

Medicalisering en de rol van de huisarts

M. SCHRAM EN J. J. POOL*

Vroeger werd afwijkend gedrag verklaard door geestelijken en juristen, tegenwoordig gebeurt dat meer en meer door artsen; de greep van de medische professie op de samenleving wordt steeds groter. Aangezien de huisarts de spil vormt van de gezondheidszorg, speelt hij – veelal zijns ondanks – een centrale rol in dit medicaliseringsproces.

Inleiding

Onder medicalisering wordt doorgaans verstaan dat de greep van de gezondheidszorg op de samenleving steeds groter wordt. De huisarts is een centrale figuur in de gezondheidszorg. Zijn beslissingen hebben grote invloed op de mate waarin het „medische bedrijf” zich met de hulpvraag van de patiënt gaat bezighouden.

In dit artikel zullen wij de voornaamste literatuurgegevens over medicalisering bespreken. Daarbij zullen wij met name aansluiten bij het artikel van *Fahrenfort en Klinkert*, die eerder in dit tijdschrift een definitie van het begrip medicalisering presenteerden. Wij stellen een uitbreiding van deze definitie voor. Na een korte bespreking van de kritiek die naar aanleiding van de ideeën van *Illich* en *Zola* naar voren is gebracht, gaan wij in op de rol van de huisarts bij medicalisering; het gedrag van de huisarts is een van de oorzaken die ten aanzien van het medicaliseringsproces kunnen worden onderscheiden.

De ideeën van Zola, Illich en Fahrenfort en Klinkert

De Amerikaanse socioloog Irving Zola introduceerde het begrip medicalisering in Nederland tijdens een serie gastcolleges. Deze colleges zijn later gebundeld en uitgegeven onder de titel *De medische macht*. De kern van zijn betoog is, dat hij waarschuwt voor de risico's van het op grote schaal toepassen van het medische model op maatschappelijke

problemen. Een citaat: „Het toenemend hanteren van ziekte als middel tot beter begrip van maatschappelijke problemen betekent geen dramatische verschuiving van een moreel of wettelijk gezichtspunt naar een neutraal gezichtspunt, maar slechts een alternatief interpretatiekader of alternatieve strategie om gewenste maatschappelijke veranderingen te bewerkstelligen.” Vroeger werd afwijkend gedrag verklaard door geestelijken en juristen, tegenwoordig meer en meer door artsen. Deze verschuiving duidt *Zola* aan met de term medicalisering. Daarbinnen onderscheidt hij vier concrete factoren:

- de expansie van wat men in het leven relevant vindt voor een goede uitoefening van de geneeskunde;
- het voorbehoud van exclusieve controle over bepaalde technische procedures;
- het voorbehoud van bijna exclusieve toegang tot bepaalde taboegebieden;
- de expansie van wat men in de geneeskunde relevant vindt voor een goede manier van leven.

Illich betoogt dat industriële groei in alle sectoren van de samenleving in toenemende mate met onherstelbare schade samengaat. In de geneeskunde verschijnt deze schade als iatrogenese, de materiële en immateriële schade aan mensen door toedoen van artsen.

Illich onderscheidt klinische, sociale en structurele iatrogenese. Onder klinische iatrogenese vallen alle aandoeningen waarvan geneesmiddelen of artsen de oorzaak zijn. Sociale iatrogenese heeft betrekking op de medische praktijk, die de politieke omstandigheden verhult die de maatschappij ongezond

maken. „De medische praktijk moedigt ziekte aan door zich in te zetten voor de versterking van een morbide maatschappij, die niet alleen op industriële wijze werkt aan de bescherming van haar gebrekkigen, maar ook in stijgende mate de vraag naar de rol van de patiënt in de hand werkt. Medisch gewaarmerkte symptomen vrijwaren de mensen voor vernielende loonarbeid en verontschuldigen hen voor deelname aan de strijd om de maatschappij waarin zij leven te hervormen.” Met structurele iatrogenese bedoelt *Illich* het gezondheid-ontkennende effect van de gezondheidsberoepen. De beoefenaars van deze beroepen ontnemen mensen de mogelijkheid om persoonlijk en zelfstandig een oplossing te vinden voor hun menselijke zwakheid, pijn en eenzaamheid. Als remedie tegen iatrogenese bepleit *Illich* het terugdringen van de professionaliserings- en bureaucratiseringstendenzen in de gezondheidszorg.

Fahrenfort en Klinkert definieerden eerder het begrip medicalisering als volgt: „Medicalisering is het proces waarbij steeds meer verschijnselen in het menselijk bestaan onder de oordeelsbevoegdheid van leden van de medische professie worden gebracht.” Zij plaatsen de toename van de medische consumptie eerst in een psychologisch kader en noemen een aantal factoren die de mensen ertoe brengen om zich in de kanalen van de gezondheidszorg te begeven of daar te blijven:

- de mensen gaan meer dan vroeger naar een arts met het oog op het voorkomen van ziekte (preventie);
- onbehagen wordt in de westerse cultuur vaak in somatische klachten omgezet, waarvan het bezoeken van een arts een mogelijk gevolg is (somatisering);
- in toenemende mate legt men vragen die geen strikt medische zaken tot onderwerp hebben aan de arts voor (expansie);
- huisartsen zijn de meest toegankelijke groep hulpverleners (bereikbaarheid).

Vervolgens wordt de toename van de medische consumptie in een sociologisch raamwerk geplaatst door de positie van de gezondheidszorg en haar beoefenaars in de samenleving in beschouwing te nemen. Deze relatief machtige positie heeft onder meer de volgende kenmerken:

- de samenleving heeft de arts een door de wet gesteunde monopoliepositie gegeven (exclusiviteit);
- in deze samenleving wordt gezond-

* Vakgroep Gedragwetenschappen, Faculteit der Geneeskunde van de Vrije Universiteit te Amsterdam

heid als een van de belangrijkste factoren beschouwd voor een gelukkig leven (collectieve waarde);

- artsen vormen een professie; een essentieel kenmerk van professies is de hoge mate van zelfstandigheid, zowel ten opzichte van de cliënt als ten opzichte van beroepsgenoten (autonomie);
- de positie van het artsberoep wordt versterkt doordat de natuurwetenschap algemeen als een objectieve wetenschap wordt beschouwd (prestige).

De definitie die *Fahrenfort en Klinkert* van medicalisering hebben gegeven legt ons inziens te nauwe grenzen aan wat betreft de verschuivingen of fenomenen die als medicaliseringsverschijnsel moeten worden opgevat. Er kunnen nog andere verschijnselen worden aangewezen, die er eveneens toe bijdragen dat de invloed van de geneeskunde in de samenleving verder toeneemt. Wij stellen daarom een uitbreiding van de definitie voor.

Medicalisering, een nieuwe definitie

De wetenschappelijke definitie van een begrip moet een zo nauwkeurig mogelijke omschrijving geven van de verzameling van verschijnselen of kenmerken die onder dat begrip vallen. De definitie van *Fahrenfort en Klinkert* verwijst naar die verschijnselen die vroeger niet, maar nu wel tot de oordeelsbevoegdheid van de medische professie worden gerekend. Wij zijn van mening dat deze definitie onvoldoende aangeeft, waar het bij medicalisering precies om gaat. De kern van het medicaliseringsbegrip is ons inziens dat de afhankelijkheid van de mensen van artsen voortdurend groter wordt. Dat men op steeds meer levensgebieden met artsen in aanraking komt, is daar één aspect van; er zijn echter meer trends waar te nemen dan deze expansie naar nieuwe gebieden. Het is bijvoorbeeld ook zo, dat men voor problemen waarmee men per traditie al naar de arts of naar het ziekenhuis ging (zeg maar de gewone lichamelijke aandoeningen) tegenwoordig intensiever wordt behandeld. De groei van de invloed van artsen op ons leven is niet los te zien van de technologische ontwikkelingen die zich in deze eeuw hebben voltrokken. Met name de specialistische geneeskunde bedient zich dagelijks van een grote hoeveelheid technische apparatuur. De beschikbaarheid van technologie roept het gebruik ervan op (vergelijk de toename van het aantal auto's, wasmachines en dergelijke). De veronderstelling ligt dan ook voor de hand dat de aanwezigheid van geavan-

ceerde diagnostische apparatuur de vraag naar en het gebruik van specialistische hulp zal vergroten en op deze wijze zal bijdragen tot medicalisering. Juist bij deze veranderingen zijn de gevolgen voor de individuele patiënt groot. Veel vaker dan vroeger het geval was, wordt hij blootgesteld aan soms ingrijpende diagnostische procedures. Het is daarom van belang om de verschuiving van minder naar meer gespecialiseerde zorg in de definitie voor medicalisering op te nemen. Ook in de literatuur over medicalisering en de factoren die eraan ten grondslag liggen, wordt de rol van de industrialisatie en de groei van de technologie die hiermee samenhangt, benadrukt. Om deze redenen hebben wij de definitie van *Fahrenfort en Klinkert* als volgt uitgebreid: Medicalisering is het proces waarbij

1. steeds meer verschijnselen in het menselijk bestaan onder de oordeelsbevoegdheid van de medische professie worden gebracht;
2. binnen de medische zorg een verschuiving plaatsvindt van minder naar meer gespecialiseerde zorg.

We zullen deze definitie nu kort toelichten. Onder het eerste lid vallen zaken met betrekking waartoe men artsen vroeger niet, maar nu wel gezag en handlungsbevoegdheid toekent. Seksua-

liteit is bijvoorbeeld een terrein dat enige decennia geleden niet of nauwelijks in de spreekkamer van de huisarts werd besproken. Onder invloed van heersende taboes op het openlijk bespreken van seksuele onderwerpen werden problemen hiermee binnenskamers gehouden en piekerde men er niet over om daar een arts over aan te spreken. Tegenwoordig rust er minder een taboe op het seksuele. De mensen herkennen seksuele problemen bij zichzelf en achten de huisarts veelal de aangewezen persoon om deze problemen mee te bespreken. Het tweede lid van de definitie verwijst naar het hoge tempo waarin ontwikkelingen binnen de medische wetenschap zich voltrekken. Deze ontwikkelingen (nieuwe therapieën, nieuwe diagnostische instrumenten) gaan vrij eenduidig in de richting van een steeds verder gaande specialisatie. We zien als een indicatie hiervan bijvoorbeeld dat de afgelopen vijftien jaar het aantal huisartsen per 100.000 inwoners ongeveer constant is gebleven, terwijl het aantal specialisten sterk is gestegen (*tabel 1*). *Poiesz* voorspelt een verdere toename van het aantal specialisten tot ongeveer 65 per 100.000 inwoners in 1982. Een ander voorbeeld is de toenemende hospitalisatie van bevallingen (*tabellen 2 en 3*). *Macintyre* beschrijft de Engelse situatie, waarin bijna alle bevallingen in

Tabel 1. Geneeskundigen per 100.000 inwoners, 1965-1979.

Geneeskundigen	1965	1970	1977	1978	1979
Huisartsen	36	35	36	37	38
Specialisten	39	42	55	57	59
Sociaal-geneeskundigen	4	8	9	9	9
Overigen	35	36	67	69	72

Bron: Statistisch zakboek 1979

Tabel 2. Aard van de verloskundige hulp per honderd geboorten, 1965-1977.

Verloskundige hulp	1965	1970	1975	1976	1977
Geneeskundige	64,1	62,7	59,9	60,3	60,7
Verloskundige	35,3	36,7	38,6	38,1	37,8
Geneeskundige + verloskundige	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5
Onbekend + zonder hulp	0,1	0,1	1,1	1,0	1,0

Bron: Statistisch zakboek 1979.

Tabel 3. Plaats van de geboorte per honderd geboorten, 1965-1977.

Plaats van geboorte	1965	1970	1975	1976	1977
Thuis	68,5	57,3	44,4	41,1	38,3
Ziekenhuis	27,3	36,3	50,7	54,9	58,0
Rijksopleiding Verlosk.	1,6	1,8	1,5	1,1	1,1
Overige	1,6	4,6	3,4	2,9	2,6

Bron: Statistisch zakboek 1979.

het ziekenhuis plaatsvinden. Hij bespreekt tevens de toename van de actief geleide baring, een ontwikkeling die met toenemende hospitalisatie gepaard gaat. Naast de medisch-technische indicaties voor het actief leiden worden tegenwoordig meer en meer ook argumenten aangevoerd als: overdag is men qua personeelsbezetting beter toegerust en vrouwen wensen een geplande, kort durende bevalling.

De beide tendensen waarnaar onze definitie verwijst, impliceren een groei in het volume van de totale medische zorg. Er zij evenwel op gewezen dat volume-groei ook wordt veroorzaakt door demografische ontwikkelingen en de daarmee samenhangende veranderingen in het morbiditeitspatroon. *Hoogendoorn* heeft enkele waarschuwendende voorspellingen gepubliceerd over de invloed die alleen al de vergrijzing van de bevolking kan hebben op de omvang van de medische zorg. Hij voorspelt bijvoorbeeld een stijging van de behoefte aan verpleeghuisbedden met 47 procent tussen 1975 en het eind van deze eeuw.

Volume-uitbreiding ten gevolge van demografische veranderingen is van een andere orde dan de uitbreiding van medische zorg ten gevolge van de in onze definitie genoemde processen. Immers, daarbij is steeds sprake van de mogelijkheid tot beïnvloeding van deze processen. Beslissingen van onder meer artsen zijn van cruciaal belang bij expansie naar nieuwe levensterreinen en bij de voortschrijdende specialisatie. Dit is niet het geval bij volume-uitbreiding die het gevolg is van wijzigingen in de samenstelling van de bevolking en in het ziektepatroon. Ontwikkelingen van deze soort zijn relatief autonoom, hun verloop is moeilijk voorspelbaar en zij onttrekken zich aan de besluitvorming in de politieke, maatschappelijke en professionele circuits.

Medicalisering als waardegebonden begrip

Hoewel het plausibel of zelfs noodzakelijk is dat door de wetenschappelijke onderzoeker gestreefd wordt naar een objectieve of neutrale omschrijving, is medicalisering natuurlijk geen waarde-vrij begrip. De meeste auteurs op dit gebied beschouwen medicalisering als een negatief en dus ongewenst verschijnsel. Omdat ook het wetenschaps-bedrijf zelf (of in ieder geval de uitkomsten ervan) een maatschappelijke functie vervullen, is het wellicht goed als wij onze betrokkenheid bij dit onderwerp kort toelichten.

Medicaliseringstrends vervullen ons om een aantal redenen met zorg. Een eerste reden is dat in toenemende mate klachten van mensen in het „medische kanaal” worden geloosd. Hierdoor wordt op deze klachten een medisch etiket geplakt, hetgeen soms ongewenst is: ten eerste gaat de geneeskunde op deze wijze als maatschappelijke vuilnisbak functioneren, ten tweede kan de eigenlijke hulpvraag vaak niet meer adequaat tegemoet worden getreden. De veelbesproken toename van het aantal WAO-ers bijvoorbeeld, die vanwege niet strikt medische afwijkingen zijn „afgekeurd”, wijst op de tapijtfunctie van de geneeskunde in dit opzicht: je kunt er een hoop werkeloosheid onder veggen.

Een tweede reden voor bezorgdheid is, dat het gevaar bestaat dat medici hulp gaan verlenen op gebieden waarop zij geen of onvoldoende deskundigheid bezitten. Dit gevaar zou ondervangen worden indien medici bij hulpvragen die niet op strikt somatische klachten betrekking hebben, zich zouden beperken tot het signaleren van de problematiek en vervolgens naar andere hulpverleners zouden verwijzen. Ook is mogelijk dat de huisarts, na consultatie van deze hulpverleners, zelf op de gestelde vraag ingaat. Deze manier van hulp verlenen kan zich in toenemende mate in de belangstelling van de huisartsen verheugen.

Een derde reden is, dat medicalisering een exponentiële groei van de kosten van de gezondheidszorg tot gevolg heeft en een vierde reden voor bezorgdheid is tenslotte dat, doordat op iedere hulpvraag met hulpverlening wordt gereageerd, het gevaar ontstaat dat bij (potentiële) patiënten een gedragspatroon wordt gestimuleerd waarin afhankelijkheid van de hulpverlener en onzelfstandigheid een steeds grotere rol gaan spelen.

Wij zijn van mening dat medicalisering niet in elk concreet geval negatief kan worden beoordeeld. Een voorbeeld: hoe men ook over abortus provocatus denkt, zeker is dat het feit dat abortus tegenwoordig steeds meer door artsen wordt verricht (medicalisering van abortus dus), verre te verkiezen valt boven de bemoeienis van leken met deze materie.

Kritische beschouwingen over medicalisering

De opvattingen van de medicaliserings-ideologen *Illich* en *Zola* zijn niet onweersproken gebleven. In een literatuur-onderzoek naar het begrip medicalise-

ring troffen wij kritiek vanuit drie invalshoeken aan: *Navarro* stelt de oorzaken van medicalisering ter discussie, *Fox* bestrijdt dat sprake is van een eenzijdige groeitrend bij medicalisering en *Strong* relativiseert de expansieingenen van de artsen door te stellen dat de bemoeienis van sociologen met de gezondheidszorg eigenlijk net zoets is: sociologisering. Wij zullen deze kritiek hier kort bespreken.

De kritiek bevat twee gemeenschappelijke punten:

- naast medicalisering is er ook sprake van ontmedicalisering;
- de rol van de arts in het medicaliseringsproces krijgt te veel nadruk.

De kritiek van *Navarro* op *Illich* komt op het volgende neer. *Illich* beweert dat het consumptieve, afhankelijke gedrag van de burgers ten opzichte van de gezondheidszorg wordt veroorzaakt door manipulaties door de medische bureaucratie. *Navarro* stelt daar tegenover dat dit gedrag voortkomt uit de behoeften van het kapitalistische systeem en uit de vervreemding van de arbeid. De medische bureaucratie verwerkt en kanaliseert slechts gedrag dat opgeroepen wordt door enerzijds de consumptie-ideologie van ons economisch stelsel en anderzijds de vervreemding van de arbeid. Volgens *Navarro* kent *Illich* te veel macht toe aan de medische professie. De medische macht is volgens *Navarro* veeleer een instrument in handen van de heersende klasse. Het medische systeem legitimeert en beschermt in deze visie het economische systeem en de machtsrelaties.

Fox heeft eveneens kritiek op *Illich* geuit. *Illich* verwacht veel heil voor de volksgezondheid van het terugdringen van de rol van de artsen. *Fox* vindt dat deze visie getuigt van de al te hoge verwachtingen die men tegenwoordig van de gezondheidszorg heeft. Met andere woorden: zij vindt dat *Illich* aan artsen een te grote (negatieve) invloed toekent op de volksgezondheid. Bovendien geeft *Fox* aan dat er naast medicaliseringsverschijnselen ook tekenen zijn van ontmedicalisering. Zij noemt onder meer de groeiende bezorgdheid over de gevolgen van het voortdurend uitdijende ziektebegrip, de protesten tegen de neiging om zwangerschap als ziekte te definiëren, de pogingen om de relaties arts-patiënt en arts-paramedicus van hun hiërarchische kenmerken te ontdoen en het ontstaan van zelfhulp-groepen.

Ook *Strong* nuanceert de medicaliseringsideologie. In een amusant artikel ironiseert hij de professionele secpis

bij sociologen en de eigen expansie-neigingen van de sociologie als beroeps-groep. Als voorbeeld van dit laatste noemt *Strong* de bemoeienis van sociologen met het medische bedrijf. Volgens *Strong* worden aan het veronderstelde „medische imperialisme” in ieder geval de volgende grenzen gesteld:

- financiële;
- de medici proberen hun eigen aantal beperkt te houden in verband met de dreigende inkomens- en prestigedaling;
- op medisch-biologisch terrein is voor de medici het meeste succes te behalen; medici zijn pragmatici en om deze reden zullen zij zich op dit terrein blijven concentreren;
- burgerlijke vrijheden: uiteindelijk is de patiënt verantwoordelijk voor zijn eigen gezondheid; hierdoor kan de patiënt paal en perk stellen aan het handelen van de arts.

De rol van de huisarts

Verschuivende factoren, zoals verschuivingen in het gedrag van (potentiële) patiënten, de technologische ontwikkeling, de rol van de farmaceutische industrie en de rol van de overheid, dragen bij tot het medicaliseringsproces. Deze factoren blijven in dit artikel echter buiten beschouwing; wij beperken ons hier tot het gedrag van de huisarts.

De huisarts wordt tegenwoordig op zijn spreekuur geconfronteerd met een grotere variëteit aan hulpvragen dan vroeger. Wij hebben eerder al als voorbeeld genoemd het ontstaan van hulpvragen op het gebied van de seksualiteit. Seksualiteit is nu voor een groot deel onder de oordeelsbevoegdheid van de medische professie gebracht; er is dus sprake van medicalisering. Deze ontwikkeling kan worden toegejuicht als de huisarts op adequate wijze op deze hulpvraag kan ingaan. Verbetering van de medische opleiding, nascholing van de huisarts en consultatiemogelijkheden op het punt van de behandeling van vragen op het gebied van de seksualiteit lijken hiervoor noodzakelijk.

Bij hulpvragen op terreinen waarop de huisarts tot nu toe niet werd geraadpleegd, staat hij telkens voor de vraag, of hij zo'n gebied – eventueel na consultatie – wel of niet tot zijn competentie moet rekenen. Gaat hij in op de hulpvraag, dan is dat een stukje medicalisering. Wijst hij de hulpvraag af, dan wordt daarmee bij de patiënt het gevoel gewekt dat hij met dit probleem niet bij de dokter terecht kan. Het is de vraag of dat zo erg is, maar in zijn algemeen-

heid valt daar niets over te zeggen.

Het dilemma waarin de huisarts komt te verkeren bij niet primair medisch-somatische hulpvragen is duidelijk. Gegeven de training die de artsen krijgen lijkt het plausibel dat zij in eerste instantie geneigd zijn om voor het probleem waar de patiënt mee komt, een oplossing aan te dragen. In het sterk in het medische model verankerde, somatogene denken dat in de traditionele opleiding wordt aangeleerd, is weinig plaats voor de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt voor de situatie of conditie waarin hij verkeert. Het gevolg daarvan is dat het terugspelen van de hulpvraag naar de patiënt in strijd is met de opvattingen over wat een goede huisarts is. De huisarts staat bij een niet strikt medische hulpvraag voor de keuze uit twee mogelijkheden:

1. Hij gaat in op de hulpvraag en is dus een „goede arts”, maar de patiënt echt helpen kan hij niet; misschien dat een van de therapeutische middelen waarover hij wel beschikt – wellicht tijdelijk – iets helpt.

2. Hij gaat niet in op de hulpvraag en is dus geen „goede arts”; de patiënt is in ieder geval niet geholpen.

Als we even afzien van de mogelijkheid van verwijzing of consultatie, dan is duidelijk dat de eerste keuze de minst slechte van twee kwaden is: de arts behoudt zijn zelfrespect en de patiënt heeft een antwoord op zijn vraag gekregen, al is het misschien niet het goede. Het zal duidelijk zijn dat met name deze keuze de kans op medicaliserend handelen sterk vergroot.

Uit het beeld dat wij hier hebben geschetst kan worden begrepen dat medicaliserend gedrag in veel gevallen geen vrij gekozen gedrag is, maar min of meer dwingend tot stand komt, onder druk van het traditionele artsbeeld (bij zowel arts als patiënt) en opvattingen als „beter iets dan niets”. Daarbij komt dat de huisarts door veel patiënten als onipotente hulpverlener wordt gezien en dat deze de arts tegemoet treden met duidelijke normatieve verwachtingen omtrent de gevraagde hulp („u hoort mij te helpen”, „er is niemand anders”, „geeft u mij toch iets”). In dit verband zijn de bevindingen van *Persoon* interessant. Hij stelde aan 389 patiënten de vraag of zij vonden dat huisartsen verstand behoorden te hebben van psychische problemen en van problemen met betrekking tot het huwelijk of de opvoeding. Vervolgens vroeg hij aan een groep huisartsen wat zij dachten dat de patiënten zouden antwoorden. De huisartsen bleken de normatieve verwach-

tingen van de patiënt met betrekking tot de functiebreedte van het artsenberoep te overschatten. Met andere woorden: de huisartsen meenden dat ze volgens de patiënten van veel meer zaken verstand behoorden te hebben dan die patiënten in werkelijkheid vonden. Dit soort perceptuele vertekeningen speelt ongetwijfeld een rol in de keuze van gedrag in concrete praktijksituaties.

Een andere vraag die in dit verband kan worden gesteld, betreft de mate waarin de huisarts zich met anticiperende geneeskunde en medewerking aan bevolkingsonderzoek bezighoudt. Op korte termijn werkt deze activiteit in ieder geval medicaliserend. De huisarts gaat in zijn praktijk bijvoorbeeld risicogroepen onderzoeken op hypertensie. De mensen worden op initiatief van de arts en zonder dat er klachten zijn in contact gebracht met de medische praktijk. Men kan hier een inbreuk op de zelfstandigheid of de privacy van de individuele burger in zien. Maar er zijn ook aanwijzingen dat dergelijke initiatieven bij verschillende groepen mensen angstgevoelens opwekken en onzekerheid teweegbrengen (zie bijvoorbeeld *Emanuel-Vink*). Tevens worden mensen bij een positieve uitslag van de test vroegtijdig tot patiënt gemaakt. Deze nadelen moeten worden afgewogen tegen het voordeel dat anticiperend handelen op langere termijn complicaties die zich in het natuurlijk verloop van de aandoening kunnen voordoen, helpt voorkomen. In die zin kan anticiperend handelen op den duur ontmedicaliserend werken. Het helpt dan immers complicaties van de aandoening, die intensieve medische zorg zouden behoeven, voorkomen.

Bij het afwegen van de pro's en contra's kan men criteria, zoals die bijvoorbeeld zijn geformuleerd door *Wilson and Jungner*, als uitgangspunt nemen. Veel wetenschappelijk onderzoek zal nodig zijn om te kunnen nagaan of een bepaald bevolkingsonderzoek verantwoord is (dat wil zeggen: aan deze criteria voldoet). Hierbij valt vooral te denken aan onderzoek naar het natuurlijk verloop van de aandoening, de geschiktheid van tests (bijvoorbeeld de kans op fout-negatieve of fout-positieve uitslagen), effecten van vroegtijdige therapie en dergelijke. De discussie over dit thema is nog niet afgesloten (zie bijvoorbeeld *Van Weel* en *Van der Feen*).

Op de verschuiving van minder naar meer gespecialiseerde zorg heeft de huisarts grote invloed. Het gaat hier om de verhouding tussen eerste- en tweede-

lijns zorg. De huisartsen bepalen of iemand naar de specialist wordt verwezen of niet. Studies naar het verwijsgedrag van huisartsen zijn daarom zeer relevant in verband met medicalisering. Wij vermelden hier kort enkele resultaten van recent onderzoek op dit gebied. Uit cijfers van het LISZ blijkt dat over de jaren 1974 - 1977 sprake is geweest van een continue stijging van het aantal verwijskaarten per duizend verzekerden (tabel 4). In 1978 werd een lichte daling geconstateerd.

Tabel 4. Aantallen verwijskaarten per 1.000 verzekerden, 1974-1978.

1974	478
1975	490
1976	496
1977	503
1978	498

Bron: LISZ-jaarboeken 1974-1978.

Posthuma en Van der Zee vonden dat het aantal verwijzingen groter is, indien:

- de urbanisatiegraad hoger is;
- een groter aantal ziekenhuisbedden aanwezig is;
- het aantal bejaarden in de praktijk groter is;
- de afstand tot een ziekenhuis kleiner is.

Bij dit onderzoek naar de invloed van de praktijkgrootte op het verwijscijfer bleek dat het aantal actieve verwijsbeslissingen van de huisarts per honderd contacten wordt beïnvloed door de aanwezigheid van klinische voorzieningen én door de praktijkgrootte. De grootte van de praktijk heeft een negatieve invloed op de verhouding contacten/aantal patiënten. Hoe groter de praktijk, des te minder vaak ziet de arts zijn patiënten. Hoewel de omvang van de praktijk het aantal actieve verwijsbeslissingen per honderd contacten vergroot, zal aan het bruto verwijscijfer (= aantal verwijzingen per honderd patiënten) deze invloed niet te merken zijn, omdat het aantal contacten per patiënt tegelijkertijd afneemt. Verder werd geconcludeerd dat een hoog verwijscijfer gepaard gaat met een relatief minder hoog percentage verwijzingen in verband met ernstige afwijkingen. Uit dit onderzoek kan men onder meer de conclusie trekken dat het verwijsgedrag van de huisarts niet uitsluitend bepaald wordt door het morbiditeitspatroon bij patiënten. Factoren als bevolkingsdichtheid en beschikbaarheid van voorzieningen zijn mede op dit gedrag van invloed.

Van der Kamp wijst erop dat ook de

huidige honoreringsstructuur met de verwijscijfers verband houdt. Ziekenfondspatiënten worden vaker verwezen dan particulier verzekerden! „Beschouwen wij de motieven van de huisarts nader dan kan een plausibele verklaring liggen bij het honoreringssysteem van de huisarts: in de ziekenfondssector wordt de huisarts volgens het abonnementensysteem betaald (vast bedrag per jaar onafhankelijk van het aantal visites) en in de particuliere sector volgens het verrichtingssysteem (per visite). Het is niet onmogelijk dat het thans bestaande honoreringssysteem leidt tot het sneller verwijzen van ziekenfondspatiënten.”

Wij hebben hierboven aangegeven dat medicaliserend gedrag bij huisartsen tot stand komt mede onder invloed van factoren die met de opleiding samenhangen. In die opleiding wordt een stelsel van opvattingen en normen overgedragen (het „artsbeeld”) waaraan de arts later zijn individuele waardigheid ontleent. Door het traditionele artsbeeld en de eenzijdig medisch-technische oriëntatie van de opleiding wordt het aantal keuzemogelijkheden („gedragsopties”) dat de arts ter beschikking staat sterk beperkt. Wil men het medicaliseringsgedrag van de huisarts sterk terugdringen dan zullen meer gedragsopties gecreëerd moeten worden. Dit betekent ons inziens dat in de opleiding een meer pluriform ideaalbeeld van de arts moet worden overgedragen. Moeilijkheid is dan dat het hier een impliciet opleidingsaspect betreft dat zich niet als een boek laat vervangen en nauw verbonden is aan het gedrag en de opvattingen van de opleiders. Het is daarom waarschijnlijk vruchtbaarder om in de opleiding meer expliciet aandacht te besteden aan de werkstijl van de huisarts. *Holten-Vriesema e.a.* hebben daar in dit tijdschrift destijds aandacht voor gevraagd. Kern van het betoog is dat de huisarts meer aandacht (en dus tijd) zou moeten besteden aan de verheldering van de hulpvraag (Waarom komt deze patiënt nu bij mij?); in veel gevallen ligt de hulpvraag niet waar hij op het eerste gezicht lijkt te liggen.

Als men erin slaagt in een vroeger stadium de werkelijke hulpvraag op tafel te krijgen, wordt ongetwijfeld een zekere hoeveelheid onnodig medisch behandelen voorkomen. Aan „methodisch werken” liggen evenwel specifieke vaardigheden (bijvoorbeeld gesprekstechniek) en een visie op de patiënt ten grondslag waarin deze meer als gelijkwaardig en zelfstandig beslissend individu wordt

gezien. In de opleidingen tot huisarts wordt tegenwoordig aan deze aspecten meer aandacht besteedt. Dat is dus een stap in de goede richting, maar of hierdoor de medicaliseringscomponent in het gedrag van de huisarts zal afnemen hangt af van de mate waarin ook de meer structurele barrières kunnen worden overwonnen.

Samenvatting. In dit artikel wordt een overzicht gegeven van de literatuur over medicalisering en van de kritiek die daarop van verschillende zijden is geleverd. Voorts wordt – als aanvulling op de definitie van Fahrenfort en Klinkert – een nieuwe definitie voorgesteld: *medicalisering is het proces waarbij 1) steeds meer verschijnselen in het menselijk bestaan onder de oordeelsbevoegdheid van artsen worden gebracht, en 2) binnen de medische zorg een verschuiving plaatsvindt van minder naar meer gespecialiseerde zorg.*

Daarnaast gaan de auteurs in op de rol van de huisarts in het medicaliseringsproces. Deze rol wordt bepaald door individueel-psychologische factoren, zoals beroepsopvattingen en werkwijze, en door meer structurele factoren. Als voorbeeld wordt de beloningsstructuur genoemd. Medicaliserend gedrag van de huisarts komt ten dele zijns ondanks tot stand, doordat hij bij zijn handelen slechts beschikt over een beperkt aantal gedragsopties. Gepleit wordt voor vergroting van het aantal keuzemogelijkheden door tijdens de opleiding meer aandacht te besteden aan de vorming van het beroepsbeeld en aan praktische vaardigheden waarop een meer methodische werkwijze gebaseerd kan worden.

Summary. *Medicalization and the role of the general practitioner. This article presents a survey of the literature on medicalization and of the various criticisms it has elicited. To supplement the definition of Fahrenfort and Klinkert, a new definition is proposed: medicalization is the process by which 1) more and more phenomena of the human existence are considered to be within the competence of physicians and 2) a shift from less to more specialized care takes place within the system of medical care.*

In addition, the authors discuss the role of the general practitioner in the process of medicalization. This role is determined by individual psychological factors like professional attitudes and procedure, and by more structural factors. The remuneration structure is mentioned by way of example. Medicalizing behaviour on the part of the general practitioner

develops partly against his will, because the number of behavioural options at his disposal is limited. It is urged that more behavioural options will be created by emphasizing, in training and education, the formation of a less rigid professional image and the acquisition of social skills on which a more methodical procedure can be based.

- Emanuel-Vink, H. Patiënt worden; onvoorziene gevolgen van bevolkingsonderzoek. (1980) *Intermediair* 16, nr. 13.
- Fahrenfort, M. en J. J. Klinkert. Medicalisering – naar een omschrijving. (1978) *huisarts en wetenschap* 21, 412-416.
- Feen, J. A. E. van der. Anticiperende geneeskunde; het parisoordeel. (1977) *huisarts en wetenschap* 20, 117-118.
- Fox, R. C. De medicalisering en ontmedicalisering van de Amerikaanse samenleving. In: W. M. Hirs (red.). Hulpverleners en veranderen. *Van Loghum Slaterus, Deventer*, 1979.
- Holten-Vriesema, J. C. Tompot, H. van Aalderen e.a. Methodisch werken. (1978) *huisarts en wetenschap* 21, 322-335.
- Hoogendoorn, D. Enkele opmerkingen over de betekenis van de veroudering van de bevolking voor de gezondheidszorg. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1639-1643.
- Illich, I. Het medisch bedrijf. *Het Wereldvenster, Baarn*, 1975.
- Kamp, M. van der. Kostenbeheersing in de gezondheidszorg; ook een kwestie van veranderen in de marktstructuur. (1980) *Intermediair* 16, nr. 2.
- Macintyre, S. The management of childbirth: a review of sociological research issues. (1977) *Social Science and Med.* 11, 477-484.
- Navarro, V. Medicine under capitalism. *Prodist, New York*, 1973.
- Persoon, J. M. G. Veranderingen in de patiënt-huisartsrelatie. *Dissertatie Nijmegen*, 1975.
- Poeisz, J. J. Medische specialisten in Nederland 1972-1977. Rapport 78.149. *Nationaal Ziekenhuisinstituut, Utrecht*, 1978.
- Posthuma, B. H. en J. van der Zee. Tussen eerste en tweede echelon. Twee delen. *Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht*, 1977, 1978.
- Strong, P. M. Sociological imperialism and the profession of medicine. (1979) *Social Science and Med.* 13A, 199-215.
- Weel, C. van. Anticiperende geneeskunde. (1977) *huisarts en wetenschap* 20, 2-7.
- Wilson, J. M. G. en G. Jungner. Principles and practice of screening for disease. *Public Health Papers* nr. 34, *WHO, Geneva*, 1968.
- Zola, I. K. De medische macht. *Boom, Meppeel*, 1973.

Fasen in de beroepsopleiding tot huisarts

P. BUITENHUIS EN A. L. SMIT*

De auteurs van deze bijdrage werkten gedurende een jaar samen als respectievelijk arts-assistent en huisartsopleider. Na dat jaar voelden beiden de behoefte aan een zekere structurering van hun ervaringen. Dit verslag heeft uitdrukkelijk geen wetenschappelijke pretenties; wel wordt gepoogd een aantal algemeen voorkomende fasen in de beroepsopleiding bloot te leggen en zo een aanzet te geven tot verdere profilering van de huisartsopleiding.

De arts-assistent

Eenrichtingsverkeer. Na de matching en de introductieweek op het huisartseninstituut begon ik mijn jaar huisartsopleiding met slechts een flauwe voorstelling van hoe dat zou verlopen. Ik vroeg mij af wat er van mij verwacht werd: zou ik meteen voor de leeuwen gegoid worden, of zou ik in het geheel geen eigen verantwoordelijkheid krijgen? De eerste dagen zat ik vooral als toeschouwer bij het spreekuur. Achteraf heb ik bemerkt dat mijn observaties toen gekleurd werden door mijn klinische achtergrond. De wijze van omgaan met patiënten, de ogenschijnlijk ontbrekende systematiek en de wat onbeholpen hulpmiddelen deden in vergelijking met de situatie in de kliniek, allemaal wat amateuristisch aan.

Toen ik zelf voor het eerst spreekuur ging doen, overheerste de angst dat ik niets wist en niets zou kunnen doen. Maar dat viel erg mee. Ook de beperkt beschikbare tijd en het schrikbeeld van een overvolle wachtkamer speelden in het begin een grote rol. Maar de tijd was voorbij dat ik, zoals tijdens mijn eerste co-assistentchap, met het klamme zweet in de handen stond, niet wetend wat ik aan moest met eindeloze levensverhalen. Ik had in de klinische opleiding geleerd hard te zijn, te zeggen: „Goed, luistert u nu eens even, ik stel een vraag en u geeft het antwoord. En dat uw buurvrouw ook al niet goed is, dat zal best, maar dat interesseert me

niet.” Dus dat lukte wel. Ik vertrouwde op wat me geleerd was, ik vertrouwde op de mensen die mij het „vak” geleerd hadden, tegen wie ik op keek en met wie ik mij trachtte te vereenzelvigen, zij het vooral om mijzelf te redden. Ik had de wapens van anamnese, onderzoek, diagnose en therapie vast in handen. Zo werd het begin eenrichtingsverkeer. De medisch-technische benadering was veilig: ik bepaalde wat goed en fout, ziek en gezond was, daar had ik voor geleerd. De mensen kwamen als patiënt binnen en gingen als patiënt weer weg, met diagnose en bijbehorend recept. Soms raakte ik geërgerd wanneer iemand maar niet ergens in wilde passen, maar een differentiële diagnose kreeg iedereen toch wel mee. De klachten werden zo gehoord dat overal een antwoord op was.

De verwarring. Er werd veel weggestopt; gevoelens van twijfel en vragen als „waarom ben ik hulpverlener en wat bereik ik ermee voor de ander en voor mezelf?” bleven ver weg en leden een



...geërgerd wanneer iemand maar niet ergens in wilde passen...

* Respectievelijk arts te Zaandijk en huisarts te Oostzaan.