

Emancipatie van de huisdokter

Dit is deel 1 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. Kleijkers, H. Pellicaan en dr. H. Vink. De financiële middelen werden ter beschikking gesteld door de SBOH.

Een beschermde titel en een eigen opleiding, hoogleraren Huisartsgeneeskunde aan elke universiteit en wetenschappelijk onderzoek dat internationale topbladen haalt, meer dan honderd NHG-Standaarden die richting geven aan de diagnostiek en behandeling van huisartsgeneeskundige problemen, een eigen systeem van medische verslaggeving in SOEP-journaals, verplichte inschrijving op naam en toegang tot de tweede lijn na verwijzing door de huisarts. De omstandigheden waaronder de huisartsen in Nederland op dit moment werken, lijken vanzelfsprekend, tot je kennismakt met de huisartsgeneeskunde in omliggende landen. De Nederlandse huisarts Botman, die naar Zweden emigreerde, vertelt in *Medisch Contact* over de positie van huisartsen daar:

'De Nederlandse huisarts heeft met zijn NHG-Standaarden echt een stevige positie in de zorg, met respect van collega's uit het ziekenhuis. De Nederlandse huisarts heeft een sterk besef van eigen identiteit, dat in Zweden nog in ontwikkeling is.'

Het is boeiend hoe deze verworvenheden, die nu zo vanzelfsprekend lijken, elk op hun eigen manier zijn ontstaan, werden bevochten of de beroepsgroep eenvoudigweg in de schoot zijn geworpen. In een reeks van tien artikelen blikt de NHG-Werkgroep Geschiedenis Huisartsgeneeskunde terug op de ontwikkeling van de basisingrediënten van het Nederlandse huisartsenvak. Dat is zinvol, al was het maar om te laten zien dat discussies en twijfels over de taak en de aanpak van de huisarts hun wortels hebben in oude debatten en worstelingen. De basisprincipes van een continue, integrale en persoonlijke huisartsgeneeskunde werden al vroeg geformuleerd, maar zijn in de loop der jaren steeds opnieuw besproken en steeds werden er nieuwe betekenissen aan toegekend. Door kennis te nemen van die discussie kunnen nieuwe generaties huisartsen hun eigen plaats bepalen, wetende in wiens voetsporen ze treden – en natuurlijk ook van welke visie ze afscheid nemen.

In dit eerste artikel geven we een overzicht. Later volgen er verhalen over de relatie tussen de veranderingen in ziektebeelden en zorgvragen van patiënten, over de taak van de huisarts en de relatie tussen huisarts en patiënt, over de ontwikkelingen in de huisartsopleiding en het ontstaan van de huisartsgeneeskunde als eigen wetenschapsgebied, over samenwerking binnen de eerste en met de tweede lijn, over praktijkvoering, nascholing, en toetsing en preventie.

Daarbij helpt het overigens niet dat de geschiedschrijving van het huisartsenvak nog karig is. Belangrijke overzichtsartikelen zijn geschreven door hoofdrolspelers in de ontwikkeling van het vak, met een blik die was bepaald door hun eigen rol of visie.²⁻⁴ Anderen schreven vooral over de achtergrond van één universitair instituut.⁵ Over de maatschappelijke en financieel-economische context waarin deze ontwikkeling zich voltrok en over de rol die de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) daarin speelde, is nog weinig gepubliceerd. Het zou mooi zijn als deze artikelenreeks de aanzet zou geven tot breed en uitvoerig historisch onderzoek.

VOORGESCHIEDENIS

Een beschrijving van de geschiedenis van de huisartsgeneeskunde kan haast niet anders dan beginnen bij de jaren waarin de huisartsgeneeskunde zich begon te organiseren als zelfstandige medische discipline – de oprichting van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) in 1956 – en haar uitgangspunten formuleerde tijdens de Woudschotenconferentie in 1959. Dit kantelpunt volgde niet op een periode van bloei, maar juist op een langdurige crisis binnen het huisartsenvak. Die crisis had verschillende oorzaken, waaronder de opkomst van de medisch specialismen, economische tegenspoed en een tekortschietende opleiding.

De opkomst van de medisch specialist

In de voorafgaande decennia waren de huisartsen achteropgeraakt bij de specialisten. Tot ver in de negentiende eeuw had Nederland *medicinae*, *chirurgiae* en *artis obstetriciae doctores* gekend, opgeleid aan de universiteiten van Utrecht, Leiden of Groningen, naast stads-, plattelands- en scheepsheermeesters die een praktische opleiding hadden genoten aan één van de klinische scholen in Amsterdam, Rotterdam, Haarlem of Middelburg.⁶ Halverwege de negentiende eeuw verenigden vooraanstaande artsen zich in de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (NMG, destijds nog niet Koninklijk), waarbij zich in latere decennia het merendeel van de artsen zou aansluiten. In 1865 bracht Thorbecke met een aantal wetten eenheid in de geneeskundeopleidingen en maakte deze wirwar plaats voor één beroep, dat van arts. Die arts was – in ieder geval vanaf de Wet op het hoger onderwijs van 1876 – universitair geschoold.⁷ Deze eenheid van beroep werd echter al snel ingehaald door de technologische vooruitgang in de medische wetenschap. Die leidde aan het eind van de negentiende eeuw tot de opkomst van het ziekenhuiswezen en de ontwikkeling van de oude artsberoepen tot specialismen, zoals interne geneeskunde, chirurgie, neurologie, psychiatrie, bacteriologie en radiologie.⁶

Aanvankelijk vormden de specialisten een kleine minderheid. In 1885 waren er in heel Nederland 37 en was het gros van de overige 2000 artsen ‘algemeen practicus’. De algemeen practici werkten vanuit huis en legden vooral veel visites af – dagelijks 20 tot 50.^{8,9} Pas tegen het eind van de negentiende eeuw hadden de meesten van hen een eigen wacht- en spreekkamer, waar vooral armere patiënten kwamen. De gegoede burgers verwachtten nog tot ver in de twintigste eeuw dat de dokter aan huis kwam.⁶

Wat betreft de ontwikkeling van specialistische medische kennis aan de universiteit konden – of wilden – deze algemeen practici hun academische collega’s steeds minder bijhouden. Men heeft wel geopperd dat de artsen van de algemene praktijk van meet af aan bezwaren hadden tegen bepaalde aspecten van de technologische (ziekenhuis)geneeskunde, en dat deze ‘haat-liefdeverhouding’ de identiteit van de moderne huisartsgeneeskunde mede gevormd heeft.⁶ In de eerste decennia van de twintigste eeuw groeide het aantal specialisten snel en ontstonden er ‘grensconflicten’, die zelfs tot twijfels leidden over het voortbestaan van de huisarts. In 1926 opende voorzitter L.C. Kersbergen het jaarcongres van de NMG met een rede over het bestaansrecht en de betekenis van de huisarts. Aan de ene kant hekelde hij specialisten die zich ‘blindstaarden op het orgaan’, of die juist als gezinsarts ook klachten behandelden buiten hun terrein. Maar daarnaast verweet hij huisartsen dat zij zich op het terrein van specialisten begaven en daarmee het vertrouwen van patiënten in het ‘instituut der huisartsen’ ondermijnden. Huisartsen voelden het als een devaluatie van hun beroep dat ze steeds meer verrichtingen aan de specialisten moesten overlaten, terwijl patiënten steeds vaker kwamen met in hun ogen onbeduidende klachten.^{10,11}

Meer patiënten

Tot de Tweede Wereldoorlog leek er een machtsevenwicht te zijn tussen specialisten en huisartsen. Die laatste voelden zich gesteund door patiënten

van 1939 en waren ze sterk achtergebleven bij de inflatie en de gestegen praktijkkosten.



die het ziekenhuis wantrouwen en beducht waren voor de kosten. Tijdens de oorlog verschoof dat evenwicht echter relatief snel. Met het Ziekenfondsenbesluit van 1941 voerde de Duitse bezetter de verplichte ziekenfondsverzekering in, waardoor de gezondheidszorg in één klap veel toegankelijker werd. Op het eerste gezicht was dit een steun in de rug voor de huisartsen. Voor alle ziekenfondsverzekerden gold een abonnementstarief, patiënten werden verplicht op naam ingeschreven en de specialistische geneeskunde werd alleen toegankelijk met toestemming van de huisarts, poortwachter avant la lettre.¹²

Het Ziekenfondsenbesluit – en de beleidskeuzen die eruit voortvloeiden – leidden tot een toestroom van patiënten, maar ook tot grote grieven bij de huisartsen en tot een conflict dat ruim twintig jaar aanhield. Ten eerste waren de artsen die vóór de oorlog vaak lid waren geweest van ziekenfondsbesturen, door het besluit buitenspel gezet. Ten tweede breidden de Duitsers, en later het kabinet Drees, het aantal verzekerden in enkele stappen uit zonder de huisartsen te raadplegen. Daarbij lagen de ziekenfondstarieven nog op het peil

van 1939 en waren ze sterk achtergebleven bij de inflatie en de gestegen praktijkkosten.

Geen geld, geen waardering

In de jaren na de oorlog kregen ‘hevige emoties huisartsen in hun greep’ toen de loongrens werd verhoogd,¹³ waardoor het aantal ziekenfondsverzekerden steeg. De LHV werd in 1946 opgericht om de uitgangspunten van die wet- en regelgeving te vertalen in een deugdelijke financiële basis. Het kostte de vereniging negen taaie jaren van onderhandelen voordat er in 1955 een *gentlemen's agreement* lag waarin de tarieven flink verhoogd werden. Het conflict was daarmee nog niet beslecht: pas in 1966 kwam er, na een huisartsenstaking, een goede regeling met een aparte vergoeding voor de praktijkvoering, een forse tariefsverhoging en een pensioenvoorziening. De staking draaide om het principe van ‘inschrijven op naam’: als dat de regel was, moest ook de praktijkvoering worden betaald en niet alleen de uitgevoerde verrichtingen.

Zover was het in de jaren vijftig nog niet. De hoge werkdruk en de magere betaling droegen bij aan de crisis van het vak. Onder artsen én onder pa-

Just Buma hield in 1947 een jaar lang een morbiditeitsregistratie bij in zijn praktijk in Ridderkerk. Zijn in 1950 verschenen proefschrift was zeer invloedrijk. Hij pleitte ervoor dat huisartsen zich zouden verdiepen in de psychische en maatschappelijke oorzaken van klachten, naast de somatische.



tiënten groeide het beeld dat huisartsen weinig te bieden hadden. De Amsterdamse hoogleraar Heringa vatte de situatie als volgt samen:

*'In een crisis van twijfelzucht (dreigt) een groot deel der artsen de bezieling in hun werk te verliezen; erger nog: ligt reeds merkbaar op de studenten, de aanstaande artsen, de druk van een geringschattend oordeel over de betekenis en de taak van de huisarts.'*¹⁴

Overigens stond de Nederlandse huisarts daarin niet alleen. Ook in Engeland lag de huisarts onder vuur; ook daar heerste het negentiende-eeuwse beeld van *family doctoring*, van de huisarts die met gesteven boord aan de rand van het bed zit te wachten tot de pneumonie vanzelf resorbeert.¹⁵

Tekortschietende opleiding

Een andere oorzaak voor de crisis was het tekortschieten van de medische opleiding, die geheel door specialisten werd verzorgd. Beginnende huisartsen waren niet voorbereid op de klachten en vragen waarmee ze in hun huisartsenpraktijk geconfronteerd werden, 'hetgeen een crisis tot gevolg had wanneer men in de huisartsenpraktijk belandde', zoals Frans Huygen, huisarts in Lent, schreef.¹⁶

DE HUISARTS EN ZIJN PATIËNT

In Nederland waren het uiteindelijk de huisartsen zelf die de problemen analyseerden en die ook doordachten wat ze te bieden hadden dat de specialisten niet konden leveren. Inspiratie voor dat laatste leverde het proefschrift van Just Buma, *De huisarts en zijn patiënt*, verschenen in 1950.¹⁷ Buma vergeleek de specialistische geneeskunde met een horlogefabriek waar gespecialiseerde werknemers steeds perfectere onderdelen afleveren, maar geen werkend uurwerk:

'Echter, de koper van een uurwerk komt bedrogen uit. Wanneer hij met het gekochte de tijd wil meten blijkt hem, dat de onderdelen niet zo in elkaar passen, dat zij tezamen daartoe in staat stellen.'

Artsen moeten, in Buma's visie, oog hebben voor heel de mens:

'Welke ook de aard van het probleem moge zijn (...) steeds is het de mens die het als totaliteit ondergaat, die ook als totaliteit lijdt en hulp zoekt.'

Buma betoogde dat de huisarts de patiënt van mens tot mens moet benaderen, al was het maar omdat bij bijna eenderde van de klachten geen soma-

Buste van Hein Hogerzeil, een van de oprichters van het NHG en de eerste voorzitter, van 1956 tot 1960. Deze buste en die van Frans Huygen, de tweede NHG-voorzitter, staan op het NHG-bureau.



tische oorzaak wordt gevonden. Alleen was geen arts daarvoor opgeleid. Sterker nog: psychische en sociale aspecten van ziekte werden nauwelijks bestudeerd.

Buma inspireerde veel huisartsen, onder wie de oprichters van het NHG, met het onderzoek dat hij uitgevoerd had onder zijn patiënten in Ridderkerk. In 1955 besloot een aantal gelijkgestemde huisartsen tot actie over te gaan en in oktober 1956 kondigde Frans Huygen tijdens een KNMG-congres de oprichting van een wetenschappelijke vereniging voor huisartsen aan.¹⁸ Zo kon het niet langer: huisartsen moesten hun eigen taak en ook hun eigen wetenschapsgebied afbakenen. Eind december was het Nederlands Huisartsen Genootschap een feit.^{16,18}

PROGRAMMA EN SPEERPUNTEN

De oprichters verschilden van mening over de taak van het NHG, en vonden dat er eerst een antwoord moest komen op de vraag wat huisartsgeneeskunde is. Daartoe belegde het genootschap in 1959 een bijeenkomst in conferentiecentrum Woudschoten te Zeist, voor een select gezelschap. Tot de 42 deelnemers behoorden de oprichters, leden van NHG-werkgroepen en wijze mannen van buiten. Na twee dagen werd men het eens over de volgende definitie van huisartsgeneeskunde, die ook wel de 'geloofsbelijdenis van Woudschoten' is gaan heten:

'Het aanvaarden van de verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwende individuele mensen en gezinnen.'^{15,19}

Onder gezondheid verstond de Woudschotenconferentie niet alleen de afwezigheid van ziekte of gebrek, maar het bredere, idealistische begrip dat in 1948 door de WHO was geformuleerd:

'Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn.'^{15,20}

In de eerste decennia van zijn bestaan richtte het NHG zich op vier speerpunten: de arts-patiëntrelatie, de praktijkvoering, onderzoek en opleiding.

Arts-patiëntrelatie

Het eerste speerpunt betrof manieren om 'heel de mens' te behandelen, dat wil zeggen: hoe om te gaan met de psychische en sociale factoren. Hiermee hielden vooral de Commissie Nascholing en de Subcommissie Medische Psychologie zich bezig. Hun zoektocht leidde onder andere langs de psychosomatiek van de Amsterdamse hoogleraar-internist Groen, die betoogde dat de oorzaak van ziekten, zoals astma en colitis ulcerosa, maar ook kanker en hartinfarct, in de psyche gezocht moest worden.²¹ Ook vestigden zij, in het spoor van de Hongaars-Britse psychiater M. Balint,

de aandacht op de rol van de dokter zelf. Balint won de harten van een halve generatie huisartsen met de uitspraak:

'By far the most frequently used drug in general practice is the doctor himself.'

Binnen het NHG werden Balint-groepen opgericht – in de taal van nu: intervisiegroepen – waarin moeilijkheden en mogelijkheden in de relatie tussen arts en patiënt werden besproken.^{5,22} Later verschoven de aandacht naar de gespreksvoering en – mede onder invloed van publicaties van Querido (*Inleiding tot een integrale geneeskunde*, dat ook grote invloed had op de Woudschotenconferentie),^{23,24} Van Lidth de Jeude (*De huisarts in de maastroom der emoties*)²⁵ en Huygen (*Family medicine*)²⁶ – naar sociale en gezinsomstandigheden. Al deze ontwikkelingen werden vanzelfsprekend niet kritiekloos aanvaard. Het verwijt klonk dat het NHG een psychosomatisch clubje was.¹⁰

Praktijkvoering

Het tweede speerpunt was de praktijkvoering – ook hiervoor werd een commissie opgericht. Een van de eerste wapenfeiten was de groene kaart van het NHG, een hulpmiddel om het medisch dossier te structureren en de voorloper van het elektronisch medisch dossier. Latere inspanningen richtten zich op een efficiënte organisatie, het samenwerken in groepspraktijken,

22 april 1965: NHG-voorzitter Frans Huygen begeleidt prinses Beatrix. Zij zal die dag de officiële opening verrichten van de nieuwe, gezamenlijke huisvesting van het NHG en het Nederlands Huisartsen Instituut, Mariahoek 4, Utrecht.



de organisatie van het huisartsenlaboratorium, de inhoud van de visitetas, het ijken van instrumenten en het inschakelen van doktersassistentes, praktijkondersteuners en praktijkverpleegkundigen.²⁷

Onderzoek

Als derde speerpunt richtte het NHG zich op onderzoek. Wetenschappelijk onderzoek werd geëntameerd en gepubliceerd door de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek en door de redactiecommissie van *Huisarts en Wetenschap*. Aanvankelijk ging het voornamelijk om huisartsen die in hun eigen praktijk morbiditeitsonderzoek deden en in kaart brachten met welke problemen en klachten de huisarts te maken kreeg – zoals ook Buma gedaan had.¹⁰ Aan het einde van de jaren zeventig ontstond een stevige polemiek over de kwaliteit van dit onderzoek, met name vanuit de sociaal-wetenschappelijke hoek.⁵ Die discussie ging ook om de vraag of het eigene van de huisartsgeneeskunde zich überhaupt wel liet vertalen naar wetenschappelijk onderzoek. Mede dankzij de bloei van de klinische epidemiologie kwam het huisartsgeneeskundig wetenschappelijk onderzoek in de jaren tachtig uiteindelijk toch tot wasdom. Dit onderzoek werd welbewust gekoppeld aan de dagelijkse praktijk: in 1989 verscheen de NHG-Standaard Diabetes mellitus type II, de eerste in een lange rij.

Opleiding

De eerste hoogleraar Huisartsgeneeskunde – al mocht dat de eerste jaren niet zo heten – trad aan in 1966 in Utrecht, waar Jan van Es aan de Rijksuniversiteit werd benoemd tot buitengewoon hoogleraar in de Geneeskunde van de Huisarts.¹⁸ In de jaren die volgden, benoemden ook de andere Nederlandse universiteiten hoogleraren Huisartsgeneeskunde en werd veel tijd en energie besteed aan het bevechten van een plaats voor het huisartsgeneeskundig onderwijs in het curriculum en het opzetten van coschappen in huisartsenpraktijken.⁵ De eerste huisartsopleiding was, opnieuw, in Utrecht, waar de

Huisarts en Wetenschap werd opgericht op 1 september 1957, als wetenschappelijk vakblad voor de Nederlandse huisarts. Een eigen tijdschrift zagen de oprichters van het NHG als een belangrijk middel voor *Het bevorderen van de wetenschappelijke uitoefening van de geneeskunde door huisartsen*, de hoofddoelstelling van het genootschap.



universiteit in 1971 het zevende jaar van de artsopleiding als beroepsopleiding invulde. Aanvankelijk duurde deze opleiding één jaar, later werd dat drie jaar. Vanaf 1973 was een beroepsopleiding verplicht om zich als huisarts te kunnen inschrijven bij de Huisarts Registratie Commissie (HRC).⁵

TOT SLOT

Nu, in de eenentwintigste eeuw, discussiëren huisartsen nog steeds over hun positie ten opzichte van de specialistische tweedelijngeneeskunde, over de arts-patiëntrelatie, over hoe en in hoeverre psychische en sociale factoren aandacht moeten krijgen, over de rol van wetenschappelijk onderzoek en over de inhoud van de opleiding. In de komende afleveringen zullen we inzoomen op deze en andere aspecten van het verhaal van de huisartsgeneeskunde.

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

LITERATUUR

Zie www.henw.org, rubriek Geschiedenis huisartsgeneeskunde.