



KNMG-voorzitter Dr. J. J. H. M. Daniëls:

Plaats en functie van de arts in de gezondheidszorg

De tijden veranderen en wij veranderen met hen. Deze constatering is al tweeduizend jaar oud en wordt nog steeds aangehaald, uiteraard dan meestal in het Latijn. Het is echter al lang geen gebruik meer op bijeenkomsten van doktoren Latijn te spreken; ik zou daarmee in grote moeilijkheden komen en u ook denk ik. Niettemin, de vraag of deze constatering wel zo helder is en of ze zelfs wel juist is mag toch worden gesteld!

Veranderen wij omdat de tijden veranderen? Of zijn wij het, alle mensen, die in hun vooruitgang de tijden veranderen? Beide alternatieven zijn even waar. Dan weer zijn wij zelf bezig door ons speuren en ontdekken de tijden te veranderen, dan weer bemerken wij dat anderen (op ons misschien geheel onbekende terreinen) veranderingen hebben teweeggebracht die ons dwingen deze nieuwe tendensen, deze nieuwe tijden te volgen.

Hoe is het in de medische wereld? Niemand zal kunnen ontkennen dat de ontwikkeling van de medische wetenschap in een onvoorstelbare stroomversnelling is geraakt. Dit dwingt ons constant onze beroepsuitoefening aan te passen. Deze doorlopende verandering der tijden bijhouden kost ons veel inspanning, nascholing en bijscholing, maar het moet en dus dient het mogelijk te worden gemaakt. Wij moeten echter keuzen maken, prioriteiten stellen, want het is volstrekt uitgesloten alles te



blijven overzien. Vandaar ook het steeds voortschrijden van het begrip 'specialisatie' waarvan het einde nog niet in zicht is, helaas ook niet kan zijn.

Maar ook buiten de medische wereld staat de ontwikkeling niet stil; ook daar veranderen de tijden. Ik beperk mij tot die veranderingen die hun weerslag hebben op de medische beroepsuitoefening en moet dan constateren dat de bereidheid der artsen

met de tijden te veranderen daarbij veel geringer blijkt te zijn!

Zover is wel duidelijk dat de constatering dat de tijden veranderen en wij met hun ook een wisselwerking is en geen éénrichtingsverkeer. Maar de bereidheid tot aanpassing in de richting van zelf bepaalde geneeskundige vooruitgang is bij artsen blijkbaar groter dan die in de richting van veranderingen die van buiten op onze beroepsuitoefening afkomen.

De vraag lijkt mij gewettigd of de medicalisering van onze samenleving zo sterk zou zijn geweest, wanneer de artsen beter, sneller en effectiever hadden ingespeeld op veranderingen in de samenleving die hen – naar mijn overtuiging veelal ongemerkt – dwongen zich op niet-medische, zelfs nauwelijks sociaal-medische terreinen te gaan begeven. Deze ontsporing heeft grote gevolgen gehad en de kritiek is dan ook niet uitgebleven. Hoe is het tot deze medicalisering gekomen en zijn de artsen werkelijk de schuldigen?

In onze samenleving hebben gedurende enkele decennia ontwikkelingen plaatsgevonden die tot de zogenaamde verzorgingsstaat hebben geleid. Ik zeg met nadruk niet: welzijnsstaat! Van het zich verzorgen naar het verzorgd worden, van de wieg tot het graf.

Waren deze ontwikkelingen aanvankelijk alleen maar toe te juichen en gebaseerd op ►

het herstel van veel sociaal onrecht, heel geleidelijk aan bleken er ook nadelen aan te kleven, niet door de opzet of de noodzaak, maar door de bijna ongebreidelde uitbouw van de sociale voorzieningen. Wanneer wij, alleen ingaande op de medische en gezondheidszorgaspecten, de gevolgen van deze vèrgaande ontwikkelingen willen bezien kunnen wij goed te rade gaan bij Illich, die een diepgaande kritiek op de ontwikkeling van de gezondheidszorg, op de medicalisering en de medische macht heeft gegeven in zijn boek 'Medical Nemesis'.

De verzorgingsstaat heeft geleid tot een verregerende passiviteit van de burger, ook in de zorg voor zijn gezondheid. Niet *ik* moet zorgen voor mijn gezondheid, nee daar moeten 'ze' voor zorgen. Wie de 'ze' zijn is niet altijd even duidelijk. Het woord 'verzorgingsstaat' daarentegen wel degelijk! Zeker is dat de arts in dit verband bij uitstek als 'verzorger' wordt gezien! Hij heeft deze rol aangenomen, misschien al te gretig, waarbij de uiterst snelle ontwikkeling van de medische kennis en de medisch-technische hulpmiddelen het hem al te eenvoudig maakte deze rol met zekere glans te spelen.

Het is daarbij naar mijn mening nauwelijks te loochenen dat Illich gelijk heeft wanneer hij stelt dat deze ontwikkelingen ook schade aan de gezondheidszorg hebben toegebracht. Hij onderstreept het bij de geneeskunde ingeslopen onbegrip voor de wezenlijke betekenis van ziekte en gezondheid voor de mens; de arts ziet meer de ziekte dan de zieke. Daarbij komt dan nog de ontheemding die ontstaat, omdat de snel toegenomen gecompliceerdheid van de medische techniek deze een groot deel alleen binnen instellingen toepasbaar maakt.

Ook sociaal is de autonome mens meer en meer afhankelijk geworden van de gezondheidszorg en de daarop afgestemde voorzieningen. Daardoor heeft die mens steeds minder controle over zichzelf en kan hij zich in die afhankelijkheid steeds minder autonoom handhaven. Dit is dan de medicalisering van de samenleving. Het zal duidelijk zijn dat een belangrijk deel van de rol van de arts in dit geheel niet geneeskundig is en dat van hem als zodanig zelfs op grote schaal een oneigenlijk gebruik wordt gemaakt.

De rol die lijden en ziekte in ieder cultuurpatroon spelen is hierdoor steeds verder teruggedrongen. De arts is gaan staan tussen de patiënt en de ziekte. Pijn en lijden moeten door de arts worden uitgebannen; de burger maakt zich hierdoor afhankelijk van de medische macht. Tot zover zou ik

willen toegeven dat deze ontwikkeling door Illich juist is geduid en beschreven. Maar wanneer Illich de artsen ervan beschuldigt dat zij dit alles hebben veroorzaakt, komen er bij mij ook vragen op. Is het wellicht niet eerder de mens-patiënt zelf die in de maatschappelijke structuur waarin hij leeft onder invloed van allerlei niet-medische situaties, dit alles heeft gewild en zich heeft afgewend van eigen dood, lijden en daarmee van naastenhulp en zelfhulp? Wordt hier aan het handelen van artsen niet een overmatige invloed toegerekend? Artsen kanaliseren in medische vorm een gedragspatroon van de burgers dat voortvloeit uit de consumptiegerichte welvaartsstaat.

Ook Navarro heeft er in zijn kritiek op Illich op gewezen dat artsen eerder worden gebruikt (of misbruikt) door het heersende economische systeem en de dit systeem besturende krachten. Zij hebben zich – ik denk te veel en te gemakkelijk – laten gebruiken als instrument om het vigerende maatschappelijke en gezondheidszorgsysteem en al zijn sociale voorzieningen te bevestigen en in stand te houden.

Het zal u duidelijk zijn dat ik met deze uitweiding over Illich's analyse van de medicalisering van de maatschappij weer onherroepelijk uitkom bij de plaats en de functie van de arts in de gezondheidszorg. Een arts is in dit systeem een 'goede' arts wanneer hij ingaat op elke hulpvraag, ook wanneer het geen medisch probleem betreft. Maar wanneer hij dat al wil doen, zal hij – wanneer hij goed nadenkt – snel bemerken dat hij zich oneigenlijk laat gebruiken. Veel vaker dan nu gebruikelijk zal hij aan de hulpvrager moeten duidelijk maken dat hij daartoe niet hekwaam is. Zal het aanvankelijk teleurstelling wekken bij de hulpvrager, zal deze zich in zijn vertrouwen in de arts en diens macht beschaamd voelen, op den duur zal het ontmedicaliserend werken en de onjuistheden in het geldende medicaliserende systeem ontmantelen.

Ook Horrobin wijst op de noodzaak dat de artsen zelf gaan inzien dat de Medical Nemesis van Illich wel degelijk op feiten berust en dat het tijd wordt het tij te keren. De artsen moeten zich bewust worden van de draagwijdte en de gevolgen van hun handelen. Zij moeten zich niet langer, uit onwetendheid of onbegrip, laten gebruiken door het menselijk paradijselijk verlangen naar een lang en pijn- en ziektevrj leven, koste wat het kost, vooral zonder dat de patiënt zelf daarvoor actief iets hoeft te doen. De artsen dienen, meen ik, meer weerstand te bieden aan het verlan-

gen alles wat de medische wetenschap en de medische technologie aan mogelijkheden biedt ook op iedereen toe te passen. Het is echter niet altijd de arts die propageert dat het nieuwe ook het betere is: vaak gebeurt dit door leken, of in de media, of via industriële belangengroepen. Dienen wij deze voorlichting niet meer in eigen hand te nemen?

Het is natuurlijk een onmogelijke eis nu te verlangen dat de mensheid direct terugkeert naar de grondwaarden van haar cultuur en beschaving, teruggaat naar eigen verantwoordelijkheid, mantelzorg in eigen kring en zelfzorg! Wel kan de oplossing liggen in correctie van de fouten van het huidige systeem, via evaluatie en een tevoren opgesteld plan tot verandering. Deze correcties zullen in eerste instantie binnen het medisch systeem moeten plaatsgrijpen. Het blijft, ook nu voor mij, een grote vraag of daarbij veel steun mag worden verwacht van lekenzijde, omdat men van die kant nog steeds wel gevoelig is voor wat medische macht en doktersmagnie, ondanks de kritische opstelling van sommige naar mijn mening kleine groepen.

Er zijn echter ook nog andere veranderingen in de samenleving die op de gezondheidszorg inwerken. Ik noem de toenemende behoefte aan democratisering; dat deze tendens in het bijzonder in de gezondheidszorg optreedt, heeft zeker te maken met de directe betrokkenheid van iedere burger bij zijn gezondheid. Op macro-niveau wil de burger, via patiëntenorganisaties meepraten en meebeslissen in alle adviserende en beleidsbepalende organen. Op meso-niveau vraagt de burger te worden betrokken bij het beleid van alle instellingen voor gezondheidszorg. Op micro-niveau, in de directe arts-patiënt relatie, worden patiënten opgewekt hun medezeggenschap, hun mondigheid meer tot uiting te brengen en een open erkenning te vorderen van hun patiëntenrechten, waaronder recht op informatie, recht op inzage, recht op medebeslissing, etc.

Verder noem ik het in de grondwet verankerde recht op gezondheidszorg en de waarborgen die de overheid daarvoor moet scheppen. Dit zal ertoe leiden dat de overheidsinvloed toeneemt, ook omdat in de samenleving hier en daar een toenemende erkenning ontstaat voor de noodzaak van overheidsmaatregelen die de doelmatigheid, de kwaliteit en de (kosten)beheersing waarborgen.

Voorts mag niet onvermeld blijven de catastrofale ontwikkeling in de financiële toestand van ons land, die heeft geleid tot een bezuinigingsdrift die niet voortkomt ►

uit de gezondheidszorg zelf en waarom de patiënt niet heeft gevraagd. De herstructurering die (de laatste jaren) langzaam op gang kwam lijkt hierdoor sterk te worden vertraagd. Er ontstaan paniekbesluiten ad hoc, die de samenhang en de structurering eerder verstoren. Bovendien wordt door deze bezuinigingen de ontwikkeling van de medische zorg beperkt; er komen belemmeringen van diagnostiek en therapie door korting op het aantrekken van personeel en het aanschaffen van apparatuur; de grens waar de kwaliteit van de zorg in gevaar komt lijkt hier en daar reeds bereikt.

Als laatste noem ik de verminderde werkgelegenheid, die het gevolg is van de economische recessie. Deze roept juist een extra vraag om hulp op. Ook de toenemende vergrijzing van de bevolking doet een dubbel beroep op de gezondheidszorg. Het lijkt mij niet dat beddenreductie of personeelsstop daarop het antwoord kan zijn.

Al deze ontwikkelingen in de samenleving zijn begrijpelijk: het zijn tekenen van de verandering der tijden; maar veranderen wij – wij artsen – met deze tijden? Wanneer het nodig zal zijn ons denken en handelen daaraan aan te passen, mogen wij dit niet nalaten uit defensieve of behoudende overwegingen. Wij zullen ons bewust moeten tonen van de noodzaak een zo efficiënt en effectief mogelijk gebruik te maken van de nog beschikbare gelden. Maar wanneer de veranderingen – en dat gebeurt nu – neigen tot absurditeiten en inconsequenties, dan is het ons goed recht daartegen in het geweer te komen, zeker wanneer deze naar onze eerlijke overtuiging, gedragen door onze deskundigheid, niet in het belang blijken te zijn van de gezondheidszorg.

Wij zijn er als artsen *niet* voor om politieke beslissingen te nemen; daarvoor is de overheid, daarvoor is de volksvertegenwoordiging, het is hun verantwoordelijkheid en hun deskundigheid. Wij zijn er als artsen *wel* voor om op grond van onze kennis en ervaringen op medisch terrein mede beslissingen te nemen en te zorgen dat de burger die gezondheidszorg krijgt die hij nodig heeft volgens de laatste stand der wetenschap – niets meer en niets minder. Dat is onze verantwoordelijkheid en onze deskundigheid. De plaats en de functie van de artsen in de gezondheidszorg is dus eerder naast de overheid. Het zal een wisselwerking moeten zijn tussen beide. Verantwoordelijkheid van de overheid en de beroepsbeoefenaren en hun organisaties samen in goed overleg, en wel overleg tevoren en niet zoals nu besluitvorming zonder goed voorafgaand overleg.

Het is mijn overtuiging dat wat nu gebeurt de rol die de artsenorganisatie speelt in de samenleving – en in de medische wereld in het bijzonder – onnodig aantast. Het blijft onze plicht te eisen dat wij de ons toekomende rol kunnen blijven spelen. Maar wij zullen dan ook – ik sprak daar elders reeds eerder over – in een gezamenlijke analyse van en discussie over de plaats en de functie van de arts in de gezondheidszorg deze rol voor ieder duidelijk moeten maken.

Al zal deze discussie uiteraard in onze eigen gelederen moeten worden gevoerd, wij zullen daarbij toch zeker ook de meningen van vele anderen moeten betrekken; ik noem andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg, patiënten, financiers, adviescolleges, politici en dus ook de overheid. Wij zullen dan als artsen – ook de artsen buiten de KNMG worden daarbij verwacht – gezamenlijk, alle maatschappelijke ontwikkelingen beziende en alle verkregen gegevens overwegende, *zelf* de plaats en de functie van de arts in de gezondheidszorg moeten vaststellen en dan ook vastberaden blijven uitdragen. Zodoende kunnen wij duidelijkheid scheppen, zowel naar de samenleving als ook naar de overheid.

Wanneer wij deze discussie op gang brengen, stuiten wij daarbij ook onherroepelijk op de toenemende veranderingen binnen de beroepsgroep; ik ben daarop ook elders al eens uitvoeriger ingegaan. Er blijft naar mijn mening voldoende gemeenschappelijks om met vrucht over de plaats en functie van de arts te spreken, al zullen er op onderdelen, die ook nader zijn te omschrijven, verschillen blijven bestaan tussen huisartsen, medisch specialisten en sociaal-geneeskundigen, om mij te beperken tot de hoofdgroepen. Het is dus zeker niet de bedoeling een soort gelijkdenkende eenheidsartsen te kweken; pluriformiteit in de beroepsuitoefening is door de KNMG steeds gepropageerd.

Voordat men kan spreken over de plaats en functie van de arts in de gezondheidszorg moeten wij eerst vaststellen wat wij van de gezondheidszorg verwachten. Welke gezondheidszorg willen wij? En met 'wij' bedoel ik dan niet de artsen alleen, maar de samenleving als geheel waarvan de artsen mede deel uitmaken, zij het op dit gebied een bij uitstek deskundig deel.

De vraag is gemakkelijk gesteld, maar nog nooit afdoende beantwoord. De overheid, de volksvertegenwoordiging, zelfs de financiers hebben tot voor kort nooit veel aandacht voor dit probleem gehad. De gezondheidszorg in dit land is, nog steeds,

een der beste ter wereld; dus als het goed is waarom dan veranderen? Het geld was er tot voor enkele jaren ook; dus waarom zouden we ons dan zorgen maken?

Pas nu de financiële crisis aan alle kanten losbarst, nu niet meer alles kan, nu er noodzakelijkerwijs moet worden bezuinigd, komt van alle zijden kritiek los. Worden er – ik sprak er zoëven nog over – schuldigen gezocht? Het geweldig gecompliceerde wissel van de gezondheidszorg, de medische macht, wordt kritisch bekeken en te kijk gesteld. Is zorg voor de gezondheid dan zo complex? Het klinkt zo eenvoudig. Alleen al de definitie van gezondheid heeft velen jaren van discussie gekost.

De LHV heeft een dappere poging gedaan, toen zij bij monde van haar voorzitter zei: 'Het uiteindelijke doel van de gezondheidszorg is het bevorderen of herstellen van het zelfstandig en evenwichtig functioneren van de mens in onze maatschappij, en wel zo lang mogelijk in zijn eigen omgeving. Daarbij is hij binnen zijn mogelijkheden verantwoordelijk voor zowel zijn eigen gezondheid als voor die van anderen'. Ik wil hier nadrukkelijk stellen dat ik mij heel wel kan vinden in deze omschrijving. Het komt mij voor dat alle artsen deze doelstelling wel kunnen omschrijven en er ook altijd naar hebben gestreefd deze doelstelling tot uitvoering te brengen. Maar is het, zo gesteld en aanvaard, een taak voor artsen alléén?

In het voorgaande heb ik getracht u duidelijk te maken, in goed gezelschap van vele experts, dat wij ons bevinden in een situatie waarbij in toenemende mate allerlei aspecten van ons leven onder medische controle worden gebracht, en wel in een vorm waarbij van ons artsen uitspraken worden gevraagd over effecten van maatschappelijke problemen, zonder dat wij ons bewust zijn dat wij ons juist op dit gebied beperkingen moeten opleggen in verband met onze opleiding en bekwaamheid.

Ook Prof. Mertens heeft in zijn afscheidscollege hierover zeer behartenswaardige woorden gesproken. Geneeskunde en geneeskunst zijn een soort panacee of toverdrank geworden voor alle mogelijke vormen van maatschappelijk onwelzijn. Zij zijn dat niet en kunnen het niet worden, hoogstens een tijdje de schone schijn ophouden!

Dat de artsen deze oneigenlijke taak kregen toegemeten heeft zeker te maken met het bestaande patiënt-artsvertrouwen, met hun continue en drempelvrije bereikbaarheid. Dit heeft, ik heb het Illich reeds

nagezegd, echter sterk bijgedragen tot de medicalisering van de samenleving. Waarom wordt de ene mens ziek en de andere niet, onder overigens min of meer vergelijkbare omstandigheden? Dit is een hoogst belangrijke vraag, maar is het een vraag alleen voor artsen?

Pas wanneer wij ook van anderen uitleg krijgen over onderscheiden tussen behoefte en vraag, tussen onwelzijn en ziek zijn, tussen welvaart en welbevinden, en over de rol van het lijden, kan worden gesproken over de toepassing van de begrippen 'zorg' (medisch en niet-medisch) en 'preventie' (medisch en niet-medisch) en over de beheersbaarheid (ook financieel) van deze systemen. Pas dan kunnen de plaats en de functie van de artsen in het zorgsysteem duidelijker worden en kan de overtuiging verder ingang vinden dat veel geneeskundig handelen in het kader van welzijnsproblematiek ten onrechte medicalisering van de samenleving bevordert, met alle schade en kosten die daaruit voortvloeien. Overtollige medische zorg leidt tot overtollige medische bezorgdheid. Daarmee wordt bedoeld: niet terecht, door de geneeskunde bevorderde angst voor de toekomst.

Artsen zullen deze, hun opgedrongen macht, hier gelegen op niet-medisch terrein, méér dienen af te wijzen en terug te verwijzen naar niet-medische, naar meer deskundige beroepsbeoefenaren. Het zal dan ook een taakopdracht voor onze medische organisatie zijn, de artsen op te roepen deze druk te weerstaan tegen alle individuele verleidingen in.

Terug naar de geneeskunde en de geneeskunst, is de eerste en meest belangrijke stap die de artsen zullen moeten doen om tot een betere gezondheidszorg te komen. Is het een stap terug? Generaties geleden waren artsen door gebrek aan kennis en mogelijkheden meer zorgers en troosters dan genezers. Wij zijn zo van de 'care' gekomen tot de 'cure' en hebben in de laatste generatie, ondanks de geweldige voortgang van de kennis tot genezen en van de medische hulp, moeten ontdekken dat het welzijn en het welbevinden van de burger nauwelijks is toegenomen. Het technisch kunnen is zo ver gekomen dat terecht kan worden gezegd dat iemand die zich gezond voelt kennelijk niet goed is nagekeken!

Laten wij ons hoeden hier tot een absurdisme te komen; ook hier kan de beperking het ware meesterschap tonen en van kunde een kunst maken! Niet alles, ook niet alles wat kan, moet altijd worden gebruikt. Een burger die zich gezond voelt moet niet 'ziek' worden gemaakt door steeds uitge-

breidere onderzoeken om uit te maken of zijn zich gezond voelen wel terecht is. Niet iedere, vaak geringe, klacht moet onherroepelijk leiden tot medische consumptie. Een geruststelling, een goed advies van de familiedokter, kunnen wonderen doen.

Mag ik terugkeren tot de doelstelling van de gezondheidszorg zoals verwoord door de LHV: 'het bevorderen van het zelfstandig en evenwichtig functioneren van de mens in onze maatschappij en wel zo lang mogelijk in zijn eigen omgeving in erkenning van de eigen verantwoordelijkheid voor zijn eigen gezondheid'?

Ik geloof dat de LHV hierbij het oneigenlijk gebruik van artsen op het terrein van het welzijn erkent en afwijst. Zij claimt echter – en naar mijn mening terecht – dat de vertrouwensrelatie en de continue drempelloze bereikbaarheid van de huisarts, zijn aanwezigheid te midden van zijn patiëntenbestand, zijn gerichtheid op hulp in de eigen leefsituatie en zijn hulpverlening buiten de instellingen, hem bij uitstek geschikt maken om de eerste opvang te verrichten, gericht op het helpen van mensen bij het maken van keuzen – en bij de realisering daarvan – ter bevordering, instandhouding (of herkrijgen, denk ik) van hun zich gezond voelen en functioneren, lichamelijk, geestelijk en sociaal.

Dit alles, het wordt nadrukkelijk gesteld, vanuit de medische invalshoeken met een generalistisch karakter. Hierdoor plaatst de huisarts zich in het centrum van de praktische geneeskunde en gezondheidszorg en neemt hij de coördinerende en verwijzende rol op zich waar een medische zorg van meer gespecialiseerd karakter wordt gevraagd of waar andere hulpverlening wordt gewenst met een niet-medische invalshoek; dus een bij uitstek synthetiserende functie.

Evenals alle artsen kent ook de huisarts zijn eigen professionele verantwoordelijkheid. Hij beslist samen met de patiënt welke hulp hij zelf kan geven en voor welke aandoeningen of problemen andere hulpverleners uit het eerste of uit andere echelons dienen te worden ingeschakeld. In deze situatie is hij mede verantwoordelijk voor deze keuze van soort hulpverlener of hulpverleningsinstantie; hij blijft daarom ook het contact met de patiënt en de andere hulpverleners en de coördinatie behouden. Hij geeft daarbij dus duidelijk aan dat hij zich niet als hulpverlener oneigenlijk wil laten gebruiken.

Deze, door mij sterk verkorte, omschrijving geeft heel duidelijk aan welke de plaats en de functie van de huisarts binnen de gezondheidszorg is, of althans behoort

te zijn. De organisatie van huisartsen heeft deze functieomschrijving aanvaard. Zij zal verder worden uitgewerkt tot een takenpakket. Het zou naar mijn mening een grote stap voorwaarts zijn in de discussie over de plaatsen de functie van de arts in de gezondheidszorg, wanneer deze functieomschrijving van de huisarts ook door anderen – zowel specialisten als sociaal-geneeskundigen – werd onderschreven

Iedere arts kan ermee werken in zijn eigen situatie. Het schept een goed stuk noodzakelijke duidelijkheid en vandaar uit redenerend kan zeker de plaats en functie van de arts-specialist nader worden omschreven. Het tast de professionele onafhankelijkheid en erkenning van de arts-specialist in zijn kennis geenszins aan, wanneer ook hij aanvaardt dat de huisarts de toegangspoort dient te zijn tot het medisch circuit, enkele uitzonderingen daargelaten.

Zou het niet goed zijn dat ook de artsenspecialisten erkennen dat de huisarts door zijn directe, permanente en vrije toegankelijkheid, door zijn situering in de leefsituatie van zijn patiënten en zijn gerichtheid op deze gehele leefsituatie het meest geëigend is om de centrale en coördinerende rol te spelen binnen het eerste en tussen het eerste en tweede echelon, ook wat betreft de andere, niet-medische hulpverleners binnen het eerste echelon? In de intramurale zorg blijft de rol van de arts-specialist daardoor onaangetast. Ook de samenwerking in de poliklinisch-specialistische hulp zou, uitgaande van deze functieomschrijving, met meer vrucht kunnen worden uitgebouwd. Zowel door huisarts als door specialist dient er dan te worden gestreefd naar de noodzakelijke contacten, zowel met elkaar als via elkaar met de patiënt.

Dit houdt echter nooit in dat zij de verantwoordelijkheid delen voor elkaars medisch handelen; wel dat zij elkaar op de hoogte houden van hun voornemens en handelen en van de informatie daarover aan de patiënt. De specialist zal er zich dan, behoudens in bijzondere gevallen, van dienen te onthouden de patiënt te behandelen zonder verwijzing door de huisarts, de patiënt poliklinisch door te verwijzen zonder vooroverleg met de huisarts en intramuraal zonder berichtgeving aan de huisarts. De directe actieve rol van de huisarts binnen de tweedelijns gezondheidszorg blijft uiteraard gering. Wanneer wij het onderling over deze bepaling van plaats en functie eens zijn en deze dan bekend maken, consequent naar buiten uitdragen en in praktijk brengen, zal er naar mijn overtuiging een grote mate van ►

duidelijkheid ontstaan, die juist ook tegenover de patiënt, zijn belangenvereniging, de financiers en de overheid zo hard nodig is.

Hetzelfde geldt grosso modo ook voor de sociaal-geneeskundigen, ieder op zijn terrein. Ook daar dient de huisarts als de centrale en coördinerende factor in het medisch circuit te worden erkend. Het zal duidelijk zijn dat de sociaal-geneeskundige zelfstandig het oordeel van een specialist kan vragen, maar daarom nog niet zonder medeweten van de huisarts en zonder dat deze gelegenheid krijgt vanuit zijn situering in de leefsituatie ook van zijn oordeel blijk te geven, waaronder begrepen het functioneren van zijn patiënten in het arbeidsproces.

Het is billijk hieraan – voor het geheel van mijn betoog – toe te voegen dat dit alles alleen bereikbaar is wanneer geleidelijk aan een andere mentaliteit wordt gekweekt bij de burgers individueel, bij de artsen en bij de samenleving in haar geheel, politiek en overheid inclusief. Ik ben het eens met Van den Doel, dat de grondslag voor deze verandering moet worden gezocht in het onderwijs aan alle burgers; maar ook in het onderwijs aan basisartsen en – ik heb daar elders reeds op gewezen – niet het minst bij de voortgezette beroepsopleiding in de academische en niet-academische ziekenhuizen.

Ik ben mij ervan bewust dat ik hier slechts naar eigen inzicht een heel globale schets heb gegeven van de wenselijke plaats en functie van de arts in de gezondheidszorg. Ook over de vaststelling wat oneigenlijk gebruik van artsen buiten het direct medische terrein is en hoe dit meer is te beperken is nog veel te zeggen.

In de eerstelijns hulpverlening – en dat is iets anders dan eerstelijns gezondheids-

zorg – is de huisarts de adviseur en coördinator, maar juist hier zal hij zich dienen te beperken in het direct ingrijpen en tegenover de patiënt duidelijk dienen te maken hoe ver zijn medische invalshoek en zijn medische deskundigheid reiken en zich niet lenen voor gebruik van het medisch circuit voor welzijnszorg.

Waar het dus om gaat is duidelijkheid. Duidelijkheid over de plaats en functie van de geneeskunst in het zorgcircuit. Duidelijkheid voor artsen onder elkaar, duidelijkheid voor de patiënt ten opzichte van de arts. Daarvoor is solidariteit en samenwerking noodzakelijk volgens te maken afspraken. Het vormen van teamgeest, zowel tussen artsen en andere hulpverleners in de eerste lijn en binnen de tweede lijn alsook tussen artsen uit beide lijnen en sociaal-geneeskundigen, is daarvoor noodzakelijk.

Het werken in onderlinge afstemming van plaats en functie, met erkenning van ieders kennis en deskundigheid, volgens een vooropgesteld plan en met onderlinge afspraken, is wat de individuele werkers maakt tot leden van één gezondheidszorgteam.

In de sport, die op dit congres in het middelpunt van de belangstelling staat, is het team een heel bekend begrip. In het sportteam geldt hetzelfde als in ieder medisch behandelteam. Wanneer men komt tot onderlinge afstemming, een plan opstelt en de tactiek vaststelt, houdt dit toch geen aantasting in van de vaardigheden van de verschillende individuele spelers. Ook het accepteren van spelregels, gecontroleerd door anderen, met aanvaarding van correcties bij overtredingen, bevordert eerder het goede spelverloop dan dat het stoort.

Daarvoor is het niet nodig te eisen dat

doelverdedigers goede dribbelaars zijn, dat achterspelers veel goals scoren of dat scheidsrechters kunnen voetballen. Toch kan het alleen met een goede spelopbouw, met goede wil, speeldrift, uithoudingsvermogen, collectieve instelling en goede training een goede wedstrijd worden.

Met deze vergelijking – die de sport en de geneeskunde tot elkaar brengt, zoals dit hele congres wil doen – besluit ik deze voordracht, in de hoop dat ook de geneeskunst veel van de sport mag leren. ■

Literatuur

1. Bessem, H. G. Overheid, KNMG en maiting. Medisch Contact (1982) 12, 341.
2. Daniëls, Dr. J. J. H. M. Academisch ziekenhuis en medische faculteit. Medisch Contact (1981) 28, 855.
3. Daniëls, Dr. J. J. H. M. Artsen staan midden in de samenleving. Medisch Contact (1982) 27, 788.
4. Daniëls, Dr. J. J. H. M. Eenheid en solidariteit binnen een pluriforme KNMG. Medisch Contact (1982) 31, 916.
5. Doel, Dr. H. G. van den, Politiek en gezondheidszorg. Medisch Contact (1982) 29, 855.
6. Flöhl, Rainer (red.). Masslose Medizin, Antworten of Ivan Illich. (1979) Springer Verlag, Heidelberg, Berlin, New York.
7. Horrobin, David F. Medical Hubris (1977).
8. Illich, I., Medical Nemesis (1975).
9. LHV, De functie-omschrijving van de huisarts, LHV, november 1981; Medisch Contact (1981) 48, 1476.
10. Mertens, Prof. Dr. A. Th. L. M., De medicus in de individuele gezondheidszorg, de sociale gezondheidszorg, de welzijnszorg. Tijdschrift Sociale Geneeskunde 1982, 1, 2.



In teamgeest spelregels accepteren . . .

