

Huisartsen



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

Mevrouw Jet van der Meer

Achtergrondstudie uitgebracht bij het advies Regie aan de poort door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Den Haag, 2012

Inhoud

1	Inleiding	3
2	Ontwikkelingen rond de Tweede Wereldoorlog	5
2.1	De beleidsmatige ontwikkelingen	5
2.2	De medisch-inhoudelijke ontwikkelingen	6
2.3	De maatschappelijke ontwikkelingen	6
2.4	De strategische ontwikkelingen	7
3	Jaren vijftig en Woudschoten	8
3.1	De medisch-inhoudelijke ontwikkelingen	8
3.2	De maatschappelijke ontwikkelingen	9
3.3	De strategische ontwikkelingen	10
3.4	De ideologische ontwikkelingen	12
4	Jaren zestig en zeventig	14
4.1	De beleidsmatige ontwikkelingen	14
4.2	De medisch-inhoudelijke ontwikkelingen	16
4.3	De maatschappelijke ontwikkelingen	17
4.4	De strategische ontwikkelingen	18
4.5	De ideologische ontwikkelingen	19
5	Jaren tachtig en negentig	21
5.1	De beleidsmatige ontwikkelingen	21
5.2	De medisch-inhoudelijke ontwikkelingen	22
5.3	De maatschappelijke ontwikkelingen	23
5.4	De strategische ontwikkelingen	24
5.5	De ideologische ontwikkelingen	25
6	Nabeschuwing	26

1 Inleiding

In 1876 kreeg in Nederland het geneeskundige onderwijs een wetenschappelijke basis; en tegen het einde van de negentiende eeuw bestond de meerderheid van medici uit generalistische artsen. Zij mochten de geneeskunst in volle omvang uitvoeren. Nieuwe technieken konden zich daardoor snel verspreiden en voor verschillende doeleinden gebruikt worden. Hiervoor waren vaak aanpassingen nodig en veel innovaties zagen het licht.¹ Tegen het einde van de negentiende eeuw raakte de toepassing van technologie dan ook in een stroomversnelling. Het jaar 1890 wordt beschouwd als het beginpunt van “de ‘kolonisering’ van de geneeskunst door apparaten, gespecialiseerde geneeskundigen, industriële geneesmiddelen en technische georiënteerde ontwikkelingsprogramma’s.”² De introductie van nieuwe apparaten ging gepaard met veranderingen binnen de medische beroepsgroep en er ontstonden nieuwe beroepen, of, specialismen.

Begin twintigste eeuw kwamen de ziekenfondsen op en werd er allerlei nieuwe wetgeving doorgevoerd. De invloed van de in 1849 opgerichte Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst (NMG) nam af; om het tij te keren ontwikkelde de NMG zich tot een nationale organisatie waarin artsen hun deelbelangen op elkaar afstemden. In 1918 richtte de NMG twee aparte organisaties op voor huisartsen en specialisten. In 1920 beschreven de chirurgen hun vakgebied en bakenden dit af van andere specialismen. Specifieke opleidingseisen werden opgesteld en ook de honorering werd afgesproken. Daarna volgden andere specialismen.³

Een andere ontwikkeling was de sterke secularisering van de Nederlandse samenleving. Als gevolg hier van nam de rol van de dominee en de pastoor geleidelijk af. De huisarts kwam daar als het ware voor in de plaats; hij ontwikkelde zich tot een bruikbaar alternatief voor het psychisch en sociale welzijn van de burger. Het gevolg was een toenemende bemoeienis van de huisarts en de gezondheidszorg met het leefprobleem van de

¹ *Wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen en nieuwe beroepen*. Achtergrondstudie van de Raad voor Volksgezondheid en zorg: L. Ottes en I. Grootjans-van Kampen, Den Haag 2011. p.10.

² *Ibidem*, p.3.

³ *Ibidem*, p.28.

hem daarvoor raadplegende mens.⁴ Vanaf dit moment, het begin van de twintigste eeuw, zijn er een aantal ijkpunten aan te wijzen binnen de ontwikkeling van de (rol van de) huisarts. In 1941 werd de Ziekenfondsbesluit afgekondigd, in 1956 werd het Nederlandse Huisartsen Genootschap opgericht; vier jaar later werd de befaamde Woudschoten-conferentie gehouden. Na de Nota Hendriks in 1974 werd de poortwachterfunctie van de huisarts wettelijk vastgelegd, en door de Commissie Biesheuvel werd in 1994 de nadruk gelegd op een nauwe samenwerking tussen de verschillende echelons binnen de zorg.

Het RVZ adviesproject 'Bomen en het bos' richt zich nadrukkelijk op een de (her)inrichting van de voornoemde poortwachterfunctie. Gezien de centrale rol van de huisarts als portier binnen de gezondheidszorg, werd belang gehecht aan een korte achtergrondstudie over de ontwikkeling van de (rol van de) huisarts in de loop van de twintigste eeuw. Ik zal in dit stuk nagaan hoe de visie op en praktijk van de huisartsenzorg zich hebben ontwikkeld onder invloed van vijf factoren: 1. De beleidsmatige ontwikkelingen; 2. De medisch-inhoudelijke ontwikkelingen; 3. De maatschappelijke ontwikkelingen; 4. De strategische ontwikkelingen en 5. De ideologische ontwikkelingen. Na een zorgvuldige analyse zal ik de balans op maken en speculeren over de mate waarin deze factoren van invloed zijn geweest. Om het geheel overzichtelijk te houden, heb ik daarnaast een chronologische onderverdeling gemaakt in vier perioden: tijdens en rond de Tweede wereldoorlog; de jaren vijftig en de Woudschoten conferentie; de jaren zestig en zeventig; en de jaren tachtig en negentig. In de praktijk zal blijken dat niet alle perioden alle factoren zullen bevatten en soms is het lastig vast te stellen welk aspect nu echt ten grondslag lag aan de motivatie voor een bepaalde ontwikkeling.

⁴ B.J.M. Aulbers, G.J. Bremer (red.), *De Huisarts van toen. Een historische benadering* (Rotterdam 1995) p.47.

2 Ontwikkelingen rond de Tweede Wereldoorlog

Deze periode vertoonde een enorme medisch-technische vooruitgang. Dit resulteerde in toenemende specialisering binnen de geneeskunde. Daarnaast zorgde de afkondiging van het Ziekenfondsbesluit in 1941 voor een aanzienlijke groei binnen de medische consumptie, waarbij de klachten dikwijls niet (enkel) van medische aard waren.

2.1 De beleidsmatige ontwikkelingen

Tot aan de Tweede Wereldoorlog was de overheidstaak met betrekking tot de gezondheidszorg beperkt en gericht op de openbare gezondheidszorg. Nadat in de jaren dertig enkele vergeefse pogingen waren gedaan om een ziekenfondswet in het leven te roepen, kondigde de Duitse bezetter in 1941 het Ziekenfondsbesluit af. Dit Ziekenfondsbesluit hield in dat iedere werknemer met een inkomen beneden de welstandsgrens, verplicht werd verzekerd tegen ziektekosten.⁵ Als gevolg hier van werd een goede en gelijke gezondheidszorg voor bijna iedere Nederlandse burger bereikbaar.⁶ Huisartsen die bereid waren ziekenfondspatiënten te behandelen, ontvingen jaarlijks een abonnementsvergoeding op basis van de inschrijving per ziel, ongeacht het aantal verrichtingen. Het principe achter deze ontwikkeling was het idee dat huisartsen voortaan zeer bereikbaar zouden zijn voor de bij hen ingeschreven ziekenfondsleden, zonder enige financiële drempel.⁷ Hoewel de financiële drempel inderdaad verdwenen was, kwam er een andere onbereikbaarheid voor in de plaats: de vraag was groter dan het aanbod, wat resulteerde in volle wachtkamers en weinig tijd voor de patiënt.

⁵ Jolanda Dwarswaard, *De dokter en de tijdgeest. Een halve eeuw veranderingen in de beroepsethiek van huisartsen en chirurgen* (Den Haag 2011) p.13-14.

⁶ B.J.M. Aulbers, G.J. Bremer (red.), *De Huisarts van toen. Een historische benadering* (Rotterdam 1995) p.72.

⁷ Ibidem, p.99.

2.2 De medisch-inhoudelijke ontwikkelingen

Zoals reeds gesteld in de inleiding, was er vooral vanaf de jaren zeventig van de negentiende eeuw sprake van een toenemende medische kennis en medisch-technische vooruitgang, onder andere op het terrein van de voeding, persoonlijke hygiene en zuigelingenverzorging. Medisch-technologische ontwikkelingen zoals de ontwikkeling van antibiotica en verbetering van chirurgische technieken leidden op hun beurt tot specialisaties binnen de geneeskunde en een toenemend aantal medisch specialisten. Rond de eeuwwisseling waren er nog 2330 “genees- heel- en verloskundigen”, overwegend huisartsen, op een bevolking van vijf miljoen.⁸

Naast veranderingen binnen de aanbodzijde van de geneeskunde, trad er ook verandering op aan de vraagzijde. De klachten van de patiënten veranderden; acute levensbedreigende infectieziekten namen in belang af, terwijl sprake was van een toename van chronische aandoeningen, onduidelijke klachten, stress, overspannen zijn, leefproblemen door situaties die patiënten niet aankonden of door relaties waar zij niet mee om konden gaan. Bij dergelijke klachten was het vaak niet mogelijk exact te formuleren wat patiënten en huisartsen inhoudelijk verstonden onder begrippen als stress, overspannen en levensproblemen.

2.3 De maatschappelijke ontwikkelingen

In deze zelfde periode deden zich belangrijke veranderingen voor in de sterfte en de morbiditeit van de Nederlandse bevolking. Kwantitatief verschoof de relatieve sterfte naar de oudere leeftijdsgroepen, terwijl de algemene sterfte afnam. In kwalitatieve zin daalde de sterfte ten gevolge van infectieziekten.⁹ De stijgende welvaart zorgde voor een aanzienlijke groei binnen de medische consumptie. Patiënten maakten steeds meer gebruik van geneesmiddelen en medische voorzieningen. De medische zorg, en vooral die van de huisartsen, raakte geleidelijk ingepast in het dagelijks leven van grote delen van de bevolking.¹⁰

⁸ Ibidem, p.47.

⁹ B.J.M. Aulbers, G.J. Bremer (red.), *De Huisarts van toen. Een historische benadering* (Rotterdam 1995) p. 41.

¹⁰ Huisarts en Wetenschap, ‘Het bestaansrecht van de huisarts’ Serie: Terug naar woudschoten (jaargang 2001)
<http://www.henw.org/archief/volledig/id1250-het-bestaansrecht-van-de-huisarts.html> (21 februari 2012)

2.4 De strategische ontwikkelingen

De toename van het aantal medisch specialisten leidde gaandeweg tot een concurrentiestrijd van twee zich gelijkwaardig achtende partijen. Deze concurrentie was echter op weinig gebaseerd: de specialist had niet zo veel meer te bieden dan de huisarts en soms deed de specialist het zelfs minder goed dan de huisarts. De huisarts voelde zich in die tijd allerminst minderwaardig aan de specialist en in die houding voelde hij zich vaak gesteund door patiënten die wantrouwen koesterden ten opzichte van het ziekenhuis. Daarnaast waren patiënten huiverig voor de financiële consequenties van een bezoek aan de specialist.

Na de oorlog veranderde dit door de vloedgolf van nieuwe en opzienbarende geneeskundige verworvenheden, die de diagnostische en therapeutische mogelijkheden van elk specialisme aanzienlijk vergrootten, terwijl deze de huisartsgeneeskundige praktijk nauwelijks beïnvloedden. Hierdoor werd de afstand tussen de specialistische geneeskunde en de huisartsgeneeskunde langzaam maar zeker groter. Veel huisartsen voelden dit als een devaluatie van hun beroep. Diverse verrichtingen moesten worden overgelaten aan specialisten. Daarvoor in de plaats kwam een veelheid van patiënten met in de ogen van de huisarts vaak volstrekt onbeduidende klachten.¹¹ Als reactie op het proces van steeds verdere specialisatie, mat de huisarts zich langzaam maar zeker een soort poortwachterfunctie aan. Door menig specialist werd deze functie echter al snel geïnterpreteerd als die van een portier die de patiënt de weg naar de specialist trachtte te versperren.

De huisartsen werden door die steeds verdere toename van specialisatie en specialisten gedwongen zich af te vragen wat dan tot hun taken behoorden en tevens was men van mening dat hun werk ondergewaardeerd was.¹² Zij zochten onder anderen een oplossing in professionalisering.

¹¹ B.J.M. Aulbers, G.J. Bremer (red.), *De Huisarts van toen. Een historische benadering* (Rotterdam 1995) p.81-82

¹² Huisarts en Wetenschap, 'Het bestaansrecht van de huisarts' Serie: Terug naar woudschoten (jaargang 2001)
<http://www.henw.org/archief/volledig/id1250-het-bestaansrecht-van-de-huisarts.html> (21 februari 2012)

3 Jaren vijftig en Woudschoten

*“Discrepantie tussen ideaal en werkelijkheid wordt in die tijd als één van de grootste problemen van het huisartsenvak gezien.”*¹³

Het begrip *geneeskunde* werd binnen de huisartsenzorg vervangen door *gezondheid*; dit principe werd formeel vastgelegd tijdens de Woudschotenconferentie. Deze ontwikkeling was enerzijds het resultaat van een veranderend ziektebegrip, en anderzijds een strategische positionering van de huisarts ten opzichte van de somatisch georiënteerde specialist.

3.1 De medisch-inhoudelijke ontwikkelingen

Het ziektebegrip dat tot de jaren vijftig van de twintigste eeuw werd gehandhaafd, was het zogenaamde *objectief-instrumenteel* ziektebegrip. Binnen dit ziektebegrip werd ziekte gezien als iets dat veroorzaakt werd door de pathologische processen en functies van het lichaam. Halverwege de vorige eeuw ontstond daarnaast een nieuw, *subjectief-narratief* ziektebegrip: ziekte moest begrepen worden binnen het kader van de sociale en politieke werkelijkheid. De huisartsen waren de eersten die zich dit veranderend ziektebesef realiseerden. De huisarts werd meer dan een somatisch specialist; hij diende de patiënt in zijn milieu te zien, preventief en zelfs opvoedend bezig te zijn. Het medische model dat de nadruk legt op de lichamelijke oorzaken van ziekte maakte plaats voor het sociale model waarin het vooral ging over levensproblemen. Er werd nu niet meer alleen maar gekeken naar de somatische klachten van de patiënt, maar ook naar de context waarbinnen die klachten ontstaan.¹⁴

Tijdens de Woudschotenconferentie werd de taak van de huisarts als drieledig gezien, namelijk het voorzien in continue, integrale en persoonlijke zorg. Persoonlijke zorg duidde op het streven naar een psychosomatische benadering, waarbij er meer moest worden geluisterd naar de patiënt. De huisarts moest immers veel te weten komen over de persoonlijkheid en het persoonlijke leven van de patiënt. Daarnaast had het belang dat werd gehecht aan de psychosomatiek tot gevolg dat de

¹³ Jolanda Dwarswaard, *De dokter en de tijdgeest. Een halve eeuw veranderingen in de beroepsethiek van huisartsen en chirurgen* (Den Haag 2011) p.96.

¹⁴ B.J.M. Aulbers, G.J. Bremer (red.), *De Huisarts van toen. Een historische benadering* (Rotterdam 1995) p.43.

huisarts over meer informatie moest beschikken dan alleen die met betrekking tot lichamelijke klachten.¹⁵ A. Querido¹⁶ ging in het kader van integrale zorg uit van de patiënt als persoon, die bij wijze van model in drie velden uiteengelegd kon 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.¹⁷ Met de continuïteit werd gerefereerd aan het streven naar een huisarts die 24 uur per dag, zeven dagen in de week ('continu') bereikbaar moest zijn voor de patiënt.

3.2 De maatschappelijke ontwikkelingen

De bezinning op de taak en functie van de huisarts had culturele en maatschappelijke wortels. Economische ontwikkelingen en de daaruit voortvloeiende sociale zekerheid hadden ervoor gezorgd dat patiënten het gevoel kregen recht te hebben op een klachtenvrij leven. Daarnaast maakte de medisch-technologische ontwikkelingen dat de menselijke maakbaarheid snel in zicht kwam. Patiënten zouden door toegang tot nieuwe technische mogelijkheden veel eisen stellen aan de zorg. Door de introductie van het ziekenfonds was het niet langer een gunst van de arts als er hulp werd verleend. Het betalen van de verzekeringspremie gaf de patiënt het recht de zorg van de arts af te dwingen. De introductie van sociale zekerheid resulteerde in onpersoonlijke zorg; huisartsen moesten de zorg het persoonlijke karakter teruggeven.¹⁸

Eind jaren vijftig werd in het aanbod van klachten aan de huisarts steeds verder de nadruk op de sociale en psychologische

¹⁵ Jolanda Dwarswaard, *De dokter en de tijdgeest. Een halve eeuw veranderingen in de beroepsethiek van huisartsen en chirurgen* (Den Haag 2011) p.60-61.

¹⁶ Andries Querido (1912 - 2001) was een Nederlandse arts, die in belangrijke mate gezichtsbepalend was voor de geneeskunde in de tweede helft van de 20e eeuw. Querido was onder meer hoogleraar interne geneeskunde aan de Universiteit Leiden en oprichter van de medische faculteit in Rotterdam.

¹⁷ Huisarts en Wetenschap, 'De geboorte van een ideologie: Woudschoten en de huisartsgeneeskunde' Serie: Terug naar woudschoten (jaargang 2001) <http://www.henw.org/archief/volledig/id1373-de-geboorte-van-een-ideologie-woudschoten-en-de-huisartsgeneeskunde.html> (22 februari 2012)

¹⁸ Jolanda Dwarswaard, *De dokter en de tijdgeest. Een halve eeuw veranderingen in de beroepsethiek van huisartsen en chirurgen* (Den Haag 2011) p.56.

dimensies gelegd. In eerste instantie hadden patiënt, gezondheidszorg en maatschappij alleen behoefte aan een huisarts die ziekteklachten en klachten van psychosociale aard van elkaar kon onderscheiden. Vervolgens ontstond er bij maatschappij, cliënt en huisarts de behoefte om gezondheidsklachten ook door de huisarts te laten behandelen zoals dat bij ziekteklachten altijd het geval was geweest.¹⁹

Door veranderingen in het ziektebegrip dekten een louter somatische beschrijving en de term *geneeskunde* het werk van de huisarts niet meer.²⁰ Gezondheidsklachten konden tenslotte niet op de zelfde wijze worden behandeld als ziekteklachten. Het was dus nodig daarvoor nieuwe inzichten en methoden te ontwikkelen. Het begrip *gezondheid* deed zijn intrede en de term *geneeskunde* werd vervangen door het veel ruimere begrip van *zorg*.²¹

3.3 De strategische ontwikkelingen

Vooralsnog hadden de huisartsen de ontwikkelingen in wetenschap en maatschappij tamelijk passief gevolgd; met de oprichting van het Nederlands Huisartsen genootschap (NHG) in 1956, en haar wetenschappelijk tijdschrift *Huisarts & Wetenschap* één jaar later, gingen zij meer actief meesturen met de ontwikkelingen.²² In de formulering ‘integraal, continu en persoonlijk’ klonk in 1959 tijdens de Woudschotenconferentie door dat de huisarts vooral datgene moest bieden wat de specialist niet bood; de huisarts onderscheidde zich als generalist. Dit is begrijpelijk tegen de achtergrond van een sterke ontwikkeling van de medische specialismen en een relatief achterblijvende huisartsgeneeskunde.²³ Het groeiend aantal specialisten had voor de huisartspraktijk tot gevolg dat een groot deel van de werkzaamheden meer en meer tot de specialistische praktijk

¹⁹ B.J.M. Aulbers, G.J. Bremer (red.), *De Huisarts van toen. Een historische benadering* (Rotterdam 1995) p.48.

²⁰ *Huisarts en Wetenschap*, ‘De geboorte van een ideologie: Woudschoten en de huisartsgeneeskunde’ Serie: Terug naar woudschoten (jaargang 2001) <http://www.henw.org/archief/volledig/id1373-de-geboorte-van-een-ideologie-woudschoten-en-de-huisartsgeneeskunde.html> (22 februari 2012)

²¹ B.J.M. Aulbers, G.J. Bremer (red.), *De Huisarts van toen. Een historische benadering* (Rotterdam 1995) p.47.

²² *Ibidem*, p.103.

²³ Joost Zaat (ed.), *Terug naar Woudschoten: H&W-artikelen over de kern van de huisartsgeneeskunde* (Utrecht 2002) p.200.

gingen behoren. In kringen van huisartsen ontstond een toenemende vrees, dat er voor de huisarts weinig of geen eigen terrein meer overbleef.²⁴ Langzamerhand ontwaakte het besef dat de huisartsgeneeskunde een eigen signatuur zou moeten ontwikkelen. De opvatting was dat er iets voor het voetlicht gebracht moest worden dat het eigene en waardevolle van het werk van de huisarts zichtbaar maakte. Sommige huisartsen werkten al aan een individuele profilering en legden zich in navolging van de medisch specialisten toe op een bepaalde ziekte of een bepaalde behandelingsmethode.²⁵ Na de Tweede Wereldoorlog werd huisartsgeneeskunde 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.²⁶

Centraal in de ontwikkeling de huisartsgeneeskunde was de introductie van de ‘gezinsgeneeskunde’, een principe dat uitging van een sterke wisselwerking tussen de gezondheid van het individu en de gezondheid van het gezin. In tegenstelling tot de specialist behoorde de huisarts zijn patiënten niet te zien als losse individuele mensen, de huisarts had een relatie met de patiënt gezien in het gezinsverband. Deze gezinsgeneeskundige benadering onderscheidde de huisarts van de specialist, het gaf de huisarts een eigen taak en zou het voortbestaan van de huisartsgeneeskunde kunnen garanderen. Dit was belangrijk in een periode waarin door de opkomst van specialismen onzekerheid bestond over het voortbestaan van de huisartsgeneeskunde.²⁷

Het beoogde persoonlijke karakter van de huisartsenzorg was gerelateerd aan de opkomst van de gezinsgeneeskunde. Deze werd in de jaren vijftig en zestig uitgewerkt door de nadruk te leggen op het belang van de arts-patiëntrelatie, in die relatie werd zowel de persoonlijkheid van de huisarts als de persoonlijkheid van de patiënt van groot belang geacht. De persoonlijkheid van de arts werd gezien als instrument in de behandeling van de patiënt, bovendien werd verondersteld dat als huisartsen hun persoonlijkheid op een goede manier inzetten, ze zich daarmee onderscheidden van de specialistische genees-

²⁴ B.J.M. Aulbers, G.J. Bremer (red.), *De Huisarts van toen. Een historische benadering* (Rotterdam 1995) p.97.

²⁵ Ibidem, p.82.

²⁶ Joost Zaat (ed.), *Terug naar Woudschoten: H&W-artikelen over de kern van de huisartsgeneeskunde* (Utrecht 2002) p.53.

²⁷ Jolanda Dwarswaard, *De dokter en de tijdgeest. Een halve eeuw veranderingen in de beroepsethiek van huisartsen en chirurgen* (Den Haag 2011) p.62

kunde waarin de nadruk alleen lag op het medisch-technisch handelen.²⁸

3.4 De ideologische ontwikkelingen

De oprichters van het NHG vonden dat de geneeskunde te onpersoonlijk was geworden. Dit was een protesthouding tegenover een te wetenschappelijk-rationeel (afstandelijk) ingestelde ziekenhuisgeneeskunde. De bevordering van de huisartsgeneeskunde en verbetering van de praktijkvoering kwamen aan de orde tijdens verscheidene conferenties, zoals in 1959 in Woudschoten.²⁹ Op 23 en 24 januari 1959 werd tijdens de Woudschotenconferentie de functie van de huisarts geformuleerd als 'het aanvaarden der verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwende individuele mensen en gezinnen.'³⁰ Kort zou kunnen worden gesteld dat de Woudschotendefinitie maakte dat 'zorg' de 'geneeskunde' verving en de mensen als meer gezien werden dan een ziektegeval.

J.T. Buma³¹, die een belangrijke rol speelde bij de Woudschotenconferentie 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.'³² Hij definieerde gezondheid als de functionele harmonie tussen de individuele mens en zijn milieu. Vanuit een wat paternalistische houding werd veronder-

²⁸ Ibidem, p.57.

²⁹ Huisarts en Wetenschap, 'Het bestaansrecht van de huisarts' Serie: Terug naar woudschoten (jaargang 2001) <http://www.henw.org/archief/volledig/id1250-het-bestaansrecht-van-de-huisarts.html> (21 februari 2012)

³⁰ Huisarts en Wetenschap, 'Terug naar Woudschoten' (jaargang 2001) <http://www.henw.org/archief/volledig/id1505-terug-naar-woudschoten.html> (28 februari 2012)

³¹ Buma promoveerde in 1949 in Amsterdam op een proefschrift *Grondslagen van het medisch denken en handelen. Schets ener encyclopaedie der geneeskunst*. Het boek verscheen in 1950 als een handelseditie onder de naam: de huisarts en zijn patiënt en vormt een mijlpaal in de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde.

³² Huisarts en Wetenschap, 'De geboorte van een ideologie: Woudschoten en de huisartsgeneeskunde' Serie: Terug naar woudschoten (jaargang 2001) <http://www.henw.org/archief/volledig/id1373-de-geboorte-van-een-ideologie-woudschoten-en-de-huisartsgeneeskunde.html> (22 februari 2012)

steld dat de huisarts het hele gezin in de gaten diende te houden en zelfs de latente ziekten moest opsporen. Symptomatisch hiervoor was dat de patiënt in sommige gevallen niet of slecht geïnformeerd betreffende zijn gezondheidstoestand, in een poging om de patiënt de hoop niet te ontnemen als hij of zij een ongeneselijke ziekte had.³³

³³ Joost Zaat (ed.), *Terug naar Woudschoten: H&W-artikelen over de kern van de huisartsgeneeskunde* (Utrecht 2002) p.215.

4 Jaren zestig en zeventig

In de geest van de Woudschoten-conferentie ambieerde de beroepsgroep een volwaardige plek in de medische wereld. Deze vond hij als poortwachter, zoals vastgesteld in de Nota Hendriks. De patiënt werd mondiger en de paternalistische rol van de huisarts werd bekritiseerd; daarnaast was steeds meer aandacht voor klachten van psychosomatische aard.

4.1 De beleidsmatige ontwikkelingen

Gedurende de jaren vijftig en zestig was het belangrijkste doel van het overheidsbeleid het realiseren van gelijke toegang tot de zorg voor iedere burger. In 1964 werd het Ziekenfondsbesluit vervangen door de Ziekenfondswet; 65 procent van de bevolking was verzekerd van zorg via de ziekenfondsen.³⁴ Mede door de ziekenfondswetgeving is na jaren zestig een aanmerkelijke inkomensverbetering voor de huisartsen tot stand gekomen en daardoor meer bestaanszekerheid, omdat hun formele positie binnen het systeem vaststond.

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) werd in 1967 ingevoerd als een wettelijke voorziening voor alle Nederlandse burgers, ongeacht inkomen en verzekeringssituatie, voor ziektekostenrisico's die gewoonlijk niet door ziektekostenverzekeraars worden gedekt. Voor huisartsen was van belang dat de ziekenfondsverzekerden in principe alleen toegang hadden tot medische specialisten en ziekenhuisbehandeling na verwijzing door de huisarts. Ziekenfondsverzekerden hadden via een abonnementstarief recht op huisartsenhulp en waren ingeschreven bij een bepaalde huisarts en konden daarom niet willekeurig gebruik maken van verschillende huisartsen. De invoering van de verwijzingsregeling resulteerde in een duidelijk afgebakende positie ten opzichte van de medische specialisten. Deze verwijzingsregeling hield formeel in dat de huisarts kon selecteren wie voor specialistische zorg in aanmerking kwam en wie niet. Bij verwijzing kon hij ook het soort specialisme bepalen.³⁵

³⁴ Jolanda Dwarswaard, *De dokter en de tijdgeest. Een halve eeuw veranderingen in de beroepsethiek van huisartsen en chirurgen* (Den Haag 2011) p.13-14.

³⁵ B.J.M. Aulbers, G.J. Bremer (red.), *De Huisarts van toen. Een historische benadering* (Rotterdam 1995) p.72-73.

In de jaren zeventig werd geconstateerd dat de kosten van de gezondheidszorg snel stegen en het werd noodzakelijk geacht de kosten van de gezondheidszorg in de hand te houden. Deze constatering resulteerde in de Structuurnota van Hendriks. Deze nota was het startpunt van centrale aanbodsturing. De nota pleitte voor één volksverzekering en wees op de noodzaak van kostenbeheersing.³⁶ Om het gebruik en de kosten van ziekenhuiszorg onder controle te houden, werden de huisartsen en de eerstelijnsgezondheidszorg naar voren geschoven als de ‘zeef’ die onnodige verwijzingen naar de duurder tweedeelijnszorg moest voorkomen. Die eerstelijnszorg en huisartsenzorg dienden daartoe wel versterkt te worden. Zo werd bijvoorbeeld in een aantal stappen de normpraktijk voor huisartsen verkleind en moest binnen de eerste lijn een integratie tot stand komen van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening.³⁷

Er waren op het moment dat de Structuurnota in voorbereiding was een aantal knelpunten in de gezondheidszorg die betrekking hadden op de rol van de huisarts. Ten eerste toonde het stelsel van voorzieningen onvoldoende samenhang, zowel horizontaal als verticaal, met als gevolg een onafhankelijk van elkaar functioneren. Dit leidde weer tot een inefficiënt gebruik van beschikbare personele financiële en materiële middelen, terwijl het stelsel van voorzieningen daardoor vooral ook voor de patiënt onoverzichtelijk was. Ten tweede ontbrak de samenwerking tussen de instellingen voor gezondheidszorg en de andere welzijnsvoorzieningen veelal, ook beleidsmatig.³⁸ Om te komen tot een ordening van de afzonderlijke voorzieningen diende de gezondheidszorg volgens de Nota in een aantal echelons te worden onderverdeeld. Onder echelon werd verstaan: een sector van de gezondheidszorg die voorzieningen omvat die globaal gesproken dezelfde functionele kenmerken en gerichtheid vertonen. Binnen een echelon moesten de voorzieningen worden geïntegreerd in gemeenschappelijke organisatorische kaders. De mate van specialisatie bepaalde de toegankelijkheid van de voorzieningen. Men wilde slechts één toegangsmogelijkheid tot het gezondheidszorgsysteem. Dit werd gemotiveerd door het idee dat de patiënt in het algemeen

³⁶ Jolanda Dwarswaard, *De dokter en de tijdgeest. Een halve eeuw veranderingen in de beroepsethiek van huisartsen en chirurgen* (Den Haag 2011) p.14.

³⁷ *Gezondheid, zorg en stelsel*. AMC/UvA-achtergrondstudie bij Vraag aan bod, Den Haag, 2001. P.14.

³⁸ *Structuurnota Gezondheidszorg*. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne (Staatssecretaris Hendriks) 's-Gravenhage 1974, p.6.

onvoldoende kennis bezat om zelf een keuze te maken uit de voorzieningen. De huisarts was in beginsel de enige toegangsmogelijkheid, daarnaast was hij tevens de kernfiguur van de eerste lijn –het eerste echelon– de poortwachter: hij zou de ongedifferentieerde vraag moeten vertalen naar geneeskundige hulp en in veel gevallen daarnaast zelf voorzien in de behoeften.³⁹ Het beleid van de versterking van de eerste lijn en vooral van de positie van de huisarts had tot doel de stijging van het aantal verwijzingen naar de tweede lijn tot staan te brengen. Ofschoon het de vraag is in hoeverre een directe relatie gelegd kan worden tussen dit beleid en de omwikkeling van het verwijscijfer, is er na een aanvankelijk sterke stijging, vanaf 1974 sprake van een stabilisering van het verwijscijfer.⁴⁰

4.2 De medisch-inhoudelijke ontwikkelingen

Patiënten begonnen zich in de jaren zestig beter te informeren en stonden voortaan aanzienlijk kritischer tegenover de vlucht van de medische technologie en de toename van het gebruik van geneesmiddelen. Ze waren niet langer bereid om alles te slikken wat een huisarts voorschreef ook omdat steeds meer duidelijk werd dat niet voor alle gezondheidsproblemen de geneeskunde een oplossing bood. Ze wilden uitleg en overleg, gingen eerder over tot zelfmedicatie of alternatieve geneeswijzen en grepen vaker terug op traditie en ervaringskennis. Patiënten kregen andere verwachtingen van hun huisarts; ze gebruikten het spreekuur niet alleen om hun fysieke en psychosociale klachten voor te leggen, maar ook om advies te vragen over uiteenlopende zaken als opvoeding, anticonceptie, langdurig uitstel van zwangerschap, het moment waarop men zich het best voor een verzorgingstehuis kan inschrijven. Zij wilden zich indekken tegen de risico's van het moderne leven en wilden met het oog daarop meeprofiteren van de kennis van de huisarts zowel van gezondheid en ziekte als van de gezondheidszorg.⁴¹

³⁹ *Structuurnota Gezondheidszorg*. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne (Staatssecretaris Hendriks) 's-Gravenhage 1974, p.11-12.

⁴⁰ *Naar een sterkere eerste lijn? 1: Het overbeidsbeleid*. Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) Utrecht 1987, p.31-32.

⁴¹ Huisarts en Wetenschap, 'Het bestaansrecht van de huisarts' Serie: Terug naar woudschoten (jaargang 2001) <http://www.henw.org/archief/volledig/id1250-het-bestaansrecht-van-de-huisarts.html> (21 februari 2012)

4.3 De maatschappelijke ontwikkelingen

Grote welvaart onder brede lagen van de bevolking maakte de medische voorzieningen nog meer bereikbaar dan voorheen: vrijwel de gehele Nederlandse bevolking was vrijwillig of verplicht tegen ziektekosten verzekerd. Door de uitbreiding van medisch-technische voorzieningen gaat de mening overheersen dat voor alle kwalen wel genezing mogelijk zal zijn. De technische middelen zijn voorhanden, dus waarom zou men er dan ook geen gebruik van maken? Hierdoor nam de toeloop naar de medische specialisten snel toe; de huisartsen hadden de sleutel voor deze toeloop in handen en verwijzen gaandeweg steeds meer patiënten naar polikliniek en ziekenhuis.⁴² Bovendien nam met de mondigheid van de patiënt ook de vraag naar medisch-specialistische voorzieningen toe. In de maatschappij werd de roep om inspraak steeds luider. Het gezag werd niet meer voetstoots aanvaard, maar diende zich te bewijzen. Met de toenemende mondigheid ontstond tevens de behoefte aan inspraak en voorlichting over gezondheid en ziekte. Patiënten wachtten vaak niet af wat de dokter zei, maar legden meteen al hun wensen op tafel: medicatie, verwijzing, preventie. In de maatschappij ontwikkelde zich meer behoefte aan samenwerking op allerlei gebied; de huisartsen volgden schoorvoetend. Er kwam meer behoefte aan voorlichting en overleg over allerlei medische ingrepen en specialistische behandelingen. Bovendien groeide het aantal gezondheidsklachten door psychische en sociale spanningen aanzienlijk. De toeloop naar de huisarts als raadsman in medische zaken werd daardoor aanzienlijk groter.

Er vonden binnen de arts-patiëntrelatie veel veranderingen plaats in menige praktijk door een groeiend aantal echtscheidingen en verhuizingen. Voor de huisartsen betekende dit een kortere duur van hun relatie met de patiënt. Het vertrouwde beeld van de huisarts als medisch raadsman voor het hele gezin gedurende vele jaren was aan het veranderen. Een andere ontwikkeling die invloed had op de continuïteit binnen de huisartsenzorg, was het feit dat in het begin van de jaren zestig het tempo van het dagelijks werk dusdanig werd opgevoerd, dat er meer behoefte ontstond aan vrije tijd. De vijfdaagse

⁴² B.J.M. Aulbers, G.J. Bremer (red.), *De Huisarts van toen. Een historische benadering* (Rotterdam 1995) p.102.

werkwEEK werd ingevoerd; ook de huisartsen gingen mee in deze veranderingen.⁴³

4.4 De strategische ontwikkelingen

Gedurende de jaren zestig en zeventig werd de huisartsgeneeskunde een specialisme met een aparte opleiding en huisartsen kregen een centrale plaats binnen de gezondheidszorg. Vanaf 1978 werden alleen artsen met een huisartsenspecialisatie toegelaten tot het huisartsenregister. Huisartsen wierpen zich op als bemiddelaars tussen patiënten en specialisten en tussen specialisten onderling. Zij zagen het als hun taak te adviseren en handelden 'kleine' kwalen zelf af. Ze beriepen 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.⁴⁴

Het NHG hechtte veel belang aan efficiency van de praktijkvoering, niet alleen over het verbeteren van de zorg voor de patiënt, de status van de huisarts kon ook worden vergroot door aandacht te besteden aan efficiency. Vanuit het NHG werd er al aandacht besteed aan de kosten van de zorg voordat er van overheidssturing sprake was. Toen in de jaren zeventig ook de overheid trachtte de kosten in de zorg te beheersen vergrootte de kans dat de overheid zou ingrijpen en zich met de zorg zou gaan bemoeien. Dit vormde voor het NHG een aanleiding proactief in te spelen op de veranderende verwachtingen van de maatschappij. Het NHG zag namelijk het eventuele ingrijpen van de overheid als iets dat een bedreiging vormde voor de beroepsgroep.⁴⁵ De kostenbeheersing werd door de huisartsenvereniging aangegrepen als argument voor de bijzondere functie van de huisarts als hoeder van de zorguitgaven.

⁴³ Ibidem, p.105-107.

⁴⁴ Huisarts en Wetenschap, 'Het bestaansrecht van de huisarts' Serie: Terug naar woudschoten (jaargang 2001)
<http://www.henw.org/archief/volledig/id1250-het-bestaansrecht-van-de-huisarts.html> (21 februari 2012)

⁴⁵ Jolanda Dwarswaard, *De dokter en de tijdgeest. Een halve eeuw veranderingen in de beroepsethiek van huisartsen en chirurgen* (Den Haag 2011) p.108.

4.5 De ideologische ontwikkelingen

In de jaren zestig was er de paternalistische huisarts die besloot wat goed was voor de patiënt. De huisarts wist veel van het leven van de patiënt, maar de rol van de patiënt was beperkt. De huisarts gaf de patiënt geen informatie over zijn ziekte, het geven van hoop was belangrijker dan het verstellen van de waarheid. In de jaren zeventig kwam daar verandering in. In die periode kwam er vanuit verschillende kanten kritiek op de paternalistisch ingestelde arts. Als reactie op het idee dat de huisarts het hele gezin in de gaten diende te houden en zelfs de latente ziekten moest opsporen, waarschuwde men voor de mogelijke schade van medicalisering van alle menselijke activiteiten door somatische fixatie en angstinductie.⁴⁶ Daarnaast kwam er een beweging op gang waarin werd verondersteld dat de patiënt meer verantwoordelijkheid moest nemen voor de eigen gezondheid; huisartsen gingen hun patiënten wijzen op die eigen verantwoordelijkheid.⁴⁷ Hoewel dit deels een aanpassing was aan de veranderende, mondig wordende patiënt, kwam de nadruk op de eigen verantwoordelijkheid vooral de huisarts goed van pas en ging het vaak in tegen de wens van de patiënt.⁴⁸ Er zijn twee argumenten voor het idee dat de veranderde rol van de patiënt in het voordeel van de huisarts was: het verminderde de druk op de huisarts en de effectiviteit van de hulpverlening werd op deze wijze vergroot. Dus hier zitten ook medisch-inhoudelijke argumenten achter.

Een andere ontwikkeling was de ter discussie stelling van de voorheen geaccepteerde totale toewijding van de huisarts. De algemene opvatting werd dat, wanneer er goede samenwerking tussen huisartsen werd georganiseerd, de huisarts niet meer volledig ter beschikking hoefde te staan van zijn werk. Huisartsen konden voor elkaar waarnemen, waardoor ze meer tijd hadden voor hun privéleven. Hoewel in de jaren zeventig maar liefst negentig procent van de huisartsen als solist werkt, werd samenwerking in een duopraktijk of groepspraktijk al vrij snel de norm voor de nieuwe generatie huisartsen. Deze nadruk op samenwerking kon echter de continuïteit van de zorg in gevaar brengen, de huisarts stond immers niet meer altijd

⁴⁶ Joost Zaat (ed.), *Terug naar Woudschoten: H&W-artikelen over de kern van de huisartsgeneeskunde* (Utrecht 2002) p.215.

⁴⁷ Jolanda Dwarswaard, *De dokter en de tijdgeest. Een halve eeuw veranderingen in de beroepsethiek van huisartsen en chirurgen* (Den Haag 2011) p.71-72.

⁴⁸ *Ibidem*, p.55.

meer zelf voor de patiënt klaar. Iemand anders kon zijn taak overnemen. Het Woudschoten ideaal om continue zorg te verlenen in een solopraktijk bleek in de praktijk moeilijk realiseerbaar. Later kwam men tot de conclusie dat meerdere personen samen ook continue zorg konden leveren.⁴⁹

⁴⁹ Ibidem, p.93-96.

5 Jaren tachtig en negentig

De ontwikkeling naar meer marktwerking werd met de commissie Dekker ingeluid; en de Commissie Dekker pleitte voor meer samenwerking binnen de curatieve zorg. Beiden resulteerden in meer overheidsbemoediging in de huisartsenzorg, vooral op financieel vlak.

5.1 De beleidsmatige ontwikkelingen

Halverwege de jaren tachtig trad een kentering op in het sturingsdenken van de overheid: van een overheersend accent op aanbodregulering naar meer sturing door de vraag.⁵⁰ De NHG standaarden waren echter gericht op een terughoudend beleid waarin zowel schade aan de patiënt als kosten door onnodige behandelingen moesten worden voorkomen.

De introductie van marktwerking in de zorg zagen de huisartsen als een bedreiging voor het terughoudende beleid waarin ook werd gelet op economische aspecten van de zorg.⁵¹ Toch werd met het rapport van de Commissie Dekker *Bereidheid tot Verandering* in 1986 de ontwikkeling naar meer marktwerking ingeluid. De strakke regulering van het aanbod zou leiden tot te veel regels en bureaucratie, te weinig prikkels voor doelmatigheid met zich mee brengen en bovendien leiden tot een zorgverlening die onvoldoende aansloot bij de behoeften van de bevolking.⁵²

In 1994 streefde de Commissie Biesheuvel de versterking van de onderlinge samenhang in de curatieve zorg na. Het echelondenken met alle bijbehorende regels moest worden ingeruild voor het denken in de vorm van een continuüm van zorg. Dat hield onder andere een versterking van de samenwerking tussen huisarts en specialist in, tevens betekende het meer mogelijkheden voor transmurale zorg en integratie van medisch-specialistische en ziekenhuiszorg. De voorstellen waren samen

⁵⁰ *Gezondheid, zorg en stelsel*. AMC/UvA-achtergrondstudie bij Vraag aan bod, Den Haag, 2001. P.14.

⁵¹ Jolanda Dwarswaard, *De dokter en de tijdgeest. Een halve eeuw veranderingen in de beroepsethiek van huisartsen en chirurgen* (Den Haag 2011) p.117-119.

⁵² *Ibidem*, p.15.

te vatten onder de noemer van het versterken van het zelfsturend vermogen van het zorgaanbod.⁵³ Er werd bepaald dat de huisartsenberoepsgroep zorg zou dragen voor een gedegen systeem van certificatie. Dat moest het mogelijk maken om periodiek te kunnen vaststellen of een huisarts voldoende gekwalificeerd was om bepaalde specifieke taken te kunnen uitvoeren. Bovendien moesten zoveel mogelijk huisartsen hun praktijk uitoefenen in groepsverband. Waar om praktische redenen een gezamenlijke groepspraktijk nog niet mogelijk was, werkte men zo veel mogelijk samen via huisartsengroepen.

Voor alle verzekerden gebeurde de bekostiging van de huisarts op basis van een abonnementssysteem. Aanvullend op een landelijk bepaald uniform abonnement kon de huisarts op basis van lokale afspraken met de verzekeraar een opslag ontvangen als vergoeding voor bepaalde specifieke functies of voor doelmatig werken. In samenhang met deze veranderingen in de bekostiging namen particuliere verzekeraars de huisartsenzorg in de verzekeringspolissen op en droegen zij zorg voor inschrijving van elke verzekerde op naam van een huisarts. Voor alle verzekerden werd de huisarts de rol van poortwachter toegekend, in de ziekenfondsverzekering was al geregeld dat behandeling bij de specialist alleen mogelijk was via verwijzing door de huisarts. In de particuliere verzekering was dat lang nog niet altijd vastgelegd.⁵⁴

5.2 De medisch-inhoudelijke ontwikkelingen

Vanaf de jaren tachtig begon het idee te groeien dat er veel nadelen kleefden aan de nadruk op de arts-patiëntrelatie en de psychosomatiek. Het had de reputatie van de huisarts als medicus volgens Huisarts en Wetenschap geen goed gedaan. De psychosomatische geneeskunde raakte in diskrediet, en er kwam weer meer aandacht voor de medische aspecten van de huisartsgeneeskunde. Hoewel de aspecten uit het verleden niet geheel verdwenen, was er wel een nieuwe focus te herkennen.⁵⁵

⁵³ *Gedeelde zorg: Beter zorg*. Rapport van de Commissie modernisering curatieve zorg, Roosendaal 1994, p.1.

⁵⁴ *Gedeelde zorg: Beter zorg*. Rapport van de Commissie modernisering curatieve zorg, Roosendaal 1994, p.17-81.

⁵⁵ Jolanda Dwarswaard, *De dokter en de tijdgeest. Een halve eeuw veranderingen in de beroepsethiek van huisartsen en chirurgen* (Den Haag 2011) p.79.

Tegen het einde van de jaren negentig bleek dat de medisch technische benadering die in de jaren tachtig was ontwikkeld de huisarts niet voldoende houvast bood, omdat het dagelijks handelen van huisartsen in veel gevallen maar gedeeltelijk werd bepaald door medisch rationele overwegingen. Het contact met de patiënt kwam weer meer onder de aandacht. De mondig patiënt moest immers ook overtuigd raken van de juistheid van het in te zetten beleid.⁵⁶

Inhoudelijk hebben in de loop van de jaren de werkzaamheden van huisartsen grote veranderingen ondergaan: veel minder of geen bevallingen, minder chirurgisch werk, minder huisbezoeken, veel meer patiënten met klachten die verbonden zijn met psychische en sociale factoren, veel meer preventief werk, meer zorg voor bejaarden, minder zorg voor kinderen.⁵⁷

5.3 De maatschappelijke ontwikkelingen

Huisartsen worstelden gedurende de jaren tachtig met de vraag hoe om te gaan met de mondig patiënt. Soms werd er geprobeerd een rechtvaardiging te zoeken voor het afwijken van de standaarden, anderzijds werd er doormiddel van aandacht voor de communicatie tussen huisarts en patiënt geprobeerd de kloof tussen de wens van de patiënt en de professionele richtlijnen te verkleinen. Halverwege de jaren negentig kwam er weer meer aandacht voor de relatie tussen de huisarts en de patiënt.⁵⁸

Eveneens begon tijdens de jaren tachtig en negentig de poortwachtersfunctie als paternalistisch te worden ervaren en stond deze onder druk door emancipatie en toegenomen mondigheid van patiënten. Dat die poortwachtersfunctie niet meer kritiekloos werd geaccepteerd door patiënten, bleek bijvoorbeeld uit fenomenen als bezoek aan de eerste hulp van een ziekenhuis voor zaken waarmee men ook naar de huisarts had kunnen gaan; verwijzing naar een specialist of de GGZ uitsluitend op initiatief van een patiënt, of het omzeilen van de huisarts

⁵⁶ Ibidem, p.86.

⁵⁷ B.J.M. Aulbers, G.J. Bremer (red.), *De Huisarts van toen. Een historische benadering* (Rotterdam 1995) p.109.

⁵⁸ Jolanda Dwarswaard, *De dokter en de tijdgeest. Een halve eeuw veranderingen in de beroepsethiek van huisartsen en chirurgen* (Den Haag 2011) p.85.

om rechtstreeks een specialist te bezoeken omdat men daar meer vertrouwen in had.⁵⁹

5.4 De strategische ontwikkelingen

De huisartsgeneeskunde zou in de jaren tachtig worden bedreigd doordat de inhoud en werkwijze al te vrijblijvend door ieder voor zich werd bepaald. Door een gebrek aan uniformiteit was volgens het NHG niet voldoende duidelijk wat de huisarts precies deed. De persoonlijkheid van de huisarts die belangrijk werd geacht in de voorgaande twee decennia, moest nu meer naar de achtergrond verdwijnen. In 1980 stelde toenmalig NHG voorzitter Cromme dat alleen door samen duidelijk te maken waar de beroepsgroep voor staat, kan worden voorkomen dat anderen het beroepsbeeld modelleren dat hen goed dunkt en het vak wordt uitgehold door politieke en financiële beslissingen. Eveneens zagen de jaren tachtig de opkomst van sociaal-medische teams (home teams) die een centrale rol speelden in de eerstelijnszorg, met als kerndisciplines de huisarts, maatschappelijk werk, wijkverpleegkundige en gezinsverzorging. Ook de gezondheidscentra zijn sterk opgekomen in deze periode onder invloed van overheidsbeleid door middel van een subsidieregeling, en de Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra (LVG).⁶⁰ Dit was een strategische zet omdat het beantwoordde aan de behoefte aan een multidisciplinaire samenwerking; aan meerdere disciplines aan de poort. Doch samen in één gebouw of centrum werken, bleek nog geen garantie voor daadwerkelijk samenwerking. Het principe heeft het beoogde doel dan ook niet behaald: een sluitend netwerk van gezondheidscentra in heel Nederland.⁶¹

⁵⁹ *Gezondheid, zorg en stelsel*. AMC/UvA-achtergrondstudie bij Vraag aan bod, Den Haag, 2001. P.29-30.

⁶⁰ Jolanda Dwarswaard, *De dokter en de tijdgeest. Een halve eeuw veranderingen in de beroepsethiek van huisartsen en chirurgen* (Den Haag 2011) p.110-111.

⁶¹ *De eerste lijn*. Overzichtstudies van het Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) Utrecht 2011, p.25.

5.5 De ideologische ontwikkelingen

In essentie was het in de jaren negentig nog steeds belangrijk om te voorkomen dat de patiënt te veel afhankelijk werd van de huisartsen zorg, maar de manier waarop dit gebeurde verschilde. Er werden standaarden ontwikkeld waarin werd vastgelegd welke zorg geïndiceerd was. De terminologie uitgebreid werd uitgebreid. Naast medicalisering werd er nu ook gesproken over een terughoudend of afwachtend beleid. Deze afwachtende houding die de huisartsen aan namen was de praktische uitwerking van de wens medicalisering te voorkomen. De NHG standaarden waren er dan ook op gericht om medicalisering te voorkomen en bij twijfel niet te handelen.

Deze ontwikkeling sloot niet aan bij de ontwikkelingen binnen de (specialistische) geneeskunde waar de boodschap steeds luidde dat er voor alle kwalen een oplossing was.⁶²

⁶² Jolanda Dwarswaard, *De dokter en de tijdgeest. Een halve eeuw veranderingen in de beroepsethiek van huisartsen en chirurgen* (Den Haag 2011) p.80-82.

6 Nabeschouwing

Samenvattend kan worden gesteld 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. Men ziet 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.⁶³

Huisartsen overwonnen de eerste crisis in hun beroep door zich te profileren als professionals op het gebied van de generalistische 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 alleen in een verdergaande professionalisering, maar ook in het ‘communicatieve consult’ dat patiënten van hen verwachten.⁶⁴

Na dit overzicht van ontwikkelingen binnen de huisartsenzorg in de vorige eeuw, rest de vraag welke van de vijf weergegeven aspecten de meeste invloed heeft uitgeoefend op het verloop van deze ontwikkelingen. Het moge duidelijk zijn dat het antwoord niet eenduidig zal zijn; het aspect waar de meeste nadruk op ligt zal per periode verschillen. In een poging te voorkomen dat de impressie wordt gegeven dat het antwoord per

⁶³ Huisarts en Wetenschap, ‘Het bestaansrecht van de huisarts’ Serie: Terug naar woudschoten (jaargang 2001)
<http://www.henw.org/archief/volledig/id1250-het-bestaansrecht-van-de-huisarts.html> (21 februari 2012)

⁶⁴ Ibidem.

periode eenduidig is, pleit ik voor het idee dat in iedere periode hebben alle factoren een zekere rol gespeeld hebben en dat er aan sommige ontwikkelingen meerdere motivaties ten grondslag lagen. De jaren veertig waren een mengelmooi van overheidsbeleid (het Ziekenfondsbesluit) en algehele medisch-technische ontwikkelingen, die vooral in deze jaren een enorme ontwikkeling door maakten. Hoewel deze direct invloed hadden op het huisartsenvak middels nieuwe apparaten en methoden, waren ook de indirecte gevolgen merkbaar: er ontwikkelden zich specialismen; en de vraag van de patiënt veranderde. In de jaren vijftig begon het aantal specialisaties verder toe te nemen - deze ontwikkeling mondde uit in de Woudschoten-conferentie, een conferentie die zowel ideologisch, medisch-inhoudelijk, als strategisch van belang was. Tussen de jaren zeventig en negentig groeide het aantal specialisten ten opzichte van huisartsen het meest.⁶⁵ Mijn vermoeden is dan ook dat de ontwikkelingen binnen de huisartsengeneeskunde in die periode naast ideologisch, ook vooral strategisch gemotiveerd waren. Vanaf de jaren tachtig en negentig zal de toenemende overheidsbemoeienis met het huisartsenvak – voornamelijk financieel gemotiveerd – wellicht meer invloed hebben uitgeoefend op de ontwikkelingen dan in andere perioden. De groei van het aantal specialisten stabiliseerde in deze periode; de huisartsen hadden in de uitoefening van hun beroep vooral te maken met restricties en regelgeving vanuit de centrale overheid.

De Nederlandse huisarts die met zijn koffer de huizen van zijn patiënten af ging en die als een soort pater familias zicht had op de algehele gezondheidstoestand van het gezin is niet meer. In de loop van de twintigste eeuw heeft de combinatie van een veranderende patiënt in een veranderende maatschappij, met toenemende medisch-inhoudelijke ontwikkelingen gezorgd voor ideologische en strategische drijfveren die de huisarts en het huisartsenvak deden veranderen.

⁶⁵ *Gezondheid, zorg en stelsel*. AMC/UvA-achtergrondstudie bij Vraag aan bod, Den Haag, 2001. P.39.