

Lezing voor NHG, 17 november 2006

De huisarts vanuit patiëntenperspectief

De Nederlandse huisarts zoals die eruit ziet vanuit patiëntenperspectief is nooit beter getypeerd dan door Sylvia Witteman in een prachtige column in het *Volkscrant Magazine*. Ik citeer:

“Nederlandse huisartsen werken over het algemeen volgens het principe ‘óf het gaat vanzelf over, óf je gaat er toch dood aan’, een tijd- en geldbesparend adagium waarnaar de meeste mensen zich zonder morren schikken, alvorens dan ook daadwerkelijk vanzelf beter te worden of dood te gaan. Voor alle kwalen die niet onder bovenstaande criteria vallen staat in de wachtkamer trouwens een handig rekje gereed met foldertjes, van Aambeien tot Zwemmerseczeem: de meeste ziekten zijn, als je de opgewekte leuterpraat mag geloven, te genezen door enige lichaamsbeweging, twee ons groente per dag, een glas warme melk voor het slapen gaan of het aantrekken van schone sokken.”

Einde citaat.

En voordat nu het idee bij u postvat dat de Nederlandse patiënt u niet waardeert, kan ik ter geruststelling melden dat uw patiënt u mist als u er niet bent. Zo heb ik een Amerikaanse collega, die al dertig jaar getrouwd is met een Nederlandse vrouw en die langzaam gewend is geraakt aan de Nederlandse gezondheidszorg. Onlangs was hij weer eens terug in zijn oude vaderland en daar werd hij getroffen door een geheimzinnige pijn in zijn teen. Hij wendde zich tot een Amerikaanse dokter en kreeg te horen dat die er niet veel van kon maken. De teen leek niet gebroken, maar als we precies wilden vaststellen wat er loos was, moest er aanvullend onderzoek plaatsvinden, met foto's en in een ziekenhuis. Mijn collega keek de dokter een beetje teleurgesteld aan en sprak toen de onsterfelijke woorden: 'Ik hoopte dat u zou gaan zeggen dat het vanzelf over zou gaan en dat ik anders over veertien dagen maar eens terug zou moeten komen.' Waarop de Amerikaanse arts zei: dat soort dingen zeg ik normaal gesproken alleen tegen onverzekerde patiënten, maar als u belooft dat u me niet gaat aanklagen wil ik het ook best tegen u zeggen.

Dames en heren, ik wil proberen in deze lezing te schetsen hoe uw patiënt zich heeft ontwikkeld vanaf de jaren '50 tot nu. Het hele eerste deel van die geschiedenis is prachtig voor ons uitgezocht door Annemarie Mol en Peter van Lieshout, in hun proefschrift *Ziek is het woord niet. Medicalisering, normalisering en de veranderende taal van huisartsgeneeskunde en geestelijke gezondheidszorg 1945 – 1989*. Mol en Van Lieshout beschrijven hoe de invoering van het ziekenfondsbesluit tijdens de Tweede Wereldoorlog na de oorlog leidde tot overvolle spreekuren. Mensen vonden het prettig dat zij met hun zorgen en problemen bij de huisarts terecht konden, zonder dat zij hoefden te tobben over de kosten. De huisartsen van hun kant vonden dit aanvankelijk verschrikkelijk. Mol en Van Lieshout citeren tal van boze artsen die in *Medisch Contact* laten weten dat slechts 20 tot 30 % van alle patiënten in hun overvolle wachtkamers iets medisch mankeert. De rest is op volstrekt misplaatste bezig de tijd van de huisarts te verbeuzelen. Huisartsen eind jaren veertig spraken met waardering over allerlei vormen van remgelden en no claim kortingen die je zou moeten invoeren om aan dit verwerpelijke gedrag van hun patiënten een einde te maken.

Tien jaar later, aan het eind van de jaren '50 lag dat helemaal anders. Op de Woudschoten conferentie van 1959 formuleerden huisartsen hun nieuwe ideaal. Zij wilden al die onzekere, angstige patiënten met hun ingebeelde kwaaltjes, hun zorgen en hun huwelijksproblemen juist wél op hun spreekuur zien. Het was hun ideaal om al die patiënten te leren kennen, ze wilden op de hoogte zijn van hun gezinssituatie, ze wilden meeleven met hun hoogte- en dieptepunten, ze wilden zich niet beperken tot het verstrekken van antibiotica, het verwijzen van patiënten met verdachte symptomen en het bespreken van ingegroeide teennagels. Patiënt en huisarts leken elkaar in dit opzicht te hebben gevonden.

Een ander kenmerk van de patiënt uit de jaren '50 en '60 was dat hij tamelijk gezeglijk was en in het algemeen afging op het oordeel van zijn huisarts. Tussen patiënt en huisarts bestond een forse opleidingskloof en huisartsen zagen het niet als hun taak om die kloof te dichten. Integendeel. Mijn collega Jolanda Dwarswaard analyseerde jaargangen van *Huisarts en Wetenschap* uit de jaren '50 en vond daar de volgende typerende citaten:

“In het algemeen dient men aan de patiënt de diagnose niet mede te delen, behalve wanneer de ziekte tot blijvende invaliditeit gaat leiden.”

“Om in beginnende gevallen de patiënt tot medewerking te bewegen, is echter een zekere mate van ziekte-inzicht soms gewenst.”

Tegen het eind van de jaren '60 en in de loop van de jaren '70 begint dit te veranderen. Het idee wint veld dat patiënten eerlijk moeten worden ingelicht over wat zij mankeren en in meer of mindere mate mee zouden moeten denken over hun behandeling. Er komt een democratiseringsbeweging op gang over de hele breedte van de maatschappij en ook in de gezondheidszorg.

Provo's en nozems tarten de politie, het gemeentebestuur en de nationale politiek. Studenten aan de universiteit willen inspraak en medezeggenschap en bezetten de bestuursgebouwen.

Rooms katholieke gelovigen verzetten zich tegen de kerkelijke opvattingen over seksualiteit en anticonceptie en dreigen de kerk te verlaten.

Protestantse gelovigen voelen steeds minder voor de eindeloze preken op zondag in de kerk.

Werknemers hebben genoeg van de orders en bevelen van hun baas en denken na over inspraak en arbeiderszelfbestuur.

Politieke partijen als D66 en de PPR willen meer rechtstreekse invloed van burgers op de politiek.

En in de gezondheidszorg lezen we in 1962 *One Flew over the Cuckoo's Nest* van Ken Kesey en sympathiseren met Jack Nicholson in de verfilming uit 1975. We vinden het terecht dat hij de autoriteit van de hoofdzuster in het psychiatrische ziekenhuis aan de kaak stelt en dit opstandige sentiment beperkt zich niet tot de psychiatrie. Ook in de reguliere gezondheidszorg klinkt een roep om minder paternalisme en meer gelijkheid tussen arts en patiënt.

Nu is er één ding dat u moet beseffen bij het nadenken over de jaren '60 en '70 en dat is dat deze roep om democratisering in ongeveer alle westerse landen opkwam, maar nergens zo hard en onverbiddelijk toesloeg als in Nederland. Hoe dat kwam is voor ons uitgezocht door James Kennedy, hoogleraar geschiedenis aan de VU en auteur van het prachtige boek *Nieuw Babylon in aanbouw*. Kennedy, half Amerikaans en half Nederlands, vraagt zich in dat boek af waarom de jaren 60 in Nederland zoveel meer losmaakten dan in Amerika en hij stelt vast dat dit te maken had met de houding van de elites in Nederland. In Amerika boden de elites weerstand aan de nieuwe

sociale beweging van de jaren '60; in Nederland gingen de elites direct overstap en gaven zij onmiddellijk toe aan de nieuwe eisen en verlangens. Provo's werden door bewindslieden uitgenodigd voor overleg in Den Haag en geprezen voor hun bijdrage aan "de ontwikkeling van de menselijke geest." Er kwamen experimentele cafés en gesubsidieerde jeugdclubs waar het gebruik en de verkoop van drugs werd gedoogd. Al in 1970 werd de Wet Universitaire Bestuurshervorming aangenomen, die studenten een grote mate van medezeggenschap gaf in universitaire en facultaire raden. Kennedy wijst erop dat deze wet breed werd gesteund, niet alleen door progressieve, linkse partijen in het parlement, maar ook door gezagsdragers aan de universiteiten en door confessionele politici.

Vooruitstrevende geestelijken bepleitten een nieuwe vorm van rooms katholicisme, waarin gelovigen zelf mochten nadenken en beslissen over seksualiteit en anticonceptie. Kerkleiders van verschillende religieuze denominaties zochten samenwerking, ondanks hun theologische verschillen van inzicht.

Vele geestelijken meenden dat de toekomst van het geloof moest worden gevonden in waarden als solidariteit en maatschappelijke betrokkenheid. Zij zochten aansluiting bij neomarxistische theorievorming en besteedden hun preken aan internationale politieke vraagstukken.

De Nederlandse Vereniging voor Seksuele Hervorming (NVSH) en het COC ijverden voor de emancipatie van homoseksuelen. Al in 1971 werd de wet in de door hen gewenste richting aangepast. De wettelijke leeftijd voor homoseksueel contact werd verlaagd van 21 naar 16. PvdA senator Edward Brongersma deed zelfs een poging alle leeftijdsbeperkingen voor seksuele activiteiten af te schaffen en daarmee pedofilie te legaliseren.

Volgens Kennedy kwam die toegeeflijkheid van de Nederlandse elites voort uit hun idee dat verandering onvermijdelijk was. De Nederlandse elites waren in de ban van zoiets als 'de tijdgeest' of 'de onverbiddelijke komst van het moderne leven.' Zij anticipeerden op veranderingen en pasten hun gedrag alvast aan.

Dit patroon, dat Kennedy aantrof bij de religieuze, politieke en culturele elites zien we ook terug in de gezondheidszorg. Ook daar werden de wensen en verlangens van de kleine, prille democratiseringsbeweging onmiddellijk opgepakt en overgenomen door de medisch-professionele elite. De anti-psichiatrie beweging in de geestelijke gezondheidszorg werd in belangrijke mate gesteund of zelfs gedragen door psychiaters. Menige patiëntenorganisatie is in de jaren '70, '80 of '90 opgericht op

instigatie van artsen. Bijna alle patiëntenorganisaties hebben een medische adviesraad waarin professionals meedenken met de verlangens van de patiënt.

Annemarie Mol en Peter van Lieshout bespreken een van de kritiekpunten van de democratiseringsbeweging in de zorg, namelijk het verschijnsel dat de medicalisering van problemen patiënten afhankelijk zou kunnen maken van hun artsen. Zij concluderen dat medische hulpverleners opvallend snel meegaan met de op hen geuite kritiek. Huisartsen erkennen vrijwel direct dat hun handelen medicaliserend kan werken en patiënten onmondig en afhankelijk kan maken. Zij beschouwen het als hun plicht om dit te vermijden of terug te draaien. Mondigheid, zo schrijven Mol en Van Lieshout, wordt binnen de kortste keren een *therapeutisch* ideaal. Het was dus niet zo in de jaren '60 en '70 dat patiënten serieus wilden worden genomen, terwijl hun ouderwetse, paternalistische artsen hen graag klein, inschikkelijk en afhankelijk wilden houden. Enkele patiënten en enkele wetenschappers en zaakwaarnemers namens die patiënten wezen erop dat patiënten onmondig en afhankelijk gemaakt werden door de gezondheidszorg. Vele artsen, huisartsen met name, onderschreven dit punt meteen en gingen er vervolgens toe over hun patiënten *op te voeden tot mondigheid*. Niet alleen de patiënten die daar om vroegen, maar ook andere patiënten, die hun eigen onmondigheid nog niet als probleem hadden gepercipieerd.

Er ontstaat in de loop van de jaren 70 en 80 een nieuw type patiënt: een mondige patiënt, die mee wil praten met de arts en die niet teveel gedokter aan zijn lijf wenst, omdat hij beducht is voor medicalisering en afhankelijkheid. Maar deze patiënt is voor een belangrijk deel gecreëerd en opgevoed door medische professionals, door huisartsen met name.

Tot zover de geschiedenis. Wat kunnen we nu zeggen over de patiënt in je jaren '90 en aan het begin van de 21^{ste} eeuw? Daarvoor kunnen we helaas niet meer afgaan op Kennedy en Mol en Van Lieshout, want hun historische onderzoek houdt daar ongeveer op. Maar we kunnen te raden gaan bij het NIVEL, bij het proefschrift van Henk Schers en bij de eerder op deze dag al gepresenteerde gegevens uit de NIPO enquête. Op basis daarvan zou ik zeggen dat de patiënt van nu een mengeling is van de patiënt uit de jaren '50 en '60 en die uit de jaren '70 en '80.

Eerst het jaren '50 en '60 element.

In de vandaag gepresenteerde NIPO enquête geven patiënten aan dat zij hun huisarts in vertrouwen zouden nemen bij psychische problemen (86 %), seksuele problemen

(71 %), gok- of drankverslaving (66 %), problemen in het gezin (62 %), bij problemen op het werk (58 %), en bij problemen in de relatie (51 %).

De gemiddelde Nederlander heeft geen problemen met een beetje paternalisme. Van de gemiddelde patiënt mag de huisarts zelf beginnen over overgewicht, een vermoeden van mishandeling, over voeding, roken, onvoldoende beweging, teveel alcohol, stress en veilig vrijen (de percentages in de NIPO enquête variëren van 70 tot 86 %). Een meerderheid vindt dat dit ook mag als de patiënt eigenlijk voor iets anders komt.

Henk Schers onderzocht of patiënten het belangrijk vinden om hun eigen huisarts te zien, dan wel dat zij genoeg nemen met elke dokter. Op belangrijke momenten blijkt de patiënt nog steeds graag zijn eigen dokter te zien. Dus niet bij een splinter in het oog, maar wel bij problemen op het werk (76 %), bij plotselinge pijn in de borst (79 %), bij bloed in de ontlasting (82 %), bij gezinsproblemen (87 %) en bij onverhoedse enge buikpijn (91 %). 96 % wil met de eigen arts overleggen als men een ernstige ziekte onder de leden heeft. Dit omdat – volgens 76% van de ondervraagden - de eigen huisarts de medische conditie beter kent, en volgens 73 % omdat de huisarts de persoonlijke situatie beter kent. Dit gold voor het overgrote merendeel van de patiënten, ongeacht geslacht, leeftijd, woonplaats of opleidingsniveau.

Schers schrijft aan het eind van zijn boek: “What can be learnt from this survey? First, in a changing society with apparent emphasis on turbulence and short-lived interpersonal contacts, most patients within general practice continue to value a personal doctor for serious and emotional problems, regardless of age, sex, place of residence and present circumstances. Secondly, patients appear to value personal continuity because they think that this will be beneficial to their health. Prior knowledge of the medical condition, as well as knowledge of the personal and family background is considered important by patients.”

Het door Schers aangetroffen beeld zien we ook terug in de NIPO enquête. 86 % van de patiënten geeft aan het belangrijk te vinden bij de eigen huisarts terecht te kunnen met medische problemen, 82 % wil naar de eigen huisarts bij psychische problemen, 75 % denkt dat je makkelijker praat tegen je eigen huisarts dan tegen een vreemde, ongeacht het soort problemen. 40 % van de Nederlanders zou het liefst zijn hele leven dezelfde huisarts hebben, nog eens 32 % heeft graag een huisarts voor langere tijd. Opvallend is ook dat veel van de door Schers ondervraagde patiënten behoefte bleken te hebben aan aandacht en steun of een bezoekje van hun huisarts op moeilijke of

belangrijke momenten in hun leven. Als ze in het ziekenhuis worden opgenomen of als een gezinslid overlijdt. Als er een baby wordt geboren. Maar zij zullen daar niet om vragen. “Only a few interviewees said that they would take the initiative themselves. They spoke less in terms of the relation, but were thinking more of what the GP could do for them,” schrijft Schers.

Patiënten vinden het nog steeds heel prettig om een eigen huisarts te hebben bij wie zij terecht kunnen, die belangstelling voor hen heeft en met wie zij kunnen praten over hun problemen. Van die huisarts verwachten zij ongevraagde belangstelling, maar van die huisarts accepteren zij ook ongevraagde vermaningen over hun leefstijl. Zo anders dan in de jaren '50 en '60 is dat niet.

Patiënten zijn in de jaren '90 en in de 21^{ste} eeuw ook nog steeds zoals zij in de jaren '70 en '80 zijn geworden. Regelmatig is vastgesteld dat het aantal consulten bij huisartsen niet extreem groeit, en het aantal als onnodig bestempelde consulten ook niet. Veel patiënten proberen hun medische sores eerst zelf op te lossen. 88 % geeft aan eerst op internet te zoeken (NIPO enquête). Menige patiënt zal de Sylvia Witteman wijsheid meteen onderschrijven: we hebben geleerd dat we niet naar de huisarts hoeven, omdat het in het algemeen toch vanzelf weer over gaat.

De patiënt van nu is dus voor een groot deel zoals de patiënt uit de jaren '50, '60, '70 en '80, maar de huisarts van nu is veranderd. De patiënt van nu heeft te maken met part time werkende huisartsen die niet voortdurend beschikbaar zijn, maar gewone kantooruren aanhouden voor een beperkt aantal dagen per week. De patiënt van nu wordt geconfronteerd met praktijkondersteuners die een deel van het werk van de huisarts over hebben genomen. En als de patiënt van nu in het weekend iets engs heeft of een kind met iets engs, dan moet die patiënt naar de huisartsenpost, waar hij wordt geholpen tegen een zo verrassend hoog tarief, dat hij de weekendvisite voortaan wel uit zijn hoofd laat, tenzij er echt doden dreigen te vallen. Wat vindt de patiënt van nu daar allemaal van? Over het algemeen worden deze veranderingen door patiënten geaccepteerd. Zij begrijpen dat hun artsen tegenwoordig hun aandacht verdelen tussen werk en gezin en dat zij opereren in groepspraktijken. De meeste patiënten zijn goed te spreken over de praktijkondersteuner, ruim 70 % is ook best wel tevreden over de huisartsenpost.

En hoe ziet de patiënt van de toekomst eruit? Als we mogen afgaan op de informatie die ons hierover bereikt vanuit het ministerie van VWS en vanuit de Nationale Patiënten Consumenten Federatie is de patiënt van de toekomst een prijs- en

kwaliteitsbewuste *consument*. Die nieuwe patiënt wil geen ongevraagde bemoeienis en zit niet te wachten op sentimentele huisbezoekjes, de nieuwe patiënt wil maatwerk en 'vraaggestuurde' zorg. Hij wil kunnen kiezen voor zorgaanbieders: ziekenhuizen, fysiotherapeuten en huisartsen op basis van kwaliteitsrankings en op basis van consumentvriendelijke websites vol informatie. Waar de oude patiënt, zeker in de jaren '70 en '80, beseftte dat hij zuinig moest zijn met de tijd van de dokter, omdat gezondheidszorg een collectief goed was en de arts nog meer patiënten moest behandelen, daar is de nieuwe patiënt veel meer geneigd om zijn eigen zorgpakket samen te stellen en zelf te kiezen voor meer of minder zorg, ongeacht de noden en behoeften van medeburgers. Zorg zal in de toekomst veel minder een publieke voorziening zijn dan nu het geval is, als wij mogen afgaan op de beleidsplannen van het ministerie.

De patiënt van de toekomst is geen project van onderop, hij is een nieuw, lopend opvoedproject van de overheid. In de jaren '70 en '80 zijn artsen in het algemeen en huisartsen in het bijzonder direct meegegaan met het toen geproclameerde nieuwe opvoedproject. Zij zijn hun patiënten gaan opvoeden tot mondigheid en zelfstandigheid, zij wilden hen vooral leren niet afhankelijk te worden van de zorg. De medische elite was, net als andere elites, direct overtuigd van het nut en de noodzaak van vernieuwing, men verzette de bakens en ging patiënten hervormen en opvoeden. De vraag is wat de medische elite in het algemeen en huisartsen in het bijzonder zullen gaan doen met het nieuw geproclameerde opvoedproject. Zullen zij opnieuw pro-actief gaan meedenken? Zullen zij hun patiënten gaan opvoeden tot kwaliteitsbewuste consumenten, mogelijk opnieuw vanuit het idee dat de tijdgeest dit vraagt en dat ook deze nieuwe verandering onvermijdelijk is?

Dat hoeft niet, zou ik willen benadrukken. U kunt er deze keer ook voor kiezen om niet pro-actief mee te denken met de patiënt van de toekomst. Als die patiënt van de toekomst er moet komen, laat die patiënt dan maar eigener beweging ontstaan. Niet alle veranderingen zijn een verbetering, niet alle veranderingen zijn onvermijdelijk en niet alle veranderingen behoeven pro-actieve steun. Uw patiënt van nu is loyaal aan u. Het zou mooi zijn als u omgekeerd loyaal zou willen zijn aan uw patiënt van nu, en die patiënt van de toekomst tot nader order nog maar even in de ijskast zou willen laten zitten.

