laten cureren.

De huisarts nu is op menig onderdeel van zijn taakgebied minder bedreven en minder deskundig dan de specialist, maar naar mijn mening leeft de huisarts bepaald te veel onder de druk van dit besef en is hij zich te weinig bewust van andere waarden in zijn werk. Dat hij door zijn langere ervaring met de patiënt en diens *historia morbi* een groter relativerend en interpretatief vermogen heeft ten aanzien van het symptoom, is een waarheid die noch hij zelf, noch de patiënt voldoende beseft. De huisartsengeneeskunst drijft op een andere kurk dan het technisch specialisme, en men mag daarom het belang en de betekenis van die beide niet met dezelfde maatstaf meten — daartoe zijn ze te wezenlijk verschillend. De huisarts dient zich hiervan terdege bewust te zijn, en is ook aan zichzelf en zijn kunde verplicht anderen van die waarheid te doordringen. Staart de huisarts zich voortdurend blind op de technische superioriteit van de specialisten dan cultiveert hij volkomen ten onrechte insufficiëntiegevoelens. Hij zal er beter aan doen zich meer bewust te worden van de intrinsieke waarden en mogelijkheden van zijn eigen functies.

2) Terwijl de huisarts gefinancierd wordt op „abonnementsbasis”, wordt de specialist per verrichting betaald. Aan dit verschil in financieringswijze zijn consequenties verbonden die niet nalaten invloed te hebben op de verwijzingsfrequenties met tot resultaat het draineren van het taakbereik van de huisarts. Daar deze invloed de belasting van de duurdere

specialist zal doen toenemen, heeft het een ongewenst economisch effect. Daar bovendien het terrein van de huisarts onnodig wordt verkleind, verdient het ook om die reden aandacht.

3) Mogelijk ligt de grootste bedreiging van de huisartsengeneeskunst nog ergens anders, nl. in de onderwijsklinieken, waar specialisten worden opgeleid. Dáár is de huisarts geheel zoek, terwijl een toenemend aantal specialisten bemoeienis heeft met de opgenomen patiënten; wanneer het onderzoek of een andere reden zulks eist wordt iedere gewenste specialist in consult geroepen. Alles buiten de huisarts om. De jonge specialist wordt in deze gang van zaken opgevoed en beschouwt haar als vanzelfsprekend wanneer hij de praktijk ingaat; ook de co-assistenten weten niet beter of het behoort zo. Het is niet onwaarschijnlijk dat deze situatie het meest pernicieuze moment bevat voor de toekomst van de huisarts.

In de hierna te formuleren vorm van samenwerking tussen huisarts en specialist meen ik een geheel andere gang van zaken te moeten bepleiten. Moge zij aanleiding zijn tot het mobiliseren van een discussie tussen de belanghebbende partijen over deze m.i. voor de huisartsenstand vitale materie. Ik acht het te betreuren dat de Maatschappijcommissie, die zojuist rapport heeft uitgebracht over de regels die gelden in het contact tussen huisarts en specialist⁽³⁸⁾, zich heeft beperkt tot enkele formalismen omdat zij klaarblijkelijk geen opdracht kreeg zich meer principieel in fundamentele kwesties betreffende deze interrelaties te verdiepen. Het verbaast niet, gezien de hierboven gesignaleerde gebruiken in onderwijsklinieken, dat deze commissie van oordeel is „dat het de specialist vrij moet staan, ter verbetering van eigen inzicht, een advies te vragen van een specialist in een ander specialisme zonder tussenkomst van de huisarts” (punt VII, pag. 80). Het woord „tussenkomst” spreekt hier boekdelen. Ik zou hier willen poneren dat dit slechts bij uitzondering en in noodgeval- len toelaatbaar moet worden geacht.

Wil de huisarts de centrale figuur zijn en blijven in de individueel gerichte gezondheidszorg, dan zal de samenwerking met specialisten op geheel andere leest dienen te worden geschoeid. Het verwijzen van een patiënt naar een specialist zal, uitzonderingen daargelaten, door de huisarts, „ad hoc”, dienen te geschieden. Hierbij zal de huisarts vanzelfsprekend een deel van de verantwoordelijkheid, maar nimmer de gehele verantwoordelijkheid, ten aanzien van zijn patiënt, gedurende het specialistische onderzoek of de specialistische behandeling uit handen moeten geven. Beter gezegd, hier is sprake van „delegeren” van verantwoordelijkheid en de huisarts, die zijn taak begrijpt, zal ook tijdens de fase van specialistisch onderzoek of behandeling zijn medeverantwoordelijkheid in het onderzoek-, c.q. therapeutisch team blijven opeisen. Dit houdt ook in, dat een specialist, die niet tot een conclusie kan komen ten aanzien van de

diagnose of het te voeren beleid, aan de huisarts terug rapporteert en overleg pleegt, en niet op eigen houtje andere adviseurs aantrekt. Dit laatste is bij voorkeur de taak van de huisarts.

Deze opvatting zal, gezien de veelvuldig voorkomende werkwijze in andere richting, de specialisten mogelijk niet onmiddellijk welgevallig zijn. Ik meen evenwel dat deze procedure, consequent doorgevoerd, het contact tussen huisarts en specialisten zal verdiepen en verbreden. Door hun standpunten regelmatig aan elkaar te toetsen, zal de vakkennis van de huisarts groeien, terwijl de specialist zijn blik verruimen zal. In dit verband zij verwezen naar de hierna te behandelen 9e deeltaak van de huisarts: coördinatie van de zorg voor de patiënt.

Hier moge nog eens worden gewezen op de noodzaak van snelle en adequate berichtgeving van de specialist aan de huisarts.

Niet alleen in de praktijk aan het front, ook in de kliniek zullen contacten tussen huisartsen en specialisten moeten worden gelegd en verdiept, en zeer in het bijzonder acht ik een poging daartoe aangewezen in de onderwijsklinieken. Dáár leert de jonge specialist en ook de a.s. huisarts de „mores”. Mogelijk biedt dit ook een voortreffelijke gelegenheid de co-assistenten in te leiden in de algemene praktijkvoering door hen in het contact tussen kliniek en huisarts op enigerlei wijze te betrekken.

Na deze algemene beschouwingen dienen we ons in de gegevens te verdiepen die de studie van de geobserveerde contacten heeft opgeleverd.

De kwaliteit van de contacten met de specialisten bleek sterk afhankelijk te zijn van locale factoren. De meest bevredigende relaties werden vermeld door de huisartsen in de kleinere steden. Daar was een voldoende gedifferentieerd palet van specialisten aanwezig, terwijl de contacten frequent en intensief waren met volop gelegenheid tot gedachtenwisseling. Dit bleek bij ieder der artsen, werkend in deze situatie, veel bij te dragen tot de arbeidsvreugde.

Naarmate men dieper op het platteland werkte was het specialistencorps onvollediger of moeilijker bereikbaar, terwijl in de grote steden een goed contact met klinieken en poliklinieken zeer moeilijk tot stand kwam, o.a. door de veelheid van functionarissen die er met de opgenomen patiënt bemoeienis hadden. De indruk bestaat dat vooral in de grote stad het samenspel tussen huisarts en specialist zeer defectueus is. Hier ontbreekt het meeste aan een coördinatie in de zorg, terwijl de communicatiemiddelen er het beste zouden kunnen zijn. In de grote stad en op het platteland zijn de huisartsen eenzamer, in de kleinere steden veel meer ingesponnen in het net van voorzieningen.

Gezien het kleine observatiemateriaal kan hier geen bespreking van het contact met ieder specialisme afzonderlijk plaatshebben. Hierop moet één uitzondering worden gemaakt ten aanzien van de psychiatrie. Er bestond namelijk bij alle bezochte huisartsen in stad en land een zo algemene twijfel

aan de waarde, quantitatief zowel als kwalitatief, van de hulp van de psychiatrie aan de huisarts, met daarnaast een zo volledige communis opinio over een grote behoefte aan hulp en steun van deze zijde, dat hier m.i. van een ernstig vraagstuk mag worden gesproken. We willen dit hier kort als vraagstuk van „vraag en aanbod” bezien door een antwoord te zoeken op de vraag: welke desiderata hebben de huisarts en patiënten? Daarnaast: wat kunnen de psychiaters hiertegenover stellen?

Tabel III geeft hier enige nadere informatie: van bijna 40% van alle aandoeningen in de geobserveerde praktijken was het somatische aspect van de aandoening gecompliceerd door persoonlijkheidsdefecten of milieu-problemen. De tabel doet anderzijds zien, dat zuiver psychiatrisch-psychologische problemen vrij zeldzaam zijn. Met andere woorden het gros van de patiënten, waarvoor de huisarts psychiatrisch advies of behandeling dan wel het advies van de persoonlijkheidsdiagnosticus wenst, zijn integraal gestoorde mensen die door de psychiater *alleen* evenmin te helpen zijn als door de huisarts alleen. Het is zelfs de vraag of de huisarts met zijn kennis van het milieu van de patiënt hier niet in een gunstiger situatie verkeert dan de psychiater. Het is voor mij de vraag of de klinisch opgeleide psychiater voldoende is ingesteld op dit veld van in grote hoofdzaak levens- en gezinsconflictsituaties met veelal een belangrijke sociale problematiek.

Een grote reeks publicaties wijst in dezelfde richting. De integraal gestoorde probleemgroep waar het hier om gaat, legt een zware druk op *alle* medische en sociale voorzieningen. Het is min of meer toevallig hoe en waar deze mensen vastlopen en tenslotte belanden voor hulp en bijstand. De huisarts is de enige functionaris in het veld die ze allen vroeger of later ontmoet. Veelal zijn het zijn trouwste klanten, die het leeuwendeel eisen van zijn tijd en bemoeienis.

Volgens één schrijver legt 6% van de gezinnen van een bevolkingsgroep voor 50% beslag op alle voorzieningen (20). Volgens een ander 15% der patiënten voor 50% verrichtingen (2). Weer een ander schat de groep kleiner maar miskent hun werkverschaffend aspect niet ((2) pag. 437). QUERIDO vindt bij een nauwkeuriger onderzoek dan ik per patiënt kon doen, dat van een willekeurige greep uit de in ziekenhuis opgenomen patiënten 44% psychische en sociale spanningen heeft die nadere aandacht verdienen, waarvan een kwart psychiatrische hulp vereist tijdens of na hun verblijf in het ziekenhuis en een derde deel steun behoeft van anderen (43). Ook FRY wijst op het grote aantal „probleemgevallen”, volgens hem 30% van de patiënten in de algemene praktijk, en de daarbij onderzonden diagnostische en therapeutische moeilijkheden (44). HALLIDAY (45) vond 33,5%, HOPKINS (46) 40%, enzovoorts. Een nader onderzoek van de door ons geobserveerde probleemmensen uit enkele algemene praktijken leert dat men hierbij vrijwel zonder uitzondering te doen heeft met integraal gestoorde, en op grond van allerlei bevindingen is het vrijwel

zeker dat de groep integraal gestoorden, door ons gesignaleerd, kleiner is dan de realiteit. Hieromtrent zal binnenkort worden gerapporteerd.

Dus wat de vraag om hulp betreft moet worden vastgesteld: a) dat het kwantitatief gesproken om een zeer grote groep patiënten gaat, een groep die zo groot is dat ze niet met curatieve hulp te behandelen is, zelfs niet bij een 10x groter corps psychiaters; b) dat het kwalitatief gesproken om een groep patiënten gaat met zo complexe problematiek, dat de opvang hiervan door één specialisme voor het gros geen uitkomst biedt. Hieruit volgt, en dit zij uitdrukkelijk vermeld, dat in dit verband de psychiatrie als zodanig geen enkel verwijt kan worden gemaakt.

Bovendien, wie zijn de psychiaters te velde? De psycho-therapeut is misschien in verband met de aard der klachten bij deze mensen de meest aangewezen instantie, gezien zijn kennis van menselijke motieven, maar zijn bemoeienis beperkt zich tot enkele uitgezochte gevallen. De psychiater aan een M.O.B. of een Instituut voor Medische Psychologie kan ook slechts enkele uitgezochte gevallen in behandeling nemen en kan kwantitatief gesproken niet wezenlijk bijdragen tot het saneren van dit grote volksgezondheidsvraagstuk. De sociaal-psychiater zou het meest zijn aangewezen, gezien zijn ervaring met in teamverband op te lossen sociale problemen, maar hij is veelal volledig opgeslorpt door zijn bezigheden aan de dienst waaraan hij verbonden is. Voor de enkele, zwaar overbelaste poliklinisch werkende psychiaters blijft tenslotte ook niet veel anders over dan, evenals de huisarts, een veel te groot aantal van deze mensen onder controle te houden zonder bij hen iets wezenlijks te kunnen doen. Kortom, de situatie is zo dat andere wegen gezocht moeten worden voor de hantering en sanering van dit grote vraagstuk. Zoals gezegd zal over een onderzoek naar saneringsmogelijkheden binnenkort worden gerapporteerd (22).

Opmerking

In iedere historia morbi laten zich (naast andere) een tweetal cruciale momenten aanwijzen die beide merkwaardigerwijze slechts zeer geringe aandacht hebben gehad, getuige het ontbreken van literatuur. Deze zijn 1) het moment waarop het eerste contact met de huisarts in verband met gerezen klachten wordt opgenomen; 2) het moment van verwijzen naar de specialist.

In zijn dissertatie zegt WEYEL (32) (pag. 23 e.a.) — „het is een medisch vooroordeel dat alle klachten die patiënten bij hun arts voorbrengen, gebaseerd zijn op bekende of onbekende somatische oorzaken” — „een van de factoren die de kwakzalverij in de hand werken is de negatie van het complexe van de eerste klacht van de patiënt” — „de arts heeft (niet anders) geleerd (dan) de klacht te interpreteren als medisch symptoom” (vertaling van schrijver).

WEYEL wijst hier op een gevaarlijke grondfout die leidt tot systematisch gemaakte kortsluitingen tussen klacht en orgaan.

M.i. manifesteert zich deze wijze van redeneren ook in het 2e cruciale moment in de ziektegeschiedenis, het moment van verwijzen naar de specialist. Wanneer de patiënt maar volhardend blijft in zijn klacht en de huisarts geen somatische oorzaak kan vinden staan principieel twee wegen open: 1) erkennen dat de klacht geen organische fundering heeft (dit is volgens een reeks hiervoor geciteerde schrijvers voor 30 à 40% van alle zich meldenden het geval); 2) nader onderzoek instellen bij voldoende ernstige verdenking op organische afwijkingen, voor welke vaststelling specialistisch onderzoek al of niet nodig is.

Het is de vraag of bij het verwijzen naar een specialisme de motievenwereld van de patiënt niet geheel op de achtergrond geraakt. Terwijl bij het 1e contact reeds de categorische kortsluiting dreigt tussen klacht en lichaam, dreigt tijdens de verwijzing naar de specialist een nadere fixatie aan een orgaan of orgaanstelsel. De vrouw met een huwelijksproblematiek kan hier tot een gynaecologische patiënt worden gebrandmerkt, de mens met levens- en gezinsproblemen tot psychiatrische patiënt, de spastisch reagerende mens tot chirurgisch of intern patiënt e.d.m. *) Richtlijnen laten zich helaas nog niet aangeven. Een nadere diepgaande analyse van een aantal klachten van de huisartsenpatiënt (XIIIe stelling van WEYEL) en m.i. bij voorkeur van de eerst geuite klacht, lijkt zeer aangewezen. Door hierdoor tot scherper indicaties van verwijzingen naar specialisten te komen en een beter begrip van de wezenlijke inhouden der klachten en de daaraan ten grondslag liggende motievenwereld te scheppen, kan niet alleen veel leed worden voorkomen⁴⁵⁾, maar kan bovendien meer inhoud aan het huisartsenwerk worden gegeven, terwijl grote besparingen door minder onnodige verwijzingen naar specialisten kunnen worden bereikt. Een doorslaggevende factor zal hier mogelijk wel altijd blijven de angst bij de huisarts en bij de specialist een organisch proces over het hoofd te zien, en dit met zekerheid uit te sluiten. Een ernstig gevolg van deze situatie is de kans op artefacten, op kunstmatige fixatie van klacht aan orgaan met alle gevaren van de patiënt van dien, om niet te spreken over het korter element.

Voor een verdere beschouwing over kwantitatieve aspecten van de contacten der huisartsen met specialisten geven onze observaties onvoldoende houvast. De tabellen VIIa en VIIb geven slechts een indruk van de frequentie der contacten met de diverse specialismen. Bekend is dat deze zeer groot is⁴⁰⁾. Zo werden in 1956 28,2% van de verplicht, en 26,4% van de vrijwillig verzekerden naar een specialist verwezen.

*) Ook de specialist dient enigszins integraal geïnteresseerd te zijn bij de beoordeling van elk ziektegeval.

8) *Opstellen van een nazorgplan in overleg met medische en andere deskundigen na iedere ernstige stoornis in de gezondheid*

Het opstellen van een nazorgplan na ernstige ziekte, speciaal na opname in een ziekenhuis, alsmede de uitvoering van het plan in overleg met de behandelende specialist of adviserende deskundige, kan worden opgevat als onderdeel en sluitstuk van de zojuist besproken „coördinatie” van de zorg voor de patiënt. Gezien het grote belang van de reconvalescentiephase met vele wederaanpassingsproblemen, en gezien de grote rol die de huisarts in deze fase kan en moet spelen, is ze als aparte deeltaak in de reeks opgenomen.

Zoals al eerder uiteengezet ⁵⁰⁾, hapert er veel aan het contact tussen kliniek en huisarts bij het ontslag uit een ziekenhuis van een patiënt. Meestal ontvangt de huisarts kortere of langere tijd na het ontslag een bericht, dat meestal een verslag is van de gebeurtenissen tijdens de opname en maar zelden iets bevat wat voor de nazorg en de readaptatie van de patiënt aan zijn dagelijks bestaan van belang is. Dit ligt wel voor de hand al is het niet de ideale toestand. De specialist heeft vooral een curatief-reparatieve functie tijdens het debacle waarvoor opname nodig was.

De huisarts heeft de mogelijkheid en m.i. de plicht de wederaanpassing van de patiënt te leiden. QUERIDO wees er onlangs nog eens op ⁽⁴³⁾ hoe groot het percentage der klinische patiënten is, dat hulp bij de wederaanpassing nodig heeft. De taken van klinische specialist en huisarts liggen m.i. duidelijk complementair. Waar ergens, dan zou hier onmiddellijk een begin kunnen worden gemaakt met een intensivering van de contacten tussen kliniek en huisartsen, bijvoorbeeld door ook de huisarts te laten beschikken over het medisch-maatschappelijk werk uitgaande van de kliniek. Dit zou mogelijk enerzijds kunnen leiden tot een beter en meer duurzaam effect van de ziekenhuisopname, anderzijds een veel intensiever inschakeling van de huisarts (milieu-arts) kunnen bewerkstelligen.

Men kan er natuurlijk over discussiëren waar de nazorg van de opgenomen patiënt thuisbehoort, in het klinisch programma of bij de huisarts. Locale factoren zullen zonder twijfel hun invloed doen gelden. Op het platteland en de kleine steden zal deze taak zeker aan de huisarts blijven toebehoren. Hoe in de stad de ontwikkeling zal zijn, zal in hoge mate afhangen van de instelling van de huisarts. De voor- en nazorg van psychiatrische patiënten is reeds in hoofdzaak in andere handen overgegaan. Mijn diepe overtuiging is dat de huisarts dit stuk werk zal moeten verdedigen en cultiveren. Dit zal niet zo moeilijk zijn, aangezien de clinicus wezenlijk andere prae-occupaties heeft dan die van het bewaken van een nazorgprogramma. De snelle technische ontwikkeling in ieder specialisme eist zijn aandacht te veel op. Hoewel het opstellen van het plan m.i. onder gedeelde verantwoordelijkheid van specialist, huisarts en maatschappelijk werk zal moeten geschieden, al of niet tezamen met de revalidatiedeskun-

dige in bepaalde gevallen, acht ik de huisarts de aangewezen man voor de bewaking van het plan daar dit immers zijn uitvoering vindt in het huis-milieu van de patiënt.

9) *Leiding geven aan en coördinatie in de zorg voor zieke, invalide en onaangepaste mensen, waar nodig in teamverband*

Voor de huisarts en de vele andere instanties, die met de patiënten bemoeienis hebben, is de noodzaak van samenwerking, uitwisseling van standpunten en coördinatie van inzichten het meest evident ten behoeve van de aanzienlijke multi-probleemgroep. Deze zal een crux blijven en een zware belasting voor ieder orgaan van volksgezondheid, zolang de problematiek van deze „onhygiënische” groepen niet beter gecoördineerd en in meer intensieve samenwerking benaderd wordt. Het is echter geenszins de enige coördinatieve en integratieve taak voor de huisarts. Het tot integratie leiden van eigen met anderer inzichten, diagnostisch zowel als therapeutisch en revaliderend, biedt een veel algemener en geenszins minder omvangrijke taak voor de huisarts. Dit wordt duidelijk wanneer men tabel VIIa beziet. In deze tabel zijn de contacten die plaats hadden gevonden, c.q. die door huisarts en onderzoeker geïndiceerd werden geacht, aangegeven. In ons gehele materiaal was contact gelegd, dan wel geïndiceerd, in 41% der gevallen, zie onderstaande tabel.

categorie	taak voor				totaal van de aandoeningen
	huisarts alleen		huisarts + andere inst.		
	aantal	%	aantal	%	
nieuwe gevallen	177	72	70	28	247
oude gevallen	298	53	262	47	560
totaal	475	59	332	41	807

In de eerder gegeven omschrijving van de verantwoordelijkheden van de huisarts liggen enkele kwaliteiten verankerd die het intrinsieke belang van goed gecoördineerd werken anticiperen. Gesteld is dat de zorg van de huisarts voor zijn patiënt onder meer *continu* en *integraal* dient te zijn. Continuïteit in de zorg eist coördinatie tussen de diverse fasen van de „historia morbi et sanitatis” van de onder toezicht zijnde mensen. Een kardinaal onderdeel van het continuïteitsvraagstuk in de gezondheidszorg

voor de individuele mens wordt als achtste deeltaak afzonderlijk besproken, nl. nazorg van de patiënt.

Door te stellen dat de zorg, die de huisarts aan patiënt en gezin heeft te geven, continu en integraal en bovendien persoonlijk is, wordt zij min of meer categorisch gesteld tegenover de overige vormen van individueel gerichte gezondheidszorg, met name de zorg door specialisten en sociale instellingen, die veelal discontinu, facetsgewijs en in bepaalde gevallen onpersoonlijk wordt verstrekt. Juist deze aspecten van zijn werk, die de huisarts een uitzonderingspositie geven, of zoals men het zo vaak heeft uitgedrukt „zijn unieke mogelijkheden” inhoud geven, blijken bij wat nadere beschouwing de meest essentiële facetten van zijn beroepsuitoefening te zijn. Daarom zal hun consequente bevordering met alle middelen moeten worden bevorderd.

Door de continuïteit in het contact met de patiënt en het gezin kent de huisarts, die ongevraagd in alle aspecten van het menselijk leven wordt betrokken, de spanningen in de interrelaties, de normen en gedragspatronen in het gezin, de tolerantiebreedte van de patiënt in velerlei situaties, kortom de achtergronden van het individuele en gezinsleven die zo dikwijls bepalend zijn voor klachten en symptomen. Al eerder werd gewezen op de noodzaak deze kennis te systematiseren in een bijgehouden *historia morbi et sanitatis*.

In het grotendeels ontbreken van continu contact ligt bijvoorbeeld mogelijk een der verklaringen voor de moeilijkheden van de psychiater in het veld. Deze ziet zich als het ware genoodzaakt op zijn polikliniek een soort huisartsenspreekuur te houden maar met veel minder informatie dan deze. De huisarts daarentegen heeft als geen ander het vermogen klachten en symptomen te interpreteren en te relativieren, en nieuw optredende verschijnselen in integratief verband met vroegere te wegen en beoordelen. Het is zijn plicht een consulent in die wetenschap te laten delen wanneer hij zijn patiënt voor ernstige ingrepen uit handen moet geven; het is zijn recht hierbij op zijn beurt ook steeds intensief te worden geconsulteerd. Wel moet worden opgemerkt dat hier een stuk belangrijk ontwikkelingswerk voor de boeg ligt, eer de huisarts deze in principe aanwezige potenties ook ten volle zal kunnen realiseren in zijn werk.

Door systematisch plaatshebbende contacten met de geconsulteerde specialisten zal de huisarts zijn eigen vakkennis bovendien regelmatig zien groeien. We zagen reeds hoe frequent de contacten met specialisten zijn ((⁴⁰) pag. 1052). Wanneer zijn informatie over de patiëntenkring bovendien nog regelmatig zou worden gecompleteerd met sociale rapporten van instanties die bemoeienis hebben met situaties in het leven van de patiënten die hierom vragen, dan groeien de inzichten en oordeelsmogelijkheden van de huisarts met wederom een nieuwe dimensie en kunnen ze in de ware zin des woords uitgroeien tot integrale (⁴⁹) en totale beoordelingsmogelijkheden van elke probleemsituatie.

Uit vele gesprekken is mij bekend dat zowel vele huisartsen (zie bijvoorbeeld ³³), ³⁴) als tal van sociaal-medische functionarissen het gebrekkige onderlinge contact zeer betreuren. De belangengemeenschap en bovenal de efficiency in het werk van beiden vragen dringend om intensivering van de contacten.

Mogelijk speelt een rol in de insufficiëntie der contacten een diep besef van de huisarts dat hij technisch gesproken de mindere is van elke gesprekspartner. Wanneer dit zo zou zijn moet hier opnieuw worden gezegd dat de huisarts zich niet blind moet staren op hetgeen hij niet heeft, of minder heeft dan iedere specialist. Zijn zelfbewustzijn in het gesprek met anderen zal hij dienen te baseren op hetgeen hij meer heeft dan anderen. Het zal dit zelfbewustzijn moeten zijn — aan de fundering waarvan m.i. niet energiek genoeg kan worden gewerkt — dat hem op den duur zal moeten verlossen uit zijn nog veel te geïsoleerde bestaan in zijn eenmansbedrijfje en dat zal moeten bijdragen tot zijn eigenlijke status als leider van het diagnostische en therapeutische dan wel revaliderende of preventieve team te velde, dat voor de sanering van zijn praktijk verantwoordelijk is. Het woord team is hier in overdrachtelijke zin gebruikt, in de zin nl. van bundeling door de huisarts (door additie en integratie) van de gezamenlijke inzichten van allen die met het geval te maken hebben. In de allerhoogste zin geldt dit ten aanzien van de probleemgroep in de huisartsenpraktijk.

De methodiek die zal moeten leiden tot het opsporen, onderzoeken, behandelen en bewaken van deze categorie „integraalgestoorden” is in onderzoek. Het zou prematuur zijn nu concrete voorstellen voor de meest adaequate en effectieve hantering hiervan te doen. Slechts kan voorlopig worden opgemerkt dat de huisarts hier intensief zal moeten samenwerken met de (sociaal geschoolde) psychiater en de maatschappelijk werkster, naast vanzelfsprekend diverse sociale instanties. Door de integratieve en coördinatieve mogelijkheden die aan zijn vaste relaties met het gezin adhaerent zijn, is hij de aangewezen leider ook van het vaste team dat hier vermoedelijk in stelling zal moeten worden gebracht. In een goed samengesteld team zal zijn diagnostische kijk nog zeer verdiept kunnen worden (vooral in psychologisch-psychiatrische en maatschappelijke zaken), kan zijn relativerend, interpretatief vermogen nog groeien, kan zijn centrale taak als persoonlijk adviseur nog beter worden gefundeerd.

HUYGEN (l.c.) heeft gewezen op de risico's van de persoonlijke relatie tot de patiënt, doordat de huisarts — juist door de grote intimiteit, die voortvloeit uit het bezit aan gegevens over praktisch ieder facet van het leven van zijn patiënt — „te dichtbij en onbeschermd” tegenover deze staat. Willen de relaties tussen arts en patiënt, ondanks het zeer brede persoonlijke contact, toch in een zakelijke sfeer kunnen blijven, dan lijkt het zeer aangewezen dat te dien aanzien meer bewustheid wordt ontwikkeld, zowel wetenschappelijk door middel van een nadere analyse van de

relaties, als praktisch in het onderricht aan de studenten. Hier dient veel meer klaarheid te komen. Een zaak als de arts-patiënt relatie waarvan zo algemeen wordt aanvaard dat ze van grote betekenis is, verdient zorgvuldiger bestudering dan tot dusver plaatsvond ((47), (48) e.a.).

Samenvatting

Door zich op de hoogte te houden van alle belangrijke gebeurtenissen in de hem toevertrouwde gezinnen, door al deze informatie te administreren, door tezamen met de technisch beter geoutilleerde specialisten de decompensaties in het leven van zijn patiënten te behandelen en door tenslotte zelf steeds de centrale positie in te nemen in de vitale planning, heeft de huisarts diè functies en diè grote verantwoordelijkheden als bewaker van de gezondheid, beheerder van de gezondheidsgegevens en coördinator van de gezondheidszorg voor zijn patiënten, die tezamen zijn centrale positie in het geheel der gezondheidszorgvoorzieningen onaanastbaar maken.

10) *Preventie*

De ziekenfondsen, die driekwart van onze bevolking bestrijken, financieren niet direct de „Geneeskundige Voorzorg” (51) voor haar leden. Een aanzienlijk deel der *preventieve* zorg is in handen van sociale instanties gekomen, maar het bewijs is nooit geleverd dat dit juist is. Met andere woorden, het vraagstuk of en in welke mate de huisarts de meest aangewezen man is voor bepaalde preventief medische taken, ligt onopgelost. Argumenten als „onvoldoende opleiding ter zake, onvoldoende belangstelling, permanente overbelasting, gebrek aan leiding” ((1) pag. 484), of welke factoren men ook kan aangeven, die de mogelijkheden van de huisarts tot een optimale bijdrage aan de preventieve zorg negatief beïnvloeden, doen niet af aan het bestaan van het vraagstuk.

Gezien de vele organisatorische, administratieve, financiële, wetenschappelijke en andere aspecten die er aan de inschakeling van de huisarts in de preventieve zorg voor zijn patiënten verbonden zijn, kan in het kader van deze studie met zijn beperkte doelstellingen slechts worden gewezen op enkele mogelijkheden die hier liggen. Vooropgesteld zij hierbij

- a. Het zeer intensieve contact van de gezamenlijke huisartsen met de Nederlandse bevolking, een contact dat vooral intensief en frequent is met de qua gezondheid minst bedeelde groepen; dit contact is waar nodig gemakkelijk uit te breiden.
- b. Het herhaaldelijk geconstateerde feit dat in de curatieve zorg, zoals ze thans gegeven wordt, een aanzienlijk sterke preventie opgesloten ligt.

- c. Het feit dat door de meeste huisartsen in toenemende mate actief preventieve zorg wordt gegeven (entgemeenschappen, praenatale zorg, zuigeling- en kleuterzorg, etc.).
- d. Het feit dat de verplichte en vrijwillige ziekenfondsverzekeringen een vrijwel sluitend netwerk van gezondheidszorg voor onze bevolking omspannen.

Deze 4 overwegingen openen m.i. perspectieven voor een intensivering van de preventieve zorg voor onze bevolking door de huisarts. Uitgaande van die overwegingen volgt hieronder een schets van de fronten waaraan naar ik meen de huisarts meer of nieuwe bijdragen tot de preventie zou kunnen geven.

Richtlijnen omtrent meer en nieuwe bijdragen tot preventie door de huisarts zullen mogelijk kunnen worden afgeleid uit de resultaten van een doorlopend morbiditeitsonderzoek dat thans door de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het Huisartsen Genootschap tezamen met het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde in voorbereiding is. Men kan zich voorstellen dat dit onderzoek enkele met een zekere frequentie voorkomende ziektebeelden aan het licht brengt, die door de gezamenlijke huisartsen in samenwerking met en voorgelicht door ter zake deskundigen kunnen worden geëlimineerd of gedecimeerd (rachitis bijvoorbeeld). Aanvullend morbiditeitsonderzoek in de huisartsenpraktijk zal nadere gegevens verschaffen over de frequenties der zich dagelijks meldende nieuwe ziektegevallen en ongevallen (!), en op basis van frequenties en het relatieve belang der diverse voor preventie toegankelijke categorieën aandoeningen zou mogelijk een soort programma van prioriteiten kunnen worden opgesteld. Dit ware te koppelen aan een degelijk en parallel lopend voorlichtingsprogramma, om elke huisarts van het belang der acties, alsmede van hetgeen het saneringsprogramma technisch eist, op de hoogte te brengen, respectievelijk te overtuigen.

Bijzonder belangrijk zijn deze onderzoekingen met het oog op de „onhygiënische” en „multi-probleemgroepen” in de algemene praktijk. Wellicht kunnen aangrijpingspunten worden gevonden voor sanering en preventie, niet langs specifieke weg maar langs de weg van een doelmatiger organisatie van de zorg voor deze groepen.

Er zijn in dit verband nl. aanwijzingen, dat speciaal ten overstaan van deze groepen patiënten het eenmanswerk van de huisarts insufficiënt is en dat een anders georganiseerde aanpak (in teamverband!) hier betere saneringskansen biedt. Niveauverhoging van de huisartsengeneeskunst ten overstaan van de probleemgroepen zou preventief en ook kostenbesparend kunnen werken door ontlasting van het kostbare specialistische apparaat. Ik zie vooral in deze groep grote preventieve mogelijkheden door de huisarts!

Het hierboven beschreven onderzoek van de morbiditeit zoals ze zich

als het ware spontaan aan de artsen presenteert, is niet de enige vorm van detectie van aandoeningen en volksgezondheidsvelden die voor een preventieve benadering toegankelijk zijn. In deze detectiewijze is de houding van de (huis)arts een passieve: de ziekte of het defect meldt zich . . . of het meldt zich niet! Daarnaast zullen meer actieve methoden moeten worden ontwikkeld om ook de voor preventie vatbare aandoeningen op te sporen die zich niet spontaan melden. Weliswaar is door de ziekenfondsverzekering het aantal mensen, die medisch advies komen vragen, zeer toegenomen, maar vanzelfsprekend dekt zich het corps klagers niet geheel en al met het corps zieken of defecten dat inderdaad hulp behoeft. Met andere woorden, naast *surveys* in de trant van de bovenbedoelde morbiditeitsonderzoeken, zullen meer actieve *research*projecten de hiaten in het klassieke opsporingssysteem moeten aantonen. Men zal dan kunnen nagaan in welke mate bij de bestaande gang van zaken preventieve kansen verloren gaan, en wat daartegen valt te doen.

De preventieve mogelijkheden moeten bepaaldelijk niet alleen worden gezocht in de natuurlijke gang van zaken: de „natuurlijke historie” van het ziektebeeld, de vroege diagnostiek e.d.m. Preventieve mogelijkheden liggen niet minder ook in het opheffen van fouten in het oordeel of het handelen van de arts. Door verdieping van onze kennis en ons vermogen (begin)klachten te interpreteren, kunnen vermoedelijk tal van foutieve beoordelingen en behandelingen worden voorkomen (o.a. talrijke ingrijpende onderzoeken en verminkende operaties), en vermoedelijk ook aanzienlijke besparingen worden bereikt op specialistische consulten en vooral op ziekenhuisopnemingen.

Nauw aansluitend bij de vorige opmerkingen en reeds verwerkt in een apart hoofdstuk zijn de preventieve mogelijkheden (in de zin van preventie van recidieven) die schuilgaan in een goede nazorg voor hen die in debacle zijn geweest (ziekenhuisopnemingen!).

Samenvattende kan worden gezegd dat door de activiteiten van de huisarts beter te organiseren en technisch beter te onderbouwen door practica, nascholing en voorlichting, een en ander op een gemeenschappelijke basis met algemeen aanvaarde doelstellingen, het gehele niveau van het huisartsenwerk kan worden opgevoerd in de zin van meer effect en minder beroep op duurdere krachten in het volksgezondheidsveld. Doelgericht, doelmatig, wetenschappelijker werkend, beter voorgelicht en beter geïntegreerd in het geheel kan de huisarts m.i. door die stimulantia een belangrijke promotor van preventie worden.

11) *Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding*

Door het frequente en intensieve contact van de huisarts met het Nederlandse volk, in het bijzonder met de minst gezonde en meest defecte groepen, kan de huisarts een centrale plaats innemen bij wat men in Angel-

saksische landen „health education” bij ons gezondheidsvoorlichting of beter gezondheidsopvoeding noemt. Dit is een collectieve taak in dubbele zin, daar zij (vanzelfsprekend via de individuele mens) collectief gericht is, maar bovendien collectief, op basis van gemeenschappelijke doelstellingen en informatie, moet worden uitgevoerd.

Terwijl het m.i. wel duidelijk is dat de huisarts hier een taak heeft, zowel individueel als collectief, is zonder meer in het geheel niet duidelijk wat deze taak inhoudelijk betekent, terwijl ook wat de technologie betreft de huisarts een voorbereiding op dit stuk potentieel arbeidsterrein zeer van node heeft. Voor een korte beschouwing over doel en middelen van gezondheidsvoorlichting zie het voorbeeld van de moedercurcus.

12) *Blijvend werken aan eigen deskundigheid en vorming met een open oog voor eigen mogelijkheden en grenzen*

Tijdens de meergenoemde conferentie te Woudschoten, waarin de vorige punten besproken zijn, werd daaraan een 12e toegevoegd in de volgende formulering: „blijvend werken aan eigen deskundigheid en vorming, met een open oog voor eigen mogelijkheden en grenzen”.

In de kringen van het jonge genootschap heeft men zoveel waarde aan een goede nascholing van de huisarts gehecht, dat men met de problematiek ervan een speciale commissie heeft belast. Deze heeft in een soort beginselverklaring duidelijk gesteld, dat „iedere arts, die op verantwoorde wijze mensen, die zich onder zijn behandeling stellen, wil blijven behandelen, behoefte heeft aan nascholing in de vordering der geneeskunde in het algemeen en in dat speciale gedeelte der geneeskunde, dat hij beoefent” (52).

In deze formulering ligt de tweeledigheid van iedere vorm van nascholing opgesloten, een specifieke die iedere arts aangaat en een specifieke die in ons geval op de huisarts gericht is. De specifieke, algemene, ongerichte nascholing in de vorderingen der geneeskunde en meer speciaal het spectrum harer hulpwetenschappen kan elke arts die dat wenst putten uit een uitgebreide literatuur. Ten aanzien van de speciële, op zijn taak gerichte nascholing moet voor de huisarts nog vrijwel een begin worden gemaakt.

Hoewel een nadere uitwerking van deze materie wat buiten het kader van deze studie valt, meen ik toch dat enkele opmerkingen en aanbevelingen hier op hun plaats zijn, gezien het karakter van deze studie, die vooral het mobiliseren van verdere discussie over een aantal voor de huisartsen-geneeskunst vitale onderwerpen beoogt.

Met dit doel voor ogen willen wij ons thans kort verdiepen in enkele vragen betreffende het waarom, het wat, het hoe, en het door wie, van een nascholing voor de huisarts (zie hiervoor ook de voortreffelijke beschouwingen van GROEN (13, 14).

Op de vraag *waarom* nascholing, kan worden opgemerkt, dat hier een

drietal redenen voor is, nl.: a) hiaten in de algemeen medische opleiding; b) het ontbreken van een op de praktijk van het huisartsenwerk gerichte „specialistische” opleiding; c) vorderingen van de geneeskunde waarvan de huisarts voor een juiste beroepsuitoefening op de hoogte moet zijn.

ad a. Reeds op tal van plaatsen is gewezen op defecten in de universitaire opleiding van de arts, speciaal ten aanzien van enkele aspecten van haar taak die buiten het natuurwetenschappelijke veld liggen. Deze defecten zijn

1) Onvoldoende kennis van de maatschappij, van haar pathogenetische invloeden en van haar mogelijkheden in verband met socio-therapie, c.q. revalidatie (onvoldoende kennis van het sociale apparaat). Nu elke medische faculteit haar instituut voor sociale geneeskunde heeft, is te verwachten dat tekorten die hier nog zijn geleidelijk zullen verdwijnen, te meer nu de met de bestudering van deze materie belaste Maatschappij Commissie bezig is experimenten voor te bereiden voor een sociaal-geneeskundige cursus voor huisartsen.

2) Onvoldoende kennis van de normale en de gestoorde, c.q. onaangepaste persoonlijkheid, van de ontstaanswijze en pathogenese van karakterologische defecten en van de implicaties die deze hebben voor de gezondheid.

3) Het ernstigste defect in de artsenopleiding acht ik hierin gelegen, dat de a.s. arts de meest essentiële van alle medische en paramedische technieken niet wordt bijgebracht, nl. die van het omgaan met zieke en gezonde mensen. Hiervoor is o.m. nodig dat hij met bewustheid een gesprek weet te voeren, een anamnese weet af te nemen, niet alleen langs de bekende stereotype wijze, maar bovendien bewust de uitingen van de patiënt wegend, diens motieven peilend, en door alles heen diens drijfveren aan het licht brengend, terwijl hij zich vooral ook bewust is van de rol van de eigen emoties in de arts-patiënt relaties. Terwijl de natuurwetenschappelijke aspecten van ieder ziekteproces uitgebreid worden geanalyseerd, blijft de jonge arts ongeschoold wat de emotionele aspecten betreft. Wat de sociale aspecten aangaat, is althans een begin gemaakt aan een aantal van onze universiteiten.

ad b. Na zijn algemeen medische opleiding krijgt iedere technische specialist zijn specifieke scholing in daarvoor gerichte specialistische centra. De sociaal-geneeskundigen worden zich ook meer en meer bewust van de noodzaak van een gerichte nascholing. Dit leeft vooral in de kringen van de bedrijfsartsen (Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde). Andere groepen sociaal-geneeskundigen volgen dit streven. Alleen de huisarts, de sociaal-geneeskundige van het 1e milieu, krijgt een dergelijke scholing nog niet. Wanneer er onder de huisartsen in grote lijnen

eenheid in opvatting zou ontstaan ten aanzien van wat al of niet tot hun taakgebied behoort, dan zouden de deeltaken aan ieder uitgangspunten kunnen bieden voor een gerichte nascholing.

ad c. Zwaar belast als hij vrijwel ononderbroken is, moet de huisarts wel tekortschieten in het bijhouden van de gebeurtenissen en van de nieuwe gezichtspunten bij het huidige ontwikkelingstempo in de maatschappij en in het wetenschapsbedrijf. Ik zie een drietal velden van nascholing en voorlichting, nl.: 1) wetenschappelijke ontwikkelingen; 2) wijzigingen in het morbiditeitspatroon; 3) daarmee samenhopende verschuivingen in functies en taken van de huisarts, alsmede in het samenspel met anderen.

Op de vraag *wat* de inhoud van de nascholing dient te zijn werd hiervoor al iets gezegd. Het wil mij voorkomen dat het streven, een adaequate inhoud aan de nascholing en voorlichting van de huisarts te geven, zijn impulsen onder meer uit de volgende bronnen zou kunnen opdiepen:

1 Nagaan wat aan de basisopleiding ontbreekt en zolang de universiteit daarin niet voorziet, hiervoor een „postgraduate” oplossing ontwikkelen.

2) Nagaan welke de persoonlijke wensen zijn onder de huisartsen.

3) Nagaan welke categorische fouten bij specialistische centra worden opgemerkt, die door huisartsen wegens onvoldoende opleiding (?) of onvoldoende ervaring (?) worden gemaakt.

4) De belangrijkste bron van informatie blijft een continu morbiditeitsonderzoek. Door de voorlichting en nascholing te koppelen aan de actuele problematiek kan zij een sterk gericht karakter krijgen en zo ook het gemakkelijkst ingang vinden.

Er is een grote, in sterke mate bewust gevoelde behoefte bij de huisartsen aan goede voorlichting ten aanzien van de wijze waarop zij hun werk wetenschappelijk beter en doelmatiger kunnen verrichten. Het moment voor het entameren van een voorlichtingsprogramma is hierdoor gunstig. Nog in een ander opzicht is het moment gunstig, in dien zin, dat bij het ondernemen van een actie kan worden geprofiteerd van de kolossale hoeveelheid denkbaarheid die in kringen van onderwijsdeskundigen ten aanzien van problemen van opvoeding, vorming, voorlichting en onderwijs is verricht.

Voor de in de praktijk ervaren arts met een al reeds ontwikkeld gevoel voor wat in de geboden voorlichting voor hem essentieel is en wat niet, zal hiermede nog meer rekening moeten worden gehouden dan in het geval van voorlichting aan hen die de praktijk des levens nog niet aan de lijve leerden kennen. Een deel van de wansuccessen van veel kringbijeekkomsten en artsencursussen en hetzelfde kan worden gezegd van een groot deel der inhouden van de medische tijdschriften, berust daarop, dat het ge-

bodene veelal weinig bijdraagt tot vulling van de hiaten die de arts zelf beleeft, te weinig uitgaat van de individuele en collectieve problematiek van de frontwerkers. Ik meen, dat deze overweging niet centraal genoeg gesteld kan worden bij het opzetten van een gecoördineerd plan van actie voor betere voorlichting van de huisarts.

Het punt dat nu aan de orde komt betreft de vraag „hoe de nascholing te bevorderen”. M.i. zijn de voornaamste media: cursussen, practica en groepsbesprekingen. Dit wordt hieronder toegelicht.

a) *Cursus*

Het is mijn overtuiging, dat de cursus in hoofdzaak een tijdelijke voorlichtingsvorm zal moeten zijn, die moet dienen om de hiaten in de universitaire opleiding te vullen zolang deze voortduren. Een belangrijk verschilpunt met de verplichte leergang aan de universiteit ligt in het feit, dat een huisartsencursus aan ervarenen en aan vrijwilligers wordt gegeven, met andere woorden aan hen die emotioneel positief ten aanzien van het gebodene staan. Reden te meer daarom voor zorgvuldige bezinning op inhoud en vorm van de cursus, ten einde de werkelijk geïnteresseerde er maximaal aan te blijven binden. Als voorbeeld dienen de algemeen sociaal-medische oriëntering (zoals bijvoorbeeld het experiment voorgesteld in de Commissie Sociale Geneeskunde van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst), en een opleiding in statistiek (zoals bijvoorbeeld gegeven door het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde voor de medisch-biologische sectie van de Nederlandse Vereniging voor Statistiek). Te denken ware verder aan cursussen in het opnemen van een biografische en sociale anamnese; de psychologie van alle dag; de interpretatie van klachten en symptomen etc. — stelling no. 13 van WEYEL, diss. 1958. Dit zou tegelijkertijd practicum en een stuk research kunnen zijn.

b) *Practicum*, bijvoorbeeld practicum in teamsgewijs onderzoek van moeilijke gevallen. Hierin leert de arts zijn medisch-biologische visie als standpunt te plaatsen en dit te relativeren tegen de psychologisch-psychiatrische en de maatschappelijke standpunten. Daarnaast leert hij bewuster zijn intuïtief en halfbewust aanwezige kennis van psycho-sociale aspecten van ziekte te gebruiken, en de therapeutische mogelijkheden die de maatschappie biedt beter te benutten.

c) *Groepsbesprekingen*, mits onder zeer deskundige leiding gegeven *), zouden wetenschappelijke en praktische inzichten ontleend aan multi-pele ervaring tot gemeengoed van de huisartsen kunnen maken. Door de ervaring van de huisarts te confronteren met die van de specialist inzake

*) Het plan van het N.H.G.-bestuur een cursus „Discussietechniek en Leiding-given” te organiseren, verdient in dit verband aandacht!

onderwerpen, die aan beiden vertrouwd zijn, zouden tal van vitale capita selecta uit de huisartsengeneeskunst op een hoger plan kunnen worden gebracht. Een zorgvuldige programmakeuze zou de efficiency kunnen verhogen. Zonder hier in programmapunten te willen afdalen wil ik hier wijzen op mogelijkheden om tot een „programma” te komen via de faseproblematiek: de gezondheidsvraagstukken die de arts met ijzere regelmaat tegenkomt in de diverse ontwikkelingsphases van de mens (zuigeling, kleuter, ouden van dagen).

d) *Het maandblad: Huisarts en Wetenschap*

Uit de hierboven besproken methodiek van aanpak kan een schat van informatie voortvloeien die in een vorm kan worden gegoten zodanig, dat via „Huisarts en Wetenschap” het besprokene ter beschikking van alle huisartsen komt, bijvoorbeeld in de vorm van klinische lessen en samenvattende overzichten over een onderwerp. Vanzelfsprekend is ook hier niet gepoogd tot een volledig overzicht te komen. De onder a)–d) genoemde mogelijkheden zijn slechts de m.i. belangrijkste mogelijkheden die voor realisatie in de naaste toekomst in aanmerking komen.

De netelige vraag *wie* de voorlichting (nascholing) zullen moeten geven is tot het laatst bewaard. Uit het voorgaande zal zijn gebleken, dat het de huisartsen zelf zullen moeten zijn die de voornaamste impetus zullen moeten geven, zij het dat ze daarbij voortdurend een beroep zullen moeten doen op deskundigen, specialisten op diverse terreinen. De zaak ligt hier niet wezenlijk anders dan aan het praktische en het wetenschappelijke front. Kortom, op het terrein van de huisartsengeneeskunst —praktisch, wetenschappelijk en voorlichtend — zal de huisarts zelf de centrumpositie moeten innemen, maar zich vanzelfsprekend, waar nodig, ook weer *ad hoc* moeten bedienen van specialistische deskundigheid.

Opmerking: wanneer men het met schrijver eens is dat elk van deze 12 deeltaken door de huisarts ter hand moeten worden genomen, is het zeer de vraag of zulks bij een praktijkgrootte van bijvoorbeeld 3500 zielen nog mogelijk is. Bij een intensieve bewerking van de praktijk, zoals die hier wordt voorgestaan, zullen beperking van het patiëntenaantal en een hogere honorering per patiënt wel onontkoombaar zijn.

EPICRISE

inhoudende enkele samenvattende algemene opmerkingen over de status van de huisarts, de ontwikkelingen waaraan deze onderhevig is, de toekomstmogelijkheden van de huisartsenstand in ons land en de rol die de huisartsen daarin zelf zullen hebben te spelen.

„te zijn geboren en bedreigd getogen
in betwist grensgebied

een onzeker lot,
maar door Uw geest aanvaard met open ogen”

schrijft *Roland Holst* over een andere creatieve functionaris.

Een onzeker lot, in betwist grensgebied — inderdaad! Onvoldoende op zijn taak voorbereid, zonder duidelijke opdracht, zonder omschreven verantwoordelijkheden, zich niet ten volle bewust van zijn functies ten opzichte van patiënt en maatschappij, onvoldoende bekend met de mogelijkheden die het grote maatschappelijke apparaat hem biedt, zonder gesprekspartner bij het grootste deel van zijn werk en veelal aan niemand dan aan zichzelf verantwoording schuldig, zo is voor de huisarts de toestand op het ogenblik.

Wanneer zijn rechten en plichten zo weinig omschreven zijn en hem zo onduidelijk voor ogen staan, kan het welhaast niet anders of de huisarts moet zich onzeker en — ondanks de schijn van een grote vrijheid — in hoge mate onvrij gevoelen. Hij verkeert enigszins in dezelfde situatie als die begaafde jongeman, die niet dat succes had dat men van hem verwachtte, en waarvan men zeide, dat hij alle gaven had, behalve de gave er het juiste gebruik van te maken.

Het gevoel van niet geheel vrij te zijn en steeds meer van de resterende vrijheid in de beroepsuitoefening te verliezen vloeit voort uit allerlei veranderingen in het maatschappelijk bestel, die een terugslag hebben op de eigen status. Dit is eensdeels objectief en rationeel als complement op de wijzigingen in de arbeidssituatie, anderdeels ook sterk subjectief beleefd door de grote mate van onzekerheid over eigen status, functies, taken en doelstellingen bij de taakuitoefening.

Niet gering is wat van de huisarts wordt verlangd. Hij moet, als steeds, geheel alleen belangrijke beslissingen nemen, maar van oudsher heeft hij geleerd in betrekkelijke eenzaamheid zelfstandig te opereren. Nu wordt daarnaast en in toenemende mate samenwerking van hem vereist

samenwerking met zijn staf van praktijkassistente, apothekersassistente, wijkverpleegster (formeel geen staffid, functioneel onmisbaar in de staf), en in de toekomst mogelijk de maatschappelijk werkster. In zekere zin behoort hiertoe ook de apotheker;

samenwerking met specialisten, poliklinieken en met het klinische apparaat;

samenwerking met een vast of tijdelijk samengesteld team in verband met integraal-gestoorde of multi-probleempatiënten;

samenwerking met het steeds groeiende sociaal-medische en sociale apparaat — de huisarts kan de figuur zijn die de betekenis van alle registers aan het grote sociale orgel kent en dit waar nodig weet te bespelen;

samenwerking in het collectief van huisartsen, in verband met collectieve taken;

samenwerking in de zin van een verdiept gesprek in een forum van (huis)artsen;

samenwerking eventueel met wetenschappelijke instituten in verband met het wetenschappelijk verwerken van praktijkgegevens.

De huisarts moet weten wanneer hij routinematig kan werken, maar in elke situatie die dit eist ook kunnen overstappen naar een andere werkwijze die diepergravend is. De huisarts moet enerzijds grote aantallen patiënten behandelen, anderzijds zich alleen of tezamen met anderen diepgaand in de problemen van een fractie van zijn patiënten verdiepen. Quantiteit en kwaliteit zijn de polen waartussen zijn arbeidsterrein gespannen ligt.

De huisarts moet enerzijds zaken zelf oplossen, anderzijds anderen te hulp roepen voor zaken waarvoor gespecialiseerde deskundigheid vereist is. Ook tussen deze polen ligt zijn verantwoordelijkheidsbereik.

De huisarts moet somatoloog zijn, geneeskundige in de klassieke zin van het woord, maar hij moet ook aandacht hebben voor psychologische reactiestructuren en milieu-omstandigheden. Wederom 2 polen.

De huisarts moet curatief gericht zijn in zijn belangstelling, maar onder de gegeven omstandigheden in toenemende mate ook interesse opbrengen voor preventie, nazorg, revalidatie. Zijn terrein ligt uitgestrekt tussen de klinische en de sociaal-medische pool.

Is het niet begrijpelijk dat hij, dit alles belevend, onzeker is in de vele dilemma's waarin hij voortdurend werkt, roept om meer klaarheid ten aanzien van vele aspecten van zijn status in deze gecompliceerde arbeidsverhoudingen?

Wat houdt het begrip „status” in? Wat zit er vast aan onzekerheid

hieromtrent? Vooral nu het jonge Huisartsen Genootschap bezig is zich te verdiepen in zaken die de huisarts regarder, was het aangewezen dieper op een zo fundamentele zaak als de status van de huisarts in te gaan.

Onze status, zegt een schrijver over deze term ((²⁷) pag. 113), is een *distinctivum*, dat inhoudelijk de bundeling is van onze rechten en plichten; het neemt een belangrijke plaats in in onze belevingswereld. Wanneer we, zoals de huisarts op het ogenblik, in onzekerheid leven ten aanzien van de inhouden van onze status, niet precies onze plaats weten en niet precies weten wat onze functies zijn in het maatschappelijk bestel, dan betekent dat onzekerheid, mogelijk een gevoel van miskend te zijn, een aantasting van het zelfrespect met alle gevolgen van dien, zoals neiging tot zelfbeklag, zelfs tot agressiviteit.

Volgens een andere schrijver (²⁵) is onze status „onze positie in een bepaalde (sociale) structuur” of zo men wil „de som van de rollen die wij hebben te spelen, ideëel zowel als actueel ((⁵³) pag. 160). De ideale rol ligt verankerd in normatieve standaarden en is conventioneel bepaald en erkend (zegt ACHTERBERG (³⁰) pag. 3).

Het is de vraag of dit nog geldt voor een statusdrager als de huisarts, die eens heer en meester over een groot terrein was, en thans nog slechts één is van velen die gezamenlijk voor de bewerking er van aansprakelijk zijn.

In plaats van *conventioneel* bepaald kan men beter stellen *door de vorm en de actuele structuur van de samenleving bepaald*. De „ideale, normatieve standaarden” van zijn rol zijn immers voor de huisarts onder de huidige omstandigheden nog niet vast geformuleerd, terwijl de wijze waarop hij zijn rol speelt en zijn taken vervult ten nauwste samenhangt met zijn persoonlijke opvatting. Kortom, de status van de huisarts en zijn functies in de gezondheidszorg verkeren in een overgang, zijn in transitie.

Het statusverlies dat de huisartsenstand heeft geleden gedurende de fase van snelle ontwikkeling der specialistische geneeskunde en van de sociaal-medische voorzieningen, en niet minder door de veranderingen in het waarderingssysteem in een wereld waarin het specialisme hoogtij viert, is op het ogenblik — men constateert het dankbaar — oorzaak van een nieuwe bezinning op deze materie door een collectief van huisartsen.

Het herstel van de status van de huisarts zal dan in de eerste plaats afhangen van een nieuwe functie-omschrijving op moderne ideaalstellingen gebaseerd, die in de boezem van het collectief van huisartsen moeten rijpen. Vervolgens zal dit herstel afhankelijk zijn van de mate waarin de nieuwe normen collectief worden aanvaard, en van de technische onderbouwing hiervan op de diverse niveau's van wetenschappelijk werk, onderwijs, nascholing, voorlichting en organisatie. Tenslotte is de wijze, waarop de huisarts zich van zijn nieuwe taken zal kwijten, beslissend.

Wanneer in dit verband naar de smaak van vele huisartsen de nadruk mogelijk wat te veel op de betekenis van het „collectief” wordt gelegd, dan

geschiedt dat toch welbewust in de overtuiging dat de eenzaamheid en het isolement waarin de meeste huisartsen werken, wel de slechtst denkbare situatie is voor het op hoog niveau brengen en houden van zijn weten en kunnen. Een wetenschappelijke vereniging, zoals bijvoorbeeld het Huisartsen Genootschap, kan m.i. een vitale rol spelen bij de opheffing of vermindering van dit impedement, bijvoorbeeld door het aanmoedigen van forumdiscussies.

De voornaamste oorzaak van het gemakkelijk afglijden in de sfeer van kortsluitingen is wel het voortdurende tijdgebrek: gebrek aan tijd voor een geregeld contact tussen huisartsen onderling, gebrek aan tijd zelfs voor het voldoende tot ontwikkeling komen van een goed gesprek met de patiënt. Een belangrijke klacht, die men alom onder patiënten kan vernemen, is de geringe mogelijkheid tot een rustig gesprek met de huisarts over vitale problemen die de patiënten bezighouden. Daarbij komt het ontbreken van een scholing in de dagelijks vereiste technieken (B-scholing vlg. GROEN) waardoor de huisarts reeds met een onzekere en afwerende houding de praktijk intreedt, terwijl het ontbreken van een gerichte nascholing en voorlichting er bovendien toe leidt, dat hij het in zijn werk veel meer zoekt in een zelfgevonden slagvaardige houding, die vaak nogal afwerend is, dan in een wetenschappelijk en psychologisch op de materie afgestemde benaderingswijze.

Het prestige van de huisarts hangt af van de mate van waardering die men voor zijn werk heeft. Deze waardering berust enerzijds op zijn prestaties, maar met het oog op de zo kwetsbare arts-patiënt relatie niet minder op zijn houding, die in niet geringe mate afhangt van zijn zelfbewustzijn. Het Genootschap, en allen die zich voor de toekomstige status van de huisarts verantwoordelijk achten, zullen zich op grond van deze en andere overwegingen hebben te verdiepen in het magma van opgaven waarmee de huisartsen dagelijks worstelen. Daartoe moeten grondfuncties en verantwoordelijkheden van de huisarts op zodanig algemene wijze worden geformuleerd, dat daarover enerzijds communis opinio ontstaat, anderzijds voldoende speelruimte overblijft voor persoonlijke aanleg, ervaring en voorkeur van de arts (de in deze studie geformuleerde deeltaken zijn bedoeld als bijdrage tot deze discussie). Rest dan nog de omvangrijke taak zich te moeten beraden over de vraag hoe deze functies technologisch moeten worden onderbouwd op de diverse niveau's van opleiding, na-opleiding, dagelijkse voorlichting, organisatie, coördinatie, integratie en administratie. Het optreden van het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft in dit verband verwachtingen gewekt. De tijd is gunstig en de huisarts heeft belangrijke medestanders bij zijn streven, zoals: het onbehagen van de huisarts zelf in de bestaande toestand; de omslag van een houding van protest en zelfbeklag in een houding van constructieve belangstelling; de traditie die voor de huisarts een plaats opeist in het Nederlandse gezin; en de steeds groeiende en kostbaarder wordende specialistische apparatuur die

zichzelf in het onbetaalbare leidt. De huisarts (of als alternatief de Overheid!!) zal tenslotte tegenover deze centrifugale krachten, de bindende, centripetale, coördinerende moeten leveren.

Een sociaal-medische stelling zou kunnen luiden: er zijn nooit volksgezondheidsvraagstukken gesaneerd en zij zullen ook nooit worden gesaneerd door eenmansactiviteiten aan het curatieve front alleen. Gezien tegen deze achtergrond vormen de individuele activiteiten van de huisarts evenzovele voorbeelden van Sisyphusarbeid.

Wanneer de Nederlandse huisartsen zich collectief tot een sanerende arbeid verbinden kan dit veel wijdere perspectieven openen en belangrijke consequenties voor de huisartsenstand hebben. Gedragen door een collectief bewustzijn zullen ze althans ten dele uit de sfeer van individueel verricht casuïstisch werk kunnen worden uitgeheven tot het vlak van collectieve taken en hierdoor een belangrijker sanerende volksgezondheidsstaak kunnen hebben dan tot dusver mogelijk was.

In ons land heeft nu, evenals vroeger, nog steeds iedere patiënt zoals dat heet „zijn eigen huisarts”. Deze is als arts uiteraard algemeen medisch geschoold. Wil hij „huis”arts kunnen zijn, dan is een specifieke nascholing vereist. In het „eigen” ligt de vertrouwensrelatie, het vertrouwen dat de huisarts op de hoogte is van het hele complex van levensomstandigheden van de patiënt, het vertrouwen dat hij met deze kennis de patiënt kan dienen. In het bezittelijk voornaamwoord „zijn” ligt tenslotte de vaste relatie, de persoonlijke verantwoordelijkheid. Het alternatief ligt in wat er gebeurt wanneer — zoals in bepaalde klinische centra — de verantwoordelijkheid voor de patiënt van één persoon naar een groep personen wordt overgeheveld. De verantwoordelijkheid voor de patiënt komt dan in administratieve handen en wordt een ambtelijke, overheidsaangelegenheid. Maar al te dikwijls rijst dan de vraag: „wiens patiënt is dit?” (54, 26).

Dit nu is volgens onze opvattingen in tegenspraak met de inhouden van het morele contract, dat de huisarts met zijn patiënt stilzwijgend sluit wanneer hij deze onder behandeling neemt. De patiënt immers doet in vrijheid een beroep op het geweten (55) en op de vakkennis van de arts van zijn keuze. Pas zodra deze relatie verstoord wordt, komt de hooggewaardeerde vrijheid van het medisch handelen in het geding. Onvrij wordt de arts, wanneer hij door de bemoeienissen van anderen wordt gehinderd in het nakomen van de door hem ten aanzien van de patiënt aanvaarde verantwoordelijkheden.

De zozeer gewaardeerde en essentieel geachte vrijheid moet de huisarts in de gegeven situatie beschermen en waar nodig heroveren door bewust zijn functies te formuleren, de daaruit voortvloeiende taken op zich te nemen, de daaraan verbonden verantwoordelijkheden op te eisen.

De huisartsen zelf zullen zich hebben te bezinnen op de inhouden van hun werk onder de gewijzigde omstandigheden, op hun rechten en plichten. Er mag niet worden gerekend op de gezondheid en de compleetheid

van ideeën van anderen. Er moet evenwel op worden gewezen dat de huisartsen hun functies en taken in de complexiteit der moderne gezondheidszorg niet meer geïsoleerd, als op zichzelf staande grootheden, kunnen opvatten. De kwestie van taakverdeling naar „boven” (specialisten) en „beneden” (hulpkrachten), of meer algemener de kwestie van de verdeling der functies over een aantal functiedragers, zal steeds mede moeten worden bezien. Dit roept op zijn beurt het vraagstuk op van de samenwerking, de organisatie, de coördinatie van werkzaamheden.

Wanneer men in grote lijnen het taakgebied van de huisarts heeft afgebakend, zal er naar dienen te worden gestreefd van de huisartsenpraktijk, zij het éénmansbedrijf dan wel groepspraktijk, een „functionele unit” te maken, waarvan de hulpkrachten onderdelen zijn en voor welks functioneren de huisarts verantwoordelijk is, maar waarvoor hij krachtens opleiding en verdere vorming ook werkelijk verantwoordelijk moet kunnen zijn. Onze verbrokkelde gezondheidszorg roept om samenwerking. Ergens zal een begin moeten worden gemaakt met een doelbewuste coördinatie in de zorg voor de individuele mens en wel in twee richtingen: coördinatie van activiteiten die successievelijk nodig zijn tijdens de achtereenvolgende levensfasen van de mens tot wie de zorg zich uitstrekt, en coördinatie daar waar tegelijkertijd meerdere bemoeienissen plaatsvinden.

Bij een moderne taakopvatting van de huisarts zullen zijn verantwoordelijkheden niet uitsluitend meer kunnen liggen in het uitvoerende vlak van de a-deux-situatie, in het contact tussen hem en zijn patiënt. Een taak in het coördinerende vlak zal met het gecompliceerder worden der verhoudingen in de gezondheidszorg eveneens groeien en belangrijker worden. Wanneer de huisarts zich niet opwerpt tot coördinator, zullen anderen het doen! *Hier* ligt m.i. voor de huisarts de kans zich zijn centrale plaats in de zorg voor de individuele mens en zijn gezin te heroveren.

„De integratie in de individuele gezondheidszorg moet” — zo schrijft SUNIER ((²¹) pag. 101) — „tenslotte tot stand komen, doordat de werkers in de openbare gezondheidszorg zich bewust zijn van hun potentiële rol in deze richting, die een gevolg is van de breedheid van het spectrum van de diagnostische technieken waarin ze zijn opgeleid, alsmede van hun ervaring” . . . en voegt hij daaraan toe „laat de revolutie van de collaborateurs in het veld der menselijke noden van de frontlijn komen en niet van de top. Tenslotte zal dit resultaten afwerpen en zullen de leiders opstaan voor dit zeer belangrijke doel, eenheid van actie tussen publiek, mensen in nood en de deskundigen”.

Aan de huisarts uit te maken in hoeverre hij zich geroepen voelt een van deze natuurlijke leiders te zijn. Aan hem is thans het woord.

Leiden, Mei 1959.

SAMENVATTING, CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Algemene opmerkingen vooraf

1. Door een toenemende fragmentatie van de zorg voor het zieke individu onder invloed van de steeds groter wordende specialisatie enerzijds en de steeds toenemende organisatie van onderdelen van de gezondheidszorg door de overheid anderzijds, worden aan de huisarts taken ontnomen, wordt zijn status ondermijnd. Dit noodzaakt de huisarts zijn eigenlijke opdracht en verantwoordelijkheden te formuleren.
2. De individuele huisarts kan vanzelfsprekend aan deze ontwikkeling niet het hoofd bieden. Door collectief stelling daartegen te nemen zal hij betere kansen hebben de huisartsengeneeskunst op niveau te houden, c.q. te brengen.
3. Na een aanvankelijk wat defaitistische phase in de opvattingen van de Nederlandse huisartsen ten aanzien van eigen status en toekomst kan men thans van een réveil spreken, nationaal en ook internationaal.
4. Het is daarom opportuun thans te komen tot een heroriëntatie over status, functies, taken, verantwoordelijkheden van de huisarts onder de gegeven omstandigheden in volksgezondheid en gezondheidszorg.
5. Door zich te organiseren en zich te conformeren aan de in hun organisatie ontwikkelde codes en standaarden wordt niet alleen extensie gegeven aan de mogelijkheden van de huisarts individueel, maar zal bovendien zijn status als centrale figuur in de gezondheidszorg beter worden gefundeerd en gegarandeerd.
6. Een grondtaak voor de Nederlandse huisartsen is zich te verdiepen in potentialiteiten en mogelijkheden die een collectief van huisartsen biedt, vergeleken met het individueel stelling nemen volgens eigen standaarden. Schrijver ziet als centrale opgaven hiervoor:
 - a. een conceptie betreffende *inhouden* van de huisartsengeneeskunst nader uit te werken;
 - b. het ontwikkelen van daarop afgestemde *technologie*;
 - c. het in het leven roepen van organisatievormen en een *apparatuur* die een en ander zal moeten realiseren.

7. Wanneer de Nederlandse huisartsen niet slagen in het volvoeren van hun doelstellingen ten aanzien van de huisartsengeneeskunst, dreigt de huisarts het gevaar van ongevraagd afgenomen dan wel opgelegde taken en het overgaan van het initiatief op de overheid.

Doelstelling van het onderzoek

8. Door middel van directe observaties in een aantal huisartsenpraktijken is gepoogd tot een functionele plaatsbepaling te komen van de huisarts in het geheel der voorzieningen van de Nederlandse gezondheidszorg.
9. Er is van uitgegaan dat deze voorzieningen tezamen idealiter een samenhangende organisatie vormen, waarin het collectief van huisartsen het grootste orgaan is.
10. Uitgaande van deze gedachte is gepoogd de functies van dit „orgaan” te formuleren.
11. Het onderzoek werd door schrijver vanuit het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde uitgevoerd in praktijken van leden van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het Genootschap. Voor het Instituut bood het een goede mogelijkheid tot verdieping van inzicht inzake mogelijkheden van preventieve gezondheidszorg door de huisarts.

Methodiek

12. Het ontbreken van richtlijnen voor onderzoek betreffende een adequate en functionele inpassing van functionarissen in de gezondheidszorg in het grotere geheel en de tamelijk ongefundeerde wijze waarop deze inpassing geschiedt, doet twijfel rijzen aan een voldoende coördinatie in de gezondheidszorg en aan de doelmatigheid van een aantal aspecten van het werk van sommige functionarissen.
13. Speciaal wat de huisarts betreft, bestaat ernstige twijfel aangaande zijn doelgericht en doelmatig ingepast zijn in de gezondheidszorg. Deze twijfel wordt nog versterkt wanneer men bedenkt dat zijn gehele opleiding in specialistische handen is, terwijl de op zijn terrein deskundige daarbij geheel wordt gemist. Bovendien ontbreekt een specifieke nascholing, waardoor zijn opleiding defectueus en een relict uit de voorspecialistische aera der geneeskunde is.
14. Doelmatigheidsonderzoek als onderdeel van sociaal-medische research is weinig ontwikkeld en methodisch zwak.

15. Ook de bedrijfsorganisatorische vakliteratuur verschaft weinig of geen richtlijnen voor de uitvoering van een taakanalyse in een gecompliceerde arbeidssituatie zoals die van de huisarts en algemener voor iedere functionaris in de gezondheidszorg.
16. Door het ontbreken van richtlijnen voor doelmatigheidsonderzoek in het algemeen en voor het analyseren van een gecompliceerde functie als die van de huisarts in het bijzonder, is voor het verkrijgen van meer inzicht de klassieke, klinische methode van observatie der situatie gekozen, gevolgd door interpretatie der resultaten, een en ander tegen de achtergrond der beschikbare literatuur.
17. Evenals in het onderzoek van Taylor is tot object van onderzoek geen steekproef uit de Nederlandse huisartsen gekozen maar een selectie van als goed georganiseerd bekend staande praktijken.
18. Niet is gelet op individuele afwijkingen, c.q. fouten in verband met algemeen aanvaarde standaarden (gesteld dat deze zouden zijn aan te geven). Getracht werd slechts in iedere situatie ten opzichte van de patiënt indicaties te formuleren, desiderata voor hetgeen in de situatie vereist werd van de huisarts dan wel van de overige voorzieningen. Op de reële uitvoering werd niet gelet.
19. Bij de observatie werd gepoogd inzicht te verkrijgen in:
 - a. aard en omvang van de volksgezondheidsvraagstukken die de huisarts voorgelegd krijgt;
 - b. het totale medische taakgebied ten aanzien van deze vraagstukken;
 - c. het aandeel van de huisarts hierin.
20. Het voortdurend veranderen van het morbiditeitspatroon in een populatie maakt dat ook het verantwoordelijkheidsbereik van de huisarts kwantitatief en kwalitatief aan wijzigingen onderhevig is. Taakanalyses (c.q. morbiditeitsanalyses zullen op grond van deze overwegingen van tijd tot tijd herhaald dienen te worden.

De dagelijkse routine van de huisarts, kwantitatief

21. Grondgegeven: 10 praktijken werden gedurende ieder één etmaal (uitgezonderd een maal 1½ etmaal) geobserveerd. Gezien werden 707 patiënten, met 807 aandoeningen op een totaal van ± 35.500 zielen. Per etmaal werden bij een gemiddelde praktijkgrootte van 3.500 zielen 70 patiënten gezien met 80 aandoeningen. Bij een gemiddelde behandelingsfrequentie van 7 patiënten per uur heeft een huisarts met een praktijk van ± 3.500 zielen een gemiddelde

arbeidsdag in het contact met zijn patiënten van ± 10 uur. Per 1.000 patiënten heeft een huisarts met een niet te zeer afwijkende praktijkgrootte ± 18 dagelijkse contacten.

22. Per (werk)etmaal heeft de gemiddelde huisarts contact met $\pm 1,5$ — $1,9\%$ der individuele mensen van de gehele bevolking, hetgeen neerkomt op ± 6 à 8% der Nederlandse gezinnen! Dit cijfer duidt op grote mogelijkheden van gericht en collectief door de gezamenlijke huisartsen gevoerde acties van curatieve, preventieve of opvoedende aard.
23. Met een gesprek over de mogelijkheden tussen de methodoloog en de potentiële uitvoerder van „health education” programma's, i.c. de huisarts, lijkt op grond van deze overweging de gezondheidszorg zeer gediend.
24. Bekend is dat bepaalde probleem mensen en probleemgezinnen, die slechts een geringe fractie der bevolking omvatten, een onevenredig groot gedeelte van de energie van de huisarts (en anderen) opeisen. Over een in gang zijnd onderzoek dat zal moeten leiden tot het karakteriseren, localiseren en quantificeren van deze groepen, zal in aansluiting aan deze oriënterende studie worden gerapporteerd.
25. Morbiditeitsstudiën, door de huisartsen gezamenlijk uitgevoerd, zullen over deze en andere onopgeloste vraagstukken meer licht moeten verschaffen. Zij zullen tevens kunnen bijdragen tot de fundering van acties zoals bedoeld onder 22 en 23.

De dagelijkse routine van de huisarts, kwalitatief

26. Dagelijks presteren de Nederlandse huisartsen gezamenlijk 150.000 à 200.000 verrichtingen bij $1,5$ à $1,9\%$ van 11.000.000 mensen, waarvan $\pm 1/3$ wegens nieuwe ziektegevallen, $\pm 2/3$ in verband met gevallen die reeds in behandeling zijn. De collectieve bijdrage van de huisarts aan de volksgezondheid is een product van quantiteit en kwaliteit van zijn bemoeiingen. In deze studie is alleen aandacht geschonken aan *systematische* aspecten van de kwaliteit van het huisartsenwerk, niet aan persoonlijke, incidentele defecten daarin.
27. Gezien de vele dagelijks terugkerende verrichtingen is een routinematige uitvoering van een groot deel der praktijk een noodzaak; de aard van vele aandoeningen eist een diepgaande bemoeienis die het tegendeel is van een routinehandeling. Tussen de scylla van een te zware belasting en de charybdis van een oppervlakkige, routinematige praktijkvoering beweegt zich het werk van de huisarts.

28. Wil de huisarts in staat zijn tot welgefundeerd en verantwoord routinewerk, dan zal hem een aan de technieken der routines aangepaste nascholing niet mogen worden onthouden.
29. Ook de voorlichting bij zijn dagelijks werk zal veel meer dan tot nu toe het geval is geweest op deze routines gericht dienen te zijn.
30. Terwijl de huisarts een aantal technieken routinematig moet beheersen zal hij de zich presenterende aandoeningen in het licht van levens- en gezinsomstandigheden moeten kunnen beoordelen en behandelen. Hiervoor zal hij ook een technische scholing dienen te krijgen.
31. Dit dilemma, dit verdeeld zijn tussen het leveren van quantiteit en kwaliteit, heeft zijn consequentie voor de organisatie en de uitvoering van de praktijk. Voortdurend zullen de tijdvragende problemen uit de stroom der routinezaken moeten worden gelicht en op speciaal hiervoor gereserveerde tijd onderzocht.
32. Het principe van de afspraakspreekuren wordt in het licht van deze overweging van wenselijkheid tot noodzakelijkheid. Ook de honoreringskwestie zal drastisch moeten worden geregeld.

De patiëntenstroom, quantitatief

33. Dagelijks presenteren zich meer dan 50.000 mensen met een nieuwe aandoening bij de gezamenlijke Nederlandse huisartsen.
34. Een nadere analyse van deze morbiditeit zoals zij zich aan de huisarts presenteert is van het grootste belang voor een betere fundering van een aantal curatieve, preventieve en voorlichtende activiteiten door huisarts en anderen, ongeacht hun waarde voor epidemiologisch onderzoek.
35. Het dagelijkse contact van de gezamenlijke huisartsen met reeds in behandeling zijnde (acute en chronische) zieken bedraagt rond 100.000.
36. Deze cijfers geven een onvolledig beeld van de totale morbiditeit op een bepaald ogenblik, daar de in ziekenhuis en sanatorium opgenomenen hier buiten vallen, terwijl ook niet bekend is hoe groot de frequentie van bepaalde, voor behandeling en preventie toegankelijke aandoeningen is onder de „gezonde” bevolking.
37. Ongeacht deze beperkingen zijn voor een meer gericht opleiding, nascholing en voorlichting voor het huisartsenwerk, morbiditeitscijfers, door huisartsen gezamenlijk te verschaffen, van essentieel belang.

De patiëntenstroom, kwalitatief

38. Bij nadere beschouwing blijkt „het continuüm”, de stroom van patiënten die de huisarts in zijn werk ontmoet, discontinu te zijn wat betreft de vorm van zorg die iedere fractie vereist. De fracties zijn de volgende
- a. een fractie die zich min of meer routinematig afdoend laat behandelen (keuringen, contrôles, vaccinaties, routine-onderzoek — bijvoorbeeld op diabetes —, wondbehandeling en vele andere). Deze fractie omvatte $\pm 60\%$ van alle gevallen;
 - b. een fractie bestaande uit mensen die wegens bestaande afwijkingen onder contrôle of chronische behandeling zijn (patiënten met pernicieuze anaemie, rheuma, hart- en vaatziekten, degeneratieve ziekten, geriatrische aandoeningen, psychiatrische syndromen etc.). Deze fractie, die $\pm 15\%$ van het totaal bedraagt, eist een revaliderende instelling bij de huisarts en veel samenwerking met andere instanties;
 - c. een fractie die wegens nieuw opgetreden klachten of verschijnselen uitgebreid onderzoek eist (enkele procenten);
 - d. een fractie die wegens problemen van persoonlijke aard tijd vergt voor een rustig gesprek;
 - e. een fractie patiënten die stamt uit de probleemgezinnen in de praktijk, uit de „onhygiënische groepen” in de maatschappij, en waarbij een integraler onderzoek vereist wordt dan de huisarts alleen kan geven. Tezamen met categorie d., waarmede vloeiende overgangen voorkomen, omvat deze ± 20 à 25% van alle gevallen.
39. Onopgelost ligt de vraag of bij de gebruikelijke wijze van werken de huisarts alle aandoeningen in een voldoende vroeg stadium op het spoor komt, c.q. of een meer actieve methode (bijvoorbeeld P.G.O. voor gezonden) naast de klassieke werkwijze aanbeveling verdient.
40. In verband met de voor de belasting van de huisartsen en de totale apparatuur van de gezondheidszorg zo belangrijke groep „probleempatiënten” moeten de adaequate detectie-, diagnostische en therapeutische c.q. revaliderende technieken nog worden ontwikkeld. Gezien het grote belang van deze groep dient aan de ontwikkeling hiervan met voorrang de grootste aandacht te worden geschonken.
41. Gezien het gecompliceerde van de problematiek, die deze groep stelt, zal werken in teamverband noodzakelijk zijn, zowel bij onderzoek als bij behandeling. Ook buiten het team in engere zin waar-

van de huisarts leider zou kunnen zijn, zal sterk op coördinatie en samenwerking in de zorg voor deze groepen moeten worden aangestuurd.

42. Ten aanzien van deze probleemgroep is niet alleen ieders routine in de zin van symptoombehandeling uit den boze, ook wat de organisatie van de praktijk betreft eisen deze gevallen een andere aanpak. Afspraakspreekuren vormen door het bestaan van deze groep een gebiedende eis.

De situatie in de volksgezondheid

43. Voor een gedetailleerd inzicht in de actuele volksgezondheidssituatie zijn morbiditeitsgegevens onmisbaar. Een collectief van huisartsen kan deze verschaffen. Voor de ontwikkelingstendenties in de volksgezondheid zijn longitudinale morbiditeitsstudies nodig.
44. Door het ontbreken of defectueus zijn van de onder 43 bedoelde gegevens was het slechts mogelijk de meest op de voorgrond tredende tendenties in de volksgezondheid op te sommen, nl.:
- afnemende sterfte in jongere leeftijdsgroepen met stijging der gemiddelde leeftijd;
 - relatieve afname van ziekte onder jongere bevolkingsgroepen met relatieve stijging van ziekte en invaliditeit onder oudere mensen;
 - relatieve afname van het belang van acute ziekte, relatieve stijging van de betekenis van chronische ziekte en invaliditeit;
 - stijgende betekenis van revalidatie;
 - verplaatsing van een deel der medische interesse van het cureren naar revalidatie;
 - afnemend van de betekenis van specifieke pathogene momenten, relatieve stijging van de rol die aspecifieke pathogene momenten als „stress-factoren” spelen;
 - samen hiermede eisen psychische en milieuproblemen in toenemende mate aandacht van de arts;
 - het relatief belangrijker worden van het sociale aspect in de medische problematiek eist intensieve samenwerking met de bestaande sociaal-medische en sociale apparatuur;
 - dit stelt ook nieuwe eisen aan de medische scholing, speciaal die van de huisarts;
 - dit vraagt van de arts de beheersing van adaequate technieken, gespreks- en anamnesetechniek, psycho-therapie, kennis van het sociale apparaat en de techniek van het bespelen hiervan;

- in verband met dit alles krijgt het defect (door ziekte of invaliditeit) als zodanig een minder centrale plaats in het medisch denken en handelen; de totale situatie en de aanpassingsmogelijkheden van de (partieel) defecte mens komen centraler te staan dan het defect per se;
- de fragmentatie van de zorg voor de patiënt doet in toenemende mate de behoefte rijzen aan meer coördinatie in de zorg, o.a. door teamsgewijze arbeid.

De positie van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg

45. Door de verschuivingen in de gezondheidszorg der laatste decennia (sterke ontwikkeling van het medisch specialisme en van de sociaal-medische apparatuur) is de status van de huisarts onbepaald geworden. Gewezen werd op de noodzaak van duidelijke formuleringen van de verantwoordelijkheden van de huisarts onder de nieuwe omstandigheden.
46. Gewezen werd op de eenzaamheid, het isolement waarin de huisarts (vooral in de grote stad en het platteland) werkt. Alles wat de huisarts uit zijn isolement kan halen verdient aandacht van de Nederlandse huisartsenorganisaties en van die instanties in de gezondheidszorg die voor zijn werk mede aansprakelijk zijn.
47. Gewezen werd op factoren die medewerken in de richting van het herstel van de status van de huisarts, zoals:
 - de Nederlandse traditie die voor hen een plaats opeist,
 - de constructief gerichte belangstelling in huisartsenkringen zelf,
 - het min en meer onbetaalbaar worden van de specialistische apparatuur,
 - de algemeen gevoelde behoefte aan bindende, coördinerende krachten in de gezondheidszorg voor de individuele mens.
48. De huisarts zal zelf vorm en inhoud moeten geven aan zijn nieuwe status en zelf zorg moeten dragen voor de uitvoering van zijn taken en verantwoordelijkheden om niet het gevaar te lopen dat een en ander buiten hem om zal worden geregeld.

De taken van de huisarts

49. Het taakgebied van de huisarts wordt beperkt door de medische en sociaal-medische specialisten enerzijds, door zijn hulpkrachten anderzijds.
50. Niet voor ieder onderdeel van het werk in de algemene praktijk wordt iemand van academisch niveau vereist. Een praktijkassistente

is op grond van deze overweging een noodzaak in de algemene praktijk, terwijl de praktijkgrootte en het honorarium van de huisarts zodanig dienen te zijn dat een praktijkhulp hieruit gefinancierd kan worden.

51. In het totale taakgebied van de huisarts laten zich de volgende 12 deeltaken duidelijk onderscheiden:

- 1) eerste hulp;
- 2) somatisch onderzoek;
- 3) psychisch en milieu-onderzoek, waarbij de beheersing van een goede gespreks- en anamnesetechniek onmisbaar is;
- 4) registratie en beheer van alle medische gegevens;
- 5) differentiatie van de patiëntenstroom in fracties die organisatorische eenheden vormen;
- 6) behandeling van de patiënt;
- 7) het doelmatig samenwerken met het specialistische apparaat;
- 8) opstellen van een nazorgplan in overleg met medische en andere deskundigen na iedere ernstige stoornis in de gezondheid;
- 9) leiding geven aan en coördinatie in de zorg voor zieke, invalide en onaangepaste mensen, waar nodig in teamverband;
- 10) preventie;
- 11) gezondheidsvoorlichting en -opvoeding;
- 12) blijvend werken aan eigen deskundigheid en vorming met een open oog voor eigen mogelijkheden en grenzen.

ad 1) Eerste hulp, vooral ook bij emotionele traumata

52. Gewezen werd op een vaak afwerende houding bij de huisarts als buiten de gebruikelijke routine een beroep op hem wordt gedaan (eerste hulp). Vooral in de grote stad wordt dit deel van het werk van de huisarts door anderen overgenomen.

ad 2) Lichamelijk onderzoek

53. Lichamelijk onderzoek bleek noodzakelijk in 95% van alle gevallen. Gewezen werd op het merkwaardige mengsel van onderzoeksmethodieken: „multiphasic” ongericht onderzoek vlg. de klassieke klinische methodiek bij een selectie der patiënten, naast „uniphasic” op de klacht of het symptoom gericht onderzoek.

Het aantal per dag geziene patiënten is zo groot, dat de vraag rijst of een ongericht „massa”-onderzoek van de gezonde bevolking (bijvoorbeeld periodiek geneeskundig onderzoek) nog voldoende zin heeft.

ad 3) Psychisch en milieu-onderzoek

54. Aanvullend psychisch en milieu-onderzoek bleek noodzakelijk in ruim 40% van alle gevallen. Gewezen werd op de noodzaak van een meer interpreterende benadering van de klacht die uit een tweetal bronnen kan spruiten: ze is alarmsymptoom bij lichamelijk tekortschieten dan wel symptoom van psychische stoornissen of sociale insufficiënties.
55. Groot is de betekenis van het emotionele beroep dat de klagende op de huisarts doet, naast het appèl op zijn technisch kunnen. Verwaarlozing van het eerste aspect belemmert een goed contact met de huisarts (cave kwakzalvers).
56. Groot ook is de noodzaak van een betere scholing van de (huis) arts in gespreks- en anamnesetechnieken en de behoefte aan een meer bewust hanteren van de eigen emoties en die van de patiënt. Dit bleek van bijzonder belang in 40% van de geobserveerde gevallen.
57. Gewezen werd op de noodzaak voor de huisarts op de hoogte te zijn van de situatie in het gezin en de bredere milieukringen van de patiënt (30% der gevallen) en van de sociale apparatuur waarmee de huisarts heeft samen te werken (9% van alle gevallen).

ad 4) Registratie en beheer van alle medische gegevens.

58. Ter wille van de continuïteit en de efficiency in de zorg voor de individuele mens en zijn of haar gezin is registratie van de medische gegevens noodzakelijk. Hetzelfde geldt in verband met mogelijkheden van een meer geïntegreerde zorg voor de patiënt.
59. Geponeerd werd dat deze gegevens het onvervreemdbaar eigendom zijn van de patiënt, zonder dat ze ooit in handen behoeven te komen van de patiënt. Ze dienen te worden overgedragen als de patiënt van huisarts verandert.

ad 5) Differentiatie van de patiëntenstroom in fracties die organisatorische eenheden vormen

60. Gewezen werd op de organisatorische noodzaak van het fractioneren van de patiëntenstroom in een deel dat routinematig kan worden verwerkt naast een deel dat voor uitgebreid onderzoek of uitvoerig gesprek wordt besteld op daarvoor gereserveerde tijd.

ad 6) Behandeling van de patiënt

61. Gewezen werd op de noodzaak de verantwoordelijkheden van de huisarts voor dit deel van zijn werk zo ruim te formuleren, dat voldoende ruimte wordt gelaten voor de rechtmatige eis van persoonlijke vrijheid in stijl en opvatting en in het delegeren naar andere instanties.

62. Gewezen werd op de noodzaak het begrip „behandeling” onder onze gewijzigde omstandigheden van volksgezondheid ruim op te vatten en daar mede revalidatie onder te verstaan.
63. Hiervoor is onder meer nodig dat de huisarts zich gaat distanciëren van zijn weliswaar klassieke, maar onder onze omstandigheden eenzijdig geworden interesse voor het defect per se, en een meer integrale instelling en visie ontwikkelt ten aanzien van de defecteuzen c.q. onaangepaste mens, een en ander tegen de achtergrond van zijn mogelijkheden.
64. *Definities:* De functies die de huisarts heeft in de zorg voor zijn patiënten werden als volgt gedefinieerd:
- „De essentie van de functie van huisarts is gelegen in de bewust aanvaarde verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de individuele mensen die zich aan hem hebben toevertrouwd, alsmede van hun gezinnen”.*
- „De essentie van zijn taakbereik is gelegen in het opsporen van stoornissen in de individuele en gezinsgezondheid, deze op te heffen, in hun uitwerking te beperken en waar mogelijk te voorkomen (een drietal deeltaken: curatief, revaliderend, preventief)”.*
- „Onder „gezondheid” is verstaan „de functionele harmonie tussen de individuele mens en zijn milieu, d.w.z. het harmonisch functioneren van het eigen lichaam en de eigen persoonlijkheid, alsmede harmonie in het gezin, in het werk, en ten aanzien van wijdere milieukringen”.*
65. Er werd op gewezen dat de functies en taken van de huisarts (de arts van „het 1e milieu”, het gezin) geflankeerd worden door de schoolgeneeskundige (arts van „het 2e milieu”), de arbeidsgeneeskundige (arts van „het 3e milieu”), en anderen. Deze functionarissen zullen een kleiner en specifiekere taakgebied hebben, naarmate de huisarts zich beter bewust is van het zijne, en naarmate hij zich hiervoor inzet.
66. Gewezen werd op de dringende noodzaak van een meer gerichte en op de situatie afgestemde dagelijkse voorlichting van de huisarts bij zijn werk, ten einde een wetenschappelijk verantwoorde behandeling van ons volk door hem te kunnen verkrijgen.
67. Vooral werd op deze noodzaak gewezen in verband met het steeds effectiever worden der beschikbare geneesmiddelen met alle positieve en negatieve aspecten die daaraan zijn verbonden.

- ad 7) Het doelmatig samenwerken met het specialistisch apparaat
68. In ieder hem voorgelegd geval zal de huisarts hebben te bepalen, in hoeverre hij een beroep moet doen op technische specialisten. De efficiency in de gezondheidszorg eist dat hij niet te veel verwijst, de veiligheid dat hij dit niet te weinig doet. Er is op gewezen dat het ontbreken van goede hulp in de praktijk de huisarts dwingt tijdrovende werkzaamheden uit te voeren waarvoor hij te duur is, met als gevaar te veel verwijzen. Ontbreken van een praktijkhulp betekent hierdoor dubbele inefficiency. Het ontbreken van voldoende hulp bij de uitvoering van de huisartsenpraktijk kan aldus bijdragen tot uitholling van diens verantwoordelijkheidsgebied.
 69. Tegenover bepaalde nadelen die aan de status van de algemene medicus zijn verbonden staat het onschatbare voordeel van de integrale beoordelingsmogelijkheid en de mogelijkheid van lange observaties. Deze voordelen, mits uitgebuit, maken de huisarts tot de aangewezen leider van het „therapeutische team”, daar hij de enige is die *niet* vanuit een hoekstandpunt, op basis van partiële informatie, oordeelt. De mogelijkheid van langdurige observaties geeft op den duur de huisarts een goed inzicht in de waarde van specialistische adviezen en ingrepen.
 70. Gewezen werd op het verschil in financieringswijze van huisarts („abonnement”) en specialist („stukwerk”), dat (in combinatie?) mogelijk leidt tot te frequent verwijzen naar een specialist en het draineren van het taakbereik van de huisarts.
 71. Gewezen werd op het normgevende in ongewenste zin van de gang van zaken in onderwijsklinieken, waar de huisarts geheel ontbreekt, terwijl vele specialisten vaak bemoeienis hebben met één patiënt. Noch de toekomstige specialist (assistent), noch de toekomstige arts (co-assistent) leert zodoende het belang te zien van samenwerking tussen huisarts en specialist. Een veel intensiever contact tussen de onderwijskliniek en de huisarts werd bepleit, het belang er van voor alle partijen toegelicht.
 72. De meest bevredigende contacten met de specialisten bestonden in de kleinere steden. Het slechtst waren ze met de grote klinieken.
 73. Over het algemeen waren de huisartsen tevreden over de bijdragen van de specialisten in de zorg voor hun patiënten. Voor de psychiater bestond hierover eenstemmig twijfel. Men meende dat noch kwantitatief noch kwalitatief de psychiatrie zoals ze „te velde” opereert berekend was op haar taak ten aanzien van de gestoorde mensen in de algemene praktijk.
 74. Getracht is hiervoor een verklaring te vinden. Deze lijkt inderdaad enerzijds in de quantiteit van het vraagstuk te liggen ($\pm 40\%$ van

alle praktijkgevallen heeft psycho-sociale implicaties), anderzijds in de kwaliteit, gezien de hoge frequentie van integrale stoornissen, waardoor de klinisch opgeleide psychiater, wanneer hij niet over ruime sociale ervaring beschikt, technisch tekort moet schieten, terwijl hij bovendien gehandicapt is door te weinig informatie over sociale aspecten van het vraagstuk in kwestie.

75. Met nadruk werd nogmaals gewezen op de grote betekenis, sociaal-medisch gesproken, van de groep „probleempatiënten” en op de noodzaak aan de technische benadering hiervan veel aandacht te geven. De vraag rijst of de problematiek die deze groep wetenschappelijk, praktisch, organisatorisch en qua volksgezondheidsprobleem opwerpt, niet groot genoeg is om enkele experimenten, bijvoorbeeld invoering van maatschappelijke werksters in huisartsenpraktijken, te rechtvaardigen.

De betekenis van „het sociale rapport” in de huisartsenpraktijk zou wel eens even groot kunnen blijken als in de kliniek (MILIKOWSKI ⁽⁵⁶⁾, QUERIDO ⁽⁴⁸⁾, e.a.).

76. Gewezen werd verder op de grote verantwoordelijkheden van de huisarts speciaal op het cruciale moment van het verwijzen van de patiënt naar een bepaald specialisme. Met het oog op de belangen van de patiënt werd bepleit dat de huisarts ook tijdens de fase van specialistisch onderzoek of behandeling mede verantwoordelijk blijft.

77. Vooral werd de nadruk gelegd op de grote wenselijkheid van een nadere bestudering van de motievenwereld van de patiënt die hem contact doet zoeken met de arts. Onvoldoende inzicht hierin verhoogt het gevaar van ongewenste kortsluitingen van klacht naar orgaan, met vele mogelijkheden van iatrogene fouten en iatrogene invaliditeit.

ad 9) Coördinatie in de zorg voor de patiënt

78. Het zwaarst weegt de behoefte aan meer samenwerking en coördinatie in de zorg voor de zieke mens en het zieke gezin ten aanzien van de veelal integraal gestoorde groep probleempatiënten en probleemgezinnen, een groep die de zwaarste crux voor alle medische en sociaal-medische voorzieningen vormt, die een extravagant zwaar beslag legt op ieders tijd en energie (20 à 25% van de verrichtingen door de huisarts te leveren) en die geleidelijk aan het belangrijkste volksgezondheidsvraagstuk vormt.

79. De huisarts die continue en integrale informatie krijgt is hier de natuurlijke coördinator en leider der acties.

80. Uit ons materiaal bleek dat indicaties aanwezig waren voor integraal onderzoek in 14%, voor hulp door maatschappelijk werk in $\pm 10\%$, voor contact met sociale of sociaal-medische instanties in 9%, met klinische specialisten in 26%, met de kliniek „voor opneming” in 4%.

Wanneer men daarbij voegt enkele andere contacten, zoals met de wijkzuster c.q. gezinsverzorgster, dan blijkt hoe intensief het gesprek van de huisarts met de hem flankerende organen en functionarissen in de gezondheidszorg is, althans zou kunnen zijn, hoe groot de informatie die dagelijks naar hem toe stroomt, c.q. zou kunnen toestromen.

81. O.i. is in deze brede informatiemogelijkheid de kracht van de huisarts gelegen. Technisch zal hij in vrijwel elk gesprek de mindere zijn en kunnen leren van de specialist; qua overzicht over de totale situatie, qua interpretatie- en relativeringsmogelijkheden is hij verre de meerdere. Hij stare zich niet blind op hetgeen hij niet heeft en nooit kan hebben, technische suprematie aan een smal front, maar cultivere hetgeen hij wel heeft, de natuurlijke centrale plaats in ieder diagnostisch, therapeutisch of revaliderend team.

ad 8) Nazorg van de patiënt na een ernstige debâcle

82. Er is reeds herhaaldelijk op gewezen, dat de efficiency van opneming in een ziekenhuis in vele gevallen onvoldoende is, wanneer deze niet wordt gevolgd door een doorwrocht nazorgplan, en wanneer hier geen toezicht op wordt gehouden. Ook hier ligt een der taken van de huisarts.
83. Aan dit front ligt tevens een goede mogelijkheid tot het maken van een onmiddellijk begin van betere samenwerking tussen kliniek, medisch-maatschappelijk werk en huisarts.
84. Wanneer de huisarts zich voor deze taak niet actief inzet, zal vroeger of later het medisch-maatschappelijk werk van het ziekenhuis of een andere sociale instantie dit werk, ter verbetering van de efficiency van het zeer kostbare klinische werk, ter hand nemen.

ad 10) Preventie

85. Gewezen is op de grote mogelijkheden van preventie door de huisarts, gezien het zeer intensieve contact, dat de gezamenlijke huisartsen met de bevolking onderhouden.
86. Gewezen is op de noodzaak van een analyse van morbiditeitsgegevens voor het ontwikkelen van een gericht plan van actie inzake preventie door een collectief van huisartsen.

87. Gewezen is op de mogelijkheden veel iatrogene fouten te voorkomen door opvoering van het niveau van de huisartsengeneeskunst onder andere door betere nascholing en voorlichting.

88. Gewezen is voorts op het grote belang — in verband met het voorkomen van veel sociale pathologie — van een nadere analyse van de „onhygiënische”, multi-probleemgroepen in de maatschappij.

ad 11) Gezondheidsvoorlichting

89. Gewezen is op een belangrijke collectieve mogelijkheid van gezondheidsvoorlichting aan ons volk via de huisarts collectief in de dubbele zin van collectief gericht en collectief uitgevoerd.

ad 12) Na-opleiding

90. Gewezen is op de dringende noodzaak van een specifieke, op het werk van de huisarts gerichte nascholing. Hiervoor zijn de volgende argumenten aan te voeren:

ernstige hiaten in de algemeen medische opleiding;

het nog vrijwel geheel ontbreken van een gerichte „specialistische vervolgopleiding”;

de snelle vorderingen der geneeskunde, waarvan de huisarts niet onkundig mag blijven, maar waarvan hij door tijdgebrek en door de overstelpende hoeveelheid literatuur en voorlichtingsmateriaal te weinig kennis kan nemen.

91. Als voornaamste defecten in de medische opleiding werden genoemd:

onvoldoende kennis van de maatschappij, meer in het bijzonder van de sociale apparatuur waarmede de huisarts dagelijks te maken heeft;

onvoldoende kennis van de gestoorde of onaangepaste persoonlijkheid in zijn verband met ziekte en gezondheid;

onvoldoende technische scholing in het omgaan met mensen, van het emotionele aspect van het arts-patiënt contact, van gespreks- en anamnesetechnieken, van de motievenwereld van de klagende mens.

92. Opnieuw werd gewezen op de fundamentele betekenis van morbiditeitsgegevens, ditmaal als basis voor het voorlichtings- en nascholingsprogramma.

93. Als media voor nascholing en voorlichting werden zeer in het kort de volgende aangeduid: de cursus, het practicum, groepsbesprekingen, het maandblad Huisarts en Wetenschap.

Epicrise

94. Recente ontwikkelingen in volksgezondheid en gezondheidszorg maken dat het arbeidsterrein van de huisarts zich veelal beweegt tussen twee polen, respectievelijk gekarakteriseerd door
alleen werken — samenwerken met vele anderen;
routinematig extensief werken — moeilijke gevallen intensief individueel bewerken;
quantiteit leveren — kwaliteit opbrengen;
somatoloog zijn — aandacht hebben voor psychische reactiestructuren en voor milieufactoren;
curatief werken — preventief werken en revaliderend geïnteresseerd zijn.
95. De huisarts verkeert in grote innerlijke onzekerheid omtrent zijn status, zijn functies en zijn taken die onder gegeven omstandigheden niet vast omschreven zijn. Het is dringend noodzakelijk voorzieningen te treffen om die onzekerheid op te heffen.
96. Het statusverlies van de huisarts houdt verband met de ontwikkelingen in het specialistische en het sociale veld. Statuswinst kan alleen worden verwacht van activiteiten binnen de kring van de huisartsen zelf.
97. Bij de heroriëntatie over de rechten en plichten van de huisarts en de aanpassing daarvan aan de heersende omstandigheden dient door alle verantwoordelijke instanties begrip te worden getoond voor de traditionele plaats van de huisarts in en voor het Nederlandse gezin. De centrale opgave voor de huisarts in Nederland is de herovering van zijn plaats als uitvoerder en integrator van de gezondheidszorg voor individu en gezin.
98. De activiteiten van het jonge „Nederlands Huisartsen Genootschap” zullen in dit verband van doorslaggevende betekenis kunnen zijn, mits het Genootschap spoedig beschikt over een eigen technisch apparaat en een eigen budget.
99. Na een fase waarin desintegrerende centrifugale krachten adhaerent aan specialisering in de gezondheidszorg de overhand hebben gehad, is het thans zaak tot meer geïntegreerde actie te komen.
100. Deze studie bedoelt een stimulans voor verdere discussie over de status van de huisarts te zijn.

SUMMARY

The G.P. and the Dutch Public Health System

As clinical medicine grows more specialized, responsibility for the care of the sick individual becomes more and more divided. This disquieting process is intensified by the intervention of a number of state health agencies and could well result in too little attention being paid to the individual as a whole. The consequence that we are particularly concerned with is the uncertainty engendered in the minds of general practitioners as to their proper role.

For a long time there's been a tendency among these doctors to have a defeatist outlook. In the last few years however there's a fresh and lively interest being shown and with the formation of a general practitioners association, the 'Netherlands Huisartsen Genootschap'. Here is an opportunity for collective action to restore morale.

Support for a high grade G.P. service comes also from the need to check the growing cost of hospital beds under specialist care and finally there is still the traditional demand for a well trusted family doctor.

Now is the time for a reassessment of the G.P.'s status, function and responsibilities. This report on the present situation as seen in 10 medical practices, has been prepared for the use of the members of the association referred to above.

Objectives

To determine the status of the G.P. as he functions within the existing arrangements for the care of health and his proper share of duties and responsibilities. The research programme of the Netherlands Institute for Preventive Medicine considered an enquiry into the value of giving G.P.'s a better understanding of the principles of preventive medical care.

Method of Investigation

Direct observation was the method of choice, to be followed by comparing what was found with any relevant material from other studies. Ten medical practices known to be efficiently run were selected. No weight was attached to the particular practitioner's views — the main idea was to observe and interpret what he actually did. With one exception each doctor was under observation for 24 hours of an average working day (this was extended to 36 hours in 1 instance).

The patients

All told 707 patients were seen out of 35,500 on the books and they attended on account of 807 definable complaints. On a basis of 7 patients per hour this average of 70 patients per practice entails a ten hour working day.

Applied to the country as a whole these figures indicate that every day G.P.'s see 200,000 people or 1.8% of the total population (6%—8% of all households). While, clearly, this figure cannot be taken as very accurate it provides evidence for the enormous contact G.P.'s make with the general population, far beyond what could ever be made by any other group of doctors.

The pressure on his time compels the G.P. to develop a routine that only allows of a superficial contact in many instances. On the other hand a proportion of cases need a comprehensive examination. His problem is to balance these demands against the time available for maintaining good professional standards.

The type of case

60% of the 707 patient contacts observed in this investigation required a quick treatment or cursory examination only, 15% were regular customers with chronic conditions who were also quickly served, but 25% who included new patients, claimed time and energy out of all proportion to their numbers. Only a few of this group were patients seen for the first time — most of them were people with personal problems that needed talking out or maladjusted individuals that needed some psycho-physical examination and possibly some investigation into their social relationships.

In 26% of the total cases the aid of clinical specialists was indicated, in about 10% the aid of a social worker, in 9% the aid of other agencies and in 4% admission to hospital. A more satisfactory contact was made between the G.P. and medical and social specialists in small towns than in the larger ones. In all places it was difficult to find a suitable person to help with psycho-sociological problems.

The G.P.'s relation to Public Health care

The range and type of morbidity in the ten practices showed a high degree of uniformity. Whether or not the G.P. discovers illness early enough in spite of his high rate of contact remains doubtful. A further analysis of the sick people seen by G.P.'s throughout the country in one year would be useful. Further morbidity studies might enlighten us on the value of periodical screening of the healthy and possibly indicate the results of the remarkable public health developments over the last decades.

We know well of the increased expectation of life for the young and of the growing problem of the chronic elderly sick. Concurrently with the

decrease in acute sickness, especially from specific infections, there appears to be an increase in psycho-somatic ailments and in those disorders associated with stress and social maladjustment. These trends were obviously noticed early in the G.P.'s consulting room and future developments can be noticed there too, provided good records are kept, collected and analysed.

Here is a big opportunity for the G.P. to contribute to social medicine and public health policy. Profound medical experience is required allied with post graduate training and possibly new techniques for unearthing the sociological motivations that produce ill health. The old order, may be, must change a little from routine examination plus the standard bottle of medicine if we are to succour those in distress of emotional origin. Unfortunately many of these appeals cannot be answered today by doctors, because they are untrained in diagnosing and handling social aspects of medical problems.

We can summarize the duties of the G.P. within the present organization for public health as follows:

First Aid

This should include assistance in cases of severe emotional disturbance or psychiatric emergency. 1st Aid treatment for physical injury is rapidly being taken over by municipal health services in the towns.

Physical examination and complementary investigation

There will always be an important place in a general practitioner's work for physical examination, but something more is required. The extension that is particularly needed requires some technique for assessing personality and social background. The time required will necessitate special consultation sessions if the emotionally distressed case is not to be neglected.

Treatment

It is desirable that the concept of treatment should include preventive action and a greater measure of aftercare. The general practitioner can have an important role in assisting old people and the handicapped in general to adapt themselves to their mental or physical defect.

Health Education

The frequent contact that G.P.'s have with such a high proportion of the public offers exceptional opportunities for health education if time can be found and the requisite understanding is present. Relatively little systematic education is carried out at present.

Status of the G.P.

On account of the G.P.'s wide knowledge of his patient's general circumstances he deserves to be recognized as the leader and co-ordinator of

any diagnostic and therapeutic team. This will include co-ordinating the work of auxiliary health workers such as social workers and those concerned with the physically and mentally handicapped.

Administration of a practice

If the time of the G.P. is to be fully used for work requiring a high grade of professional skill he will need to employ non professional assistants. His earnings must be such that this be possible.

In particular the registration of patients and case records must be kept up-to-date and be transferred promptly when patients change their doctors. This arduous task needs clerical assistance.

Final Comment

The issue before the G.P. is to recover his central place in caring for the health of the individual and his family. May the new association of G.P.'s become the spearhead of this new movement. As a step in the right direction this report is designed to stimulate discussion among G.P.'s themselves.

LITERATUUR

- 1) FESTEN, H., Med. Contact 30 : 482 (1958)
- 2) TAYLOR, S., Good General Practice, London, (1954)
- 3) BUMA, J. T., Dissertatie, Amsterdam, (1949)
- 4) QUERIDO, A., T. soc. Geneesk. 3 : 85 (1952)
- 5) DEEN, K. J. VAN, Dissertatie, Groningen, (1952)
- 6) JANSEN-EMMER, E. M., Dissertatie, Amsterdam, (1958)
- 7) RUHE, H. A. M., Dissertatie, Assen, (1957)
- 8) VISSER, H. J. F., Med. Contact 12 : 185 (1952)
- 9) BRADFORD HILL, A., J. roy. stat. Soc. A. (Gen.) I 1 : 37
- 10) STASSEN, W., T. soc. Geneesk. 9 : 191 (1953)
- 11) — Med. Contact 49 : 770 (1958)
- 12) HUYGEN, F. J. A., Med. Contact 10 : 141 (1959)
- 13) GROEN, J., Huisarts en Wetenschap 5 : 81 (1958)
- 14) GROEN, J., H. en W. 7 : 125 (1958)
- 15) HOGERZEIL, H. H. W., Dissertatie, Utrecht, (1954)
- 16) BUMA, J. T., Med. Contact 10 : 151 (1952)
- 17) BUMA, J. T., Med. Contact 11 : 161 (1953)
- 18) CATE, R. S. TEN, H. en W. 9 : 186 (1958)
- 19) MANN, K., Verslag van lezing
- 20) REED, L. J., Amer. J. publ. Hlth 1 : 1 (1958)
- 21) SUNIER, A., T. soc. Geneesk. 3 : 97 (1959)
- 22) BUMA, J. T., Verslag bezoek C.W.O. aan het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde, + inleiding Congres 1959
- 23) MULDER, J. D., en VAN DE WEG, E., H. en W. 4 : 66 (1958)
- 24) HORNSTRA, R., T. soc. Geneesk. 4 : 55 (1950)
- 25) OLDENDORFF, A., De psychologie van het sociale leven, Utrecht, (1953)
- 26) ACHTERBERGH, L. J. Achtergronden van prestigekwesties, Eindhoven, (1958)
- 27) HUYGEN, F. J. A., Med. Contact 47 : 730 (1956)
- 28) Leading article : Looking to tomorrow, Lancet 3 January : 29 (1959)
- 29) FIELD, M. G., Doctor and Patient in Soviet Russia, London, (1958)
- 30) KREGER, W. E., T. soc. Geneesk. 3 : 85 (1952)
- 31) Een telefoonnummer voor wanhopigen, Ned. T. Geneesk. 7 : 367 (1959)
- 32) WEYEL, J. A., Dissertatie, Amsterdam, (1958)
- 33) HUYGEN, F. J. A., Med. Contact 49 : 764 (1958)
- 34) JACOBS, D., Med. Contact 3 : 27 (1959)
- 35) COLLINGS, J. S., Lancet 25 March : 555 (1950)
- 36) Rapport Geneeskundige verzorging in rust- en verpleegtehuizen, Med. Contact 6 : 75 (1959)
- 37) CATE, R. S. TEN, Dissertatie, Amsterdam, (1956)
- 38) Rapport Commissie Huisarts-Specialist, Med. Contact 6 : 77 (1959)
- 39) BUMA, J. T., T. soc. Geneesk. 18 : 440 (1953)
- 40) Verslagen en Mededelingen betreffende de Volksgezondheid, 10 October : 1052 (1958)
- 41) W. H. O. Press 17 December (1958)
- 42) — H. en W. 2 : 33 (1958)
- 43) QUERIDO, A., T. soc. Geneesk. 2 : 69 (1959)

- 44) FRY, J., Med. Wld. 80 : 657 (1954)
- 45) HALLIDAY, J. L., Brit. med. J. 85 : 99 (1935)
- 46) HOPKINS, PH., Med. Wld. 83 : 19 (1955)
- 47) BALINT, M., The doctor, the patient and his illness, London (1957)
- 48) CLYNE, M. B., Lancet 1 February : 232 (1958)
- 49) QUERIDO, A., Inleiding tot een Integrale Geneeskunde, Leiden, (1955)
- 50) BUMA, J. T., Sociaal-medische perspectieven, Leiden, (1953)
- 51) LOGHEM, J. J. VAN, Algemene Gezondheidsleer, Amsterdam: 372 (1950)
- 52) — H. en W. nr. 7 (1958)
- 53) LEVY, M. J., The structure of society, New York, (1952)
- 54) The Widdicombe File, XLVIII. Whose patient? Lancet 25 October : 898 (1958)
- 55) BUMA, J. T., Med. Contact 29 : 501 (1952)
- 56) MILIKOWSKI, H. Ph., T. Maatsch. Werk 3 : 60 (1959)

N.B.

Het eerste getal in Arabische cijfers dat vermeld is geeft het nummer van het betreffende tijdschrift aan (dus niet de jaargang). Het tweede cijfer betreft de bladzijde.

TABEL I

Aantal patiënten

groep	artis no.										totaal	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
<i>eigen praktijk:</i>												
nieuwe gevallen	9	16	43	20	11	24	37	7	10	21	198	
oude gevallen	27	49	61	42	57	60	34	35	42	55	462	
subtotaal	36	65	104	62	68	84	71	42	52	76	660	
<i>waarneming:</i>												
nieuwe gevallen	4		8			1		1	1	9	24	
oude gevallen	5		4						3	11	23	
subtotaal	9		12			1		1	4	20	47	
algemeen totaal	45	65	116 ¹⁾	62	68	85	71	43	56	96	707	
praktijk-grootte	2000	4500	4000	3900	3900	4500	2800	4500	2000	3400	gemid- deld: 3550	
aantal behandelde patiënten per werkdag per 1000 patiënten	22,5	14,4	19,3	15,9	17,4	18,9	25,4	9,6	28,0	28,2	18,8	
idem in eigen praktijk	18,0	14,4	17,5	15,9	17,4	18,7	25,4	9,3	26,0	22,4	17,6	

1) in 1½ etmaal

TABEL II

Aantal aandoeningen

groep	arts no.										totaal	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
<i>eigen praktijk:</i>												
nieuwe gevallen	14	18	45	21	13	26	43	8	10	23	221	
oude gevallen	31	55	84	50	67	69	37	38	42	60	533	
subtotaal	45	73	129	71	80	95	80	46	52	83	754	
<i>waarneming:</i>												
nieuwe gevallen	5		8			1		1	1	10	26	
oude gevallen	5		5						3	14	27	
subtotaal	10		13			1		1	4	24	53	
algemeen totaal	55	73	142 ¹⁾	71	80	96	80	47	56	107	807	
praktijk-grootte	2000	4500	4000	3900	3900	4500	2800	4500	2000	3400	gemid- deld: 3550	
aantal aandoeningen per werkdag per 1000 patiënten (inclusief waarnemingen)	27,5	16,2	23,7	18,2	20,5	21,3	28,6	10,4	28,0	31,4	21,4	
idem per 1000 eigenpatiënten	22,5	16,2	21,5	18,2	20,5	21,1	28,6	10,2	26,0	24,4	20,0	

1) in 1½ etmaal

TABEL III

Kwaliteit van de aandoeningen

kwaliteit	eigen praktijk		waarneming		totaal	
	nieuwe gevallen	oude gevallen	nieuwe gevallen	oude gevallen	aantal	%
somatisch	161	312	13	18	504	62
psychisch	3	7	1		11	38
sociaal (+ preventief)	6 ¹⁾	34 ²⁾			40	
somatisch + psychisch	21	27	3	2	53	
somatisch + sociaal	8	43	7	4	62	
psychisch + sociaal	8	23	1		32	
somatisch + psychisch + sociaal	14	87	1	3	105	
totaal van de verrichtingen	221	533	26	27	807	100

1) preventieve controles

2) waarvan 32 voor preventieve controles en vaccinatie

TABEL IV

Ziektenrubricering in dit onderzoek, vergeleken met enkele andere praktijken

Hfdst. 1)	Diagnoserubriek 1)	Praktijk	N.H.G.	Dr. K. J. van Deen	Dr. H. A. M. Ruf
		Gebied	div. Ned. gem.	Kollum (Fr.)	Hilvarenbeek (Nl)
		Periode	2e halfjaar 1958	20 September— 19 December 1948	26 Mei 1954— 26 Mei 1955
I	Besmettelijke en parasitaire ziekten		4,5	12,9	4,0
II	Nieuwvormingen		2,2	0,4	0,4
III	Allerg., endocr., metabolische en voedings-ziekten		4,3	4,5	3,8
IV	Ziekten van het bloed en de bloedbeleidende organen		2,8	1,8	0,6
V	Mentale, psychoneurotische en persoonlijkheidsstoornissen		6,2	5,5	2,3
VI	Ziekten van zenuwstelsel en zintuigen		8,6	8,0	10,6
VII	Ziekten van de bloedsomlooporganen		5,0	2,7	2,5
VIII	Ziekten van de ademhalingsorganen		14,6	8,4	19,2
IX	Ziekten van de spijsverteringsorganen		6,2	3,4	6,0
X	Ziekten van de urogenitaalorganen		4,1	5,3	4,0
XI	Zwangerschap, baring en puerperium		3,6	1,3	1,6
	Prenatale zorg 2)		1,7	3,9 3)	0,5
XII	Ziekten van de huid en onderhuidweefsel		8,7	11,8	17,8
XIII	Ziekten van de beenderen en bewegingsorganen		3,5	4,7	6,6
XIV	Aangeboren misvormingen		0,7	0,6	0,3
XV	Ziekten van pasgeborenen		0,1	0,9	0,3
	Zuigelingencontrôle 2)		2,0		
	Immunisaties 2)		0,4	1,5	
XVI	Symptomen, ouderdom, slecht omschreven toestanden en nihil		11,4	15,7	9,5
	Keuringen, beroepskeuze, e.d. 2)		1,1		
XVII	Letsels		8,3	6,7	10,0
	Totaal		100,—	100,—	100,—

1) Nomenclatuur t.b.v. de codering van ziekten en ongevallen, samengesteld op basis van de International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death, 1948

2) Idem, aanvullende classificatie

3) Incl. t.b.c.-contrôle

4) Voor het vergelijkbare gedeelte

5) Alleen kanker

Dr. J. T. Buma 4)	Stephen Taylor: GOOD GENERAL PRACTICE				
	8 praktijken	Dr. John Fry	1 praktijk	Dr. R. M. McGregor	Dr. W. P. Logan: 8 praktijken
Ridderkerk	Sheffield	South London	Rural S. E. England	Hawick	S. England
jaar 1947	1 winterweek + 1 zomerweek	jaar 1951	?	1948/'49	1951—52
2,5	4,7 1,0 5)	5,4	3,2		6 1
			1,9		4
	1,6		7,5 8)		1
7,8	6,5	9,4	2,1	5,5	3
9,7	2,6 6)	6,0 6)	5,7	17,1 9)	8
3,6	7,6	7,0	10,5	3,8	7
13,8	33,3 6)	23,5 6)	19,5	14,0	24
8,9	7,9	10,0	11,3	7,4	9
	1,3 7)	4,6	6,1	5,3	4
3,9	5,7 7)	2,8	5,1	1,9	1
					10)
14,3	6,3	8,3	7,5	5,1	7
6,3	5,5	4,0		5,8	7
0,9					10)
	0,7		2,2	3,0	10)
	8,4	8,2	13,1	25,0	8
			1,1		10)
7,8	5,1	5,8	3,2	6,1	5
	1,8 6)	5,0 6)			5 10)
	100,—	100,—	100,—	100,—	100,—

6) Keel-, neus-, oorzichten niet begrepen in hfdst.en VI en VIII, maar als afzonderlijke rubriek

7) Resp. excl. en incl. ziekten van de vrouwelijke geslachtsorganen

8) Bloedgroeponderzoek

9) Incl. 10,5% voor brekingsafwijkingen

10) Prenatale zorg, zuigelingencontrôle, immunisaties, keuringen, samen 5%

TABEL V

Patienten naar leeftijdsgroepen

leeftijdsgroep	uitsluitend 1 somatisch probleem				alle andere				totaal				bevolking in % 1)		
	nieuwe geval- len	oude geval- len	samen	%	nieuwe geval- len	oude geval- len	samen	%	nieuwe gevallen		oude gevallen			alle gevallen	
									aantal	%	aantal	%		aantal	%
< 1 jaar	9	8	17	4,3	6	21	27	9,0	15	6,9	29	6,1	44	6,3	2,1
1—4 "	22	20	42	10,7	10	13	23	7,7	32	14,8	33	6,9	65	9,4	8,0
5—9 "	26	32	58	14,7	3	11	14	4,7	29	13,4	43	9,1	72	10,4	10,1
10—14 "	22	12	34	8,7	5	8	13	4,3	27	12,4	20	4,2	47	6,8	9,9
subtotaal	79	72	151	38,4	24	53	77	25,7	103	47,5	125	26,3	228	32,9	30,1
15—19 jaar	8	10	18	4,6	5	10	15	5,0	13	6,0	20	4,2	33	4,8	7,7
20—24 "	7	11	18	4,6	2	10	12	4,0	9	4,1	21	4,4	30	4,3	7,0
25—34 "	23	26	49	12,5	11	38	49	16,4	34	15,7	64	13,5	98	14,2	13,8
35—44 "	15	37	52	13,2	10	36	46	15,4	25	11,5	73	15,4	98	14,2	12,6
45—54 "	5	17	22	5,6	8	41	49	16,4	13	6,0	58	12,2	71	10,2	11,3
55—64 "	6	22	28	7,1	5	21	26	8,7	11	5,1	43	9,0	54	7,8	8,9
subtotaal	64	123	187	47,6	41	156	197	65,9	105	48,4	279	58,7	384	55,5	61,3
≥ 65 jaar	7	48	55	14,0	2	23	25	8,4	9	4,1	71	15,0	80	11,6	8,6
totaal	150	243	393	100,—	67	232	299	100,—	217	100,—	475	100,—	692	100,—	100,—
onbekend	2	6	8		3	4	7		5		10		15		
alle patiënten	152	249	401		70	236	306		222		485		707		

1) op 31 December 1957

TABEL VI

Aandoeningen naar leeftijdsgroepen

leeftijdsgroep	uitsluitend somatisch				alle andere			totaal						
	nieuwe geval- len	oude geval- len	samen	%	nieuwe geval- len	oude geval- len	samen	%	nieuwe gevallen		oude gevallen		alle gevallen	
									aantal	%	aantal	%	aantal	%
< 1 jaar	12	12	24	4,9	7	20	27	9,0	19	7,9	32	5,8	51	6,4
1—4 "	27	23	50	10,2	10	14	24	8,0	37	15,3	37	6,8	74	9,3
5—9 "	29	32	61	12,4	2	12	14	4,7	31	12,8	44	8,0	75	9,5
10—14 "	22	15	37	7,5	5	6	11	3,6	27	11,2	21	3,8	48	6,1
subtotaal	90	82	172	35,0	24	52	76	25,3	114	47,2	134	24,4	248	31,3
15—19 jaar	8	14	22	4,5	6	8	14	4,7	14	5,8	22	4,0	36	4,5
20—24 "	7	11	18	3,7	2	10	12	4,0	9	3,7	21	3,8	30	3,9
25—34 "	23	32	55	11,2	13	42	55	18,3	36	14,9	74	13,5	110	13,9
35—44 "	21	46	67	13,7	9	35	44	14,7	30	12,4	81	14,8	111	14,0
45—54 "	9	29	38	7,7	8	42	50	16,7	17	7,0	71	12,9	88	11,1
55—64 "	6	33	39	7,9	5	24	29	9,6	11	4,5	57	10,4	68	8,7
subtotaal	74	165	239	48,7	43	161	204	68,0	117	48,3	326	59,4	443	56,1
≥ 65 jaar	8	72	80	16,3	3	17	20	6,7	11	4,5	89	16,2	100	12,6
totaal	172	319	491	100,—	70	230	300	100,—	242	100,—	549	100,—	791	100,—
onbekend	2	6	8		3	5	8		5		11		16	
alle aan- doeningen	174	325	499		73	235	308		247		560		807	



TABEL VII b

Specialisten

specialisme	aantal verwijzingen		
	nieuwe gevallen	oude gevallen	totaal
interne geneeskunde	4	44	48
chirurgie	3	21	24
keel-, neus- en oorheelkunde	4	17	21
neurologie	1	18	19
psychiatrie	7	10	17
oorheelkunde	5	7	12
radiologie	1	10	11
verloskunde en gynaecologie	1	10	11
longziekten		10	10
cardiologie		5	5
huid- en geslachtsziekten		4	4
orthopaedie		4	4
allergologie		3	3
kindergeneeskunde	1	2	3
rheumatologie		3	3
urologie	1	2	3
hormonologie		2	2
mond- en tandziekten	1	1	2
bacteriologie		1	1
neurochirurgie		1	1
revalidatie		1	1
stofwisselingsziekten	1		1
totaal	30	176	206