

# Ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde en de relatie tussen patiënt en huisarts

A.E. TIMMERMANS

**Timmersmans AE. Ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde en de relatie tussen patiënt en huisarts. Huisarts Wet 1999;42(12):556-60, 565.**

De ontwikkelingen van de huisartsgeneeskunde worden in belangrijke mate beïnvloed door factoren buiten de huisartsgeneeskunde, waarbij valt te denken aan sociaal-economische en demografische ontwikkelingen, veranderingen in morbiditeit, Europese wet- en regelgeving, veranderingen in de zorg, maatregelen van verzekeraars en opvattingen van patiënten. Al deze veranderingen zullen hun invloed doen gelden op de huisarts-patiëntrelatie. Hoewel de verschillende factoren niet of slechts ten dele te beïnvloeden zijn door huisartsen(organisaties), is een actieve opstelling van belang. Een herdefiniëring van de kern van de huisartsgeneeskunde en het bijbehorende takenpakket vervult hierbij een functie.

A.E. Timmermans, huisarts, adjunct-directeur Nederlands Huisartsen Genootschap, De Specerij 18, 1313 NB Almere.

De auteur schreef dit stuk op persoonlijke titel.

## Inleiding

De inhoud en de omvang van huisartsgeneeskundige zorg in Nederland worden in belangrijke mate bepaald door ontwikkelingen binnen de maatschappij en zijn een facet van de cultuur.<sup>1</sup> De opstelling van de huisartsen zelf is in die context niet onbelangrijk. De mogelijkheid om invloed uit te oefenen op de aard en de omvang van de huisartsgeneeskunde in de toekomst ligt in een actieve opstelling van de beroepsgroep. Huisartsen zullen zich aanpassen aan veranderende omstandigheden, maar de voornaamste uitdaging is het aangeven van mogelijkheden, beperkingen en prioriteiten vanuit medisch/huisartsgeneeskundig oogpunt. Naast medische/huisartsgeneeskundige uitgangspunten vormt de relatie patiënt-huisarts de basis van de huisartsgeneeskunde. Ook deze relatie zal beïnvloed worden door maatschappelijke ontwikkelingen. In vergelijking met vroeger lijkt de onzekerheid over toekomstige ontwikkelingen groter, ligt het tempo van veranderingen hoger, vinden veranderingen op een grotere schaal plaats en zijn er meer factoren waarmee rekening dient te worden gehouden.

Factoren die bepalend zijn voor ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde vallen voor een groot deel buiten de invloedssfeer van de huisartsgeneeskunde. Ze zijn min of meer een gegeven, een conditie waaronder de huisartsgeneeskunde vorm moet krijgen. Hierbij valt te denken aan:

- sociaal-economische en demografische ontwikkelingen;
- veranderingen en veranderde inzichten in de morbiditeit;
- toepassen van (Europese) wet- en regelgeving;
- veranderingen in de zorg;
- invloed van verzekeraars;
- opvattingen van patiënten.

De vraag is welke invloed deze ontwikkelingen op de huisartsgeneeskunde en daarmee op de relatie patiënt-huisarts kunnen hebben en op welke wijze huisartsen zich op toekomstige ontwikkelingen kunnen voorbereiden. In deze bijdrage zullen enkele van bovengenoemde factoren en de mogelijke consequenties worden belicht.

Vrijwel alle factoren zijn onderling van elkaar afhankelijk en beïnvloeden elkaar.

## Sociaal-economische en demografische ontwikkelingen

Gezondheidsverschillen hangen in sterke mate samen met sociaal-demografische kenmerken. Uit de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen blijkt dat bij arbeidsongeschikten en ouderen – maar ook bij personen met een laag inkomen, lager opgeleiden, personen met een lage beroepsstatus en bij gescheidenen – een grotere kans bestaat op de aanwezigheid van langdurige beperkingen. Bevolkingsgroepen met een relatief slechte gezondheidstoestand zijn over het algemeen ook de groepen met de hoogste sterfte. Vrouwen vormen hierop een uitzondering. Zij hebben een hoger risico op langdurige beperkingen, maar een lager sterfterisico dan mannen. Bij de allochtone bevolking is de sterfte rond de geboorte verhoogd.

De omvang van groepen met een gezondheidsachterstand (ouderen en mensen van allochtone herkomst) zal in de komende jaren weliswaar toenemen (met uitzondering van de groep laag-opgeleiden), maar nog onduidelijk is in hoeverre de gezondheidstoestand van deze groepen zal veranderen. Groei en vergrijzing van de bevolking hebben een grote invloed op de vraag in de gezondheidszorg. Ziekten en aandoeningen die veel bij ouderen voorkomen, zullen in de komende twintig jaar met 25-60 procent in omvang toenemen. Het betreft aandoeningen als verschillende vormen van kanker, hart- en vaatziekten, diabetes mellitus, dementie, zintuigstoornissen, COPD en aandoeningen van het bewegingsapparaat.<sup>2</sup> Aandoeningen bij ouderen die in de komende twintig jaar aanzienlijk in omvang zullen toenemen, zijn juist aandoeningen die tot heden voor een groot deel het werkerterrein van de huisartsgeneeskunde vormen. Zorg aan patiënten met chronische aandoeningen stelt hoge eisen aan de continuïteit van zorg.

Er zijn duidelijke sociale patronen aan te wijzen in de morbiditeit die de huisarts

registreert, en in het handelen van de huisarts daarbij. Het is voor de huisarts van belang te weten welke sociale achtergrond een gezondheidsprobleem kan hebben. De samenhang tussen sociaal-economische factoren en gezondheid is voor de huisartsgeneeskunde fascinerend en belangwekkend. Gegeven de morbiditeit zullen hoog opgeleide personen overigens vaker lichamelijk onderzoek, aanvullende diagnostiek en gesprek/voorlichting krijgen, en lager opgeleide personen vaker een recept of verwijzing naar een medisch specialist.<sup>3</sup>

De omvang van de meeste bevolkingsgroepen met een gezondheidsachterstand neemt in de komende jaren wellicht sterker toe dan de eventuele verbetering in de gezondheidstoestand van die groepen. Voor deze groepen bestaan in het algemeen minder alternatieven binnen of buiten de gezondheidszorg (bedrijfsgeneeskunde, particuliere zorg, mantelzorg). Het beroep op de gezondheidszorg van deze bevolkingsgroepen zal in belangrijke mate bestaan uit een beroep op de huisartsenzorg.

De conclusie is dat sociaal-economische en demografische ontwikkelingen in belangrijke mate de aard en de omvang van de vraag naar zorg bepalen. Deze veranderingen zijn van een dergelijke omvang dat ze niet zonder veranderingen in de omvang, aard en/of organisatie van de huisartsgeneeskunde zijn op te vangen. Daarbij is de sociaal-economische achtergrond van de patiënten van invloed op het handelen van de huisarts in het individuele patiëntencontact.

### Morbiditeit

Veranderingen in aard en omvang van de gepresenteerde morbiditeit in de huisartspraktijk worden bepaald door de bovengenoemde sociaal-economische en demografische ontwikkelingen en andere onafhankelijke factoren. Te denken valt aan veranderingen in het leef- en werkpatroon, zoals een toename van buitenlandse reizen en internationale handel, ontwikkelingen in de technologie en industrie, ecologische

veranderingen, het opkomen van nieuwe en 'oude' infectieziekten en het ontstaan van varianten van ziekteverwekkers.<sup>2</sup> Enkele voorbeelden zijn de ziekte van Lyme, de door varkens overgebrachte virale aandoening in Maleisië, de legionella-epidemie in Bovenkarspel, de ziekte van Creutzfeldt-Jacob door koeien met *bovine spongiforme encefalopathie* (BSE) en de resistentie-ontwikkeling bij malaria, tuberculose en gonorrhoe. Resistentie-ontwikkeling kan eveneens een toenemend probleem vormen bij bacteriesoorten die niet obligaath pathogeen zijn, maar een onderdeel vormen van de eigen flora en alleen onder bijzondere omstandigheden pathogene eigenschappen vertonen.<sup>4</sup> Deze ontwikkeling wordt versterkt door een overmatig gebruik van antibiotica door mens en dier.

Het morbiditeitspatroon in de huisartspraktijk is ook aan veranderingen onderhevig door ziekten die een gevolg zijn van veranderingen in werk- en leefpatroon. Aan de toename van psychische aandoeningen, zoals depressie en surmenage, lijkt vooralsnog geen einde te komen. Aandoeningen waarbij nog veel onduidelijkheid bestaat over de genese en de behandeling, zoals het chronisch vermoeidheidssyndroom, RSI en whiplash, kunnen eveneens in dit verband worden genoemd. Deze laatste veranderingen in morbiditeit zijn mogelijk gebaseerd op veranderde beleving van of inzichten in morbiditeit.

Technologische ontwikkelingen en nieuwe inzichten zullen nieuwe behandelmogelijkheden bieden als alternatief voor bestaande behandelingen, maar ook ter behandeling van ziekten (diverse vormen van kanker, osteoporose, dementie, etc.) waarvoor thans geen behandeling bestaat. In sommige gevallen kan dit ertoe leiden dat beperkingen die thans niet als ziekte worden ervaren of gepresenteerd, uiteindelijk een gezondheidsprobleem gaan vormen. Vroege diagnostiek door bijvoorbeeld DNA-typering draagt hieraan bij.

Geconcludeerd kan worden dat het aanbod van ziekten en aandoeningen in de huisartspraktijk in de komende jaren aan veranderingen onderhevig zal zijn. Onduidelijk is wat de uitkomst van de som van

deze veranderingen zal zijn. Veranderingen in beleving van ziekte en de grote verwachtingen die bestaan over technologische ontwikkelingen en nieuwe behandelmogelijkheden leiden tot een toenemende vraag. Binnen de relatie patiënt-huisarts zal het evenwicht verschuiven van de aanbod- naar de vraagzijde.

### Wet- en regelgeving

Sociale stelsels en gezondheidszorg zijn in Europa nog steeds 'voorwerp van nationale verantwoordelijkheid'.<sup>5</sup> Die nationale verantwoordelijkheden worden echter steeds meer ondergeschikt aan de uitgangspunten van het Europese beleid, waaronder het vrij verkeer van personen, diensten en goederen. De arresten Deccker/Kohl (waarbij verzekerden aanvoerden dat 'het Europese vrije verkeer van goederen en diensten' onnodig werd gehinderd door nationale regelingen van ziektekostenvergoeding) maken duidelijk dat een verzekerde ook elders datgene kan verkrijgen waarop hij recht heeft in eigen land. Voor een nationaal beleid kan dit ernstige gevolgen hebben met betrekking tot de regulering van wachtlijsten, productieafspraken en budgettering.

Kwaliteitsargumenten (bescherming van de verzekerde tegen slechte zorg in het buitenland) maken geen kans.<sup>6</sup> Het Europese Hof heeft eerder een belangrijke invloed gehad op de Europese integratie. Ontwikkelingen die met deze uitspraak in gang zijn gezet, zijn juridisch, economisch, maatschappelijk en politiek niet tegen te houden.<sup>7</sup> Het principe van de vrije markt en ruime concurrentiemogelijkheden zijn belangrijke uitgangspunten bij het beleid. De strijd over de aard, financiering en sturing van zorg verplaatst zich in een rap tempo naar het Europese niveau.<sup>6</sup> Het is dus de vraag of belangrijke aspecten van de organisatie van de huisartsenzorg – zoals de inschrijving op naam en het verwijssysteem – in Europees verband te handhaven zijn. Inschrijving op naam en het verwijssysteem zijn op dit moment bepalend voor de aard van de relatie tussen patiënt en huisarts in ons land.

## Veranderingen in de zorg

Was in het verleden de zorg voornamelijk rond de hulpverlener of instelling georganiseerd, thans is er een ontwikkeling gaande naar een patiënt- of cliëntgeoriënteerde zorg. Dit zien we onder andere aan de activiteiten van ziekenhuizen die de extramurale nazorg gaan organiseren na vroegtijdig ontslag, en aan instellingen die de zorg organiseren rond bepaalde categorieën aandoeningen of patiënten (diabetesdiensten, poliklinieken voor hart- en vaatziekten, whiplashcentra, bedrijvenpoliklinieken).

Er vindt een verschuiving plaats van geïnstitutionaliseerde zorg naar extramurale zorg. Zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen verschuift naar extramuraal, terwijl er sprake is van een onvoldoende afstemming met de thuiszorg. Ook verschuiving van ziekenhuiszorg naar extramurale zorg leidt tot een beroep op de huisartsenzorg. Voor het grootste deel gaat het hier om een verschuiving door het verplaatsen van zorg die korter of helemaal niet meer in het ziekenhuis wordt gegeven.

Andere hulpverleners, zoals de bedrijfsgezondheidszorg, breiden hun activiteiten uit met tot op heden huisartsgeneeskundige taken. Apothekers spelen in het huidige farmacotherapeutische proces een bescheiden rol tegen aanzienlijke kosten.<sup>8</sup> Nog niet duidelijk is welke rol voor apothekers in de toekomst is weggelegd.

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg adviseert om te komen tot grotere organisatorische eenheden tussen de diverse aanbieders van zorg, variërend van niet-geïnstitutionaliseerde samenwerkingsverbanden tot fusies en concernvorming. Grootschalige organisatie mag echter een kleinschalige uitvoering van de zorg niet in de weg staan. Voor een continue zorgverlening is het nodig dat huisartsen formele samenwerkingsverbanden aangaan.<sup>9</sup> De ontwikkeling van huisartsenposten die tot doel hebben de avond-, nacht- en weekendzorg op een andere wijze te organiseren, en de samenwerking tussen huisartsen die verwacht wordt bij de introductie van de praktijkverpleegkundige, zijn voor-

beelden van een ontwikkeling naar meer formele samenwerkingsverbanden op grote schaal.

De toenemende vraag naar geestelijke gezondheidszorg leidt enerzijds tot druk op de huisarts om daarbij een poortwachtersfunctie te vervullen, maar anderzijds worden ook de taken van maatschappelijk werk en eerstelijnspsychologen uitgebreid. Bij 'poortwachtersmaatregelen' die puur gericht zijn op kostenbeheersing, wordt het echter voor de huisarts steeds moeilijker om zijn poortwachtersfunctie voor individuele patiënten waar te maken.<sup>10</sup>

Ook veranderingen in de eigen organisatie leiden tot veranderingen in de huisartsenzorg. Het in snel tempo toenemende aantal vrouwelijke huisartsen zal niet alleen leiden tot een verandering in aandachtspunten in de zorg.<sup>11</sup> Vrouwelijke huisartsen zijn vaker in dienst van een huisarts. Samen met andere maatschappelijke veranderingen zal dit gepaard gaan met een verkorting van de arbeidstijd en een toename van het werken in deeltijd onder (mannelijke en vrouwelijke) huisartsen. Continuïteit van zorg in de huisartspraktijk blijkt ook bij werken in deeltijd goed haalbaar, maar stelt hoge eisen aan de organisatie in de praktijk en de onderlinge overdracht.<sup>12</sup> Het begrip continuïteit krijgt binnen deze ontwikkelingen een andere invulling dan voorheen.

## De invloed van verzekeraars

Het verstrekkingenpakket bepaalt in grote mate de inhoud en de aard van de zorg. Veranderingen daarin (uitbreidingen en beperkingen) hebben dus grote invloed op de huisartsgeneeskundige zorg. Aan de totstandkoming van het basispakket liggen naast inhoudelijke ook politieke afwegingen ten grondslag. Het poldermodel garandeert dat zich hierin geen plotselinge extreme veranderingen voordoen. Ziektekostenverzekeraars worden geacht zich concurrerend op te stellen. Veel ziektekostenverzekeraars zijn onderdeel van een verzekeraarsconcern. Omzet en rendement, desnoods op andere (verzeke-

rings)producten, prevaleert voor deze organisaties boven de inhoud van de zorg.

De concurrentie tussen verzekeraars wordt met name gevoerd door middel van de aanvullende verzekeringen. Als in het aanvullende pakket behandeling, bijvoorbeeld door middel van chiropractie, haptonomie of homeopathische geneesmiddelen, is gekoppeld aan een voorschrift of verwijzing van de huisarts, komt de vraag om deze hulp bij de huisarts terecht. Hetzelfde geldt voor jaarlijkse periodieke geneeskundige onderzoeken (check-ups), botdichtheidsmetingen en screening op hart- en vaatziekten. Met de uitbreiding van dergelijke activiteiten via het aanvullende pakket, waarvoor de patiënt immers is verzekerd, wordt het de huisarts steeds moeilijker gemaakt terughoudendheid te betrachten bij de gebruikmaking van voorzieningen uit het basispakket. Een terughoudendheid die gebaseerd is op het uitgangspunt van een doelmatig gebruik van voorzieningen; een uitgangspunt dat aansluit bij huisartsgeneeskundige uitgangspunten. Dit nog afgezien van de invloed die deze aanvullende pakketten hebben op het basispakket. Iedere mogelijke afwijking (circa 5% van de gezonden) die wordt gevonden bij onderzoeken die voortkomen uit de aanvullende verzekering, leidt tot nadere diagnostiek, gefinancierd uit het basispakket.

Met de koppeling van ziektekostenverzekeringen aan arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, Arbodiensten en andere werkgeversverzekeringen bestaat de kans dat 'aanvullende' pakketten deel gaan uitmaken van *employee benefits* (voorrangbehandeling in speciale behandelcentra, medische fitness, check-ups, etc.). Bij een dergelijke ontwikkeling raakt doelmatig handelen als een van de kernpunten van huisartsgeneeskundig handelen op de achtergrond in vergelijking met het belang van omzetvergroting bij de verzekeraar.

'Managed care' is een uit de Verenigde Staten overgewaaid begrip dat in ons land nog geen algemeen geaccepteerde definitie kent. De in Nederland gehanteerde omschrijvingen zijn zelfs dermate ruim dat vrijwel iedere vorm van zelfregulering of regulering door overheid of verzekeraars

hieronder valt.<sup>13</sup> In ons land zijn de spanningen vooral gericht op realisering van programma's voor *disease management*. Disease management wordt omschreven als het proces waarin een voortdurende verbetering van meetbare resultaten van het behandelingscontinuüm (preventie, diagnostiek, management) van een specifieke ziekte wordt bevorderd.<sup>14</sup> Disease-managementprogramma's beogen de kwaliteit van zorg en de coördinatie en de afstemming te verbeteren. De zorgverzekeraars menen hierbij een belangrijke regiefunctie te hebben.<sup>15</sup> Een centrale rol voor de huisarts ligt hierbij echter eveneens voor de hand.<sup>16</sup> Ook in de oorspronkelijke plannen voor transmuraal farmaco-therapie-overleg (FTTO) speelde budgettering en een centrale regiefunctie van de zorgverzekeraars een belangrijke rol.<sup>17</sup>

Vastgesteld kan worden dat er een ontwikkeling gaande lijkt waarbij ziektekostenverzekeraars een steeds grotere invloed krijgen op het aanbod in de zorg. Deze invloed kan strijdig zijn met huisartsgeneeskundige opvattingen. Deze discrepantie zal een duidelijke opstelling van de huisarts bemoeilijken.

### Opvattingen van patiënten

Vertrouwen in artsen lijkt minder vanzelfsprekend dan voorheen. In het verleden werden al discrepanties in opvattingen tussen huisarts en patiënt vastgesteld. Een van de eerste onderzoeken bij de oprichting van het NHG had de ontorechte hulpvraag buiten kantooruren tot onderwerp.<sup>18</sup>

Van verschillende kanten wordt beweerd dat patiënten steeds kritischer worden. Er is een toenemende invloed van de patiënt op de besluitvorming. Patiënten vragen om meer informatie, krijgen van verschillende kanten veel informatie, maar zijn niet altijd beter geïnformeerd. Men is minder snel tevreden met de door de huisarts verstrekte informatie, die niet altijd aansluit bij het 'onbeperkte verwachtingspatroon' en zal op zoek gaan naar alternatieven. Men neemt vaker het initiatief een specialist te consulteren, vraagt om nadere diagnostiek, of verlangt

een *second opinion*. Een second opinion wordt door patiënten als welkome toevoeging en hulp bij de besluitvorming ervaren, en heeft bovendien een geruststellend effect.<sup>19,20</sup> Eenzijdige en onjuiste informatie en meningsverschillen met betrekking tot de wenselijkheid van diagnostiek en behandeling zorgen echter voor een aanzienlijke discrepantie in de opvattingen van patiënten en artsen.<sup>21</sup>

Beweerd wordt dat niet de objectieveerbare afwijkingen, maar gevoelens van onwelzijn in toenemende mate de vraag bepalen. Suboptimaal functioneren in lichamelijke, sociale of geestelijke zin is vaker dan vroeger een reden om de arts te raadplegen. Dit betekent dat de taak van de arts eerder gaat bestaan uit het uitsluiten van ziekten dan uit het vaststellen en behandelen van aandoeningen.<sup>22</sup> Dit sluit aan bij de ontwikkeling van preventieve activiteiten en behandeling van aandoeningen die een gevolg zijn van leefstijl. Ongemakken en beperkingen worden steeds minder geaccepteerd, ook als die een gevolg zijn van het eigen (soms risicovol) gedrag. De ontwikkeling van de zogenaamde *lifestyle drugs* zal in de komende periode in belangrijke mate zijn invloed doen gelden op de vraag naar zorg.<sup>23</sup>

'Patiëntengedrag' lijkt met name bij bepaalde categorieën patiënten (jongeren, gezonden) te veranderen in consumentengedrag.<sup>24</sup> Volgens sommigen is de gezondheidszorg voor zelfverzekerde en bewuste consumenten een product, dat zich in wezen niet onderscheidt van schuimbad met massage en een lekker etentje.<sup>25</sup> Op veel plaatsen leidt dit ertoe dat patiënten zich voor eerste hulp direct tot het ziekenhuis wenden. De huisarts behandelt hierdoor steeds minder echte EHBO-gevallen en afdelingen spoedeisende hulp van ziekenhuizen worden geconfronteerd met typisch huisartsgeneeskundige problemen. Verdwijning van het typische platteland en toenemende verstedelijking maken deze trend tot een algemeen verschijnsel.

De huisarts heeft de moeilijke taak medische kennis op populatieniveau te vertalen naar het individu. De patiënt denkt echter niet in statistische kansen of populaties, maar aan individuele baat. Dit leidt

tot opvattingen als beter 1000 patiënten onderzocht dan één ziekte gemist, 'baat het niet, dan schaadt het niet'. Deze opvatting staat soms diametraal tegenover een huisartsgeneeskundig terughoudend beleid. Binnen de relatie huisarts-patiënt geeft dit een zekere spanning.

### Beschouwing

Toekomstige maatschappelijke ontwikkelingen zullen de aard en de omvang van de huisartsgeneeskunde beïnvloeden. Van de meeste ontwikkelingen is de richting nog niet volledig duidelijk. Daarmee blijft ook onduidelijk in welke mate deze ontwikkelingen invloed zullen hebben op de huisartsgeneeskunde en – binnen dit brede kader – de relatie tussen huisarts en patiënt. Zonder uitzondering zijn het ontwikkelingen die niet of marginaal door huisartsen te beïnvloeden zijn. Het lijkt echter evident dat de omvang van de huisartsgeneeskunde in de toekomst aanzienlijk zal toenemen (bij gelijkblijvend takenpakket), aangezien aandoeningen die behoren tot het typische werkerterrein van de huisarts in omvang zullen toenemen.

Een andere organisatie van de huisartspraktijk en de inschakeling van meer gekwalificeerde ondersteuning kunnen op dit probleem een antwoord zijn. De consequenties van deze veranderingen voor relatie tussen huisarts en patiënt en de uitgangspunten van de huisartsgeneeskunde verdienen echter eveneens aandacht. De volgende bespiegelingen hierover zijn noodzakelijkerwijs persoonlijk en speculatief.

De toenemende invloed van de financiers op de medische zorg kan tot gevolg hebben dat de inhoud van de huisartsgeneeskunde meer bepaald wordt door wat 'goed verkoopt' in het verzekeringspakket dan door inhoudelijke, huisartsgeneeskundige overwegingen. Het toenemende 'consumentisme', vooral bij jongere gezonden, leidt mogelijk tot een situatie waarin de huisarts voor sommige gezondheidsproblemen niet meer wordt geconsulteerd. Het gevaar bestaat dat de huisarts op die manier de hulpverlener wordt voor

ouderen, werklozen en arbeidsongeschikten en andere zwakkere groepen in de samenleving. Een dergelijke inperking zou ertoe kunnen leiden dat er minder mogelijkheden zijn om de huisarts-patiëntrelatie een continu, integraal en persoonlijk karakter te geven.

De genoemde fragmentering van de huisartsenzorg, discontinuïteit in de zorg, specialisatie, te grote aandacht voor een populatiegerichte benadering en preventieve medicaliserende activiteiten kunnen dit proces versterken. Bovendien is het (voort)bestaan van de relatie tussen patiënt en huisarts in de toekomst steeds minder gebaseerd op de thans nog bestaande regelingen en gewoonten.

Wanneer huisartsgeneeskundige uitgangspunten als continue, integrale en persoonlijke zorg op de achtergrond raken, gaat de huisarts zich steeds minder onderscheiden van andere artsen. Juist de persoonlijke zorg, het overzicht over de ziektegeschiedenis van de patiënt en zijn directe omgeving, en de onafhankelijke positie, enigszins gescheiden van instellingen in de gezondheidszorg, maken de huisarts immers tot een speciale figuur, een vertrouwenspersoon. Door dat vertrouwen kan de huisarts optreden als adviseur en begeleider van de patiënt en eventueel ook als poortwachter. In de toekomst zal zo'n relatie veel moeilijker tot stand komen, en die relatie zal ook minder vanzelfsprekend zijn en een minder persoonlijk karakter hebben. De verwachting is dat de zorg in toenemende mate rond de patiënt of rond specifieke problematiek wordt georganiseerd, en minder zal uitgaan van de hulpverlener (huisarts). De inhoud van het individuele contact zal dus de basis moeten vormen voor het in stand houden van de relatie.

Dit betekent dat hogere eisen gesteld zullen worden aan de kwaliteit van het incidentele contact. De meerwaarde van de huisartsgeneeskunde als voorziening, de kwaliteit van de arts-patiëntrelatie, zal meer worden bepaald door de optelsom van deze afzonderlijk contacten dan door een langdurig bestaande individuele relatie met frequente contacten tussen huisarts en patiënt. Een serie 'losse' contacten

biedt minder mogelijkheden om een vertrouwensrelatie op te bouwen en om eventuele misvattingen te corrigeren. Dit betekent dat de huisarts minder kan varen op zijn langdurige ervaring en zijn relatie met de individuele patiënt. Steeds weer moet de huisarts zich tevoren op de hoogte stellen van de inhoud van recente contacten van de patiënt met andere (huis)artsen en de relevante voorgeschiedenis. Dit telkens opbouwen van een werkrelatie binnen een consult stelt hoge eisen aan de communicatieve vaardigheden van huisartsen en vereist adequate communicatiekanalen binnen de zorg.

De eisen die aan de consultvoering worden gesteld, worden beïnvloed door een veranderend morbiditeitspatroon en veranderende opvattingen. Het afwegen van risico's ten opzichte van diagnostische opbrengst en gezondheidswinst, het beoordelen van kosteneffectiviteit en preventiemogelijkheden behoren tot het (kennis)domein van de huisartsgeneeskunde.

Vertaling van kennis op populatieniveau naar individuele patiënten is een belangrijke taak.

Om tegemoet te komen aan veranderende opvattingen van patiënten dient gewerkt te worden aan een verbetering van vorm en inhoud van de informatie, voorlichting en instructie door de huisarts. Zo kan beter worden ingespeeld op de wijze waarop mensen met (het voorkomen van) aandoeningen omgaan, zonder te vervallen in een op louter consumentisme gebaseerd beleid van 'u vraagt, wij draaien'. Het tot stand brengen van inhoudelijke overeenstemming over het medisch beleid tussen verschillende beroepsbeoefenaren vervult hierbij een belangrijke functie. Als hier discrepanties tussen artsen bestaan, gaat dit ten koste van het vertrouwen. Dit vertrouwen is de basis voor de relatie tussen patiënt en huisarts, en bepaalt daarmee de mogelijkheden van de huisartsgeneeskunde.

Hoewel de plaats en de omvang van de huisartsgeneeskundige zorg afhankelijk zijn van toekomstige maatschappelijke ontwikkelingen, is het een taak van huis-

artsen om zich aan te passen en in te spelen op die veranderingen. Het takenpakket en de positie van de huisarts zijn niet tot in lengte van jaren vanzelfsprekend. De individuele relatie met de patiënt en het leveren van continue, integrale en persoonlijke zorg zijn belangrijke waarden in de huisartsgeneeskunde. Het in stand houden van deze waarden vraagt, gezien de toekomstige ontwikkelingen, om een herijking van deze uitgangspunten en een aanpassing van de werkwijze en het werk van huisartsen. De tijd lijkt rijp om opnieuw na te denken over de kern van de huisartsgeneeskunde, de functie van de huisartsgeneeskunde als voorziening, en de functie en taken van de individuele huisarts die binnen deze voorziening werkzaam is. Alleen een beroepsgroep met heldere uitgangspunten, die aanspreekbaar is op een realistisch en uitvoerbaar takenpakket met een duidelijke organisatiestructuur kan een duurzame relatie met de patiënt tot stand brengen en zich handhaven als een professionele beroepsgroep.

### Dankbetuiging

Met dank aan C.J. in 't Veld en F. Meulenberg voor hun commentaar op een eerdere versie van dit artikel.

### Literatuur

- 1 Buma JT. De huisarts en zijn patiënt. Amsterdam: Allert de Lange/Universiteitspers, 1950.
- 2 RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. De som der delen. Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom, 1997.
- 3 Van der Velden J. Sociale verschillen in morbiditeit en verrichtingen in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1998;41:165-72.
- 4 Degener JE. De gevolgen van bacteriële resistentie tegen antibiotica. Geneesmiddelenbulletin 1999;33(6):61-5.
- 5 Van Heteren GM. Grensoverschrijdend gezondheidsdebat. Med Contact 1999;54(3):89-92.
- 6 Cath IGF. Vuurwerk of veenbrand? Decker en Kohll spoken door Europa 1. Med Contact 1999; 54(13):466-7.
- 7 Cath IGF. Blijft het tobben of ontstaat er iets moois? Decker en Kohll spoken door Europa 2. Med Contact 1999;54(13):468-71.
- 8 Schaap C, Venneman L. Zorg in revisie. Maarsse: Elsevier/De Tijdstroom, 1998.

Vervolg op pag. 565. ■

- dam]. Utrecht: De Wordenwinkel, 1997.
- 3 Tonelli MR. The philosophical limits of evidence-based medicine. *Acad Med* 1998;73:1234-40.
  - 4 Rutten GEHM, redactie. *Huisarts en patiënt. Richtlijnen en uitgangspunten*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1996.
  - 5 Van der Voort HPM, Grundmeijer HGLM, Hendrick JMA. NHG-NIPO-enquête 'Huisarts en zinvol handelen'. *Huisarts Wet* 1995;38:351-4.
  - 6 Little P, Gould C, Williamson I, et al. Reattendance and complications in a randomised trial of prescribing strategies for sore throat: the medicalising effect of prescribing antibiotics. *BMJ* 1997;315:350-2.
  - 7 Kenter EGH. Nieuwe trends in de geneeskunst. *Med Contact* 1992;47:1479-80.
  - 8 Mant D. Can randomised trials inform clinical decisions about individual patients? *Lancet* 1999;353:743-6.
  - 9 Hofmans-Okkes IM. De vraag van de patiënt: belangrijke determinant voor de kwaliteit van het geneeskundig handelen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1992;136:858-60.
  - 10 Fleuren M, Wijkel D, De Haan M, et al. Feasibility of guidelines for the management of threatened miscarriage in general practice/family medicine. *Eur J Gen Pract* 1998;4:11-7.
  - 11 Wiersma Tj. Methodisch werken en werken met standaarden. *Gescheiden ontwikkeling of symbiose?* *Huisarts Wet* 1992;35:352-4.
  - 12 Dowie J. 'Evidence-based', 'cost-effective' and 'preference-driven' medicine: decision analysis based medical decision making is the pre-requisite. *J Health Serv Res Policy* 1996;1:104-13.

## Het elektronisch medisch dossier en de arts-patiëntrelatie in de huisartspraktijk

### Vervolg literatuur

- 20 Legler JD, Oates R. Patients' reactions to physician use of a computerized medical record system during clinical encounters. *J Fam Pract* 1993;37:241-4.
- 21 Ridsdale L, Hudd S. Computers in the consultation: the patient's view. *Br J Gen Pract* 1994;44:367-9.
- 22 Ridsdale L, Hudd S. What do patients want and not want to see about themselves on the computer screen: a qualitative study. *Scand J Prim Health Care* 1997;15:180-3.
- 23 Ornstein S, Bearden A. Patient perspectives on computer-based medical records. *J Fam Pract* 1994;38:606-10.
- 24 Meeuwesen L. Sekseverschillen in de communicatie tussen arts en patiënt. In: Lagro-Janssen T, Noordbos G, redactie. *Sekseverschillen in ziekte en gezondheid*. Nijmegen: SUN, 1997: 63-77.
- 25 Meyboom-de Jong B. Wat levert de computer op? *Huisarts Wet* 1986;29:363.
- 26 Willems D. Tools of care [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1995.

## Ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde en de relatie tussen patiënt en huisarts

### Vervolg literatuur

- 9 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief. Zoetermeer: RVZ, 1998.
- 10 Van den Bosch WJHM. Huisarts en poortwachter. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994;138:2646-9.
- 11 Meyboom-de Jong B. Feminisering van de geneeskunde. *Ned Tijdschr Geneesk* 1999;143:1134-6.
- 12 Vroom ThM. Vrouwen in deeltijdarbeid in het medische beroep. *Ned Tijdschr Geneesk* 1999;143:1161-6.
- 13 KNMG. *Managed care*, Utrecht: KNMG, 1998.
- 14 Kruijff AF, Schreuder RF. *Managed care en 'disease management' in Nederland*. Zoetermeer: STG, 1997.
- 15 Zorgverzekeraars Nederland. *Zorgverzekeraars en disease management*. Zeist: ZN, 1998.
- 16 Timmermans AE. 'Disease management' en huisartsgeneeskunde. *TSG* 1999;77(1):45-7.
- 17 KNMG, OMS, LHV, NHG. FTTO 'Klaar voor de start'. Utrecht: OMS, 1999.
- 18 Hogerzeil HHW. Morbiditeit en verrichtingspercentage bij avond- en nachtvisites. *Huisarts Wet* 1957;1:25-32.
- 19 Meyboom-de Jong B. De huisarts als poortwachter. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994;138:2668-73.
- 20 Van de Lande S, Van Everdingen JJE, Krol LJ. Op zoek naar een tweede mening. *Ned Tijdschr Geneesk* 1993;137:1836-40.
- 21 Van der Voort HPM, Grundmeijer HGLM, Hendrick JMA. NHG-NIPO-enquête 'Huisarts en zinvol handelen'. *Huisarts Wet* 1995;38:351-4.
- 22 Post D. Veranderende patiënten in een veranderende omgeving. *Patient Care* 1999;5:8-10.
- 23 Van den Brand A, Schwartz K. De pillen voor plezier. *Dagblad Trouw* 1999;21 april.
- 24 Kenter EGH. Nieuwe trends in de geneeskunst, van patiënt naar consument. *Med Contact* 1992;47:1479-80.
- 25 Kerkhoff AHM, Reinders Folmer HA, Reinders Folmer-Spaans I. De toekomst van de huisarts. *Modern Medicine* 1998;12:16-26.