

# huisarts en wetenschap

maandblad van het  
nederlands huisartsen  
genootschap



## Over de plaatsbepaling van de huisarts in de gezondheidszorg\*

DOOR C. SELDENRIJK, HUISARTS TE RIJSWIJK

De bewustwording van een spanning tussen de werkelijkheid en de wenselijkheid vormt de impuls dat de positie van de huisarts allereerste kritisch wordt bezien.

Onze verantwoordelijkheid noopt tot een gewijzigde opstelling en een heroriëntatie. De toekomst ligt in de continuïteit der ontwikkelingen en is een gevolg van een proces dat wortelt in het verleden en zich in het heden voortzet. Door de volgende sterk gewijzigde en snel voortschrijdende veranderingen zal de attitude van de huisarts zowel als zijn verschijningsvorm belangrijk evolueren:

### 1. De algemeen maatschappelijke verschijnselen.

Er heeft zich een groter maatschappijbewustzijn ontwikkeld, dat tot een wijziging in de opvattingen omtrent het individuele belang en het belang van de gemeenschap heeft geleid. Een belangrijk facet hiervan is de zorg voor de gezondheid. De gezondheidszorg vormt mede het fundament voor de welzijnszorg. In de welzijnszorg gaat men uit van de gedachte het individu in creatief en economisch opzicht gunstig te beïnvloeden. Voorwaarden voor een optimale gezondheid van het individu zijn zowel subjectief belevend als objectief waarneembaar en biologisch functionerend gedetermineerd.

Welvaart betekent enerzijds een toestand van voorspoed, gunstige ontwikkeling in maatschappelijk opzicht, zowel met betrekking tot de persoon als tot de gemeenschap. Welvaart brengt anderzijds ook schade en bedreiging van de gezondheid mee (bijvoorbeeld welvaartsziekten, ongeval-

\*Naar een voordracht, gehouden tijdens de conferentie „De huisarts in de nabije toekomst”, 26 en 27 maart 1971 te Driebergen.

*Samenvatting.* Algemeen maatschappelijke verschijnselen, een andere begripsvorming over gezondheid en ziekte, de mondigheid van de patiënt/cliënt en een beter inzicht in het morbiditeitspatroon hebben invloed op de doelstellingen van het werk van de huisarts.

Gewezen wordt op een nieuwe attitude en op de betekenis van de interactie tussen de patiënt en de huisarts en de beïnvloeding van elkaars rolverwachting.

Er wordt een suggestie gedaan over direct realiseerbare organisatievormen en gepleit voor het blijven bestaan van de diversiteit in de verschijningsvorm van de Nederlandse huisarts.

len en de gevolgen van milieu-verontreiniging). Daarom zal de welvaartsstaat een hoge prioriteit toekennen aan de behartiging van de volksgezondheid.

2. *Belangrijke ontwikkelingen in de begripsvorming over gezondheid, ongezondheid en ziekte.* Het meest wezenlijke lijkt mij dat wij deze begrippen niet langer omschrijven als een passief concreet gegeven (bijvoorbeeld door het begrip gezondheid te omschrijven als een toestand gekenmerkt door de afwezigheid van ziekte), maar als actieve, dynamische processen van mogelijke bestaanswijzen van de mens. De waarden die wij aan deze bestaanswijzen hechten zullen in de tijd veranderen.

3. *De mondigheid van de patiënt.* De mening over de dienstverlening in de gezondheidszorg met betrekking tot die door de huisarts, is sterk aan verandering onderhevig. Het publiek heeft een be-

paald beeld van de huisarts. Dit beeld is historisch gebonden, draagt de mystieke kenmerken van de huisarts uit het verleden met zich en is voorts niet langer alleen gebaseerd op de eigen ervaring met de eigen, aan het ouderlijk huis verbonden met autoriteit beladen, vertrouwde huisarts. Dit „geïdentificeerd huisartsbegrip” paste in de hiërarchische „setting” en de beslotenheid van het vroegere agrarische milieu. De bedreiging door acute ziekten en het optreden van calamiteiten vragen bovendien om een beslisvaardige autoriteit.

Merkbaar wordt voorts de invloed van het toenemend ontwikkelingspeil van de bevolking. Door verbetering en bredere toegankelijkheid van het onderwijs, door de cumulerende voorlichting via pers, radio en televisie en de ontwikkeling van een grotere vrijheid in de affectieve relaties en de toenemende individualisatie heeft de patiënt een bewuste motivatie voor zijn keuze verworven. Daarnaast wordt het geneeskundig handelen gewijzigd door een medische ethiek, waarvan menig dogma thans binnen en buiten de eigen professie aan kritiek bloot staat.

Dit vraagt een andere opstelling van de artsen, respectievelijk huisartsen. Ook mede daardoor wordt de verwachting die de patiënt ten aanzien van de houding en het handelen van de huisarts heeft beïnvloed. Wij zouden op grond van deze overwegingen kunnen spreken van „het gemotiveerd huisartsbegrip”.

Het periodiek geneeskundig onderzoek, het gerichte onderzoek en dergelijke zullen door de patiënt worden gestimuleerd. De patiënt/cliënt verwacht van zijn huisarts primair deskundigheid en tolerantie voor eigen inbreng en wensen. Aandacht voor zijn bijzondere situatie, een gesprek over en uitleg van zijn persoonlijke ervaring met een probleem of ziekte en de betekenis van de ingestelde therapie zullen door de moderne mens als vanzelfsprekend worden verwacht. Het recht op bewaking door de huisarts tijdens het functioneren van de mens tussen de polen van gezondheid en ziek zijn, zal een vereiste in de toekomst worden.

4. *Het morbiditeitspatroon.* Het is de belevingswereld van de patiënt van waaruit deze de behoefte waarneemt, die de vraag naar persoonlijke zorg initieert. Het is de patiënt die voor zijn klacht actief hulp van zijn huisarts inroept en mede het dagelijks morbiditeitspatroon in het werk van de huisarts bepaalt. Voor het grootste deel komt de huisarts met „cure” uit.

De patiënt wordt zich echter slechts een deel van de werkelijke behoefte aan medische zorg bewust. Het is de opdracht aan hen die zorg dragen voor de gezondheid van het individu, deze potentiële vraag binnen hun zorg te betrekken. Het zijn deze „demands” en „needs” voor medische zorg die in het „eerste contact” de persoonlijke relatie patiënt — huisarts en huisarts — patiënt beïnvloeden.

Van hieruit zie ik het interactie-gebied tussen huisarts en patiënt. Interactie betekent een gezamenlijk-pogen, een gezamenlijke werkzaamheid

waarbij ieder een aandeel heeft in een handeling. Er zal ook sprake zijn dat de huisarts en de patiënt elkaars rolverwachting beïnvloeden. Hier wordt de veranderde rol van de huisarts zichtbaar, gewijzigde omstandigheden nopen hem zich aan te passen: Het cultuurpatroon, de welvaart, de verhouding tot het milieu, het ontwikkelingsniveau, de sociale klasse en vele andere factoren hebben invloed op dit interactie-gebied.

*De doelstellingen.* Als er wordt gesteld dat er van de huisarts meer „care” dan „cure” kan worden verwacht, dan is dit een logisch gevolg van beter inzicht in de gezondheidszorg. Niet alleen handeling van een klagende patiënt neemt de huisarts op zich, maar tevens een verantwoordelijkheid voor de zorg rondom de gezondheid van de hele populatie uit zijn praktijk. Dàt houdt persoonlijke, integrale en continue zorg in. Dàt is de nieuwe attitude. Niet alleen bewaking van „high risk”-groepen, bejaarden of de minder aangepasten, maar eveneens zorg voor de gezonde zuigeling en de kleuter of beter nog: voor ieder individu uit zijn praktijk.

De continue en persoonlijke zorg in deze functie heeft meer betrekking op de attitude dan op de huisarts als een doe-het-zelver of op een „round-the-clock-service”. Centraal moet wel blijven staan dat de huisarts aan de individuele mens hulp biedt. In de lijn van individu naar gezin en groep vindt men een toename van mogelijkheden tot conflicten en past de huisarts een toenemende terughoudendheid, omdat de persoonlijke zorg voor het individu gewaarborgd moet blijven.

Door de uitbreiding van de doelstellingen en wijzigingen van het karakter van zijn zorg worden andere eisen aan de huisarts van de toekomst gesteld. Als huisartsen zullen wij een „gekwalificeerd huisartsenbegrip” moeten voorstaan, waarbij een garantie voor de kwaliteit van het werk op de voorgrond staat. Dat begrip krijgt alleen dan betekenis als wij bereid zijn een voortdurende toetsing van de factoren die de kwaliteit van het werk bepalen te aanvaarden. Een vernieuwde, aan de tijd aangepaste opleiding, bij- en nascholing, zelfs in onderhoudsdosering gegeven, zijn niet voldoende. Het in eigen gelederen en met anderen — gegeven de beschikbare middelen — eens worden over de factoren die de kwaliteit van het werk bepalen, is van eminente betekenis.

*De huisarts in de extramurale gezondheidszorg.* De welvaartsstaat vraagt om meer goederen en meer diensten. De productie van meer diensten is, in tegenstelling tot die van goederen, vooral afhankelijk van mankracht en niet van productie-verhogende maatregelen. Gaan wij uit van het gegeven dat ook in de toekomst de huisarts een centrale plaats in de persoonlijke gezondheidszorg dient te hebben, dan zal dat uit de structuur van de organisatie van deze zorg moeten blijken.

In de extramurale gezondheidszorg wordt de huisarts geflankeerd door de maatschappelijke en

de geestelijke gezondheidszorg. Deze zorg werd historisch gekenmerkt door het particuliere initiatief tot charitas, dat wil zeggen de oproep tot liefdadigheid en christelijke liefde voor de medemens en functioneel door een verzuilde, weinig doorzichtige structuur, waarbinnen vele organisaties met elkaar overlappende doelstellingen, elk afzonderlijk opererend vanuit een veelheid aan categorale bureaus en dienstverlenende centra. Bovendien werden de benodigde gelden verkregen door bijdragen en subsidies van particulieren, stichtingen, de locale, de provinciale en de nationale overheid.

Deze kenmerken lijken niet meer rationeel voor de toekomst. De historie der charitas is geworden tot een menselijk recht op de best denkbare zorg voor de gezondheid. Economisch zullen in de toekomst collectief georganiseerde voorzieningen, deels gericht op het individu, deels gericht op de collectiviteit, worden gefinancierd uit de sociale verzekering, bijdragen uit de algemene middelen en mogelijk door het dragen van een eigen risico door de patiënt. Functioneel is vereenvoudiging in de structuur van de extramuraal zorg een dwingende eis.

Het overgaan van „cure” op „care” verandert de attitude en werkwijze van de huisarts. Uit de structuur van de maatschappelijke en geestelijke volksgezondheidszorg zal echter duidelijk moeten blijken dat zij sterk preventief is gericht.

Anderzijds maakt de huisarts deel uit van een groep mensen die allen in het eerste echelon van de gezondheidszorg hun diensten verlenen. Samenwerking is hier geboden, maar het vinden van een effectieve en spoedig realiseerbare gemeenschappelijke organisatievorm zal uiterst moeilijk blijken te zijn. Is er voldoende mankracht en geld beschikbaar om de solopraktijken in bijvoorbeeld groepspraktijken en/of gezondheidscentra om te zetten? Willen de patiënten en de Nederlandse huisartsen dat?

Een algemene volksgezondheidsverzekering zal de bereidheid tot samenwerken bevorderen. Anderzijds legt uniformiteit in de dienstverlening beperking van de persoonlijke vrijheid op en wordt in ons land de diversiteit van de vraag erkend, doordat de overheid ook de diversiteit van het aanbod voorstaat (bijvoorbeeld de woningbouw). Een volksverzekering zal altijd een minimum verstrekking inhouden, terwijl bij toenemende welvaart de vraag toeneemt en men meer keuzemogelijkheden, zowel van goederen als van diensten, wil hebben.

Vanuit een leefbaar, tijdseigen werkklimaat zal de huisarts zijn gewijzigde attitude in de toekomstige wijze van praktijkvoering duidelijk effectief kunnen maken door:

1. Versterking van zijn eenvoudigste operationele basiseenheid, de solo-praktijk als de minst ingewikkelde organisatievorm van de huisartspraktijk. Uitgaande van de veronderstelling dat de gemiddelde praktijkgrootte dan ook kan toenemen, zijn de minimumeisen aan zijn stafbezetting:

- a. een secretaresse voor de behandeling van de

telefoon, de te maken afspraken, oproep van patiënten, de receptie en het doen van het administratieve werk. Het nauwkeurig bijhouden van een kaartsysteem en het verzorgen van de medische informatiekaart die iedere patiënt in deze tijd dient te hebben, is een tijdrovend, maar beslist noodzakelijk werk.

- b. een specifiek daartoe opgeleide doktersassistente die naast verzorgende en verpleegkundige kwaliteiten enige kennis bezit van in de huisartspraktijk voorkomende problemen en die tevens zelfstandig patiënten kan bezoeken.

Verder een aan deze staf in werkwijze aangepaste praktijkruimte en uitrusting.

2. Gebruikmaking van een aantal additionele ambulante voorzieningen en inbreng van specifieke deskundigen in een bepaalde regio, gecoördineerd en geïntegreerd gericht op het individu en gezin. Ik denk hierbij aan activiteiten der Kruisverenigingen sociale psychiatrische diensten, psychologen, maatschappelijke werkers en dergelijken. Het verdwijnen van verkwistende verzuilingen en een verandering van werkwijze en doelstelling van vele instellingen is noodzakelijk.

Uitgangspunt dient de vernieuwde attitude en de centrale positie van de huisarts in de persoonlijke gezondheidszorg te zijn. Anderzijds zal de huisarts met de specifieke deskundigen een hechte samenwerking aangaan, waardoor de medische zorg belangrijk kan worden verbeterd. Het adviseren en overdragen van deskundigheid kan veelal een belangrijker criterium voor een goede medische zorg zijn dan het verwijzen van een patiënt (Dijkhuis).

3. Vorming van samenwerkingsverbanden. Afhankelijk van diverse doelstellingen kunnen fusies van operationele basiseenheden tot stand komen. Vooral in de grote steden is groepswijze samenwerking van huisartsen dringend gewenst. Er dreigt hier een hiaat in de door de huisarts te geven zorg te ontstaan. Samenvoeging van groepspraktijken en de genoemde additionele voorzieningen in één gebouw kunnen tot een gezondheidscentrum leiden.

Veldkamp heeft daarnaast nog de gedachte geopperd het gezondheidscentrum tot een sociale supermarkt te laten uitgroeien, dat wil zeggen een gemeenschapscentrum, waar alle gemeenschapsdiensten tegelijk kunnen worden ondergebracht. Ik betwijfel of wij voor deze „plate service” wel snel genoeg zullen rijpen.

4. Zich beperkingen op te leggen. Met name dient de huisarts niet de centrale figuur in de welzijnszorg te zijn, waarin hij hooguit een signalerende functie heeft. De huisarts dient distantie te nemen van problemen die niet primair een medische zorg behoeven. De specifieke deskundigheid van de arts ligt in het algemeen gesproken meer op het natuurwetenschappelijke terrein. De betekenis van de meestal op het somatische vlak geuite klachten van de patiënt dwingt hem deze deskundigheid ook te behouden. Zelfs in de psychiatrie

heeft men altijd weer gezocht een organisch substraat te vinden om ernstige psychotische ziektebeelden, zoals de schizofrenie te verklaren. De gedragswetenschappen, de betekenis van de relatie tot het milieu, de sociale inbedding van de mens appeleren echter direct tot samenwerking met andere deskundigen dan artsen in een relatie, waarin de huisarts zeker niet de primus inter pares dient te zijn.

Geen der werkers uit het eerste echelon heeft echter een zo gemakkelijke toegankelijkheid tot het individu en het gezin als de huisarts en juist daarom zal hij in de extramurale zorg een centrale, coördinerende plaats moeten behouden.

Op aanvraag is bij de auteur een literatuurlijst verkrijgbaar. Adres: J. F. Kennedylaan 251, Rijswijk (Z-H).

*Summary. Localization of the general practitioner in the public health system.* The objectives of work in general practice are influenced by general social phenomena, different conceptions of health and illness, emancipation of the patient/client, and a better understanding of the morbidity pattern.

Mention is made of a new attitude and of the significance of the interaction between patient and family doctor, with reference to their influence on each other's role expectation.

Suggestions are made with regard to immediately achievable forms of organization, and arguments are presented in favour of continued diversity in the typology of the Dutch general practitioner.

## Het belang van de serologie bij de diagnose „Congenitale Toxoplasmose“

DOOR DR. H. DE ROEVER-BONNET\*

Het meest spectaculaire symptoom van een congenitale toxoplasmose is hydrocephalus. Er zijn echter vele andere symptomen waargenomen bij kinderen met min of meer ernstige vormen van congenitale toxoplasmose. In de volgende lijst zijn hiervan de voornaamste opgenomen (Paul).

|                               |                 |
|-------------------------------|-----------------|
| <i>Centraal zenuwstelsel:</i> | <i>Oog:</i>     |
| Intercerebrale verkalkingen   | Chorioretinitis |
| Convulsie's                   | Microftalmie    |
| Verlammingen                  | Uveïtis         |
| Spasticiteit                  | Enoftalmus      |
| Encefalomalacie               | Ptoxis          |
| Microcefalie                  | Nystagmus       |
| Athetose                      | Iridocyclitis   |
| Bewegingsarmoede              | Opticus atrofie |
|                               | Cataract        |

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <i>Andere organen:</i>   | <i>Algemeen:</i>         |
| Hepatomegalie, hepatitis | Petechiën (thrombopenie) |
| Splenomegalie, splenitis | Anemie                   |
| Myocarditis              | Icterus                  |
|                          | Somnolentie              |
|                          | Hyperpyrexie             |
|                          | Exantheem                |

Ook abortus, partus immaturus, partus praematurus en dysmaturitas kunnen worden veroorzaakt door een congenitale toxoplasma-infectie.

Het meest voorkomende en vaak enige symptoom zou chorioretinitis zijn. Om dit in alle gevallen te vinden zou men eigenlijk de kinderen in narcose moeten oogspiegelen, daar de haarden vaak aan de periferie van het oog zijn gesitueerd. In de praktijk is dit natuurlijk niet aan te bevelen. Er zijn

*Samenvatting.* Ongeveer 6 pro mille van alle pasgeboren kinderen zal een congenitale toxoplasma-infectie hebben. Ernstige afwijkingen bij deze kinderen behoren echter tot de grote zeldzaamheden. De meest voorkomende afwijking is een chorioretinitis. Deze wordt in een groot deel van de gevallen niet waargenomen, omdat de haarden zeer vaak aan de periferie van het oog zijn gelegen. Een groot deel van de kinderen met een congenitale infectie vertoont in het geheel geen afwijkingen. In vele gevallen zal de infectie dan ook alleen serologisch kunnen worden vastgesteld.

echter ook kinderen met congenitale toxoplasma-infecties, bij wie in het geheel geen symptomen bestaan en die dus klinisch niet als zodanig worden gediagnostiseerd.

Het aantal kinderen met zeer ernstige afwijkingen varieert van 1 op 7 000 tot 20 000 van alle geboorten. Het totale aantal kinderen met congenitale infecties is ongeveer 6 pro mille. Het kind loopt alleen gevaar indien de moeder een infectie krijgt gedurende de zwangerschap. Er zijn geen gevallen vermeld van kinderen met congenitale infecties geboren uit moeders van wie bekend was dat zij reeds voor de zwangerschap waren geïnfecteerd.

Niets is vermeld over wat gebeurt wanneer een vrouw met een oude chronische infectie in de zwangerschap opnieuw wordt geïnfecteerd. Dat dit geschiedt is zeer wel mogelijk, daar de meeste infecties voorkomen bij jonge volwassenen; de groep dus, waarin ook de meeste zwangere vrouwen worden gevonden.

Daar de zwangeren zelf bijna nooit iets bemerken van hun infectie, komt de geboorte van een kind met ernstige afwijkingen als een uiterst onaange-

\* Instituut voor Tropische Hygiëne, afdeling van het Koninklijk Instituut voor de Tropen, Amsterdam.