



De huisarts en de tijdgeest

Samenvatting

Dwarswaard J, Trappenburg MJ. *De huisarts en de tijdgeest*. *Huisarts Wet* 2012;55(11):504-8.

Om te onderzoeken of de beroepsethiek van huisartsen veranderd is door veranderende patiënten en het veranderende overheidsbeleid hebben we *Huisarts & Wetenschap* op kwalitatieve wijze geanalyseerd voor de periode 1957 tot 2008. Daarnaast hebben we semigestructureerde interviews gehouden met drie generaties huisartsen. Het onderzoek laat zien dat de huisartsgeneeskundige beroepsethische normen door de tijd heen zijn veranderd. In de jaren vijftig en zestig van de vorige eeuw is de huisarts opvoeder van de patiënt. De huisarts bepaalt wat goed voor de patiënt is. In de jaren zeventig is de huisarts nog steeds opvoeder, maar nu wordt het belangrijk om de patiënt op te voeden tot zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid. Deze roep om eigen verantwoordelijkheid is vooral afkomstig van de huisarts en niet van de veranderende patiënt. In de jaren negentig wordt terughoudend beleid een norm binnen de beroepsethiek van de huisarts. Het overbrengen van dit terughoudende beleid op de patiënt is echter lastig. De invoering van marktwerking maakt het voor huisartsen nog moeilijker om terughoudend te zijn met het verlenen van zorg. Hoe de beroepsethiek verder zal evolueren hangt af van de eensgezindheid onder huisartsen en van toekomstig overheidsbeleid.

INLEIDING

Volgens sociologen die zich bezighouden met de bestudering van beroepen (arts, advocaat, notaris, accountant) heeft een beroep een aantal kenmerken:

1. gespecialiseerde kennis;
2. professionele autonomie (beroepen mogen zelf bepalen wie zich arts/advocaat/notaris mag noemen en hebben ook het recht iemand die titel weer af te nemen);
3. beroepsethiek (de principiële partijdigheid van advocaten, de beroepseed van de dokter).^{1,2}

Die beroepsethiek interpreteert men binnen de professiesociologie op twee manieren.³ Er zijn auteurs die beroepsethiek zien als waarborg voor het goede handelen van de professional.^{2,4-7} Een negatievere interpretatie ziet beroepsethiek vooral als een machtsmiddel dat men als tactisch instrument kan inzetten.^{1,8-11} Bijvoorbeeld: de arts verschuilt zich achter zijn medisch beroepsgeheim om zijn eigen falen te verbergen; de arts doet alsof hij het goede voor heeft met zijn patiënt, maar is in feite uit op financieel gewin. In beide interpretaties be-

staat echter relatief weinig aandacht voor de precieze inhoud van de beroepsethiek en al helemaal weinig voor de wijze waarop beroepsethiek door de tijd heen verandert.

Het NWO-project *The Robustness of Medical Professional Ethics* (afgesloten in 2011) heeft onder meer in kaart gebracht hoe maatschappelijke veranderingen van invloed zijn geweest op de beroepsethiek van de huisarts. Zie Samenvatting van het proefschrift [kader].¹²

In deze beschouwing staan we stil bij de invloed van twee van de drie onderzochte maatschappelijke veranderingen: de veranderende patiënt en het veranderende overheidsbeleid. De eerste ontwikkeling betreft het stijgende opleidingsniveau van de bevolking en het steeds mondiger worden van de patiënt. Voor de tweede ontwikkeling besteden we in deze beschouwing vooral aandacht aan de introductie van marktwerking in 2006. Inzicht in deze veranderende beroepsethiek geeft de huisarts de kans te reflecteren op de veranderingen. Verandert de beroepsethiek in een gewenste richting of is het beter op de rem te trappen?

METHODEN

In het onderzoek hebben we twee bronnen voor informatie over beroepsethiek gebruikt: vaktijdschriften en individuele huisartsen. We hebben *Huisarts & Wetenschap* (H&W) op kwalitatieve wijze geanalyseerd voor de periode 1957 tot 2008.¹³ Daarvoor hebben we alle artikelen in deze jaargangen bekeken. De basis van de zoektocht in de tijdschriften vormden de in de inleiding genoemde maatschappelijke veranderingen. In de jaargangen zochten we naar artikelen die handelen over de relatie van de arts met de patiënt en de relatie tussen arts en maatschappij. Van de relevante artikelen hebben we de auteur en de strekking van het artikel gerapporteerd. Relevante passages (representatief voor de strekking van het artikel) hebben we letterlijk genoteerd. Nadat we alle jaargangen op deze manier hadden geanalyseerd, zijn we gestart met *close reading* van alle aantekeningen. Vervolgens hebben we de gegevens door middel van open codering gecategoriseerd. In de daarop volgende fase heeft axiale codering plaatsgevonden om de concepten die uit de gegevens kwamen met elkaar in verbinding te brengen. In de laatste fase hebben we door middel van

De kern

- De beroepsethiek van de huisarts is dynamisch en verandert onder invloed van maatschappelijke veranderingen.
- Eigen verantwoordelijkheid en terughoudendheid zijn sinds de jaren zeventig belangrijke beroepsethische normen van de Nederlandse huisarts.
- Onder invloed van de veranderende patiënt en de introductie van marktwerking is het steeds moeilijker terughoudendheid te betrachten.

Erasmus Universiteit [iBMG], Postbus 1738 3000 DR Rotterdam: dr. J. Dwarswaard, universitair docent, Universiteit van Amsterdam, Faculteit der Maatschappij- en Gedragwetenschappen/Universiteit Utrecht, USBO: prof.dr. M.J. Trappenburg, Bijzonder Hoogleraar Sociaal politieke aspecten van de verzorgingsstaat en overleconomie, universitair hoofddocent • Correspondentie: dwarswaard@bmg.eur.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: het onderzoek is gefinancierd door NWO.

Samenvatting van het proefschrift

Dit artikel is gebaseerd op een onderzoek naar de invloed van veranderende patiënten, veranderend overheidsbeleid en een veranderend patroon van arbeidsparticipatie op de beroepsethiek van huisartsen en chirurgen. Vanwege de doelgroep van dit tijdschrift blijft de chirurg hier buiten beschouwing. Ook de derde maatschappelijk ontwikkeling, het toegenomen aantal vrouwelijke artsen en de veranderende balans tussen werk en privé, belichten we hier niet. Elders vindt men een beschrijving van het volledige onderzoek.^{12,16,17}

selectief coderen een selectie gemaakt van de belangrijkste concepten.¹⁴ Ter validering heeft een tweede onderzoeker uit het projectteam in iedere fase een deel van het materiaal ook gecodeerd.

Naast het literatuuronderzoek hebben we semigestructureerde interviews met drie generaties huisartsen (jong, mid-career, ouder/gepensioneerd) afgenomen. De interviews duurden tussen de 45 en 120 minuten. Huisartsen die zijn opgeleid in de jaren zestig hebben tijdens hun studie andere beroepsethische normen aangeleerd dan jongere generaties artsen. Naast de leeftijdsindeling hebben we getracht een afspiegeling van de werkelijke verhouding tussen het aandeel mannen en vrouwen te bereiken. Daarnaast hebben we rekening gehouden met de setting waarin de respondenten werkzaam zijn. Voor huisartsen keken we daarbij naar de locatie van de praktijk: in een stedelijk of landelijk gebied. In de [tabel] staat een overzicht van de kenmerken van de respondenten. In de tabel hebben we tevens codes aangegeven, zodat is na te gaan van welke categorie huisarts (jong, oud, man, vrouw) een citaat afkomstig is. Alle interviews zijn verbatim uitgewerkt en met behulp van Atlas.ti op dezelfde wijze gecodeerd als de jaargangen van H&W.

PATERNALISTISCHE VADERFIGUUR

De jaren zestig kan men typeren als een periode waarin 'heel de huisarts' aandacht moest hebben voor 'heel de patiënt'. De huisarts komt in H&W naar voren als paternalistische vaderfiguur. Een goede huisarts levert psychosomatische zorg. De huisarts is 'één van de weinige personen in onze samenleving, bij wie een mens voor van alles en nog wat gehoor kan vinden'.¹⁴ Het persoonlijke leven van de patiënt en het gezin waarin deze leeft is een belangrijk element in de hulpverleningsrelatie. Maar ook de persoonlijkheid van de huisarts is van belang. De huisarts moet zich inleven in de gevoelswereld van de patiënt en emotionele betrokkenheid tonen. Een goede huisarts zet niet alleen zijn technische vaardigheden in, maar bouwt ook een relatie op met de patiënt, waardoor hij de patiënt kan begeleiden in het ziek-zijn.

De arts is de personificatie van de medemenselijke hulp. De arts is er niet om het waarom van het ziek-zijn te doen begrijpen, maar om de mens in zijn ziek-zijn te begeleiden en hem te helpen voor zover zijn kennis en deskundigheid hem hiertoe in staat stellen.¹⁸

Dit betekent echter niet dat er sprake is van een gelijkwaar-

Tabel Overzicht geïnterviewde huisartsen (n = 28)

Kenmerk	Aantal
Man (M)	15
Vrouw (V)	13
Tussen 25 en 40 (J)	9
Tussen 40 en 55 (M)	8
55 jaar en ouder (O)	11
Stedelijk	17
Landelijk	11

dige relatie tussen de huisarts en de patiënt. De huisarts moet zijn persoonlijkheid ontwikkelen in de richting van een 'opvoeder'.¹⁹

'[E]lk contact van een arts met een patiënt [is] tot op zekere hoogte een herhaling van het contact van een ouder met een kind'.¹⁹

De huisarts kan zorgen dat de patiënt een 'innerlijke groei'²⁰ doormaakt, zodat de patiënt weer normaal kan functioneren in de maatschappij. De huisarts helpt hiermee niet alleen de patiënt, maar ook zichzelf:

'Ook de arts kan door zijn ervaringen met deze mensen en hun lijdensproblematiek tot verbreding van inzicht en tot verdieping van bewustzijn komen.'²¹

Het verhaal van de patiënt is weliswaar zeer belangrijk, maar het kennen van de patiënt betekent voor de huisarts in de jaren vijftig en zestig ook dat hij kan beslissen voor de patiënt. Door zijn inzicht in de persoonlijkheid van de patiënt is de huisarts bijvoorbeeld de geëigende persoon om te kunnen beoordelen of hij een patiënt op de hoogte kan stellen van de naderende dood. In de jaren vijftig en zestig is het geven van hoop belangrijker dan het geven van volledige informatie.

In dit stadium [twijfel; 'dokter, het zal toch niet de gevreesde

Abstract

Dwarswaard J, Trappenburg MJ. General practitioners and changing times. Huisarts Wet 2012;55(11):504-8.

Issues of Huisarts and Wetenschap from 1957 to 2008 were analysed to see whether the professional ethics of general practitioners have changed in response to changes in patient characteristics and changes in government policy. In addition, semi-structured interviews with three generations of GPs were carried out. Results showed that professional standards have changed over the years. In the 1950s and 1960s, GPs acted as 'parents' for their patients, determining what was appropriate for them. GPs still had this role in the 1970s, but it was no longer considered important to teach patients to be independent and to take responsibility for their health. This change, with emphasis on one's own responsibility, was instigated by GPs and not by changes in patient characteristics. In the 1990s, restraint became a professional standard, but this policy proved difficult to communicate to patients. The introduction of market forces to health care has made it increasingly difficult for GPs to be restrained in the provision of care. How the professional ethics of GPs will change in the future depends on the solidarity among GPs and on government policy.

ziekte zijn'] mogen wij ons nimmer laten gaan en denken: ik zal het maar zeggen, dat het hopeloos is, misschien geeft het de patiënt rust. In die gevallen waarbij de diagnose aan de patiënt bekend was, bleek, dat het ziekbed oneindig veel zwaarder te dragen was, dan in gevallen van onwetendheid.²²

Vanaf de jaren zeventig wordt het geven van informatie een belangrijke beroepsethische norm.

EIGEN VERANTWOORDELIJKHEID BIJBRENGEN

In de jaren zeventig verandert de beroepsethiek. De huisarts is nog steeds een opvoeder, maar hij voedt de patiënt nu op tot zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid.²³ De huisarts moet de patiënt 'in staat stellen zijn eigen keuzen te maken'²⁴ en de mogelijkheid tot zelfzorg van patiënten bevorderen. Hij behoort niet langer een 'oplosser'²⁵ van alle problemen te zijn.

In de plaats van de deskundige die een kapot apparaat repareert, komt de gelijkwaardige gesprekspartner. Tijdens de dialoog is de patiënt vooral een deelnemer verantwoordelijk voor eigen lijf en leden [...].²⁶

Op deze manier moet de huisarts medicalisering voorkomen. Interessant is dat deze ontwikkeling in de beroepsethiek vrijwel niet werd veroorzaakt door maatschappelijke veranderingen als bijvoorbeeld de komst van hoger opgeleide patiënten die graag zelf het heft in handen wilden nemen. De roep om eigen verantwoordelijkheid van de patiënt is doorgaans afkomstig van de huisarts. Patiënten zitten daar lang niet altijd op te wachten, zo blijkt uit diverse passages in dit tijdschrift.

Zeker is het voor veel patiënten veel minder gemakkelijk. [...] Patiënten worden op een weg geleid waar zijzelf meer verantwoordelijkheid moeten dragen, harder moeten werken aan het eigen gezondingsproces en zelf besluiten moeten nemen en keuzen maken.²⁷

Was het dan zo dat huisartsen als het ware anticipeerden op mondige, hoger opgeleide patiënten? Pasten zij hun beroepsethiek proactief aan? Gedeeltelijk, maar belangrijker waren het eigen belang van de huisarts en zorginhoudelijke overwegingen. Enerzijds raakte de huisarts naar eigen zeggen overbelast doordat patiënten oneigenlijke problemen bij hem neerlegden. Anderzijds denkt de huisarts ook dat de hulpverlening effectiever wordt wanneer patiënten zelf verantwoordelijkheid nemen voor hun ziekte. De patiënt zal sneller geneigd zijn zich aan de behandeling te houden wanneer hij betrokken is geweest bij het stellen van de diagnose en het kiezen van de behandeling.²⁸

OPVOEDEN TOT GEPAST GEBRUIK

De arts van de jaren vijftig en zestig was een paternalistische opvoeder, de arts van de jaren zeventig en tachtig voedde op tot zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid. Deze norm blijft belangrijk, maar in de jaren negentig komt daar nog een dimensie bij. De beroepsethische norm wordt geleidelijk aan

die van terughoudend beleid. Terughoudend beleid is belangrijk om twee redenen. Allereerst moet het ervoor zorgen dat patiënten niet onnodig worden geschaad. Extra zorg geeft immers meer kans op iatrogene schade. Ten tweede moet terughoudendheid de zorg betaalbaar houden. Huisartsen worden daarbij geholpen door NHG-Standaarden die deze terughoudendheid voorschrijven.

In het kader van de NHG-Standaarden gaat het onder meer om het principe 'in dubio abstine' [bij twijfel nalaten], om medicalisering te voorkomen en om versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg.²⁹

Overbodig diagnostisch en therapeutisch handelen moet men voorkomen. In veel gevallen gaan klachten vanzelf over en blijkt dat 'de natuur zelf nog altijd de beste heeelmeester'³⁰ is. Het terughoudend zijn met het verstrekken van zorg wordt in de jaren tachtig en negentig een belangrijke norm in de beroepsethiek van de Nederlandse huisarts. Huisartsen zijn met dit uitgangspunt bondgenoten van de overheid, die immers ook onnodige kosten wil vermijden. Ook in de interviews bevestigden de respondenten dit. Zo zei een van de respondenten:

Ik vind wel dat als ik bijvoorbeeld kan kiezen tussen een goedkoop medicijn of een duur medicijn, dan kies ik voor het goedkope. Niet voor mezelf en voor de patiënt, ja ook, maar wel voor de totale kosten in de gezondheidszorg. Daar probeer ik steeds aan te denken. Ik denk niet alleen: dat is onnodige diagnostiek, want dat brengt me niet verder of daar heeft de patiënt niets aan, maar ook aan de kosten. (interview HJV1)

Het is echter lastig om dit terughoudende beleid aan de patiënt over te brengen. De patiënt, die steeds mondiger wordt, maakt het de huisarts niet altijd gemakkelijk om zich aan de standaarden te houden. Volgens vele artikelen in dit tijdschrift in de jaren negentig botsen de professionele opvatting en die van de leek met elkaar.³¹ Patiënten hebben soms 'buitensporige eisen'³² en verwachten dat de huisarts een behandeling instelt, terwijl de huisarts op grond van zijn kennis daartoe niet wil overgaan.³³ Een van de respondenten verwoordt dit in een interview als volgt.

De huisartsgeneeskunde is een stuk roeien tegen de stroom op. Ook tegen de vraag van de patiënt. [...] Ik vind dat patiënten toch vaak een heleboel ongezonde dingen vragen van dokters. [...] de huisarts is de hoeder van het natuurlijk beloop. [...] Dat wordt steeds moeilijker [...] door nog meer aandringende vragen van de consument. (interview HOM2)

BEDREIGING BEROEPSETHISCHE NORMEN

Niet alleen de toenemende veeleisendheid van de patiënt is een obstakel voor het terughoudende beleid van de huisarts, ook de beleidsverandering in de richting van meer marktwerking in de zorg vormt een mogelijke bedreiging. In dit tijdschrift wordt in de aanloop naar dit nieuwe sturingsmechanisme ge-

regeld aandacht besteed aan de mogelijke consequenties van dit beleid. Vooral Hans van der Voort, directeur van het NHC tot 2000, is bezorgd vanwege negatieve effecten. De strekking van zijn kritiek is dat meer en snellere zorg niet altijd beter is voor de patiënt en bovendien erg duur. Wanneer artsen door financiële prikkels gestimuleerd worden om in te gaan op de wensen van de patiënt zal dit leiden tot 'een irrationeel circus en een financiële ramp'.³⁴ Wanneer ook verzekeraars allerlei activiteiten (zoals chiropractie en botdichtheidsmetingen) opnemen in een aanvullende verzekering, omdat dit aansluit bij de wens van de patiënt, wordt 'het de huisarts steeds moeilijker gemaakt terughoudendheid te betrachten'.³⁵

Een van de veranderingen als gevolg van de introductie van de marktwerking is inderdaad een minder strikte toepassing van het terughoudende beleid, zo blijkt uit de interviews. Door de wijziging in de financieringssytematiek zijn huisartsen volgens de respondenten vaker verrichtingen gaan uitvoeren die ze daarvoor als overbodig zagen. Een huisarts reflecteert op het maken van ecg's:

Het moet wel zinvol zijn, maar je merkt dat het een glijdende schaal kan zijn. En als ik dat dan van sommige andere collega's hoor. Dat is absurd. Hoe kun je nu zoveel extra omzetten? Gewoon omdat ze dat nog veel makkelijker doen. (interview HMM4)

Een andere respondent zegt over kleine chirurgische ingrepen:

Dat ik makkelijker zeg: dat kun je toch bij mij doen. [...] Het is niet zo dat ik bij elke wrat die ik zie zeg: kom maar langs. Nee, het is ook een hulpvraag. En ik probeer daar zo eerlijk mogelijk in te zijn. Soms denk ik weleens: dit had niet gehoeven, maar dat is omdat ik het leuk vind. (interview HMM5)

Zoals we in de paragraaf hierboven al hebben beschreven, vinden patiënten extra zorg vaak heel prettig. In gebieden waar veel huisartsen zijn, wordt het ook belangrijker om je patiënten te behouden. Sommige huisartsen zijn daarom sneller geneigd mee te gaan met de wens van de patiënt. Bij een bloedonderzoek bijvoorbeeld.

Vroeger was je dan duidelijk, wat wil je hiermee precies bereiken? Heeft het meerwaarde? Nu zeg je wat sneller: oké, de patiënt wil dat. Van mijn bord gaat het niet. Doe je dat niet, dan heb je misschien een ontevreden patiënt die weer wegloupt. Waarvoor zou ik eigenlijk zo streng moeten zijn? (interview HMM3)

Dat huisartsen ook betaald worden voor die extra verrichtingen zorgt ervoor dat de prikkel van twee kanten komt. Het financieringssysteem en de mondige patiënt, die geregeld wordt gewezen op zijn rechten in de zorg, versterken elkaar. Het terughoudende beleid verdwijnt meer naar de achtergrond, omdat 'in de loop van de tijd steeds [minder huisartsen] meewerken aan het beheersbaar houden van de kosten in de zorg' (interview HMM1).



Foto: Spaarvestad Photo/Hollandse Hoogte

CONCLUSIE

De beroepsethiek is in de afgelopen halve eeuw veranderd onder invloed van maatschappelijke ontwikkelingen. In de relatie met de patiënt veranderde de norm om de patiënt hoop te geven in de norm om de patiënt goed te informeren over de aard van de ziekte. Als huisarts besliste je in de jaren vijftig en zestig wat goed was voor de patiënt. De persoonlijkheid van de huisarts was een belangrijk onderdeel van de huisartsenzorg. In de jaren zeventig wordt de norm de patiënt eigen verantwoordelijkheid bij te brengen een belangrijk onderdeel van de beroepsethiek. In de jaren tachtig en negentig wordt de norm dat huisartsen patiënten moeten opvoeden tot een verstandig en terughoudend gebruik van zorg.

Het vasthouden aan de norm terughoudend te zijn met zorg om schade aan de patiënt en de financiën te voorkomen is niet gemakkelijk. Patiënten vinden meer handelen vaak prettiger dan minder handelen. De invoering van marktwerking maakt de wens van de patiënt nog belangrijker. Bovendien hebben de financiële prikkels huisartsen minder terughoudend gemaakt. Daarmee lijkt de norm 'je moet terughoudend zijn met het verstrekken van zorg' te worden afgezwakt. De norm lijkt zich nu in een transitiefase te bevinden. Voor een deel van de huisartsen is de norm aan het veranderen in: je moet meedenken met de wens van de patiënt en toegeven aan diens wensen zolang je de patiënt daar niet mee schaadt. Een ander deel houdt vast aan de traditionele voorkeur voor terughoudendheid en blijft zich verantwoordelijk voelen voor de kosten van de zorg. Hoe de beroepsethiek in dit opzicht zal evolueren hangt af van de eensgezindheid onder huisartsen (als de patiënt zijn terughoudende huisarts makkelijk kan inruilen voor een klantvriendelijker dokter wordt vasthouden aan terughoudendheid erg moeilijk) en van het toekomstig overheidsbeleid. De nadruk op concurrentie tussen huisartsen, zoals recentelijk door de uitspraak van de Nederlandse Mededingingsautoriteit is bevestigd door de boete aan de Landelijke Huisartsen Vereniging,³⁶ maakt het voor huisartsen moeilijk om hun poortwachtersrol te bewaken. Wanneer de kans groot is dat de patiënt overstapt naar een andere huisarts (door een groot aanbod van huisartsen in de regio) is het veel minder

makkelijk om de patiënt te overtuigen van zinnige en zuinige zorg. Juist ook omdat de patiënt een dergelijke houding niet altijd waardeert.

Als huisartsen zich eensgezind sterk maken voor hun traditionele norm van terughoudendheid en gepast gebruik, en de overheid en zorgverzekeraars de strenge poortwachter van nog niet zo heel lang geleden gaan herwaarderen, kan de traditionele norm misschien nog worden gered. ■

LITERATUUR

- 1 Freidson E. Professional dominance: the social structure of medical care. New York: Atherton Press, 1970.
- 2 Freidson E. Professionalism: the third logic. Chicago: The University of Chicago Press, 2001.
- 3 Matthews RCO. The economics of professional ethics: Should the professions be more like business? Economic J 1991;101:737-50.
- 4 Parsons T. The social system. New York: The Free Press, 1951.
- 5 Tonkens E. Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking, vraagsturing en professionaliteit in de publieke sector. Utrecht: NIZW Uitgeverij, 2003.
- 6 Mol A. De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen. Amsterdam: Uitgeverij van Gennep, 2006.
- 7 Van Heijst A. Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit. Zoetermeer: Klement, 2006.
- 8 Berlant JL. Professions and monopoly: a study of medicine in the United States and Great Britain. Berkeley: University of California Press, 1975.
- 9 Larson, MS. The rise of professionalism. California: University of California Press, 1977.
- 10 Johnson TJ. Professions and power. London: Macmillan, 1972.
- 11 Abbott A. The system of profession: an essay on the division of expert labor. Chicago: The University of Chicago Press, 1988.
- 12 Dwarswaard J. De dokter en de tijdgeest. Een halve eeuw veranderingen in de beroepsethiek van huisartsen en chirurgen. Den Haag: Boom Lemma uitgevers, 2011.
- 13 Boeije H. Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen. Amsterdam: Boom Onderwijs, 2005.
- 14 Strauss, A. Qualitative analysis for social scientists. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.
- 15 Meininger JW. Huisarts, wetenschap en geneeskunst. Huisarts Wet 1958;2:259-62.

- 16 Dwarswaard J, Hilhorst M, Trappenburg M. The robustness of medical professional ethics when times are changing: A comparative study of general practitioner ethics and surgery ethics in The Netherlands. J Med Ethics 2009;35:621-5.
- 17 Dwarswaard J, Hilhorst M, Trappenburg M. The doctor and the market: about the influence of market reforms on the professional medical ethics of surgeons and general practitioners in the Netherlands. Health Care Anal 2011;19:388-402.
- 18 Huygen FJA. Lacunes in de opleiding van de huisarts. Huisarts Wet 1960;3:433-7.
- 19 Groen J. Gedachten naar aanleiding van en ontleend aan de Boerhave-cursus medische psychologie. Huisarts Wet 1958;2:348-51.
- 20 Cornelissen RL. Revalidatie bij relikwenten. Huisarts Wet 1964;7:316-8.
- 21 Stoel L. Reactivering in de geriatrie. Huisarts Wet 1964;7:313-5.
- 22 Van Westreenen E. De behandeling van carcinoompatienten in de algemene praktijk. Huisarts Wet 1959;3:2-6.
- 23 Mol A, Van Lieshout P. Ziek is het woord niet. Medicalisering, normalisering en de veranderende taal van huisartsgeneeskunde en geestelijke gezondheidszorg 1945-1985. Nijmegen: Sun, 1989.
- 24 Van Aalderen HJ. Waarom methodisch werken? Huisarts Wet 1976;19:366-7.
- 25 De Melker RA, Spreeuwenberg C. Over de basisfilosofie van de opleiding tot huisarts. Huisarts Wet 1979;22:443-6.
- 26 Van der Burg RH. Wat is een paradigma? Huisarts Wet 1979;22:210-3.
- 27 Schouwstra, CP. Methodisch werken: geen panacee, wel doelmatig en efficiënt. Huisarts Wet 1981;24:442-7.
- 28 Swaak AJ. Een verkenning van het hulpverleningsproces; het helpen van mensen. Huisarts Wet 1967;10:162-5.
- 29 Oldenzijl JH, Flikweert S, Giesen PHJ, Harmsen-Lo Fo Wong SH, Vissers GWM, et al. NHG-Standaard Zwangerschap en kraambed. Huisarts Wet 1993;36:182-91.
- 30 Tielens VCL. Het NHG en de huisartsgeneeskunde. Huygen-lezing. Huisarts Wet 1992;35:319-22.
- 31 Meijman FJ. Veilig, en toch... Huisarts Wet 1996;39:421-14.
- 32 Wiersma TJ. Verlenging van de huisartsopleiding. Huisarts Wet 1993;36:219-22.
- 33 Wachters- Kaufman CSM. Chronisch zieken en categorale patiëntenorganisaties. Huisarts Wet 1996;39:338-42.
- 34 Van der Voort JPM. Een koopkrachtige vraag... Huisarts Wet 1998;41:97.
- 35 Timmermans AE. Ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde en de relatie tussen arts en patiënt. Huisarts Wet 1999;42:556-600.
- 36 http://www.nma.nl/documenten_en_publicaties/archiefpagina_nieuwsberichten/nieuwsberichten/2012/01_12_nma_beboet_lhv_wegens_ongoorloofde_vestigingsadviezen.



Nico van Duijn

Protocol

Protocolen zijn voorschriften voor correct handelen. Daar houden dokters niet van. Richtlijnen, dat vinden ze wel een goed idee. Van richtlijnen mag je afwijken, als je een goede reden hebt. Rechters denken daar anders over. Als het verkeerd afloopt met een patiënt, dan kijkt de rechter of de dokter volgens de richtlijnen heeft gehandeld. Zo niet, dan is dat fout. Juristen en dokters denken dus anders. Dokters denken in individueel maatwerk, ingeperkt door richtlijnen. Juristen denken in protocollen, uitgebreid met uitzonderingen.

Onze richtlijnen beschrijven op de millimeter wanneer iemand aan de me-

dicijnen moet voor zijn hoge bloeddruk. Bij suikerziekte moet de bloeddruk onder de 140/90 zijn, denk ik, want die richtlijnen veranderen elk jaar. Laatst zag ik zelfs een richtlijn waarin 125/85 al een hoge bloeddruk wordt genoemd. Dit betekent de dosis medicijnen blijven verhogen tot mensen net niet omvallen.

Laatst had een diabetische mevrouw een bloeddruk van 145/78. Ze weigerde meer medicijnen. Ze slikte genoeg medicijnen, vond ze. Terecht, lijkt me. Zo'n bovengrens van 140 is geen scherpe grens. Iets daarboven betekent een pietsje meer risico op een hartinfarct. Denk aan 3,3% in plaats van 3% kans op een hartinfarct ergens de komende tien jaar. Trouwens, wie bepaalt wat een te hoog risico

is? Niet de wetenschap. De wetenschap geeft geen oordeel, alleen maar statistieken. Richtlijnmakers, die beslissen voor u wat te hoog is; zo hoog dat dagelijks medicijnen slikken noodzakelijk is. Richtlijnmakers worden steeds strenger. We moeten wel oppassen met die lui. Ze beginnen op juristen te lijken. Strak in de leer der preventie, onder het mom van de wetenschap, veroordelen ze eigenlijk elke uitzondering. Waarschijnlijk wordt hoge bloeddruk in de toekomst bij wet verboden. Als het zo ver komt, dan ga ik illegaal. Bedacht op verklikkers ga ik dan in een verduisterde spreekkamer stiekem hoge bloeddruk niet behandelen. ■