

Het bestaansrecht van de huisarts

Rineke van Daalen

Pietje Verbeek-Heida

Inleiding

Huisartsen zijn onderbetaald en overbelast en voeren strijd met de zorgverzekeraars en de overheid. De crisis in hun vak is dan ook voor een groot deel toe te schrijven aan regelingen die door derden zijn opgelegd en die de administratieve en bureaucratische kant van hun werk hebben uitgebreid. In het publieke debat zijn vooral die problemen van huisartsen het afgelopen jaar belicht en daarmee zijn het strijdtoneel en de strijdende partijen afgebakend. Er is echter meer aan de hand: huisartsen zijn 'de weg kwijt' en vragen zich af of ze nog wel weten wat ze willen.¹ Is het bieden van 'integrale, continue en persoonlijke zorg', de omschrijving van de Woudschotenconferentie van 1959, nog

Samenvatting

Van Daalen, RM, Verbeek-Heida PM. Het bestaansrecht van de huisarts. *Huisarts Wet* 2001;44(13):601-4.

De crisis in het huisartsenberoep is niet alleen toe te schrijven aan een uitbreiding van de administratieve en bureaucratische kant van het werk van huisartsen, maar betreft ook de inhoud van het beroep. Op de Woudschotenconferentie van 1959 werd 'integrale, continue en persoonlijke zorg' als het uitgangspunt van de huisartsgeneeskunde geformuleerd. Leent deze doelstelling zich nog steeds als uitgangspunt? Dit artikel plaatst de huidige crisis in een wat breder historisch perspectief en behandelt achtereenvolgens de veranderingen in de plaats van huisartsen op de medische markt en in de klachten van patiënten. Huisartsen kregen meer concurrentie van specialisten en van alternatieve genezers, maar desondanks breidde het aantal huisartsconsulten zich uit. In de jaren vijftig was het beroep van huisarts verbonden met het kostwinnersgezin en fungeerden moeders als poortwachters van dat gezin. De bloeitijd van dat type gezin is voorbij en mede daardoor is ook het werk van huisartsen veranderd. Mensen houden zich actief bezig met het bereiken of handhaven van een goede lichamelijke en geestelijke gezondheid. Ze zijn mondiger geworden, ze doen aan zelfmedicatie en bezoeken alternatieve genezers. Ze blijken steeds hogere verwachtingen van huisartsen te hebben en willen uitleg en overleg. Het bestaansrecht van de huisarts ligt voor patiënten nog steeds in de persoonlijke zorg, net als ten tijde van de Woudschotenconferentie.

Afdeling Sociologie en Antropologie Universiteit van Amsterdam, Oude Zijds Achterburgwal 185, 1012 DL Amsterdam: mw.dr. R.M. van Daalen en mw.dr. P.M. Verbeek-Heida, beiden univeritair docent. Correspondentie: mw. P.M. Verbeek-Heida, e-mail: verbeek@pscw.uva.nl

steeds geschikt als uitgangspunt van de huisartsgeneeskunde? Om die vraag te beantwoorden is het nodig om ook patiënten in de beschouwing te betrekken. Welke plaats kennen zij huisartsen toe in de zorg voor hun eigen gezondheid? Hoe vaak bezoeken zij het spreekuur en met welke klachten komen ze daar? Wat is er in dat opzicht veranderd en ligt daarin misschien ook een verklaring voor de recente problemen?

In dit artikel gaan we op deze vragen in. We openen met een historische schets van de positie van huisartsen op de medische markt en laten zien hoe hun professie verbonden was met het traditionele kostwinnersgezin en vooral met de positie van moeders. Daarna vestigen we de aandacht op veranderingen in de klachten van patiënten en in de verwachtingen die zij van hun huisarts hebben.

Het verlies van het monopolie

Tot halverwege de vorige eeuw is de algemene arts, de huisarts, de belangrijkste figuur in de gezondheidszorg in Nederland. Wie ziek was kreeg in verreweg de meeste gevallen te maken met deze familiedokters of, zoals ze in de medische literatuur werden genoemd, 'algemeen practici'. Zij bezochten hun patiënten thuis en werden voor uiteenlopende klachten en kwalen geraadpleegd.² Hun werk bestond uit verloskunde, operaties aan huis, huisbezoeken – 20 à 50 per dag, per koets, later per fiets, nog later per auto – en spreekuurbehandelingen.³

Na de Tweede Wereldoorlog kregen zij door specialisatie en differentiatie van de artsenstand meer concurrentie van specialisten. Ten gevolge van de stijging van de welvaart en de invoering van de verplichte ziektekostenverzekering in 1941 groeide de medische consumptie. Het gebruik van geneesmiddelen nam toe en patiënten gingen steeds meer gebruikmaken van medische voorzieningen. De medische zorg, en vooral de zorg van huisartsen, raakte geleidelijk ingepast in het dagelijks leven van grote delen van de bevolking.⁴

Tegelijkertijd verloren huisartsen hun monopoliepositie op de medische markt. In 1890 was er één specialist op 30 huisartsen, in 1950 was die verhouding één op drie en vanaf eind jaren zestig zijn er meer specialisten dan huisartsen.⁴ In 1995 waren er ruim twee keer zoveel specialisten (13.918) als huisartsen (6800).⁵ Door die specialisatie werden huisartsen ertoe gedwongen zich af te vragen wat hun taken behoorden te zijn en net als tegenwoordig vonden ze dat hun werk ondergewaardeerd was. Zij zochten een oplossing in professionalisering. In 1956 werd het *Nederlands Huisartsen Genootschap* opgericht, naast de al bestaande beroepsvereniging van landelijke huisartsen (LHV). De bevordering van de huisartsgeneeskunde en verbetering van de praktijkvoering kwamen aan de orde tijdens verscheidene

De kern

- ▶ Het persoonlijke contact tussen huisartsen en patiënten komt in de knel door uitbreiding van administratieve taken.
- ▶ Patiënten verwachten en waarderen echter overleg en uitleg van hun huisarts.
- ▶ Het bestaansrecht van de huisarts ligt in overleg en uitleg.

conferenties, zoals in 1959 in Woudschoten. In 1957 verscheen het eerste nummer van het tijdschrift *Huisarts en Wetenschap*. In 1964 werden de *Staatscommissie Huisartsen* en het *Nederlands Huisartsen Instituut* opgericht, in 1966 werd een buitengewoon hoogleraar in de 'geneeskunde van de huisarts' benoemd en in 1973 werd de geneeskundestudie voor huisartsen aan alle medische faculteiten met één jaar verlengd.^{3,6} Vanaf 1978 worden alleen artsen met een huisartsenspecialisatie toegelaten tot het huisartsenregister: een voorwaarde om voor rekening van de ziekenfondsen hulp te verstrekken.

Huisartsgeneeskunde werd een specialisme en huisartsen kregen een centrale plaats binnen de gezondheidszorg. Ze wierpen zich op als bemiddelaars tussen patiënten en specialisten en tussen specialisten onderling. Zij zagen het als hun taak te adviseren en waren van mening dat ze 'kleine' kwalen zelf konden afhandelen. Als gezinsarts beriepen zij zich op de continue en langdurige relatie met hun patiënten en profileerden ze zich als vertrouwenspersonen die in staat waren om niet alleen aan somatische, maar ook aan (psycho)sociale klachten aandacht te geven.³

In de jaren zeventig van de twintigste eeuw werd het monopolie van huisartsen nog op een andere manier bedreigd: het aanbod van alternatieve genezers nam toe, evenals de vraag naar hun diensten. Vanaf de invoering van de Gezondheidswet in 1865 had de moderne, op natuurwetenschappelijke methoden georiënteerde geneeskunde, de zogenaamde reguliere geneeskunde, het tij mee gehad en alles wat daarbuiten viel, werd beschouwd als ouderwets en achterhaald. In de praktijk zijn alternatieve genezers echter nooit verdwenen en tegen de achtergrond van kritiek op de medische stand en van een verbreding van opties voor patiënten kregen zij in de laatste decennia van de twintigste eeuw meer ruimte. Zij konden zich door de publieke belangstelling nadrukkelijker profileren en dat stimuleerde de overheid ten slotte tot het instellen van een *Commissie Alternatieve Geneeswijzen*. Deze commissie, onder voorzitterschap van Muntendam, kreeg als taak de betekenis van deze geneeswijzen en geneesmiddelen voor de gezondheidszorg in Nederland aan te tonen. De commissie ging er in haar eindrapport in 1981 van uit dat het geloof in paranormale genezers er nu eenmaal is en dat een overheid ervoor moet waken dat hun patiënten niet in hun gezondheid worden geschaad. Daarom moesten ook niet-gekwalificeerde, onbevoegde genezers een zekere basiskennis verwerven op het gebied van de anatomie, fysiologie, pathologie, psychologie en hygiëne. Ook op het gebied van de verzekeringen was de commissie voorstander van soepeler regelingen,⁷

die echter al weer vrij snel worden beperkt, onder andere op advies van de commissie *Keuzen in de Zorg*.⁸ De afgelopen decennia is het aanbod van niet-reguliere geneeswijzen door de komst van immigranten verder verbreed. Zij brachten geneeswijzen uit hun eigen cultuur met zich mee. Zo brachten Surinamers de winti naar Nederland.⁹ Er is dus sprake van een gevarieerder aanbod. Betekent dit dat in de achterliggende periode de positie van de huisarts is verzwakt?

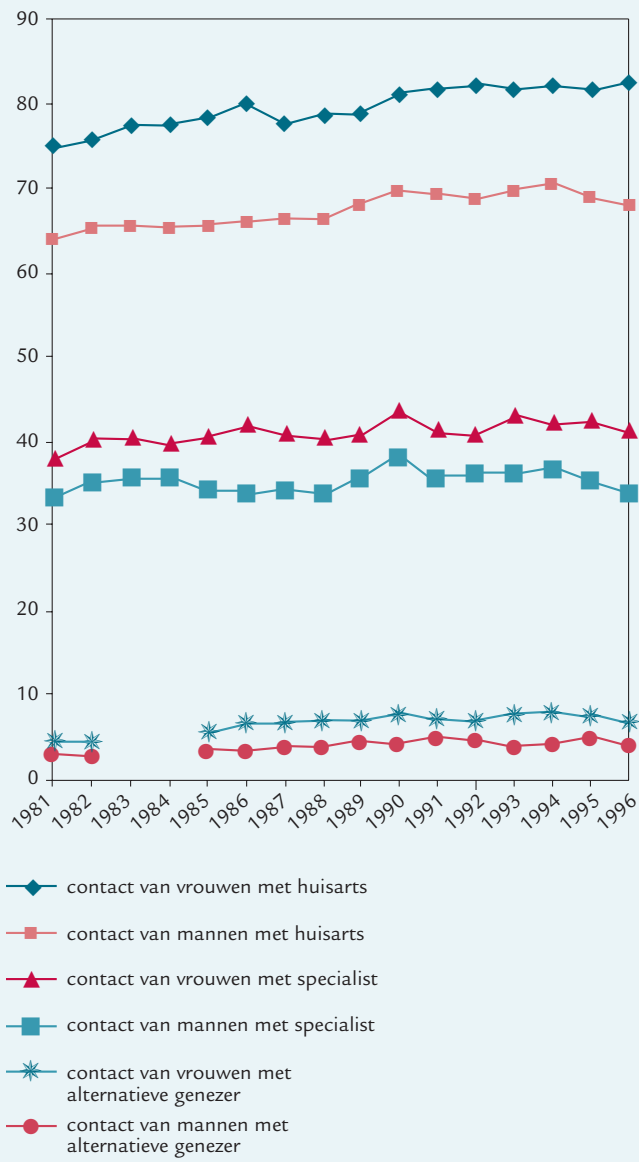
Vanaf de jaren zeventig onderzoekt de overheid de medische consumptie. Aanvankelijk was dit beperkt tot de consulten van dokters en het medicijngebruik; in de jaren tachtig wordt dit onderzoek uitgebreid naar de landelijk gehouden *Continue registraties van de gezondheid en medische consumptie*. De gebruikscijfers zijn verwerkt in de trendrapporten van 1981 tot 1990 en nog recenter, van 1981 tot 1996 (zie *figuur*).¹⁰ Daaruit blijkt dat huisartsen ondanks de toegenomen concurrentie van specialisten en alternatieve genezers een krachtige positie op de medische markt hebben behouden. Hun verplichte relatie met ziekenfondspatiënten heeft daartoe zeker bijgedragen. Tussen 1985 en 1998 stijgt het percentage personen dat per jaar een huisarts raadpleegt van 71,9 tot 75,6; vanaf 1993 verloopt deze stijging iets minder snel. Het aantal contacten met de huisarts per persoon in de bevolking groeit van 3,6 in 1985 tot 4,0 in 1998. Als iemand naar de huisarts gaat, gaat hij ook iets vaker (5 keer per jaar in 1985 en 5,3 keer in 1998).^{11,12}

De stijging van het aantal contacten met de huisarts verloopt tussen 1981 en 1993 aanmerkelijk sneller dan die met de specialist. Het bezoek aan de specialist laat een enigszins schommelend beeld zien, maar is tussen 1985 en 1999 tamelijk stabiel. Voor alternatieve genezers is tussen 1981 en 1999 sprake van een kleine stijging met schommelingen.

Bij de beoordeling van de consultaties van huisartsen en medisch-specialisten moet overigens rekening worden gehouden met de verwijzende rol van huisartsen. In 1981 behandelden huisartsen ongeveer 80% van de klachten zelf en bij 20% schakelden zij een specialist in.⁴ Dat percentage verandert weinig: in 1997/1998 behandelden huisartsen 81,5% van de klachten zelf.¹² In die periode is de inhoud van die verwijzing onder invloed van de zich sterk uitbreidende diagnostische mogelijkheden zoals klinisch-chemisch onderzoek en echografie wel ingrijpend veranderd en complexer geworden.¹³ Die ontwikkeling wordt nog versterkt door de verlenging van de wachttijden in de specialistische geneeskunde en in de GGZ, waardoor het belang van voorbereidend diagnostisch onderzoek in de huisartspraktijk groter is geworden.

In ieder geval laat de figuur duidelijk zien dat de huisartsen niet bang hoeven te zijn voor te veel concurrentie. De toegenomen medische consumptie komt in het gebruik van hun diensten zelfs nog sterker tot uitdrukking dan het geval is bij specialisten en alternatieve genezers. Voor patiënten staat het bestaansrecht van de huisarts kennelijk buiten kijf. Wat dergelijke cijfers niet

Figuur Jaarlijkse contacten met huisartsen, specialisten en alternatieve genezers (percentages en opgesplitst naar geslacht)¹²



laten zien is dat het werk van huisartsen de afgelopen decennia is veranderd onder invloed van veranderingen in de organisatie van het werk en vooral in de alledaagse contacten met patiënten.

Veranderingen in gezinnen en in de rol van de huisarts

Huisartsen traden lange tijd op als dé vertegenwoordigers van een gezonde en dus goede manier van leven. Zij vormden een brug tussen de 'moderne geneeskundige wetenschap' en het gezin. De huisvrouw gaf toegang tot dat gezin. De huisdokter was voor haar een vertrouwensfiguur bij wie ze te rade ging voor de verzorging van haar huisgenoten, met name de kinderen.^{4,14,15} Zij hechtte veel waarde aan zorg voor de gezondheid, zij kende de dokter veel prestige toe en stelde zich afhankelijk tegenover

hem op. Zij was degene die man en kinderen naar het spreekuur stuurde.¹⁶ Op deze manier hebben huisvrouwen een belangrijke bijdrage gehad aan de verbreiding van het moderne medische regime. Zo is de geschiedenis van de huisarts nauw verweven geraakt met die van het 'moderne burgerlijke gezin'.^{17,18} Dat type gezin beleefde in de jaren vijftig van de twintigste eeuw zijn bloeiperiode. In die tijd kwam het ideaal van het kostwinnersgezin voor het merendeel van de Nederlandse bevolking – van hoog tot laag – binnen bereik. Verreweg de meeste huisvrouwen waren fulltime in de weer met de verzorging van hun steeds kleiner wordende gezin. Ongeacht godsdienst of sociale klasse gingen gezinnen sterk op elkaar lijken: mensen trouwden ongeveer op dezelfde leeftijd, waren ongeveer even oud als ze hun eerste kind kregen en steeds meer ouders kregen slechts twee of drie kinderen.¹⁹ Dat maakte de praktijk van de huisarts overzichtelijk. De bloeitijd van dit gezinstype én van de familiedokter was echter van korte duur. Vrouwen breidden hun actieradius uit en gingen vaker deelnemen aan het publieke leven. Het percentage gehuwde vrouwen in loondienst was al in 1991 toegenomen tot 49% van de gehuwde vrouwen tussen de 15 en 64 jaar.²⁰ Het aantal gezinshuishoudens nam af en het aantal alleenstaande moeders met kinderen nam toe, evenals het aantal alleenstaanden. De levensloop van mensen werd minder vanzelfsprekend en lag minder vast. Het leven is een 'project' geworden waaraan mensen door persoonlijke keuzen vorm kunnen geven.²¹ Daarbij laten zij zich leiden door wat ze weten van deskundigen zoals artsen, pedagogen, psychologen, fysiotherapeuten of voedingsdeskundigen. Individualisering en protoprofessionalisering, het overnemen van inzichten van professionals door leken, hebben zich dan ook parallel aan elkaar voltrokken.

Wat verwachten geïndividualiseerde patiënten van hun huisarts?

Het streven om in eigen leven de touwtjes in handen te houden doet zich bij uitstek op het gebied van de gezondheid voor. Van de zaken die men in het leven belangrijk vindt neemt een 'goede gezondheid' bij een groeiend percentage van de Nederlandse bevolking de hoogste plaats in. In 1966 vond 36% een goede gezondheid het belangrijkste, in 1993 was dat 60%.²² Die opvatting komt tot uitdrukking in de aandacht die mensen aan hun gezondheid besteden, zowel preventief als curatief. Vlak na de Tweede Wereldoorlog maakten patiënten in vol vertrouwen in de geneeskunde dankbaar gebruik van de verruiming van het aanbod van door dokters voorgeschreven medicijnen, maar na de initiatieven van kritische artsen en radicale vrouwengroepen in de jaren zeventig en tachtig zijn ze wat minder volgzaam geworden. Zij informeren zich beter en ze staan wat aarzelender tegenover de vlucht van de medische technologie en de toename van het gebruik van geneesmiddelen. Ze zijn niet langer bereid om alles te slikken wat een huisarts voorschrijft. Ze willen uitleg en overleg, gaan eerder over tot zelfmedicatie of alternatieve geneeswijzen en grijpen vaker terug op traditie en ervaringskennis.²³

Patiënten hebben dan ook andere verwachtingen van hun huis-

arts gekregen. Ze gebruiken het spreekuur niet alleen om hun fysieke en psychosociale klachten voor te leggen, maar ook om advies te vragen over uiteenlopende zaken als opvoeding, anti-conceptie, langdurig uitstel van zwangerschap, het moment waarop men zich het best voor een verzorgingstehuis kan inschrijven. Zij willen zich indekken tegen de risico's van het moderne leven en willen met het oog daarop meeprofiteren van de kennis van de huisarts zowel van gezondheid en ziekte als van de gezondheidszorg.

Een meningspeiling door het NIPO onder huisartsen en patiënten in 1994 in opdracht van het NHG geeft een goede impressie van het vertrouwen dat mensen in de medische stand hebben en laat zien hoe groot hun behoefte aan mondigheid is.²⁴ De bevolking bleek hoge verwachtingen van de geneeskunde te hebben en de waarde van jaarlijks screenen, vroege opsporing en veelvuldig medisch onderzoek te overschatten. Voor de schade die onderzoek met zich kan meebrengen bleek weinig oog te bestaan. Ook bleek men een overmatig vertrouwen in de vermogens van artsen te hebben, wilde men behandeld worden voor klachten die vanzelf overgaan en verwachtte men genezen te zullen worden door middelen waar artsen weinig vertrouwen in toonden. Dat patiënten te hoge verwachtingen hadden van de geneeskunde, dachten de meeste huisartsen ook. Wat hen echter verraste was dat de meerderheid van de ondervraagden een goede uitleg prefereerde boven een recept. Dat gegeven komt overigens overeen met resultaten van recent onderzoek in Engeland. Daar sprak 90% van de patiënten die een huisarts bezochten een voorkeur uit voor een goed gesprek boven een recept.²⁵ Overigens voelde een derde van de ondervraagden in het NIPO-onderzoek zich niet serieus genomen als huisartsen suggereerden dat hun klacht wellicht een psychische oorzaak zou hebben.²⁴ Deze laatste bevinding is opmerkelijk, omdat juist psychische klachten de afgelopen decennia meer erkenning hebben gekregen. Dat valt af te leiden uit de gestage groei van het aantal cliënten dat gebruikmaakt van RIAGG's: 0,8% van de bevolking in 1986 tegenover 1,4% in 1996.²⁶ Een andere indicatie voor een groeiende herkenning en erkenning van psychische klachten vormen de toegenomen aantallen arbeidsongeschikten met als diagnose 'psychische stoornissen'. In 1997 was dat aantal 30% van het totaal.²⁶

Kortom, door individualisering, een verbreding van keuzemogelijkheden en protoprofessionalisering zijn de klachten van patiënten veranderd. Het werk van huisartsen is daardoor gecompliceerder en communicatiever geworden.

Tot slot

Samenvattend kan worden gezegd dat huisartsen met andere patiënten en soms ook met andere klachten te maken krijgen dan in de jaren vijftig. Patiënten weten meer, ze zijn mondiger, reflexiever en individualistischer. Ze hebben zowel oog voor de fysieke als psychische aspecten van hun klachten en ze zijn minder geneigd om hun lot als gegeven te accepteren. Ze hebben hoge verwachtingen van de huisarts, hoger dan deze kan waar-

maken. Ze zien de huisarts als een gesprekspartner, wie ze om uitleg vragen, met wie ze de kennis die ze zelf verzameld hebben willen bespreken en met wie ze willen overleggen over de aanpak van hun klachten. Dit alles maakt het voor de huisartsgeneeskunde van groot belang om meer te weten te komen over het feitelijk gedrag en de verwachtingen van deze consulterende patiëntenpopulatie.

Huisartsen hebben de eerste crisis in hun beroep overwonnen door zich te profileren als professionals op het gebied van de algemene gezondheidszorg, vooral gericht op alledaagse klachten en chronische aandoeningen. Tijdens de Woudschotenconferentie legden ze vast dat patiënten voor allerlei problemen, in persoonlijke en langdurige contacten, bij hun huisarts terecht zouden kunnen. Door een toename van regelgeving en administratieve werkzaamheden dreigt juist deze kant van het huisartsenwerk in de knel te komen. Uit onderzoek blijkt echter dat patiënten ook tegenwoordig juist het persoonlijke contact met hun huisarts weten te waarderen en dat zij vooral geïnteresseerd zijn in informatie en overleg. De kracht van huisartsen ligt op dit moment dan ook niet in een verdergaande professionalisering, maar in het 'communicatieve consult' dat patiënten van hen verwachten.

Literatuur

- 1 Redactioneel. De weg kwijt. Huisart Wet 2000;43(12):493.
- 2 Bremer GJ. De term huisarts. In: Aulbers BJM, Bremer GJ, redactie. De huisarts van toen. Een historische benadering. Rotterdam: Erasmus Publishing, 1995:35-40.
- 3 Aulbers BJM. Over de werkzaamheden van huisartsen. In: Aulbers BJM, Bremer GJ, redactie. De huisarts van toen. Een historische benadering. Rotterdam: Erasmus Publishing, 1995:91-113.
- 4 Jaspers JB. Het medische circuit. Een sociologische studie van de ontwikkeling van afhankelijkheid tussen cliënten, artsen, ziekenfondsen en ziekenhuizen in Nederland (1865-1980). Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema en Holkema, 1985.
- 5 Sociaal en Cultureel Rapport. Rijswijk: Sociaal Cultureel Planbureau, 1998:300-1.
- 6 Van der Krogt Th. Professionalisering en collectieve macht. 's-Gravenhage: Vuga, 1981.
- 7 Commissie Alternatieve Geneeswijzen. Alternatieve geneeswijzen in Nederland. Den Haag: Staatsuitgeverij, 1981:259.
- 8 Commissie Keuzen in de Zorg. Kiezen en delen. Rotterdam: Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, Instituut voor Medische Technology Assessment, Erasmus Universiteit, 1990.
- 9 Van Wetering I. Vrouwen als winti-genezers. Rationaliteit en contradictie in de handhaving van een therapeutische traditie. In: Gijswijt-Hofstra M, redactie. Op zoek naar genezing. Medische geschiedenis van Nederland vanaf de zestiende eeuw. Amsterdam: Amsterdam University Press 1995:87-104.
- 10 Van Baal J. Trendcijfers gezondheidsenquête: medische consumptie, 1981-1996. Centraal Bureau voor de Statistiek. Maandbericht Gezondheidsstatistiek. 1997(5):5-28.
- 11 Vademecum Gezondheidsstatistiek. 's-Gravenhage: SDU, 1998:165.
- 12 Vademecum Gezondheidsstatistiek. 's-Gravenhage: SDU, 1999:141-5.
- 13 Van den Bosch WJHM, Bor JHJ, Van den Lisdonk EH. Twintig jaar aanvullende diagnostiek in de huisartspraktijk, 1971-1990. Huisarts Wet 1993;36(11):365-9.
- 14 Gijsbers van Wijk CMT, Kolk AM, Van den Bosch WJHM, Van den Hogen HJM. Male and female morbidity in general practice: the nature of sex differences. SoSci Med 1992;35(5):665-78.
- 15 Foets M, Visser J. De huisarts in de praktijk. Utrecht: Nivel, 1992.

- 16 Van derVelden HGM. Huisvrouw, huisarts, huisgezin. Nijmegen: Dekker en Van de Vegt, 1971.
- 17 Shorter E. Bedside manners. The troubled history of doctors and patients. New York: Simon and Schuster, 1985.
- 18 Van Daalen R. Honderd jaar vrouwen en gezondheidsdeskundigen. In: Daalen R, Gijswijf-Hofstra M, redactie. Gezond en wel. Vrouwen en de zorg voor gezondheid in de twintigste eeuw. Amsterdam: Amsterdam University Press, 1998:15-29.
- 19 Liefbroer AC, Dykstra PA. Levenslopen in verandering. Een studie naar ontwikkelingen in de levenslopen van Nederlanders geboren tussen 1900 en 1970. Den Haag: SDU, 2000:200-2.
- 20 Hooghiemstra BTJ, Niphuis-Nell M. Sociale atlas van de vrouw. Arbeid, inkomen en faciliteiten om werken en zorg voor kinderen te combineren. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1996.
- 21 Giddens A. The consequences of modernity. Cambridge: Polity Press, 1990.
- 22 Sociaal en Cultureel Rapport. Rijswijk: Sociaal Cultureel Planbureau, 1994:503.
- 23 Verbeek-Heida PM. Vrouwen en de zorg voor geneesmiddelen, 1898-1998. In: Van Daalen R, Gijswijf-Hofstra M, redactie. Gezond en wel. Vrouwen en de zorg voor gezondheid in de twintigste eeuw. Amsterdam: Amsterdam University Press, 1998:107-21.
- 24 Voort HPM, Grundmeijer HGLM, Hendrick JMA. NHG-NIPO-enquete 'Huisarts en zinvol handelen'. Huisarts Wet 1995;38(8):351-4.
- 25 Redactioneel. Patiënten willen praten. Med Contact 2001;56:334.
- 26 CBS Statistisch Jaarboek 's-Gravenhage: SDU, 1987, 1997, 1998.

Huisarts en ziekte of huisarts en patiënt?

YD van Leeuwen
JL Baggen

Inleiding

Wat is de stiel van de huisarts? Wat is diens kenmerk, diens handelsmerk, datgene waarop hij zich kan beroepen en beroemen? In krant en tijdschriften wordt er de laatste tijd weer veel over gedebatteerd. Het lijkt erop dat we op een punt zijn aangeland, waar nieuwe keuzen moeten worden gemaakt. Het is dus niet toevallig dat juist nu LHV en NHG besloten hebben gezamenlijk een visierapport uit te brengen over de toekomst van de huisartsgeneeskunde.

Samenvatting

Van Leeuwen YD, Baggen JL. Huisarts en ziekte of huisarts en patiënt? Huisarts Wet 2001;44(13):605-8.

Denkbeelden over taken en functies van de huisarts, 'achter een bureau bedacht', hebben grote invloed op wat zich in de spreekkamer afspeelt. Ook de filosofie komt om de hoek kijken als men een antwoord zoekt op de vraag: moet de huisarts van de toekomst ziekte- of patiëntgericht werken?

Dit of-of-denken zelf staat echter ter discussie. De geschiedenis van dit denken wordt in dit artikel gepresenteerd en de lijn wordt doorgetrokken naar de toekomst. Conclusie is dat het gewogen oordeel vertaald in een advies op maat het 'eindpunt' zou moeten zijn en niet de gezondheid of het welzijn van de patiënt. De patiënt neemt dit laatste voor eigen rekening. De bedoeling is dat de huisarts niet langer wordt opgezadeld met onhaalbare doelen die tot burnout kunnen leiden.

Universiteit van Maastricht, capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde, Postbus 616, 6200 MD Maastricht: mw.dr. Y.D. van Leeuwen, huisarts, hoofd huisartsopleiding; dr. J.L. Baggen, honorair docent.

Correspondentie: mw.dr. Y.D. van Leeuwen,
e-mail: yvonne.vanleeuwen@HAG.unimaas.nl

kunde. Alle reden om hierover intensief mee te denken. Een van de thema's die worden aangedragen is de ziekte- dan wel patiëntgerichtheid van de huisarts. Is de bestaansgrond van de huisartsgeneeskunde de gerichtheid op de patiënt of hebben concepten waarbij de ziekte centraal staat recht van bestaan? Het lijkt erop of er getornd wordt aan het paradigma van de huisartsgeneeskunde. Een meer ziektegerichte benadering wordt gepropageerd. Hierin passen de keuze voor evidence-based medicine, met de standaarden als uitvloeisel, het fenomeen disease management en wellicht ook het feit dat huisartsen speciale expertise ontwikkelen in een deelgebied van de huisartsgeneeskunde (differentiatie). De wens om de medische inbreng van de huisarts zwaarder aan te zetten zou in dezelfde richting kunnen wijzen. Hoe moeten wij deze ontwikkelingen duiden? Wat moeten wij verwelkomen en wat voorkomen? Wij zullen deze vragen beantwoorden vanuit een filosofisch gezichtspunt. Doel daarvan is de lezers materiaal in handen te geven voor de visiedebatten van de komende tijd. De vraag 'ziekte- of patiëntgericht' werd voor de huisarts beslist in het voordeel van de patiënt in 1959, in Woudschoten, waar een aantal huisartsen de gedachten van vele collega's verwoordde.¹ Gesteld werd dat het kenmerk van de huisarts is dat hij persoonlijke, integrale en continue zorg levert.² Nu, 42 jaar later, worden de archieven heropend en is er kans dat dit uitgangspunt wordt herroepen.¹ Zo lijkt het althans. Van der Horst en De Vries bijvoorbeeld, kiezen in het meinum-mer van H&W van dit jaar een andere koers dan in 1959: geneeskunde op maat is naar hun mening de stiel van de huisarts.³ De huisarts is een medicus, met oog voor de wijze waarop *deze* patiënt met de ziekte omgaat en om kan gaan. Geen ziekte of patiënt dus, maar beide, met nadrukkelijk meer aandacht voor het eerste dan de afgelopen decennia het geval was.⁴ Wij zijn het er van harte mee eens.