

De dokter als medicijn: zeventig jaar timmeren aan de arts-patiëntrelatie

Dit is deel 3 van de serie Geschiedenis van de huisartsgeneeskunde. Deze serie is ontwikkeld door de NHG-Werkgroep Geschiedenis Huisartsgeneeskunde en werd geschreven door Esther van Osselen, huisarts en wetenschapsjournalist. De werkgroep bestaat uit: prof.dr. E. Schadé (voorzitter), R.S.M. Helsloot (secretaris), M.J.J. Bergevoet, prof.dr. H.F.J.M. Crebolder, dr. J.A.M. van Eijck, dr. F.J. Meijman, prof.dr. C. van Weel, dr. G.Th. van der Werf en dr. E.A.B. van Zalinge. Corresponderende leden: dr. B.J.M. Aulbers, prof.dr. H.J. Dokter, prof.dr. J. Heyrman, S.F.J. Kleijckers, H. Pellicaan en dr. H. Vink. De financiële middelen werden ter beschikking gesteld door de SBOH.

De arts-patiëntrelatie heeft vanaf het begin een bijzondere plaats ingenomen in de huisartsgeneeskunde. De overtuiging dat een patiënt meer is dan een verzameling ziekteverschijnselen en dat de huisarts met continue, integrale en persoonlijke zorg meer te bieden heeft dan alleen biomedische kennis was een centraal thema voor de pioniers na de Tweede Wereldoorlog. En het zou een centraal thema blijven, al verschoof het accent van 'de dokter als medicijn' naar communicatieschema's als 'methodisch werken' en kwam er steeds meer aandacht voor de vraag wat patiënten zelf van de dokter verwachten. Ook in de hiërarchie tussen arts en patiënt verschoof van alles. Wat bleef is de aandacht voor de patiënt – en de dokter – als mens.

DE PATIËNT IS MEER DAN ZIJN LICHAAM

Het verhaal over de arts-patiëntrelatie begint met een nieuwe blik op de patiënt. De grondleggers van de moderne huisartsgeneeskunde delen een integrale blik: de patiënt is meer dan zijn lichaam.¹ De term 'integrale geneeskunde' werd bedacht door Arie Querido, die in 1955

in *Inleiding tot een integrale geneeskunde* toevoegde dat niet alleen biologische, maar ook psychische en sociale factoren de gezondheid beïnvloeden.² De huisartsen van de jaren vijftig, die zochten naar bestaansrecht, eigenden zich de slotzin van het boek toe: 'Integrale geneeskunde is het specialisme van de algemene arts.'^{3,4} Querido was niet de eerste of enige die schreef over de beperkingen van de biomedische blik. De Zwolse huisarts Hein Hogerzeil, de eerste voorzitter van het NHG, noemde naast de terreinen van Querido ook nog het 'metasociale vlak', waarmee hij religie bedoelde.¹

De andere blik op de patiënt kwam deels ook voort uit een verandering in het klachtenpatroon waarmee patiënten hun huisarts bezochten. Just Buma beschreef dat 32% van de klachten in zijn Ridderkerkse praktijk 'symptomatisch' was:

*'Alleen een analyse van de reacties van de patiënt op zijn milieu, inzicht in zijn leefwijze, zijn beroep, zijn gezin, zijn economische omstandigheden, huwelijk, huisvesting, psyche, constitutie, vermag hier uitkomst te brengen.'*⁵

Het proefschrift waarin hij deze visie optekende, kreeg een warme ontvangst: het won een prijs van de KNMG en werd in 1950 in boekvorm uitgegeven.

Het pleidooi voor een bredere blik op de patiënt en diens klacht was dus niet aan dovemansoren gericht. Alleen was de volgende vraag hoe de huisarts die psychologische en sociale factoren dan zou moeten duiden en behandelen; daar leidde de studie *Geneeskunde* immers niet voor op. Dit bracht bij veel beginnende huisartsen een crisis teweeg.⁶ Daarover kan de Amsterdamse huisarts Courant meepraten. Hij begon in de jaren vijftig een praktijk in de wijk Sloterveer, toen volop in aanbouw.

'Ik kwam als eerste huisarts in een lege wijk, en binnen drie maanden had ik 2000 patiënten. Ik had er geen notie van wat ik voor patiënten kon betekenen. Ik had een grote praktijk in de schoot geworpen gekregen, maar

was een deel ook snel weer kwijt. Ging snauwen tegen de mensen. Werd er bijna depressief van. Ik dacht: "Ik zie de mensen niet meer terug, ik ben geen goede dokter." Later was het een openbaring toen ik erachter kwam dat ze niet terugkwamen juist omdat ze waren genezen.'

DE DOKTER ALS MEDICIJN

In deze context maakte het verschijnen van het boek *The doctor, his patient and the illness* van de psychiater Michael Balint in 1957 diepe indruk.⁸ 'By far the most frequently used drug in general practice is the doctor himself', schreef Balint, die zelf de zoon van een huisarts was.⁹ Volgens Balint konden specialisten iets van huisartsen leren.¹⁰ Het zelfvertrouwen van de Nederlandse huisartsen kon zo'n zetje wel gebruiken.

Leden van de NHG-Subcommissie Medische Psychologie legden contact

Huisartsenzoon Balint leerde de Nederlandse huisartsen hoe ze de heilzame werking van hun dokter-zijn het beste konden inzetten. Nog altijd zijn er ruim 50 Balint-groepen in Nederland actief.



Balint
Nederland

met Balint, die in Londen nascholingen organiseerde rond de arts-patiëntrelatie. In 1957 startten in Nederland de eerste Balint-groepen (officieel Studiegroepen Medische Psychologie). De Boerhaave-cursus *Trainingsmethoden in de medische psychologie*, die in 1960 in Leiden werd georganiseerd, maakte Balint wereldberoemd in Nederland.^{11,12}

Hoe ze de heilzame werking van hun dokter-zijn het beste konden inzetten, konden huisartsen prima van elkaar leren, onder leiding van een psychiater en een ervaren collega.^{8,10} Courant nam deel aan de eerste Balint-groep in Nederland. 'Je bracht patiënten in, bijvoorbeeld mensen met wat je nu somatisch onverklaarde lichamelijke klachten zou noemen. Mensen die ik niet begreep.' Vaak kreeg de huisarts het advies lastige patiënten een biografische of psychosociale anamnese af te nemen. Daarmee zou zowel voor de dokter als voor de patiënt de context inzichtelijk worden. Courant:

*'Dan liet ik ze maandagavond terugkomen en spraken we een uur. Soms langer, of vaker. Zo herinner ik me een man die iets lijzigs, iets eisends over zich had. Vóór die gesprekken kon ik hem niet goed hebben, erna veel beter. Hij mij ook, trouwens.'*⁷

Deze lange gesprekken raakten overigens al snel weer uit de mode: 'Het was veel te tijdrovend. Bovendien bleek het ook in een paar minuten te kunnen, goed

Trainingsmethoden

De Balint-methode was niet de enige trainingsmethode in de medische psychologie. Eind jaren zestig waren er bijvoorbeeld ook studiegroepen die werkten met de Systematische Biografische Anamnese van Groen, counselinggroepen die oefenden met rollenspellen, cursussen gesprekstechniek en gemengde groepen. Vaak waren bij dit soort studiegroepen psychiaters betrokken, al was de inbreng van huisartsen steeds groot. Voor Balint was het belangrijk dat de leraar-leerlingrelatie tussen specialist/psychiater en huisarts werd doorbroken. In zijn visie waren immers juist huisartsen het best in staat de oorzaken en behandeling van klachten met een psychologische achtergrond te onderzoeken.

Het NHG-Congres 1999 was getiteld *Kijk naar je eigen...! Huisartsen in gesprek over communicatie en attitude*. Het NHG gaf ter gelegenheid daarvan 10 cahiers *Huisarts & Patiënt* uit, over allerlei aspecten van communicatie en attitude.



contact maken.'

Niet alleen de patiënt moest beter worden begrepen, ook de dokter kon wel enig zelfinzicht gebruiken. Om beter te leren luisteren was een verandering in de persoonlijkheid van de dokter nodig, vond Balint, en daarvoor was het herkennen van eigen gevoelens zoals irritatie, onmacht, angst en boosheid van groot belang.¹⁰

Bij de tiende verjaardag van het NHG in 1966 waren er vijftig Balint-groepen – één op de tien huisartsen nam eraan deel.¹³ Nog altijd zijn er ruim vijftig Balint-groepen actief.¹⁴ Honderden huisartsen hebben eraan deelgenomen, maar welke invloed de Balint-beweging nu precies had op de arts-patiëntrelatie is eigenlijk niet duidelijk. Zo was het de vraag – schreef een betrokkene later – in hoeverre de achterban zich herkende in wat een kleine groep voortrekkers in woord en geschrift verkondigde.⁸ Voor andere huisartsen bleef die niet-medische hulpvraag vooral ergerlijk. De Groningse hoogleraar Geert Bremer schrijft in een terugblik:

'Problemen traden (...) op bij al die mensen met lichamelijke klachten zonder dat er bij hen een lichamelijke afwijking werd gevonden, bij al die mensen die treurig, verdrietig, ongelukkig en overspannen waren, die zich miserabel

*voelden en die dachten dat de geneeskunde wel op een of andere manier uitkomst kon brengen.'*¹⁵

WITTE JASSEN

Duidelijk is dat de arts-patiëntrelatie ongelijkwaardiger was dan tegenwoordig. Jozien Bensing, hoogleraar Klinische en gezondheidspsychologie aan de Universiteit Utrecht en oud-directeur van het NIVEL, tekende de huisarts uit die jaren als volgt:

*'In de jaren vijftig droeg de huisarts een witte jas en een stethoscoop om zijn nek. Hij was een notabele en tijdens het consult was "U" de aanspreekvorm. Hij straalde autoriteit uit en de afstand tot de patiënt was groot.'*¹⁶

Het denken van sommige NHG-oprichters was ook ronduit elitair. Just Buma:

De huisarts in een doktersjas: Hendrik Wiegersma, huisarts te Deurne van 1917 tot 1969 (zelfportret in olieverf op board, 1957). Hendriks vader Jacob Wiegersma stond model voor de dorpsdokter in *Dorp aan de rivier* (1934) van Antoon Coolen. Hendrik zelf voor de dokter in *Toon Kortooms Help de dokter verzuip!* (1968).



*'Niemand kan iets geven dat hij niet zelf bezit. Niemand kan een medemens verder brengen dan hij zelf is. Om de samenleving te kunnen dienen is het noodzakelijk dat de arts tot die geestelijke elite behoort, welke uitmunt door idealisme, persoonlijkheid en verantwoordelijkheidsbesef.'*⁵

Het paternalisme ging ver: in de jaren vijftig werd huisartsen nog geadviseerd patiënten niet lastig te vallen met hun diagnose, tenzij die zou leiden tot invaliditeit.¹⁷

HET KWAAD VAN DE MEDICALISERING

Dat de witte jas uiteindelijk uitging, kan niet los worden gezien van de democratiseringsbeweging die in de jaren zestig en zeventig het aanzien van Nederland veranderde. Overal in de westerse wereld kwamen emancipatie- en democratiseringsbewegingen op, maar in geen ander land legde de elite zo snel het hoofd in de schoot als in Nederland.¹⁸ Sterker nog, vaak waren het artsen zelf die pleitten voor de emancipatie van de patiënt. Uit een terugblik in 2007:

*'Het was dus in de jaren zestig en zeventig niet zo dat grote massa's patiënten serieus wilden worden genomen, terwijl hun ouderwetse, paternalistische artsen hen graag klein en inschikkelijk wilden houden.'*¹⁷

Drijvende krachten achter de democratisering waren indertijd jonge artsen zoals Rudi van den Hoofdakker – als dichter bekend onder het pseudoniem Rutger Kopland – met zijn pamflet *Het bolwerk van de beterweters*.¹⁹ De geldende medische ethiek weerspiegelde volgens hem de conservatieve moraal van het 'establishment'. Het boekje werd welwillend gerecenseerd in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* – voorwaar geen tegendraads instituut.²⁰

Vooralsociologen zoals Irving Zola en Eliot Freidson, en filosofen zoals Michel Foucault, hadden kritiek op de machtsverhoudingen tussen arts en patiënt.²¹ De extreemste kritiek kwam van de Oostenrijkse filosoof en theoloog Ivan Illich, die

het medisch bedrijf in het boek *Grenzen aan de geneeskunde* zelfs onomwonden een bedreiging voor de gezondheid noemde.²² Door medicalisering oefent de medische stand macht uit en daarmee maakt zij de bevolking tot patiënt, afhankelijk en onmondig.^{17,21} Soortgelijke kritiek kwam begin jaren zeventig ook van vrouwen. Er werden zwartboeken gepubliceerd over de manier waarop vooral gynaecologen fysiologische processen van vrouwen als ziekten benaderden. Feministen bekritiseerden ook de technologisering van de geneeskunde en de discriminerende beeldvorming over mannen en vrouwen.²³

Een bijzondere vorm van medicalisering was het versterken van 'somatische fixatie'. De Nijmeegse hoogleraar Frans Huygen bedacht het begrip en startte er in 1973 een onderzoek naar. Daarvan werd in 1983 verslag gedaan door zijn medewerker, de jurist en psycholoog Richard Grol.²⁴ Sommige mensen raakten te afhankelijk – doordat ze zelf verkeerd

Een van de drijvende krachten in de democratiseringsbeweging in de jaren zestig en zeventig was de psychiater Rudi van Hoofdakker (dichter Rutger Kopland). De geldende medische ethiek weerspiegelde volgens hem de opvattingen van het 'establishment', met zijn conservatieve moraal.



omgingen met klachten en problemen, maar ook door druk uit hun omgeving en door een verkeerde aanpak van dokters. Zo konden ze 'vastlopen in het medisch kanaal'.^{24,25} Röntgenfoto's en laboratoriumonderzoek werkten somatische fixatie het meest in de hand, maar ook het lichamelijk onderzoek was niet zonder risico, vreesde men. Dokter en Verhage, twee pioniers van de Balint-beweging, schreven nog in 1991: 'Of men na het luisteren naar de klacht lichamelijk onderzoek moet laten volgen of niet, blijft een moeilijke kwestie.' Ze voegden eraan toe dat dokters deze vraag vaker met 'ja' zouden beantwoorden dan psychologen.¹⁰

Niet alle patiënten wilden overigens emanciperen. Ze bleven met hun bezorgdheid en verdriet de huisarts bezoeken. Luc van Berkestijn – huisarts in Utrecht en later adjunct-hoofd van de Utrechtse huisartsopleiding – vertelt hoe hij begin jaren zeventig, in opleiding tot chirurg, de overstap maakte naar de huisartsgeneeskunde. Daar zat hij dan in zijn spreekkamer tegenover huilende patiënten:

*'Er was zoveel leed. En het enige wat ik kon doen was luisteren. Ik dacht: "Ik heb niets te bieden, ik zit met lege handen."*²⁶

Van Berkestijn stond niet alleen. De psycholoog Peter Verhaak, in de jaren zeventig onderzoeksassistent bij Jozien Bensing en sinds 2010 in Groningen bijzonder hoogleraar Geestelijke Gezondheidszorg binnen de huisartsvoorziening, zag het in video-opnamen van spreekkamer gesprekken uit de jaren zeventig: 'Er ging veel compassie over tafel. Gesprekken waren oeverloos. Dokters kregen de problemen wel boven tafel, maar zaten vervolgens met de handen in het haar.' En dat waren dan de moderne dokters. Ouderwetser dokters werkten volgens het stereotype 'vier gesloten vragen, recept, klaar'.²⁷

METHODE VAN HULPVERLENING

Voor Van Berkestijn kwam het antwoord in de vorm van het 'methodisch werken' van de Amsterdamse hoogleraar Huisartsgeneeskunde Herman van Aalde-

ren. Van Berkestijn bewaart nog altijd diens syllabus *Methode van hulpverlening in de eerste lijn*, die vanaf 1976 aan de VU (en aan andere huisartsinstituten) werd gebruikt.²⁸ Aangezien lang niet alle klachten volgens de geneeskundige methode konden worden verholpen, moesten arts en patiënt samen achterhalen wat precies de hulpvraag was en volgens welke methode – en door welke hulpverlener – die zou kunnen worden opgelost.²⁶ De vraagverheldering deed zijn intrede. Voor Van Berkestijn was dit een verademing: ‘Het kreeg een naam, structuur.’ In het methodisch werken kwamen de kritiek op de medicalisering en de non-directieve therapie van de Amerikaanse psychiater Carl Rogers samen:

‘Die schreef in 1940 al dat de meest deskundige op het gebied van psychosociale problemen degene is die het probleem zelf heeft. Het enige dat je als hulpverlener hoeft te doen is goed luisteren, en op het juiste moment spiegelen.’²⁶

Duidelijk is dat de arts of hulpverlener dan niet boven, maar op gelijke hoogte staat met de patiënt. Dat betekent niet dat arts en patiënt het altijd vanaf het begin van het consult eens hoeven te zijn over de hulpvraag. Ook volgens Van Aalderen konden patiënten zonder dit zelf te weten psychische en sociale problemen lichamelijk tot uitdrukking brengen.^{8,26} En dan was de arts toch weer de deskundige, die als een detective op zoek moest naar de ‘klacht achter de klacht’. Van Berkestijn: ‘De heersende mening was dat achter lichamelijke klachten psychosociale problemen schuil konden gaan.’ Of persoonlijkheidsproblemen. Zo zagen de jaren zeventig de nadagen van de psychosomatiek, een historische stroming in de psychiatrie van de jaren vijftig die psychische conflicten benoemde als oorzaak voor aandoeningen zoals maagzweer of hartinfarct.²⁹ Ook in de huisartsgeneeskunde werkte de psychosomatiek in de jaren zeventig nog door.⁸ Van Berkestijn: ‘Het ging om ziekten als astma, hypertensie. Als je in harmonie met jezelf zou leven, zou astma vanzelf overgaan.’ Hij kijkt er niet met trots op terug. ‘We hebben met zijn allen gedwaald.’^{26,30}

De Amsterdamse hoogleraar Huisartsgeneeskunde Herman van Aalderen schreef in 1976 een syllabus voor de opleiding over methodisch werken in de eerste lijn. De vraagverheldering deed zijn intrede.



GELIJKE, OF TOCH OPVOEDER?

Het ideaal achter de ideeën van de jaren zeventig en tachtig was een autonome en mondige patiënt.^{17,31} Dokter en Verhage maakten in 1991 het mensbeeld expliciet dat in veel teksten impliciet blijft:

‘Voor ons is het een ideaal wanneer een mens als zelfstandig individu mondig in staat is te kiezen tussen de hem geboden en eventueel zelf gecreëerde alternatieven en in vrijheid kan leven.’¹⁰

Maatschappelijk vond dit ideaal ingang: gelijkwaardigheid is het uitgangspunt van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) van 1994. Ook de NHG-richtlijnen voor de relatie tussen huisarts en patiënt hadden in 1996 als uitgangspunt dat de patiënt in principe competent en autonoom was.³² De vraag of patiënten aan dit ideaalbeeld kunnen of willen beantwoorden, werd nauwelijks gesteld.

Achteraf denkt Van Berkestijn dat de ideologie achter methodisch werken wel erg hoge eisen aan patiënten stelde. Het model gold voor mensen die überhaupt in staat zijn tot emancipatie, en dat was wat hem betreft niet iedereen: ‘Vergeet

niet dat zo’n 20% van de mensen functioneel analfabeet is. Dan moet je niet aankomen met: ‘Wat is uw vraag’, en al zeker niet aan het begin van het consult.’ Verheldering van de hulpvraag blijft belangrijk, maar het kan ook op een andere manier of op een ander moment.²⁶

Na de jaren zeventig is er veel onderzoek gedaan naar de arts-patiëntrelatie.^{17,33} Al was het maar omdat gebrekkige communicatie bleek samen te hangen met gebrekkige therapietrouw en een goede arts-patiëntrelatie leek bij te dragen aan het placebo-effect van het spreekuurbezoek – de dokter als medicijn.³⁴ Veel onderzoek werd verricht door het Nederlands Huisartsen Instituut, dat in 1985 opging in het NIVEL. Bensing was één van de pioniers. ‘Het was haar idee om consulten op video op te nemen’, vertelt Verhaak. Inmiddels is er een database opgebouwd met duizenden consulten uit vier decennia. Een vergelijking van de consulten uit begin jaren tachtig met die uit 2000-2001 was verhelderend: de huisarts uit 2000 was zakelijker, meer gericht op het uitvragen van symptomen en het gestructureerd uitleggen van diagnose en behandeling, en de patiënten volgden over het algemeen gedwee.^{35,36} Verhaak:

‘We denken wel dat patiënten mondiger zijn geworden, en actiever, maar dat zien we dus niet terug in het aantal vragen dat ze stellen aan de arts.’²⁷

NIVEL-onderzoekster Ligaya Butalid denkt dat beter aansluiten bij de vraag van de patiënt nog steeds het antwoord is:

‘We moeten meer maatwerk bieden: wat heeft deze patiënt nu nodig? Wat is zijn of haar behoefte aan autonomie? Je kunt niet iedereen volgens hetzelfde recept behandelen. Daar ligt nu de grootste uitdaging.’²⁷

**Esther van Osselen, Ron Helsloot,
Ger van der Werf, Emma van Zalinge**

LITERATUUR

Zie www.henw.org, rubriek Geschiedenis huisartsgeneeskunde.