

# De Huisarts, toegang tot de gezondheidszorg



Dr. E. van der Does

DE HUISARTS, TOEGANG TOT DE GEZONDHEIDSZORG.

Rede

uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van gewoon lektor  
in de huisartsgeneeskunde aan de Erasmus Universiteit Rotterdam

op woensdag 26 april 1978

door

Dr. E. van der Does



DE HUISARTS, TOEGANG TOT DE GEZONDHEIDSZORG.

Dr. E. van der Does.

..... zodat er niets nieuws is onder de zon.

Prediker 1 vers 9<sup>b</sup>

## DE HUISARTS, TOEGANG TOT DE GEZONDHEIDSZORG.

---

### 1. INLEIDING.

In het Nederlandse systeem van de gezondheidszorg is de huisarts vrijwel altijd, voor allen die gebruik gaan maken van die zorg, de toegang. Deze centrale positie -waarvan de juistheid hier niet ter discussie wordt gesteld- heeft tot gevolg dat de huisarts een grote variëteit van problemen krijgt aangeboden. Indien deze problemen te eenzijdig medisch-biologisch worden benaderd dreigt het gevaar van vermedisering van klachten. Dit klemt des te meer, indien de opleiding te eenzijdig het medisch-biologisch stempel draagt. Tevens zijn in de eerstelijns gezondheidszorg veel klagende mensen niet lichamelijk ziek of bieden problemen aan die mede worden bepaald door lichamelijke oorzaken maar die niet het hoofdprobleem zijn wat tot klagen aanleiding geeft. Binnen een goede wisselwerking tussen arts en patiënt moet het mogelijk zijn om deze verschillende groepen patiënten verschillend te benaderen.

In het volgende wordt betoogd dat de integrale benadering bij uitstek de methode is voor de eerstelijns gezondheidszorg, om klagende mensen gedifferentieerd tegemoet te treden. Dit is niet voorbehouden aan huisartsen maar geldt voor elke arts, vooral ook voor internisten, kinderartsen, neurologen etc. Voorts wordt besproken dat integrale benadering in de gezondheidszorg moet leiden tot een vorm van samenwerking gezien de omvang en de complexiteit van de aangeboden problematiek.

Na de probleemstelling (diagnostiek) volgt dan de bepaling van een beleid (therapie). De (huis)arts die deze werkwijze niet toepast zal een groot deel van klagende mensen, die niet in het medisch-biologisch model passen, niet kunnen helpen.<sup>1, 2, 3</sup> Hem of haar resten dan nog twee wegen aangezien deze categorie patiënten blijft klagen. Deze wegen zijn: het voorschrijven van geneesmiddelen en de verwijzing van de patiënt.

Beide handelwijzen kunnen dan iatrogene schade aanrichten. Dit alles heeft consequenties voor de opleiding van, in ieder geval, de basisarts. De effecten van verandering van het kurrikulum zijn mogelijk zichtbaar te maken door studie van het voorschrijf- en verwijsgedrag van artsen.

## 2. De benadering van de hulpvragende mens.

Van alle mensen die gebruik maken van de gezondheidszorg heeft het merendeel klachten over het lichamelijk funktioneren. Nu mag het als voldoende bekend worden verondersteld dat klachten over de gezondheid die zich lichamelijk uiten, ook kunnen worden veroorzaakt door psychisch dysfunctioneren of kunnen ontstaan vanuit een sociaal onbehagen. Het feit dat de mens naast een somatisch, ook een psychisch en sociaal wezen is, maakt het er voor de arts niet eenvoudiger op. Dit geldt niet alleen voor de huisarts maar ook voor de klinikus.

Vooraf voor de huisarts als toegang tot de gezondheidszorg betekent dit dat hij zich moet realiseren dat als mensen klagen over het lichaam, dit vaak niet betekent dat zij lijden aan een lichamelijk en cureerbare kwaal, maar zoals Bierkens<sup>4</sup> dit schrijft: "aan hun psyche, eenzaamheid, levensmalaise, onmacht, kontaktproblemen en spanning", kortom aan datgene wat Weyel<sup>5</sup> in zijn boek met de toepasselijke titel: "De mensen hebben geen leven", welzijnsdeficiëntie noemt.

Het blijft een heel merkwaardig fenomeen hoe mensen deze welzijnsdeficiëntie omzetten in ziektegevoel en dan -noodzakelijkerwijs- bij een arts gaan klagen. Doen zij dat omdat juist de arts toegang is tot de zorg en deze arts in de loop der tijd vooral de zorg voor het lichaam is toegefallen? Ik kom hierop nog terug.

Bovenstaande gegevens hebben echter gevolgen voor de wijze waarop de huisarts de hulpvragende mensen tegemoet moet treden. Hij zou zich er van bewust moeten zijn dat hij er vaak met het medisch-biologisch ziektemodel niet uitkomt. Bij het eerste arts-patiëntkontakt weet de huisarts van een grote kategorie mensen niet direkt waarover

zij klagen, welke klacht achter de klacht schuilgaat. Is deze hoofdpijn of deze rugpijn inderdaad lichamelijk, of is het meer een psychisch- en/of sociaal probleem wat zich via het lichaam uit in die hoofdpijn of rugpijn? Dit betekent, dat de huisarts in principe klagende mensen tegemoet moet treden als hebbend problemen, welke problemen van somatische- en/of psychische- en/of sociale aard kunnen zijn. Destijds in 1955 heeft de Amsterdamse hoogleraar sociale geneeskunde Querido<sup>1</sup> deze gedachte uitgewerkt in zijn boek: "Integrale geneeskunde". Hieronder wordt verstaan die wijze van hulpverlening in de gezondheidszorg, welke klagende (konsult) vragende mensen beschouwt als mensen met problemen. De mens wordt beschouwd met drie omgevingsvelden om zich heen, namelijk een somatisch-, psychisch- en sociaal omgevingsveld. De verdeling in drie velden is slechts een denkmodel daar de mens één en ondeelbaar is. Exploratie in deze velden wordt altijd gevolgd door een synthese waarna eventuele therapeutische verrichtingen volgen in één-, twee- of drie velden, afhankelijk van de diagnostische verkenning. Daarnaast zal de arts zich terdege moeten realiseren hoe hij zelf in de hulpverlening staat, wat zijn mogelijkheden zijn, hoe zijn grondhouding is tegenover hulpvragende mensen. De arts zal zich bewust moeten zijn van de wijze waarop hij zelf met bepaalde problematiek omgaat. Zo is het bijvoorbeeld bekend dat de mate waarin sexuologische problematiek in de praktijk zichtbaar wordt, evenredig is met de mate waarin de arts daar naar vraagt. In de hulpverleningssituatie zal steeds de vraag van de patiënt/kliënt en diens oplossing centraal staan.<sup>2</sup> Indien de arts niet in staat is zich aan de oplossing te conformeren dan dient dit bespreekbaar te worden gemaakt en zo mogelijk aan de patiënt/kliënt duidelijk te worden gemaakt langs welke wegen dan wel diens oplossing zou kunnen worden gerealiseerd. Ook zal de verwachting die de hulpverlener heeft met betrekking tot datgene wat hij van de hulpvrager aan inzet verlangt bij de oplossing van diens problemen, duidelijk moeten zijn. Zo kan men zich voorstellen dat binnen het integrale model zoveel mogelijk wordt getracht de patiënt/kliënt in te schakelen bij de analyse van het probleem en zo dit probleem door beiden wordt herkend, de hulpvrager dan actief wordt betrokken bij het herwinnen van verloren gegaan welzijn (therapie/oplossing).



In de fase van de therapie kan men zich zeer wel indenken, dat hier velerlei mogelijkheden zijn. Naast de traditionele kunnen dit ook "alternatieve" methoden zijn, mits patiënt/kliënt zichzelf door het niet toepassen van beproefde methoden, geen schade berokkent. Dit moet dan worden besproken, zodat men alsnog kan kiezen.

Terugkomend op de integrale geneeskunde merk ik op dat het toch jammer is dat deze zo moeizaam ingang vindt, terwijl er toch bossen zijn gekapt om alle gedachten hierover op papier te zetten. Voorts is op vele kongressen, symposia en andere bijeenkomsten de juistheid van de integrale zorg ondersteund in die zin dat de integrale geneeskunde recht doet aan alle aspecten van een mens.

Toch komen er enerzijds steeds weer nieuwe voorstellen voor andere soorten geneeskunde zoals bijvoorbeeld de humanistische- en humanistische geneeskunde. Dit scheidt verwarring, kan polariserend werken en tast het wezen van de integrale hulpverlening niet aan. Anderzijds wordt door anderen uitsluitend vastgehouden aan het traditionele model. Dit loslaten is niet goed, maar uitsluitend daaraan vasthouden reduceert de mogelijkheden van hulpverlening, belemmert de ontwikkeling van de integrale hulpverlening waarvan het traditionele medisch-biologische ziektemodel een onderdeel behoort te zijn. Waarom is hier geen consensus over? Waarom zitten wij hier nog mee? Het antwoord op de vragen van "hier en nu" wordt vaak gegeven door terug te gaan in de geschiedenis. Dit terugblikken maant vaak tot bescheidenheid aangezien men zich dan niet zelden bewust wordt van het woord van de Prediker: "Er is niets nieuws onder de zon". \*

Om het hier en nu beter te begrijpen, veroorloof ik mij een uitstapje in de geschiedenis.

### 3. De scholing van Kos en Knidos. <sup>21, 22</sup>

Vele zogenaamde "moderne" inzichten waren in een grijs verleden reeds aktueel, raakten verloren of werden antiquarisch. Dit laatste lot

\* Bijbel: Prediker 1, vers 9<sup>b</sup>.

viel lang geleden de integrale gedachte ten deel. De integrale gedachte is reeds, voor het begin van onze jaartelling, onuitgesproken zichtbaar in het oude Griekenland, alwaar artsen van origine priesters waren. De ziels- en lichamelijke zorg waren onlosmakelijk verbonden in die ene persoon. In aansluiting hierop volgt dan het zogenaamde hippocratische tijdperk. Hippocrates (460-377 v. Chr.) werkte en leefde op zijn geboorte-eiland Kos. Belangrijke facetten van het werk van deze Vader der geneeskunde waren dat hij bij de diagnostiek en therapie sterk individualiserend te werk ging. Tevens ging hij ervan uit dat vooral de eigen geneeskracht van het organisme belangrijk was voor het overwinnen van ziekten. Dit komt tot uitdrukking in het woord van de meester dat de arts "dienaar en geen meester van de natuur is". Zo ontstond de school van Kos, van de hippocratische geneeskunde. De beoefenaren daarvan waren niet direkt specialisten zoals wij die kennen, maar behandelden vooral die ziekten waar geen ingewikkeld instrumentarium aan te pas kwam. Zij bestudeerden, naast de ziekte, vooral de zieke mens. Zij dachten niet "doctor-centered", maar stelden zich bescheiden op. Dit blijkt uit een volgende passage uit de Aphorismen, die onderdeel zijn van de zogenaamde hippocratische kollektie.

"Het leven is kort en de kunst is lang,  
de crisis gaat snel voorbij,  
het experiment is gewaagd,  
de beslissing moeilijk".

en vervolgens:

"Niet alleen moet de dokter klaarstaan  
om zijn plicht te doen, maar de patiënt,  
de verzorgers en uitwendige omstandigheden  
moeten tot de genezing bijdragen".

Wat hieruit opklinkt is het herwinnen van een stuk welzijn door de patiënt in samenwerking met zijn arts en de omgeving, waarbij onvoorziene omstandigheden soms kunnen bijdragen tot dat welzijn.

"Er is niets nieuws onder de zon", zegt de Prediker. Nu bevond zich tegenover Kos aan het vaste land van Klein-Azië het schiereiland Knidos. Ook daar was een geneeskundige school, waar echter de prioriteiten van de studie anders lagen dan die van Kos. In Knidos werden vooral de uitingen van ziekte bestudeerd en waren de artsen veel meer uit op het ontwikkelen van een stelsel van ziekten en de beschrijving daarvan. Zo wist men reeds zeven verschillende leverziekten te onderscheiden en legde men zich meer toe op de instrumentele geneeskunde. De vergelijking van Kos en Knidos met de extra- en intramurale geneeskunde dringt zich op. Kos vooruitgeschoven in zee, gescheiden door die zee van Knidos, waarbij de zeestraat symbolisch is voor de muren van het ziekenhuis waarachter de patiënt komt via verscheping, respektievelijk verwijzing. Er is niet zoveel zicht op elkaars werk waarbij mistbanken in de Golf van Kos komplicerend kunnen werken en de te snel en/of verkeerd verwezen patiënten in het medisch kanaal letterlijk en figuurlijk de mist in gaan. Wij worden nu opnieuw gewaar dat er niets nieuws is onder de zon. Vandaag aan de dag behoort Kos bij Griekenland en Knidos bij Turkije. Beide zijn niet optimaal "on speaking terms".

De vraag van nu is of de werkers in de gezondheidszorg elkaars taal wel zo goed verstaan en of zij bereid zijn, op basis van vertrouwen, die van elkaar te leren. Naar mijn mening heeft de extramurale geneeskunde meer zicht op de intramurale geneeskunde dan omgekeerd. Hoe kan het ook anders! Extramurale werkers zijn door hen opgeleid, terwijl de ervaring die intramurale werkers extramuraal hebben opgedaan vaak minimaal is. Intramurale werkers ontlenen begrijpelijkerwijs niet zelden hun visie en oordeel op en over het extramurale werk aan de situatie waarin mensen verkeren die zich melden op poliklinieken of worden ingestuurd naar klinieken, terwijl het zicht op het totale veld ontbreekt. Zo zitten we daar dan mee op de dag van vandaag en nog even terugblikkend in de geschiedenis: Kos en Knidos zijn meer dan een symbool van twee uiteenlopende richtingen. Knidos (intramuraal) representeert de meer wetenschappelijke richting, waarbij men de kans loopt de bijzonderheden van die enkele patiënt te

vergeten maar waarbij de aandacht zich vooral richt op de verschijnselen en de ziektekundige verklaring, krachtig in de hand gewerkt door specialisatie. Kos blijft het symbool van de hippocratische geneeskunst, van de totale mens, waarbij de inbreng van Knidos onmisbaar is voor de integrale hulpverlening. Nergens kan men dan ook bij Hippocrates vinden dat hij de observatie en de empirie niet een wezenlijk fundament achtte voor zijn integrale benadering. Niet alleen verloren de artsen in de loop der tijd het priesterschap maar ook raakte de integrale hippocratische gedachte op de achtergrond. De school van Knidos bleef zich ontwikkelen. Het verdwijnen van de hippocratische gedachte leidde er op den duur toe dat de mens verdeeld werd gezien in een geest en een lichaam, als aparte eenheden. Het sociale veld bleef daarbij op de achtergrond. Klagende mensen worden dan vooral opgevat als lichamelijk zieke mensen, de ziekte moet door de arts worden verwijderd. Zo worden dan klagende mensen met het medisch ziektemodel tegemoet getreden. De opleiding van artsen is vrijwel uitsluitend daarop gericht. Daardoor hebben wij artsen een bepaalde instelling verkregen en als gevolg daarvan hebben patiënten een bepaald verwachtingspatroon gekregen van artsen en wat deze te bieden hebben. Dat zou allemaal heel best zijn indien alle klagende mensen zouden passen in het medisch model, maar jammer genoeg is dit niet zo. En ook al beginnen de tijden te veranderen en zijn artsen breder in hun benadering van klagende mensen dan nog zal het verwachtingspatroon van patiënten ten aanzien van wat de arts te bieden heeft en hoe hij zich als patiënt moet opstellen niet direkt veranderen.<sup>6</sup> Een *arts* is immers de toegang tot de gezondheidszorg. Iemand die deel uitmaakt van de beroepsbevolking, die meent niet te kunnen werken, gaat in de ziektewet.

Als voorbeeld de verkorte weergave van de "ziektegeschiedenis" van een 46-jarige havenarbeider, die met rugklachten op het spreekuur kwam. Hij had dit wel meer van tijd tot tijd. Bij gericht neurologisch- en orthopaedisch onderzoek waren er geen afwijkingen. Urine: eiwit, reductie, sediment: geen afwijkingen. Hemoglobinegehalte, bezinkingssnelheid der erythrocyten en aantal leukocyten in het bloed waren normaal

In de eerste paar kontakten gaf patiënt bij herhaling aan geen moeilijkheden te hebben, noch op het werk, noch thuis. Pas in het vierde contact vertelde hij veel moeilijkheden te hebben op zijn werk. Sinds een half jaar was zijn bedrijf gefuseerd met een andere firma waardoor patiënt, een andere chef had gekregen. Patiënt, die was gewend om met zijn eerste chef na jarenlange samenwerking vriendschappelijk om te gaan, had de grootste moeite om te wennen aan de veel formelere nieuwe situatie, waarbij het beleven van samen te werken, ontbrak. Hij durfde dit niet bespreekbaar te maken waardoor er veel onuitgesproken onbehagen ontstond. Daardoor werd de werksituatie voor hem ondragelijk en moest hij dus wel bij het systeem van de gezondheidszorg gaan klagen over zijn lichaam en bij hem was de rug daarvoor de uitlaatklep. Uiteraard voelde hij die wel, maar dat was niet de hoofdoorzaak van zijn klachten. Dit nu is een veelvuldig voorkomende bevinding in de huisartsgeneeskunde. De klacht van patiënt maakt duidelijk de indruk van somatische origine te zijn, al dan niet ondersteund door objectieve gegevens, maar psychologische- en/of sociale factoren spelen mee! Waarschijnlijk is ongeveer de helft van de aangeboden problemen binnen de eerstelijns aldus samengesteld.

De vraag is: Wat is nu de hoofdoorzaak van de klacht? Bij de bovenbeschreven patiënt bleek dat toch de sociale problematiek. Op de vraag waarom het zo lang had geduurd voordat hij met de moeilijkheden op zijn werk te voorschijn kwam, antwoordde hij letterlijk: "Ik vind het lullig dat je daarvoor bij een dokter moet komen!" Daarna werd hem gevraagd waarmee men dan wel bij een dokter kan komen. "Patiënt" antwoordde: "Nou met een gebroken arm of koorts". Toen dit probleem was gesteld en het aan arts en patiënt duidelijk was waar de werkelijke oorzaak van het klagen lag, werd de patiënt duidelijk gemaakt dat men ook voor dit soort problemen in de ziektewet kan zijn. Wij hebben daarvoor ook de volledige medewerking van de verzekeringsgeneeskundige van het G.A.K. verkregen. Een briefje of een telefoongesprek is daarvoor genoeg, waarin men dan wel duidelijk moet maken wat het therapeutische plan zal zijn. Wij zijn met patiënt overeengekomen dat een gesprek met zijn chef een oplossing

voor zijn probleem zou kunnen zijn. Door hem wekelijks contact te bieden waarbij patiënt verslag deed van zijn vorderingen en volgende stappen werden besproken, is het hem gelukt om een voor alle partijen bevredigende oplossing tot stand te brengen. "Patiënt" heeft tot zijn verrassing ontdekt dat hij iemand is en dat hij iets kan en dat er op redelijke gronden naar iemand wordt geluisterd, ook al is hij werknemer. Uiteraard zal dit alles niet wereldschokkend overkomen, maar wij hebben sterk het gevoel dat de eerstelijns ad hoc erg veel kan. Door onze "patiënt" goed somatisch te onderzoeken en hem in de eerstelijns te houden is de kans dat hij zou kunnen worden ingelijfd in het forse leger W.A.O.ers zo klein mogelijk gehouden. Deze "ziektegeschiedenis" demonstreert duidelijk hoe belangrijk de integrale benadering kan zijn. Ondanks aanvankelijk volharden in lichamelijk klaaggedrag is de man niet via een verwijzing in het medisch kanaal gekomen (naar Knidos verscheept) met de kans dat hij door langdurige diagnostische procedures en eventuele therapie, die dan niet kan zijn gericht op de niet herkende oorzaak, iatrogeen ziek wordt.

Dit is geen verwijt aan klinici maar veel eerder wil ik ons huisartsen op de verantwoordelijkheid wijzen die wij op ons nemen als wij te snel en daardoor ook mogelijk verkeerd doorsturen. Het woord "sturen" is in dit verband al dubieus en "verwijzen" betekent in deze gevallen, als wij het probleem niet goed herkennen: "van ons wijzen", hetgeen door de hulpvrager dan kan worden gevoeld als "in de steek gelaten". Heel nadrukkelijk wil ik stellen dat, als men nu maar zo handelt als in de voorafgaande regels betoogd het niet zo is, dat men dan de alleenzigmakende formule in handen heeft. Men zal van tijd tot tijd weer beleven dat in bepaalde gevallen de hulpverlening machteloos blijkt, waarbij de eerstelijns slechts kan volstaan met contact te bieden, hopen op de uitwendige omstandigheden die bijdragen tot genezing en die zich soms inderdaad voordoen. Artsen zullen echter ook onmachtsg gevoelens moeten leren hanteren.<sup>19</sup>

Bij het beschreven probleem van de havenarbeider is het gelukt om hem zelf een stukje verloren gegaan welzijn te doen hervinden en kwam hij

naar mijn mening daar zelfs verrijkt uit te voorschijn! Voor het eerst lukte daarna een vermageringskuur! Dit brengt ons weer terug bij Hippocrates waar hij zegt: "Niet alleen de dokter moet klaar staan om zijn plicht te doen, maar de patiënt, de verzorgers en uitwendige omstandigheden moeten tot de genezing bijdragen". "Er is niets nieuws onder de zon" zegt de Prediker.

#### 4. De betekenis van de integrale benadering in de gezondheidszorg voor de praktijk van nu.

Sinds Hippocrates heeft de tijd niet stil gestaan en heeft vooral de school van Knidos zich sterk ontwikkeld. Zo is de kennis van ziekten met betrekking tot diagnostiek en therapie enorm toegenomen. Dit geldt niet alleen voor de somatische-, maar ook voor de psychische- en sociale facetten van menselijk leven, waarbij met betrekking tot de geneeskunde, integratie van deze drie velden binnen dat vakgebied nog erg onvolledig is vanwege de grote nadruk die te lang op het medisch-biologisch ziektemodel is gelegd.

Als Trimbos<sup>7</sup> stelt dat hij niet gelooft in het motto van de integrale geneeskunde: "more skills in one scull" dan heeft hij in zoverre gelijk dat een mens in de eerstelijns alle aangeboden problematiek niet aankan, maar daarmee is de integrale geneeskunde allerminst verworpen en naar mijn mening, en die van anderen, geen onmogelijke opgave (Van Trommel<sup>8</sup>). Slechts de uitvoering zal anders moeten, het principe blijft bestaan. Om integraal de geneeskunde te kunnen bedrijven betekent dus dat men moet gaan samenwerken. Samenwerking is in de geneeskunde niet nieuw. Men zag dit al optreden ten gevolge van specialisatie en sub-specialisatie met als noodzakelijk gevolg teamvorming op grond van verschillende deskundigheid. Denk hierbij onder andere aan hartchirurgische teams, oncologische teams etc. Dit betekent echter nog niet dat hierbij ook integrale geneeskunde in de zin van Hippocrates en Querido wordt bedreven, hoewel er zeker naar wordt gestreefd.<sup>7</sup>

De huisarts als toegang tot de gezondheidszorg, zal getraind moeten zijn in de integrale benadering van hem voorgelegde problemen gedurende de opleiding tot basisarts. Door deze benadering zal hij later de problematiek gedifferentieerd tegemoet kunnen treden. Een zeker percentage zal van somatische aard zijn. Hiervan zal hij of zij een deel zelf kunnen bewaken en/of behandelen en een ander deel moeten verwijzen naar klinische specialisten. Dit nu behoort tot de hoofdverantwoordelijkheid van de huisarts. Daarnaast zal ten gevolge van de integrale benadering een bepaalde hoeveelheid psychosociale problematiek worden gesignaleerd, welke signalering mede tot die hoofdverantwoordelijkheid van de huisarts behoort. Hiervan is eveneens weer een deel door de huisarts te helpen op basis van zijn ervaring in het omgaan met mensen, door een eenvoudig advies of door te luisteren. Andere problemen die niet direkt moeten worden doorge-  
tuurd zullen enige training vergen, die nog niet in het kurrikulum is ingebouwd, zoals bijvoorbeeld: eenvoudige sexologische problematiek. Daarnaast zal de integrale werkwijze nog een hoeveelheid psychische en/of sociale problematiek aan het licht brengen waarvoor de huisarts en de tijd en de deskundigheid ontbreken. Vandaar de noodzaak tot samenwerking, waarop nader wordt ingegaan.

De samenwerking binnen de eerstelijns wordt slechts aangestipt aangezien wij -als instituut voor huisartsgeneeskunde - dit zowel praktisch als theoretisch trachten uit te dragen en daarvan verslag doen tijdens kolleges, lezingen, Capita Selecta etc. De meest aangewezen disciplines om mee samen te werken passeren kort de revue. Ten eerste zijn maatschappelijk werkers degenen met wie moet worden samengewerkt. Zij bezitten immers kennis over het funktionieren van personen binnen sociale relaties, zoals bijvoorbeeld gezinsverhoudingen, werkrelaties etc. en zij zijn in staat om storingen en/of problemen binnen deze relaties te analyseren, zichtbaar te maken en samen met de hulpvragenden te helpen bij het oplossen hiervan. Voorts zal de wijkverpleegkundige binnen het eerstelijns team een grote bijdrage kunnen leveren aan preventie, curatie en begeleiding van somatisch zieken. Tevens is er, net zoals bij de huisarts, een duidelijk



signalerende taak naar het team toe ten aanzien van psychosociale problematiek die, juist door de toegang tot de gezinnen kan worden opgespoord. De fysiotherapeut is de vierde discipline die deel moet uitmaken van het kernteam. Naar mijn mening worden fysiotherapeuten, evenals artsen -te veel in het medisch-biologisch ziektemodel geschoold. Voor een zinvol functioneren in de eerstelijns is het noodzakelijk dat ook zij in hun opleiding vertrouwd raken met de opvattingen van de integrale hulpverlening. Immers, binnen de eerstelijns krijgen zij heel vaak mensen ter behandeling met weinig omschreven (in de zin van afwijkende laboratorium- en röntgenologische onderzoeken) diagnoses, zoals hoofd- en rugpijn. Bij deze patiënten spelen psychologische problemen vaak een grote rol mee. Indien men nu deze mensen geïsoleerd gaat behandelen voor het hoofd of de rug met massage en in het gunstigste geval ook nog oefeningen en het werkelijke probleem blijft liggen, dan zal de patiënt zich aan deze aandacht blijven vastklampen en bestaat de kans dat men na tientallen keren massage de kwaal er psychisch heeft ingemasseed in plaats van somatisch eruit. Ook voor de fysiotherapeut die zo'n nauw contact heeft met mensen is gespreksvoering en een zich bewust zijn van de betekenis daarvan, van essentieel belang. Het behoeft nauwelijks betoog dat voor samenwerking gestructureerd overleg noodzakelijk is.

De samenwerking met de tweede- en de volgende lijn is vrijwel altijd geregeld via een verwijzing, welke procedure door de huisarts en/of maatschappelijk werker in gang wordt gezet. Verwijzing naar een ander echelon houdt steeds het probleem van een goede communicatie in. Wij ervaren dan ook frekwent hoe onvolkomen dit is. Dit geldt dan vooral de communicatie met instellingen zoals: Medisch Opvoedkundige Bureaus en Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden etc.

Nu is de eerstelijns al veel langer gewend om te verwijzen naar klinici maar ook hier kan echt nog heel wat worden verbeterd. Op de andere risico's van verwijzen wordt later ingegaan. Naast onbekendheid met het werk van de huisarts, hetgeen vooral voor assistenten

in opleiding tot specialist geldt, beluistert men bij de klinici ook het ontbreken van een stuk vertrouwen, gebaseerd op ervaringen waarvan terecht of ten onrechte wordt gemeend dat de eerstelijn anders had kunnen handelen. Het fundament voor een goede samenwerking zal pas zijn gelegd als beide partijen geneigd zijn zich ten opzichte van de gemeenschappelijke taak, diskutabel op te stellen. Ik ben ervan overtuigd dat dat kan mits men zich beter realiseert onder welke omstandigheden men moet werken. Dan zal ook van zinvolle hulp van de tweede- naar de eerstelijn sprake kunnen zijn bijvoorbeeld in de vorm van konsultatie van psycholoog en klinici. Dit kan ondermeer door het leveren van diagnostische service. Ook dit is niet nieuw, want röntgenologen en laboratoriumdeskundigen (klinisch chemici, bacteriologen) leveren reeds lang onmisbare steun aan de eerstelijn, ook al zijn dit niet direkt klinici in de "klassieke" zin van het woord.

Een voorstel van wat wordt verwacht van klinici moge dit verduidelijken. Een terrein waarop de huisarts snel zekerheid wil hebben ligt op het gebied van de hart- en vaatziekten. Iedere week ontmoet de huisarts enkele mensen thuis of op het spreekuur, die duidelijkheid willen hebben over vage borstklachten die enkele uren tot -dagen geleden zijn opgetreden en in korte tijd weer zijn verdwenen.<sup>9</sup> Men konsulteert dan voor de "zekerheid". Wat men dan als huisarts wil weten is of op dat moment het elektrokardiogram en de serumenzymen normaal zijn. Ontbreken deze gegevens dan is het onmogelijk om op korte termijn een behoorlijk beleid te kunnen voeren (op korte termijn betekent binnen enkele uren). Nu is het voor een huisarts niet mogelijk om op korte termijn over bovengenoemde deskundig beoordeelde laboratoriummethodieken te beschikken. Dit klemmt des te meer omdat uit het I.M.I.R.-onderzoek<sup>9</sup> is gebleken dat de huisarts, alleen al om alle hartinfarkten van mensen met wie hij in contact komt op te sporen veel meer mensen moet laten onderzoeken dan hij nodig acht. Hier is een duidelijk hiaat in het voorzieningsysteem voor de opsporing van hart- en vaatziekten. Indien zulke voorzieningen er niet komen dan blijven wij zitten met mensen met min of meer vage klachten die

men ongaarne in een C.C.U. laat opnemen maar van wie men wel op korte termijn de nodige gegevens wil hebben om een hartinfarkt te kunnen uitsluiten. Het is uit het I.M.I.R.-onderzoek duidelijk geworden dat het hartinfarkt zich lang niet altijd presenteert onder het klassieke beeld zoals men dat in tekstboeken kan vinden. Een konklusie van dit onderzoek is dat alle mensen ouder dan 35 jaar, die zich presenteren met recente (= in de laatste vier weken) onstabiele angina pectoris, andere recent opgetreden borstpijn, kortademigheid, hartkloppingen en synkope met een elektrocardiogram en serumenzymbepalingen op korte termijn moeten worden onderzocht. Op deze manier zullen per jaar naar schatting 12.000 mensen verdacht van infarkt dit (nog) niet blijken te hebben en bij ongeveer 15.000 mensen waarvan de arts denkt dat zij nog geen infarkt hebben zal dit wel al aanwezig blijken te zijn. Om dit te bereiken moeten er meer diagnostische voorzieningen komen hetgeen een zaak is van samenwerking tussen Overheid en de tweede- en eerste lijn.

Nog een enkel punt met betrekking tot de samenwerking van huisarts en specialist wordt aangevoerd. Bij de meest voorkomende vorm van verwijzing, namelijk die naar de polikliniek zal de huisarts zich net zoals bij de akute verwijzing, moeite getroosten om de specialist via een brief in leesbare vorm alle relevante gegevens te verstrekken en om een vraagstelling te formuleren.<sup>10</sup> Van de klinikus mag de huisarts verwachten dat hij de brief dan ook zal lezen en zich in principe aan de vraagstelling zal houden. Interkollegiale konsulten zullen, tenzij er sprake is van een spoedeisende situatie steeds pas na overleg met de huisarts plaatsvinden. Voorts is mogelijk dat het gesprek tussen huisartsen en klinici beter op gang komt, indien klinici meer konsultatie zouden geven aan de eerstelijns. Dit kan bij wijze van proef worden gedaan doordat de specialist in het gebouw van een samenwerkingsverband, waar meerdere artsen in werken, op vaste tijden konsult komt geven. Dit kan leiden tot begrip voor elkaar, leren van elkaar, ontlasten van poliklinieken en betere patiëntenzorg doordat mensen, of niet of gerichter worden verwezen.

Een enkele opmerking zij mij nog vergund met betrekking tot de onkologische patiënt. Deze mensen vereisen een grote mate van samenwerking tussen de eerstelijns en het onkologische team. Daar kan van beide kanten nog erg veel aan gebeuren. Ook binnen de eerstelijns vereist dit een grote mate van samenwerking (huisarts-wijkverpleging), zeker waar vele patiënten in een inkurabel stadium, gesteund door de familie de wens te kennen geven thuis te willen sterven. In dit verband past zeker niet de Overheids neiging om de thuishulp te verminderen. Deze vermindering is ook in tegenspraak met de door diezelfde Overheid voorgestane versterking van de eerstelijns. In het algemeen gesproken lijkt er toch een totaalvisie te ontbreken op het terrein van de gezondheidszorg. Het konsentreert zich meer om deelproblemen: soms staan herten, soms cervix karcinomen, dan weer kinderen met tumoren in de belangstelling. Een echte versterking van de gezondheidszorg begint ondermeer ook bij de kwaliteit van medisch onderwijs ten behoeve van de gezondheidszorg. Moge dit eenzelfde waardering krijgen als wetenschappelijk onderzoek.

Een enkel ander gevolg van de integrale zorg wordt nog gemeld. Aangezien bij deze hulpverlening ook de sociale aspecten worden betrokken heeft dit tot gevolg dat ook de werksituatie en de vraag: "wel of niet werken", in het arts-patiëntcontact ter sprake komt. Dit betekent dat de scheiding tussen behandeling en controle zoals die in Nederland bestaat binnen het integrale model een achterhaalde zaak is. 11, 12, 13, 14

Nadat in grote lijnen de integrale hulpverlening en enkele gevolgen daarvan voor het gezondheidszorgsysteem zijn aangeduid, wordt in de hierna volgende beschouwing aangegeven welke de konsekwenties zijn voor de arts indien deze de integrale benadering niet toepast, maar in het medisch-biologisch ziektemodel blijft denken.

##### 5. Mogelijke gevolgen van de te eenzijdige benadering van klagende mensen met het medisch-biologisch ziektemodel.

Voor de mensen van wie hun klachten en/of verschijnselen passen in

dit model levert deze benadering geen problemen op. Zij die er niet in passen en toch als zodanig blijven worden benaderd zullen blijven klagen op dezelfde wijze of anders. Het probleem kan niet worden opgelost, het is niet herkend. Aangezien de eerstelijns en dus ook de huisarts eigenlijk nooit kan zeggen: "Ik vind op mijn terrein geen afwijkingen" zal hij toch iets moeten met deze patiënten en de meest voor de hand liggende handelingen zijn dan:

*5.1. het voorschrijven van medikamenten*

*5.2. het verwijzen*

5.1. Huisarts en medikamenteuze therapie.

In 1975 werden door de gezamenlijke Nederlandse huisartsen 160.842.300 afleveringen voorgeschreven aan ziekenfondspatiënten. (Een aflevering is 30 tabletten of capsules of poeders; 6 zepillen; 300 c.c. drank).<sup>15</sup> Indien partikuliere patiënten evenveel voorschriften krijgen komt hier nog eens 30% bij en zijn dit er meer dan 200.000.000. Dit zijn tientallen miljoenen recepten. Deze recepten worden waarschijnlijk niet alle weggebracht en als dat wel gebeurt, wordt mogelijk een deel niet afgehaald. Van alle medikamenteuze voorschriften kan je je afvragen of zij worden ingenomen in de voorgeschreven hoeveelheid gedurende de voorgeschreven periode. Hoe dit ook zij, per jaar worden er duizelingwekkende hoeveelheden pillen, tabletten, slokken of lepels drank, door Nederlanders gemetaboliseerd, waarvan een deel bijwerkingen ondervindt en waarvoor naar schatting enkele procenten van de mensen in een ziekenhuis moeten worden opgenomen. De arts beschikt vaak over zeer potente stoffen welke niet alleen de verlangde hoofdwerving bezitten, maar ook bijwerkingen en tevens kunnen zij nog interacties aangaan met andere gelijktijdig ingenomen medikamenten. De werking kan bovendien nog worden beïnvloed door reeds bestaande aandoeningen zoals darm-, nier- en leverfunctiestoornissen. Dit is één kant van de zaak: de farmako-dynamische- en de toxikologische aspecten in klinische situaties. Dit verdient uiteraard geïntegreerde- of op zijn minst gekoördineerde aandacht in het onderwijs, wat naar mijn mening zal moeten worden bevorderd.

Hierbij kan ook het schrijven van een recept aan de orde komen. Dit vereist samenwerking van klinikus met pathofysioloog en farmakoloog. Deze samenwerking moet een poging inhouden om de student te leren zinvol met medikamenten om te gaan en hoe hij zijn verzoeken om hulp aan de apotheker kenbaar moet maken in de vorm van een geschreven recept. Daarnaast is er de psychologische betekenis van het recept. De basale vraag is: wat kan het overhandigen van een recept -ongeacht wat er op staat- voor de patiënt betekenen? Wat doe ik eigenlijk als arts in een gegeven arts-patiëntkontakt met het overhandigen van een recept? Als arts en patiënt er wat bij denken, wat denken zij dan en komt dit overeen? Dit kan een boeiend onderzoeksterrein zijn voor medikamentenvoorschrijvers in samenwerking met (medisch)-psychologen. Wat opvalt is, dat in het onderwijs zo weinig wordt uitgegaan van het feit dat NIETS VOORSCHRIJVEN EVEN DWINGEND KAN ZIJN, ALS WEL IETS VOORSCHRIJVEN! Immers een patiënt, die na onderzoek en gesprek heengaat zonder recept, kan er mogelijk van overtuigd zijn geraakt, dat er somatisch niets bijzonders aan de hand is en dat, datgene wat hij/zij voelt zal overgaan of na uitleg geen medikamenteuze therapie meer behoeft, omdat men alleen voor geruststelling kwam. Ieder van ons heeft de ervaring dat de patiënt DESGEVRAAGD en soms spontaan zegt: "Als u het ook niet nodig vindt, hoef ik geen medicijnen; ik kwam alleen maar even horen of het iets bijzonders was". Uit vele gesprekken met ko-assistenten die verslag uitbrengen van hun stage in de huisartspraktijk kan men opmaken dat een aantal huisartsen ook zo tracht te werken. Wij moeten er wat minder van uitgaan dat capsules de strohalmen en tabletten de kurken zijn, waaraan patiënten zich zo nodig moeten vastklampen op de levenszee. Als wij, huisartsen tweemaal per week een voorschrift op zeer dubieuze indicatie niet afgeven (bijvoorbeeld bij kort bestaande koorts zonder duidelijke oorzaak geen antibiotikum geven!) dan scheelt dit al bijna een half miljoen voorschriften per jaar, hiermee is naar schatting een bedrag van f 8.000.000,-- gemoeid. Indien men door onvoldoende analyse van het door de patiënt aangeboden probleem op grond van het feit dat men in het medisch-biologisch model blijft denken, steeds maar weer wordt gekonfronteerd met door-klagende mensen zal men licht

geneigd zijn om als één van de mogelijke oplossingen een recept voor te schrijven teneinde te proberen patiënt symptomatisch verlichting te bieden, terwijl het probleem onherkend blijft liggen. Het behoeft geen betoog dat dan de weg naar chronisch geneesmiddelengebruik kan worden geëffend met alle nadelige gevolgen vanden (bijwerkingen, interacties, gewenning, verslaving, iatrogen ziektegevoel, rijvaardigheid etc.)

### 5.2. Huisarts en verwijzingen.

Per jaar wordt in Nederland  $\pm$  6.000.000 maal door huisartsen verwezen indien men aanneemt dat de partikuliere patiënten even vaak worden verwezen als de ziekenfondspatiënten. Dit komt erop neer dat een kleine 5.000 huisartsen, 6.000.000 maal per jaar een procedure in gang zetten waardoor mensen het medische kanaal ingaan teneinde daar te worden onderzocht en eventueel behandeld. Niet worden beschouwd andere verwijzingen naar instellingen zoals bureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden, medisch opvoedkundige bureaus, N.V.S.H.- en P.S.V.G.-bureaus etc. Opgemerkt wordt dat vragen aan röntgenologen, bacteriologen en klinisch chemici niet als verwijzingen worden beschouwd. Men krijgt immers de patiënt terug na gedaan onderzoek en het is de verantwoordelijkheid van de huisarts dat hij deskundig gebruik maakt van deze hulp en de uitslagen ervan kan interpreteren alsmede kan inpassen in het klinisch beeld wat de patiënt hem biedt. Ook hier zou meer aandacht aan moeten worden besteed in het basis-kurrikulum: gericht aanvragen van laboratorium- en röntgenonderzoek. Om nu op die 6.000.000 verwijzingen per jaar terug te komen: er blijkt een enorme spreiding tussen artsen wat het aantal verwijzingen betreft dat zij per 1.000 ziekenfondspatiënten per jaar plegen te verrichten, (van plm.300 tot 800 per 1000)

In een onderzoek van het Landelijk Instituut Samenwerkende Ziekenfondsen (L.I.S.Z.)<sup>16, 17</sup> werden een twintigtal factoren nagegaan, die mogelijk van invloed zouden kunnen zijn (o.a. persoonlijke factoren van de arts, praktijkgegevens, geografische gegevens).

Naarmate het verrichtingspercentage hoger en de morbiditeit in een praktijk groter zijn, neemt het aantal verwijzingen toe. Daarnaast echter bleek de afstand van het praktijkgebied tot het ziekenhuis of de polikliniek de belangrijkste faktor. Hoe dichter deze voorzieningen bij de hand zijn, hoe meer verwijzingen. Zo wordt gemiddeld door artsen op het platteland het minst verwezen (en/of laat de plattelandsbevolking zich niet graag verwijzen). In 1974 werd door plattelands artsen gemiddeld 370 maal per 1.000 patiënten verwezen, terwijl dit getal voor de stad 524 per 1.000 bedroeg. Toch zijn er stadsartsen die een verwijzingspercentage hebben welke dat van het platteland evenaart. Bieden zij een bepaalde weerstand aan het gemak van voorzieningen welke onder handbereik zijn?

Hoe dit ook zij, men kan zich afvragen, of verwijzen dan niet altijd goed is. Ik meen te mogen zeggen dat een gerichte verwijzing met vraagstelling (wij laten de akute opnames buiten beschouwing) altijd gerechtvaardigd is, maar dat een ongerichte verwijzing erg veel kwaad kan doen, zowel in psychologische- als in economische zin. Het is niet zo gemakkelijk "hard" te maken, maar wij kennen allen de gevallen waarbij sterke aanwijzingen naar voren komen dat een verwijzing beter niet had kunnen plaatsvinden. Wij spreken niet over die gevallen waarvan waarschijnlijk elke arts voorbeelden heeft en die ondanks alle goede benadering ten spijt toch niet zijn tegen te houden. Daarnaast zijn er echter verwijzingen waarbij het probleem van de patiënt niet goed is herkend en met name kan dit zeer nadelig zijn voor mensen die met niet herkende psychische en/of sociale problemen het medisch kanaal ingaan. Het is dan vaak niet meer mogelijk om de klok terug te draaien. Men verliest gemakkelijk de mensen uit het oog en patiënten bijten zich vast in hun symptomen waarvoor misschien ook nog wel zogenaamde "aanknopingspunten" zijn te vinden maar de hoofdoorzaak wordt niet herkend. Men heeft wel pogingen ondernomen om dit via onderzoek zichtbaar te maken. Ik noem het onderzoek van Weyel en Ruinen in samenwerking met het bureau Wetenschappelijk Onderzoek van de Gemeenschappelijk Medische Dienst te Amsterdam.<sup>18</sup>



Zij onderzochten de dossiers en spraken met de huisartsen van 235 mensen, jonger dan 40 jaar met lage rugpijn die reeds zolang bestond dat aanmelding voor uitkering krachtens de Wet Arbeidsongeschiktheid was geschied. In minstens 56% der gevallen bleek een uitgesproken psychosociale problematiek aanwezig, die een duidelijke- of overwegende rol leek mee te spelen bij deze arbeidsongeschiktheid. Bij 10% was dit dubieus en bij de overige 34% leek de oorzaak overwegend- of uitsluitend somatisch.

De arts, die niet integraal werkt of opziet tegen het zogenaamde "crux medicorum" lage rugpijn rest op een gegeven moment de verwijzing zodat het gevoel van onvermogen, zo dat er is, mee verwezen wordt. Naar mijn mening is pas een goed "integraal" opgeleide arts in staat op verstandige wijze met deze klagende mensen om te gaan, waarbij dus de somatische kant door hem goed moet worden beheerst. Juist hij moet in staat zijn om te kunnen zeggen: "Ik vind niets neurologisch, interns, orthopaedisch etc." Vaak is de patiënt ook pas na onderzoek (en terecht!) ontvankelijk om eventuele psychosociale problematiek bespreekbaar te maken. De integrale arts moet dus een goed somatikus zijn om de weg naar het medisch kanaal te versperren voor degenen die daar niet in thuishoren. Anderzijds dient hij te zijn geschoold in het signaleren en bespreekbaar maken van psycho-sociale problemen welke al dan niet verhuld aan het systeem van gezondheidszorg worden aangeboden.

Samenvattend wil ik een paar basale punten nogmaals noemen:

1. De integrale denkwijze dient reeds in de eerste jaren in het curriculum te worden geïntroduceerd. In feite is hierbij de ontwikkeling van een attitude van groot belang ten opzichte van vragen zoals: "Hoe wil ik de geneeskundige hulpverlening doen?" "Als dit dan integraal moet zijn, hoe wil ik dan samenwerken?" Pas als men zich bewust is van zijn plaats en de macht die men bezit zal men zich bewust zijn van zijn verantwoordelijkheid ten aanzien van de patiënt.<sup>19</sup> Mogelijk kan van deze elementen iets worden geïntroduceerd in de zojuist aan deze fakulteit

vrijgemaakte tijd in de eerste jaren ten behoeve van de gedragswetenschappen. Onze extra-kurrikulaire activiteiten met groepen eerste- t/m derdejaars studenten getuigen van grote belangstelling van de zijde van de studenten, mits men maar van de werkelijkheid van de totale mens uitgaat.

2. Aangezien recepten schrijven één van de belangrijkste handelingen in de gezondheidszorg is, meen ik dat gekoördineerd onderwijs van klinikus, farmakoloog en pathofysioloog belangrijk is om de student zinvol met stoffen te leren omgaan.
3. Weinig is bekend van de psychologische betekenis van het geven of het juist niet geven van een recept. Mogelijk is dit een belangrijk onderzoeksveld.
4. Naast recepten schrijven is verwijzen één van de andere belangrijke handelingen die huisartsen in de gezondheidszorg verrichten. In het onderwijs dient hier de nodige aandacht aan te worden besteed ondermeer door ook aandacht te besteden aan de fase vóór de deur van het ziekenhuis. Voorts lijkt het geboden om verder onderzoek te doen naar de beslissing van de huisarts met betrekking tot verwijzen, ondermeer in relatie tot het gebruik van laboratorium- en röntgenologische hulp. Overigens dient een dergelijk onderzoek niet alleen te worden gericht op gegevens van de verwijzer, maar ook op die van de verwezene.
5. Het verschuiven van de zorg van de tweede- naar de eerstelijns, bijvoorbeeld in de vorm van konsultatie door specialisten aan huisartsen kan mogelijk leiden tot een beter gesprek, tot wederzijds leren, tot ontlasting van poliklinieken en tot gerichter verwijzen.
6. Binnen het integrale model is met betrekking tot de oplossing van medische problemen zeker een plaats voor alternatieve geneeswijzen onder bepaalde voorwaarden.
7. Het is van groot belang dat de gezamenlijke medische fakulteiten in Nederland en het Nederlands Huisartsen Instituut een profiel gaan beschrijven voor de "basisarts" waarvan nu niemand precies weet hoe dat eruit ziet. Pas daarna is het mogelijk om aan te geven wat er in de beroepsopleiding tot huisarts moet plaatsvinden en hoe lang deze universitaire opleiding moet duren.

8. Tenslotte is de geschiedenis der geneeskunde soms uitermate geschikt om het "hier en nu" te begrijpen. Enerzijds kan deze geschiedenis ons met gepaste trots vervullen, anderzijds tot grote bescheidenheid manen.

Mijnheer de rektor magnifikus, leden van het Kollege van Bestuur,

Dat u het voorstel voor mijn benoeming hebt willen bekrachtigen schept verplichtingen ten aanzien van de Universiteit, in het bijzonder de Medische Fakuliteit.

Ik zal trachten deze verplichtingen af te wegen tegen de verplichtingen die ik heb binnen de Vakgroep Huisartsgeneeskunde en mijn gezin.

Dames en heren, leden van de Fakuliteit der Geneeskunde,

Vanaf 1969 ben ik in uw midden werkzaam, na meer dan tien jaar solistisch als huisarts te hebben gewerkt. Het was niet eenvoudig om terug te komen in de universitaire sfeer en tevens als huisarts te blijven funktioneren. Enerzijds was dit mogelijk door de grote steun die ik van mijn vrouw en kinderen heb ondervonden. Anderzijds hebt u mij als vertegenwoordiger van een vak zonder duidelijke methodiek, met een blanco onderwijsprogramma en minimale onderzoekservaring, opgenomen als een volwaardig partner en van velen van u, heb ik dit persoonlijk ervaren.

Binnen ons instituut hebben wij ons enorme inspanningen getroost om het onderwijs in de huisartsgeneeskunde op te zetten, alleen of in samenwerking met anderen. Ik heb het gevoel dat wij nog maar amper zijn begonnen. Wij hebben ons hierbij zeer gesteund gevoeld door u, leden van de fakuliteit, doordat wij reeds tweemaal de onderwijsprijs in ontvangst hebben mogen nemen. Wij zullen, ondanks het feit dat dit een grote mate van tijd en mankracht vergt, wat onvoldoende wordt gehonoreerd door de Overheid, doorgaan met te trachten integratie van onderwijs te bevorderen, zodat de golf van Kos steeds meer wordt overbrugd. Het aksent van onze activiteiten zal voorlopig nog wel op het onderwijs gericht moeten blijven maar wij realiseren ons hierbij wel dat patiëntenzorg en onderwijs moeten worden gevoed vanuit onderzoek. Ook aan dit onderdeel hebben wij met dit jonge instituut met zijn zeer kleine vaste staf reeds een bijdrage kunnen leveren.

Dames en heren, leden van de Vakgroep Huisartsgeneeskunde,

Het is mij vergund om als eerste onze directeur Heert Dokter te bedanken voor het in mij gestelde vertrouwen. Destijds heb ik niet in eerste instantie gekozen voor het vak van huisarts, maar al doende ben ik in de ban geraakt van de mogelijkheden van dit vak. De tot nu toe ontwikkelde en de zich nog steeds verder ontwikkelende samenwerking binnen onze praktijkgroep heeft het zicht op deze mogelijkheden alleen nog maar vergroot. Tevens wil ik in dit verband mijn dank uitspreken voor de wijze waarop onze patiënten een recidiverende onrust in de praktijk hebben verdragen en voor hun medewerking aan het onderwijs en onderzoek. Ik dank alle vakgroepleden voor het in mij gestelde vertrouwen. Uw wijze van opstelling heeft mijn twijfel over het aanvaarden van dit ambt fors ondermijnd. Ik ben er trots op in ons instituut met u te mogen samenwerken en ik mag wel zeggen dat met een relatief kleine bezetting enorm veel werk wordt verzet. Ons instituut verkeert nog steeds in de opbouwfase. Ingeklemd tussen kliniek en de extramurale gezondheidszorg in een snel veranderende tijd betekent dit dat wij onszelf zullen moeten blijven zien als verkerend in die opbouwfase. Zonder de basis, aangegeven door de school van Kos uit het oog te verliezen, moeten wij, zoals Bremer dit al aangaf in zijn doorwrochte openbare les, "leren blijven vragen".<sup>20</sup>

Dames en heren, huisartsen,

Hoe goed is het dat u op dit uur kans hebt gezien hier aanwezig te zijn. Indien u al op een of andere manier met ons instituut samenwerkt grijp ik deze gelegenheid aan om u daarvoor van harte te bedanken. Zonder onze perifere kliniek, dat wil zeggen de gezamenlijke praktijken van onze huisartsgastheren en onze huisartsopleiders vanaf Delft tot en met Zeeuws Vlaanderen, zouden wij maar weinig mogelijkheden hebben om de dagelijkse praktijk in het onderwijs in te bouwen, laat staan dat de studenten er enige ervaring in zouden kunnen opdoen. Ik denk dat wij samen willen werken aan de huisarts

die zich bewust is van zijn plaats en functie in ons systeem van hulpverlening.

Dames en heren, studenten,

Omdat ik destijds zeer heb genoten van het onderwijs van briljante leermeesters, maar daarnaast evenzeer heb geleden onder dat van anderen, ligt het onderwijs mij na aan het hart. Hoewel het ongunstig is dat u de Vakgroep Huisartsgeneeskunde eerst pas in het officiële kurrikulum in het vierde jaar ontmoet, zullen wij proberen om u nog zoveel zicht te geven op dit ambacht dat het voor u mogelijk moet zijn dit naar behoren te betrekken bij uw keuzemogelijkheden aan het eind van het zesde jaar. Ik hoop dat onze contacten vruchtbaar zullen zijn. Dit geldt vooral voor u die ons onderwijs heeft bijgewoond. Hopelijk is er dan niet zoveel motivatieverlies opgetreden door nieuwe verplichtingen elders dat dit u zou verhinderen om ons "feedback" en uw jongere kollega's mogelijk beter onderwijs te verschaffen.

Ik dank u allen voor uw aandacht.

## LITERATUUR.

1. Querido, A., Inleiding tot een integrale geneeskunde, Leiden, 1955.
2. Dokter, H.J., Tot een hoeksteen. De Erven Bohn B.V., Amsterdam, 1973
3. Van Aalderen, H.J., Anders helpen, anders helen. V.U., Amsterdam, 19
4. Bierkens, P.B., Hulpverleners. Metamedica 56, 246, 1977.
5. Weijel, J.A., De mensen hebben geen leven. Bohn, Haarlem, 1970.
6. Weijel, J.A., Van nieuwe mensen, de dingen die veranderen. De Erven Bohn B.V., Haarlem, 1971.
7. Trimbos, K., Psycho-sociale onkologie. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 53, 674, 1975.
8. Van Trommel, M.J., Integrale geneeskunde, een onmogelijke opgave? hu arts en wetenschap 15, 389, 1972.
9. Van der Does, E. en Lubsen, J., Acute coronary events in general practice. The Imminent Myocardial Infarction Rotterdam study, chapters 3 and 5, Thesis 1978, De Swart, The Hague.
10. Van der Does, E., Huisarts en specialist. Samenwerking huisarts-specialist met betrekking tot de patiëntenzorg in de thans bestaande structuur der gezondheidszorg. Medisch Contact 29, 28, 914, 1974.
11. Doeleman, H., De wijze van beoordeling van verzekerden krachtens de ziektewet in het kader van de ontwikkeling van verzekeringsgeneeskunde. Medisch Contact 29, 13, 415, 1974.
12. Van der Does, E., Scheiding van behandeling en controle: Een achterhaalde zaak? Medisch Contact 30, 3, 83, 1975.
13. Doeleman, H., Scheiding behandeling en medische controle: Een achterhaalde zaak. Medisch Contact 30, 182, 1975.
14. Van der Does, E. en Schenk, F.C., Scheiding van behandeling en controle: Een achterhaalde zaak. Berichten van de bedrijfsvereniging voor de gezondheid, geestelijke en maatschappelijke belangen. Juli 1976, nrs. 6 en 7.
15. Medische Dienst van de Stichting Samenwerkende Rotterdamse Ziekenfondsen. Persoonlijk verstrekte inlichtingen, 1978.
16. L.I.S.Z., Jaarboek 1974.

17. Kruidenier, H.J., In "Inzet", maandblad van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, 1, 1, 32, 1977.
18. Ruinen, F.H. en Weijel, J.A., Studie lage rugpijn. Rapport Bureau Wetenschappelijk Onderzoek van de Gemeenschappelijke Medische Dienst, Amsterdam, 1972.
19. Verhage F. en Thiel J.H., Onmacht en macht in de medische situatie, Oraties, Rotterdam, 1974.
20. Bremer, G.J., Leren blijven vragen. Universitaire Pers, Leiden, 1971.
21. Lindeboom, G.A., Inleiding tot de geschiedenis der geneeskunde. De Erven Bohn, N.V., Haarlem, 1961.
22. Encyclopedia Britannica, 1962.



