

De geboorte van een ideologie: Woudschoten en de huisartsgeneeskunde

Ger van der Werf

Joost Zaat

Inleiding

Halverwege de jaren vijftig culmineerde de onvrede van huisartsen over hun positie in de gezondheidszorg in de oprichting van het NHG.¹ Niet dat men bij de aanvang van de discussies over een studiegenootschap precies wist wat men wilde: 'de een dacht bijvoorbeeld aan wetenschappelijk onderzoek, een tweede aan voorlichting en voortgezet onderwijs, een derde aan registratie en efficiënte praktijkvoering. Sommigen dachten in ortho-dox-somatische termen, anderen weer psychosomatisch, weer anderen socio-psychosomatisch.'² Uiteindelijk begon men maar

Samenvatting

Van der Werf GTh, Zaat JOM. De geboorte van een ideologie: Woudschoten en de huisartsgeneeskunde. *Huisarts Wet* 2001;44(10):428-35.

De Woudschotenconferentie geldt als de bakermat van de Nederlandse huisartsgeneeskunde. Hoe is deze conferentie verlopen, wie waren de hoofdrolspelers en vooral waar kwam het gedachtegoed vandaan? Bestuursnotulen en verslagen van de conferentie vormen het uitgangspunt van een reconstructie. De aanloop en het verloop van de conferentie waren nogal chaotisch, maar door een onderonsje van Huygen en Buma werd de definitie van de huisartsgeneeskunde toch opgesteld. De definitie wortelt in de toenmalige cultuur, opvatting over ziekte en de veranderende vraag van patiënten. Wetenschappelijk onderzoek speelde bij het opstellen slechts een geringe rol. Observationeel onderzoek in een tiental niet representatieve praktijken door één enkele waarnemer heeft de indeling in de deeltaken van de huisarts bepaald. Het was echter niet de bedoeling dat de huisarts in zijn eentje de volledige integrale zorg op zich zou nemen. Preventie betekende in de vijftiger jaren iets heel anders dan het huidige begrip preventie: preventie richtte zich toen op een gezond gezin, voeding en huisvesting. Huisartsgeneeskunde is een maatschappelijk gedefinieerd specialisme. Een regelmatige herziening van de grondslagen van de huisartsgeneeskunde is daarom vanzelfsprekend. Het valt echter nog te bezien of een kernachtiger beschrijving van ons vakgebied mogelijk is dan destijds in Woudschoten gegeven is.

G.Th. van der Werf, huisarts: Disciplinegroep Huisartsgeneeskunde Rijksuniversiteit Groningen, A. Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen.

J.O.M. Zaat, huisarts.

Correspondentie: G.Th van der Werf, e-mail: g.t.van.der.werf@med.rug.nl

en kondigde Huygen op het KNMG-ledencongres in oktober 1956 de oprichting van het NHG aan. In zijn nog steeds lezenswaardige betoog stelde hij als centraal probleem het lage wetenschappelijk peil van het werk van de gemiddelde huisarts. De niet goed op de praktijk voorbereide huisarts zag daar dagelijks heel andere ziekten dan de vertrouwde klassieke klinische ziektebeelden uit de ziekenhuizen.³ Hij concludeerde dat '... de huisarts wetenschappelijk gesproken een specifieke taak en een eigen terrein heeft.'

De oprichting van het NHG en de Woudschotenconferentie hebben bijna mythische proporties gekregen. De definitie is echter oud en dateert volgens sommigen zelfs uit het mesolithicum.⁴ Deze zomer waren er visiedagen, dit najaar volgen er meer en begin 2002 is er opnieuw een grote conferentie over de inhoud van het vak. Reden genoeg om na te gaan hoe de oorspronkelijke Woudschotenconferentie verlopen is en vooral ook waar het gedachtegoed achter de opgestelde definitie vandaan komt.

Veel materiaal uit de begintijd van het NHG is verloren gegaan. We baseren ons bij de beschrijving van de gang van zaken in Woudschoten op notulen van bestuurs- en commissievergaderingen uit die tijd en verslagen in *Huisarts en Wetenschap*. We zochten de literatuur op die deelnemers aan de conferentie in hun lezingen en artikelen gebruikten. Omdat een aantal huisartsen een belangrijke rol hebben gespeeld, beschrijven we die hoofdrolspelers in een apart kader.

De Woudschotenconferentie

De aanloop

Omdat de organisatie van het nieuwe genootschap het bestuur veel werk kostte, verdween de ideologische discussie in 1957 naar de achtergrond. Na het instellen van commissies zoals de redactiecommissie voor *Huisarts en Wetenschap*, de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (CWO) en vijftien studiecentra in het land – groepen huisartsen in een regio die huisartsgeneeskundige onderwerpen bestudeerden en onderlinge scholing verzorgden – vond men het eind 1958 tijd om zich te bezinnen op de rol van het NHG en een definitie van het werk van de huisarts te formuleren. November 1958 ontstond in het algemeen bestuur het idee om een gezamenlijke bijeenkomst van bestuur en commissies te beleggen. Op 18 december 1958 was in de vergadering van het dagelijks bestuur wel de datum (23 en 24 januari 1959) bekend, maar had men nog geen idee waar de confe-

rentie te houden. Als deelnemers zouden worden uitgenodigd: de leden van het bestuur en adviseurs, de algemene adviescommissie (een aantal wijze mannen), de CWO, de redactiecommissie van *Huisarts en Wetenschap*, de commissie nascholing en de voorzitter en de secretaris van de studiegroep praktijkvoering, bij elkaar 42 deelnemers. Na een langdurige gedachtenwisseling werd *Van Deen* gevraagd 'een inleiding te schrijven op en stellingen te ontwikkelen over het volgende thema: hoe ziet het NHG de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde en welke consequenties heeft dit ten aanzien van het beleid van het NHG'. *Buma* werd gevraagd als tweede inleider. *Buma* was blijkbaar van plan lang van stof te zijn want op 8 januari 1959 besloot het bestuur hem op zijn verzoek een kwartiertje van de tijd van *Van Deen* te geven. Hij mocht nu een uur spreken.

De conferentie

Van Deen hield op de eerste avond van de conferentie zijn inleiding. Hij formuleerde de doelstelling van het NHG als volgt:

- het bevorderen van de goede vervulling van de geneeskundige taken, zoals deze thans tot het werkerterrein van de huisarts behoren;
- het bevorderen van nieuwe ontwikkelingen, zoals diagnostiek en therapie op psychisch en sociaal-medisch terrein, de integrale geneeskunde en het werken in teamverband met specialisten en andere medewerkers. Daartoe dient een taakomschrijving opgesteld te worden en daarop dient nascholing gericht te worden.

De taak van de huisarts was volgens *Van Deen* 'alle arbeid die thans door huisartsen wordt verricht, uitgebreid met enkele nieuwe taken'.

Buma hield een lange en 'door een overvloed aan nieuwe gedachten veeleisende inleiding'. Hij zag de functie van de huisarts als 'Het bewaken van de gezondheid van de hem toevertrouwde individuen en gezinnen; stoornissen in de individuele of gezinsgezondheid op te heffen of in hun uitwerking te beperken en deze, waar mogelijk, te voorkomen.'

Na deze voordrachten splitste het gezelschap zich in vier groepen om over deze lezingen te discussiëren. Omstreeks middernacht moest de voorzitter, volgens het verslag, echter spijtig constateren dat het niet mogelijk was een gemeenschappelijke visie op de toekomstige taak van de huisarts te bereiken.² De volgende ochtend werd na een duidelijker opdracht aan de vier discussiegroepen de doelstelling van het genootschap betrekkelijk snel geformuleerd als 'Het bevorderen van de huisartsgeneeskunst en het richting geven aan de ontwikkeling daarvan op wetenschappelijk verantwoorde wijze'.

De formulering van de taak en functie van de huisarts was echter aanzienlijk minder eenvoudig. In plaats van de taakomschrijvingen die *Van Deen* of *Buma* hadden voorgesteld, wilden sommige aanwezigen de omschrijving van *Huygen* uit 1956 overnemen. In zijn KNMG-lezing had deze de taak van de huisarts omschreven als: 'De beoefening van een continue, integrale en persoonlijke

geneeskunst voor de mens in zijn eigen milieu, dat wil zeggen in het gezin.'³ Om te benadrukken dat ook preventieve zorg tot de taak van de huisarts behoort, had hij de omschrijving in 1958 aangevuld met 'positieve gezondheidszorg'.⁵ Op verzoek van de aanwezigen staken *Buma* en *Huygen* vervolgens de koppen bij elkaar en dat leidde tot de definitieve omschrijving van de functie van de huisarts: '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. Het ziet deze zorg als het opheffen, in hun uitwerking belemmeren en waar mogelijk voorkomen van stoornissen in de individuele of gezinsgezondheid (een drievoudige taak: curatief, revaliderend en preventief).' Vervolgens werden de twaalf taken, die *Buma* 's nachts had opgesteld, als taakomschrijving aangenomen (*kader*). Hij baseerde die deeltaken op zijn eerdere praktijkobservaties bij NHG-leden.

Volgens het verslag was iedereen bijzonder opgelucht dat het toch nog gelukt was. Bij de borrel noemde men de definitie al de 'Woudschottheresen' en een 'belijdenis'.²

Deeltaken van de huisarts volgens Woudschoten

1. primaire hulp in de ruimste zin, ook bij psychische traumata
2. somatisch onderzoek
3. psychisch- en milieuonderzoek, waarbij de beheersing van een goede gespreks- en anamnesetechniek essentieel is
4. registratie en beheer van alle medische gegevens
5. differentiatie in twee groepen, namelijk een groep waarvan de behandeling binnen de dagelijkse routine valt en een groep die een afzonderlijke behandeling vergt door het gecompliceerde van hun bijzondere problematiek
6. behandelen van wat door hem behandelbaar is
7. ad hoc en tijdelijk delegeren naar medische en andere deskundigen, waarbij zijn medeverantwoordelijkheid blijft bestaan
8. opstellen van een nazorgplan, in overleg met behandelende of adviserende medische specialisten en zorg voor de uitvoering daarvan
9. integratie en coördinatie van de zorg voor zieke, invalide en onaangepaste mensen door goede samenwerking met andere deskundigen...
10. bijdragen tot preventie
11. bijdragen tot gezondheids- en opvoedingsvoorlichting
12. blijven werken aan eigen deskundigheid en vorming met een open oog voor eigen mogelijkheden en grenzen.

Van conferentie naar mythe

Na de conferentie ontstond al snel verwarring hoe deze definitie en de deeltaken nu naar buiten gebracht moesten worden. In *Huisarts en Wetenschap* van februari 1959 staat een zeer kort verslag van de conferentie.⁶ Het bestuur stelde in haar februarivergadering voor dat er een uitgebreid verslag zou komen, waarna

Kernpunten

- ▶ De Woudschotendefinitie is de logische uitkomst van een discussie waarin vooral maatschappelijke overwegingen aan de orde zijn geweest.
- ▶ Het begrip 'integrale zorg' betekent dat zorg voor de gezondheid niet beperkt kan blijven tot uitsluitend een geneeskundige invalshoek.
- ▶ Integrale zorg is destijds niet gezien als een taak die de huisarts in z'n eentje zou kunnen vervullen.
- ▶ Het begrip 'continue' is ook rond 1960 niet opgevat als de continue aanwezigheid van een persoonlijke dokter.
- ▶ De noodzaak tot een integrale benadering van gezondheidsproblemen vormt de grondslag van huisartsgeneeskunde als wetenschapsdomein.

de redactiecommissie van *Huisarts en Wetenschap* auteurs zou vragen verschillende aspecten verder te beschrijven. Omdat dat wel in lijn moest met de ideeën van het bestuur zou Huygen als bestuurslid deze artikelen mede beoordelen. Als door een wesp gestoken reageerde de redactiecommissie op deze 'aantasting van de redactievrijheid'. Bovendien 'de redactiecommissie ziet het geven van beschouwende literatuur over de conclusies van de conferentie-Woudschoten niet als zo belangrijk, omdat de redactie zich ten doel stelt datgene te verwezenlijken dat geconcretiseerd is ...'. Ook in het bestuur zelf is er onenigheid. De voorzitter van het NHG *Hogerzeil* heeft een eerste versie van het bestuursstandpunt geschreven, die helaas verloren is gegaan. Door zijn medebestuurders wordt het verslag zonder pardon van tafel geveegd. 'Het discussieverloop is niet goed uit de doeken gedaan', 'Er had ook kunnen staan dat niet alles op rolletjes heeft gelopen, en dat er aan het eind van de eerste dag een soort paniekstemming heerste door het ontbreken van ook maar één conclusie'.⁷ Enkele bestuursleden vinden dat er uit de conferentie nauwelijks iets positiefs is gekomen. *Hogerzeil* trekt zijn concept-artikel terug en Huygen wordt opgedragen een nieuw verslag te schrijven, dat uiteindelijk onder de titel 'NHG Quo vadis?' wordt gepubliceerd.² In twee vervolgartikelen gaat Huygen verder in op de resultaten van de Woudschotenconferentie. In het tweede artikel stelt hij dat de term 'huisartsgeneeskunst' is geïntroduceerd als een specifiek terrein van de huisarts.⁸ In dat artikel werkt hij het begrip 'continue zorg' uit: 'De zorg van de huisarts voor zijn patiënten strekt zich letterlijk uit vanaf de conceptie tot aan de dood. Of deze zorg voor de gezondheid van een individueel mensenleven nu in feite door éénzelfde huisarts of door een openvolging van huisartsen wordt uitgeoefend doet niets af aan het continue karakter van deze zorg.' Continuïteit verkrijgt betekenis door de gezondheid die patiënten er mee winnen. De term integraal ontleent Huygen in dit artikel aan het in 1955 verschenen boek van *Querido* 'Inleiding tot een integrale geneeskunde'.⁹ In het derde artikel gaat Huygen uitvoerig in op de twaalf deeltaken, die Buma heeft opgesteld.¹⁰

Al betrekkelijk snel groeide Woudschoten uit tot een belangrijke gebeurtenis. In het jaarverslag van het NHG over 1959 schrijft secretaris *Den Duyn*: 'Deze zogenaamde 'Woudschoten-conclusies' zijn ons daarom zo dierbaar geworden, omdat wij deze enerzijds beschouwen als een beginselverklaring en anderzijds bij nadere bestudering en hantering daarvan meer en meer blijkt, hoe rijk van inhoud deze conclusies zijn.'¹¹ Hierna bleef het lang rustig. Het NHG-bestuur vroeg de CWO 'deze theoretische conclusies in de praktijk te vertalen en uitvoerbaar te maken. Welke onderzoeken zijn nodig om deze conclusies op een hecht fundament te plaatsen dan wel te corrigeren? Kunnen deze onderzoeken prioriteit verkrijgen boven andere onderzoeken?' De CWO werkte de twaalf deeltaken uit in een rapport dat eind 1962 klaar was. Vanaf de zomer van 1963 werden de verschillende deeltaken in het algemeen bestuur tot in de kleinste details besproken. In 1966 besloot de redactiecommissie van *Huisarts en Wetenschap* ter gelegenheid van het tienjarig bestaan van het NHG het rapport te publiceren.¹²

Waar komt het gedachtegoed vandaan?

Publiceren was in de jaren vijftig minder vanzelfsprekend dan tegenwoordig. Huisartsgeneeskunde als apart wetenschapsdomein bestond nog nergens. De literatuur bij de verschillende artikelen is veelal beperkt, zeker in de verschillende verslagen van de Woudschotenconferentie. De gedachten van de hoofdrolspelers in hun eerdere lezingen en artikelen zijn vooral gebaseerd op publicaties over en vanuit de Engelse huisartspraktijk en op observaties in de eigen praktijk.

Huisartsgeneeskunde in Engeland

In Engeland ontstaat er direct na de Tweede Wereldoorlog onrust in de gezondheidszorg en wordt in 1948 de NHS opgericht. De NHS heeft grote consequenties voor het werk van de huisarts.¹³

In 1950 publiceert de Australiër *Collings* – met subsidie van de Engelse Nuffield Trusts – een 30 pagina's dik verslag van een observationeel onderzoek in 55 Engelse huisartspraktijken.¹⁴ De algemene praktijk is een uniek maatschappelijk verschijnsel, zo begint zijn rapport. 'General practice' wordt, volgens hem, veelal geïdentificeerd met het 19^e-eeuwse concept van 'family doctor': de arts die met gesteven boord aan de rand van het bed van de patiënt zit te wachten tot de pneumonie uiteindelijk vanzelf resorbeert. Dat concept bestaat volgens hem al lang niet meer. 'General practice' is volgens *Collings* ook uniek omdat het geaccepteerd wordt als iets specifiek, hoewel niemand weet wat het eigenlijk precies is. De toestand van de huisartspraktijk in Engeland is slecht en zal steeds verder verslechteren. Niet omdat de individuele huisarts niet beter zou willen of zou kunnen, maar omdat de ontwikkelingen in de specialistische ziekenhuisgeneeskunde de huisarts professioneel hebben geïsoleerd waardoor de huisartsgeneeskunde geen eigen ontwikkeling kon doormaken.

Zijn vaak vernietigende commentaar lokte veel reacties uit, waar-

onder de voorspelbare als 'hoe kan een buitenstaander dat nu beoordelen'. De kritiek richtte zich op zijn methode: zijn observaties in slechts 50 praktijken zouden niet representatief zijn. Maar er was bewondering voor de grote lijn, het inzicht dat het van belang is mensen zoveel mogelijk uit het ziekenhuis te houden, de zorg voor de patiënt te integreren en niet verknijpt vol-

gens de lijnen van de verschillende specialismen aan te bieden. In een commentaar op zijn rapport worden drie mogelijke standpunten met betrekking tot de huisarts geschetst:¹⁵

► De huisarts is slechts toeleverancier voor het ziekenhuis, want alleen daar is de kennis en kunde aanwezig die recht doet aan de stand van wetenschappen.

Hoofdrospelers

Kornelius J van Deen (1914-1992) was vanaf januari 1941 huisarts te Kollum. Hij promoveerde op 9 juli 1952 te Groningen cum laude op een proefschrift onder de titel 'Arbeidsanalyse in een plattelandspraktijk';²⁴ Promotor was de hoogleraar sociale geneeskunde prof. dr. J.H. Tuntler. Van Deen behoorde tot de oprichters van het NHG. Eind 1959 werd hij als opvolger van Tuntler tot hoogleraar sociale geneeskunde benoemd. In 1965 trad Chris Bruins (later directeur van het Nederlands Huisartseninstituut, de voorloper van het NIVEL) als huisarts in dienst van de door Van Deen opgerichte afdeling huisartsgeneeskunde. Van Deen legde daarmee de grondslag voor de late-



re universitaire groepspraktijk. In 1970 werd hij benoemd tot hoogleraar huisartsgeneeskunde en daarmee kreeg ook de universiteit Groningen als laatste in de rij der Nederlandse universiteiten een hoogleraar huisartsgeneeskunde. Na zijn optreden op de Woudschotenconferentie was hij nog slechts sporadisch actief binnen het NHG.

Justus T Buma (1910-1996) was vanaf 1937 huisarts te Rotterdam, later in West-Zeeuws-Vlaanderen. Hij vestigde zich in 1945 te Ridderkerk.³⁵ Hij was in 1939 de eerste in Nederland gebrevetteerde zweefvlieger. In 1949 promoveerde hij bij prof. G.C. Heringa op een proefschrift dat in het kader van het 100-jarig bestaan van de KNMG werd bekroond.¹⁹ Hij was van 1955 tot 1960 werkzaam bij het Nederlands Instituut voor Preventieve Geneeskunde en later als bedrijfsarts in Helmond en bij Philips' Medische Dienst. Na zijn pensio-



nering in 1970 was hij tot 1980 onderwijscoördinator aan de Medische Faculteit van de Katholieke Universiteit Nijmegen. Hij schreef veel en uitvoerig over de uitgangspunten van de geneeskunde.³⁶ Zijn proefschrift heeft een belangrijke rol gespeeld bij de emancipatie van de huisartsgeneeskunde.

Frans JA Huygen (1917-1998) was vanaf 1943 tot 1982 huisarts te Lent.³⁷ Hij promoveerde in 1948 in Utrecht bij H.W. Julius, destijds hoogleraar in de gezondheidsleer en de geneeskundige politie.³⁸ Hij was één van de oprichters van het NHG en in 1960 werd hij voorzitter van het NHG. In datzelfde jaar werd hij tot universitair docent benoemd in het instituut van prof. A. Mertens, hoogleraar in de sociale geneeskunde te Nijmegen. In 1968 volgde zijn benoeming tot buitengewoon hoogleraar in de toepassing van de geneeskunde van het gezin. Hij stond aan de basis van het langstlopende registratieproject: de Nijmeegse



Continue Morbiditeitsregistratie. Hij publiceerde meer dan 200 artikelen. Samen met Mertens stond hij aan de wieg van de gezinsgeneeskunde.³⁹ Zijn belangrijkste boek is 'Family Medicine; the medical life history of families' uit 1978, dat in het buitenland een betere verspreiding kreeg dan in Nederland zelf.⁴⁰

Hein HW Hogerzeil (1918-1999) studeerde af in 1943, nam twee jaar waar in Zwijndrecht en vestigde zich in 1945 als huisarts te Zwolle. Van 1947 tot 1950 was hij tijdens de politionele acties in het toenmalige Nederlands Indië chef veldhospitaal bij de mariniers. Daarna keerde hij terug in zijn praktijk te Zwolle. In 1954 promoveerde hij bij prof. R. Hornstra, hoogleraar sociale geneeskunde te Utrecht.²⁰ Hij was voorzitter van het NHG vanaf de oprichting in 1956 tot 1960.⁴¹ In 1961 is hij een jaar werk-



zaam geweest als Public Health Adviser namens de Wereld Gezondheids Organisatie in Kongo. Daarna was hij werkzaam bij Philips' Medische Dienst in Eindhoven, vanaf 1969 als hoofd. In 1973 werd hij benoemd tot hoogleraar in de sociale geneeskunde te Groningen. Dat is hij gebleven tot aan zijn pensionering in 1984.

- De huisarts heeft als taak om de alledaagse noden te verlichten en mensen te helpen gezond te blijven en de behandeling van 'echte' ziekten is slechts secundair.
- De huisarts moet zich minder bezighouden met organische ziekte maar met elementaire psychotherapie en preventieve geneeskunde.

Mede omdat het beeld van *Collings* wel erg somber was en men vond dat hij te generaliserend schreef over te weinig praktijken, wordt een nieuw observationeel onderzoek gestart door dezelfde Nuffield Trusts. Dit maal observeert *Taylor* in 1951 en 1952 praktijken die uit een eerder onderzoek als 'zeer goed' zijn beoordeeld.¹⁶ Maar ook nu worden er slechts 30 praktijken onderzocht. De aandacht ligt vooral op de praktijkorganisatie. *Taylor's* boek geldt een lange tijd als dé beschrijving van een adequate praktijkvoering. Dat nu een wel erg positieve selectie gemaakt is, lijkt niemand te deren.

In mei 1950 verscheen in *The Lancet* een rapport van de British Medical Association, waarin wordt benadrukt dat die opleiding moet worden gezien in het licht van de toenemende medische kennis en kunde.¹⁷ Het belang van continuïteit van de zorg wordt benadrukt. De scheiding tussen de huisarts en het ziekenhuis wordt gezien als slecht voor de efficiency van de zorg.

Deze Engelse publicaties en een morbiditeitsstudie van Hodgkin¹⁸ hebben *Huygen* geïnspireerd bij zijn KNMG-lezing in 1956.³ Al in de eerste zin kondigt hij aan, parallel aan de eerste zin van *Collings*, te zullen spreken over de huisarts als maatschappelijk probleem. Beiden verbazen zich over het niet gebruiken van vaginale specula, slordigheid in routinetaken en over het gebrek aan wetenschappelijk denken. *Huygen* gaat echter een belangrijke stap verder dan *Collings* en stelt dat de huisarts een eigen specifiek terrein van wetenschap heeft. En daar waar *Collings* niet weet hoe huisartsgeneeskunde te omschrijven is, formuleert *Huygen* als eerste zijn hiervoor al genoemde definitie.

Het werk van de huisarts in Nederland

Ook in Nederland geloofde de huisarts in de jaren na de oorlog niet meer in zich zelf en ook hier werd het werk van de huisarts in kaart gebracht.¹ *Buma* schreef in 1948 zijn dissertatie 'De huisarts en zijn patiënt; grondslagen van het medisch denken en handelen'.¹⁹ Het is een deels beschouwende, deels praktische studie. *Buma* registreerde gedurende een jaar de klachten die hij in zijn praktijk zag (5109 contacten bij 2750 patiënten). De grote groep symptomatische aandoeningen (32%) is volgens hem alleen te begrijpen vanuit een antropologisch idee. Juist bij deze aandoeningen spelen psychische en sociale factoren een rol. *Hogerzeil* deed een poging om op grond van de resultaten van morbiditeitsonderzoek in zijn eigen praktijk te komen tot een hypothese over de verhouding tussen de mens als (ondeelbaar) individu dat zich onderscheidt van alle andere mensen en 'de mens als zodanig'. Het functioneren van de mens als zodanig valt te onderscheiden in een viertal terreinen: anatomisch-fysiologisch, psychisch, sociaal en meta-sociaal (de religieuze ver-

houding).²⁰ *Mertens* en ook *Stassen* vroegen zich beiden aan het eind van hun onderzoek naar hun werk als huisarts af of hun moeizame cijferwerk in verhouding tot al het werk wel een zinvolle bijdrage had geleverd aan het inzicht in de aard van die werkzaamheden: het was immers niet representatief voor heel Nederland.^{21,22}

Buma had niet zo'n last van twijfels over representativiteit. In het najaar van 1958 had hij in tien praktijken van leden van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het NHG (waaronder *Huygen*) gedurende één dag meegelopen. Op grond van die observaties kwam hij tot de twaalf deeltaken, die hij op de Woudschotenconferentie presenteerde. Enige maanden na de Woudschotenconferentie publiceerde hij zijn bevindingen in een boekje.²³ Hij kwam mede op grond van het onderzoek van *Van Deen*²⁴ en van *Jansen-Emmer*²⁵ tot de conclusie dat de huisarts dagelijks contact had met 1,5 tot 2,0% van de totale populatie: 30% van deze contacten betrof nieuwe, 70% reeds bekende problematiek. Zestig procent van deze werklust liet zich routinematig afdoen; 15% betrof chronische ziekten; slechts enkele procenten eiste uitgebreid onderzoek in verband met nieuw opgetreden klachten of verschijnselen. Patiënten die wegens persoonlijke problemen de huisarts bezoeken, dan wel behoren tot de 'onhygiënische groepen in de maatschappij', vormen ongeveer 20-25% van de werklust.

Dat het aanbod aan gezondheidsproblematiek, mede als gevolg van het veranderende ziekenfondsstelsel aanzienlijk was veranderd, had *Ruhe* al aangetoond. Deze Brabantse huisarts beschreef de verschillen in behoefte aan medische hulp in zijn eigen dorpspraktijk te Hilvarenbeek in 1938 en 1954. 'Het beroep van het gezinshoofd was van grote betekenis voor de behoefte aan medische hulp. Deze was bij de notabelen in de beide vergeleken jaren het grootst en veranderde voor deze groep niet. De overigen, die in 1938 belangrijk achterbleven, bereikten in 1954 vrijwel het peil dat de notabelen reeds in 1938 hadden.'²⁶

De mens is meer dan zijn lichaam

Tijdens zijn lezing op de Woudschotenconferentie definieerde *Buma* gezondheid als 'de functionele harmonie tussen de individuele mens en zijn milieu. Meer gedetailleerd: harmonisch functioneren van het eigen lichaam, de eigen persoonlijkheid, van het gezin, het werk en harmonie ten aanzien van wijdere milieu-kringen.'² Deze definitie overlapt de WHO-beschrijving: 'Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk geestelijk en sociaal welbevinden en niet slechts de afwezigheid van ziekte of gebrek.'²⁷ De zieken die zich aan de huisarts presenteren, hebben vaak geen objectiveerbare afwijkingen, zo lezen we in alle literatuur die we tot nu toe citeerden. Rond 1950 ontstond een nieuw subjectief-narratief ziektebegrip waarin ziekte begrepen werd binnen het kader van de sociale en politieke werkelijkheid: de diagnose komt tot stand in een gesprek tussen geneeskundige en klager. Objectieve meting of toetsing van de klacht is dan niet meer mogelijk.²⁸

Huisartsen waren de eersten die zich dit veranderend ziektebe-

sef realiseerden. Buma beschrijft de tekortkomingen van een uitsluitend somatisch denken. 'De algemene praktijk leert ons huisartsen een geheel andere manier van problemen stellen ten aanzien van de aandoeningen van onze patiënten dan de Universiteit dat had gedaan'.¹⁹ Hij ziet de 'chemische en psychische physiologie' als de laagste en middelste functielagen van de mens. Juist de hogere lagen, de psychische en sociale, blijven in de opleiding buiten beschouwing. De huisarts is meer dan een somatisch specialist. Hij dient de patiënt in zijn milieu te zien, preventief en zelfs opvoedend bezig te zijn. Buma treedt hier in het voetspoor van Hornstra,²⁹ die eerder een pleidooi hield voor een huisarts die zijn werkterrein zocht in preventie, gezondheidsvoorlichting en opvoeding. Hornstra pleitte voor samenwerking met de maatschappelijk werker wiens werk met het *social case work* een psychotherapeutische inslag krijgt. De huisarts moet gezinnen adviezen geven over voeding, bewoning, kleding, sport en spel. Maar spijtig constateerde hij dat de doorsnee huisarts hiervoor geen belangstelling toonde en er geen verstand van had.

Van integrale geneeskunde naar integrale zorg

Buma maakte in zijn proefschrift onderscheid tussen *scientia medica*, de medische wetenschap, die ontstaansmechanismen ontrafelt, en *ars curandi*, de geneeskunst. Hij spreekt van een antropologische diagnose: de beschrijving van het soma, een analyse van de psychisch-functionele toestand en een ecologische beschrijving. Deze beschrijving van een niet uitsluitend somatische benadering van de patiënt sloot nauw aan bij die van Hogerzeil en Querido.⁹ De laatste gaat uit van de patiënt als persoon, die bij wijze van model in drie velden uiteengelegd kan worden: het lichamelijke, het sociale en het psychologische veld. Integrale geneeskunde is de geneeskunde die bij patiënten met een lichamelijke ziekte rekening houdt met verstoringen in alle drie velden. Zijn boek bevat een serie gevalsbeschrijvingen. In 1959 doet Querido verslag van een empirisch onderzoek om zijn stellingen te onderbouwen.³⁰ Integrale geneeskunde betekent echter volgens Querido niet dat de dokter alles alleen moet doen, maar dat hij zorg moet verlenen in samenwerking met maatschappelijk werkers, psychiaters en geestelijk verzorgers.

Eind jaren vijftig stonden de fundamentele vragen in de geneeskunde centraal. De organisatie van de zorg was wel belangrijk, maar speelde geen belangrijke rol in de uiteindelijke beschrijving van het takenpakket. De discussies gingen over het mensbeeld en over het veranderende morbiditeitsaanbod, dat niet meer uitsluitend in termen van klassieke medische problemen te beschrijven was; over de mens als ondeelbare eenheid tegenover generaliseerbare en te beschrijven deelaspecten. Het aanbod van klachten aan de huisarts kreeg sociale en psychologische dimensies. Door veranderingen in het ziektebegrip deden een louter somatische beschrijving en de term 'geneeskunde' het werk van de huisarts niet meer. Huygen gebruikte in zijn

KNMG-lezing in 1956 de term 'geneeskunde'; in de Woudschotendefinitie van 1959 wordt gesproken over 'zorg voor de gezondheid': het woord geneeskunde doet te veel denken aan pathologie, schrijft Huygen in 1966 bij de uiteindelijke officiële publicatie van het Woudschotenrapport in *Huisarts en Wetenschap*.³¹ De Woudschotendefinitie integreert zo de veranderingen in het denken over ziekte en individuen tot een definitie waarin 'zorg' de 'geneeskunde' vervangt en de mensen als meer gezien worden dan een ziektegeval. In het licht van alle beschreven ontwikkelingen is de Woudschotendefinitie dan ook volstrekt logisch.

Beschouwing

De bezinning op de taak en functie van de huisarts in de jaren vijftig van de vorige eeuw heeft culturele en maatschappelijke wortels. Kernpunt is het inzicht dat de mens meer is dan zijn lichaam en dat daarom de huisarts andere dan uitsluitend lichamelijke aspecten van het menszijn in zijn zorg moet betrekken. Dat inzicht is tot uitdrukking gebracht in het begrip 'integrale zorg' en vormt de basis voor de huisartsgeneeskunde als wetenschapsdomein.

De visie van Huygen op de huisartsgeneeskunde lag in het verlengde daarvan: huisartsgeneeskunde is een specialisme als de andere medische specialismen en behoeft daarom wetenschappelijke onderbouwing. De huisarts moet een eigen domein van wetenschap ontwikkelen, omdat alleen een wetenschappelijke fundering van de huisartsgeneeskunde voldoende basis kan leggen voor een eigen opleiding, voor een eigen specialisatie en voor de organisatievorm van het werkterrein van de huisarts. Zo stelt Huygen dat aandacht voor de continuïteit kan leiden tot een andere opvatting van het begrip ziekte, namelijk als stadium of ontsporing in de ontwikkeling van gezondheid en niet als verschijnsel op zichzelf.⁸

Huisartsen hebben een belangrijke rol gespeeld in het aantonen van veranderingen in het morbiditeitsaanbod. Ze zagen andere ziekten dan in het ziekenhuis en ze zagen gezondheidsklachten die niet als ziekte in de klassieke zin opgevat konden worden. Ze gebruikten die kennis om hun specifieke bijdrage aan het medisch onderwijs te onderbouwen. Parallel aan deze verandering ontwikkelde zich een ander, subjectief-narratief ziektebegrip en poneerde de WHO een nieuwe, ruimere gezondheidsdefinitie. Nederlandse huisartsen spraken, net als in Engeland, over preventie. Preventie staat nu in het teken van de risicofactoren. Het gebruik van dat begrip destijds vraagt om nader historisch onderzoek: wat toen werd verstaan onder 'preventie' omvat een breder aandachtsveld dan nu.

Bij de oprichting van het NHG waren er verschillende invalshoeken op huisartsgeneeskundige zorg: die van wetenschappers, van onderwijzers en van praktijkmanagers. Dat is nog steeds zo. Afhankelijk van de tijdgeest heeft een van deze groepen een tijdje de leiding. Op dit moment lijken het de managers te zijn: de organisatie van de gezondheidszorg als geheel speelt anders dan destijds een belangrijke rol in de discussies.

Er is veel meer veranderd in de ruim veertig jaren die sinds de conferentie van Woudschoten verstreken zijn. Die veranderingen liggen op het gebied van de medische techniek, maar gezien vanuit de positie van de huisarts vooral op het terrein van de psychosociale factoren: de veranderde wisselwerking tussen de maatschappelijke krachten die de gezondheidszorg vorm geven en de individuele opvattingen van mensen met betrekking tot hun ziekte en gezondheid.

De medisch-technische mogelijkheden lijken aanzienlijk toegenomen, waarbij de vooruitgang in de diagnostiek overigens sterker is geweest dan die in de therapie.

Het epidemiologisch onderzoek stond in de jaren vijftig nog in de kinderschoenen, richtlijnen en protocollaire geneeskunde bestonden nog niet. Het denken over preventie is veranderd: van aandacht voor een 'maakbaar gezin' tot het vroegtijdig opsporen van risicofactoren voor een vroegtijdige dood en het voorspellen van ziekten op basis van genen. Alle campagnes tot gedragsverandering – stoppen met roken, veilig vrijen – hebben weliswaar hun wortels in de opvoedkundige traditie van de zorg, maar zijn veel minder dan destijds ingebed in een individueel geneeskundige benadering en liggen tegenwoordig toch vooral buiten het takenpakket van de huisarts.

Patiënten zijn minder gedwee en dat maakt dat de huisarts geen hoeder en opvoeder van 'onhygiënische groepen' meer kan zijn. Niet alleen de medische techniek en de organisatie van de gezondheidszorg zijn anders dan vijftig jaar geleden, ook het denken over ziekte en gezondheid is veranderd. Hoewel sommige patiënten lijken te verwachten dat de dokter kan zorgen voor gezondheid en geluk, beschouwen huidige artsen de oude WHO-definitie als onwerkbaar en in ieder geval schatten ze het aandeel van de geneeskunde bij het bereiken van die gelukkige staat kleiner dan hun voorgangers indertijd. Dat artsen alle lichamelijke en ander ongemak kunnen uitbannen, zoals in de naoorlogse jaren vol optimisme werd gedacht, is een – dure – illusie. Wat onder optimale omstandigheden haalbaar is, blijkt in de praktijk niet te werken.

Wat niet veranderd is, is dat de mens als individu een ondeelbaar conglomeraat is van te onderscheiden maar niet te scheiden factoren. Ondanks en misschien wel juist dankzij de veranderingen in de medisch-somatische zorg en in de wisselwerking tussen individu en maatschappij is de rol van de huisarts als bewaker van de grote lijn en het verhaal van de patiënt niet minder belangrijk geworden.³² De huisarts zal bij dat alles kundig moeten balanceren tussen consumentisme en paternalisme.³³ Dat vergt een nieuwe visie op de huisartsgeneeskunde en vooral ook eens slimme definitie van wat ziek en gezond is.

De conferentie van Woudschoten verliep chaotisch. Hoewel de formuleringen van Woudschoten de laatste tijd ook in de beroepsgroep ter discussie worden gesteld,^{4,34} zijn ze tot aan de dag van vandaag nog steeds niet vervangen. Een herziening van de Woudschotenbelijdenis lijkt zinvol, al zou het ons verbazen

als er werkelijk een betere kernachtige beschrijving zou komen. De twee belezers en bevlogen heren, Huygen en Buma, hebben het in hun onderonsje op een zaterdagmiddag in januari 1959 zo slecht nog niet gedaan.

Dankbetuiging

Dank aan de heer J Biggelaar van Philips Company Archives voor de foto van HW Hogerzeil, aan mw B Hekker van het Universiteitsmuseum Groningen voor de foto van KJ Deen, en aan mw HJ Verkiel van TNO-PG voor de foto van JT Buma. Alle foto's dateren van begin jaren 60. De foto van FJ Huygen is een kopie van een foto in Huisarts Wet 1961.

Literatuur

- 1 Aulbers BM, Bremer GJ, redactie. De huisarts van toen; een historische benadering. Rotterdam: Erasmus Publishing, 1995.
- 2 Huygen FJA. NHG, Quo vadis? Huisarts Wet 1959;2:187-91.
- 3 Huygen FJA. De huisarts en de wetenschap. Medisch Contact 1956;11:730-9.
- 4 Meulenberg F, Wouters P. Breed onderzoek nodig naar imago huisarts. De Huisarts. 2001;12:7-9.
- 5 Huygen FJA. Medisch Opvoedkundig Bureau en huisarts. Medisch Contact 1958;13:764-8.
- 6 Frese H. Conferentie op Woudschoten. Huisarts Wet 1959;2:108.
- 7 Notulen algemeen bestuur 9-4-1959.
- 8 Huygen FJA. NHG Quo Vadis? (2). Huisarts Wet 1959;3:12-4.
- 9 Querido A. Inleiding tot een integrale geneeskunde. Lochem: De Tijdstroom, 1973 (ongewijzigde herdruk uit 1955).
- 10 Huygen FJA. NHG Quo vadis? (3). Huisarts Wet 1959;3:54-8.
- 11 Den Duyn P. Jaaroverzicht 1959 van de secretaris van het NHG. Huisarts Wet 1959;3:101-7.
- 12 Vroege NH. Het Woudschoten rapport. Huisarts Wet 1966;9:372-85.
- 13 NHS's 50th anniversary. BMJ 1998;317:1-2, 37-71.
- 14 Collings JS. General Practice in England today; a reconnaissance. Lancet 1950;(i):555-85.
- 15 The GP at the crossroads. BMJ 1950;709-12.
- 16 Taylor S. Good general practice; a report of a survey. London: Oxford University Press, 1954.
- 17 Training for General Practitioners. Lancet 150;(i):1001-2.
- 18 Hodgkin K. Hospital training as preparation for general practice. Lancet 1956;(i):373.
- 19 Buma JT. De huisarts en zijn patiënt; grondslagen van het medisch denken en handelen. [Dissertatie]. Amsterdam: Allert de Lange, 1950 (handelseditie).
- 20 Hogerzeil HHW. Resultaten in een huisartspraktijk. [Dissertatie]. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1954.
- 21 Mertens AthLM. Enkele cijfers uit een zeer grote dorpspraktijk. T Soc Geneeskde 1953;347-56.
- 22 Stassen W. Praktijkoverzicht van een niet-apotheekhoudende huisarts. T Soc Geneeskde 1953;191-6.
- 23 Buma JT. Beschouwingen over de plaats van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg. Leiden: Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde, 1959.
- 24 Van Deen KJ. Arbeidsanalyse in een plattelandspraktijk [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1952.
- 25 Jansen-Emmer EM. Bijdrage tot de kennis van het aandeel van de huisarts in de geneeskundige verzorging van de Amsterdamse bevolking [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1958.
- 26 Ruhe HAM. Een huisartspraktijk in 1938 en 1954. Assen: Van Gorcum, 1957.
- 27 Hogerzeil HHW. De ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde binnen een veranderend morbiditeitspatroon. In: Aulbers BM, Bremer GJ, redactie. De huisarts van toen; een historische benadering. Rotterdam: Erasmus publishing, 1995.
- 28 Lagro-Janssen ALM, Van der Werf GTh. Hoe spreken huisartsen en hun patiënten over ziekte? Een zoektocht in de medische literatuur

- naar het ziektebegrip van huisartsen en patiënten. Huisarts Wet 1999;42:539-44.
- 29 Hornstra R. Huisarts en positieve gezondheidszorg. Med Contact 1954;9:511.
 - 30 Querido A. Prognose en katamnese. T SocGeneesk. 1959;69.
 - 31 Huygen FJA. Voorwoord bij het Woudschoten-rapport. Huisarts Wet 1966;9:370-1.
 - 32 Meulenberg F. Huisartsgeneeskunde als feuilleton Een pleidooi voor een 'narratieve' benadering. Huisarts Wet 2001;44:187-8.
 - 33 Jung HP. Tussen paternalisme en consumentisme; het dilemma van de huisarts. Huisarts Wet, in druk.
 - 34 Van der Horst H, De Vries H. Van persoonlijke, integrale en continue zorg naar medisch maatwerk. Huisarts Wet 2001;44:226-8.
 - 35 Huygen FJA. In Memoriam: Dr JT Buma. Huisarts Wet 1996;39:427.
 - 36 Buma JT. Hippocrates de Grote. Stichting Rapportage Doetinchem. 1985.
 - 37 Stalman WAB. Prof.dr. FJA Huygen. In memoriam. Huisarts Wet 1999;42:47.
 - 38 Huygen FJA. Lobaire pneumonie als besmettelijke ziekte. Een studie uit de algemene praktijk [Dissertatie]. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1948.
 - 39 Mertens ATLM, redactie. De patient als gezinslid. Nijmegen: Dekker en Van der Vegt, 1973.
 - 40 Huygen FJA. Family medicine; the medical life history of families. Nijmegen: Dekker en Van der Vegt, 1978.
 - 41 Van der Werf GTh. In memoriam prof.dr. H.H.W. Hogerzeil. Huisarts Wet 1999;42:479.