

TOT EEN HOEKSTEEN

Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van gewoon hoogleraar
in de huisartsgeneeskunde aan de Erasmus Universiteit van Rotterdam op
woensdag 10 oktober 1973.

ISBN 90 6051 490 4

DR. H. J. DOKTER

TOT EEN HOEKSTEEN

*Over de toekomst van de huisartsgeneeskunde
binnen en buiten de medische faculteit*

DE ERVEN BOHN BV AMSTERDAM 1973

'De steen die de bouwlieden versmaad hebben, is tot een hoeksteen geworden'. Psalm 118, vers 22

Dames en heren,

De huisartsgeneeskunde heeft de laatste jaren een uiterst snelle ontwikkeling doorgemaakt. Ik heb het voorrecht gehad deze ontwikkeling van zeer nabij te mogen meemaken. In het hierna volgende wil ik uw aandacht vragen voor mijn visie op de toekomst van de huisartsgeneeskunde binnen en buiten een medische faculteit.

Er is één aspect dat mij de laatste tijd sterk heeft beziggehouden en dat naar mijn mening uitgangspunt moet zijn voor het bepalen van het beleid. Wanneer men namelijk een visie wil proberen te geven op de toekomst van de huisartsgeneeskunde, dient men in eerste instantie de doelstellingen van de gezondheidszorg te bepalen. De gezondheidszorg die wij met elkaar in de toekomst nodig achten bepaalt namelijk voor een belangrijk deel de toekomst van de huisartsgeneeskunde. Vragen als 'hoeveel huisartsen hebben wij in de toekomst nodig en wat voor huisartsen zullen dat moeten zijn', zijn voor een belangrijk deel van de bepaling van de doelstellingen van de gezondheidszorg afhankelijk. Samen met de socioloog Milikowski heb ik over de doelstellingen gedacht. Enkele uitgangspunten wil ik u noemen.

Inclusief denken

In 1970 heb ik er tijdens het Congres van het Nederlands Huisartsen Genootschap op gewezen, dat men de toekomst moet benaderen met een ander denken. Boerwinkel heeft in een katern van de 'Werkgroep 2000' betoogd, dat deze tijd een ander denken vereist en wel een inclusief denken. Volgens hem is het oude denken exclusief en antagonistisch ingesteld. Boerwinkel bedoelt daarmee, dat in de eerste plaats de belangen van het ik,

van de eigen groep, van het eigen land worden gesteld tegenover die van de ander, van de andere groep of van het andere land. De 'Werkgroep 2000' betoogt dat, wanneer de mensheid een kans wil hebben te overleven, zij dit exclusieve denken zal moeten omzetten in inclusief denken. Inclusief denken, zo schrijft Boerwinkel, gaat ervan uit dat mijn heil niet wordt verkregen ten koste van of zonder de ander, maar alleen als de mens tegelijk het heil van de ander beoogt en bevordert. Dit is de opgave van de toekomst, die naar mijn mening recentelijk is bevestigd door de resultaten van het onderzoek van de Club van Rome.

Voor de geneeskunde houdt dit in dat zij het heil en het welzijn van de mens beoogt en bevordert, en dat de geneeskundige maximaal betrokken is bij het lijden van de zieke mens. Is dat nu het geval? In het tijdschrift *Huisarts en Wetenschap* klaagt een patiënt over het feit, dat hij als patiënt in het gesprek over de gezondheidszorg buiten beschouwing wordt gelaten en dat de huisarts meer wordt beschouwd als een doel in zichzelf, dan als een middel om de patiënt een goede gezondheidszorg te verlenen. Wanneer men inclusief tracht te denken over de toekomst van de huisarts, zal daarin de patiënt centraal dienen te staan. De huisartsgeneeskunde is 'patientcentred'.

Basisvoorzieningen

Er is een tweede uitgangspunt ten aanzien van het vaststellen van de doelstellingen dat mij belangrijk lijkt. De basisvoorzieningen moeten voor iedereen bereikbaar zijn. Dit lijkt misschien een overbodige stellingname, maar in een land als de Verenigde Staten zijn een aantal basisvoorzieningen niet of nauwelijks bereikbaar voor grote groepen van de bevolking, nl. van de financieel minder draagkrachtigen. Dichter bij huis blijkt eveneens, dat in een stad als Brussel het minder bedeelde deel van de bevolking onvoldoende geneeskundige verzorging geniet (Van Orshoven). Het is duidelijk, dat in een aantal landen, de ontwikkeling van de organisatie van de gezondheids-

zorg aan de basis, achter loopt bij die van de geavanceerde (en kostbare) medische technieken. Er bestaat een kloof die steeds groter dreigt te worden. Deze kloof doet enigszins denken aan de kloof die bestaat tussen rijke en arme landen. Rijk wordt rijker, arm wordt armer.

Ik ben van mening dat het groter worden van een dergelijke kloof de gezondheidszorg schade berokkent en dat er maatregelen genomen moeten worden om aan dit proces een halt toe te roepen. Bij een keuze tussen enerzijds de zeer kostbare superspecialistische ontwikkelingen die ten goede komen aan enkelingen, en anderzijds verbetering en verbreding van de zorg aan de basis, zal naar mijn overtuiging de voorkeur aan de laatste gegeven moeten worden. Die verdere ontwikkeling van de organisatie van de gezondheidszorg aan de basis ligt thans meer dan ooit binnen het bereik van onze mogelijkheden, maar zij zal wel aanzienlijke investeringen vergen. Deze investeringen zullen moeten worden onttrokken aan de technologische ontwikkelingen. De laatsten zullen dus meer geïntegreerd en getemporeerd moeten worden ten gunste van de voorzieningen in de eerste lijn.

Als voordeel van een verbetering van de gezondheidszorg aan de basis, wordt algemeen gesteld dat een adequatere opvang in dit eerste echelon ook kan worden aangemerkt als een 'structurele bezuiniging'. Zowel materieel als immaterieel. Te verwachten valt, dat hoe beter de zorg in het eerste echelon zal zijn, hoe minder patiënten het duurdere tweede echelon voor lange tijd in zullen schieten. Dit werkt kostenbesparend en veroorzaakt minder leed voor de zieke.

Het medisch model

Een verder uitgangspunt bij het vaststellen van de doelstellingen in de gezondheidszorg is, dat het medisch model een te beperkte benaderingswijze biedt om de nood waarmee de arts geconfronteerd wordt, op te vangen.

Binnen dit medische model presenteert de patiënt een klacht van lichamelijke aard. De dokter reageert daarop met een lichamenlijk onderzoek en besluit met een therapeutische handeling.

Ook deze handeling gaat van de gedachte uit, dat het gehele proces van ziekte zich binnen het lichaam afspeelt. De therapie richt zich dan ook op lichamenlijke ziekteprocessen. De huisarts bemerkt al spoedig dat hij met een dergelijke benaderingswijze niet uitkomt. Er zijn andere factoren in het spel waarmee hij te maken krijgt. Veelal zal hij ontdekken dat een aantal patiënten niet op de ingestelde therapie reageert en blijft klagen. Men kan zich dan binnen het medische model afvragen of men de diagnose wel juist heeft gesteld, ofwel of onze kennis ten aanzien van de biochemie bijvoorbeeld nog niet zover is voortgeschreden, dat wij voldoende inzicht hebben in de ontstaanswijze van het ziekteproces.

Het integrale model

Dit is één mogelijkheid. Een andere mogelijkheid is de volgende. Bij het diagnostisch proces hebben wij onvoldoende rekening gehouden met factoren die buiten het menselijk lichaam gelegen zijn. Zolang men blijft zoeken naar oorzaken van ziekte welke uitsluitend binnen het lichaam gelegen zijn, zal men steeds weer teleurgesteld zijn over de resultaten van de behandeling.

Querido heeft er al in 1955 op gewezen, dat een aantal patiënten niet geneest, zoals binnen het medisch model verwacht mag worden. Reden daarvan is, dat men onvoldoende rekening heeft gehouden met de integrale aspecten van het ziek zijn; dat, met andere woorden, wel de ziekte, maar niet de zieke wordt behandeld. Hiermee is het integrale model in de geneeskunde ingevoerd. Dit model heeft grote opgang gemaakt in de huisartsgeneeskunde, daar het een aantal verschijnselen heeft verklaard.

Bij het integrale denkmodel betreft men naast de lichamelijke aspecten, ook de geestelijke en sociale factoren die een rol kunnen spelen in het lijden van de patiënt.

Bovendien hebben onderzoeken in de psychosomatische geneeskunde verbanden kunnen leggen, die het integrale ziekte-model meer inhoud hebben gegeven.

De consequentie van deze kennis is, dat men de patiënt niet alleen somatisch moet behandelen, maar dat men tevens iets moet doen aan de stress waaraan bijvoorbeeld de maagpatiënt is blootgesteld. Binnen het integrale model houdt dat in, dat onderzoek en behandeling zich uitbreiden tot de psychosociale omgeving van de mens. Daarmee is de mens weer een eenheid geworden bestaande uit lichaam en geest welke onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Indien de mens lijdt aan zijn lichaam dan is tevens de totaliteit aangetast.

Het conflict-model

Een derde model, het conflict- of confrontatie-model, komt de laatste tijd tot ontwikkeling. Het is langzamerhand wel duidelijk dat de welvaart ons over het hoofd groeit en dat een toename van de welvaart niet noodzakelijkerwijs een toename van het welzijn inhoudt. Men kan omtrent mensen die de huisdokter bezoeken vernemen dat 30-60% van deze mensen lijdt aan aandoeningen waarvan de oorzaak in de psychosociale sfeer gezocht moet worden.

Weijel spreekt in dit verband over het feit, dat de mensen geen leven hebben. De vraag waarmee de huisartsgeneeskunde en meer in het algemeen de eerstelijns-geneeskunde geconfronteerd wordt is, wat wij hieraan denken te doen. Nu en in de toekomst. Over welk apparaat dient de gezondheidszorg en in een breder kader de welzijnszorg te beschikken om dit klachtenaanbod adequaat op te vangen.

Allereerst de vraag: zijn de geproduceerde cijfers betrouwbaar?

Oliemans vermeldt in zijn proefschrift, dat 20% van de aandoeningen die de huisarts te behandelen krijgt tot de zogenaamde psychosomatische en psychiatrische stoornissen behoort. Deze 20% zijn volgens hem te beschouwen als een absoluut minimum, aangezien feitelijk bij elke aandoening psychische factoren een rol kunnen spelen.

Evenwel wordt tevens vermeld, dat bijna in de helft van de gevallen de huisarts slechts een waarschijnlijkheidsdiagnose of symptoomdiagnose stelt. Wanneer uit het onderzoek van Oliemans blijkt, dat klachten als buikpijn, maagpijn, hoofdpijn en moeheid, klachten over climacterium en menopauze veelvuldig worden geuit, dan past het ook hierbij een grote invloed van psychosociale factoren aan te nemen. Dit is niet nader onderzocht. Een dergelijk onderzoek zou met prioriteit moeten worden uitgevoerd.

Uit het recente onderzoek van De Vries komen de volgende getallen naar voren:

1. Bijna een derde van de in een 'dorp bij stad' onderzochte gezinnen kampt met invalide gezinsleden of met chronische ziekten; een vierde van deze gevallen wordt als zeer ernstig beoordeeld.

2. Bijna een derde van de onderzochte gezinnen bevat nerveus gestoorde gezinsleden, waarvan slechts een tiende deel als zeer ernstig wordt beoordeeld.

3. 15% van de gezinnen kampt met arbeidsproblemen. Opvallend is, dat 35% van de onderzochte gezinnen geen merkbare problemen hadden.

Wat gaat ons dit aan? Uit het onderzoek van De Vries zou men mogen constateren dat het ons allemaal aangaat, want als zijn conclusies juist zijn komt slechts één uit de drie aanwezigen, voor zover niet uit hetzelfde gezin afkomstig, uit een gezin waar géén problemen zijn. Mijn vraag is nu of ons antwoord binnen het terrein van de geneeskunde gegeven moet worden of niet. Ik dacht van niet, hoewel er symptomen zijn die wijzen op een 'medicalizing of society' (Zola) die wij niet wenselijk achten.

Het is volkomen duidelijk dat de geneeskunde zich er voor moet hoeden de profeten te leveren voor een nieuw samenlevingsmodel, op grond van de hun uit magische overwegingen toegedachte deskundigheid. Schoenmaker houdt u bij uw leest. Maar hoe? Wanneer de wachtkamers voor een groot deel gevuld worden met mensen die klachten hebben op grond van hun gestoorde psychosociale welbevinden, kan ons antwoord niet meer gevonden worden binnen het medische en het integrale model, maar moeten wij verder zoeken.

Milikowski heeft in zijn *Lof der onaangepastheid* er op gewezen, dat de mensheid de ons bekende evolutie heeft kunnen doormaken, door zich niet aan te passen aan het milieu. Door het milieu te veranderen en het aan te passen aan de situatie die hem het beste schikt heeft de mens kunnen overleven.

Wat wij nu binnen het integrale model doen is de mens die klaagt, zich te laten aanpassen aan zijn milieu. Daarvoor zijn wij artsen in het bezit gesteld van grote hoeveelheden psychofarmaca en hebben wij ons verzekerd van de hulp van andere disciplines.

Ik ga er van uit, dat een deel van de onvrede die wij als mensen voelen opkomen ten aanzien van onszelf, ons gezin, onze werksituatie of anderszins, nuttig is. Deze onvrede vormt de prikkel tot verandering, tot ontplooiing van de mens. Het kan de motor zijn op grond waarvan hij tracht de situatie te veranderen.

Ik meen dan ook, dat een groot deel van de klachten die de arts te horen krijgt, voortkomen uit deze onvrede, waar de patiënt geen raad mee weet. Naar mijn overtuiging is het onjuist deze klachten uitsluitend te beantwoorden binnen het medische of zelfs het integrale ziektemodel. De eerstelijns geneeskunde zal zodanig gestructureerd moeten worden dat de aangeboden klachten op hun waarde worden geschat en dat indien blijkt dat iets met welzijnsproblematiek te maken heeft, getracht zal moeten worden oplossingen binnen een confrontatiemodel te zoeken. De mens die klaagt zal samen met andere patiënten, met buurtbewoners, met hulpverleners en anderen naar wegen

moeten zoeken om het welzijn te bevorderen. Daarbij zal de arts niet meer als arts fungeren maar als mede-mens, liefst zoveel mogelijk ontdaan van zijn magie.

In het voorgaande heb ik enkele uitgangspunten trachten te formuleren die mij van belang lijken voor het bepalen van de doelstellingen van de gezondheidszorg. Als laatste uitgangspunt zou ik willen noemen een nieuwe definitie van gezondheid die naar mijn mening beter aansluit bij de reeds genoemde overwegingen dan de door de World Health Organisation gehanteerde definitie, die aldus luidt: 'Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn; niet slechts de afwezigheid van ziekte of zwakheid'. Milikowski en ik hebben gezondheid gedefinieerd als een proces van ontplooiing van de mens in relatie tot zijn naaste omgeving en tot de samenleving, een ontplooiing zowel in somatische, psychische en maatschappelijke zin. Hierbij wordt er vanuit gegaan dat de mens niet los te denken is van het verband waarin hij leeft en waarvan hij deel uitmaakt.

Indien de ontplooiing van de mens als onderdeel van dit samenlevingsverband bedreigd is, is het hele verband bedreigd en zal dit dienen te reageren. De verantwoordelijkheid voor de gezondheid zoals zoëven geschetst, kan niet meer uitsluitend de verantwoordelijkheid van de arts alléén zijn. *Gezondheidszorg* dient dan de mogelijkheden tot ontplooiing van de mens zowel wat betreft zijn lichamelijke als wat betreft zijn psychische en maatschappelijke potenties te bevorderen. Indien wij onze zorg zo opvatten, zullen wij niet alleen inclusief en 'patientcentred' moeten denken, maar ook moeten handelen. Dat is geen gemakkelijke opgave. Wanneer de arts dan bovendien nog binnen de drie genoemde modellen moet kunnen opereren, dan zal het duidelijk zijn, dat hij deze taak nimmer alléén op zich zal kunnen nemen. Het team wordt in de gezondheidszorg en met name in de eerste lijn van die zorg, obligaats, en voor iedereen bereikbaar. De huisartsgeneeskunde kan dan gezien worden als een integrale zorgverlening voor de gezondheid van de bevolking die zich individueel of groepsgewijs presenteert. De inte-

grale zorg wordt gewaarborgd door samenwerking met anderen uit andere disciplines; de continuïteit van de zorg wordt gewaarborgd door de groep. Ten aanzien van de welzijnsproblematiek, welke door de patiënt wordt gepresenteerd, zal het team maatregelen trachten te effectueren binnen het confrontatiemodel. In het team blijft de arts de deskundige ten aanzien van het geneeskundig denken en handelen.

Een enkel woord is nu naar mijn mening op zijn plaats over de positie van de patiënt, cliënt van de gezondheidszorg. Het zal u duidelijk zijn, dat ik de patiënt in het team, de groep wil betrekken. De patiënt is medewerker in de gezondheidszorg. Indien de patiënt actief betrokken wordt bij de behandeling, zal een mentaliteitsverandering bij alle betrokkenen noodzakelijk zijn; dus ook bij de studenten en hun opleiders.

De toekomst van de huisartsgeneeskunde

Over de toekomst van de huisartsgeneeskunde wil ik kort zijn. Het zal u duidelijk zijn dat een visie afgeleid kan worden uit wat hierboven is gezegd.

De huisarts dient in de toekomst in teams te werken welke ge-localiseerd zijn in gezondheidscentra in de wijken. Wij moeten de zorg in toenemende mate verleggen naar de plaats waar zij het meest noodzakelijk is, namelijk bij de mensen in de hun vertrouwde omgeving. En wij zullen alles in het werk moeten stellen deze mensen zo lang als maar enigszins mogelijk en verantwoord is, te handhaven in de eigen omgeving. Nu lijkt dit eenvoudig, maar toch dreigen er een aantal gevaren waar wij zelf als huisartsen voor moeten oppassen. Met name is het in de grote steden tijdens de avond en nacht en tijdens het weekend vaak moeilijk een huisarts te vinden. De patiënt neigt er dan toe om gedurende deze uren, direct naar het ziekenhuis te gaan en daar om hulp te vragen. Verder is er een neiging bij huisartsen de oude wijken te mijden - men wil er liever niet wonen. Nu is

vaak het doktershuis in de oude setting het middelpunt van de zorgverlening. Ook op grond van deze overweging zou ik er voor willen pleiten dat de praktijk van de huisarts niet aan de rand van de wijk gelegen is, maar zijn plaats vindt in het centrum van de wijk.

Andere hulpverleners, bijvoorbeeld van een hulp- en adviescentrum, attenderen ons erop, dat de hulpvrager toch nog vaak een grote drempelvrees heeft. Het valt hem moeilijk de arts te raadplegen. De sociale afstand tussen hulpvrager en hulpverlener is nog vrij aanzienlijk en wordt geaccentueerd door de excentrische ligging van de praktijk. De hulpverlener zal heel bewust een stuk van zijn macht moeten prijsgeven, wil hij zijn geloofwaardigheid als hulpverlener behouden. Wanneer de huisarts in de toekomst hiertoe niet bereid is, dan staat het bestaan van de huisartsgeneeskunde mijns inziens op het spel. De kans is reëel dat er dan een situatie ontstaat zoals in de Verenigde Staten of in Zweden, waar de 'emergency-units' van de ziekenhuizen fungeren als een soort eerstelijnsgezondheidszorg. Het zal dan ook zaak zijn, dat deze huisarts werkend in een gezondheidscentrum temidden van de mensen waaraan hij zijn zorg verleent, een optimale geneeskundige zorg nastreeft.

Immers valt dan inderdaad te verwachten dat minder mensen ten onrechte binnen de muren van polikliniek en kliniek verzeild raken, zoals blijkt uit de onderzoeken van De Melker en Lamberts c.s. Een goede en liefdevolle zorgverlening aan de basis, uitgeoefend in teamverband, is voor het voortbestaan van de huisartsgeneeskunde essentieel. De continuïteit van deze zorg moet evenals de kwaliteit gewaarborgd zijn. Naar mijn mening is slechts dit apparaat in staat om het aangeboden klachtenaanbod adequaat op te vangen. Het is zeer goed denkbaar en zelfs gewenst, dat de regionale instituten voor de geestelijke volksgezondheid die in de toekomst tot ontwikkeling zullen komen, met de gezondheidscentra in hun regio intensief samenwerken; allereerst in consultatieve vorm; mogelijk ook op andere wijze.

Trouwens het valt niet in te zien waarom ook de specialisti-

sche geneeskundige zorgverlening niet voor een deel buiten de muren van het ziekenhuis komt te liggen. Ik ben een warm voorstander van consultatie vanuit de kliniek naar het gezondheidscentrum toe, en het spijt mij dat dit in de huidige structuur van onze gezondheidszorg niet bevorderd wordt. Regionale ziekenhuizen zouden evenals de organisaties voor de geestelijke volksgezondheid met één been in de gezondheidscentra moeten staan, ook weer met de bedoeling de mensen in hun omgeving te handhaven. De huisarts zal dan een deel van zijn tijd dienen te besteden aan teambesprekingen met vertegenwoordigers uit andere disciplines en met specialisten. Daarvoor moeten de middelen gevonden worden.

Er wordt al geëxperimenteerd met huisartsen die als adviseur verbonden zijn aan de staf van een ziekenhuis. Dit biedt zowel voor de huisarts als voor de specialist de mogelijkheid de communicatie tussen beiden te verbeteren. Ook voor de patiënt liggen hier grote voordelen, daar de kennis van het gezin en het milieu van de patiënt op deze wijze in het beleid betrokken kunnen worden.

Enerzijds zien we de specialist als consulent zijn intree doen binnen het gezondheidscentrum, anderzijds zien we de huisarts als consulent zijn intree maken binnen het ziekenhuis.

Het beleid van de overheid

Helaas valt er een zekere tegenstelling te beluisteren in de uitspraken die door de overheid ten aanzien van de huisarts worden gedaan. Enerzijds wordt verklaard, dat een volksgezondheidsbeleid slechts aanvaardbaar is, indien de huisarts daarin een centrale positie blijft innemen; anderzijds blijft de hulp uit die de huisarts ter versteviging van zijn positie tezamen met andere werkers in de eerste lijn zo dringend nodig heeft. De overheid dient naar mijn mening snel die maatregelen te treffen die de hulpverlening van de eerste lijn steunen.

Daarnaast lijkt mij voor de bepaling van het beleid van de overheid een marktonderzoek noodzakelijk. Immers er is nog zeer weinig bekend over het behoeftenpatroon van de mens betreffende de te verlenen gezondheidszorg. Bekend is dat een groot deel van de problemen die op dit gebied bestaan onder water blijven. De problemen waarmee de huisarts geconfronteerd wordt manifesteren slechts de top van een ijsberg.

Indien wij hierin meer inzicht hebben wordt het vervolgens mogelijk te bezien welke functies binnen dat kader vervuld moeten worden. Functie-omschrijvingen zijn met name in de huisartsgeneeskunde nauwelijks verricht. De vraag is of de aanwezige functionarissen in de eerste lijn doelmatig worden ingezet om aan het aanbod te voldoen. Men kan zich voorstellen dat veel van het werk van de huisarts gedelegeerd zou kunnen worden aan verpleegkundigen, waardoor de huisarts tijd vrij krijgt voor essentiële zaken in het samenwerkingsverband. De structuur van de gezondheidszorg in ons land is hier nog niet op ingesteld en de patiënt verwacht in Nederland nog alles van de dokter. Delegatie is een mogelijkheid om meer tijd beschikbaar te krijgen.

Er dient naar te worden gestreefd, dat onderzoek naar het behoeftenpatroon wordt voortgezet en dat het volksgezondheidsbeleid aan de resultaten van deze onderzoeken wordt aangepast.

Inclusief denken betekent voor de klinische geneeskunde dat ook deze intramurale geneeskunde zich dient af te vragen wat men kan doen om de positie van de extramurale voorzieningen te versterken. Voor de patiënt zal dit betekenen dat deze niet onnodig binnen het medisch model terecht komt en dat hij zo lang mogelijk buiten de kliniek en de polikliniek blijft.

De toekomst van de huisartsgeneeskunde binnen de medische faculteit

De huisartsgeneeskunde heeft zich een positie binnen de medische faculteit verworven. Het is de verdienste van het Nederlands Huisartsen Genootschap geweest dat dank zij zijn werk deze mijlpaal in de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde is bereikt. De taak van de huisarts binnen de faculteit zal er vooral in bestaan mee te werken aan de realisatie van de eerdergenoemde doelen. Kort samengevat is dat een huisarts te vormen die in staat is in teamverband een integrale zorg te verlenen voor de gezondheid van de bevolking die zich individueel of groeps-gewijze presenteert.

In het team is de arts de deskundige ten aanzien van het geneeskundig denken en handelen, maar heeft zich de denkwijzen en mogelijkheden van met name de gedragswetenschappen vol-doende eigen gemaakt om in teamverband met beoefenaren der gedragswetenschappen te kunnen werken. Hij benadert de hulpzoekende niet vanuit een machtspositie, maar op voet van gelijkheid. Hij is in staat consult te vragen en te verlenen, en hij staat open voor kritiek op zijn werk, zowel vanuit het team als vanuit de maatschappij. Hij is in staat met probleemoplossen-de methoden het merendeel van de problemen waarmee hij geconfronteerd wordt, op te lossen, te delegeren, te verwijzen of binnen het team te behandelen.

Een groot deel van de opleiding tot basisarts is in handen van specialisten. Wanneer wij in deze opleiding al iets willen realiseren van het boven omschreven doel, dan zal dit een fundamentele verandering in het denken vereisen; er moet worden afgestapt van onderwijs gericht op individuele prestaties waarvoor onderwijs gericht op samenwerking en groepsprestaties, in de plaats komt. Men zal zo vroeg mogelijk, liefst al vanaf de lagere school, de mens moeten leren, dat in de toekomst de problemen waarmee hij geconfronteerd wordt niet door het individu kunnen worden opgelost maar in groepsverband dienen te worden benaderd en opgelost. Ook op praktische gronden is een dergelijke ontwikkeling noodzakelijk. Eén individu

kan in zes jaar niet meer alle kennis en vaardigheden verwerven, die noodzakelijk zijn. Wel kunnen een aantal individuen, naar hun geaardheid verschillend, tezamen de kennis en vaardigheden verwerven noodzakelijk voor het vervullen van de talloze functies in de gezondheidszorg. Dit is niets nieuws, maar in de opleiding werken we nog onvoldoende in deze richting.

Daarnaast zal dan het onderwijs een veel groter beroep moeten doen op de eigen verantwoordelijkheid van de student, die immers later ook voortdurend kennis moet blijven vergaren.

Een grondige kennis van de somatische geneeskunde is onontbeerlijk. De huisarts dient in het onderwijs dat door de specialist gegeven wordt een plaats te krijgen. Huisarts en specialist zouden er naar moeten streven, zoveel mogelijk gezamenlijk onderwijs te geven. Dit vereist dan tevens dat de huisarts betrokken wordt in de discussie over de inhoud van het te geven onderwijs. Op enkele afdelingen van het Academisch Ziekenhuis in Leiden wordt hiermee ervaring opgedaan en de resultaten zijn hoopgevend. De huisarts kan de specialist laten zien wat wel en wat niet van betekenis is voor de toepassing van de geneeskunde in het eerste echelon. Ook kan langs deze weg gewerkt worden aan een verbetering van de relatie huisarts-specialist, zodat deze ook voor de student meer inhoud krijgt.

Indien de basisarts geleerd wordt met een groot arsenaal van laboratorium- en röntgenfaciliteiten te werken, dan dient hij later ook over vergelijkbare mogelijkheden te beschikken. Dan moet de specialist hem ook in zijn probleemoplossend gedrag steunen. Dit op elkaar afgestemde gedrag dient men te demonstren en te propageren.

Gezien de doelstellingen van de huisartsgeneeskunde lijkt het mij onontkoombaar, dat de huisarts binnen de medische faculteit meewerkt aan de invoering van de gammawetenschappen in het curriculum, voor zover deze nog niet zijn ingevoerd. Een commissie 'sociale vaardigheid' van deze Faculteit heeft onlangs een aantal onderwijsdoelstellingen geformuleerd die ik

u niet wil onthouden en die ik getoetst heb aan de onderwijsdoelstellingen, zoals die door Dijkhuis voor de huisartsgeneeskunde zijn geformuleerd:

1. Het kunnen waarnemen en interpreteren van de gedragingen, vooral ook de expressieve van individuen en het kunnen onderscheiden en beschermen van verschillende groepsprocessen.

2. Het kunnen zien van de invloed van eigen voorkomen en gedrag op anderen; het kunnen begrijpen van deze invloed en daar in het eigen gedrag rekening mee houden.

3. In staat zijn om emotioneel een zekere afstand te nemen van wat er gaande is, zelfs wanneer men er zelf bij betrokken is.

4. Het optimaal kunnen functioneren in de arts-patiënt relatie.

5. Kennis van, inzicht in en gevoel voor verschijnselen van maatschappelijke aard.

6. Inzicht in de structuur en dynamiek van verschijnselen als stratificatie, conflict, stress, socialisatie, anomie en deviantie.

Uitgangspunt voor de discussie dient te zijn, dat elke medicus een gezondheidsprobleem c.q. ziekte opvat als een existentieel probleem, een probleem van het menselijk bestaan. Mens- en natuurwetenschappen dienen zich te centreren, elkaar beïnvloedend, gericht op ziekte als menselijk fenomeen. Ziekte is een crisis in het menselijk bestaan. Er kan dan geen sprake zijn van een tijdelijk ter beschikking stellen van de gedragswetenschappen in een medische faculteit, maar van een geïntegreerde aanpak vanuit deze visie op ziekte en gezondheidszorg. Duidelijk is mijns inziens, dat het geven van colleges in de gammawetenschappen onvoldoende mogelijkheid geeft de onderwijsdoelstellingen te realiseren. Praktische oefeningen ter verkrijging van de nodige vaardigheden en attitude zullen onontbeerlijk zijn. Te denken valt hier ook aan stages bij diverse hulpverleningsinstanties in de stad of aan stages waarin men als verpleger of verpleegster werkzaam is in een ziekenhuis of verpleeginrichting. Colleges en stages zullen vroeg in het curriculum moeten worden ingevoerd. Hieraan een positieve bijdrage

te leveren is mede een taak van de afdeling huisartsgeneeskunde.

Tenslotte nog een enkel woord over de samenwerking met de afdelingen sociale psychiatrie en maatschappelijke gezondheidszorg. De samenwerking op het terrein van de geestelijke volksgezondheid is nog onvoldoende. Zowel de instellingen als de huisartsen schieten in deze samenwerking te kort, terwijl juist op dit gebied voor de geestelijke gezondheid van de komende generaties zo veel gedaan kan worden. Ook hier kan de huisarts in het team, de spil van de gezondheidszorg zijn, mits hij het inzicht en de tijd heeft mee te werken.

Samen met genoemde afdelingen hebben wij onderwijsprogramma's opgezet om de studenten te laten zien welke rol zij straks in de gezondheidszorg van het eerste echelon moeten vervullen. Daarbij worden de rollen van de andere hulpverleners waarmee zij straks moeten samenwerken, eveneens gemonstreerd.

Modellen van verschillende vormen van hulpverlening worden getoond en in groepen besproken. Al met al een verheugende ontwikkeling. Ik hoop, dat in de toekomst ook studenten van sociale academies en leerling-verpleegkundigen aan deze groepsdiscussies kunnen deelnemen en dat ook het probleemoplossend gedrag gezamenlijk beoefend zal gaan worden.

Op deze wijze hopen wij met genoemde afdelingen de voorwaarden te scheppen waarop de arts in de toekomst, in teamverband moet leren werken. Daarbij wil ik er graag op wijzen dat de samenwerking met de orgaanspecialist en vooral met de algemene internist in deze teams niet kan worden gemist.

Uiteindelijk moet een aantal a.s. huisartsen hun opleiding ontvangen in bestaande gezondheidscentra om op deze wijze het functioneren van de eerstelijns-geneeskunde te leren. Wij zullen er aan mee moeten werken dat meer van dergelijke opleidingscentra tot stand komen.

De taken van het instituut voor huisartsgeneeskunde

Gezien het voorgaande kunnen de taken van het instituut voor huisartsgeneeskunde als volgt worden genoemd:

- a. Het onderwijs, te verdelen in kennismakingsonderwijs en in de beroepsopleiding tot huisarts;
- b. de research;
- c. de patiëntenzorg in een eigen praktijk of in een geaffilieerde praktijk.

Deze taken dienen door het instituut alleen of in nauwe samenwerking met anderen te worden uitgevoerd. Uitgangspunten zijn naar mijn mening:

1. Een gedegen onderwijs in de somatische geneeskunde.
2. Onderwijs in de medische psychologie: medische psychologie in de zin van Weijel: de gedragsleer van de medische situatie.
3. Onderwijs in de medische sociologie.
4. Vorming van een attitude gericht op maatschappijproblemen en gericht op democratisering van de relatie tussen hulpvrager en hulpverlener.
5. Contact van de student met de huisarts liefst in het eerste jaar van zijn studie.
6. Specifieke aspecten van de huisartsgeneeskunde en toepassing van de geneeskunde in de eerste lijn van de gezondheidszorg.
7. Leren in teamverband te werken.
8. In contact brengen van de student met wijkverpleging en maatschappelijk werk, tijdens de opleiding. Daarbij wordt gedacht aan trainingsgroepen van studenten afkomstig uit diverse disciplines, waarbij het probleemoplossend gedrag op de voorgrond dient te staan.

Naar mijn mening zijn de eerste vier punten voor de faculteit in zijn totaliteit van belang; de uitgangspunten 5 tot en met 8 vind ik voor de huisartsgeneeskunde van grote betekenis. Ten aanzien van het vijfde punt heb ik getracht dit te realiseren door in 1968 te beginnen met studiegroepen voor eerstejaars studenten

onder leiding van huisartsen. De voornaamste doelstelling van deze groepen is de attitude van de toekomstige arts zo te vormen en te begeleiden, dat hij na afloop van zijn studie in staat is zijn eigen emotionele reacties op het ziek zijn van de patiënt te herkennen, en adequaat te luisteren naar wat de patiënt werkelijk wil zeggen. Een afgeleid doel is de student kennis te laten maken met het beroep van huisarts en het beeld dat hij van de huisarts heeft te toetsen aan de realiteit.

Wij hopen met deze groepen in staat te zijn de attitude te bewaken, zodanig dat de student leert luisteren naar zijn zieke medemens, die immers een existentiële crisis doormaakt. Een nauwe samenwerking met de afdeling medische psychologie is zowel voor de praktische uitvoering als voor de evaluatie noodzakelijk. Deze evaluatie zal moeten aantonen of wij er inderdaad in slagen met deze groepen onder leiding van huisartsen de attitude van de jonge studenten te bewaken. Gebleken is dat deze attitude bij onvoldoende begeleiding in voor ons doel negatieve zin verandert en ik verwacht dat dit met de genoemde groepen voorkomen kan worden.

Het kennismakingsonderwijs wordt voortgezet in het vierde jaar door middel van colleges en werkgroepen, die door Den Haan en Van Trommel in deze faculteit zijn ingevoerd evenals het co-assistentschap. Dit laatste vindt plaats in het zesde jaar en wordt voorafgegaan door een inleidende bespreking en besloten met een colloquium. Tijdens dit colloquium wordt een ziektegeschiedenis besproken die de student gemaakt heeft van een patiënt uit de praktijk van de gastheer.

Themans heeft in ons instituut een evaluatie van dit co-assistentschap uitgevoerd. De co-assistenten hebben daartoe na het co-assistentschap een evaluatieformulier ingevuld. De eerste resultaten van de evaluatie wijzen erop, dat het co-assistentschap nauwelijks meer bijdraagt tot de beslissing omtrent de verdere beroepsuitoefening van de student. Slechts 1 op de 40 is in dit opzicht van idee veranderd. Wel is de tweede keuze van degenen die reeds aangeven specialist te willen worden veran-

derd. Men scoort nu in een hoger percentage voor huisarts als tweede keuze en geeft aan dat dit door het co-assistentenschap is gebeurd. Interessant is ook, dat degenen die al weten huisarts te willen worden, meer geïnteresseerd zijn in het dagelijks leven van de huisarts, dan de toekomstige specialisten. We hebben aangenomen, dat het co-assistentenschap bijdraagt tot de beroepskeuze van de a.s. medicus. Blijkens deze enquête is dit niet het geval. Tevens komen er kritische op- en aanmerkingen over het werk van de huisarts-gastheer. Deze zijn vaak zeer fundamenteel en de gastheer zou hiermee zijn voordeel kunnen doen. Helaas zijn we nog niet zo ver dat we hier een adequaat gebruik van kunnen maken. Wij prijzen ons gelukkig dat een groot aantal huisartsen bereid is als gastheer op te treden. Teneinde de relatie tussen hen, de a.s. huisartsopleiders en het instituut voor huisartsgeneeskunde te regelen, heeft Den Haan destijds de stoot gegeven tot de oprichting van de Stichting Huisartsgeneeskunde Rotterdam en Omstreken. Hierin werken de beroepsorganisaties en de medische faculteit samen, om de inhoudelijke en structurele problemen ten aanzien van de opleiding te bespreken. Ik geloof dat dit model van samenwerking van verstrekkende betekenis is. Immers het is vrijwel onmogelijk voor een faculteit huisartsen op te leiden zonder de medewerking van de huisartsen in de regio. Dat nu de huisartsen middels de stichting de mogelijkheid hebben over de opleiding tot huisarts mee te denken, ervaar ik als bijzonder stimulerend en voor het onderwijs van grote betekenis.

De beroepsopleiding tot huisarts

Nu wil ik het hebben over de beroepsopleiding tot huisarts. De vragen die ik in het begin van deze rede heb gesteld, namelijk hoeveel huisartsen wij in de toekomst nodig hebben en wat voor huisartsen dat zullen moeten zijn, zijn voor deze opleiding van fundamentele betekenis. Immers pas wanneer wij deze vragen hebben beantwoord en gezamenlijk de doelstellingen van de

gezondheidszorg hebben bepaald, kunnen we onze onderwijsdoelstellingen nader vaststellen. Uitgangspunt is de zogenaamde basisarts die in zes jaar wordt opgeleid en die daarna de beroepsopleiding zal gaan volgen. Naar onze mening zou deze arts na het jaar beroepsopleiding over een goede uitgangspositie moeten beschikken om als huisarts te kunnen beginnen. Dat wil zeggen dat hij in staat is de geneeskunde in de eerste lijn toe te passen. Anderzijds moet hij in staat zijn om aan mensen met welzijnsproblemen welke vertaald worden in lichamelijke klachten, duidelijk te maken waar het wezenlijk aan schort.

Uit onderzoekingen is gebleken dat die arts het vertrouwen van zijn patiënten geniet, die enerzijds over goede kennis en vaardigheden beschikt met betrekking tot de somatische geneeskunde en anderzijds bereid is te luisteren naar de noden van de patiënt en daar begrip voor heeft. Het lijkt mij, dat wij in het zevende jaar tot de beschreven uitgangspositie kunnen komen. De jonge huisarts zal dan enigszins gevormd zijn in de richting die wij wenselijk vinden. Voor zijn verdere vorming is hij zelf verantwoordelijk. Principia bij het onderwijs zijn, het onderwijs in groepen met begeleiding van huisartsen, waarbij aan de zelfwerkzaamheid en de eigen verantwoordelijkheid voor het leerprogramma grote prioriteit wordt gegeven. Een aantal sociale vaardigheden wordt van wezenlijke betekenis geacht, terwijl inzicht in het eigen functioneren onontbeerlijk is. Het is mogelijk een idee te hebben over de vraag wat voor huisartsen wij in de toekomst nodig denken te hebben. Hierover heb ik zojuist iets gezegd. Veel moeilijker wordt het over aantallen benodigde huisartsen te spreken. Dat zullen wij pas kunnen doen indien een plan voor de totale gezondheidszorg vorm krijgt. Naar mijn mening zou een huisarts ca. 2000 mensen dienen te verzorgen, zodat in ons land dan 6000 huisartsen nodig zijn. Indien deze huisartsen echter eenvoudige werkzaamheden kunnen delegeren, zou het aantal patiënten per huisarts groter kunnen zijn, maar dan toch met een bovengrens van 2500. Het zal duidelijk zijn dat wanneer wij een dergelijke structuur wenselijk achten, ingrijpende wijzigingen nodig zijn. Ik denk daarbij met name

aan een vestigingsbeleid. Het is voor de gezondheidszorg niet meer verantwoord wanneer een jonge huisarts zich diep in de schulden moet steken en daarbij in een praktijk moet werken die al vanaf het begin niet aan de moderne eisen van praktijkvoering voldoet.

De universiteiten zullen de eerstkomende jaren huisartsen afleveren die met bepaalde verwachtingen de praktijk ingaan. Het lijkt mij dat wij gezamenlijk een verantwoordelijkheid hebben in die zin, dat ideaal en werkelijkheid niet te ver uit elkaar mogen liggen. Daartoe in staat gesteld door deze faculteit heeft ons instituut nu ervaring kunnen opdoen met de vorming van artsen tot huisarts. Het voornaamste doel van deze proefopleiding is de huisarts-opleiders ervaring te laten opdoen met de onderwijssituatie. Immers de huisarts is tot nu toe gewend zieken te begeleiden. Hij is met de onderwijssituatie niet vertrouwd. Hoe moet je een jonge arts iets leren? Hoe breng je hem bepaalde vaardigheden en attitudes bij? Dit zijn vragen die tijdens deze opleiding bij de huisarts-opleiders aan de orde komen. Gebleken is nu al dat bepaalde huisartspraktijken voor deze opleiding minder geschikt zijn, terwijl zij voor andere opleidingsdoelen wel geschikt zijn. Tevens is gebleken dat de onderlinge relatie in deze situatie van grote betekenis is. De patiënten zouden we willen vragen begrip voor deze situatie te hebben en de jonge dokter te accepteren. Het publiek zal in dit opzicht zeker nog de nodige voorlichting behoeven.

Of de onderwijsdoelstellingen met het programma voor de a.s. huisartsen bereikt zijn, dient nader onderzocht te worden.

Research

De research binnen het instituut voor huisartsgeneeskunde is vooralsnog een moeilijk punt. De taken ten aanzien van het onderwijs vergen een dermate grote inspanning, dat men de eerste jaren niet te veel van het onderzoek moet verwachten. Van belang zal zijn, dat men de bij het onderwijs gebruikte me-

thodiekten op hun waarde test en aanpast aan de resultaten. Persoonlijk vind ik dit meedoen aan een stuk onderwijsresearch van grote betekenis, vooral ten aanzien van de studiegroepen onder leiding van huisartsen en ten aanzien van de beroepsopleiding. Daarnaast heeft mij in de laatste tijd in toenemende mate de vraag geboeid hoe mensen ten onrechte binnen het medisch model verzeild raken. Men zou een stuk speurwerk op deze vraag moeten richten, waarbij de vraag naar de needs en demands in de gezondheidszorg tevens in het onderzoek met de beantwoording van deze vraagstelling gemoeid is. De research ten aanzien van de samenwerking van de arts met anderen, het testen van nieuwe modellen van samenwerking in de praktijk zijn voor een instituut voor huisartsgeneeskunde van grote waarde. Bovendien zou ik het van betekenis vinden indien wij erin zouden slagen het psychosociale aspect van de morbiditeit in maat en getal uit te drukken. Ons instituut is met een voorzichtige poging in deze richting begonnen. Met betrekking tot de research zal het contact met andere disciplines binnen de medische faculteit niet kunnen worden gemist. Daarnaast bevindt zich nu binnen de Erasmus Universiteit een reservoir van kennis waarop wij gaarne een beroep zouden willen doen. Ik denk daarbij vooral aan de methodologie van het sociaal psychologisch onderzoek, dat wij bijzonder nodig hebben.

Patiëntenzorg

Het is noodzakelijk dat degenen die onderwijs geeft in huisartsgeneeskunde, zelf in de praktijk werkzaam blijft. De ervaring leert, dat deze combinatie voor de medewerkers moeilijk te realiseren is, maar men moet ernaar blijven streven. Vooral de samenwerking met een gezondheidscentrum of een buurtcentrum voor hulpverlening lijkt mij zeer belangrijk. Misschien is dit het ogenblik om sprekende over de zorg voor de patiënten te mogen zeggen hoeveel ik juist van de patiënten zelf heb geleerd en hoe dankbaar ik ben voor het feit, dat zij ook de

jonge collegae de gelegenheid hebben gegeven van hen te leren. Zonder onze patiënten is het onderwijs steriel en spreekt het onvoldoende aan.

Dames en Heren

In het voorgaande heb ik u een indruk willen geven van mijn visie op de toekomst van de huisartsgeneeskunde binnen en buiten een medische faculteit. De uitgangspunten voor het bepalen van de doelstellingen in de huisartsgeneeskunde heb ik u geschetst. Met name zijn dat de drie modellen in de geneeskunde en een meer dynamische definitie van gezondheid en gezondheidszorg.

Van betekenis wordt geacht dat een onderzoek naar de behoeften van de bevolking naar gezondheidszorg in het eerste echelon wordt verricht. Daaraan kunnen dan de benodigde functies in het eerste echelon worden aangepast. De functie van het team in de eerste lijn heb ik trachten te omschrijven. Deze functie zal flexibel moeten zijn en zich kunnen aanpassen aan de veranderde behoeften.

In deze teams zouden a.s. huisartsen moeten worden opgeleid, waarbij de opleiding erop gericht is de huisarts probleemgericht te laten werken, gericht op de zorg voor de patiënt en met begrip voor het feit dat deze een eigen verantwoordelijkheid heeft en hem zo nodig daarop wijzend.

In de opleiding wordt grote aandacht besteed aan het vermogen tot samenwerking met de eigen en andere disciplines. De eigen verantwoordelijkheid van de student tijdens en na zijn studie voor de opleiding wordt beklemtoond. Tenslotte wordt erop gewezen dat in de toekomst mensen in de gezondheidszorg die een brede opleiding hebben in de sociaal gerichte menswetenschappen, nodig zijn. Juist aan aldus opgeleide mensen zal een grote behoefte zijn.

Psalm 118 vers 22 luidt aldus: 'de steen die de bouwlieden ver-

smaad hebben, is tot een hoeksteen geworden'. De stenen die aanvankelijk vanwege hun vorm niet geschikt leken voor de bouw van de tempel van Salomo, bleken in een later stadium uitermate op hun plaats als hoekstenen, zo een belangrijke functie vervullend in het geheel.

Ik moge besluiten met de hoop uit te spreken, dat de huisartsgeneeskunde een hoeksteen mag blijven van de gezondheidszorg in Nederland.

Geraadpleegde literatuur

Boerwinkel, F., *Inclusief denken*. Bussum 1969.

Dokter, H. J. en H. Ph. Milikowski, 'De opleiding tot huisarts - Enkele uitgangspunten voor het omschrijven van de doelstellingen', in *Med. Contact* 28, 185, 1973.

Dijkhuis, H. J. P. M., 'De doelstellingen van het onderwijs in de huisartsgeneeskunde', in *Med. Contact* 28, 190, 1973.

Lamberts, H., persoonlijke mededeling.

Melker, R. A. de, *Ziekenhuis, huisarts, huisgezin*. Nijmegen 1973

Milikowski, H. Ph., *Sociale aanpassing, niet-aanpassing, onmaatschappelijkheid*. Arnhem 1961.

Oliemans, A. P., *Morbiditeit in de huisarts-praktijk*. Leiden 1969.

Orshoven, van, persoonlijke mededeling.

Querido, A., *Inleiding tot een integrale geneeskunde*. Leiden 1955.

Rapport Commissie Sociale Vaardigheid. Erasmus Universiteit Rotterdam 1972.

Vries, A. E. N. de, *Gezin en hulpverlening in dorp bij stad*. Nijmegen 1973.

Weijel, J. A., *Medische psychologie*. Utrecht 1961.

Weijel, J. A., *De mensen hebben geen leven*. Haarlem 1970.

Zola, I. K., 'The medicalizing of society', in *Huisarts en Wetenschap* 15, 229, 1972.