



Canon van de huisarts- geneeskunde

52 vensters van de
huisartsgeneeskunde

*Jan van Eijck
Barend Haeseker
Joep Jansma
Wouter van Kempen
Harry Vink*

52

Canon van de huisartsgeneeskunde



52

Canon van de huisartsgeneeskunde

Redactie:

Jan van Eijck

Barend Haeseker

Joep Jansma

Wouter van Kempen

Harry Vink

Inhoud

Voorwoord en verantwoording	6
01 Hippocrates en Celsus	8
02 Van middeleeuwse geneesheren tot hedendaagse huisartsen	10
03 De oprichting van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst in 1849	12
04 Het ontstaan van het specialisme huisartsgeneeskunde	14
05 Aletta Jacobs en Catharina van Tussenbroek	16
06 Van ziekenfonds tot zorgverzekeringswet	18
07 Oprichting van het Nederlands Huisartsen Genootschap	20
08 Hoe Carl Rogers en Michael Balint een andere patiëntbenadering introduceerden	22
09 De Woudschotenconferentie, het Woudschotenrapport en het basistakenpakket van de huisarts	24
10 Drie hoogleraren huisartsgeneeskunde	26
11 De huisarts en het medisch tuchtcollege	28
12 De concurrentiestrijd tussen huisartsen en specialisten	30
13 Van achterwacht naar gsm	32
14 Het vervoermiddel van de huisarts	34
15 Haat en liefde in de automatisering	36
16 De strijd van de apotheekhoudende huisarts	38
17 De opleiding tot huisarts	40
18 Bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen in Nederland	42
19 Thuisbevalling begeleid door de huisarts	44
20 Het verschil tussen stad en platteland	46
21 Pilperikelen	48
22 Overgangsklachten	50
23 Baarmoederexpertise van de huisarts	52
24 Hulpkrachten rond de huisarts	54
25 De wijkzuster terug van weggeweest?	56
26 Waarneming: van zondagsdienst naar huisartsenpost	58
27 De huisvesting van de huisarts	60

28 Veranderende patiëntenpopulatie	62
29 Ontspoord en de weg kwijt	64
30 Van behandeling naar preventie	66
31 Roken vroeger en nu	68
32 Ontdekking van de <i>Helicobacter pylori</i>	70
33 Medicamenteuze doorbraken: antibiotica en antidepressiva	72
34 Bevolkingsonderzoek, erfelijkheid en gendiagnostiek	74
35 Nascholing van de huisarts	76
36 Vaccinaties en de 'grieprik'	78
37 Nieuwe ziekten of oude wijn in nieuwe zakken?	80
38 Stervensbegeleiding	82
39 Abortus in Nederland	84
40 Verbeterde reanimatietechnieken	86
41 De huisarts en het mammacarcinoom	88
42 De huisarts en de microscoop	90
43 De huisarts en het laboratorium	92
44 Ongenode gasten	94
45 Huisarts en informatie- en communicatietechnologie (ICT)	96
46 Gewone en buitengewone dokters	98
47 Ruim honderd Joodse huisartsen kwamen niet meer terug	100
48 Over het consultatiebureau, de huisarts en de jeugdgezondheidszorg	102
49 Veranderingen in de huisartspraktijk	104
50 Orgaantransplantatie en donorcodicil	106
51 Gewenst levenseinde	108
52 Huisarts in de toekomst: baan met een black box-werkgarantie	110
Auteurslijst	112
Afkortingen	113
Bronnen	116
Index van namen	125
Colofon	128

Voorwoord en verantwoording

Ongeveer een jaar geleden kregen wij het verzoek een canon samen te stellen voor de Nederlandse huisartsgeneeskunde. Dat bleek in de praktijk lastiger te zijn dan aanvankelijk werd vermoed. De huisarts was vroeger een generalist die in zijn eentje een algemene praktijk uitoefende, inclusief de verloskunde. In Engeland wordt hij of zij daarom ook *General Practitioner* genoemd, vaak aangeduid met GP, en in het Frans als *Médecin généraliste* (MG) en in het Duits *Allgemeinmediziner*. Maar de uitdrukking huisarts, *family doctor* en *médecin de famille* leggen meer de nadruk op de gezinsbehandeling. In vroeger jaren was een verdeling bij artsen in huisartsen en specialisten doodgewoon en baderend werd wel eens gezegd: de specialist weet bijna alles van heel weinig en de huisarts weet heel weinig van bijna alles. Maar een tussenvorm bleek ook voor te komen, de half-specialist, een huisarts met een speciaal aandachtsgebied. In Duitsland blijkt zo'n half-specialist nog steeds te bestaan, bijvoorbeeld *Kardiologe-Internist-Hausarzt*. Er zijn dus nog steeds grote verschillen in positie, taakopvatting en vakuitoefening tussen de huisartsen binnen Europa. Tot het jaar 1973 kon iedere in Nederland afgestudeerde arts zich hier huisarts noemen. Geleidelijk aan ontwikkelden zich verdergaande opleidingseisen. Uiteindelijk werd voor de opleiding tot huisarts een aanvullende periode van drie jaar noodzakelijk geacht na het behalen van het artsdiploma. De huisartsgeneeskunde kan daarom zowel als een zeer oud als een buitengewoon jong, slechts veertig jaar, medisch vakgebied worden beschouwd. Het algemene aspect van de huisartsgeneeskunde is onmiskenbaar en de veranderingen in en versterking van de eerstelijns-geneeskunde onder invloed van politieke druk maakte een personele uitbreiding noodzakelijk. De ontwikkeling van de solitair werkende huisarts tot de uitgebreide groepspraktijk met veel personele differentiatie is een gevolg van deze trend. De huisarts wordt beschouwd als de poortwachter voor de gezondheidszorg. De toegang tot de medische zorg door de huisarts is drempelvrij gemaakt, maar als poortwachter mag hij beslissen over doorverwijzingen op medische indicatie.

Het is daarom logisch dat vooral de ontwikkeling van de organisatie van de huisarts en zijn of haar praktijkuitvoering uitvoerig wordt geschetst in deze canon door verschillende schrijvende werkers in het veld met de nodige ervaring.

Uit praktisch oogpunt wordt de algemeen waarneembare trend van canons gevolgd met ruim vijftig vensters en een chronologische opbouw, een van tevoren vastgestelde hoeveelheid tekst, met enkele illustraties, een korte literatuurverwijzing en een index. Aan de vensters van deze canon is een lijst met afkortingen toegevoegd, omdat de vrij recente ontwikkelingen gepaard gingen met zo veel op elkaar gelijkende of vreemde afkortingen (HAGRO, HIDHA, HOED, LOVAH, SOLK) dat men al gauw door de bomen het bos niet meer kan zien.

De redactie, bestaand uit vier huisartsen, drie rustend en één nog werkend en een adviseur-eindredacteur, werd in de uitvoering van haar werkzaamheden enthousiast ondersteund door de uitgever Hans Groen en projectmanager Marjolijn Bontje. Wij zijn het museum De Dorpsdokter in Hilvarenbeek en conservator Jan van Eijck zeer erkentelijk voor de bezielende rondleiding door het museum en de vele mooie afbeeldingen voor deze canon.

Het resultaat van alle inspanningen ligt voor u, een bundel korte geïllustreerde teksten over de huisartsgeneeskunde in de loop der jaren, geschreven door verschillende auteurs. Wij hopen dat het u ondanks de lichte verschillen in stijl en opvatting duidelijk zal worden hoe de huisartsgeneeskunde is ontstaan, waar zij uit bestaat en hoe zij zich met de tijd verder heeft ontwikkeld tot de praktijk van vandaag, met alle accentverschuivingen en veranderingen van dien.

Jan van Eijck, arts Maatschappij & Gezondheid en conservator van museum De Dorpsdokter in Hilvarenbeek
Barend Haeseker, plastisch chirurg np en waarnemend huisarts np, Rijswijk
Joep Jansma, huisarts np, Velden
Wouter van Kempen, huisarts, Haarlem
Harry Vink, huisarts np, Zaandam

01

Hippocrates en Celsus

Het begin van de westerse, rationele geneeskunde

De Griekse arts Hippocrates van Kos wordt algemeen beschouwd als de grondlegger van de westerse geneeskunde. Er is weinig met historische zekerheid over hem bekend. De 'vader der geneeskunde' was een natuurfilosoof die leefde van circa 460 tot circa 370 (tussen 375-351) v.C. Hij was niet voorbestemd voor een teruggetrokken leven als eilandbewoner, maar trok eropuit, naar alle grote steden van Griekenland. Hippocrates bestudeerde patiënten aan het ziekbed en ontwierp de humorenleer: bloed, slijm, gele gal en zwarte gal. Het resultaat van zijn waarnemingen, ethische vraagstukken en aforismen zijn door hem en zijn leerlingen neergelegd in een verzamelwerk van zeventig Griekse boeken, het *Corpus Hippocraticum*. Volgens de Vlaamse medisch historicus Leon Elaut (1897-1978) is het *Corpus Hippocraticum* een leerstellig *summa* van een medische opvatting die de tegenhanger was van andere medische opvattingen in de oudheid. Het *Corpus Hippocraticum* werd voor de eerste maal in Venetië gedrukt in 1526.

Met Hippocrates begon de wetenschappelijke, rationele geneeskunde. Zijn invloed reikte ver en duurde lang, en nog steeds leggen artsen in diverse landen een gemodificeerde eed van Hippocrates af. Het leven is kort, de (genees)kunst is lang, het gunstige ogenblik is snel voorbij, luidt het eerste aforisme van Hippocrates. De



Hippocrates van Kos.

Nederlandse artseneed werd in 2003 op enkele punten door de Commissie Herziening Artseneed vernieuwd en hierover werd een boekje door de Vereniging van Universiteiten (VSNU) uitgegeven. De nieuwe versie van de Nederlandse artseneed is bedoeld als een moment van reflectie op normen en waarden tijdens de uitreiking van de artsenbul. Door Hippocrates werd de geneeskunde verheven tot een zelfstandige discipline van het menselijk intellect, waarbij de geest de hand leidt, gevoed door een nobel hart. De belangrijkste biografie van Hippocrates in de oudheid toonde zich Soranos van Efesos met *Vita Hippocratis*. Bij Hippocrates speelde zorgvuldige inspectie van de patiënt een belangrijke rol.

Bekend geworden is zijn beschrijving van het gelaat van ernstige patiënten vlak voor hun dood, zij vertoonden het zogenoemde *facies Hippocratica*. In de vertaling van Elaut in 1960: 'Als, tegelijk met een van de andere ziekte-tekenen, de oogleden, de lippen of de neus uitgehold staan, een vale of gele kleur krijgen, weet men dat de dood nabij is; wijzen eveneens op de dood, slappe en loshangende, koude en bleke lippen. Wat de houding der handen betreft heb ik het volgende waargenomen: tijdens acute koorts, peripneumonieën, ijlkoorts en hoofdpijnen zijn handen die voor het aangezicht dwalen, in het ijle rondtasten, vlokjes van de bedbedekking pluizen of schilfertjes van de muren afplukken, altijd het voortekenen van een dodelijke afloop'.

Onze kennis over de Griekse geneeskunde is echter grotendeels te danken aan de Romeinse schrijver en encyclopedist Aulus Cornelius Celsus (25 v.C.-50 n.C.), wiens geneeskundig levenswerk eeuwenlang verborgen lag in een duistere hoek van de Vaticaanse bibliotheek, waar het rond 25 n.C. geschreven manuscript in 1426 werd ontdekt. In opdracht van de cultuurminnende paus Nicolaas V (1397-1455) werd het manuscript persklaar gemaakt en in 1478 in Venetië gedrukt en uitgegeven. Dankzij de ontluikende boekdrukkunst was *De medicina libri octo* van Celsus de eerste gedrukte medische tekst. In 1592 verscheen het boek ook bij Franciscus Raphelengius in Leiden. In 1906 volgde een zeer grondige Duitse bewerking door Walter Frieboes (1880-1945) in Rostock onder de titel *Aulus Cornelius Celsus Über die Arzneiwissenschaft in acht Büchern*. Het boek kende veel vertalingen en werd een ongehoord succes. De beroemde Amerikaanse internist, bibliofiel en medisch historicus, sir William Osler (1849-1919),



Aulus Cornelius Celsus.

hield het originele manuscript in 1909 in het Vaticaan ontroerd in zijn handen. Zijn passie was gewekt en voor zijn eigen bibliotheek wist hij 25 vroege drukken te verzamelen. Ook over Celsus is weinig bekend; niet waar hij werd geboren en niet waar hij woonde of overleed. Hij was een encyclopedist, geen arts. Hij schreef over landbouw en filosofie, maar deze werken zijn verloren gegaan. Zijn Latijnse schrijfstijl was beroemd en men gaf hem de eretitel 'de Cicero der geneesheren'. De acht medische boeken geven een goed overzicht van de Griekse geneeskunde.

In latere jaren volgden Galenus van Pergamon (130-ca. 210), de belangrijkste Griekse geneesheer en vivisector na Hippocrates en lijfarts van Marcus Aurelius. In de 7e eeuw ten slotte leefde de Byzantijnse arts Paulus van Aegina, die een medische encyclopedie *Pragmateia* in zeven delen schreef. De eerste gedrukte uitgave daarvan verscheen ook in Venetië, in 1528, slechts enkele jaren na het verschijnen in druk van het *Corpus Hippocraticum*.

02

Van middeleeuwse geneesheren tot hedendaagse huisartsen

Een medische zegetocht

Op bijna geen enkele manier is beter de enorme wetenschappelijke vooruitgang – en de daaruit voortkomende zegeningen voor de gehele mensheid – te demonstreren dan door het vergelijken van de medische kennis van de middeleeuwse geneesheren, de *medicinae doctores*, en de huidige huisartsen. Ondanks het feit dat ook andere wetenschappen vergelijkbare kennisontwikkelingen hebben doorgemaakt en dat zij er samen voor gezorgd hebben dat de levensverwachting van een pasgeborene sindsdien meer dan verdubbeld is van nog geen 30 jaar tot ongeveer 80 jaar, zal de individuele patiënt, die dat laatste als een vanzelfsprekend feit beschouwt, vooral de toename van de medische kennis van zijn dokter ongetwijfeld als een grote zegen beschouwen.

Geen wonder als men bedenkt dat de middeleeuwse geneesheer in onze ogen absoluut niet wist waar hij het op medisch gebied over had met zijn uit de oudheid stammende humorenleer. En dat wanneer hij zijn kennis ook nog eens ging toepassen, hij meestal het lijden van zijn patiënt alleen maar verergerde. Deze theorie ging ervan uit dat de vier *humores* – bloed, slijm, zwarte en gele gal – in een gezond lichaam met elkaar in evenwicht waren en dat ziekte werd veroorzaakt door het feit dat zij niet meer in balans waren. Dat probeerde hij



Doktersbul van Hendrik Ferdinand Ingenhousz, Leiden 1793.

te verhelpen door middel van aderlatingen, laxeren en het laten braken, wat vaak alleen maar de kwaal verergerde. Dat aderlaten besteedde hij uit aan de barbier die gewend was het scheermes vaardig te hanteren, of aan de meer gespecialiseerde barbier, de chirurgijn.

Deze toestand bleef in principe bestaan tot het begin van de 19e eeuw. Weliswaar had de geneesheer toen wat meer kennis gekregen van de anatomie en de fysiologie van het menselijk lichaam (bijvoorbeeld Harvey's bloedsomloop in 1628), de ziekteleer en de (kruiden)geneesmiddelen, maar de grote doorbraken kwamen pas

toen onder invloed van de wetenschappelijke revolutie de geneeskunde zich meer met de natuurwetenschappelijke inhoud van haar vakgebied ging bezighouden. En dat leidde tot de geweldige medische ontdekkingen vanaf het begin van de 19e eeuw.

Deze ontwikkeling had natuurlijk ook haar uitwerking op de kwaliteit van de universitaire opleidingen die nu voor het eerst serieus opgeleide medici gingen afleveren. Deze laatsten wilden daar natuurlijk de maatschappelijke erkenning voor krijgen en richtten in 1849 hun eigen beroepsorganisatie op: de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (NMG). Deze stelde eigen bekwaamheidseisen voor haar leden op, zodat er een onderscheid kwam tussen de NMG-leden, de artsen, en het ratjetoe van andere medische beroepsbeoefenaars, zoals kwakzalvers, heelmeesters enzovoort. In 1865 werd deze situatie door minister J.R. Thorbecke met een wettelijke regeling geformaliseerd. In het begin waren het bijna allemaal algemene artsen, de huisartsen *avant la lettre*, die nog geen eigen prak-



Koperen scheerbekken met gesmede aderlaatvljm, 18e eeuw.

tijkruimte hadden en dan ook alleen maar huisbezoeken aflegden. Daar moesten zij al hun verrichtingen, zoals verloskunde inclusief kunstverlossingen en operaties met behulp van ethernarcose, op de keukentafel uitvoeren. Alleen in de grote steden bij aanwezigheid van een ziekenhuis konden zij daar sommige van deze handelingen uitvoeren. In grote delen van het platteland werden, bij gebrek aan artsen, deze taken nog jarenlang door niet-universitair geschoolde krachten verricht.

Pas na 1870 kwam de spreekkamer in gebruik, maar een aantal van 20-50 huisbezoeken, zowel bij rijke als arme patiënten, bij 'dons en stro' zoals zij dat noemden, was toen nog heel normaal. Eerst lopend of per koets met een eigen koetsier, na 1887 ook steeds meer op de fiets en pas veel later met de auto. Toen langzaam het aantal artsen toenam en zij zich ook steeds meer over het platteland verspreidden, zag men dat zij daar regelmatig door niet-universitair opgeleide plattelandsgeneeskundigen, die niet tot de chirurgie bevoegd waren, in consult werden geroepen om keizersneden en operaties aan huis te verrichten. Tevens zag men ook de opkomst van de eerste 'specialisten' in de grote steden. Zo liet een huisarts in Delft omstreeks 1900 zijn chirurgie uitvoeren door 'een handige man met een speciale opleiding na het artsensexamen'.

Langzaam zetten deze ontwikkelingen zich voort en ontwikkelde de algemene arts uit de 19e eeuw zich uiteindelijk tot de huidige huisarts, de goed opgeleide specialist huisartsgeneeskunde, die wat algemene kennis betreft mijlen ver verwijderd staat van de middeleeuwse geneesheer.



De chirurgijnspaal van de barbier-chirurgijn, 18e eeuw.

03

De oprichting van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst in 1849



NMG-embleem.

Adolf Frederik Henri de Lespinasse (1819-1881), arts in Voorst bij Zutphen en al vroeg lid van de in 1845 opgerichte Geneeskundige Kring in Zutphen, koesterde een ideaal om een maatschappij voor Nederlandse geneeskundigen op te richten die onder meer hun beroepsbelangen zou kunnen behartigen. In 1846 opperde hij zijn plannen, om naar Frans voorbeeld, alle lokale medische genootschappen om te smeden tot een overkoepelende maatschappij voor geneeskundigen. Dit bleek een moeizaam formatieproces te zijn dat geduld en overleg vergde en enkele jaren zou duren. Hij ontving voor zijn gedroomde plan vanaf het begin begrip en medewerking van de zenuwarts Johan Nicolaas Ramaer (1817-1887) uit Zutphen. Deze had in 1844 al een voorzichtig begin gemaakt door het Geneeskundig Leesgezelschap van Zutphen om te zetten in een bredere Geneeskundige Kring. Een van de moeilijkheden om tot een landelijke organisatie te kunnen komen waren de lange reistijden van kleine dorpen naar een centrale vergaderplaats. Het recent sterk toegenomen spoorwegnet verbond weliswaar de grotere steden goed met elkaar en dat bleek van groot belang voor de initiatiefnemers. In 1849 was het eindelijk zover en op 23 oktober werd in Arnhem de Nederlandsche Maatschappij tot Bevorder-



Hoofdbestuur NMG, 1849. V.l.n.r. Mulder, Molewater, Voorhelm Schneevooft, Ramaer en Evers.

ring der Geneeskunst (NMG) opgericht. De Lespinasse wordt wegens zijn gedachtegoed wel beschouwd als de 'geestelijke vader van de Maatschappij' en Ramaer staat te boek als de 'feitelijke vader'. De oprichters van de NMG kwamen voort uit de Geneeskundige Kringen van Amsterdam, Den Haag, Rotterdam, Utrecht en Zutphen. Het waren respectievelijk Gustaaf Eduard Voorhelm Schneevooft, Johan Christian Gottlob Evers, Jan Bastiaan Molewater, Gerard Johannes Mulder en de eerdergenoemde Ramaer. Met een nieuwe geneeskundige wetgeving in het vooruitzicht was het streven erop gericht om een eenheid van het medische beroep, de

wetenschap, opleiding en maatschappelijke positie te bewerkstelligen. Bij de start telde de NMG ruim zeshonderd leden verdeeld over een twintigtal afdelingen en geen obstakel leek een snel stijgende groeilijn meer in de weg te staan. Niets bleek minder waar. De groei van het ledenbestand kreeg de gedaante van een koortsgrafiek, na de initiële groeifase volgden perioden van matige groei die in latere jaren afgewisseld werden door diepe dalen en diverse oplevingen. Bovendien functioneerden om onduidelijke redenen sommige afdelingen veel beter dan andere en werden andere afdelingen zelfs opgeheven.

De Maatschappij wilde zich sterker maken en duidelijker profileren door zich te oriënteren op buitenlandse medische beroepsverenigingen, die toen nog dun waren gezaaid. In Engeland was de landelijke medische beroeps- en vakbondsvereniging niet heel anders dan in Nederland ontstaan. Bij de sinds 1832 bestaande Provincial Medical and Surgical Association (PMSA) sloten zich diverse medische genootschappen aan die in 1858 de British Medical Association (B.M.A.) vormden en als orgaan *The British Medical Journal* (BMJ) uitgaven. De NMG publiceerde haar berichten aanvankelijk in het maandblad *Tijdschrift der Nederlandsche Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst* maar dat blad was geen lang leven beschoren. Door samensmelting van verschillende medische tijdschriften lukte het om in 1856 tot een gezamenlijk nieuw weekblad te komen. Het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* werd de wekelijkse periodiek voor de Maatschappij en haar leden. In het eerste nummer van 2 januari 1857 werd de verhouding met de NMG duidelijk gemaakt: *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, tevens Orgaan

der Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Na de Tweede Wereldoorlog werd het nieuwe tijdschrift *Medisch Contact* opgericht als orgaan voor de NMG, een tijdschrift dat zijn naam ontleende aan de bezettingsjaren op basis van loyaliteit en verzet tegen de Duitsers. In 1949 bestond de Maatschappij honderd jaar en kreeg zij het predicaat Koninklijk. *Medisch Contact* is nu het weekblad van de federatie KNMG. Het verschijnt in een oplage van 40.000 stuks. Het eeuwfeest vond in juli 1949 plaats in Amsterdam en voortaan kon men van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) spreken. Inmiddels is de KNMG een artsenfederatie met veel taken, onder andere voor opleiding en registratie, en huist zij in een nieuw onderkomen de *Domus Medica* in Utrecht. De artsenfederatie behartigt de belangen voor 53.000 artsen en studenten in de geneeskunde. Er zijn 16.500 studentleden geneeskunde. Het aantal districten – 23 – is constant gebleven, hoewel de namen voor een deel zijn gewijzigd. Deze cijfers tonen aan dat er een flinke groei heeft plaatsgevonden sinds 1849 en dat de KNMG zich een solide plaats heeft verworven in de artsenwereld.



Praktijkartieven KNMG, ca. 1960.



Hoofdkantoor NMG, Keizersgracht 327 Amsterdam, 1930.

04

Het ontstaan van het specialisme huisartsgeneeskunde

De erkenning van het specialisme huisartsgeneeskunde in 1973 betekende als het ware de voltooiing van de jarenlange emancipatiestrijd van de naoorlogse huisarts om voor zijn vak een gelijkwaardige positie in de gezondheidszorg te krijgen als andere medisch specialismen. Daar was een lange voorgeschiedenis aan voorafgegaan. Eerst had de in 1849 opgerichte Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (NMG) zelf bepaald wie lid kon worden en wie dus in haar ogen bekwaam was om de geneeskunde te mogen uitoefenen. Wat minister J.R. Thorbecke in 1865 bevestigde met zijn Wet op het Artsexamen. Er zouden universitair geschoolde geneeskundigen, artsen genaamd, komen die na hun doctoraalexamen nog anderhalf jaar klinische ervaring in academische ziekenhuizen zouden moeten opdoen alvorens zij bevoegd waren de gehele genees-, heel- en verloskunde te mogen uitoefenen. Wat zij gezien de verhalen over (kunst)verlossingen en operaties op de keukentafel dan ook deden. In principe is deze wettelijke bepaling nog steeds van kracht, alleen zal de medische tuchtraad de arts die dat nu zelfstandig doet zonder daartoe de bekwaamheid te hebben daarvoor veroordelen.

Aangezien er buiten de academische ziekenhuizen aan het eind van de 19e eeuw zo goed als geen specialisten



Diploma van Stedelijk Heelmeester van David Chr. la Porte, geboren in Dirksland. Hij behaalde het diploma na de Klinische School Rotterdam en examens in 's-Gravenhage, 1863.

waren, betekende dit dat zo'n arts zich als algemeen arts ergens ging vestigen en als een soort huisarts avant la lettre praktijk ging uitoefenen. Geleidelijk specialiseerde een aantal van deze artsen zich in bepaalde onderdelen van de geneeskunde en ging een specialistische praktijk uitoefenen binnen en/of buiten de ziekenhuizen. Om wildgroei tegen te gaan werd in 1932 door de NMG het zogenoemde specialistenregister ingesteld waarin de artsen werden opgenomen die volgens haar bevoegd waren zich specialist te noemen en die dan ook als zodanig door het ziekenfonds betaald werden.

Hiermee hadden de 'specialisten' zich als aparte groep dus afgescheiden van de rest van de (huis)artsen.

Toen er op den duur steeds meer specialisten kwamen, namen die automatisch meer taken van de huisartsen over en zagen deze huisartsen hun medische werk steeds meer afbrokkelen tot louter 'verwijskaartenschrijvers' voor de specialisten. Menige patiënt die de huisarts had doorverwezen, bleef voortaan bij de specialist onder controle. Daar werd vaak heel ambivalent tegenaan gekeken. Financieel gaf dat voor hun ziekenfondsinkomen (nog) geen probleem, de abonnementsbetalingen gingen gewoon door en het werk dat de specialist deed, hoefden de huisartsen niet zelf te doen. Alleen pikten de specialisten wel een steeds groter deel van hun particuliere inkomen in. Vooral de jongere huisartsen hadden daar grote moeite mee omdat die vonden dat daardoor hun vak steeds verder werd uitgehouden.

Vooraf in de eerste decennia na de oorlog zag je steeds meer jonge, enthousiaste huisartsen die zich toelegden op een verdieping van hun vak. Hoe dat precies gebeurde wordt in het venster *Woudschotenconferentie* [venster 09, pag. 24] beschreven. Er moest nog een lange weg worden afgelegd met onder meer de oprichting van het Nederlands Huisartsen Genootschap (1956), de 'Woudschotenconferentie' (1959), het 'Woudschotenrapport' (1966), het 'basistakenpakket van de huisarts' (1983) en de benoeming van de eerste hoogleraar in de Huisartsgeneeskunde (1966) alvorens het specialisme huisartsgeneeskunde in 1973 erkend werd. Daarna kwam dan nog de opleiding voor



Nota uit 1894 van een huisarts uit Oosterwijk die blijkbaar specialistische verrichtingen kon declareren.

huisartsen (1974) tot stand, wat later in de Wet BIG door de overheid in 1998 formeel bekrachtigd werd. Sinds die tijd bestaat de situatie in de volksgezondheid dat zelfstandig medisch handelen nog slechts gedaan mag worden door afzonderlijke specialisten, waarvan de huisarts er een is met een duidelijke eigen taak en verantwoordelijkheid.

Opmerkelijk en typisch Nederlands hierbij is dat het ontstaan van zowel artsen als specialisten steeds voortkwam uit initiatieven vanuit de beroepsgroep zelf en dat dit steeds achteraf door de overheid via een wet werd bekrachtigd. Dat zagen we bij de Geneeskundige Wetten van Thorbecke in 1865, de invoering van het Ziekenfondsenbesluit in 1941 en de Wet BIG in 1998. Een mooi voorbeeld dus van ons poldermodel, waar het 'veld' vaak privaatrechtelijk het voortouw neemt en waar de overheid dit dan later publiekrechtelijk wettelijk bekrachtigd.

05

Aletta Jacobs en Catharina van Tussenbroek

Twee pioniers van de moeizame opkomst van de vrouwelijke dokter



*Aletta Jacobs.
Foto: Nationaal Archief
Spaarnestad.*

Uit het feit dat op initiatief van Maria Anne van Herwerden (1874-1934) men op 24 april 1926 de Stichting Fonds Dr. Catharine van Tussenbroek oprichtte – ter nagedachtenis aan de tweede vrouwelijke arts in Nederland en een van de eerste vrouwen die koos voor een academische studie – met als doel het bevorderen van de wetenschappelijke ontplooiing van vrouwen, blijkt wel dat in de eerste helft van de 20e eeuw ook op wetenschappelijk gebied vrouwen nog ver achterbleven ten opzichte van mannen. En dat gold met name ook voor vrouwelijke huisartsen. Niet alleen het binnendringen in zo'n typisch mannenbolwerk als dat van de huisartsen was erg moeilijk, er waren ook veel onoverkomelijke praktische bezwaren. Huisartsen waren bijna allemaal solistisch werkzaam. De 'vrouw van de huisarts' was daarbij onontbeerlijk. Zij moest dag en nacht als achterwacht functioneren als de huisarts op pad was. Voor een vrouwelijke huisarts was dat zo goed als onmogelijk. Het fenomeen 'man van de huisarts' en 'papadagen' bestond toen nog niet. De enige mogelijkheid om als vrouwelijke huisarts te kunnen functioneren was als huisartsenechtbaar, waarbij zij dan meestal als

'hulpje' van haar man optrad, want haar taak als huisvrouw en moeder bleef voorop staan.

Pas in de jaren zeventig kwam het fenomeen van 'huisarts in dienst van de huisarts' (HIDHA) schoorvoetend opzetten. Het ziekenfonds gaf daar geen extra vergoeding voor. Dat deed het pas als men ging associëren, maar dat was toen nog niet aantrekkelijk omdat men dan al direct de volledige pensioenpremie moest betalen aan het in 1973 opgerichte huisartsenpensioenfonds. De later ingevoerde gereduceerde premiebetaling bij werken in deeltijd zou dat bezwaar ondervangen.

Dat het zo'n eeuw geleden niet onmogelijk was om als vrouw 'huisarts' te worden, blijkt wel als we de levensgeschiedenissen van zowel Aletta Jacobs (1854-1929) als Catharina van Tussenbroek (1852-1925) bekijken, die wij beiden zeker als pioniers van de vrouwelijke huisartsen mogen beschouwen. Beiden waren fervente feministen, waarvan Aletta wel de meest militante was. Zij kwamen geen van beiden voort uit de 'hogere klasse'. Aletta was de dochter van een vroedmeester uit

Sappemeer, terwijl Catharina's vader Gerardus timmerman was. Deze afkomst bepaalde ook hun studiekeuzes.

Aletta was in staat om in 1870 als eerste Nederlandse vrouw als 'toehoorder' het hbs-diploma te behalen en kreeg zelfs van de liberale minister J.R. Thorbecke (1798-1872) toestemming om aan de universiteit medicijnen te gaan studeren. Tekenend voor die tijd was dat Thorbeckes schriftelijke toestemming aan haar vader was gericht. Op zijn sterfbed gaf hij Aletta ook nog toestemming om examens af te leggen zodat zij na haar promotie in 1879 in Groningen als eerste vrouwelijke (huis)arts in Amsterdam kon gaan werken, waar zij zich vooral bezig hield met 'vrouwenzaken'. Zo introduceerde zij het pessarium als voorbehoedsmiddel in plaats van het alleen maar voor verzakte baarmoeders te gebruiken.

Catharina werd arts via een omweg, door eerst onderwijzeres te worden. De toenmalige gebruikelijke weg voor pientere arbeiderskinderen om hogerop te komen. In 1880 ging zij in Utrecht medicijnen studeren en promoveerde daar in 1887, waarna zij zich evenals Aletta ook in Amsterdam als arts voor vrouwen en kinderen vestigde. In tegenstelling tot Aletta hield zij zich, naast haar gynaecologische en verloskundige werk, ook bezig met het

wetenschappelijke en organisatorische gebied daarvan. Zo publiceerde zij samen met Hector Treub (1856-1920) in opdracht van de Nederlandsche Gynaecologen Vereniging (NVG) het artikel *Over den criminel abortus in Nederland* in 1908 in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* (NTvG), waarin zij pleitten voor een herziening van de wetgeving waardoor zwangere vrouwen niet langer aangewezen waren op illegale aborteurs met vaak een dodelijke afloop. Catharina werd ook nog lid van de redactie van het NTvG, lid van het hoofdbestuur van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunde (NMG), secretaris van de NVG en presidente van het Nationale Bureau voor Vrouwenarbeid. Evenals Aletta bleef zij zeer actief in de feministische beweging, hoewel de laatste er in 1892 niet aan ontkwam om weliswaar onder protest de wettelijke gelofte van gehoorzaamheid aan haar man af te leggen bij haar huwelijk.

Beiden mogen dus met recht 'pioniers' van de opkomst van de vrouwelijke huisarts genoemd worden. Zij hebben aangetoond dat het inderdaad ruim een eeuw geleden mogelijk was om als vrouw (huis)arts te worden. Wat nu met 37% vrouwelijke artsen en ruim 40% vrouwelijke huisartsen heel normaal is. Maar dat vereiste toen wel erg veel motivatie en vooral doorzettingsvermogen.



Catharina van Tussenbroek.



Porseleinen speculum, twee pessaria en het Leerboek van prof. H. Treub (1896).

06

Van ziekenfonds tot zorgverzekeringswet



Huishoudelijk reglement ziekenfonds Alfen en omgeving.

Het begrip 'ziekenfonds' stamt uit het einde van de 18e eeuw. Een ziekenfonds vormde een verzekering tegen ziektekosten, maar soms ook tegen kosten van arbeidsongeschiktheid door ziekte. Deze verzekeringsvorm was vrijwillig en richtte zich op mensen uit de lagere inkomensklassen. In 2006 werd de Zorgverzekeringswet ingevoerd.

De ziekenfondsen hanteerden in het begin strenge toelatingseisen: zieken, gehandicapten, bejaarden, zwangeren en alcoholisten werden uitgesloten en ze hanteerden wachttijden tot wel een half jaar. Er werd uitgekeerd in natura: dokterskosten werden door het ziekenfonds rechtstreeks aan de zorgverlener betaald, zonder dat verzekerden de rekening kregen. Hiertoe sloten de ziekenfondsen contracten af met zorgverleners (voor een gereduceerd tarief), die daardoor medewerker werden. Daarnaast bestond het fenomeen ziekenbus, een vereniging tot onderlinge steun bij ziekte. Zo'n ziekenbus was soms verbonden aan een vereniging zoals bij de Schutterij in Blerick (1875) en ook in Tegelen (1835). De leden van de ziekenbus deponeerden elke zondag een bepaald bedrag in een bus. Dat gaf hen recht op een uitkering als zij door ziekte niet konden werken en daardoor niets verdienden. Geleidelijk zijn de ziekenbussen opgeheven toen de ziekenfondsen hun taak overnamen.



Verordeningblad 16 augustus 1941, stuk 34 met 'Het Ziekenfondsenbesluit' (Besluit 160).

Door invoering van de ziekwet in 1913 door minister Aritius Sybrandus Talma (1864-1916), kwam er een scheiding van verzekeringen voor ziekengeld en ziekenzorg. Met het ziekenfondsbesluit van 1941 (onder Duitse bezetting) werd de ziektekostenverzekering voor mensen in loondienst tot een bepaalde inkomensgrens verplicht. Door dit besluit steeg het percentage ziekenfondsverzekerden ineens van 45 naar 63%. De verhouding van ongeveer 2/3 ziekenfonds- en 1/3 particulierverzekerden zou ongeveer tot aan de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 blijven gelden.

Huisartsen met een medewerkercontract ontvingen van het betreffende ziekenfonds per jaar een bepaald vast

abonnementshonorarium voor elke ingeschreven ziekenfondsverzekerde in hun praktijk. Zij konden niet per verrichting declareren, maar waren daardoor wel verzekerd van een vast jaarlijks inkomen. Hierdoor ontstond een scheiding (soms ook in behandeling) tussen particuliere (betalende) patiënten en ziekenfondspatiënten.

Met het oog op kostenbeheersing in de gezondheidszorg werden steeds meer ingrijpende maatregelen bedacht door de overheid, die uitgevoerd dienden te worden door de ziekenfondsen. In 1982 verscheen de lijst van minister Til Gardeniers-Berendsen (1925-heden) waarop 312 medicijnen stonden vermeld (ofwel 1/6 van het totaal), die niet meer voor ziekenfondsverzekerden vergoed mochten worden. In 1982 voerde staatssecretaris Joop van der Reijden (1927-2006) onder andere de 'medicijnenknaak' in, een bijdrage van f 2,50, die iedere ziekenfondsverzekerde per recept moest betalen.

Omdat de regie van de gezondheidszorg door de overheid neergelegd werd bij de ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars, werden zij er in de ogen van huisartsen niet sympathieker op. Steeds minder was toegestaan, steeds vaker werden declaraties afgewezen of gekort, de schadeverzekeringsmaatschappij regelde zelf de schade. Er kwam een ziekenfondsknik in het honorarium: huisartsen met meer dan 1800 ziekenfondspatiënten kregen nog maar een gedeelte van het honorarium en bij meer dan 2300 geen vergoeding meer. De ziekenfondsen hadden zitting in de commissie

die het vestigingsbeleid bepaalde. Ten aanzien van de medicatie bepaalde de ziekenfondsen welke middelen wel en welke niet meer vergoed werden. Eind jaren negentig werd zelfs een bonus-malussysteem ingevoerd ten aanzien van het substitutiebeleid: waar mogelijk dienden huisartsen goedkopere, vervangende geneesmiddelen voor te schrijven (met alle gevolgen voor de kwaliteit). Als een huisarts gebruik wilde gaan maken van vergoeding voor een praktijkondersteuner (vanaf 2003) werd een bepaald percentage substitutievoorschriften zelfs als voorwaarde gesteld. Voor huisartsen werd het er niet gemakkelijker op.

Op 1 januari 2006 werd de Zorgverzekeringswet ingevoerd, waardoor het verschil tussen ziekenfondsen en particulieverzekerden eindelijk verdween. Iedere Nederlander is sindsdien verplicht zich te verzekeren tegen ziektekosten en heeft daarbij zelf de keuze bij welke maatschappij en tegen welke voorwaarden. Tevens moet iedereen dan aangeven bij welke huisarts hij of zij staat ingeschreven. De huisarts ontvangt van iedere ingeschrevene een vaste vergoeding per kwartaal (inschrijftarief) en kan daarboven voor de consulten en visites een afgesproken vergoeding declareren¹, aangevuld met declaraties voor extra verrichtingen en tweedelijns vervangende zorg (M&I-module). Voor omschreven ziektebeelden (bijvoorbeeld diabetes en COPD) kan de huisarts een contract afsluiten (ketenzorg), welke geleidelijk de vergoeding voor de module praktijkondersteuning moet gaan vervangen.



Bord ter ere van het 25-jarig bestaan van het Afdelings-ziekenfonds te Tilburg in 1939.



Standbeeld van de ziekenfondsbode, voor het kantoor van Aegis te Amersfoort. Frank Rosen, 1946.

¹ In 2006 is dat € 14,95 en € 9 per consult en in 2013 € 14,15 - € 24,75 (leeftijdsafhankelijk) respectievelijk € 8,67.

07

Oprichting van het Nederlands Huisartsen Genootschap

Op 29 december 1956 werd het Nederlands Huisartsen Genootschap, ofwel het NHG, opgericht. Het doel en motto van het genootschap werd het bevorderen van de wetenschappelijke uitoefening van de geneeskunde door huisartsen. Nu, ruim 55 jaar later, zet het NHG zich nog steeds in voor de huisarts(enpraktijk).

Rond 1950 had het beroep van huisarts geen hoge status in de ogen van de specialisten en bovendien liet de praktijkvoering te wensen over. Een efficiënte praktijkvoering moest de basis zijn voor een verantwoorde werkwijze van de huisarts, met een noodzakelijk wetenschappelijk fundament. Een kleine groep huisartsen begon wetenschappelijk onderzoek te doen op basis van hun praktijkgegevens en bepleitte het belang van een wetenschappelijke vereniging naast de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). Het proefschrift van Just Buma, *De huisarts en zijn patiënt; grondslagen van het medisch denken en handelen* (1949), was belangrijk in deze ontwikkeling. Buma wees het sociale aspect aan als terrein voor bij uitstek de huisarts. Nadat in 1955 in *Medisch Contact* werd aangedrongen op het oprichten van een wetenschappelijke vereniging ontstond een Initiatiefgroep Huisartsen Studiegenootschap; al snel werd dit de Werkgroep Oprichting NHG. Tijdens een congres eind 1956 werd tot de oprichting van het NHG besloten.



Geert Bremer, emeritus hoogleraar Huisartsgeneeskunde aan de RU te Groningen, promoveerde in 2000 op dit proefschrift, waarin hij alle 400 proefschriften van huisartsen in de 20^e eeuw analyseerde. Eén van zijn stellingen was: 'Om een goede huisarts te zijn hoeft men geen wetenschappelijk onderzoek te doen'.

Op de bewuste zaterdagmorgen, 29 december 1956, kwamen de leden van de Werkgroep Oprichting NHG bijeen in Utrecht. De missie werd statutair geformuleerd als 'de bevordering van wetenschappelijk gefundeerde uitoefening van de geneeskunde door huisartsen'. Hein Hogerzeil hield als eerste voorzitter van het NHG (1956-1960) een toespraak waarin hij stelde dat het genootschap zich geen geringe opgave heeft gesteld. 'Niemand weet precies wat huisartsengeneeskunst inhoudt, noch naar uitgebreidheid en begrenzing, noch naar de wijze waarop wetenschappelijke studie zich zal moeten ontplooiën.' 203 leden maakten deze memorabele gebeurtenis mee. In totaal hadden zich 500 huisartsen voor het lidmaatschap van het genootschap opgegeven, 14% van de toenmalige huisartsen.

Eind januari 1959 organiseerde het NHG de befaamde Woudschotenconferentie [venster 09, pag. 24]. Daar werd de taak van het NHG omschreven en de functie van de huisarts, opgesteld door huisarts Frans Huygen uit Lent en aangescherpt door Buma, kenbaar gemaakt. De daar geformuleerde kernwaarden gelden nog steeds. Huygen zou van 1960 tot 1968 voorzitter van de NHG zijn.

Vanaf het begin heeft het NHG aandacht besteed aan de arts-patiëntrelatie en de praktijkvoering. Daar kwamen vervolgens wetenschap en de huisartsenopleiding bij, met vanaf de tweede helft van de jaren zestig de benoeming van de eerste hoogleraren Huisartsengeneeskunde en de instelling van huisartseninstituten aan universiteiten. Vanaf de jaren tachtig werden kwaliteits- en standaardenbeleid, met daaraan gekoppelde nascholing, preventie en patiëntenvoorlichting, tevens belangrijk. Toetsing, samenwerking met andere disciplines en internationale contacten volgden tot slot.

1966 was om een aantal redenen een belangrijk jaar voor het NHG. Het genootschap bestond tien jaar en bovendien werd J.C. van Es in Utrecht benoemd tot de eerste (buitengewoon) hoogleraar Huisartsengeneeskunde. Vervolgens werden van 1967 tot 1974 aan alle universiteiten hoogleraren Huisartsengeneeskunde benoemd en universitaire huisartseninstituten ingesteld. In 1973 werd bovendien de verplichte beroepsopleiding en registratie van huisartsen ingevoerd. De huisarts wordt sindsdien als apart specialisme binnen de geneeskunde erkend. Twee jaar later werd de eerste erkende huisarts geregistreerd.



Heruitgave van prof. Frans Huygen, Family Medicine uit 1978, dat verscheen bij het 50-jarig bestaan van de NHG in 2006. Het boek wordt beschouwd als een monument voor de huisartsgeneeskunde.

In de periode van 1980 tot 1987 vond een overgang plaats van het NHG als liefhebberorganisatie, met een verzameling van losse werkgroepen, commissies en regionale centra, naar een professioneel ondersteuningsapparaat. Waar het NHG-bureau in 1980 slechts zes medewerkers telde, was het NHG in 1989 uitgegroeid tot een professionele organisatie met 35 medewerkers. In 1987 werd het kwaliteitsbeleid geformuleerd en begon het NHG met het schrijven van de eerste NHG-standaard. In 1989 verscheen deze eerste standaard, *Diabetes mellitus type 2*. Dit zorgde voor een kentering. De samenvattingkaartjes van deze en daaropvolgende standaarden waren gewild. Ze waren enkel te verkrijgen via *Huisarts en Wetenschap*, het blad van het NHG sinds september 1957, en een abonnement daarop was gekoppeld aan het NHG-lidmaatschap. Het leden-tal groeide hierdoor dan ook explosief: van 2.500 in 1989 naar 4.000 in 1990 en verdubbelde in het decennium daarna tot 8.000. Het NHG-bureau groeide mee naar ruim 100 medewerkers. In 2011 waren dit er 130 en overschreed het ledenaantal de 11.000. Het aantal NHG-standaarden stond in 2011 maar liefst op 90.

Hoe Carl Rogers en Michael Balint een andere patiëntbenadering introduceerden

In zijn boek *Dorp aan de rivier* (1934) beschreef Antoon Coolen (1897-1961) een huisarts die leunend op zijn autoriteit zonder al te veel nadenken over zijn eigen functioneren zijn werk kon doen. Ook Toon Kortooms (1916-1999) beschreef veertig jaar later (1975) een huisarts blakend van zelfvertrouwen. De vraag aan een patiënt: 'Wat denkt u er zelf van?' was nog ongebruikelijk, er werd voor de patiënt gedacht. Tegenover deze paternalistische, directieve benadering van patiënten verscheen onder invloed van de humanistische psychologie van Carl Rogers (1902-1987) en Abraham Maslow (1908-1970) in de tweede helft van de vorige eeuw een nieuwe denkwijze in de geneeskunde.

In 1951 poneerde Rogers zijn negentien stellingen met betrekking tot een cliëntgerichte psychotherapie. Daarenboven paste Rogers 'onvoorwaardelijke waardering' toe. Hij accepteerde iemand 'zonder enig negatief oordeel betreffende zijn fundamentele waarden'. Zijn non-directieve patiëntbenadering vond het eerst bij huisartsen gehoor. Huisartsen waren zelfstandig en onafhankelijk en konden hun eigen prioriteiten bepalen. Zij waren het meest geneigd te veranderen en meer medemens te zijn voor hun patiënt. De witte jas ging



Carl Rogers.

aan de kapstok. Het zelfbewustzijn van de huisarts zou gaan groeien. De geïnstitutionaliseerde specialisten, die zich meer ten opzichte van elkaar moesten bewijzen dan de huisartsen, konden deze nieuwe benadering veel moeilijker implementeren.

Michael Balint (1896-1970) werd in Hongarije geboren als zoon van een huisarts. Na zijn artsexamen specialiseerde hij zich als psychoanalyticus in Boedapest en later Berlijn. Als Jood vluchtte hij voor de Tweede

Wereldoorlog naar Engeland en kwam in de Tavistock kliniek in Londen te werken. Daar nam hij, als psychiater, omstreeks 1950 het initiatief om huisartsen onder zijn leiding met elkaar in groepsverband te laten praten over de problemen die zij in het dagelijks werk ondervonden. Het werken met artsen in groepsverband had hij overgenomen van zijn leermeester Ferenczi. Hij was ervan overtuigd dat als de huisartsen in staat zijn beter te begrijpen wat er bij hun patiënten leeft, dit een positieve uitwerking op het genezingsproces heeft. Balint heeft over zijn ervaringen met de huisartsen in Londen een boek geschreven: *The Doctor, his Patient and the Illness*, dat in 1956 verscheen. Dit boek heeft, wereldwijd, een grote invloed gehad op het functioneren van de huisartsen die toen werkten.

Ook in ons land ontstonden balintgroepen. Een groep bestaat uit acht tot twaalf huisartsen die gemiddeld eens per twee weken bij elkaar komen. Onderwerp van gesprek is een patiënt-probleem dat door een van de huisartsen wordt ingebracht. De groep wordt geleid door een huisarts-voorzitter. Daarnaast is er een psychotherapeut die als consulent optreedt. De voorzitter is gespreksleider en bewaakt de continuïteit van het groepsproces. Beide begeleiders dragen zorg voor voldoende veiligheid in de groep. De consulent richt zijn/haar aandacht op datgene wat belemmerend werkt op de verheldering van het voorliggende probleem en brengt daarnaast vanuit de eigen deskundigheid ideeën naar voren die het de deelnemers mogelijk moeten maken meer inzicht in de problematiek te verkrijgen. Het gaat dus niet om een soort psychotherapie of



Michael Balint.



groepstherapie voor de deelnemers. Balintgroepen zijn taakgerichte groepen: het gaat uitsluitend om het zoeken naar die aspecten van het eigen gedrag die het contact met de patiënt belemmeren, of die de juiste benadering van het probleem van de patiënt verhinderen. Een en ander kan leiden tot een andere wijze van praktijkorganisatie, meer plezier in het werk en toegenomen vaardigheid in het omgaan met patiënten.

Er zijn op het ogenblik veertig actieve balintgroepen in Nederland. De opzet is in 1991 beschreven door H. Dokter en F. Verhage en heeft er met name toe geleid dat de functie van voorzitter en consulent werden gescheiden. De meeste balintgroepen zijn open groepen. Dat wil zeggen dat een plaats die vrijkomt doordat een groepslid vertrekt, door een nieuwe deelnemer kan worden ingenomen. Voor de balintgroepen geldt dat deelname geaccrediteerd wordt met 1 punt per uur.

De Woudschotenconferentie, het Woudschotenrapport en het basistakenpakket van de huisarts

De aanzet tot het huisartsenspecialisme

Waar bij de vooroorlogse huisarts vooral het veiligstellen van zijn financiële positie op de voorgrond stond, kwam na de oorlog het verbeteren van de kwaliteit van zijn werk op de eerste plaats. Het in 1941 ingevoerde verplichte ziekenfonds, waar ruim 60% van de bevolking lid van was, had hem van een redelijk basisinkomen verzekerd. Bovendien hadden de vakbondachtige activiteiten van de in 1946 opgerichte Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), een onderdeel van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), er ook nog voor gezorgd dat het inkomen uit zijn ziekenfondspraktijk zodanig was gestegen dat hij zelfs gemiddeld meer ging verdienen aan zijn ziekenfondspatiënt dan aan zijn particuliere patiënt. Al met al was zijn inkomen in de jaren zestig met 50% gestegen tegenover 16% voor de rest van bevolking.

Wij zien dan ook dat vooral jonge, enthousiaste huisartsen zich nu gingen richten op de kwaliteitsverbetering van hun werk. Vooral het in 1956 opgerichte Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) nam daarin het voortouw; zo organiseerde men in januari 1959 daarover



Proefschrift van H.A.M. Ruhe, huisarts in Hilvarenbeek van 1934-1975. Hij promoveerde in 1957 op een analyse van zijn praktijk vóór en ná de invoering van het ziekenfonds (1941). Hij pleitte al voor 'de huisarts als een gespecialiseerde geneeskundige'.

een conferentie in het Woudschoten Hotel & Conferentiecentrum in Zeist. Daar formuleerde men de functie van huisarts: 'het aanvaarden der verantwoordelijkheid

voor continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toegevoegde individuele mensen en gezinnen'! Maar al snel ontstond daar twijfel over. Het was duidelijk dat hiermee een ideaal was gesteld, maar velen vonden ook dat de huisarts hiermee een verantwoordelijkheid aanvaard had waaronder hij dreigde te bezwijken. Eindeloze discussies kwamen op gang over of men dit (te) hooggestemde ideaal niet zou moeten verminderen of dat men de draagkracht van de huisarts zou moeten proberen te vergroten. Enerzijds was daar het streven naar een grotere professionalisering van de huisarts met een vergroting van zijn kennisdomein en het krijgen van een eigen beroepsopleiding, anderzijds was er ook de grotere vermaatschappelijking van de huisarts, waarbij de (jonge) huisartsen streefden naar een beter evenwicht tussen hun professionele arbeid en de andere ambities in hun leven.

Hoe moeilijk deze discussies wel waren, mag blijken uit het feit dat het zogenoemde *Woudschotenrapport* pas in 1966, ter gelegenheid van het tienjarig bestaan van het NHG, gepubliceerd werd. De taken van de huisarts werden uitgesplitst in twaalf deeltaken. Er werd tevens een onderscheid gemaakt tussen op kennis en op vaardigheden gerichte nascholing. Verder werden de volgende drie beleidsvragen gesteld. 1) Moest er een verplichte postuniversitaire specifieke beroepsopleiding

komen, of 2) is een verplichte waarnemingsperiode voorafgaande aan de definitieve vestiging als huisarts voldoende en 3) moest er een verplichte nascholing voor huisartsen komen?

Zowel de LHV als het NHG gingen hiermee aan de slag. Bij de LHV leidde dat in 1973 tot de oprichting van de commissie Takenpakket, die in 1983 het basistakenpakket van de huisarts vaststelde, terwijl het NHG in eerste instantie de postuniversitaire opleiding zelf wilde regelen. Maar uiteindelijk gingen, op initiatief van een aantal hoogleraren in de sociale geneeskunde, die vroeger allemaal huisarts waren geweest, de universiteiten dat zelf doen. De huisarts en sinds 1964 de eerste directeur van het Nederlandse Huisartsen Instituut J. van Es werd in 1966 als hoogleraar van de geneeskunde van de huisarts benoemd in Utrecht. Binnen enkele jaren zouden alle andere universiteiten volgen. Zij bereidden de verplichte beroepsopleiding voor de huisarts voor. Eerst in 1974 als eenjarige opleiding, waarna die in 1987 werd verlengd tot twee jaar en in 1994 werd de huidige drie jaar bereikt. De huisartsgeneeskunde was een volwaardig specialisme geworden met een verplichte nascholing. De 'Woudschotenconferentie' was uiteindelijk voltooid. Geen wonder dat zij vooral voor de wat oudere (oud-)huisartsen nog steeds een wat magisch klank heeft.

10

Drie hoogleraren huisartsgeneeskunde

Markante pioniers

Met dit onderwerp zou je meerdere vensters kunnen vullen, maar we zullen ons beperken tot de drie belangrijkste hoogleraren uit de eerste generatie. Dat zijn Jan van Es (1921-2008), die in 1966 de eerste Nederlandse hoogleraar huisartsgeneeskunde en de tweede ter wereld werd, Frans Huygen (1917-1998), die in 1968 dat nog niet mocht worden omdat de Universiteit van Nijmegen huisartsgeneeskunde geen wetenschap vond en Ben Polak (1913-1993), mijn grote leermeester in de huisartsenopleiding, de Amsterdamse marxistische dokter, die in 1977 hoogleraar werd zonder zelf gepromoveerd te zijn. Het vinden van markante hoogleraren huisartsgeneeskunde is niet moeilijk, want de combinatie van het huisarts zijn en het opzetten van een nieuwe academische opleiding 'staat daar bijna garant voor'. Persoonlijk heb ik dat ook ervaren, doordat ik in een werkgroep zat met enkele gepensioneerde hoogleraren, weliswaar uit de tweede generatie. Zij bleven daar rustig hun oude vetes verder uitvechten. Een van hen nam zelfs 'noodgedwongen' de hele werkgroep over en ging met het resultaat daarvan aan de haal.

Jan van Es was geen heel markante persoonlijkheid, maar had eerder een amicale en vooral ook enthousiasmerende aard, waardoor hij in staat was als eerste de academische huisartsgeneeskunde in Nederland vorm te



Jan van Es.

geven. Zijn invloed strekte zich ook uit tot België doordat zijn eerste promovendus, de Belgische, in Nederland opgeleide huisarts Jan Heyrman, de eerste hoogleraar huisartsgeneeskunde in Leuven werd en daar de Belgische huisartsgeneeskunde opzette. Daarnaast stond hij aan de wieg van de huisartsenopleiding die in 1971 van start ging. Hiermee wilde hij toekomstige huisartsen het vallen en opstaan bij het leren van het huisartsenvak besparen, zoals hij dat zelf ervaren had toen hij zich in 1949 als huisarts in Apeldoorn vestigde. Dit wist hij te bereiken door in 1956 medeoprichter te worden van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), in 1964 directeur van het Nederlands Huisartsen Instituut en in 1966 hoogleraar in Utrecht. Doordat hij in zijn huisartsenpraktijk parttime bleef werken en dat ook van zijn medewerkers eiste, gaf hij – waarschijnlijk onbewust – ook de aanzet tot de nieuwe wijze van praktijkvoering

van huisartsen, die niet meer elke dag beschikbaar waren voor hun patiënten. Hij vond dat zowel de huisartsen als hun patiënten er maar aan moesten wennen dat de huisarts een onderdeel zou worden van het huisartsteam. Dit betekende tevens het einde van het Woudschotenmodel met zijn 'continue, integrale en persoonlijke zorg van de huisarts voor zijn patiënten'.

Een veel markantere persoonlijkheid was Frans J.A. Huygen (1917-1998), die zich na zijn afstuderen in 1943 vestigde in Lent (ten noorden van Nijmegen), waar in 1944 alle inwoners moesten evacueren en hij alleen met 600 mannen achterbleef in het niemandsland. Naast het beheren van zijn grote praktijk (5000 patiënten en meer dan 3000 bevallingen in 39 jaar) deed hij veel wetenschappelijk werk, zoals morbiditeitsonderzoek en het schrijven van het leerboek *Family Medicine; the medical life history of families* (1978) over 200 gezinnen in zijn praktijk (zij konden nog geen Engels lezen!). In 1956 was hij medeoprichter van het NHG, in 1968 werd hij hoogleraar in de toepassing van de geneeskunde van het gezin (dus geen huisartsgeneeskunde) en hij kreeg in totaal 29 promovendi.



Frans J.A. Huygen.



Ben Polak.

Tot slot dan Benjamin Sally (Ben) Polak (1913-1993), de straatarme Joodse jongen die in 1932 in Leiden medicijnen ging studeren en telkens vanuit Den Haag daarheen fietste. In 1941 studeerde hij als een van de laatste joden af als arts en vestigde zich in Amsterdam, waar hij na opgepakt te zijn in de Hollandsche Schouwburg in Amsterdam via een dakraam wist te ontsnappen. Na de oorlog ging hij als communist de lokale en nationale politiek in (wethouder in Amsterdam en Eerste Kamerlid). In 1949 werd hij huisarts in Amsterdam, waar hij een grote praktijk (5000 patiënten) opbouwde met, naast mensen uit alle lagen van de bevolking, ook veel prominente intellectuelen en kunstenaars. Dat bezorgde hem zijn bijnaam 'modedokter', waar hij overigens niet mee zat. Hij was een vooruitstrevend huisarts, niet alleen op het gebied van abortus en euthanasie, maar ook op wetenschappelijk terrein. Vanaf 1965 was hij directeur van het Instituut voor Huisartsgeneeskunde, werd hij in 1970 lector in de huisartsgeneeskunde en was hij vanaf 1977 tot zijn 71e jaar hoogleraar. Ondanks zijn maatschappelijke welstand bleef hij tot zijn overlijden in 1993 marxist in hart en nieren.

De huisarts en het medisch tuchtcollege

Wie als huisarts ooit een oproep heeft ontvangen om te verschijnen voor het medisch tuchtcollege zal dat niet licht vergeten. Het gemak waarmee iedere Nederlander zijn of haar arts voor de tuchtrechter kan dagen, zonder het risico te lopen op een schadeclaim achteraf, maakt soms het moeten optreden in een tuchtrechtzaak voor een arts tot een ware nachtmerrie.

Dr. Jan Rudolph Slotemaker de Bruine (1869-1941), minister van Arbeid, Handel en en Nijverheid van 1926 tot 1929, bracht in 1928 samen met toenmalig minister van Justitie Jan Donner (1891-1981), de Medische Tuchtwet tot stand. Hierin werden regels opgenomen over tuchtmaatregelen tegen artsen, tandartsen en verloskundigen, die door verkeerde handelingen de stand der geneeskundigen ondermijnden. De tuchtrechtspraak kwam in handen van geneeskundigen en een rechtsgeleerde. Deze wet werd op 1 december 1997 vervangen door de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet BIG), waarin het tuchtrecht is geregeld in hoofdstuk VII, artikel 47 tot en met 78. Het medisch tuchtrecht valt in Nederland rechtstreeks onder de Kroon. De tuchtrechtspraak in de gezondheidszorg is opgedragen aan vijf Regionale Tuchtcolleges met elk een geografisch rechtsgebied. Deze colleges zijn gevestigd in Groningen, Zwolle, Amsterdam, Den Haag en



Logo van het tuchtcollege voor de gezondheidszorg.

Eindhoven. Hoger beroep tegen een uitspraak van een regionaal college is mogelijk bij het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg in Den Haag, het hoogste rechtsorgaan op dit gebied.

Het tuchtrecht is nadrukkelijk niet gericht op genoegdoening of schadevergoeding voor de patiënt, maar om te zien of het handelen van iemand van de beroepsgroep voldoet aan de eisen die men daaraan zou mogen stellen. Het tuchtcollege kan een waarschuwing of een boete opleggen en een tijdelijk of permanent verbod uitdelen met betrekking tot het uitoefenen van het beroep. Het uitdelen van een schadevergoeding is voorbehouden aan een civiele rechtbank. Ook een schadevergoeding voor de aangeklaagde arts nadat deze is vrijgesproken behoort niet tot de mogelijkheden. In het gunstigste geval wordt een klacht van een patiënt niet-ontvankelijk verklaard, maar in alle andere gevallen dient de arts een beroep te doen op zijn rechtsbijstandsverzekering om zichzelf te laten verdedigen.

Bij het publiek bestond wel eens de indruk dat medici in de tuchtraad de aangeklaagde medici de hand boven het hoofd hielden, omdat een groot deel van de klachten (circa 85%) niet gegrond werden bevonden. Toen de samenstelling van de tuchtcolleges veranderd werd, met meer juridische en minder medische inbreng, werden er in de daaropvolgende periode echter niet minder maar juist meer klachten ongegrond bevonden. Bij artsen bestaat de indruk dat mensen soms hun verdriet om een slechte afloop van een medische behandeling, ook als er geen fouten zijn begaan, vertalen in woede naar de behandelende geneesheer. Een klacht indienen bij het tuchtcollege is niet de enige en ook niet altijd de beste mogelijkheid om onvrede te uiten. Soms kan beter een klacht worden ingediend bij de klachtencommissie.



Vrouwe Justitia.

In de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector van 29 mei 1995 staan de regels ter zake van de behandeling van klachten van cliënten van zorgaanbieders op het terrein van de maatschappelijke zorg en gezondheidszorg. Het doel van deze wet is tweeledig: enerzijds het bieden van een laagdrempelige klachtmogelijkheid, anderzijds de mogelijkheid voor de zorgaanbieders om te leren van klachten en daarmee de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren. Alle zorgaanbieders moeten zijn aangesloten bij een klachtencommissie. Sommige zorgaanbieders hebben een eigen klachtencommissie, andere zorgaanbieders zijn aangesloten bij een regionale klachtencommissie of een klachtencommissie van de koepelorganisatie. De wet verplicht elke zorgaanbieder een klachtenregeling op te stellen. De zorgaanbieder is verplicht patiënten en cliënten op de hoogte te stellen van deze regeling.

De zorgaanbieder is niet verplicht om uitspraken van de klachtencommissie op te volgen. Wel is hij verplicht de klager op de hoogte te stellen van wat hij eventueel met de uitspraak gaat doen. Het is niet mogelijk om in hoger beroep te gaan tegen een uitspraak van de klachtencommissie. Is er sprake van een zeer ernstige situatie met een structureel karakter en neemt de zorgaanbieder onvoldoende maatregelen, dan is de klachtencommissie verplicht dit te melden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

12

De concurrentiestrijd tussen huisartsen en specialisten

De financiële ruif van de gezondheidszorg was vroeger lang niet zo goed gevuld als tegenwoordig. In de eerste decennia van de vorige eeuw hadden (huis)artsen door middel van bindende besluiten van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (NMG) en het oprichten van eigen ziekenfondsen hun financiële positie zo goed mogelijk proberen te regelen. Zij stonden dan ook niet te trappelen om de steeds groter wordende groep van specialisten al te veel mee te laten eten uit deze toch wel karig gevulde pot. De huisartsen meenden dat de specialisten hun inkomen maar moesten halen uit hun particuliere praktijk, waar hun tarieven toch al veel hoger waren.

Dat gaf vooral op bestuurlijk niveau binnen de NMG veel onderlinge problemen. Er werd voortdurend gediscussieerd over bijvoorbeeld het vaststellen van wie nu precies een specialist was, over de geringe opleiding van specialisten, het toelaten van specialisten tot ziekenfondsen, verwijskaarten enzovoort. Terwijl op lokaal niveau, waar de specialisten vaak elkaars concurrenten waren, dat veel minder het geval was en de specialisten de verstandhouding met de huisartsen, hun broodheren, zo goed mogelijk probeerden te houden. Zij hielden bijvoorbeeld regelmatig wetenschappelijke voordrachten in de NMG-afdelingsvergaderingen als een soort na-



Tarieflijsten voor specialistische verrichtingen van de Rotterdamse afdeling van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunde uit 1905.

scholing voor huisartsen, waarbij zij tegelijkertijd van de gelegenheid gebruikmaakten om hun 'bekwaamheden te etaleren' en elkaar dus te beconcurreren.

De specialisten liepen in financieel oogpunt steeds achter de feiten aan. In de periode van hun 'opkomst' tot ongeveer 1920 konden zij nog maar weinig financiële

eisen stellen en dat was ook net in de periode waarin de huisartsen hun financiële posities in de ziekenfondsen flink hadden versterkt. In hun 'consolidatie'periode tot 1941, toen zij al dan niet als reizend specialist zich steeds meer buiten de grote steden vestigden, eisten de specialisten ook hun aandeel in het ziekenfondshonorarium op. Aangezien de meeste ziekenfondsen nog geen of een zeer gering bedrag voor specialistische hulp vergoedden, zou dat dan ten koste gaan van het inkomen van de huisartsen. Daar voelden de huisartsen dan ook niet veel voor en omdat zij in een derde van de ziekenfondsen de macht in handen hadden, moesten de specialisten uiteindelijk genoeg nemen met slechts een geringe verhoging van hun ziekenfondshonorarium. Dit gaf aanleiding tot de nodige problemen tussen huisartsen en specialisten. Vooral bij die specialismen zoals kindergeneeskunde en interne geneeskunde, waarvan de huisartsen meenden die ook goed zelf te kunnen uitoefenen. Vestigingen van chirurgen en kno-artsen gaven meestal niet zo veel problemen omdat die geen specifieke huisartsengevallen behandelden. De huisartsen waren vooral gekant tegen de komst van kinderartsen. Regelmatig gingen 'handige' huisartsen enkele maanden in een kinderkliniek werken en kwamen dan terug als zogenaamde half-specialisten en claimden dan dat zij ook de 'kinderen' van andere huisartsen konden behandelen. Aangezien de behandeling van kinderen toen een veel groter aandeel vormde van de huisartsenpraktijk dan nu, zagen veel huisartsen dat vooral voor hun particuliere praktijk als broodroof en verzetten zich daar fel tegen. Datzelfde probleem deed zich ook voor bij de vestiging van een internist als geneesheer-directeur van een ziekenhuis. De huisartsen vreesden dan dat die al hun ziekenhuispatiënten zou 'overnemen'.

JAARINKOMEN IN 1905	
<i>Medici</i>	
- chirurg	> f 10.000
- gevestigd specialist	f 5000 - f 8000
- huisarts met ziekenfonds- en particuliere praktijk	f 3000 - f 6000
<i>Hooger Geneeswerken</i>	
- directeur	f 6000
- hoofdopzichter	f 2500
- eerste klerk	f 1300
- portier	f 900
- metselaars en timmerlieden	f 800

Inkomensvergelijking van specialist en huisarts in 1905.

Met het tot stand komen van het specialistenregister in 1932 kwam er uiteindelijk wat rust op ziekenfondsgebied. Voortaan zouden slechts in het register opgenomen specialisten medewerker van het ziekenfonds mogen worden en door middel van de 'maand- en jaar-kaarten' werd hun – overigens karige – ziekenfondsinkomen geregeld. Het werd nu duidelijk dat zij het overgrote deel van hun inkomen moesten gaan verdienen in hun particuliere praktijk. Het in 1941 ingevoerde verplichte ziekenfonds, waar ruim 60% van de bevolking lid van was en dat tot 2006 zou blijven bestaan, handhaafde deze situatie.

Dat wil niet zeggen dat daarmee deze concurrentiestrijd over was, want de naoorlogse huisartsen zagen de steeds groter wordende groep specialisten als een groot gevaar voor de status van hun positie in de gezondheidszorg. Om dat te voorkomen zou een lange 'emancipatiestrijd', zoals in het venster *Woudschoten-conferentie* [venster 09, pag. 24] beschreven wordt, moeten plaatsvinden alvorens met de erkenning van het specialisme huisartsgeneeskunde in 1973 hun positie in de 'medische wereld' definitief geregeld werd, waardoor de huisarts als specialist een volwaardige plaats in de gezondheidszorg kreeg.

13

Van achterwacht naar gsm

Sinds Alexander Bell (1847-1922) patent aanvraag op zijn telefoon (1876) en de verbetering daarna door Thomas Alva Edison (1847-1931), maakte de telefonie een stormachtige ontwikkeling door. In 1881 waren er 49 abonnees in Amsterdam. In 1904 werden de eerste ondergrondse telefoonkabels gelegd door de Nederlandsche Bell-Telefoon Maatschappij. In 1915 had ons land 75.000 abonnees en midden jaren 90 van de vorige eeuw bereikten we de top met 7 miljoen vaste aansluitingen. Daarna begon de mobiele telefonie aan haar opmars. De invoering van de telefoon heeft ook zo zijn invloed gehad op de praktijkvoering van huisartsen.

Conform het basistakenpakket (1983) moest een huisarts getrouwd zijn of anders een assistente in dienst hebben om persoonlijke, integrale en continue zorg te kunnen verlenen. Hij ging op weg met achterlaten van een visitelijstje, zodat zijn vrouw of assistente hem in omgekeerde volgorde achterna kon bellen als het nodig was. Zonder achterwacht was de dokter niet voldoende bereikbaar. Het duurde tot ver in de jaren tachtig dat de eerste huisartsenvrouwen (huisartsen zijn dan nog meestal mannen) hiertegen gingen protesteren. Haar vanzelfsprekende functies werden tot dan toe sterk ondergewaardeerd. Ook in de honorering was daarvoor geen ruimte. Er kwam enige verlichting door de dokterstelefoon toen telefoonnummers konden worden doorgeschakeld. Een speciale doktersdienst kon de



Telefoon uit 1896.

boodschappen aannemen en bracht verlichting voor de tot dan toe vanzelfsprekende taak van de doktersvrouw. Vanaf de millenniumwisseling werden in Nederland huisartsenposten (HAP) opgericht van waaruit dokters hun diensten draaien en verdween de achterwachtfunctie van de doktersvrouw pas.

Vanaf de jaren zestig kwam er in Nederland en België een semafoonnetwerk tot stand met vier zenders. Een semafoon (populair: pieper) is een apparaat dat na een oproep een geluid- en/of lichtsignaal kan afgeven. Door de eerste semafoon (de Escort), een kast met het gewicht en de omvang van een auto-accu, werd de dokter ook buiten de praktijk oproepbaar. Onderweg kon hij ergens aanbellen waar een telefoon aanwezig was. Enkele losse dubbeltjes in de auto waren nodig om achter te laten op het plateautje waarop de telefoon stond



De Alibiphon, het eerste antwoordapparaat voor de huisartspraktijk, met microfoontje om het bandje in te spreken. Komt in 1957 op de markt voor de prijs van f 650,-.

(meestal achter de voordeur in de gang) voor de kosten. De berichtgeving van een semafoon kon afgelezen worden van drie lampjes:

1. direct bellen, spoedgeval;
2. binnen één uur contact opnemen;
3. zet de auto nog niet binnen want er is nog een visite.

Later kwamen kleinere uitvoeringen, de Minor en de Piccolo, een semafoon in zakformaat, maar nog steeds moest ergens een vaste telefoon zijn om contact te krijgen.

In 1982 werd de *groupe speciale mobile* (gsm) opgericht, welke initialen de oorspronkelijke naam verlenen aan de mobiele telefonie. In 1990 werd de eerste GSM specificatie een feit. In 1991 kwamen de eerste mobiele telefoons op de markt. Met de komst van de GSM ontstond pas het echte gemak voor de huisarts. De eerste jaren nog zonder bereik buiten de woonkernen, maar al gauw werd de dekingsgraad beter. Opeens kon een huisarts alles zelf regelen. Hij of zij was zelfs niet meer



Een moderne GSM-mast.

afhankelijk van een achterwacht. Het opbellen vanuit de auto naar zijn praktijk of naar een patiënt, een tot dan toe ongekende luxe, maakte een efficiënte praktijkvoering mogelijk.

In 2012 zijn de frequenties voor de vierde generatie GSM voor enkele miljarden door de Nederlandse overheid geveild (inmiddels is de naam veranderd in *global system for mobile communications*).



Enkele GSM-toestellen.

Moderne iPhone 5 op 4G-netwerk.

14

Het vervoermiddel van de huisarts

Een dokter wil gerieflijk en snel naar een patiënt toe. Toch ging dat jarenlang, in onze ogen, primitief. Alom wordt aangenomen dat Nicolaas Tulp (1593-1674), de bekende Amsterdamse medicus, door Rembrandt ver-
 eeuwigd met zijn anatomische les, de eerste medicus zou zijn geweest die zijn patiënten per karos bezocht. Zeker vanaf het midden van de 17e eeuw werd het koetsje als een typisch vervoermiddel van de dokter gezien. Daarnaast kon de dokter zich natuurlijk, zeker op het platteland, bedienen van het paard-onder-de-man, zoals dat wordt omschreven wanneer men zich als ruiter te paard verplaatst. Met de term *ventre á terre*, of 'in gestrekte draf' kon men het spoedkarakter van de rit aangeven (A-1 zeggen we tegenwoordig in ambulancekringen).

De uitvinding van de eerste loopfiets (1816) geperfectioneerd door de fiets-met-pedalen (1853) leidde tot de *vélocipède* (1870); maar vooral de kettingaandrijving (1877) en de luchtband (1888) vervolmaakten de fiets als vervoermiddel. Zo troffen wij rond 1900 menig arts aan die zich trots liet fotograferen, zittend op of poserende naast zijn 'stalen ros'.

Al vanaf het einde van de jaren negentig van de 19e eeuw kwam het gemotoriseerd vervoer op gang. Was de Benz-Vélo (1894) het eerste motorvoertuig ter wereld, aangenomen wordt dat Jos Bogaers-Swagemakers, een textielabrikant in Tilburg, de eerste autobezitter in Ne-



Dokter J. Bloemen sr. die zich in 1892 in Tilburg vestigde, staat hier trots naast zijn fiets, ca. 1900.

derland was die op 19 december 1895 de eerste auto op benzine reed. Een mobiel-zonder-paarden, zo werd de auto aanvankelijk geïntroduceerd. Het fenomeen automobiel verspreidde zich redelijk snel in de periode 1900-1915. Huisartsen die zich rond 1910 vestigden en enigszins vermogend waren, schaften zich toen al een automobiel aan. Daar zijn veel voorbeelden van. De registratie was nog geen kenteken per auto, maar een persoonlijk nummer voor de eigenaar. Vanaf 1906 kwam er een provinciale registratie, met A-nummers voor Groningen, N-nummers voor Noord-Brabant en zovoort.

In 1924 stak een aantal artsen, tandartsen en dierenartsen in Amersfoort de koppen bij elkaar en richtte de VVAA (Vereniging van Artsen Automobilisten) op

als onderlinge autoverzekeringsmaatschappij. De oprichter G.A. Prins (1889-1948), huisarts-halfspecialist/kinderarts in Amersfoort, schatte toen dat ongeveer de helft van alle artsen in Nederland al over een auto kon beschikken. Het was overigens niet alleen de snelheid waarmee de patiënt bereikt kon worden die veel voordeel bood, maar ook het feit dat ernstig zieke patiënten meermaals per dag bezocht konden worden. Een groot voordeel in zijn ogen was daarnaast tijdwinst voor de arts ten faveure van zijn eigen vrije tijd! Vanaf 1935 verscheen er ook een verenigingsblad bij de VVAA, dat bij iedereen bekend zou worden: *Arts en Auto*.

Naast de fiets en de auto hadden zich intussen ook de kynomobiel, met een hond als aandrijving, en de motorfiets, die met name op het platteland veel beter te gebruiken was, als vervoermiddel aangediend.

De auto is niet alleen een statussymbool geworden voor de arts. De natuurwetenschappelijke ontwikkeling van de geneeskunde had er ook voor gezorgd dat bij veel artsen de belangstelling voor technisch vernuft aanwezig was. Veel doktoren kropen overigens niet zelf ach-



Dokter H. Ruding, huisarts in Kaatsheuvel, in zijn koetsje met zijn echtgenote Ottilie, ca. 1910.



Dokter C. Kanters, huisarts in Grave, in zijn Oralyx automobiel met een fiets op de treeplank, voor wanneer hij per auto niet meer verder kon, ca. 1910.

ter het stuur, maar lieten zich, zoals het koetsje door een koetsier werd gereden, aanvankelijk door een privéchauffeur rondrijden. Het beroep van chauffeur-tuinman was dan ook in de eerste helft van de 20e eeuw een veelvoorkomend beroep.

Natuurlijk zijn er ook altijd artsen geweest die achterliepen bij deze ontwikkeling. Zo werd dr. Mauritz Lodewijk Muller (1884-1943), vrouwenarts in Utrecht, nog in 1924 met zijn koetsje rondgereden als een van de laatste artsen. Ook zo'n uitzondering was dokter J. Baptist, huisarts in Megen, die tot aan zijn dood in 1959 nooit anders dan per fiets zijn huisbezoeken aflegde. Maar ongeveer vanaf 1960 schafte bijna elke huisarts bij vestiging een auto aan.

In deze tijd van files, verkeerscongesties en verkeersinfarcten, vooral ook in de binnensteden in Nederland, zien we huisartsen weer kiezen voor snelle vervoermiddelen. En dat is in de stad niet de auto of eventueel een motor, maar nog liever de fiets, een scooter of wellicht binnenkort de Segway...

15

Haat en liefde in de automatisering

De computer drong eind jaren tachtig van de vorige eeuw voorzichtig de huisartsenpraktijk binnen. De eerste computers konden enkel tekst verwerken en bevatten geen harde schrijf. Inmiddels kan vanuit huis of mobiel worden ingelogd en is veel van het werk gecoördineerd en geautomatiseerd.

In 1833 bedacht de Engelse wiskundige Charles Babbage (1791-1871) de *analytische machine*, de voorloper van de computer. Deze machine is nooit voltooid. Konrad Zuse (1910-1995) bouwde in 1938 de eerste *computer*, die aanvankelijk mechanisch en later elektro-mechanisch werkte. Hij paste het binaire stelsel toe. De eerste computers waren kamergroot en bevatten talloze elektronenbuizen, weerstanden, condensators en schakelaars. In 1953 stond de eerste computer in Nederland bij Shell. De elektronica, met de ontdekking van halfgeleiders, transistors en chips brachten de ontwikkelingen in een stroomversnelling. Op 2 augustus 1981 kwam IBM (International Business Machines Corporation) met de IBM-PC ofwel personal computer op de markt. Deze heeft een 8088 CPU (central processor unit), een 16 bits microprocessor van Intel (INTEgrated Electronics) en een ISA (*Industry Standard Architecture*) -bus voor insteekkaarten.

Eind jaren tachtig waren links en rechts huisartsen al voorzichtig aan het experimenteren en in het land



Een 'modern' moederbord met 486 processor en ISA kaartsloten.

waren er al enkele gebruikersverenigingen van huisartsen die een computer met een Huisarts Informatie Systeem (HIS) hadden aangeschaft. De eerste pc was een platte kast met twee sleuven die bedoeld waren om schijfjes (floppy's) in te schuiven. Het waren toen nog grote, buigbare dingen in een kunststof enveloppe van 5¼ inch (13 cm). Deze pc had nog geen harde schijf (harddisk), maar was wel al van de generatie XT-machines.¹ Je kon er tekst mee verwerken. In 1988 kwam voor de praktijk de eerste computer met harde schijf. Dat werd dan een AT-machine² genoemd. De besturing is MS Dos (MicroSoft Disk Operating System) versie 3.3.

Met een harde schijf van 65 MB kan een huisarts wel tien jaar vooruit, werd toen gezegd. Twintig jaar later

zou die een factor 1000 groter zijn en past die omvang van zo'n schijf met gemak in een portemonnee (een eenvoudige pc heeft dan al gauw 50 GB). Er kwam een werkplek met de echte pc die met kabels verbonden was met andere werkplekken, waar enkel een monitor stond. De monitor kon niets zonder de hoofdcomputer en werd daarom ook wel "domme" werkplek, of terminal genoemd.

Het beeld was dan nog overal zwart-wit of amber, maar het duurde niet lang of er kwam, net als bij televisie, kleur. Als je het beeld te lang aan liet staan brandden de letters in het beeldscherm en lieten dan voorgoed een afdruk achter. De totale kosten van software en hardware (1988) voor een pc met twee extra werkplekken bedroeg in die tijd ongeveer 20 duizend gulden.



Computerconfiguratie van een huisarts eind 20e eeuw.

De ANW-gegevens (de persoonsgegevens) van ziekenfondspatiënten werden op floppy aangeleverd door het ziekenfonds (gelukkig toen nog regionaal). De particulier verzekerden moesten vanuit de kaartenbak handmatig worden ingebracht. Niet alle gegevens van de patiëntenkaart werden overgezet. Het inzien van papieren gegevens kon nog altijd. De eerste maanden liep zo'n systeem nog wel eens vast en was er behoefte om terug te vallen op de vertrouwde kaartenbak. Menige collega heeft frustrerende herinneringen aan die tijd. Het maken van een back-up bleek noodzakelijk.

In de hardware werd het instabiele COAX-netwerk (met coaxiale kabels) vervangen door een met UTP-bekabeling (*unshielded twisted pair*). De pompeuze televisieachtige beeldschermen werden keurige platte lcd (*liquid crystal display*) -schermen, die niet meer inbrandden. Uiteindelijk kwamen de databestanden op een externe server, waarop alleen nog maar ingelogd hoefde te worden. Een andere instantie bewaakte voortaan de gegevens.

Het werk van de huisarts wordt gecodeerd met I(nternational) C(lassification) of P(rietary) C(are)-code en de voorschriften worden geautomatiseerd (EVS = elektronisch voorschrijfsysteem), waarbij de standaarden kunnen worden geïntegreerd en gemakkelijker de goedkope alternatieven kunnen worden geselecteerd. Niet alle huisartsen zijn daar even gelukkig mee omdat de zorgverzekeraar voortaan over de schouder meekijkt.

¹ XT staat voor IBM X-tended Technology en is de opvolger van de eerste IBM PC, heeft een 8088 microprocessor, floppy drive 5,25 inch van 360 Kb en HDD (harddisk) van 10 Mb. Uitgebracht 1983.

² AT staat voor IBM Advanced Technology en is de tweede generatie PC met een 80286 microprocessor, floppy drive 5,25 inch van 1,2 Mb en HDD van 20 Mb. Uitgebracht in 1984.

16

De strijd van de apotheekhoudende huisarts



Achterkant van LHV-folder over de geneesmiddelenvoorziening op het platteland.

In de jaren zeventig van de vorige eeuw waren er in Nederland nog 1500 huisartsen die een eigen apotheek hadden, hoofdzakelijk in landelijke gebieden en een enkeling nog in de stad. In 1980 vond voor 3 miljoen Nederlanders de verstrekking van geneesmiddelen plaats door een apotheekhoudende huisarts. In 2010 kende Nederland nog 526 apotheekhoudende huisartsen.

Dit recht op verstrekking van geneesmiddelen is sinds 1865 wettelijk geregeld bij de Wet op de Uitoefening van de Artsenijbereidkunst en sinds 1958 bij de Wet op de geneesmiddelenvoorziening. We kenden toen nog de vergunning voor het leven: een huisarts die gevestigd is vóór het tijdstip dat er een apotheker is, behoudt het apothekersrecht ook nadat zich alsnog een apotheker vestigt. Daarna kwam er een kilometercriterium: een vergunning wordt verleend voor de tijd dat er nog geen apotheek gevestigd is binnen een straal van 4,5 km (over de voor gemotoriseerd verkeer bestemde weg). De minister heeft de voorkeur voor de geneesmiddelenvoorziening neergelegd bij de apotheker en in 1977 werd de eerste apotheekvergunning van een huisarts ingetrokken op grond van het kilometercriterium. De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) formuleerde openlijk als haar

beleid dat de apotheekhoudende huisarts in Nederland diende te verdwijnen. Het werd oorlog.

De LHV begon het offensief en richtte de apotheekhoudende begeleidingscommissie op. Een apotheekhoudende huisarts kon volstaan met een eenvoudig assortiment, wat het bovendien nog goedkoop hield ook. In die tijd is een apotheekhoudende huisarts gemiddeld 15% goedkoper in de geneesmiddelenvoorziening dan een huisarts die de medicijnen in een apotheek moet laten halen, maar de minister had daar geen oren naar. Toen staatssecretaris Simons een brief kreeg en hem voorgerekend werd dat hij door de apotheekhou-



Een apotheekopstand van een huisartsenpraktijk uit Hardinxveld-Giessendam, ca. 1925.



Een collage van pillendoosjes.

dende huisarts in stand te houden 8 miljoen gulden kon besparen, gaf hij als antwoord dat hij de wet niet kon veranderen.

Bijna alle producten kunnen kant-en-klaar worden besteld bij de groothandel. Een enkele keer moet een magistraal recept worden bereid (meest recepten van een kinderarts of een huidarts). Als dat op moeilijkheden stuit kan dat wel uitbesteed worden aan een apotheker bij de groothandel. De kwaliteit van apotheekhoudende huisartsen wordt twee keer per jaar gecontroleerd door het CLANAG (Stichting Controle Laboratorium voor Nederlandse Apotheekhoudende Geneeskundigen).

De meerwaarde van de apotheekhoudende huisarts is het gemak voor de patiënt, hij krijgt zijn medicijnen op dezelfde plaats als dat die worden voorgeschreven. Zo lang er nog geen centraal elektronisch patiënten dossier (EPD) is kan de apotheekhoudende huisarts als geen ander controleren of medicijnen wel bij elkaar en bij de

patiënt passen. Hij beschikt over het hele overzicht van ziekte en medicijngebruik van de patiënt, ook wat door de specialist is voorgeschreven. De apotheker ziet alleen wat hij zelf aflevert. Medicatiebewaking is weliswaar van de grond gekomen, maar verloopt pas ideaal als alle gegevens onderling kunnen worden uitgewisseld.

Het aantal apothekers is net als het aantal huisartsen onderhevig aan een golfbeweging. Om het ongebreideld uitbreiden van apotheekvestigingen een halt toe te roepen besluiten ziekenfondsen in de negentiger jaren van de vorige eeuw om geen dubbele vestigingen in een gebied meer toe te staan, om tien jaar later concurrerende vestigingen weer te accepteren. In 2008 ligt het aantal nieuwe apothekers met 117, historisch laag, maar dit aantal zal daarna weer aantrekken.



Geneesmiddelenvoorziening 2004.

De opleiding tot huisarts

Er zullen in Nederland niet veel werkzame huisartsen meer zijn die geen speciale huisartsenopleiding hebben gevolgd. Immers, in 1974 werd de verplichte beroepsopleiding voor huisartsen ingevoerd. De behoefte aan zo'n opleiding werd steeds meer gevoeld. Rond 1950 had het beroep van huisarts geen hoge status. De praktijkvoering liet te wensen over. Dit vormde de aanzet tot mobilisatie voor een wetenschappelijke vereniging: een efficiënte praktijkvoering moest de basis zijn voor een verantwoorde werkwijze van de huisarts, met een noodzakelijk wetenschappelijk fundament. Op 29 december 1956 werd het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) opgericht. Voor het vak van de huisarts speelden ook de Woudschotenconferentie (1959) en het Woudschotenrapport (1966) met de opstelling van 'het basistakenpakket van de huisarts' een grote rol.

Prof. dr. Jan van Es (1921-2008) stond aan de wieg van de huisartsenopleiding. Hij was in 1966 de eerste hoogleraar Huisartsgeneeskunde in ons land geworden, verbonden aan de Universiteit van Utrecht. Binnen enkele jaren zouden alle andere universiteiten volgen. Zij bereidden de beroepsopleiding voor de huisarts voor.

In 1974 vond een wijziging van het Academisch Statuut plaats: er kwam een basisopleiding geneeskunde van zes jaar en een eenjarige beroepsopleiding voor huisartsen. Aanvankelijk duurde de opleiding een jaar, in 1987 werd dat verlengd tot twee jaar en in 1994 werd



Certificaat HuisartsRegistratieCommissie (HRC) uit 1976.

de huidige drie jaar bereikt. De huisartsgeneeskunde was een volwaardig specialisme geworden met een verplichte nascholing.

Een groot probleem in die beginjaren was dat de toekomstige huisartsen opgeleid moesten worden door huisartsen die zelf nooit een dergelijke opleiding had-

den gehad. Van de huisartsopleiders (hao) moest dus niet al te veel worden gevraagd en zij zouden zelf ook ondersteund moeten worden in hun taak als opleider. De voornaamste voorwaarde die aan een aspirant-opleider werd gesteld, was dat hij gemotiveerd moest zijn om als opleider van aankomende huisartsen (haio = huisarts in opleiding) te fungeren. Er waren wel enkele randvoorwaarden. Minimaal vijf jaar een eigen praktijk die niet te groot en niet te klein mocht zijn, een goede patiëntenadministratie (groene kaart) en een aparte ruimte voor de huisarts in opleiding. Van de opleider werd ook verwacht dat hij dagelijks leergesprekken hield met de haio. Dit alles was nieuw. Er waren dan ook grote verschillen tussen de opleiders. De hao werd echter wel getraind op het huisartseninstituut. Eens in de zes tot acht weken was er een terugkomdag. Hier kwam men in een groep van ongeveer tien andere collega's bij elkaar onder leiding van een huisartsdocent (hab = huisartsbegeleider) en een gedragswetenschapper (gw). Zo'n dag begon altijd met 'spuien': hoe is het gegaan met je haio en zijn er zaken die je dwars zitten? De gw'er speelde hierbij een belangrijke rol. Voor veel huisartsen was dit de eerste keer dat er kritisch werd gekeken naar het eigen functioneren. Zelfreflectie werd aangemoedigd en er werden trainingen verzorgd op het gebied van 'gespreksvoering', 'feedback geven', 'communicatie' en nog veel meer.

Voor de haio was de benadering ook totaal nieuw. Zij waren als coassistent tot aan hun artsexamen altijd gewend aan een specialistische benadering van medische problemen in ziekenhuizen. Nu werden zij kritisch gevolgd door de hao en door de begeleiding op het huisartseninstituut met een wekelijkse terugkomdag.

Inmiddels zijn we bijna veertig jaar verder. De opzet van de huisartsenopleiding is in wezen nog hetzelfde. Maar alles is veel meer geprofessionaliseerd. De scholing van de hao en de aios is geheel geprotocolleerd.

De huisarts wordt tegenwoordig beschouwd als specialist. De haio heet daarom nu aios. De HVRC (Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie) die de registratie van de artsen bijhoudt en verantwoordelijk is voor de erkenning van opleiders, is nu gefuseerd met de andere opleidingen en heet nu RGS (Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten). De financiering van de huisartsopleiding is goed geregeld. De SBOH (stichting beroepsopleiding huisartsen) waakt hierover. De acht huisartseninstituten bieden veel meer dan voorheen gelijkwaardige programma's aan. Zij zijn verenigd in de Huisartsopleiding Nederland (HON). De huisartsen in opleiding hebben een belangenvereniging: LOVAH (Landelijke organisatie van Aspirant Huisartsen), terwijl de hao's verenigd zijn in de LHOV (Landelijke Huisartsen Opleiders Vereniging). Op 31 december 2011 volgden in totaal 1.719 artsen de opleiding huisartsgeneeskunde. Van de huisartsen in opleiding is 75% vrouw.



Opleidingsinstituut huisartsgeneeskunde in Utrecht.

Bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen in Nederland

Seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) worden ook wel venerische ziekten genoemd, naar de Romeinse godin van de liefde Venus. Al in de Griekse klassieke periode wist men dat bepaalde ziekten overdraagbaar zijn via seksueel contact. De Europese literatuur bevat meer dan vijfhonderd jaar oude geschriften over soa's. De van oudsher bekendste soa's zijn syfilis en gonorrhoe. Toch was er tot begin 20e eeuw weinig bekend over de etiologie van de ziekten. Zo werd in de 16e en 17e eeuw het oplopen van syfilis beschouwd als straf van God. Het duurde dan ook niet lang voordat bordelen en andere locaties waar prostitutie werd aangeboden als besmettingsbron werden aangewezen. Echter, toen ontbrak het inzicht dat een besmette prostituut weer andere personen kon besmetten.

Rond 1800 werden prostituees in bordelen verplicht een medische keuring te ondergaan en zo nodig kon een werkverbod worden opgelegd. Hygiënisten (medici) voerden deze keuringen onder militair gezag uit. In 1860 ontstonden er vroege feministische bewegingen die samen met orthodox-protestante groepen een 'abolitionistische visie' hadden, waarbij prostitutie werd vergeleken met slavernij. Vanaf 1880 kreeg deze visie een belangrijke plaats in de soabestrijding. De abolitionisten openden in 1903 de eerste soapoli in Rotter-



Brochure voor zeelieden uit 1915 (archief Soa Aids Nederland).

dam die met name diende als een adviesbureau voor seksuele hygiëne. Voor behandelingen werden patiënten doorverwezen naar de dermatoloog. In 1911 werd een bordeelverbod ingevoerd. Drie jaar later werd de Nederlandse Vereniging tot Bestrijding der Geslachtsziekten opgericht, welke in 1935 werd omgedoopt tot Nederlandse Vereniging voor Zedelijke Volksgezondheid (NVZV).

Tijdens de bezetting in 1940 werden bordelen weer toegestaan. Daarnaast was het vanaf 1940 mogelijk om een patiënt met een geslachtsziekte gedwongen te behandelen. Dit bleef mogelijk tot 1952.

Vanaf 1950 hield de NVZV zich zowel bezig met therapeutische bestrijding, geleid vanuit de dermatologie, als met preventie. Hoewel in de jaren vijftig en zestig veel wetenschappelijk onderzoek werd verricht naar de verschillende verwekkers, vormde soabestrijding geen belangrijk politiek agendapunt. Met de komst van de seksuele revolutie en de uitvinding van de anticonceptiepil nam de incidentie van soa in Nederland toe. Dit leidde dan ook tot het opstellen van een nieuw beleidsplan door voormalig staatssecretaris Kruisinga, waarbij per provincie 'diensten tot bestrijding van geslachtsziekten' werden opgericht. Daarnaast richtte Vermeer in 1973 de Nederlandse Stichting tot Bestrijding der Geslachtsziekten op, die in de volksmond ook wel Stichting Soabestrijding heette. In 1976 werd een meldingsplicht voor de soa's gonorrhoe en syfilis ingevoerd, waardoor er voor het eerst goede landelijke incidentiecijfers kwamen.

Halverwege de jaren tachtig, ten tijde van de hiv-epidemie, werd het Aidsfonds opgericht dat zich alleen met hiv/aids bezighield. Pas in 2001 werden het Aidsfonds en de Stichting Soabestrijding samengevoegd tot Soa Aids Nederland. Vanaf 1983 kwamen er in Amsterdam weekendpoli's beschikbaar waar men zich door vrijwilligers (meestal huisartsen) anoniem kon laten testen op soa's.

De eerste 'vrij veilig'-campagnes werden in 1987 vanuit Postbus 51 op televisie uitgezonden. Later werden deze overgenomen door Soa Aids Nederland. De campagnes begonnen erg ingetogen, maar werden al gauw meer prikkelend voor jongeren. Soms waren deze campagnes zo schokkend dat bepaalde politieke partijen hier kamervragen over stelden. In 2011 stopte minister Edith Schippers de financiering van nieuwe campagnes omdat ze van mening was dat overheidsbemoeienis met de persoonlijke levenssfeer van burgers beperkt moet worden. Op initiatief van het Ministerie van VWS werd in 2009 de website www.sense.info gelanceerd, in samenwerking met de regionale GGD's, Rutgers Nippo, het RIVM en Soa Aids Nederland. Soa Aids richt zich (deels uit financiële nood) nu met name op voorlichting via deze website en andere websites.

In 2004 wees de toenmalige minister van VWS de huisarts als eerste aanspreekpunt voor soagerelateerde problematiek aan. Voor personen met een verhoogd risico op een soa en complexe problematiek werd de 'aanvullende curatieve soaregeling' in het leven geroepen, die soapoli's in een achttal verzorgingsgebieden van de GGD mogelijk maakte. Naast het screenen van risicogroepen is contact- en bronopsporing nog steeds een belangrijke taak van de GGD. Sinds 2004 hebben huisartsen de beschikking over de NHG standaard *het Soaconsult (M82)*, wat op een overzichtelijke manier de leidraad is voor een soaconsult. Hierdoor komen eerdere standaarden te vervallen. In de loop van 2013 zal een gewijzigde versie verschijnen.



Logo behorend bij de Postbus 51-campagne uit 1987.

19

Thuisbevalling begeleid door de huisarts

Het begeleiden van de thuisbevalling is nooit het alleenrecht van artsen geweest. Tot de 16e eeuw hadden artsen (*medicinae doctores*) daar geen interesse in. Geen wonder als men bedenkt dat in die tijd na tuberculose het krijgen van kinderen de belangrijkste doodsoorzaak was voor de vrouw. Alleen een handige vroedmeester was soms in staat om een dood kind in de baarmoeder van de moeder er met allerlei instrumenten uit te krijgen om zo de moeder nog een kleine levenskans te geven. Dat veranderde in de 16e eeuw toen de opleiding van zowel vroedmeesters als artsen werd verbeterd. De verloskunde werd vanaf de 17e eeuw ook aan de universiteit onderwezen. Zo kwam er in 1668 een examen voor vroedvrouwen in Amsterdam en snel daarna ook in andere grote steden. Zij mochten alleen maar de natuurlijke bevalling begeleiden en geen instrumenten gebruiken. De rest mocht alleen maar door de artsen gedaan worden. Een bepaling die nu ook nog steeds van kracht is.

De concurrentiepositie van de arts werd in het midden van de 18e eeuw nog verder versterkt toen na 1723 de verlostang bekendheid kreeg. Deze was heel nuttig voor al die vernauwde vrouwenbekkens ten gevolge van de Engelse ziekte, waar toen 1 op de 4 vrouwen last van had. Overigens bleef toen het krijgen van een kind voor



Huisarts bij een kraambed, foto uit museum De Dorpsdokter in Hilvarenbeek.

de vrouw nog steeds een hachelijke onderneming daar het sterftepercentage omstreeks 1800 nog steeds 1,3% was. 100 jaar later was dat nog steeds 0,6%, terwijl dat nu 0,005% is.

In 1865 kwam met de Geneeskundige Wetten van Thorbecke een wettelijke regeling, die onder meer de verloskundige bevoegdheden van zowel de arts als de vroedvrouw regelde. Tevens kwam er een speciale Rijkskweekschool voor vroedvrouwen. Deze daaruit voortgekomen kwaliteitsverbetering en vooral ook de vergoeding door het ziekenfonds was er de oorzaak van

dat – in tegenstelling tot in het buitenland – de door de vroedvrouw begeleide thuisbevalling het normale bevalingspatroon van de Nederlandse vrouw werd. Indien deze niet aanwezig was of als er sprake was van een niet-natuurlijke bevalling betaalde het ziekenfonds de huisarts. De verbeterde kwaliteit kan men goed aflezen aan het hiervoor vermelde sterftepercentage van de moeder, terwijl het perinatale sterftepercentage daalde van 4,75% omstreeks 1900 tot 0,8% nu.

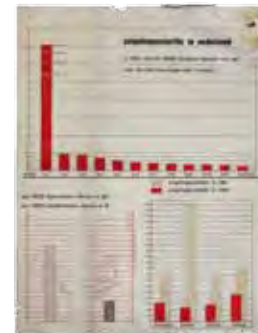
Tot de Tweede Wereldoorlog daalde het percentage thuisbevallingen langzaam, van 98% omstreeks 1900 tot 80% in 1940. Alleen nam in de jaren twintig en dertig van de vorige eeuw het aandeel van de huisartsen daarbij sterk toe. Maar na 1960 veranderde dat patroon sterk. Van 74% in 1960 tot 36% in 1975. Vooral de opkomst van de vrouwenartsen en het meer beschikbaar komen van ziekenhuisbedden waren daar verantwoordelijk voor. De specialisten 'rekten' duidelijk de me-



De verloskist van huisarts Verdenius uit Heerenveen, ca. 1960, paste op elke Friese keukenstoel, en zorgde dat de dokter bij een thuisbevalling toch alles bij de hand had.

dische indicatie op. Het percentage door hen geleide bevallingen verdubbelde dan ook. Van 17% in 1960 tot 37% in 1975. Dit ging ten koste van het aandeel van de huisarts, dat halveerde in die tijd van 47% tot 23%, terwijl dat van de vroedvrouw ongeveer gelijk bleef, respectievelijk 37% en 39%. Om deze kostbare tendens enigszins af te remmen werd in 1973 voor de medische indicaties de zogenoemde Kloostermanlijst opgesteld, genoemd naar prof. Gerrit Jan Kloosterman (1915-2004). Maar desondanks bleef het aantal 'medische indicaties' enorm stijgen, van 15% in 1973 tot 44% 15 jaar later. Een andere oorzaak voor het dalen van het aantal thuisbevallingen was de opkomst van de poliklinische bevalling, die de veiligheid van het ziekenhuis en de gezelligheid van thuis combineerde. Tussen 1970 en 1990 nam het percentage daarvan toe van 3% tot 34%.

Dit alles had als resultaat dat de positie van de huisarts bij het begeleiden van de thuisbevalling bijna geheel verdwenen is. In 1960 bedroeg dat nog 47% terwijl dat al in 1991 gedaald was tot 11%. Een tendens die daarna alleen nog maar toenam. De grote winnaar is de specialist. Deze zag in die tijd zijn percentage toenemen van 17% tot 45%, terwijl die van de verloskundige slechts langzaam steeg van 37% tot 44%, zodat de huidige situatie is dat de verloskundigen en de specialisten de 'bevallingsmarkt' onder elkaar verdeeld hebben ten koste van de huisarts. Waar verreweg de meeste huisartsen, behoudens enkele enthousiastelingen onder hen, niet zo rouwig om zijn. Het onregelmatige werk van het begeleiden van bevallingen past niet meer in de moderne huisartsenzorg.



Tabel en grafiek van de zuigelingensterfte 1937 versus 1911, voorlichtingsposter ca. 1960.

Het verschil tussen stad en platteland

De huisarts op het platteland had van oudsher te maken met hardwerkende, zelfstandige agrariërs die vaak particulier verzekerd waren en geen tijd hadden om ziek te zijn. Een dokter hadden ze dus zelden nodig. 'Wat vanzelf is gekomen, zal vanzelf ook wel weer gaan', werd dan gezegd. Veel van zijn patiënten zag hij nauwelijks. Hun echtgenotes en de kinderen, zolang ze klein waren, wel. In de dorpskernen woonden nog een aantal soms grote gezinnen waarvan het werkzame deel overdag in naburige fabrieken en steden zijn bezigheden had. Samen met de burgemeester en de pastoor vormde hij de elite van de gemeenschap.



*Stadsdokter met koetsje in Voorburg.
Olieverf, W.B. Tholen 1889.*

De gemeenschap was zelfredzaam, burenhulp was een plicht en de sociale controle was groot. Hoewel de afstanden tussen de woningen letterlijk vaak groot waren (men moest soms op de fiets naar de buurman), zorgde de dorpsroddel er wel voor dat niemand anoniem kon blijven. In dat sociale systeem moest ook de dokter zijn plaats vinden.

Veel plattelandspraktijken beoefenden uitgebreide eerste hulp; verwijzing naar een ziekenhuis was zo'n beetje het laatste wat in het hoofd van de dokter op kwam. Aanvankelijk waren de meeste praktijken op het platteland apotheekhoudend, de dokter deed zelf bevallingen en verzorgde het zuigelingen- en kleuterbureau, zodat hij in een nagenoeg totaalpakket van eerste medische behoeften kon voorzien.

Zoals elders in dit boek te lezen is [venster 16, pag. 38], zijn de apotheekhoudende praktijken gereduceerd. Momenteel kent Nederland nog ongeveer vijfhonderd apotheekhoudende huisartspraktijken. De thuisbevalling werd steeds minder door de huisarts begeleid en ook de zuigelingen- en kleuterbureaus werden steeds vaker door gespecialiseerde jeugdartsen verzorgd.

Voor de diensten op het platteland was er meestal een kleinschalige waarneemregeling opgezet waarin enkele collegae voor een vaak uitgestrekt gebied voor elkaar waarnamen gedurende avond- en weekenddiensten.



Dokter Tjerk van Taeke, in 'Dorp aan de rivier' 1958.

In de stad waren waarneemregelingen vaak grootschaliger. Daar waren groepen van tien of meer huisartsen geen uitzondering. De te bedienen populatie was daar dienovereenkomstig dan ook veel onbekender. In de stad konden patiënten gemakkelijk de dienst omzeilen door rechtstreeks naar de Eerste Hulp van het ziekenhuis te gaan, dat gebeurde overigens ook overdag. Het ziekenhuis op zijn beurt weigerde dan geen hulp, uit angst voor procedures als het eens mis zou gaan.

Ook hierin kwam verandering. Op enkele uitzonderingen na ontstond in het begin van de 21e eeuw een dekkend netwerk van grootschalige dienstenstructuren, vaak in de buurt van of in samenwerking met het ziekenhuis. Zo verloor ook het platteland in de avond-, nacht- en weekenddienst de bekende waarneemdokter van het dorp verderop en werd opgenomen in het grotere verband met de stad.

De medische problematiek van de stad was anders dan op het platteland. In de stad konden mensen anoniem

leven. Daar kwamen armoede en werkeloosheid vaker voor. Stadspraktijken kenden een hoger consumptiepatroon. Later werden het allochtonenverschijnsel, drugsoverlast en straatcriminaliteit een typisch stadsprobleem. Hoewel ook kleinere plaatsen verplicht allochtonen kregen toegewezen, bleef hun aantal daar beperkt.

Door een keuzemogelijkheid uit meerdere huisartsen was de patiëntenbinding in de stad vaak losser dan op het platteland. Ook kwam het in de stad vaak eerder tot samenwerkingsverbanden en praktijken onder een dak. Met de verstedelijking van het platteland werden de verschillen geleidelijk aan minder. Boerenbedrijven werden gesaneerd en de voormalige boerenhofstede werd een gewild woonobject voor nieuwe rijken. Zo kregen ook 'stadse mensen' te maken met een dorpsdokter. In veel dorpen ontstonden nieuwbouwwijken waar mensen kwamen wonen van elders.

Maar ook de ontvolking van het echte platteland deed haar intrede. De jeugd trok weg naar de grote stad. De bedrijven die overbleven werden grootschalig of gingen op de fles. Ook met deze problematiek kreeg de dorpsdokter te maken.



De dokter en de pastoor (Ward de Ravel en Jules Croiset in 'Help de dokter verzuipt' 1974).



Voorkant LHV-folder over de geneesmiddelenvoorziening op het platteland.

21

Pilperikelen



Gregory Pincus (1903-1967), een van de grondleggers van de hormonale ovulatieregming.

Waar voordien nog bijna uitsluitend periodieke onthouding (de basale temperatuurcurve was al in 1904 door Van der Velde ontdekt) en barrièremiddelen als methode van anticonceptie voor de gewone patiënt ter beschikking stonden, verscheen eind jaren zestig van de vorige eeuw 'de pil' op de markt. De werking bestaat uit hormonale ovulatieregming, verslechterde condities voor innesteling en verminderde doorgankelijkheid van het cervixslijm. Gregory Pincus, Hudson Hoagland en Min-Chueh Chang ontwikkelden in 1953 de combinatiepil.

In de jaren zeventig was de pil nog uitsluitend op doktersrecept en zonder ziekenfondsvergoeding verkrijgbaar. Het zou nog een aantal jaren duren voordat de industrie gratis verpakkingen beschikbaar stelde voor jongeren, die het gebruik voor hun ouders geheim wilden houden. Tot en met paus Johannes Paulus II (1978-2005) heeft de katholieke kerk zich nog tegen anticonceptie verzet.

De eerste jaren na de invoering leerde de huisarts langzaam omgaan met doorbraakbloedingen en misselijkheid, het verschil in hoofdpijn bij het begin van de strip en in de stopweek, pijnlijke borsten en meer. Elke vrouw die aan de pil begon moest eerst een inwendig onderzoek ondergaan en dat moest in ieder geval jaarlijks worden herhaald, of eerder als er klachten waren.



Max de Winter (1920-2012), de 'uitvinder' van Lyndiol (1962), het succesnummer van Organon in Oss.

Tussentijdse controles waren er voor de bloeddruk en om eventuele klachten te evalueren. Maar moest er per se een onderzoek worden uitgevoerd bij een meisje dat nog maagd was?

De huisarts werd overvallen met talloze vragen.

- Op welke leeftijd mag met de pil begonnen worden?
- Welke instructies moeten aan een pilgebruikster meegegeven worden?
- Waarop moet een huisarts bedacht zijn als zijn patiënte aan de pil is?
- Wanneer in de cyclus moet de vrouw starten en vanaf wanneer is de pil dan betrouwbaar?
- Mag de vrouw de pil met vakantie gewoon doorslikken (om geen menstruatie te krijgen)?
- Hoe moet men stoppen bij een zwangerschapswens en mag men dan meteen aantellen?
- Wat te doen na een bevalling?
- Mag de pil gebruikt worden tijdens borstvoeding?

Vraag-en-antwoordboekjes, gratis ter beschikking gesteld door de industrie, gaven op de meeste problemen een antwoord.

Tegelijk kwam ook de noodzaak om aan preventie van soa's (seksueel overdraagbare aandoeningen) te doen, iets dat de eerste jaren nog wel eens vergeten werd. De pil beschermt wel tegen zwangerschap maar niet tegen een soa. Men dacht van het condoom af te zijn, maar met de opkomende frequentie van geslachtsziekten zoals Chlamydia maar ook aids (*acquired immune deficiency syndrome*) moest het gebruik weer opnieuw gepromoot worden.

Zoals met de meeste nieuwe middelen, werden na een aantal jaren de adviezen versoepeld. De meeste huisartsen zagen geen noodzaak meer voor inwendig onderzoek bij het ontbreken van klachten en dat werd dan ook snel afgeschaft, ook bij het starten van hormonale anticonceptie. Als een vrouw eenmaal menstrueert, mag ze aan de pil.



'Dolle Mina' voor vergoeding van de pil door het ziekenfonds in de jaren zestig.

Na de combinatiepil met 50 mg oestrogeen kwamen de subvijftigers. Na de eerste generatie gestagenen kwamen de tweede en derde generatie. Er zijn merken met eenfasepillen en met meefasetabletten (sequentie-methode). Er kwamen verpakkingen van 21 of 22 dagen en 28 dagen (met placebo voor de pauzeweek). De minipil bevat enkel gestagenen, evenals de prikpil. De plakpil, de implantatiepil, een spiraal met hormonen [zie venster 23, pag. 52] en een hormoonring verschenen. En tussen al die uitvoeringen diende de huisarts een keuze te maken.

Is langdurig hormoongebruik wel veilig? Als vrouwen vanaf 16 jaar met hormonale anticonceptie beginnen en geen andere methode gebruiken, zouden ze toch met onderbreking van de zwangerschappen zo'n 20 jaar hormonen slikken. Als er na de kinderen dan niet gekozen wordt voor sterilisatie komen er nog 20 jaar bij. Uit de literatuur is een licht verhoogd voorkomen van baarmoedermondkanker gemeld bij langdurig pilgebruik. De publicaties van de *Womens Health Initiative* (2002) en *The Million Women Study* (1996-2001 Oxford) stellen ook vraagtekens bij langdurig hormoongebruik [zie venster 22, pag. 50]. De pil moet ontraden worden voor vrouwen ouder dan 35 jaar die blijven roken en bij vrouwen met een voorgeschiedenis van hart- en vaatziekten of trombose en/of embolie. Ook bij risicofactoren voor hart- en vaatziekten of bij personen uit een familie met trombose of embolie is pilgebruik een extra risico. Tevens wordt een verbetering in seksuele gevoelens gemeld na het stoppen met de pil.



22

Overgangsklachten

In het westen komen de meeste vrouwen tussen de 40 en 60 jaar in de overgang. Bij ongeveer een kwart van alle vrouwen leidt het tekort aan oestrogenen tot klachten, ongeveer 10% heeft geen klachten.

Kenmerkend voor de overgang zijn de plotselinge warmtesensaties (opvliegers) en daarnaast komen storingen in het menstruatiepatroon voor.

Een vrouw heeft een natuurlijke bescherming tegen hart- en vaatziekten, tot aan de overgang. Daarna wordt het risico geleidelijk aan gelijk aan dat van de man. Afgezien van de verschillen in levensstijl (roken en drinken) tussen mannen en vrouwen wordt deze bescherming hoofdzakelijk toegeschreven aan het gunstige effect van oestrogenen.

Oestrogeentekort heeft, naast het effect op hart- en vaatziekten, een duidelijke relatie met het ontstaan van osteoporose. 'Als een vrouw zo lang mogelijk gezond wil blijven en er ook nog goed wil blijven uitzien (oestrogenen hebben ook een positieve invloed op de huid), kan ze dus het best zo lang mogelijk onder invloed van oestrogenen blijven', zo hebben huisartsen jaren gereceneerd. 'Als ze die uit zichzelf niet meer produceert en zeker als ze daardoor klachten heeft, kan ze het best met hormoonsubstitutie therapie (HST) gaan beginnen of, zolang ze niet helemaal in de menopauze is, nog een tijdje doorgaan met de pil.'



Oestrogeen.

De publicaties van de *Womens Health Initiative* (2002), bevestigd door de gegevens uit *The Million Women Study* (1996-2001 Oxford) maakten abrupt een eind aan deze dwaling en wijzigden deze opvattingen drastisch.

De eerste studie uit de Verenigde Staten onder ruim 16.000 vrouwen gaat over de cardiovasculaire effecten en de gevolgen voor heupfracturen bij hormoontherapie. De tweede studie betreft de gezondheid van meer dan 1 miljoen vrouwen van 50 jaar en ouder uit de groep die uitgenodigd werden voor een routineborst-onderzoek. Een paar gegevens uit deze laatste studie:

- vrouwen die HST gebruiken ontwikkelen eerder borstkanker dan vrouwen die deze therapie niet gebruiken;
- vrouwen die in het verleden HST gebruikt hebben blijken geen verhoogd risico te hebben.

De kans op borstkanker is aanzienlijk groter bij de combinatie therapie (oestrogeen en progestageen) dan bij

HST met uitsluitend oestrogeen, respectievelijk 2 en 1,3 maal meer kans. Om een indruk te geven: in 10 jaar tijd (1993-2003) leidde in het Verenigd Koninkrijk het gebruik van HST onder vrouwen van 50-64 jaar tot 20.000 extra gevallen van borstkanker. Voor het ontwikkelen van baarmoederkanker (endometriumcarcinoom) was al langer bekend dat het geven van HST met oestrogeen alleen een verhoogd risico inhoudt. Vandaar dat bij een intacte baarmoeder de oestrogeenbehandeling altijd werd afgewisseld met progestageen. De studie bevestigt dat het verhoogde risico op endometriumcarcinoom afwezig is en zelfs licht afneemt bij het gebruik van de combinatietherapie. Ook voor ovariumcarcinoom is het risico bij HST verhoogd tot 1,2 maal en ontbreekt de risicotoenam bij ex-gebruikers.

Zodra de studieresultaten in de literatuur verschenen, spoorden medici actief hun patiënten op die hormonen gebruikten en benaderden hen met het advies om daar,



Opliegers.



NHG-standaard 'De overgang'.

indien mogelijk, direct mee te stoppen. Waar ze eerst enthousiast meenden met iets goeds gekomen te zijn voor vrouwen in de overgang, moesten ze helaas beseffen dat ze zich hadden vergist.

De nieuwe adviesregels van het Nederlands Huisartsen Genootschap geven nu nog maar een beperkte ruimte voor HST bij overgangsklachten.

Baarmoederexpertise van de huisarts

Een huisarts uit de jaren zeventig heeft in zijn opleiding hoofdzakelijk het verloskundige onderricht tot uit den treuren meegekregen. In gynaecologische handelingen *sensu stricto* is hij min of meer autodidact.

In 1974 adviseerde de Gezondheidsraad tot het uitvoeren van een bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker in drie proefregio's en dit werd in 1976 landelijk uitgerold: een keer per drie jaar werden vrouwen tussen 35 en 54 jaar opgeroepen om een uitstrijkje te laten maken bij haar huisarts. In korte tijd maakten huisartsen zich de techniek eigen.

Toen, tevens in de jaren zeventig, door 'de pil' geboorteregeling binnen ieders bereik kwam, ontstond ook de behoefte aan alternatieven. Met name voor de re-



Incontinentie als gevolg van verandering van druktransmissie.
 A. De buikdruk wordt in gelijke mate overgebracht op zowel de blaas als de urineleider (normale situatie).
 B. De buikdruk vergroot alleen de druk op de blaas en niet op de urineleider, waardoor de sluitspier krachtiger moet zijn (verzakking).



Enkele voorbeelden van moderne pessaria.

gulatie van zwangerschap na de eerste bevalling was een andere methode gewenst. Enerzijds is het geven van borstvoeding en hormonale anticonceptie (door de remmende werking op de borstvoeding) niet goed met elkaar te combineren. Anderzijds laat het herstel van de vruchtbaarheid na het stoppen van de pil wel eens op zich wachten (postpilamenorroe). Ook zijn er genoeg vrouwen die een afkeer hebben van pillen en van hormonen in het bijzonder. Al in 1962 hield de Population Council (Verenigde Staten) een conferentie waar Jack Lippes (1924-heden) zijn plastic spiraal presenteerde. In 1969 publiceerde Jaime Zipper (1926-2011) over de zaaddodende koperspiraal en in 1979 werd in Helsinki door Tapani Luukkainen (1929-heden) de progestageenhoudende spiraal gepresenteerd. Met de komst van de koperspiraal kwam de pearl-index¹ dicht in de

buurt van de pil. Het voordeel van een spiraal is dat je het niet kunt vergeten, wat bij het innemen van de pil wel het geval is. Dat er geen onbetrouwbaarheid ontstaat door braken en diarree. En dat na het verwijderen de vruchtbaarheid onmiddellijk weer herstelt. Een nadeel is soms de bloedingscontrole. Dat laatste werd door de komst van de hormoonbevattende spiraal echter opgelost.

Omdat huisartsen door hun ervaring met het bevolkingsonderzoek zich de nodige 'baarmoederexpertise' hadden eigen gemaakt, was de stap naar het plaatsen van een spiraaltje niet zo groot. Zeker toen de toeleveringsbedrijven er alles aan deden om het hen zo gemakkelijk mogelijk te maken. Bij het op de markt komen van de koperspiraal, die een pearl-index van de pil evenaart, was de keuze niet meer zo moeilijk. In veel praktijken werd de keuze voor een spiraaltje een vanzelfsprekend alternatief voor de pil.

Aan andere vrouwenzaken, zoals verzakking en incontinentie, ligt dezelfde anatomische lokalisatie ten grondslag en naast de gynaecoloog wordt de huisarts hierbij dan ook geleidelijk aan deskundig. In menig praktijk zijn al van oudsher pessaria aanwezig.

In plaats van doorverwijzing naar een gynaecoloog of uroloog blijkt het plaatsen van een ring door de huisarts

soms goed resultaat op te leveren. De voorwand van de schede wordt door de ring zover opgetild dat de urineleider weer binnen de buikholte komt liggen. Er treedt weer sluiting op, omdat de druk van de buikholte weer in gelijke mate drukt op zowel de blaas als de urineleider en niet meer alleen op de blaas (het fenomeen van de druktransmissie). Andere inbrengsels zijn in de loop der jaren geprobeerd maar hebben weinig ingang gevonden.

¹ De *pearl-index* of het *zwangerschapscijfer* drukt de betrouwbaarheid uit van de verschillende anti-conceptiemethoden en is genoemd naar de Amerikaanse bioloog Raymond Pearl (1879-1940). Deze index geeft aan hoeveel zwangerschappen optreden als een bepaalde methode gedurende 100 vrouwenjaren gebruikt wordt. Zonder vruchtbaarheidsregeling is het zwangerschapscijfer 85%.



Enkele (koper) spiraaltjes.



Urethrapop en kunststoffen vaginaaltampons tegen incontinentie.

24

Hulpkrachten rond de huisarts

Het is vrijwel onmogelijk om het vak van huisarts goed te beoefenen zonder goede assistentie. Wanneer de huisarts alleen werkt zal er vaak ook maar één doktersassistent zijn. Niet zelden zal de partner van de huisarts die assistent zijn. Wanneer huisartsen samenwerken in groepspraktijken of gezondheidscentra ziet men soms vele doktersassistenten tegelijkertijd werken. Tegenwoordig ziet men steeds vaker ook een zogenaemde praktijkondersteuner en hier en daar zelfs een physician assistant of nurse practitioner.

De assistent(e) is het eerste aanspreekpunt van de praktijk. Zij beantwoordt de telefoon, maakt afspraken, trieert, voert de administratie van het patiëntenbestand, geeft medische voorlichting aan patiënten en verricht verschillende kleinere handelingen waaronder injecteren, dopplersonderzoek, kweken inzetten, oren uitspuiten, wondverzorging, hechten en hechtingen verwijderen, cervixuitstrijkjes maken, urineonderzoek, bloeddrukcontrole en dergelijke, onder toezicht van de arts. Hiervoor is een, meestal driejarige, middelbare beroepsopleiding niveau 4 (MBO) nodig die volgt op een succesvol afgesloten scholing van minimaal voorbereidend middelbaar beroepsonderwijs (vroeger middelbaar algemeen voortgezet onderwijs, MAVO-4) met profielrichting zorg. Een ervaren doktersassistent kan na een vervolgstudie doorstromen naar de functie van praktijkondersteuner, een functie op hoger



Apothekersassistente uit Kath. Illustratie, september 1949.

beroepsonderwijsniveau (hbo), die veel taken van de arts kan overnemen.

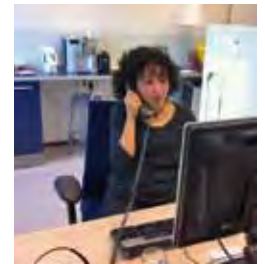
Eind jaren negentig van de vorige eeuw werd duidelijk dat huisartsen onder druk kwamen te staan. Huisartsen kwamen niet toe aan het uitvoeren van de door de NHG ontwikkelde kwaliteitsstandaarden, met name voor de chronische ziektebeelden. Er was sprake van een huisartsentekort in de nabije toekomst en van de tendens om patiënten zoveel mogelijk in de eerstelijns-

gezondheidszorg te houden. Daarnaast nam het aantal patiënten met één of meerdere chronische ziektebeelden toe. De huisarts dreigde overbelast te raken en er werd steeds vaker gesproken over taakherschikking. In samenwerking met beroepsverenigingen, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties is de functie van praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH) ingevoerd. In eerste instantie voor een adequate begeleiding van de zorg voor specifieke patiëntengroepen, maar al gauw met steeds meer aandacht voor het verhogen van de kwaliteit van leven en preventie van nog meer complicaties. In het kader van de toenemende vergrijzing is er ook steeds meer aandacht voor de specifieke veelzijdige problematiek van ouderen: meerdere chronische aandoeningen met somatische én psychische problemen. We onderscheiden tegenwoordig een POH-somatiek en een POH-GGZ. De eerste begeleidt patiënten met een lichamelijke, chronische aandoening, met name diabetes, astma/COPD (*chronic obstructive pulmonary disease*) en hart- en vaatziekten. Zo geeft de praktijkondersteuner voorlichting over het ziektebeeld, begeleidt de patiënt bij medicatiegebruik en veranderingen in de leefstijl en voert controleonderzoeken uit. Een praktijkondersteuner beschikt meestal over een eigen werkruimte binnen de huisartspraktijk, waarin zij zelfstandig patiënten kunnen behandelen. Een praktijkondersteuner heeft een eigen spreekuur en bezoekt ook patiënten thuis. Een POH-somatiek heeft een aanvullende opleiding voor praktijkondersteuning gevolgd. Voor hbo-verpleegkundigen duurt deze een jaar. Voor doktersassistenten en mbo-verpleegkundigen duurt deze twee jaar. Praktijkondersteuners met een ver-

pleegkundige achtergrond (mbo of hbo) noemen zichzelf ook wel praktijkverpleegkundigen.

De POH-GGZ is een nieuwe hulpkracht rond de huisarts sinds 2008. In steeds meer praktijken kan men deze aantreffen. De POH-GGZ signaleert, diagnosticeert, intervineert en ondersteunt bij psychische problemen in samenwerking met de huisarts. De werkzaamheden zijn gericht op de psychische aspecten van gezondheidsproblematiek, goede doorverwijzing en urgentiebepaling, kortdurende begeleiding, psycho-educatie en preventie. De praktijkondersteuner GGZ heeft een aanvullende opleiding gevolgd. Deze duurt tussen de vijf en twintig dagen verspreid over een periode variërend van drie maanden tot een jaar in combinatie met een leerwerkplek. De opleiding staat open voor onder andere sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, verpleegkundigen met GGZ-ervaring, maatschappelijk werkers en praktijkondersteuners somatiek.

Daarnaast zijn er nog twee andere soorten hulpkrachten rond de huisarts. Deze zijn echter nog dun gezaaid. Een physician assistant (PA) is iemand die geen arts is maar wel zelfstandig bepaalde taken van de arts kan overnemen, bijvoorbeeld het afnemen van een anamnese of het opstellen van een behandelplan. Het handelen van een physician assistant valt wel altijd onder de eindverantwoordelijkheid van een arts. Net als de nurse practitioner (en een verpleegkundig specialist) is het een functie op een niveau tussen arts en verpleegkundige in. Het verschil tussen de twee is dat de verpleegkundig specialist meer vanuit een verpleegkundige invalshoek werkt, terwijl de PA zich vooral met medische zaken bezighoudt.



Doktersassistente anno 2013.

25

De wijkzuster terug van weggeweest?



Florence Nightingale
1820-1910.

Diaconessen (gesticht door Olympia in 400 n.C.) waren de eerste wijkverpleegkundigen. In opdracht van de kerkgemeente bezochten zij zieken thuis om te zorgen, te bidden en godsdienst onderricht te geven. Diaconessenhuizen waren ziekenhuizen waar zij werkten. In de middeleeuwen waren vooral kloosters de centra van gezondheidszorg. De zorg binnen deze kloostergasthuizen is van grote invloed geweest op de ontwikkeling van de verpleegkunde. Vroeger lag de zorg voor een groot deel in handen van religieuzen en nog steeds worden verpleegkundigen 'broeders' en 'zusters' genoemd. De nieuwe regelgeving van de laatste decennia leek de positie van de wijkverpleegkundige als vast aanspreekpunt voor zorg en welzijn te ondermijnen.

De term verpleegster komt voor het eerst voor in de 19e eeuw. Florence Nightingale (1820-1910) zorgde voor de erkenning van het beroep. Er kwamen opleidingen voor verpleegsters en het eerste vakblad (*Tijdschrift voor Verpleegkundigen*) verscheen op 15 september 1890. Nadat er meer aandacht was ontstaan voor de techniek bij het verplegen en meer mannen tot dit beroep werden aangetrokken werd de term verpleegster veranderd in verpleegkundige. In 1972 startten in Nederland de eerste middelbare en hogere beroepsopleidingen en met de wet tot bescherming van het diploma van verpleegkundige werd in 1977 de aantekening wijkverpleegkundige een feit. In 1993 werd de Wet op de



Overleg tussen de huisdokter en de wijkverpleegster in Castricum
(Kath. Illustratie september 1952).

beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet BIG) van kracht waarmee de titel van verpleegkundige wettelijke bescherming kreeg. De Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) regelt sinds 1995 de rechten en plichten.

In de tweede helft van de 19e eeuw was Jacobus Penn (1821-1890), geneeskundig inspecteur van de provincie Noord Holland, met wijkverpleging gestart en had daarvoor in 1875 het Witte Kruis opgericht. Huisarts Wilhelm Poolman (1866-1935) richtte in 1900 in Driebruggen de eerste neutrale Groene Kruisvereniging op. Protestantse en katholieke tegenhangers volgden. In 1978 fuseerden

de kruisverenigingen tot de Nationale Kruisvereniging. In de vorige eeuw werden wijkverpleging en gezinszorg beide geregeld van uit een eigen organisatie. De plaatselijke kruisverenigingen verdwenen echter en werden gecentraliseerd, de wijkzuster werd vanaf die tijd onzichtbaar. De meeste kruisverenigingen zijn inmiddels gefuseerd met gezinszorginstellingen en handelen onder de naam thuiszorg: de huidige organisatie is zakelijk en heeft meer afstand tot de cliënt dan vroeger.

Thuiszorg wordt gefinancierd vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ 1968). Begin jaren negentig vond de indicatiestelling om in aanmerking te komen voor thuiszorg plaats vanuit de instellingen zelf. Vanaf 1996 is deze indicatiestelling geleidelijk aan overgenomen door het Regionale Indicatie Organen (RIO) en is in 2005 overgegaan in het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). De komst van het RIO en het latere CIZ is door veel huisartsen als een extra belasting ervaren.

Het is mijn eigen ervaring dat de korte lijnen verdwenen en de bureaucratie steeds meer haar intrede deed. In Nederland bestaat sinds 1995 het Persoonsgebonden budget (PGB) waarmee personen die thuiszorg nodig hebben zelf hun zorg kunnen inkopen. Middels de AWBZ kunnen patiënten kiezen uit Zorg in Natura (ZIN ongeveer 90%) of zorg die betaald wordt uit het PGB (10%). Bij de ZIN maken verzekeraars afspraken met thuiszorgorganisaties en hoeft de patiënt/cliënt zelf niets te regelen. Door deze ontwikkeling zijn er talloze bemiddelingsbureautjes ontstaan die bereid zijn patiënten met een PGB in het woud van regeltjes te begeleiden. Ook bij de reguliere zorg is verzakelijking ontstaan en krijgt

de huisarts tegenwoordig te maken met concurrerende thuiszorginstellingen, waaruit een keuze moet worden gemaakt.

In maart 2009 kondigde de voorzitter van de Regionale Kruisvereniging West-Brabant aan dat de wijkzuster zou terugkeren. In het nieuwe concept werkt de oude vertrouwde wijkzuster weer als een vast aanspreekpunt voor zorg en welzijn voor alle bewoners in de wijk en rond de zorgvrager. De zuster gaat de steun indiceren, coördineren en verbinden. Zij doet dat in nauwe samenwerking met de huisarts, bij wie zij als het even kan ook wordt ondergebracht. Voor een afspraak met de wijkzuster is geen zorgindicatie nodig en geen eigen bijdrage. Inmiddels is het experiment geëvalueerd en geslaagd bevonden. De minister en staatssecretaris hebben zich positief uitgelaten over dit nieuwe concept.



Wijkzuster op de fiets op huisbezoek, 1975.

26

Waarneming: van zondagsdienst naar huisartsenpost

De huisarts van vroeger was een man die samen met zijn vrouw, die onmisbaar was voor de praktijkvoering, was ingesteld op lange en onregelmatige werkweken. De huisarts van nu is steeds vaker een vrouw, die er ook wil zijn voor haar gezin en parttime wil werken. Door deze en andere maatschappelijke veranderingen was de huisartsenzorg broodnodig toe aan een nieuwe organisatiestructuur, wat geleid heeft tot de komst van de huisartsenposten.

Van oudsher heeft de Nederlandse huisarts zorg gedragen voor spoedeisende hulp in en buiten kantooruren (24/7). Vóór 1900 bestond nog nergens in Nederland een waarneemregeling op grotere schaal. In 1909 deed de Tilburgse huisarts Moerel op de regiovergadering een dringend beroep op zijn collegae om bij uitstедigheid de waarneming goed te regelen. Pas in 1935 kwam in Tilburg een zondagsdienstregeling tot stand.

Na de Tweede Wereldoorlog kreeg in Tilburg de 'kwadrantenregeling' vaste voet aan de grond: de stad werd in vieren gedeeld – onder en boven de spoorlijn en links en rechts van het station – en in elk kwadrant circuleerde de dienst voor zes en later meer huisartsen. De regeling werd gepubliceerd in het regionaal weekblad en op een bord aan de praktijk. Zo ging het jarenlang, evenals in veel regio's in Nederland.

Door het wegvallen van de Joodse huisartsen en de overbelasting van de huisartsen in het stadscentrum richtte men al in 1941 in Den Haag een centrale huisartsenpost op. De huisartsen waren onder een algemeen telefoonnummer bereikbaar en ze werden per taxi naar de patiënten gebracht. Dat resulteerde enkele jaren later, in 1948, in de oprichting van de Stichting Doktersdienst 's-Gravenhage (SDG). Ondanks de positieve geluiden uit Den Haag stond de rest van huisartsgeneeskundig Nederland sceptisch tegenover het systeem.

Tot aan de jaren zeventig werden de begrippen uit de Woudschotenconferentie van de jaren vijftig *persoonlijke, integrale en continue zorg* nog bijna overal letterlijk opgevat. De huisarts was en voelde zich dag en nacht verantwoordelijk voor het wel en wee van zijn



eigen patiënten en was altijd bereikbaar. Noodzakelijke vervanging werd onderling geregeld en dat verliep met gesloten beurzen. Vanaf de jaren zeventig deed men in meer regio's weekenddienst vanuit een centraal punt, bijvoorbeeld een verpleeghuis (in Bladel voor de hele Kempen), maar deze regelingen werden kritisch gevolgd.

In 1979 kwam een tweede centrale huisartsenpost voor de weekendwaarneming in Den Bosch. Rond de millenniumwisseling ontstonden steeds meer posten van waaruit diensten collectief werden uitgevoerd. Nijmegen was zo'n plaats, waar men in 1999 de Coöperatieve Huisartsendienst Nijmegen (CHN) oprichtte.

Volgens onderzoek van het NIVEL regelde in 2005 95% van de huisartsenpraktijken de zorg buiten kantooruren via de centrale huisartsenpost, waar alle participerende huisartsen hun arbeidskracht inzetten tegen een vaste uurvergoeding (aanvankelijk € 45, inmiddels circa € 50). In ruil hiervoor werden de ontvangen vergoedingen voor de 24 uursbereikbaarheid ingeleverd.

Maar, waar de grootschalige dienstenstructuur oorspronkelijk bedoeld was om overbelasting te bestrijden, zien we dat 69% van de huisartsen de werkdruk tijdens deze diensten als hoog ervaart. Aangezien het verrichten van diensten een van de eisen is voor herregistratie,



kan een huisarts er niet onderuit, maar een groot deel van de diensten wordt verkocht aan waarnemers. Veel huisartsen hebben gekozen voor persoonlijke familie-geneeskunde en dan lijkt de ANW-zorg op een centrale post steeds meer los te staan van het eigenlijke huisartsenvak.

Dertien huisartsen in Zuidwest-Drenthe en Noordwest-Overijssel voeren de avond-, nacht- en weekeinddiensten nog altijd uit volgens de 'klassieke waarneemregeling'. Ondanks de hogere inzet qua uren zijn artsen en patiënten erg tevreden met deze werkwijze.

27

De huisvesting van de huisarts



Doktershuis aan de Buitendams in Giessendam van Aris Graftdijk, huisarts van 1881-1925.

Een klassieke huisarts had niet veel ruimte nodig: een spreekkamer, een kleine wachtkamer en een ruimte voor de assistente. Heel vaak werd de praktijk dan ook gevoerd vanuit het eigen woonhuis. Soms werd de garage daarvoor gebruikt of een tuinhuis. Soms werd er een container naast het huis geplaatst. In veel gevallen was de 'vrouw van de dokter' tevens assistente. En nu nog, vooral in de dorpen, kan men deze situatie aantreffen. Het Nivel registreerde per 1 januari 2012 dat 26% van de zelfstandig gevestigde huisartsen een solopraktijk (een praktijk met één huisarts) voerde, 38% werkte in een duopraktijk (een praktijk met twee huisartsen) en 36% in een groepspraktijk (drie of meer huisartsen). Het aantal huisartsen in groepspraktijken groeit sterk, het aantal solopraktijken neemt af. Startende huisartsen



In 1918 vierde dokter Costerman Boodt zijn 25-jarig jubileum als huisarts in Goirle.

kiezen voor samenwerking vanwege de mogelijkheden tot overleg, specialisatie, differentiatie, parttime werken en facilitaire ondersteuning.

Georganiseerde zorg onder één dak kan in vele varianten geleverd worden. In een gezondheidscentrum werken huisartsen en andere zorgverleners samen binnen één organisatie, met een gemeenschappelijke doelstelling en in een gemeenschappelijk gebouw. Er is in ieder geval aanwezig: huisartsenzorg, thuiszorg, maatschappelijk werk en veelal fysiotherapie en een apotheek. Veel gezondheidscentra hebben dit aanbod uitgebreid, bijvoorbeeld met eerstelijnspsychologen, verloskundigen, logopedisten enzovoort.

Een gezondheidscentrum heeft een multidisciplinair zorgaanbod met een goede afstemming en coördinatie. Dat komt de continuïteit van de veelvoorkomende aandoeningen en complexe problematiek ten goede. De lijnen zijn kort waardoor er snel overleg kan plaatsvinden tussen hulpverleners onderling. In veel gezondheidscentra zijn huisartsentaken gedelegeerd aan gespecialiseerde assistenten en in toenemende mate aan een praktijkondersteuner voor diabetes- en hypertensiecontroles, griepvaccinaties en dergelijke.

Het gezondheidscentrum biedt met name zorg aan de bewoners van de wijk en de directe omgeving. De best werkbare omvang voor een gezondheidscentrum is 8.000 tot 12.000 patiënten.



Dokterhuis aan de Gasthuisstraat in Tilburg in de jaren 20. Dit pand diende als praktijk voor een huisarts van ca. 1895-1999.

Gezondheidscentra hebben vaak een coördinator of directeur. Deze draagt onder andere zorg voor de facilitaire ondersteuning van het centrum en voor organisatorische zaken. Zorgverleners kunnen zich daardoor volledig richten op hun kerntaak.

Eind jaren zestig van de vorige eeuw werden de eerste gezondheidscentra opgericht. Het aantal groeide maar langzaam; in 1983 waren er 120 in Nederland en in 1990 rond de 150. Tegenwoordig zijn de gezondheidscentra populair bij de beginnende huisartsen. Het aantal is nu waarschijnlijk ongeveer 400.

Naast de gezondheidscentra kennen we ook de HOED. Onder een hoed (huisartsen onder één dak) wordt verstaan een gezamenlijke huisvesting van drie of meer huisartsen. Ze zijn er in vele maten en soorten. De verschillen zijn vooral afhankelijk van de mate waarin de huisartsenpraktijken zijn geïntegreerd. Dit kan variëren van een gezamenlijk dak tot een groepspraktijk. In het eerste geval blijven de praktijken geheel gescheiden

met alleen een centrale ingang. In een groepspraktijk staan de patiënten op naam van de praktijk, zijn de artsen gezamenlijk verantwoordelijk voor de patiëntenzorg en worden alle voorzieningen gedeeld.

Een goed gestructureerde huisartsengroep (Hagro of Hoes) kan een goed alternatief zijn voor of een voorbereiding op een hoed. Zeker als er maximaal gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheden die de informatie- en communicatietechnologie (ICT) biedt. Een voorbeeld daarvan is de hoes (huisartsen onder één systeem) of de 'virtuele hoed'. Hoewel men dan geen gezamenlijke huisvesting heeft, kan men toch zorginhoudelijke afspraken maken. Zo kan men ook de samenwerking met derden regelen en zorgen voor één centraal aanspreekpunt. Er zijn ook in een hagro of hoes mogelijkheden voor taakdifferentiatie tussen huisartsen, met name ten behoeve van onderlinge consultatie. Inkoop kan gezamenlijk worden geregeld. De huisartsengroep kan gezamenlijk voorzieningen realiseren, bijvoorbeeld een gezamenlijk afsprakenbureau, gezamenlijke praktijkondersteuning en categorale spreekuren op één centrale locatie.



Gezondheidscentrum in Haarlem.

Veranderende patiëntenpopulatie

Omdat de huisarts in Nederland vooral patiënten uit de directe omgeving van de praktijk van zorg voorziet, zal de patiëntenpopulatie veranderen als de omgeving verandert. Op het platteland is dat het geval als de oorspronkelijke bewoners wegtrekken naar de stad. In veel gevallen zullen stedelingen, niet zelden na hun pensioen, de opengevallen plaatsen bezetten. Dorpen, die niet ver van een stad liggen, krijgen vaak nieuwbouwwijken met forensen. Door de vestiging van een groot bedrijf of juist door de sluiting van zo'n bedrijf kan de populatie ook snel veranderen. In de grotere steden waren huisartsen altijd al gewend aan veel veranderingen. Jonge mensen beginnen vaak met een relatief goedkope huurwoning om later door te stromen naar een duurder huis. Nieuwbouwwijken, zogenoemde Vinex (Vierde Nota Ruimtelijke Orde Extra) -locaties hebben vaak een aanzuigend effect. Voorbeelden zijn: Nieuwland bij Amersfoort, Floriande bij Hoofddorp, Leidsche Rijn bij Utrecht. Maar ook in Almere, Lelystad of Heerhugowaard kan men wijken vinden met bewoners voornamelijk afkomstig uit Amsterdam of Haarlem. Zo kan het gebeuren dat een huisarts per jaar 10-20% van zijn patiëntenbestand ziet wisselen.

In de afgelopen dertig jaar werden her en der in het land opvangcentra voor asielzoekers geopend. De plaatselijke huisartsen raakten daardoor opeens betrokken bij een heel andere categorie patiënten. In veel gevallen



Dr. A. Verbeek schetst in dit boekje (1951) een haast archaisch beeld van de huisartspraktijk van zijn vader dr. A. Verbeek, huisarts in het Brabantse Veghel van 1888-1940. De patiënt sprak nog haast uitsluitend van 'Meneer den Dokter' en er was een gepaste afstand tussen die twee.

werd spreekuur gehouden in het centrum zelf, maar er zijn ook huisartsen die asielzoekers in hun eigen praktijk hebben ingeschreven. Het ging in eerste instantie vooral om Turken, Marokkanen en Surinamers, later ook om mensen uit Polen, Roemenië, Afghanistan (toen nog bezet door Rusland) en vluchtelingen uit voormalig Joegoslavië, Somalië, maar ook uit Iran en Irak. Anno 2013 zijn veel voormalige asielzoekers blijven hangen, velen zijn inmiddels goed geïntegreerd. In een huisartspraktijk met veel verschillende nationaliteiten zijn

er dagelijks taalproblemen, wat al begint bij het maken van een afspraak. De assistentes zijn getraind om te vragen naar de aard van de klacht om zodoende de urgentie te kunnen bepalen. Ook kan dan een inschatting gemaakt worden van de ingewikkeldheid van een klacht. Soms wordt dan een langer consult gepland. Het is opvallend hoeveel patiënten die zich niet goed kunnen uitdrukken in het Nederlands of het Engels, zonder goede triage op het spreekuur verschijnen. Nederlandse patiënten klagen soms dat de 'assistentes zo streng zijn' en dat ze 'moeten smeken om een afspraak met de dokter', terwijl patiënten die de taal niet spreken soms gemakkelijker een afspraak krijgen. En daar zit de huisarts dan met een familie, zojuist aangekomen uit het hooggebergte van Bhutan. Met de bekende talen kom je niet



Verhalen uit de praktijk van Joep Jansma, voorheen huisarts op het platteland, en Wouter van Kempen, huisarts in Haarlem.



Steven Macrander, huisarts in Zutphen in de tweede helft van de 20e eeuw, beschrijft hoe hij nog alle tijd had voor zijn patiënten. Toch begon ook hij zich al wat te irriteren aan de toenemende administratieve druk in de huisartspraktijk.

verder. Soms laten ze een briefje zien, geschreven door een 'vriend' met daarop een aantal klachten. Dat wordt ouderwets praten met de handen en veel plaatjes laten zien. Waarom nemen ze niet een tolk mee? Tot voor kort hadden we in zo'n geval de beschikking over het tolkencentrum, gratis te raadplegen voor hulpverleners. Maar deze voortreffelijke dienst is door de bezuinigingen niet meer gratis. Toch is er wel veel veranderd de laatste jaren. De regering heeft de inburgeringscursussen verplicht gesteld, waardoor veel mensen toch zijn begonnen aan Nederlandse taallessen. Verder zijn er inmiddels grote gemeenschappen ontstaan met Somaliërs, Iranezen, Irakezen, Soedanezen enzovoort. En zij helpen elkaar. Men kan daar gebruik van maken. Het is verstandig om regelmatig mensen naar hun landgenoten te verwijzen die al meer ervaring hebben met de gezondheidszorg in Nederland.

Ontspoord en de weg kwijt

Over de huisarts en de krankzinnigenwet

Een huisarts heeft nog al eens te maken met ontspoorde patiënten. Vaak heeft hij bij deze personen weinig andere mogelijkheden dan hem of haar uit de omgeving weg te halen en te laten opnemen. Maar dat gaat zo maar niet...

In de middeleeuwen werden mensen met een psychiatrische stoornis door de samenleving geduld, denk aan de dorpsgek. 'Razende dollen' werden thuis vastgebonden of opgesloten. Gasthuizen met een aparte afdeling voor 'sinnelosen' en gespecialiseerde 'sinneelooshuizen' of 'dolphuizen' werden vanaf circa 1390 in verschillende Europese landen opgericht. Het oudste dolhuis ter we-

reld is het Bethlem Royal Hospital (1247) in Londen, beroemd en berucht als 'Bedlam'.

Het oudste psychiatrische ziekenhuis van Nederland is het nog altijd bestaande Reinier van Arkel in 's-Hertogenbosch. Het werd in 1442 gesticht voor zes 'sinnelosen', mensen die hun zinnen niet meer de baas zijn en die men 'van noetewegen spannen, bynden ende sluyten moet'. Twintig jaar later stichtte Willem Arntsz in 1461 in Utrecht het tweede dolhuis in de noordelijke Lage Landen. Amsterdam volgde in 1569. Tot de 19e eeuw bleven het kleinschalige voorzieningen.



Aan elke zijde van het voetstuk van de Razernij kijkt een krankzinnige door het luikje van zijn of haar cel naar buiten.

De krankzinnigen verbleven in gesloten cellen of kooien met een voederluikje in de deur en een gat in de vloer bij wijze van toilet. Soms werden zij met ijzeren kettingen of leren riemen vastgelegd. Tot omstreeks 1800 bleef de medische verzorging beperkt tot lichamelijke klachten. Aan psychische problemen werd geen aandacht besteed. Om de kosten te dekken, werden loterijen georganiseerd. Ook werd het publiek, tegen betaling, in de gelegenheid gesteld op zondagmiddag een kijkje te nemen en zich te vergapen aan de gekken. In Reinier van Arkel werd het 'gekkens kijken' in 1809 afgeschaft.

Vanaf 1780 voltrok zich de eerste psychiatrische revolutie, met als doel de humanisering van de krankzinnigenzorg. De eerste regelgeving hieromtrent in ons land stamt uit een koninklijk besluit van Willem I van 11 april 1818, het zogenaamde Menschlievend Besluit. In Europa bevrijdde de Franse arts Philippe Pinel (1745-1826) als eerste psychiatrische patiënten van hun boeien. In Nederland was de arts Jacob Schroeder van der Kolk (1797-1862) de grote hervormer. Hij wilde de patiënten opvoeden 'tot nuttige leden van de maatschappij, in plaats van hen op te sluiten als dieren, waar men bang voor is'.

Op 26 mei 1841 trad de Eerste Krankzinnigenwet in werking. Opsluiting kon plaatsvinden door middel van een rechterlijke uitspraak. De patiënt zelf, familie of de officier van justitie kon bij de president van de arrondissementsrechtbank een verzoek indienen tot opname. Dol- en gasthuizen moesten zo veel mogelijk als geneeskundig gesticht worden ingericht. Wanneer

dwang onvermijdelijk was, bleven er mogelijkheden voor vrijheidbeperkende maatregelen en afzondering (isoleer cel). De Tweede Krankzinnigenwet van 27 april 1884 maakte een einde aan boeien en dwangbuizen bij de opvang van krankzinnigen. De provincies kregen de verantwoordelijkheid voor voldoende verpleegplaatsen. Een verzoek tot opname kon voortaan via de kantonrechter verlopen en de burgemeester kreeg de bevoegdheid iemand onmiddellijk in bewaring te stellen bij (dreigend) gevaar voor zichzelf, anderen of de openbare orde.

De door de regering in 1948 ingestelde Reorganisatiecommissie voor de Geestelijke Volksgezondheid adviseerde in 1956 opnieuw tot algehele wetsherziening. Vanaf de jaren 1960 voltrok zich een tweede psychiatrische revolutie, bekend als de antipsychiatrie. Deze revolutie werkt tot op heden door, onder andere in het vervangen van grootschalige gestichten door kleinschalige woonvormen. Door de gewijzigde inzichten in de psychiatrie werd in 1971 door de Tweede Kamer een eerste wetsontwerp bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz), die de oude Krankzinnigenwet moest vervangen, aangenomen. Deze wet werd uiteindelijk pas op 29 oktober 1992 van kracht en is nog steeds van toepassing. Deze wet beschrijft dat een burgemeester bij acute zaken kan gelasten tot inbewaringstelling (IBS), wat binnen drie werkdagen moet worden bekrachtigd door de rechtbank voor de duur van maximaal drie weken. De Rechterlijke Machtiging (RM) wordt gebruikt wanneer een gedwongen opname nodig is, maar er geen sprake is van een acute crisissituatie.



De Razernij, toegeschreven aan Artus Quellinus (1609-1668). Dit curieuze, levensgrote beeld in zandsteen laat een vrouw zien die zich in een aanval van gekte de haren uittrekt. Oorspronkelijk stond dit beeld in de tuin van het Amsterdamse dolhuis. (Rijksmuseum, Amsterdam).

Van behandeling naar preventie... maar een beetje overgewicht is gezond

In de jaren zeventig van de vorige eeuw waren de risico's van hoge bloeddruk wel bekend, maar hypertensiepatiënten werden bijna uitsluitend behandeld door internisten. Ook de diabetesbehandeling was nog uitsluitend een zaak van internisten. Een enkele patiënt gebruikte methyldopa of een diureticum, maar de huisarts hield zich nog hoofdzakelijk bezig met curatieve geneeskunde. Met de beschikbaarheid van klinische proeven, die in de jaren zestig en zeventig begon, werden de effecten van medicamenteuze behandeling op de preventie van cardiovasculaire ziekten geleidelijk aan duidelijk. Tot die tijd werd de medicamenteuze behandeling voor hypertensie beschouwd als een therapeutisch avontuur dat meer kwaad deed dan dat het voordeel opleverde.

De eerste aanwijzing dat cholesterol gerelateerd is aan atherosclerose gaat terug tot 1910, toen de Duitse chemicus Adolf Windaus (1876-1959) ontdekte dat atherosclerotische plaques van aorta's van proefpersonen 20- tot 26-voudig hogere concentraties van cholesterol bevatten dan bij een normale aorta. In 1955 ontwikkelde John Gofman (1918-2007), een biofysicus aan de Universiteit van Californië in Berkeley, een methode om plasmalipoproteïnen te scheiden. Ook ontdekte hij de relatie tussen hartinfarcten en verhoogd cholesterol, in het bijzonder bij het LDL-deel (*low-density lipoprotein*)



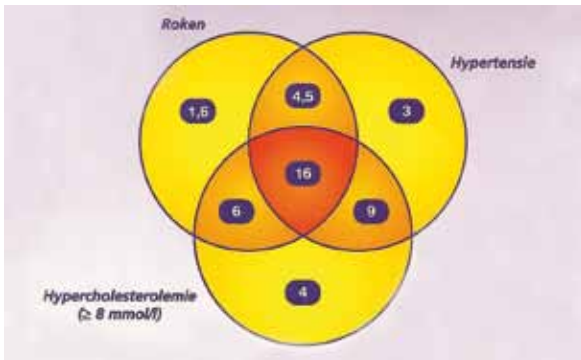
Adolf Windaus.

en de beschermende werking bij een verhoging van het HDL (*high-density lipoprotein*). In de jaren 70 was echter een cholesterol van 7,5 mmol/l nog heel acceptabel en fracties werden in de huisartsenpraktijk niet gemeten.

De grote statinetrials uit de jaren 1995-1998 hebben een omwenteling veroorzaakt in de preventie van hart- en vaatziekten. In 1998 verschenen de CBO-richtlijnen en kort daarop werd de NHG-standaard *Cholesterol* gepubliceerd. Stoppen-met-rokenprogramma's en het opstellen van risicoprofielen werden gemeengoed. De spreekuren werden bezocht door patiënten die ook wel eens hun bloeddruk of hun cholesterolwaarde wilden weten.

Maar voor het eerst werden er ook kanttelingen geplaatst bij de kosteneffectiviteit van preventieve maatregelen: wat mag een gewonnen levensjaar kosten? Afgeleid van de gegevens uit de Framingham Heart Study (begonnen in 1948) verscheen in 2000 de 'regel van acht', een scoringsformule om het risico op hart- en vaatziekten te bepalen. De score is opgebouwd uit de totaalcholesterol/HDL-ratio waarbij 1 punt opgeteld indien aanwezig voor diabetes, hypertensie, roken en eerstegraadsfamilieleden met hart- vaatziekten vóór het zestigste levensjaar. Een uitslag van acht of meer leidt tot een behandeladvies met statines.

Vanaf januari 2006 worden de risicofactoren voor hart- en vaatziekten ook door het NHG uitsluitend nog in samenhang gezien: de standaarden *Hypertensie* (laatste 2003) en *Cholesterol* (1999) werden samengevoegd in een standaard *Cardiovasculair risicomanagement* (M84). Wel of niet behandelen van risicofactoren hangt



De grote drie. Getallen geven aan in welke mate kans op hartinfarct is toegenomen bij aanwezigheid van één of meer risicofactoren.

Table 1: Estimated 10-year risk of death due to CHD for patients under 65

Age	Men		Women	
	Low	High	Low	High
50-59	1.5	3.0	1.0	2.0
60-69	4.5	9.0	3.0	6.0
70-79	16.0	32.0	10.0	20.0

Legend:
 Green: < 10% risk of death due to CHD. No treatment is recommended.
 Yellow: 10% to 20% risk of death due to CHD. Consider treatment.
 Red: > 20% risk of death due to CHD. Consider treatment.

10-jaarsrisico op ziekte of sterfte door HVZ.

voortaan af van het tienjaarsrisico op hart- vaatziekten of overlijden en is af te lezen uit een tabel. De huisarts moet beginnen met het geven van leefstijladviezen en dient medicamenteuze behandeling uit kostenoverweging te beperken.

Opvallend genoeg is 'Een beetje overgewicht is gezond', de openingstitel van de eerste digitale versie van Medisch Contact in 2013: een beetje overgewicht (BMI¹ 25-30) leidt tot 6% lager risico om vroegtijdig te overlijden vergeleken met personen met een gezond gewicht (BMI 18,5-25). Zo blijkt maar weer dat ook bij preventieve geneeskunde alles kan worden gerelativeerd; echte huisartsgeneeskunde dus.

¹ BMI (Body Mass Index), oftewel queteletindex (genoemd naar de Gentenaar Adolphe Quételet (1796-1874), geeft een indruk van het gewicht.

31

Roken vroeger en nu



Het roken van tabak is in de tijd van Columbus (1492) overgewaaid uit Amerika en via Spanje door Europa verspreid. Oorspronkelijk werden gedroogde tabaksbladeren gerookt in een pijp en later in de vorm van een sigaar. De huidige sigaret schijnt zijn oorsprong te vinden in de Krimoorlog (1854-1856), toen soldaten tabak rookten uit gebruikte kardoezen (papieren patroonhulzen) omdat pijpen schaars en duur waren.

Met de opkomst van de industriële revolutie begin 20e eeuw werden sigaretten machinaal geproduceerd. Na de Tweede Wereldoorlog heeft de sigaret de sigaar en pijp naar de achtergrond verdrongen.

Hoewel al in 1929 door de Duitse arts Fritz Lickint

(1898-1960) een verband was gevonden tussen roken en longkanker en ander Duitse artsen een verband vonden tussen roken en kanker aan lippen, mondholte en slokdarm, duurde het tot 1954 voordat deze gegevens door de Britse epidemioloog Sir Richard Doll (1912-2005) werden bevestigd door de British Doctors Study. In Nederland zette de Friese arts Lenze Meinsma (1923-2008), die gepromoveerd was op de gezondheidsrisico's van het roken, vanaf 1963 een tabaksontmoedigingsbeleid op. Onder de vaak rokende collegae vond hij aanvankelijk weinig steun.

In de jaren zeventig kwamen de eerste waarschuwingen op de tabaksverpakkingen te staan. Op 10 maart

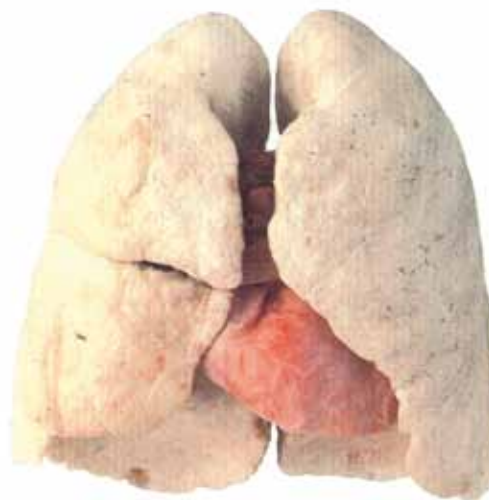
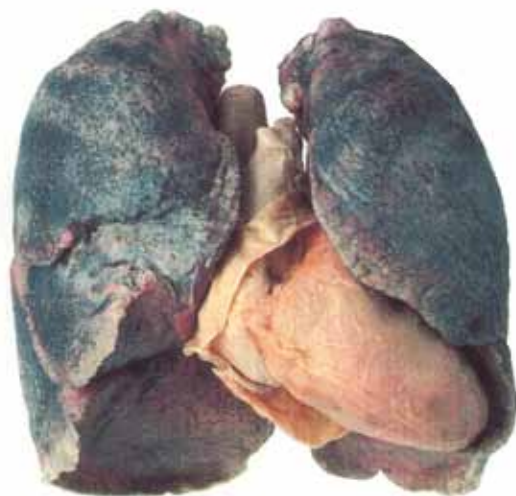


Foto van een rokerslong en een niet-rokerslong.



Handleiding stoppen met roken uitgebracht door Stichting Volksgezondheid en Roken, 1993.

1988 trad de tabakswet in werking 'houdende maatregelen ter beperking van het tabaksgebruik en in het bijzonder ter bescherming van de niet-roker'.

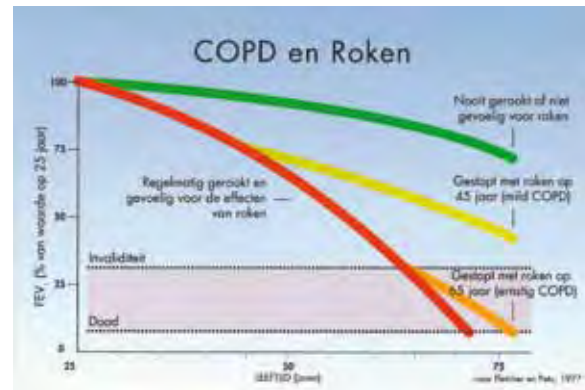
In 2004 kreeg elke werknemer het recht op een rookvrije werkplek en op 1 juli 2008 werd een rookverbod afgekondigd voor de horeca. Hierop verscheen op 1 juli 2010 een versoepeling voor gelegenheden zonder personeel.

Omstreeks de jaren 1990 werd de huisarts steeds meer betrokken in het antirokersbeleid. Waar in de jaren zeventig de dokter in zijn eigen praktijk nog kon roken, was dat twintig jaar later ondenkbaar geworden. De Stichting Volksgezondheid en Roken (Stivoro), ondersteund door het Koningin Wilhelminafonds voor de

Nederlandse kankerbestrijding, de Nederlandse Hartstichting en het Astma Fonds leverden de huisarts het ondersteunende materiaal voor de 'minimale interventiestrategie', met romantische plaatjes voor een teamgerichte aanpak. De werkelijke aanpak kon pas van de grond komen toen de huisartspraktijken vanaf 2003 extra steun kregen door middel van de praktijkondersteuners. Het NHG bleef niet achter en momenteel is er de standaard *Stoppen met roken* (M85).

In elke praktijk zijn de afbeeldingen bekend van de rokers- en niet-rokerslong afkomstig van het Institut für Plastination in Heidelberg (prof. Gunther von Hagens) en van de Fletscher-curve.

Bij het roken is het ongeveer zo gegaan als met het gebruik van alcohol in het verkeer. Aanvankelijk deed iedereen het en uiteindelijk is het sociaal niet meer aanvaardbaar. In dit verband werkt de sociale controle waarschijnlijk beter dan verhoging van de accijns.



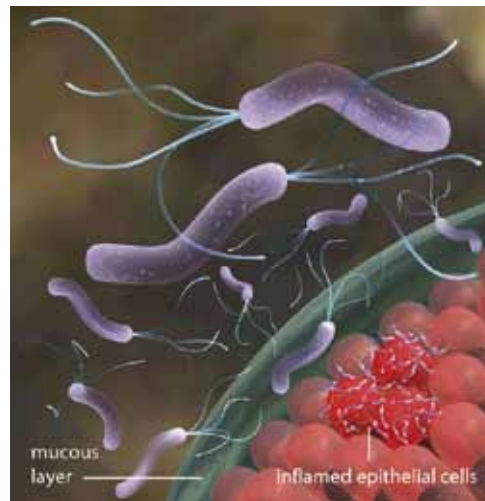
De Fletscher-curve.

Ontdekking van de *Helicobacter pylori*

Maagklachten verdwenen?

De opvattingen rondom voeding en maagklachten zijn de afgelopen eeuw veranderd. Mensen met klachten kregen tot ver in de jaren zeventig van de vorige eeuw strenge 'maagsparende' diëten voorgeschreven. Het streven was om de maag zo min mogelijk maagzuur te laten produceren en het reeds gevormde maagsap te binden. Was een dieet niet toereikend dan werd er geopereerd. Laten kwamen maagzuurremmers in zwang. Deze middelen hebben echter ook een keerzijde.

Maagsap wordt gevormd bij het zien en ruiken van voedsel en door uitzetting van de maag. Daarom werd naast strenge bedrust een dieet gegeven dat bestond uit een reukloze, smaakloze voeding met onthouding van koffie, alcohol en tabak. Zodoende werd aangeraden regelmatig en meermalen kleine maaltijden te nuttigen. Vooral diëten met vloeibaar en gemalen voedsel, in kleine porties, moesten de maagsapafscheiding beperken. Het aanwezige zuur moest gebonden worden aan eiwit en kalk uit de voeding, hoofdzakelijk bestaand uit melkproducten. De maaltijden in het aloude maagdieet waren dan ook eenzijdig en door de grote hoeveelheden melk en room werden patiënten 'vetgemest'. De voorgeschreven bedrust droeg daar nog een steentje aan bij, met als gevolg een groter risico op hart- en vaatziekten en een ijzergebrek.



Helicobacter pylori dringt epitheelcellen binnen.

De Deense arts Jens Einar Meulengracht (1887-1976) zorgde in 1935 al voor een doorbraak. Hij pleitte voor een meer veelzijdige, gepureerde voeding: het meulengracht-dieet. Hierdoor konden tekorten aan vitamines en mineralen worden voorkomen. Bij uitblijven van genezing werd een operatie geadviseerd, met als doel de hoeveelheid maagzuurproducerend slijmvlies te reduceren. Bij een dergelijke operatie neemt de chirurg ongeveer twee derde van de maag weg, het gedeelte waar het maagzuur wordt gemaakt samen met het begin van de twaalfvingerige darm. De stomp hecht hij dan naar

keuze weer vast aan de twaalfvingerige darm (volgens Bilioth-I) of verderop aan de dunne darm (Bilioth-II). We kennen aldus B-I- en B-II-maagpatiënten.

Later kwam de vagotomie (het doorsnijden van de nervus vagus, ofwel zwervende zenuw) in zwang. Een nieuwere techniek die opkomt in de jaren zeventig staat bekend als selectieve vagotomie. Hierbij tracht men de zenuwen te doorsnijden die tot maagsapafscheiding aanzetten en de rest te sparen. De jaren tachtig brachten de maagzuurremmers (H₂-receptorantagonisten, tegenwerkers op de plaats waar een hormoon aangrijpt, dat maagzuurafscheiding stimuleert) in tabletvorm met als eerste in 1981 Tagamet® (cimetidine). Er ontstond een ommekeer in de aanpak van maagklachten.

Tien jaar later kwam een nieuwe groep maagzuurremmers op de markt (protonpompremmers, remmers op de plaats waar maagzuurproductie plaatsvindt) met als eerste in 1989 Losec® (omeprazol), dat veel efficiënter bleek. Verkeerde eetgewoonten gaven voortaan minder klachten.

Maar hoe lang mag je ongestraft zo'n medicijn nemen? Al gauw kwamen er waarschuwingen dat het doorlopend remmen van maagzuur zou kunnen leiden tot een ophoping van stoffen die dan misschien weer kanker-
verwekkend kunnen zijn. Een tweede gevaar zou zijn dat de nieuwe generatie maagzuurremmers zo goed werkt, dat daardoor de klachten van patiënten met maagkanker te laat worden opgemerkt en dat maagklachten niet langer een belemmering vormen bij een ongezonde leefstijl.



Barry Marshall en Robin Warren.

Al in 1982 hebben de Australische artsen Robin Warren (1937-heden) en Barry Marshall (1951-heden) herontdekt dat de *Helicobacter pylori*, een bacterie, een maagontsteking kan veroorzaken. Marshall slikte de bacterie in, kreeg een maagontsteking en genas zichzelf met antibiotica. In 1994 verklaarde de World Health Organization deze bacterie tot kankerverwekkend. In 2005 kregen Warren en Marshall voor hun ontdekking de Nobelprijs uitgereikt.

Bij ons ontstond in de late jaren negentig tripel- en zelfs quadrupeltherapie (combinaties van antibiotica met een maagzuurremmer) ter behandeling van een maagzweer.

Het aantonen en de eradicatie van *Helicobacter pylori* is een behandeling door de huisarts geworden. In de huidige behandeling van maagklachten is nauwelijks meer plaats voor dieetmaatregelen. Door de hoge kosten is vergoeding van maagzuurremmers inmiddels echter aan strenge regels gebonden.

33

Medicamenteuze doorbraken: antibiotica en antidepressiva Wondermiddelen?



*Reclame voor Neuleptil
eind jaren '70, een
dopamineantagonist,
gebruikt als anti-
psychoticum.*

In september 1928 ontdekte Alexander Fleming (1881-1955) bij toeval de penicilline. Tijdens zijn onderzoek naar stafylokokken bleek dat per ongeluk een schimmel in de buurt van zijn bacteriënkolonie was gevallen en dat daaromheen geen bacteriën groeiden. Dat was voor hem het eureka-moment. Hij maakte een infiltraat van die schimmel en ontdekte dat dit veel soorten bacteriën kon doden, terwijl proefdieren bij toediening daarvan geen nadelige gevolgen ondervonden. Omdat de stof moeilijk te isoleren was, duurde het toch nog tot 1940 voordat het als geneesmiddel gebruikt kon worden. Net op tijd om van zeer veel geallieerde soldaten het leven te redden! Fleming kreeg in 1940 samen met Ernst Boris Chain (1906-1979) en Howard Florey (1898-1968), die de isolatie van de zuivere penicilline uit het schimmelinfiltraat hadden ontdekt, de Nobelprijs voor Geneeskunde.

Nederland maakte in het najaar 1944 voor het eerst kennis met penicilline, toen geallieerde militaire artsen in het bevrijde gedeelte van Nederland het middel verstrekten aan hun Nederlandse collega's. Het bleek een 'wondermiddel' te zijn dat vaak al ten dode opgeschreven patiënten wist te redden.

En zo werd dat tientallen jaren ook door de dokters en hun patiënten gezien. Het hielp geweldig tegen allerlei infectieziekten, het doseren gaf geen probleem – vooral niet te laag, want te hoog kon geen kwaad – en bijwerkingen werden zelden gezien. Maar het 'wondermiddel' tegen alle infecties bleek het niet te zijn, want het werkt niet tegen de meestal onschuldige en veel voorkomende virusinfectieziekten als verhoudheden,



Een van de vroege penicillines, 1 miljoen Eenheden, ca. 1950.

griepjes enzovoort, waar geduldig uitzieken nog steeds de enige oplossing voor is.

Een echte grote domper op de euforie werd gezet toen op den duur bleek dat er steeds meer bacteriën ongevoelig werden voor antibiotica. De altijd wel aanwezige of ontstane bacteriën die ongevoelig zijn voor het gebruikte antibioticum en normaal geen kans krijgen om te gaan overheersen, krijgen dat nu wel doordat zij als enige blijven leven en zich rustig kunnen voortplanten. En hoe vaker penicilline gegeven wordt, hoe groter de kans daarop. Deze resistente bacteriën, zoals bijvoorbeeld de meeste beruchte MRSA-bacterie (meticillineresistente *Staphylococcus aureus*), vormen ondertussen een steeds groter probleem. Bovendien kan men allergisch worden voor allerlei soorten antibiotica en die kunnen zelfs in sommige gevallen dodelijk zijn. Allergieën hebben tijd nodig om zich te ontwikkelen en veelvuldige blootstelling aan de allergieopwekkende stof kan dat verder in de hand werken. Al deze nadelen vormen een toenemende reden om steeds zorgvuldiger met antibiotica om te gaan. Zo is het van een wondermiddel een normaal geneesmiddel geworden.

Een soortgelijke ontwikkeling ziet men ook bij de ontdekking van het andere 'wondermiddel', de antidepressivum. In de jaren vijftig bleek dat iproniazide, een destijds veel gebruikt middel tegen tuberculose, ook een gunstig effect had op de psychische gesteldheid van de daarmee behandelde patiënten. Dat werd toegeschreven aan de verhoging van het serotoninegehalte in de hersenen. Sindsdien werd het gebruikt als antidepressivum en heeft het gebruik daarvan een



Allerminst onschuldig was het nieuwe slaapmiddel Softenon (thalidomide) van de Duitse firma Grünenthal, dat gebruikt werd in de periode 1957-1961. Softenon in de zwangerschap veroorzaakte ernstige misvormingen aan de extremiteiten bij bijna 10.000 baby's. In Nederland waren er 'slechts' 25 slachtoffers, maar was het reden om de formele geneesmiddelenbewaking veel stringenter op te gaan zetten.

enorme vlucht genomen. Zoals iedereen wel eens verkouden is, is ook iedereen wel eens depressief en de verleiding is dan natuurlijk groot om je toevlucht te nemen tot zo'n nieuw wondermiddel in plaats van te bedenken wat nu precies de reden van die depressiviteit is. De laatste onderzoeken hebben duidelijk uitgewezen dat slechts bij de zwaarste depressieve patiënten de behandeling met antidepressiva een klinisch significante verbetering geeft en dat bij de rest dat toegeschreven moet worden aan het placebo-effect daarvan. Dat de Nederlandse (huis)artsen en hun patiënten daar nog niet van overtuigd zijn, mag blijken uit het feit dat sinds 1999 jaarlijks 6% meer mensen antidepressiva zijn gaan slikken en dat in 2007 dit al gedaan werd door 1 op de 17 Nederlanders! Blijkbaar zijn wij depressiever dan we dachten. Of toch alleen maar gemakzuchtiger?

Bevolkingsonderzoek, erfelijkheid en gendiagnostiek

Nuttig of dure werkverschaffing?

Goed opgezet bevolkingsonderzoek moet aan een aantal criteria voldoen. Het moet namelijk een hoge specificiteit en sensitiviteit hebben, met weinig fout-negatieve en -positieve uitslagen, de op te sporen ziekte moet een asymptomatisch voorstadium hebben waarin de genezingskansen nog hoog zijn, het mag geen nadelige gevolgen hebben en de kosten per gevonden geval moeten acceptabel zijn. Hoe belangrijk deze voorwaarden zijn, laat het mislukte bevolkingsonderzoek op longkanker van ongeveer veertig jaar geleden goed zien. Het was oorspronkelijk opgezet voor longtuberculose want dat was een groot succes. Het vervolg op longkanker mislukte echter. Want als longkanker ontdekt werd, was het bijna altijd al te laat en niet meer te genezen, zodat het onderzoek niet meer voldeed aan het tweede criterium. Het bevolkingsonderzoeken beëindigen was dus de enige consequentie. Dat vond in ieder geval de bevolking ook, want die bleef gewoon thuis.

Mogelijk dreigt dat op den duur ook te gaan gebeuren met het zeer populaire bevolkingsonderzoek op borstkanker dat is gestart in 1989 en waarbij alle vrouwen tussen de 50 en 75 jaar elke twee jaar opgeroepen worden om een mammografie te laten maken. Het op-



Het logo van de borstkankerscreening.

komstpercentage is 80% en het sterftepercentage voor borstkanker is sindsdien gedaald met 25%. Kortom, op het eerste gezicht hét voorbeeld van een ideaal bevolkingsonderzoek en zeker zijn geld waard. Ware het niet dat de 'geleerden' het daarover niet met elkaar eens zijn. Zo spreken twee in 2011 gepubliceerde artikelen elkaar ogenschijnlijk tegen over het nut van dit bevolkingsonderzoek. Het artikel in het *British Medical Journal* stelt dat er geen enkel bewijs is dat deze sterftedaling komt door het bevolkingsonderzoek, aangezien andere West-Europese landen waar men ruim tien jaar later met screenen begonnen is precies dezelfde sterftedaling te zien zijn. De onderzoekers schrijven dat toe aan de verbeterde behandelingsmethoden en een efficiënter systeem van gezondheidszorg. Terwijl een onderzoek van het Erasmus MC in opdracht van het RIVM (Rijks-

instituut voor Volksgezondheid en Milieu), de uitvoerder van het bevolkingsonderzoek, een totale daling van het sterftepercentage van 49% claimde bij vrouwen die ten minste driemaal aan het bevolkingsonderzoek hadden deelgenomen ten opzichte van niet-deelnemers. Door het voorhanden hebben van vergelijkingsmateriaal kan dan blijkaar beter aan het eerste onderzoekscriterium voldaan worden. Dat verklaart dus ook de fout-negatieve en -positieve (70%) uitslagen die huisartsen zien. Bovendien kunnen er ook vraagtekens gezet worden bij het tweede criterium, omdat bekend is dat borstkanker in een vroeg stadium al kwaadaardig kan zijn. Reden genoeg dus om het nut van dit bevolkingsonderzoek kritisch te blijven vervolgen.

Gelukkig is dat niet het geval bij het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker waarbij vrouwen tussen de 30 en 60 jaar eens per vijf jaar opgeroepen worden om een uitstrijkje te laten maken bij de huisarts. Daar is het jaarlijkse sterftepercentage sinds het begin van het onderzoek in 1991 gedaald van 0,011 tot 0,003. Alleen is het kwantitatieve effect daarvan minder groot, omdat per jaar ruim 10 keer zo veel vrouwen aan borstkanker sterven dan aan baarmoederhalskanker.

Eveneens onomstreden zijn de andere vormen van bevolkingsonderzoek, zoals de hiepriek bij pasgeboren baby's, waarbij een screening wordt gedaan op 17 aangeboren afwijkingen, en de combinatietest bij zwangere vrou-

wen waarbij gescreend wordt op de kans op het krijgen van een kind met downsyndroom. Een vervolgbloedonderzoek in de vorm van de NIPT-test (het 'Belgische onderzoek') geeft dan zekerheid, maar is als 'bevolkingsonderzoek' (nog) verboden, zodat men op de niet-risicoloze vruchtwaterpunctie aangewezen is. Verder start er in 2014 een bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker, waarbij elke twee jaar bij iedereen tussen de 55 en 75 jaar ontlasting wordt onderzocht op bloedsporen.

Een geweldige aanwinst van de laatste jaren is de mogelijkheid van gendiagnostiek. Vooral bij een belaste familieanamnese op borst- en dikkedarmkanker. Nu kan met zekerheid worden vastgesteld of men al dan niet een 'verkeerd' gen heeft waardoor de kans verdwenen is dat men ten onrechte allerlei, vaak zeer ingrijpende preventie maatregelen moet nemen. Een ander aanwinst van de gendiagnostiek is de vroege diagnostiek bij foetussen op erfelijke ziekten die in bepaalde families voorkomen.

De rol van de huisarts hierbij is in eerste instantie, behalve bij baarmoederhalskanker, passief. Deze wordt pas ingeschakeld als de uitslag mogelijk 'niet goed' is. Naast verwijzing moet deze vooral begeleiden. Het voeren van het eerste slechtnieuwsgesprek, de verdere begeleiding van de eventuele behandeling daarna en soms de stervensbegeleiding is nu de hoofdtaak geworden. Dat is een moeilijk, maar ook een zeer dankbaar onderdeel van het vak.

35

Nascholing van de huisarts



Voorblad van de *Geneeskundige Bladen* uit 1900, een serie cahiers voor de medische praktijk, door de hoogleraren Straub & Treub in 1894 gestart.

Een arts was vanaf 1865 bij wet bevoegd om 'de genees-, heel- en verloskunde in den vollen omvang' en onbeperkt uit te oefenen. Maar, elke professional moet natuurlijk nieuwe ontwikkelingen in zijn vak bijhouden om adequaat te kunnen blijven functioneren, hoewel dat lang volkomen vrijblijvend is geweest. Pas aan het einde van de 20e eeuw wordt een en ander wettelijk geregeld en vastgelegd.

Er lijken drie methoden te zijn om het vak als algemeen arts bij te houden: schriftelijk via boek of tijdschrift, in collegiaal contact door middel van casuïstiekbesprekingen en demonstraties en door georganiseerde voordrachten, lezingen en congressen.

In de loop van de 19e eeuw ontstonden er medische tijdschriften of periodieken, ook in Nederland. Vele hebben maar kort bestaan. In 1857 werd het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (NTvG) opgericht. Het zou een belangrijk, beeldbepalend tijdschrift worden, vooral omdat het tot aan de Tweede Wereldoorlog de spreekbuis was van de NMG (de latere KNMG). Pas vanaf 1948 is het NTvG losgekoppeld van de KNMG. Daarnaast waren er veel buitenlandse tijdschriften.

Om niet op alle relevante tijdschriften geabonneerd te hoeven zijn, waren er al in de 19e eeuw medische leesgezelschappen met een leesmap. Zo had menig NMG-kring in haar statuten staan dat een leesmap zou worden onderhouden. Maar medische leesmappen

functioneerden slecht; keer op keer moesten leesgezelschappen opnieuw worden opgestart.

Artsen hadden behoefte aan collegiaal contact, maar konden daar soms slecht mee omgaan. Vaak waren casuïstiekbesprekingen levendig en interessant voor elkaar. Hoe consequent ermee werd omgegaan, lag natuurlijk aan de deelnemers en hun voorzitter. Daarnaast waren demonstraties niet ongewoon, ook patiëntendemonstraties, die in de 19e eeuw nog vaak voorkwamen, zoals het demonstreren van repositie van een schouderluxatie, 1853; het uitvoeren van een beenamputatie in het bijzijn van collegae, 1863; het demonstreren van een hermafrodit, 1885.

Met de opkomst van de specialist, ongeveer vanaf 1900, ontstond een nieuwe kennisbron. In kringvergaderingen werden door specialisten nieuwe onderzoeksmethoden gedemonstreerd, bijvoorbeeld de röntgendiagnostiek (vanaf 1896), de elektrische oogspiegel (1906), nieuwe operatietechnieken (darmoperaties in twee tempi, 1923) of nieuwe laboratoriumapparaatjes (chloridometer volgens Strauss 1927).

Volledige en gestructureerde nascholing werd vormgegeven door lezingen en voordrachten. Gebeurde dat aanvankelijk binnen menig NMG-kring door de deelnemers zelf, die beurtelings een onderwerp uitwerkten en voordroegen, vanaf 1900 werden daarvoor vaker sprekers van buiten de eigen kring gevraagd. In het zuiden van het land was de mobilisatieperioden in 1914-1918

een extra stimulans door de aanwezigheid van de gemobiliseerde militaire artsen, die vaak in academische centra hun kennis hadden opgedaan. Voorbeelden van dergelijke lezingen uit deze periode zijn: behandeling van oorlogsverwondingen, heliotherapie bij tuberculose, ziekten van het oor, voedingsstoornissen bij zuigelingen, agglutinenen en serumtherapie. Toen de ouderwetse hospitalen werden vervangen door moderne ziekenhuizen (periode 1900-1940) werd nascholing vaak gecentreerd in het nieuwe ziekenhuis, waar de voordrachten steeds vaker door de specialist werden gehouden.

De farmaceutische industrie krijgt vanaf de jaren 1930 steeds meer grip op de nascholing (bijvoorbeeld Bayer in 1938 met de films *Bloed* en *De wonderlijke wereld van de microscopie* enzovoort).

In 1957 werd bij de oprichting van het NHG ook een commissie Nascholing aangesteld. Geleidelijk werd nascholing door de beroepsgroep zelf ter hand genomen: nascholing voor huisartsen door huisartsen. In die tijd



De productbeschrijving van twee penicillinezalven. Penicilline in de vorm van zalf is vanwege een gemakkelijke overgevoeligheidsreactie al vanaf ca. 1965 obsoleet.

was dat een nieuw fenomeen; tot dan toe waren het immers de specialisten die het vak bepaalden. Op initiatief van enkele huisartsen werd in het zuiden van ons land als een van de eerste de Commissie Nascholing Limburg opgericht, die later nauw zou gaan samenwerken met de in 1976 op te richten universiteit in Maastricht. Het NHG ging speciale huisartscongressen en andere cursussen organiseren. Er ontstonden balintgroepen en in het Groningse plaatsje Warffum werd de eerste meerdaagse cursus voor huisartsen gehouden.

In 1986 ontstond de Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen (SDH) uit een fusie van de Stichting Nascholing Huisartsen (SNH) en de Stichting Toetsing Huisartsen; deze nieuw ontstane stichting ging werken via de DHV's. In de jaren 1990 kwam er een nog strakker georganiseerd verband via de Plaatselijke Huisartsvereniging (PHV), later Regionale Huisartsvereniging (RHV) genoemd. Ook in kleiner verband in de huisartsengroepen (Hagro's) werd nageschoold, maar dat bleef vaak beperkt tot farmacotherapeutisch overleg (FTO) met de apotheker.

Op 1 januari 1996 werd middels de wet BIG de verplichte herregistratie op basis van geaccrediteerde bijscholing ingevoerd. Hierbij moest elke huisarts voortaan tweehonderd punten (= uren) kwalitatief goedgekeurde (geaccrediteerde) bijscholing hebben gevolgd in vijf jaar tijd. In 2005 kwam er een einde aan de nascholingsstructuur via de beroepsvereniging LHV door het stopzetten van de overheidssubsidie. De huisartsenorganisaties moesten voortaan samen met de ziektekostenverzekeraars hun geaccrediteerde bijscholing zien te organiseren. Tegen 2010 kwam e-learning om de hoek kijken. Bijscholing blijft nodig, maar kan nu gedeeltelijk vanuit huis geschieden.



Farmacotherapie voor de huisarts 2013.

36

Vaccinaties en de 'grieprik'



Louis Pasteur kon met deze zwanenhalsfles de generatio spontanea verwerpen: zonder blootstelling aan lucht ontstaat immers geen besmetting.

Momenteel laat meer dan 95% van de ouders hun kinderen inenten tegen allerlei kinderziekten. Dat gebeurt volgens het schema van het Rijksvaccinatieprogramma vóór het 4e levensjaar en wanneer het kind 9 is. Bovendien krijgen meisjes als ze 12 jaar zijn nog een inenting tegen baarmoederhalskanker. Daardoor krijgen zij tegenwoordig geen kinderziekten meer. Vroeger maakte men die allemaal in zijn jeugd door, omdat iedereen al bij de eerste besmetting ziek werd. Doordat hierdoor ook immuniteit ontwikkeld werd, kon men de ziekte later niet meer krijgen. Soms betrof het onschuldige ziekten, maar andere als polio (kinderverlamming), kinkhoest, difterie en vooral pokken waren dat zeker niet. Met name aan de laatste ziekte gingen regelmatig mensen dood. Een uitzondering van de kindervaccinaties is de vaccinatie voor tetanus wat geen kinderziekte maar een vaak dodelijke wondinfectie is. Bovendien geeft inenting daarvoor geen levenslange immuniteit, zodat hervaccinatie als men een wond krijgt of op reis gaat noodzakelijk is.

De pokkenvaccinatie hebben wij te danken aan Edward Jenner (1749-1823), hoewel Lady Mary Wortley Montagu (1689-1762) aan het begin van de 18e eeuw de eerste stappen zette in de promotie van pokkenvaccinatie. Bij wat ze variolatie noemde, werd vocht uit de blaas van iemand met een milde vorm van de ziekte overgebracht naar iemand anders. Tegen het eind van

de 18e eeuw veroorzaakte pokken jaarlijks zo'n 400.000 doden in Europa. Het virus kwam destijds bij mensen in twee vormen voor: *variola minor* en *variola major*. De laatste vorm zorgde voor de meeste slachtoffers. Tussen de 10% en 30% van de geïnfecteerden met *variola major* overleefde een dergelijke infectie niet. Het was al wel bekend dat mensen die veel met koeien werkten veel minder last van pokken hadden bij epidemieën of slechts lichte ziekteverschijnselen vertoonden. Dat bracht Jenner op het idee om in 1796 een 8-jarig jongetje met het koepokvirus te infecteren. Bij de jongen maakte hij twee kleine krasjes op de huid. Die krasjes wreef hij in met de vloeistof uit de koepok van de hand



Edward Jenner was de eerste die rond 1791 de koepokvariolatie toepaste als veilige methode van enten met levend virus.

Harry Vink
Anne van Kessel

van een melkmeisje. Na een dag of zeven vertoonde de jongen wat lichte ziekteverschijnselen, maar twee dagen later was hij weer genezen. Op 1 juli van datzelfde jaar infecteerde de dokter de jongen met het menselijke pokkenvirus. Hij kreeg geen pokken. Dit was zo'n succes dat dit al snel overal werd nagevolgd. In Nederland al vanaf 1804, waar tot 1974 de pokkenvaccinatie algemeen toegepast werd. Het pokkenvirus komt nu niet meer voor. De laatst bekende natuurlijke besmetting met pokken was op 26 oktober 1977. De term 'vaccinatie' die nu voor alle soorten van inenten tegen ziekten gebruikt wordt komt van het Latijnse woord voor koepokken, *vaccinia*.

Het zou echter nog ruim 60 jaar duren alvorens Louis Pasteur (1812-1895) daar een theoretische onderbouwing aan zou geven met zijn ontdekking in 1860 dat de oorzaak van veel ziekten een minuscuul klein wezen, een micro-organisme, was. Daarmee maakte hij een eind aan de tot dan toe bestaande theorie van de *generatio spontanea*, het spontaan ontstaan van een organisme uit dode materie. Als men deze micro-organismen kon doden, kon men dus ziekten voorkomen of zelfs genezen; de bacteriologie was geboren. Pasteur ontdekte het pasteuriseren van voedsel, het steriliseren van gereedschappen en hij ontwikkelde vaccins tegen onder meer hondsdolheid, miltvuur en cholera.

Dat laatste berustte op het principe dat antilichamen ook kunnen ontstaan door inenting met een verzwakt of dood micro-organisme. Deze 'actieve vaccinatie' kost alleen enige tijd en meestal zijn er nog meerdere vaccinaties nodig. Wanneer men deze tijd niet heeft, kan men ook serum van een mens of dier geven waarin al

de juiste antilichamen zitten: 'passieve vaccinatie'. Vroeger werd, vooral bij gebrek aan menselijk serum, dierlijk serum gebruikt. Het nadeel van die methode is dat er daarbij ook antilichamen tegen het dier aangemaakt worden. Tegenwoordig is dat geen probleem meer, want voor passieve vaccinatie, zoals tegen tetanus, als men hiervoor nog niet eerder is gevaccineerd (de injectie op de 'eerste hulppoli' direct na verwonding), gebruikt men alleen nog maar menselijk serum. De vaccinaties van het Rijksvaccinatieprogramma berusten allemaal op het actieve vaccinatieprincipe.

Een apart verhaal is de jaarlijkse griepvaccinatie. Veel gehoorde klachten daarbij zijn dat het niet helpt en dat men er juist griep van krijgt. Hét grote probleem daarbij is dat het griepvirus heel erg vaak verandert. Soms heel weinig, maar af en toe ook heel erg veel, zodat de al gevormde antilichamen tegen de griep niet meer voldoende of zelfs helemaal niet meer helpen. Dan kunnen er griep epidemieën of zelfs -pandemieën ontstaan. Elk jaar probeert men zo goed mogelijk de samenstelling van het verwachte griepvirus in te schatten. Lukt dat niet dan helpt de griep prik ook niet of onvoldoende. Bovendien wordt men bij de griepvaccinatie ingeënt met een verzwakt griepvirus en maakt men dus een heel lichte vorm van griep door. Dat kan een griepachtig gevoel of een geringe weerstanddaling geven en als men dan een vaak in het najaar optredende verkoudheid of andere virale infectie onder de leden heeft, kan deze even opflikkeren. Ten onrechte denkt men dat men griep gekregen heeft. Maar, iedereen die inderdaad wel eens de echte griep doorgemaakt heeft, weet wel beter want van griep kan men flink en langdurig ziek zijn en de complicaties daarvan moet men vooral niet onderschatten.



De geleerden zijn het er nog steeds niet over eens: was de campagne tegen de Mexicaanse Griep in 2010 overdreven of niet?

Nieuwe ziekten of oude wijn in nieuwe zakken?

De laatste vijftig jaar heeft een huisarts heel wat diagnoses te verwerken gekregen waarvan hij in zijn opleiding nog nooit had gehoord. Mede door de grotere beschikbaarheid van medische gegevens op internet en de opener communicatie in de tweede lijn, moet de huisarts er aan wennen, dat patiënten of jonge ouders vaak over meer vaktermen beschikken dan hij- of zijzelf en beter schijnen te weten onder welke ziekte zijzelf of hun kinderen precies gebukt gaan.

In de psychiatrie leerde men over het begrip autisme. Dat werd in 1943 voor het eerst beschreven door de Amerikaanse kinderpsychiater Leo Kanner (1894-1981). In 1981 werd hiervan onderscheiden het aspergersyndroom, pas na zijn overlijden genoemd naar een tijdgenoot van Kanner: Hans Asperger (1906-1980). Later kwamen daar ook MCDD (*multiple complex developmental disorder*), PDD-NOS (*pervasive developmental disorder not otherwise specified*) en het rettsyndroom – vernoemd naar Andreas Rett (1924-1997) – bij. Inmiddels zijn deze diagnoses weer samengevoegd onder één noemer: autismespectrumstoornis (ASS); de huisarts van nu wordt er nog regelmatig mee geconfronteerd.

Andere 'nieuwe ziekten' zijn wellicht te verklaren als een teken des tijds.

Zo is de term burn-out begin jaren zeventig voor het eerst gebruikt door de Amerikaanse psychotherapeuten Herbert Freudenberger (1927-1999) en Christina Maslach (1946-heden).

De term RSI (*repetitive strain injury*) is ontstaan na het gebruik van onder meer de computermuis. Maar soortgelijke aandoeningen als de tenniselleboog en ook dergelijk klachten bij musici en marconisten waren al veel langer bekend.

De term whiplash, hoofdzakelijk het gevolg van kopstaartbotsingen in het verkeer, was vroeger nauwelijks bekend. Mogelijk als gevolg van de toegenomen verkeersintensiteit is het een veelvoorkomend probleem geworden.

De term PTSS (posttraumatische stressstoornis) is in Nederland in zwang geraakt door de symptomen bij militairen die terugkwamen uit oorlogsgebieden. Al veel eerder kende men de term *shell shock* (Eerste Wereldoorlog) en oorlogsvermoeidheid, al heeft het lange tijd geduurd voordat er erkenning kwam voor deze angststoornis die voorheen als lafheid werd afgedaan. In 1918 werd de laatste soldaat die om die reden deserterde nog geëxecuteerd.



*De ingebeelde zieke van Honoré Victorien Daumier, 1808-1879.
Le malade imaginaire: Je suis perdu.... il faut faire mon testament..... ils vont m'ensevelir... m'enterrer.... adieu!*

Relatief nieuw maar wel met NHG-standaard is het prikkelbaredarmsyndroom of spastisch colon. Ook voor aspecifieke lagerugklachten zijn tegenwoordig richtlijnen bij het NHG.

Huilbaby en koemelkallergie zijn termen die men vroeger niet kende. Sowieso is het begrip voedselallergie betrekkelijk nieuw, maar zou dat verschijnsel vroeger niet hebben bestaan? De term coeliakie was al bekend bij de oude Grieken (κοιλια = buik), maar de juiste pathogenese is pas recent ontdekt.

Wie tegenwoordig een ziekte onder de leden heeft, vindt bijna altijd een patiëntenbelangenvereniging van diezelfde naam. Juist bij wat men soms 'vage ziekten' noemt, is het een probleem dat deze verenigingen soms in een strijd verwickeld raken met de professionele beroepsgroep. Afgekondigde richtlijnen geven in hun ogen soms een onjuist beeld van de ziekte, bevatten verkeerde aanbevelingen over medicijngebruik en bieden uitsluitend een specifieke vorm van therapie aan of juist geen therapie. De richtlijnen bieden onvoldoende tegenwicht aan vooroordelen en bagatellisering. Te veel patiënten hebben nog het gevoel om als aansteller, hypochonder of ingebeelde zieke te worden gezien en blijven daarom strijden voor erkenning.

Dit alles speelt een rol bij een aantal voor het gemak te noemen 'verlegenheidsdiagnosen'. Ziekten waarvan het bestaan niet wordt ontkend, maar waarmee de medicus niet goed raad weet. Vaak is er dan geen objectief diagnosticum en over de behandeling lopen de meningen sterk uiteen.

Fibromyalgie (in Angelsaksische literatuur psychogeen reuma genoemd) is de beschrijvende diagnose van pijnklachten in pees en spierweefsel.

CVS of ME (chronisch vermoeidheidssyndroom, voorheen myalgische encefalomyelitis genoemd) heeft sinds kort een CBO-richtlijn (Centraal Begeleidings Orgaan voor intercollegiale toetsing). Uitgerekend bij deze richtlijn zien we protesten vanuit de patiëntenvereniging.

Voor de huisarts is het gelukkig dat vanuit NHG en CBO steeds meer richtlijnen komen om verantwoord met deze 'nieuwe ziekten' te kunnen omgaan.

Stervensbegeleiding

Palliatie, sedatie en euthanasie

De familie van een ernstig zieke patiënt zal in veel gevallen wanhopig om hulp vragen. Vader, moeder of de partner is er slecht aan toe en lijdt vreselijk veel pijn. Bij een ernstige ziekte is het belangrijk tijdig met de eigen huisarts te overleggen. Wat weet de patiënt van zijn of haar ziekte? Wat zijn de eigen verwachtingen? Veel mensen zijn angstig, bang voor wat komen gaat. Bang voor de pijn, bang om te stikken, bang voor de dood. Het geloof kan ook een rol spelen. Deze angst is ook zeer realistisch, want er kan inderdaad van alles gebeuren. Er wordt vaak gezegd dat men tegenwoordig geen pijn hoeft te lijden. Dat is maar ten dele waar. Natuurlijk zijn er goede pijnstillers, maar deze hebben ook nadelen. Men kan er suf van worden of misselijk of duizelig. Heel vaak krijgt men obstipatie (verstopping). Het begeleiden van een ernstig zieke patiënt is vakwerk. Het is intensief. Soms komt de huisarts dagelijks langs. Soms moeten er injecties gegeven worden. Soms moet een infuus aangebracht worden. Tegenwoordig wordt nogal eens gebruikgemaakt van pompjes waarmee bijvoorbeeld heel langzaam morfine wordt toegediend. Ook moet er wel eens een maagsonde ingebracht worden wanneer de patiënt niet meer kan slikken. De huisarts hoeft dit niet allemaal alleen te doen. Een belangrijke partner is de thuiszorg en soms de gespecialiseerde thuiszorg, met kennis van zaken



Actuele discussies in *Medisch Contact*, maart 2012.

van de noodzakelijke apparatuur. De huisarts kan ook een beroep doen op het consultatieteam palliatieve zorg. Dit team heeft veel ervaring met uiteenlopende situaties en kan ook aan huis komen om te adviseren en te begeleiden. Wanneer de patiënt nog enigszins mobiel is, wordt soms de fysiotherapeut ingeschakeld

om te adviseren bij het lopen met krukken of een rolator of om bepaalde oefeningen te doen.

In de gesprekken met de patiënt en de familie zal op een bepaald moment toch ook gesproken moeten worden over wat men wil als het echt niet meer gaat, als de pijn onhoudbaar is, of als het lijden als ondraaglijk wordt ervaren. De meeste mensen ervaren een schroom om erover te beginnen. Toch merken wij dikwijls dat het een hele opluchting kan zijn als dit onderwerp ter sprake is geweest. Het verzoek om euthanasie komt geregeld voor. Wij zullen te allen tijde trachten een zo goed mogelijke oplossing te vinden voor de patiënt die om euthanasie vraagt. Dat wil niet zeggen dat wij ieder

verzoek ook zullen inwilligen. Het is iedere keer weer anders. Iedere patiënt is uniek. Sommige patiënten zijn juist bang voor euthanasie. Zij willen dat helemaal niet en zijn opgelucht als zij horen dat het anders kan. Slechts in een klein percentage van de gevallen komt het uiteindelijk daadwerkelijk tot euthanasie.



Euthanasie is levensbeëindiging op een van tevoren bepaald moment, met min of meer een overdosis van bepaalde middelen. Het is *niet* het ophogen van medicijnen om bepaalde klachten te bestrijden, bijvoorbeeld het ophogen van morfine tegen pijn of benauwdheid. Het is *niet* iemand in slaap brengen én houden als er klachten zijn die niet op een andere manier zijn op te lossen. Dit laatste is palliatieve sedatie. Wanneer men hiervoor kiest moet wel het duidelijk zijn dat de patiënt niet langer te leven zal hebben dan één tot twee weken. Als de patiënt nog bij bewustzijn is en wilsbekwaam, moet hij in geval van sedatie zijn toestemming geven. Maar als er een situatie ontstaat waarbij de patiënt niet meer wilsbekwaam is (bijvoorbeeld als hij helemaal in de war raakt en de huisarts kan dit niet op een andere manier verhelpen) dan kunnen de arts en de familie besluiten om hem te sederen of in slaap te brengen. De overeenkomst tussen sedatie en euthanasie is de verlichting van het lijden. Het grote verschil is dat sedatie niet als doel heeft het leven te bekorten en euthanasie wel. Bij euthanasie moet de patiënt wilsbekwaam zijn. Het moet immers een weloverwogen besluit van de patiënt zijn. Bij sedatie sterft de patiënt een natuurlijke dood. Bij euthanasie moet een verklaring van een niet-natuurlijke dood afgegeven worden en komt na het overlijden de gemeentelijke lijkschouwer de situatie onderzoeken.

Professionals leggen Euthanasieverklaring verschillend uit

Dement met een wilsverklaring, en dan?

Wilt u dat de dokter de afwijzing van euthanasie niet kan...
 ...dat de dokter de afwijzing van euthanasie niet kan...
 ...dat de dokter de afwijzing van euthanasie niet kan...

In een dementie document wordt een dementie...
 ...dat de dokter de afwijzing van euthanasie niet kan...
 ...dat de dokter de afwijzing van euthanasie niet kan...

Het lijkt allemaal zo eenvoudig, maar wie moet het doen?

Abortus in Nederland

Abortus arte provocatus, de opzettelijke beëindiging van de zwangerschap, is in Nederland sinds eind 1984 onder bepaalde voorwaarden toegestaan. In de Wet afbreking zwangerschap (WAZ), meer bekend als de abortuswet, wordt dit verder uitgewerkt. Abortus is volgens het Wetboek van Strafrecht nog altijd strafbaar. De abortuswet heeft er echter voor gezorgd dat bevoegde artsen die een abortus uitvoeren niet gestraft worden als de vrouw verklaart dat zij vanwege een 'noodsituatie' een abortus wil laten uitvoeren. Abortus is in Nederland toegestaan tot en met de 23e week van de zwangerschap.

De behandeling mag alleen door een geneeskundige worden verricht in een ziekenhuis of kliniek met een speciale vergunning. Daarnaast moeten vrouwen die een abortus willen laten uitvoeren 5 dagen bedenktijd in acht nemen.

De vrouw die nu een abortus wil laten doen kan in Nederland overal terecht. Dat was vroeger wel anders. De (straf)wet die abortus verbiedt stamt uit 1911. Hij staat alleen abortus toe als de zwangerschap de fysieke gezondheid van de vrouw bedreigt. Vóór 1900 waren het vooral vroedvrouwen die abortussen uitvoerden. Artsen waren daar echter fel tegen, onder meer uit concurrentieoverwegingen. Intussen kende elke arbeidersbuurt wel 'adresjes' waar vrouwen terecht konden – met risico op bloedingen en infecties. In de loop van de 20e eeuw werd er gaandeweg clandestien door artsen geabor-



Poster voor oproep demonstratie tegen de abortuswet.

teerd. Schattingen over het aantal illegale abortussen begin jaren zestig lopen uiteen van 20.000 tot 60.000 per jaar. Dat waren niet alleen de spreekwoordelijke breinaaldverhalen. Vrouwen die 'de weg wisten' konden een medisch verantwoorde abortus krijgen. An-

deren namen hun toevlucht tot ondeugdelijke pillen of sprongen van de trap in de hoop op een miskraam. Tot in de jaren zestig gold abortus als een 'misdrijf tegen de zedelijkheid'. Gynaecologen voerden slechts een zwangerschapsafbreking uit op medische indicatie.

In 1967 werd abortus voor het eerst op televisie ter discussie gesteld. De psychiater en seksuoloog prof. dr. Coen van Emde Boas (1904-1981) en de hoogleraar gynaecologie prof. dr. Gerrit Jan Kloosterman (1915-2004) verklaarden dat abortus mogelijk zou moeten zijn als de arts er 'goede motieven voor heeft'. Na die uitzending kwam er een stroom aanvragen voor abortus, voornamelijk bij het Wilhelmina Gasthuis. Daarna ging het snel. Verschillende ziekenhuizen kregen een abortuscommissie die bepaalde of een abortus eventueel kon worden uitgevoerd. Het oordeel van zo'n commissie kon echter per ziekenhuis verschillen. In 1969 werd in Rotterdam de Stichting Medisch Verantwoorde Zwangerschapsonderbreking (Stimezo) opgericht. Hier geen commissie, maar het uitgangspunt was de wil van de vrouw. Stimezo opende verschillende illegale abortusklinieken. Justitie greep niet in. Duidelijk was dat er een



Demonstratie in 1980 van 'Wij vrouwen eisen' tegen de abortuswet van het CDA en de VVD.

abortuswet zou gaan komen, de vraag was alleen wanneer. Uit verschillende Europese landen kwamen bussen vol vrouwen naar Nederland om zich te laten aborteren.

De politiek in Nederland had het er begin jaren zeventig moeilijk mee. De politieke partijen waren hopeloos verdeeld. In 1974 werd de actiegroep 'Wij vrouwen eisen' (WVE) opgericht. Hierin zaten onder andere vertegenwoordigers van Man-Vrouw-Maatschappij (MVM) en Dolle Mina (DM). Zij pleitten al vanaf hun oprichting voor de legalisering van abortus. Dolle Mina voerde met 'Baas in eigen buik' de meest bekende leus van de vrouwenbeweging. WVE wist met twee grote demonstraties de weg naar de media te vinden. Zo slaagden zij er in om de abortuskwestie definitief tot een vrouwenkwestie te maken.

Abortusklinieken hebben altijd voor- en tegenstanders gekend. Verontwaardigde burgers, kerken en politici keerden zich begin jaren zeventig fel tegen abortus. Jarenlang werd gedemonstreerd op het Binnenhof en bij abortusklinieken. Vooral de Bloemehovekliniek in Heemstede moest het ontgelden omdat daar gevorderde zwangerschappen werden afgebroken. Minister van Justitie Van Agt riep in 1975 op tot een 'ethisch reveil' en was fel tegenstander van de legalisering van abortus. Hij heeft twee keer geprobeerd de Bloemehovekliniek te sluiten. De bezetting van de kliniek door vrouwen van de actiegroep WVE verhinderde de sluiting. Een wetsvoorstel voor liberalisering van abortus werd in 1976 door de Tweede Kamer aangenomen, maar door de Eerste Kamer alsnog verworpen. Pas in 1984 werd de huidige abortuswet van kracht.



Actie 'Baas in eigen buik' van Dolle Mina waarbij het gynaecologencongres in Utrecht werd binnengevallen, 1970.

40

Verbeterde reanimatietechnieken



Henri Dunant, 1828-1910.

Reanimeren is iets van alle tijden. De oude Egyptenaren kenden al de omkeringsmethode en in de middeleeuwen was al bekend dat het inblazen van lucht in de longen met behulp van een blaasbalg kon helpen (Paracelsus 1493-1541). Mond-op-mondbeademing werd vanaf 1940 toegepast en 20 jaar later kwam daar hartmassage bij.

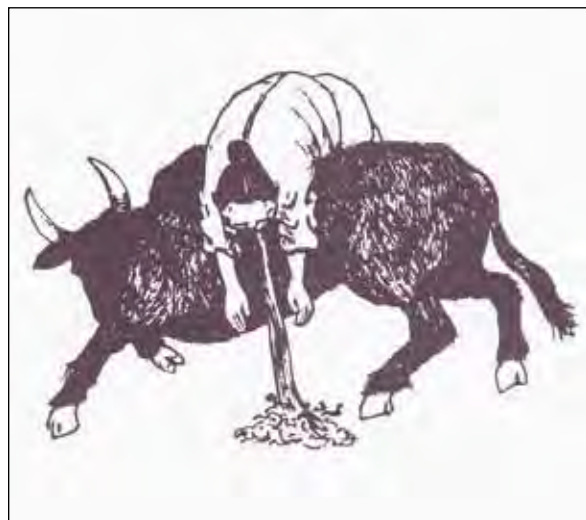
Johannieters, leden van de religieuze orde van Sint Jan waren omstreeks 1100 de eerst beschreven mensen die opgeleid waren om eerste hulp te verlenen. Zij bekwaamden zich in het verzorgen en verplegen van pelgrims en gewonden tijdens de kruistochten.

In de 18e eeuw maakte de omkeringsmethode weer opgang, gevolgd door het rollen op een ton of door druk op de borst, liggend op de rug van een dravend paard. Deze laatste vorm van reanimatie hield nog lang stand.

Veldslagen uit de 18e en 19e eeuw leidden tot het oprichten van eerstehulpcorpsen met een militair karakter. De Zwitser Jean Henri Dunant (Genève, 1828-1910), die in 1859 getuige was van een veldslag tussen de Oostenrijkers en de Fransen, schreef hierover een boek waarin hij pleitte voor een gezondheidsorganisatie zonder grenzen. In 1863 leidde dit tot het oprichten van het internationale Rode Kruis. De naam en het embleem werden afgeleid van de Zwitserse vlag.

In 1878 verscheen voor het eerst de term 'eerste hulp' in Groot-Brittannië. De Amsterdamse arts C.B. Tilanus jr. haalde het idee naar ons land. Aanvankelijk namen artsen in Nederland het standpunt in dat de eerste hulp niet aan leken kon worden toevertrouwd. Op initiatief van ZKH Prins Hendrik werd in 1909 'Het Oranje Kruis' opgericht, met het doel eenheid te bevorderen in hulpverlening en opleidingen. De eerste druk van het 'Oranje Kruis Boekje' verscheen in 1912. In 1951 kwam het eenheidsdiploma EHBO.

In EHBO-cursussen bij scouting Nederland werd in de jaren vijftig nog de 'beademing' volgens de metho-



Oude reanimatietechniek.



Kunstmatige ademhaling volgens Silvester.

den van de Deense zwemleraar Holger Nielsen en de Engelse arts Henry Robert Silvester (1828-1908) beoefend. Silvester introduceerde zijn methode in 1858 en Nielsen in 1932.

Bij de kunstmatige ademhaling volgens de methode van Silvester wordt het slachtoffer op de rug gelegd en wordt de thorax uitgezet door beide armen zijwaarts van het lichaam uit te strekken (inademing) om vervolgens compressie te bereiken door de armen weer samengebracht tegen de borstwand te drukken (uitademing). Volgens de methode van Holger Nielsen moet het slachtoffer in buikligging tot uitademing worden gebracht door druk op de rugzijde van de thorax en vindt inademing plaats door de armen aan de ellebogen op te trekken.

Al tijdens de Tweede Wereldoorlog werd mond-op-mondbeademing (bekend vanaf 1940) toegepast in het Amerikaanse leger. Deze methode verdrong pas later in jaren vijftig bij ons de oude mechanische technieken. Hartmassage kwam daar vanaf 1960 bij. Vanaf 1998 verscheen de eerste AED (automatische externe defibrillator) in het openbaar.

Het tijdig aanwezig zijn voor levensreddende spoedeisende hulp werd steeds belangrijker. In de jaren vijftig hadden huisartsen nog nauwelijks ervaring met reanimatietechnieken, die wel al in de ziekenhuizen werden beoefend, en waren de mogelijkheden nog beperkt. Maar ook tegenwoordig zal menig huisarts opgelucht ademen als de inderhaast opgetrommelde ziekenauto de reanimatie van hem kan overnemen. In de ANW (avond-nacht-weekend) -diensten hebben huisartsen door de huisartsenpost inmiddels de beschikking over geavanceerde apparatuur, waarover ze meestal overdag niet beschikken.

De vraag is of voor de dagdienst de huisarts nog wel de meest geschikte persoon is om bij levensbedreigende situaties als eerste op te treden. Het motto luidt immers: 'Als elke seconde telt' De huidige technieken, aanwezig op moderne ambulances, maken een groter succespercentage mogelijk.

Misschien moet er in Nederland wel een noodartsendienst komen voor spoedgevallen overdag. Voor overige zaken is een maximum aan opgeleide leken die een AED kunnen bedienen een welkome aanvulling.



Handleiding eerste hulp bij ongelukken, 1927.



Logo bij aanwezigheid van een automatische externe defibrillator.

41

De huisarts en het mammacarcinoom



*William Halsted
(1852-1922).*

Met ongeveer 14.000 nieuwe gevallen van borstkanker en 7000 fte huisartsen (zelfstandige en HIDHA's) zit elke huisarts in Nederland gemiddeld 2 nieuwe borstkankerpatiënten per jaar. In Nederland is borstkanker nog steeds de meest voorkomende doodsoorzaak bij vrouwen tussen de 30 en 60 jaar. Sinds de start van het bevolkingsonderzoek op borstkanker (1989) is de belangstelling voor preventief borstonderzoek sterk toegenomen.

In ons land krijgt een op de negen vrouwen deze vorm van kanker en 22% van alle soorten kanker bij vrouwen is het mammacarcinoom. Borstkanker komt bij vrouwen ongeveer honderd maal vaker voor dan bij mannen, maar als het bij een man voorkomt wordt het door onbekendheid met de ziekte vaak later ontdekt dan bij vrouwen.

Al in de oudheid werden borstamputaties verricht, maar na de middeleeuwen kwam deze ingreep meer op gang, lang voor de eerste (ether)narcose (1846).

William Stewart Halsted (1852-1922) ontwikkelde in het Johns Hopkins Hospital de techniek van de radicale mamma-amputatie, die voortaan zijn naam zou dragen en langdurig zou worden toegepast. In de 20e eeuw werden de technieken steeds meer verfijnd. Via de gemodificeerde mamma-amputatie, waarbij de borstspier werd gespaard, kwam de borstsparende therapie (met standaard radiotherapie) in zwang. Sinds de introductie



Romeyn de Hooghe (1645-1708): borstamputatie (1667).

van de schildwachtklierprocedure halverwege de jaren negentig van de vorige eeuw, wordt ook de oksel steeds meer gespaard. Lokale behandelingen worden steeds minder mutilerend en door slimme reconstructietechnieken (zie www.dieplap.nl) is een natuurlijk eindresultaat steeds beter mogelijk. Steeds vaker wordt aanvullend chemotherapie, immunotherapie en/of hormoontherapie na een in opzet curatieve operatie voorgeschreven. De tienjaars overlevingskansen zijn daarmee toegenomen tot 75%.

Toen in 1994 het team van Richard Wooster en Mike Stratton in Cambridge UK het BRCA1- en -2-gen wis-

ten te klonen, kwamen ook de predisponerende factoren voor erfelijke borstkanker in beeld. Mutaties in het BRCA-gen predisponeren niet alleen voor borstkanker (60-80% in vergelijking met 12% voor het algemene bevolkingsrisico) en eierstokkanker (30-60% bij BRCA1 en 5-20% bij BRCA2 in vergelijking met 1,5%). Ook voor prostaat-, pancreas-, maag- en darmkanker bestaat een verhoogd risico.

De richtlijnen voor controle bij positieve genmutatie bevelen aan dat vanaf het 25e jaar jaarlijks borst-onderzoek door een specialist en jaarlijks een MRI van de borsten verricht dient te worden. Het genonderzoek vindt overigens pas plaats op volwassen leeftijd.

In het begin van de 21e eeuw moet de huisarts van al deze nieuwe ontwikkelingen op de hoogte zijn om zijn of haar patiënten de juiste weg te kunnen wijzen in het doolhof van alle beschikbare informatie en de daaruit ontstane angsten en onzekerheid. De diagnose van een BRCA-genmutatie bijvoorbeeld kan grote emotionele impact hebben. In een familie zal het vaak gepaard gaan met meerdere leden in diezelfde familie die de ziekte onder de leden hebben of al zijn overleden. Bezorgdheid om de eigen gezondheid, en als er kinderen zijn om die van de kinderen, speelt vaak een grote rol. Schuldgevoel ten opzichte van de kinderen komt ook regelmatig voor.

Actueel, sinds de brede politieke en maatschappelijke discussie van 2008, is de mogelijkheid voor embryoselectie of pre-implantatiegenetische diagnostiek (PGD). Door deze techniek is het mogelijk dat ouders ondanks erfelijke belasting met genmutaties gezonde nakomelingen zonder die eigenschap kunnen krijgen.

Al met al blijft het belangrijk om borstkanker te voorkomen of zo vroeg mogelijk op te sporen. Als de ziekte eenmaal op afstand is verspreid, is er in principe een fa-taal beloop. Door de vele vormen van medicamenteuze therapie is er echter wel steeds meer mogelijk. Zo zijn er de laatste jaren steeds meer 'slimme' *targeted* behandelingen ontwikkeld. Door specifiek aangrijpen van bijvoorbeeld het mTOR-sig-naalpad (*mammalian target of rapamycin*) kan de effectiviteit van hormoontherapie meer dan verdubbelen.

De huisarts speelt in alle stadia van het mam-macarcinoom een belangrijke rol: voorlichting, emotio-neel bijstaan van de patiënt en behandelen van tumor-gelateerde klachten en bijwerkingen van (eerdere) therapieën.

Informatie

- <http://www.kanker-actueel.nl>
- <http://www.brca.nl>
- <http://www.cijfersoverkanker.nl>
(Nederlandse kankerregistratie)
- <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/kanker/borstkanker>
- NABON (Nationaal Borstkanker Overleg Nederland), http://www.iknl.nl/Landelijk/werkgroepen/nabon_openbaar/index.php?id=3207
- KWF: Kanker in Nederland tot 2020, [http://overons.kwfkankerbestrijding.nl/signaleringscommissie-kanker-\(sck\)/Pages/kanker-in-nederland-tot-2020-sck.aspx](http://overons.kwfkankerbestrijding.nl/signaleringscommissie-kanker-(sck)/Pages/kanker-in-nederland-tot-2020-sck.aspx)



Fietspad bij Cambridge met gekleurde strepen die de nucleotidevolgorde van een deel van het BRCA2-gen weergeven.

De huisarts en de microscoop



Een zogenaamde trommelmicroscoop, rond 1800; werd met name gebruikt in de biologie.

Het was de Nederlander Antoni van Leeuwenhoek (1632-1723), lakenhandelaar/landmeter uit Delft, die omstreeks 1673 voor het eerst geslepen lenzen toepaste ter vergroting in het natuurwetenschappelijk onderzoek. Met zijn handgeslepen lenzen bereikte hij aan vergroting van liefst 270 maal. In de loop van de 18e eeuw kwam de samengestelde microscoop in zwang: met behulp van twee geslepen lenzen, één in het oculair boven in de kijkbuis, en één in het objectief onderin, boven de objecttafel, kon men veel gemakkelijker een flinke vergroting bereiken, bijvoorbeeld met 10 x 40 werd 400 maal vergroot. Vooral nog gebruikte men deze microscopen, bijvoorbeeld van het type Culpeper, tot 1800 nog alleen in de botanie en biologie. Pas vanaf ongeveer 1800 komt het gebruik van de microscoop in de geneeskunde in zwang. Zo stelde Machiel Polano (1813-1878), medicus in Rotterdam (en later in Leiden), in 1842: 'Gij vraagt hoe de Geneeskunde in onze tijd beoefend moet worden? Ik antwoord u: met het ontleedmes in de ene hand, scheikundige reagentia in de andere en het microscoop voor zich!' In 1868 kreeg de medisch student Willem Strijbosch uit 's-Hertogenbosch op het eind van zijn studie als vijfdejaars student een microscoop cadeau. Deze kreeg hij van het Ministerie van Binnenlandse Zaken als blijk van dank voor zijn inzet bij de dysenterie-epidemie in het Brabantse dorp Helvoirt. Pas twee jaar later, in april 1870, behaalde hij de artsenbul aan de Leidse universiteit. Een medisch



Erythrocytentelkamer volgens Bürk-Türker.

student had blijkbaar nog niet bij de aanvang van zijn studie geneeskunde een microscoop tot zijn beschikking. Dat was al wel zo rond 1890, toen de Bossche medisch student A. Blom met 'medisch candidaat' op zijn visitekaartje een microscoop van het merk Carl Zeiss uit Jena aanschafte. Het serienummer van deze microscoop (nr. 14332) komt overeen met het productiejaar 1890. De Baarlese huisarts Adrien Govaerts, die had gestudeerd in Leuven (België) en zich in 1889 vestigde in de dubbelenclave Baarle-Hertog/Baarle-Nassau, had een even oude microscoop (serienummer 14493). Bekende merken van microscopen voor Nederlandse studenten waren naast Carl Zeiss (Jena, Duitsland), Leitz Wetzlar (Berlin, Duitsland), Reichert (Wenen, Oostenrijk) en Watson & Sons (London, Verenigd Koninkrijk). Het waren meestal fraaie koperen instrumenten op een zwarte voet.

Medische studenten moesten in de eerste helft van de 20e eeuw zelf hun microscopische preparaten maken voor pathologische anatomie: coupes snijden, kleuren en fixeren. De opkomst van de laboratoriumgeneeskunde in de eerste twee decennia van de 20e eeuw, maakten het gebruik van een microscoop in de algemene praktijk erg nuttig: urinesedimenten bekijken, bacteriepreparaten maken van ziekteverwekkers zoals diplokokken (de gonokok) en een dikkedruppelpreparaat (malaria, in de natte provincies Zeeland en Holland!): dat kon de huisarts allemaal zelf doen. Het grote voordeel was de snelheid van de diagnostiek die hij zelf in de hand had. Het alternatief, kweken of preparaten opsturen naar het Centraal Laboratorium tot bevordering van de Volksgezondheid van Charles Henri Ali Cohen (1859 -1913) in Utrecht, kostte immers dagen of weken.

De medisch student Harry Ruhe uit Amsterdam kocht bij aanvang van zijn medische studie aan de Gemeentevereniging van Amsterdam in 1927 een tweedehands microscoop voor 100 gulden; hij heeft er zijn hele loopbaan als huisarts in Hilvarenbeek (1934-1976) veel plezier van gehad. Vanaf ongeveer 1960 kwamen de Japanse microscopen in opmars: van het merk Olympus of Kyowa, vaak grijs/zwart van kleur. Een medisch student met studiebeurs ontving in 1968 in het eerste studiejaar 600 gulden extra voor de aanschaf van een microscoop.

Huisartsen maakten tot in de jaren tachtig van de vorige eeuw KOH-preparaten voor onderzoek naar schimmelinfecties, deden sedimentonderzoek van de urine, gebruikten telkamers om trombocyten te tellen, bestu-

deerden de linksverschuiving van lymfocyten bij een ontsteking, ontmaskerden schaam- of hoofdluizen onder vergroting enzovoort. Vanaf ongeveer 1990 raakte het gebruik van de microscoop in de algemene praktijk op zijn retour. In *Huisarts en Wetenschap* verscheen in 2005 een artikel over de microscopie bij schimmelinfecties in de huisartsenpraktijk met de veelzeggende titel: *De microscoop weer uit het stof*. Maar de teruggang van het microscopisch onderzoek in de huisartsenpraktijk is toch niet tegen te houden: de snelheid van de uitslag van het laboratoriumonderzoek is, mede dankzij het internetverkeer, geen reden meer om zelf het onderzoek te verrichten in de huisartsenpraktijk.



Microscoop van dr. H. Ruhe, huisarts in Hilvarenbeek, tweedehands gekocht in Amsterdam 1927 voor f100,-.

43

De huisarts en het laboratorium



Toestel om de bloedbezinking te meten, met vier buizen, midden 20e eeuw.

Hoewel de chirurg (en latere hoogleraar chirurgie in Leiden) Machiel Polano (1813-1878) in 1842 al beweerde dat de moderne geneeskunde van zijn tijd beoefend moest worden 'met het ontleedmes in de ene hand, chemische reagentia in de andere en het microscoop voor zich', duurde het nog een halve eeuw voor het zover was in de huisartsenpraktijk. Zo bekeek de huisarts Johannes Floris Philippus Hers (1854-1915) in Oud-Beijerland rond 1880 slechts incidenteel de door hem afgetapte lichaamsvloeistoffen uit buik of andere holtes onder de microscoop, of deed er slechts zelden proeven mee. Het eerste echte Nederlandse leerboek voor laboratoriumonderzoek verscheen ook pas in 1915 (eerste druk), namelijk *Klinische Diagnostiek* van Gorter en De Graaff. In 1955 was het boek toe aan de zevende druk!

De urine is lange tijd de enige lichaamsvloeistof geweest die analytisch werd onderzocht. Het bekijken van een urinesediment, waarvoor de urine moest worden gecentrifugeerd met een handmatig bediende centrifuge, deed dokter Hers al in 1881. Ook voerde Hers vanaf 1895 een test uit op eiwit in de urine volgens de methode van Esbach (1874). De Franse arts Georges Hubert Esbach (1843-1890) ontwikkelde een methode om urine te vermengen met een mengsel van picrinezuur en citroenzuur, en mat dan na 24 uur de neerslag. Maar men kon ook de kookproef volgens Bang doen, waarbij aanwezig eiwit uitvlokte. Men had een grote



Saccharometer volgens Lohnstein.

houten knijper nodig om de reageerbuis vast te houden boven een vlam. Urinetesten op de aanwezigheid van suiker deed Hers eerst met de proef van Trommer (1841), en later met het proefvocht van Fehling (1845). Na 1900 gebruikte hij de sacharometer van Einhorn, die werkte op basis van vergisting van suikers; de sacharometer van Lohnstein deed hetzelfde. Een ander type was de colorimeter van Crecelius-Seifert, maar die was niet erg nauwkeurig. De huisarts kon ook zelf het soortelijk gewicht van urine bepalen met behulp van een areometer volgens Heller (1848).

Dokters konden vanaf 1890 in de grote ziekenhuis- of stadslaboratoria ook al bacteriologisch onderzoek laten doen, bijvoorbeeld een keeluitstrijk op difterie.

Bloedonderzoek in de huisartspraktijk heeft veel langer op zich laten wachten. Dat had waarschijnlijk ook te maken met enige schroom: het aftappen van bloed leek wel heiligschennis... Daarnaast was de techniek van de venapunctie niet echt ontwikkeld vóór 1900. Pas met de komst rond 1920 van de gestandaardiseerde recordspuit, waarvan de naald, de glazen buis en de glazen (later metalen) zuiger volgens de opdruk verwisselbaar waren, was bloedafname een stuk gemakkelijker. Het eerste bloedonderzoek dat werd gedaan was het bepalen van het hemoglobinegehalte om bloedarmoede te kunnen constateren. Een van de eerste methoden was een kleurvergelijking van ongelijksoortige vloeistoffen, met de methode van Talquist (druppel op een filtreerpapertje), of met de hemometers van Fleischl en Gowers rond 1895. In 1902 verfijnde Sahli de methode door het hemoglobine af te breken tot hematine en dan de kleuren te vergelijken, dat was al een stuk betrouwbaarder. Later kwam de methode van Leitz (dubbelvergelijking) en pas tegen 1950 de sicca-Hb-meter die werkt met behulp van fotometrie.

Een tweede, veelgebruikte methode om het bloed te testen was het meten van de bezinkingssnelheid (bse).



Urinesedimentcentrifuge op handkracht, eind 19e eeuw.



Hemoglobinemeter volgens Sahli.

Het Zweedse duo Westergren en Fåhræus publiceerde in 1924 deze methode, om met onstolbaar gemaakt bloed na een en twee uur de hoogte van de uitgezakte erythrocytenkolom te meten. De meetbuis werd aanvankelijk in een houten standaard gezet, later in een metalen standaard. Zeker tot het einde van de 20e eeuw is deze methode veel gebruikt om de huisarts te ondersteunen in zijn gevoel van pluis/niet-pluis. Methoden om de bloedcellen kwantitatief te bepalen met behulp van de telkamer van Bürker-Türk kwam ook al op in de jaren 1920. Onderzoek naar gonokokken met een öse en kleuring volgens Gram kon de diplokok aantonen. En een KOH-preparaatje van huidschilfers kon schimmeldraden zichtbaar maken.

Zo kon het hele assortiment aan onderzoeken al vóór de Tweede Wereldoorlog worden uitgebreid, dankzij de komst van grote ziekenhuis- en streeklaboratoria. En toen rond 1965 de *auto analysers* en later de robotstraten voor laboratoriumbepalingen kwamen, was de plaats voor de huisarts in zijn eigen laboratorium zo goed als voorbij en liet hij het over aan huisartsenlaboratoria.

44

Ongenode gasten



De snavel dokter.

In de 14e eeuw (1347-1351) liet bijna een derde deel van de bevolking van Europa het leven bij de grote pestepidemie, de zwarte dood. De oorzaak van deze ziekte is de *Yersinia pestis*, een bacterie overgebracht door de rattenvlo (*Xenopsylla cheopis*). Deze parasiet is daardoor de oorzaak van een van de grootste epidemieën in de wereldgeschiedenis. Veel andere, wat minder bedreigende parasieten houden de hedendaagse huisarts bezig.

Medici hebben lang gegist naar de oorzaak. De pestmeester of 'snavel dokter' is een uiting van het medisch denken uit die tijd. De ziekteverwekker zou worden overgebracht door vogels. De pestmeester in een vogelpak zou de ziekteverwekker aantrekken, weg van de zieke. De snavel van het pak zat vol reukstoffen om de stank van de pest te kunnen verdragen. De ogen waren afgedekt met rode glazen. Pestmeesters, die zelf geen echte dokters waren, hadden onwetend op deze manier ingepakt een behoorlijke bescherming tegen de rattenvlo.

Tegenwoordig heeft de huisarts te maken met andere gevolgen van parasieten. Niet meer de builenpest, maar strophulus (een Latijnse vervorming van στροβίλος) is tegenwoordig de uiting van vlooiënbeten, meestal katten- of hondenvlooiën (*Ctenocephalides felis* of *canis*).

We kennen de rondworm, platworm, ringworm en dauwworm. Waarbij deze laatste twee geen worm-



Operatieresultaat na een wormileus.

infectie, maar een huidaandoening betreffen (respectievelijk schimmelinfectie en constitutioneel eczeem). Ook de oorworm (*Forficula auricularia*) is geen worm maar een insect. Verder zien huisartsen patiënten met luizen, mijten en teken.

Spectaculair is het vrijkomen van een lintworm (*Taenia solium* of *saginata*, respectievelijk varkens- of runderlintworm) na een driedaagse wormkuur (mebendazol). De patiënt heeft dan eerst verteld dat hij stukjes bami (proglottiden) in de ontlasting heeft gezien. Na behandeling kan er een volle jampot van diezelfde bami als bewijs op het spreekuur gebracht worden. In het volksgeloof bestonden vroeger allerlei opvattingen dat je een worm naar buiten kon lokken door met open mond boven een verse biefstuk of een jonge haring te hangen. In enkele Vlaamse dorpen geeft men posteleinsoep om een lintworm te verjagen.

Een worm die gevonden wordt in bed betekent meestal een infectie met spoelworm, vaak een *Toxocara canis* of

cati (honden- of kattenspoelworm). Een ernstige complicatie was vroeger een ileus als gevolg van ascariden. De gewone spoelworm (*Ascaris lumbricoides*) komt nog maar zelden voor in ons land.

Als kinderen klagen over nachtelijke jeuk van onder moet men denken aan aarsmaden (*enterobius vermicularis*), die het beste te ontdekken zijn op verse ontlasting als 'bewegend naaigaren'. Bij meisjes is het niet zelden een differentiaal diagnose bij vaginale (schimmel-)infectie. De oxyuren (oude naam voor *enterobius*) komen 's nachts naar buiten en leggen eitjes in de omgeving van anus en vagina en worden door krabben verder verspreid.

Van hoofdluis (*Pediculus humanus var. capitis*) heeft iedereen met kinderen op school wel eens gehoord.

Sommige scholen hebben tegenwoordig speciale 'luizenmoeders' aangesteld om kinderen te inspecteren en voorlichting te geven.

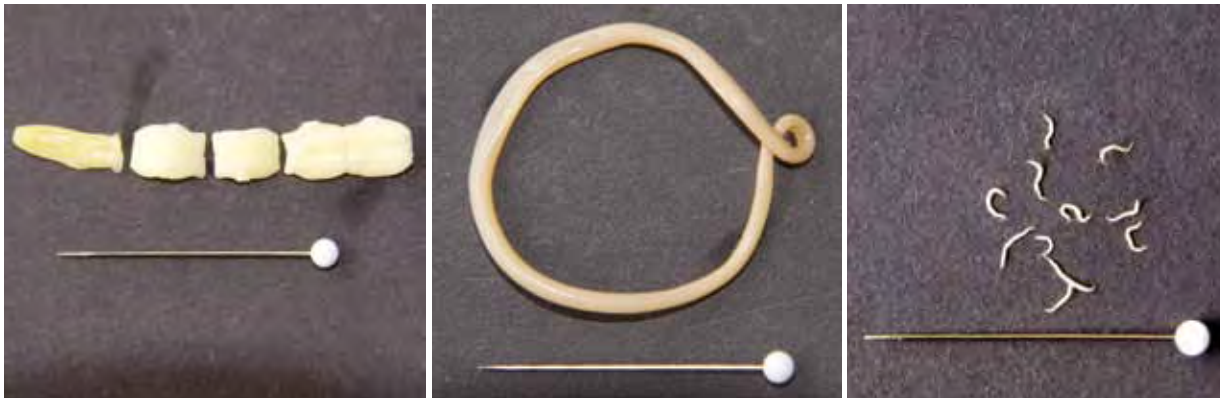
Als een patiënt met jeuk in de schaamstreek terugkomt van een overnachting in een goedkoop hotelletje

in Parijs, is de kans groot dat hij van daar schaamluis (*Pthirus pubis*) heeft meegebracht.

Sinds de jaren zeventig van de vorige eeuw kennen we de tekenbeetziekte of ziekte van Lyme. De ziekte is vernoemd naar het plaatsje Lyme in de Verenigde Staten, waar in 1975 een epidemie van deze ziekte optrad. In Nederland was dit aanvankelijk een ver-van-mijn-bedshow, maar tegenwoordig is ook in Nederland een op de vijf teken besmet met de lymbacterie (RIVM 2012). Een teek op het lichaam, die besmet is met de *Borrelia burgdorferi*, kan de ziekte overbrengen en mits niet tijdig behandeld kan dat leiden tot veel narigheid. Waar het begin wordt gekenmerkt door huidverschijnselen (*erythema migrans*) kan het vervolg zich kenmerken in een griepachtig beeld. Ongeveer 15% van de patiënten krijgt neurologische verschijnselen. Cardiale problemen (hartritestoornissen, pijn op de borst) komen voor bij 8% van de mensen die geïnfecteerd zijn. Dodelijke complicaties van *Borrelia*-infecties zijn beschreven, hoewel het altijd weer moeilijk is oorzaak en gevolg waterdicht op elkaar te passen.



Een volgezogen teek.



In formaline gefixeerde (links) proglottiden van een lintworm, (midden) spoelworm en (rechts) oxyuren, met knopspeld ter vergelijking.

45

Huisarts en informatie- en communicatietechnologie (ICT)



Opeenvolgende besturings-systemen.

De computer is in de praktijk van de huisarts van nu niet meer weg te denken. De tijd dat men alles met de pen noteerde op de 'groene kaart' ligt alweer ver achter ons. In het midden van de jaren tachtig van de vorige eeuw begonnen enkele vooruitstrevende huisartsen te experimenteren met computers. Het waren toen nog grote, trage apparaten die vooral goed waren voor het inroosteren van de avond-, nacht- en weekenddiensten (ANW). De computer werd hier en daar gebruikt om nota's te vervaardigen voor particuliere patiënten. De computers zijn inmiddels klein en compact met een plat scherm. De geheugencapaciteit en de snelheid zijn enorm verbeterd. Zonder de computer kunnen de huisarts en zijn assistente tegenwoordig eigenlijk niet meer werken. In de meeste gevallen zijn er ook verbindingen met de ziekenhuizen, de laboratoria, de huisartsenposten en met andere collega-huisartsen. Veel gegevens komen elektronisch binnen. Papier informatie wordt steeds minder. Wanneer er toch nog een brief binnenkomt, wordt deze meteen gescand en opgeslagen in het digitale archief. De huisarts werkt met een zogenaamd huisartseninformatiesysteem (HIS). Dat is een computerprogramma voor de huisartspraktijk voor het beheren van onder andere achtergrondgegevens en medische gegevens van de patiënten en financiële gegevens van de praktijk. Er bestaan verschillende huis-

artseninformatiesystemen in Nederland, zoals Medicom, MicroHIS, OmniHIS, Promedico, Promedico ASP, Tetrahis, Zorgdossier en Mira.

De medische gegevens worden tijdens het consult met de patiënt in het journaal genoteerd volgens het SOEP-systeem. Dit staat voor:

- Subjectief: redenen voor contact;
- Objectief: verricht onderzoek;
- Evaluatie: de werkhypothese/diagnose;
- Plan voor behandeling, verwijzing, voorschrift, aanvraag laboratoriumonderzoek.

In steeds meer huisartseninformatiesystemen is sprake van episodegericht registreren. In die informatiesystemen kunnen huisartsen, assistenten en praktijkondersteuners registreren volgens de zogenoemde adequate dossiervorming met het elektronisch patiëntendossier (ADEPD). Hierbij worden de notities geordend op klacht of diagnose. Bijvoorbeeld: rugpijn of diabetes mellitus. Dat is bijzonder handig voor iedereen die met het EPD werkt.

Omdat dezelfde computer continu verbonden is met het internet, heeft de huisarts van nu ook minder naslagwerken nodig. Velen gebruiken een startpagina voor het zoeken naar informatie. Vanuit zo'n scherm is het

bijvoorbeeld gemakkelijk om verbinding te maken met andere organisaties, zoals KNMG, NHG (standaarden!), het Farmacotherapeutisch Kompas en diverse tijdschriften, zoals *Huisarts en Wetenschap*, *Medisch Contact*, *Geneesmiddelenbulletin*. Veel huisartsen maken gebruik van telegeneeskunde. Een voorbeeld hiervan is de teledermatologie. De huisarts maakt tijdens het spreekuur een foto van een huidafwijking die hij niet goed kan thuisbrengen. Via een beveiligde site wordt de foto doorgezonden naar een dermatoloog. Deze reageert per omgaande. Soms is het advies voldoende, soms moet de patiënt alsnog op de polikliniek komen. Deze werkwijze bespaart de patiënt dikwijls een gang naar het ziekenhuis en het is veel goedkoper.

De huisarts moet ieder jaar verplicht 40 uur aan geaccrediteerde nascholing doen. Dat kan op veel manieren. De meesten geven nog steeds de voorkeur aan bijeenkomsten samen met andere collega's. Soms worden dergelijke nascholingen in het buitenland georganiseerd en hebben daarom hun eigen charme. De laatste 20 jaar komen er steeds meer vrouwelijke huisartsen, die vaak parttime werken om het werken in de praktijk te kunnen combineren met de zorg voor hun gezin. Juist voor deze groep huisartsen is de computer ook een uitkomst. Er zijn tegenwoordig veel goede nascholingen die men geheel vanuit huis via internet kan volgen (e-learning). Er zijn veel mogelijkheden. De mogelijkheid om met patiënten te communiceren via internet verkeert nog in de ontwikkelingsfase. Dat kan gewoon per e-mail, maar ook met behulp van een beschermde website van de prak-



tijk. Men kan er een camera bij gebruiken. De meeste zorgverzekeraars vergoeden ook zo'n e-consult. Het is te verwachten dat in de komende jaren deze mogelijkheid verder zal worden toegepast. Ten slotte zijn er al verschillende huisartspraktijken waarbij de patiënt zelf per computer een afspraak met de huisarts kan inplannen.

Websites voor informatie

- <http://huisartsen.startpagina.nl/>
- <http://spreekuurassistent.nl/>
- <http://www.thuisarts.nl>, een site met veel nuttige patiëntenfolders

Websites voor nascholing

- <http://e-learning.huisarts-plus.nl/>
- <http://www.medschool.nl/>
- <http://lhv.artsennet.nl/>

46

Gewone en buitengewone dokters van half-specialist tot huisarts met specialisatie

Rond 1900 vond een gestage groei plaats van medisch specialisten of medische specialiteiten. Er ontwikkelde zich ook een tussengroep die werd aangeduid met half-specialisten of half-specialiteiten. Het waren huisartsen die voor een deel ook een specialistische taak uitoefenden en dat vond men vooral in de stad een bedenklijk fenomeen. De huisarts voegde iets nieuws aan zijn praktijk toe en daarover dacht men zeer verschillend. Perifeer zou het verschijnsel, in afwezigheid van specialisten, een nuttige aanvulling kunnen betekenen. Het bekendste voorbeeld van een half-specialist was de huis- en kinderarts, maar ook de combinatie van huisarts met andere interessegebieden, zoals tropenziekten, tuberculose, algehele bedwelmings, kinderchirurgie en pathologie kwamen voor. Vrouwelijke huisartsen voelden zich in de stad veelal aangetrokken tot de begeleiding van bevallingen als half-specialist voor vrouwen- en kinderziekten. De echtgenoot werd soms behandeld door de gewone huisdokter. In 1902 werd in het medisch blad *Vox Medicorum* een polemiek gevoerd tussen gewone geneesheren en 'specialiteiten': (...) De zucht om specialiteit te worden is bij jonge artsen heden ter dage (1902) zeer groot; ieder meent zich op een bepaald orgaan of ziekte te moeten werpen, om dit als zijn speciaal gebied te proclameren (...) De houding van de gewone geneesheer tegenover de specialiteit moet



Leendert van der Hoeven (1857-1932), huisarts-chirurg, kinderchirurg van het Haagse Kinderziekenhuis van 1885-1913, waar hij onder andere hazelippen en gehemeltespleten operatief sloot.

collegiaal, vriendschappelijk zijn, zij is slechts met grote tact te regelen en bij wederzijdse waardering verschaft zij de lijdende mensheid werkelijk nut (...) Er waren van de zijde van de stedelijke specialistenverenigingen felle tegenstanders van huisartsen met een speciaal aandachtsgebied. Een Haagse uroloog luchtte in 1925 zijn hart door half-specialisten te betichten van oneerlijke concurrentie door het mes aan twee zijden te laten snijden, waardoor de verhouding tussen specialist en huisarts in de steden op scherp dreigde te komen staan.

In 1931 werd de Specialistenregistratiecommissie (SRC) opgericht, waarbij de erkenning van specialismen, spe-

cialisten en hun opleidingseisen werden geregistreerd. In 1937 werden de meeste dubbelspecialismen geschrapt. Daarmee werd duidelijkheid gecreëerd. Maar op het gebied van de esthetische chirurgie speelden zich nog lange tijd onverkwikkelijke taferelen af door zogenoemde 'cosmetisch chirurgen'. In de jaren zestig was dat weer actueel in Hilversum, waar een huisarts zich in zijn tot kliniek verbouwde woning exclusief wijdde aan eenvoudige, maar lucratieve schoonheidsoperaties onder plaatselijke verdoving. De naam Specialistenregistratiecommissie onderging een wijziging van SRC naar MSRC (medisch specialisten) en sinds 1 januari 2013 zijn alle registratiecommissies voor medisch specialisten (huisartsen, verpleeghuisartsen, medisch specialisten en sociaal-geneeskundigen, HVRC, MSRC en SGRC) en profielartsen verenigd in een nieuwe Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). Desondanks lijkt de half-specialist van een eeuw geleden weer terug te keren. Ook nu zijn er huiddokters die iets speciaals aanbieden. Zo zijn er huisartsen die bovenooglidcorrecties uitvoeren, gesteund door het *Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk* en op grond van richtlijnen – maar niet met instemming – van de Nederlandse Vereniging voor Plastische chirurgie. Andere voorbeelden zijn het injecteren van antirimpelmiddelen, het besnijden of het verrichten van een vasectomie. Er zijn enkele huisartsen in Amsterdam en Rotterdam die zich om heel andere redenen hebben toegelegd op de scheepvaartsector als havenarts. Ook op luchthavens schijnt dit het geval te zijn. Een speci-



Dr. K.A.F. Deelen (1862-1943) uit Tilburg als operateur in het Gasthuis, foto uit 1900. Hij was zowel half-specialist huisarts-chirurg als huisarts-röntgenoloog. Maar hij bleef erop staan om zijn levenlang huisarts te blijven.

fieke ontwikkeling van deze tijd is de huisartsenzorg voor ontheemden, asielzoekers, illegalen en daklozen. Een grote meerwaarde heeft de functie van SCEN-arts (Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland) bij de advisering rondom het levenseinde, euthanasie en palliatieve zorg. Om voor deze functie in aanmerking te kunnen komen, dient men minimaal vijf jaar huisarts en goed gemotiveerd te zijn en de KNMG-opleiding tot SCEN-arts te volgen. De voorwaarden voor deze aanvullende opleiding en registratie zijn zorgvuldig in een protocol vastgelegd.

47

Ruim honderd Joodse huisartsen kwamen niet meer terug



Alfred Samuel de Wit als jonge huisarts in Tilburg, met zijn dochter op zijn arm, 1939.

Nadat in oktober 1940 door de zogenoemde ariërvklaringen eerst de ambtenaarartsen werden opgejaagd, kwam in november 1940 al het definitieve ontslag voor Joodse ambtenaarartsen. In februari 1941 werd de dreiging opgevoerd: vanaf 5 februari 1941 mochten Joodse artsen nog uitsluitend Joodse patiënten behandelen, en vanaf 14 juni 1941 moesten zij zelfs de medische praktijk geheel staken. Zo volgde na de identificatie-periode, de periode van isolatie en vervolgens deportatie.

Van het totaal aantal Nederlands-Joodse slachtoffers van de Holocaust tijdens de Tweede Wereldoorlog van ruim 104.000 waren er 209 arts. De helft van deze slachtoffers kwam uit Amsterdam. Ruim 60% van deze Nederlands-Joodse artsen waren huisarts, dat wil zeggen: ruim 100 Joodse huisartsen werden weggerukt uit de Nederlandse samenleving en kwamen niet meer terug. In totaal kwamen ongeveer vierhonderd Nederlandse artsen en medische studenten om in de Tweede Wereldoorlog.

Twee voorbeelden van het lot van Joodse huisartsen uit Tilburg, Freddie de Wit, een huisarts van 31 jaar en Salomon Moerel, een huisarts die 66 jaar zou worden, kunnen dit illustreren. De Joodse gemeenschap in Tilburg was bijzonder klein en telde ongeveer 300 joden. Daarvan zou bijna 44% de oorlog niet overleven.

Ter vergelijking dient Den Haag met ongeveer 17.000 joden, waarvan er na 1945 niet meer dan 2000 terugkeerden. Er kwamen 19 Haagse Joodse artsen om het leven, waaronder zeven specialisten. Het aantal overleden huisartsen bedroeg twaalf.

Alfred Samuel de Wit (1911-1942) was geboren in Amsterdam, studeerde in Leiden en vestigde zich als huisarts in Tilburg per 1 april 1936. Hij trouwde in 1937 met Emmy Hartog en zij kregen een dochter in 1939. Tijdens de mobilisatie in 1939 en 1940 namen de collega's voor hem waar. Als hij in Tilburg was, bezocht hij de kringvergadering van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (NMG). Hij maakte zich daar 1938 nog druk over het feit dat de Tilburgse kraamverpleegsters hun patiënten aanraadden om toch vooral een katholieke huisarts te nemen in plaats van een andersdenkende en hij protesteerde daar fel tegen. Nadat zijn vrouw en kind via België en Frankrijk naar Engeland waren gevlucht in mei 1940, moest hij begin 1941 zijn niet-Joodse patiënten overlaten aan collega's, en medio 1941 moest hij de huisartspraktijk staken. Hij besloot samen met zijn Joodse vriend Bertram Polak (1918-1942) een vluchtplan te beramen om met een boot naar Engeland te vluchten. Zij werden gesnapt door de Duitsers (verraden?) en belandden in december 1941 in de gevangenis van Scheveningen,

*Jan van Eijck
Barend Haeseker*

en daarna vijf maanden in kamp Amersfoort. Blijkens de nagelaten correspondentie vanuit kamp Amersfoort, bleef Freddie optimistisch tot aan het einde. 'Tjonge, wat zal dat een feest zijn, als wij weer samen kunnen zijn', schreef hij nog in juni 1942 naar zijn ouders in Den Haag. Op 16 juli 1942 werd hij naar Westerbork gebracht en meteen op transport gesteld naar Auschwitz, waar hij op 17 juli 1942 aankwam en meteen werd doorgeleid naar de gaskamers.

Salomon Maurits Moerel (1877-1944), geboren in Breda, was al in 1907 in Tilburg als huisarts gevestigd. Hij wees in 1908 zijn collegae erop om bij uitstедigheid vooral de waarneming goed te regelen. Ook stond hij in Tilburg bekend om zijn affiniteit met traumatologie. Zowel bij verkeersslachtoffers als bij bedrijfsongevallen – en dat kwam in de gemechaniseerde textielindustrie vaak voor – werd bij voorkeur dokter Moerel geroepen. Toen de GG&GD in 1922 met een bakfietsbrancard en in 1925 met een ambulanceauto kwam, voelde hij zich menigmaal gepasseerd. In 1941-1942 maakte hij dezelfde perikelen mee als de andere collega-huisartsen van Joodse huize met het beroepsverbod. Het gezin Moerel dook onder. Dat ging een hele tijd goed, maar – waarschijnlijk door nonchalance – werden Moerel en zijn vrouw Clara Visser (1888-1944) in augustus 1944 opgepakt door de Duitsers en via Westerbork naar Auschwitz getransporteerd waar zij op 7 september werden vergast.

Op 5 mei 1945 kwam de kring Tilburg en omstreken voor het eerst na de oorlog weer bij elkaar. Na de ope-

ning werden vier overleden collegae herdacht. Speciaal werden de Joodse collegae Moerel en De Wit gememo-reerd, 'welke beide laatsten het slachtoffer zijn gewor-den van de beestachtige vernietigingswoede van onze oostelijken nabuur', aldus secretaris en oogarts Cornelis Hermanus Kuit (1905-1981), die ook nog een pregnante rol had gespeeld in het artsenverzet Medisch Contact.

Gerard Abraham van Rijnberk, voorzitter en 'beherend redacteur' van het Nederlands Tijdschrift voor Genees-kunde (NTvG), dat toen nog de spreekbuis was van de NMG, wist in mei 1945 pas van 44 Joodse artsen dat zij de oorlog niet hadden overleefd. Hij gaf in het NTvG herhaaldelijk blijk van zijn verbazing dat dat getal maar bleef toenemen. Eind 1945 stond de teller op 114. Het zouden er minstens 209 worden... 'En na Europa komt nu ook Indië aan de beurt met een ein-deloze reeks namen van hen die zijn heengegaan', zo schreef Van Rijnberk eind 1945. Volgens opgaaf van het in 1946 weer herrezen *Nederlandsch Tijdschrift* in Ne-derlandsch-Indië waren daar in de periode 1942-1946 116 artsen gestorven, waarvan 56 door oorlogsgeweld, in welke vorm dan ook: 15 Indonesische en 51 Neder-landse artsen, terwijl die lijst nog allerminst volledig leek. Toch wilde Van Rijnberk in november 1946 die 'droeve lijsten' afsluiten. Enerzijds om niet telkens weer oude wonden te moeten openrijten, anderzijds omdat hijzelf met pensioen zou gaan. Maar hij eindigde zijn artikelenreeks met alle respect: 'Met eerbied brengt het Tijdschrift hulde aan hun aller nagedachtenis'. Laten wij ons daar nederig bij aansluiten.



Salomon Moerel, huisarts te Tilburg vanaf 1907, werd pas in augustus 1944 weggevoerd van zijn onderduikadres in Tilburg (cartoon 1933).

48

Over het consultatiebureau, de huisarts en de jeugdgezondheidszorg



Broer Plantenga
(1870-1955).

Omstreeks 1900 bedroeg de kindersterfte 17%. Om de kindersterfte tegen te gaan, opende de Haagse huisarts Broer Pieter Bernard Plantenga (1870-1955) in 1901 het eerste consultatiebureau, dicht bij zijn woonhuis. In eerste instantie werden op de bureaus alleen voedingsadviezen gegeven voor zuigelingen en werd de groei gevolgd. Als ondersteuning voor de moeder werd in melkkeukens extra melk verstrekt.

In de tweede helft van de 19e eeuw was Jacobus Penn (1821-1890), geneeskundig inspecteur van de provincie Noord Holland, met wijkverpleging gestart en had daarvoor, in 1875, het Witte Kruis opgericht vanwege de slechte leefomstandigheden, epidemieën en lage levensverwachting. Waar het Rode Kruis zich richtte op verzorging van slachtoffers van oorlogen, richtte het Witte Kruis zich op preventie van ziekte, verbetering van de algemene hygiëne en gezondheidsvoorlichting. Huisarts Wilhelm Poolman (1866-1935) richtte op 3 november 1900 in Driebruggen de eerste neutrale Groene Kruisvereniging op. Protestantse en katholieke tegenhangers volgden.

Door de diverse plaatselijke kruisverenigingen werden in de periode 1900-1930 consultatiebureaus opgericht. In Den Haag kwam zelfs een mobiel consultatiebureau,



Consultatiebureau in de vorige eeuw.

de Babybus die de 'vergeten' wijken kon aandoen. De bus werd op 23 januari 1964 in gebruik genomen. Pas in 1988 maakte de Babybus zijn laatste rit. Vanaf 1927 ontstonden ook consultatiebureaus voor peuters. De consultatiebureaus konden zich in de loop van de 20e eeuw sterk uitbreiden dankzij subsidies van de rijksoverheid. Sinds 1980 werden zij gefinancierd uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. De bureaus werden bemand door kinderartsen en huisartsen, geassisteerd door de wijkzuster. In eerste instantie hielden huisartsen zich afzijdig, maar uiteindelijk konden zij niet gemist worden om alle vacatures te kunnen vervullen. Pas veel later kwamen de speciaal opgeleide bureauartsen, veelal vrouwelijke artsen die parttime wilden werken. Van oudsher is de leeftijd beperkt gebleven van 0 tot 4 jaar. Vanaf 4 jaar werd de zorg toevertrouwd aan de schoolarts. De schoolartsendienst stamt eveneens uit het begin van de 20e eeuw.

De introductie van het Rijksvaccinatieprogramma in 1953 voegde een nieuwe taak toe aan het consultatiebureau. In 1974 werd de hielprik ingevoerd voor het opsporen van fenylketonurie. Inmiddels wordt er op achttien aandoeningen gescreend. De introductie van het Van Wiechenschema, een ontwikkelingsonderzoek in de jaren zestig ontwikkeld op basis van het werk van de Zwolse huisarts Hans van Wiechen (1912-1978), bood de consultatiebureau-arts de mogelijkheid op een gestandaardiseerde wijze kinderen met een ontwikkelingsachterstand vroegtijdig op te sporen. Later volgde ook de gehoortest en de visustest. Op zuigelingenbureaus maakte men gebruik van de ewingmethode, ge-

noemd naar het echtpaar dat deze test introduceerde. In 1978 verscheen de eerste druk van het Groeiboek met een opberg- en bewaarfunctie (met vakken voor losse papieren en inentingsbewijzen). In het begin werd het Groeiboekje uitgereikt door de gemeente bij de geboorteaangifte, tegenwoordig door het consultatiebureau.

Bij de introductie van steeds meer registratiefuncties en de komst van steeds meer speciaal opgeleide jeugdartsen hebben meer huisartsen zich teruggetrokken uit de functie als bureau-arts.



Het Groeiboekje.



Veranderingen in de huisartspraktijk

De mannelijke huisarts die, ondersteund door één doktersassistente, vanuit zijn eigen woning voltijds een solopraktijk uitoefent, is aan het verdwijnen. Het aantal huisartsen laat in de loop van enkele decennia een flinke verandering zien, evenals de organisatievorm. In grote lijnen worden er nu drie groepen huisartsen onderscheiden: zelfstandig gevestigd, in dienstverband van een huisarts (HIDHA) en waarnemer. Er zijn nu circa 7900 huisartsen in Nederland. De praktijkgrootte bedraagt al dertig jaar circa 2350 patiënten en men streeft naar een verlaging tot circa 2000 patiënten per huisarts. De huisarts wordt in tal van publicaties beschouwd als de spil en poortwachter in de gezondheidszorg. Volgens het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel), verantwoordelijk voor eindeloze getallenreeksen in de zorg, waren er op 1 januari 1980 in Nederland 5255 zelfstandig gevestigde huisartsen, waarvan de ruime meerderheid (5036) mannen waren. 268 huisartsen waren in dienst van een huisarts (HIDHA), de meerderheid (158) daarvan was van het vrouwelijke geslacht. Ruim 30 jaar later, op 1 januari 2012, vertonen de cijfers een ander beeld: het aantal huisartsen bedraagt nu circa 7893, een absolute toename van 2638 beroepsgenoten. De verdeling naar geslacht vertoont een opvallende verschuiving, het mannenaandeel is afgenomen (4966) en het aantal vrouwen onder de huisartsen is sterk gestegen (2927). Er zijn 986 HIDHA, waarvan de overgrote meerderheid



Een wachtkamer van een huisarts op het Brabantse platteland in 1949.

(855) vrouw is. Het aantal huisartsen in dienstverband neemt af en het aantal waarnemers groeit. Volgens een peiling in 2012 werd het aantal waarnemers geschat op bijna 2000. Er zijn 4917 huisartspraktijken op 4018 praktijklocaties. Een minderheid (17%) is solist, 28% werkt in een duopraktijk en 55% in een groepspraktijk, dat wil zeggen 3 of meer huisartsen. Het aantal vrouwelijke huisartsen is in 10 jaar tijd (2002-2012) toegenomen met 67% en het aantal mannelijke huisartsen nam af met 11%. De meerderheid van de huisartsen is thans vrouw en werkt in deeltijd (57%). Als HIDHA werkt bijna iedereen (98%) in deeltijd.

Zowel de praktijkorganisatie als het jargon is drastisch veranderd en er zijn bijzonder veel onbegrijpelijke af-

kortingen het vakgebied van de huisartsgeneeskunde binnengeslopen, zoals HOED en HIDHA. Was een patiënt die met zijn ziekte, kwaal of klacht bij de huisarts kwam vroeger heel normaal, nu spreekt men een andere taal waarin het woord ziek is vervangen door zorg. De patiënt is een zorgvrager die zijn zorgvraag aan de zorgaanbieder (zorgdrager of zorgverlener) voorlegt. Het spreekuur speelt in de huisartspraktijk een belangrijke rol en neemt steeds meer tijd in beslag, het aantal huisbezoeken is tot een absoluut minimum beperkt. De samenwerking in de eerstelijns geneeskunde tussen huisartsen, praktijkassistenten, fysio- en ergotherapeuten, geestelijke gezondheidswerkers, verloskundigen, logopedisten, diëtisten, maatschappelijk werkers, kraam- en thuiszorg, artsenlaboratoria enzovoort wordt gestimuleerd en geïntensiveerd. In de grotere gezondheidscentra vinden veel van bovengenoemde disciplines al gezamenlijk onderdak. Samenwerken wordt daardoor gemakkelijker en dat is nodig om adequaat te kunnen inspelen op de maatschappelijke veranderingen, zoals de vergrijzing van de bevolking, de multiculturele maatschappij, de veranderde wetgeving en de mondige pa-



Willem Strijbos, huisarts in 's-Hertogenbosch bij zijn 40-jarig jubileum in 1910. Hij deed zijn spreekuur nog in 'pandjesjas'.



Een huisarts op het Brabantse platteland in 1949.

tiënt. De overheid is een voorstander van versterking van de eerste lijn, ook uit economisch gezichtspunt. Het verbetert de kwaliteit van de eerstelijnszorg, versterkt haar marktpositie, is doelmatig en bevordert door ondersteuning de onderlinge betrokkenheid. Iedereen vindt dat persoonlijk een prettige ervaring. Men onderscheidt naast een eerste-, ook een tweede- en een derdelijnsgezondheidszorg. De eerstelijnsgezondheidszorg is direct toegankelijk, laagdrempelig, generalistisch van aard en is bedoeld voor de behandeling van eenvoudige problemen die door de huisarts zelf kunnen worden opgelost. De eerstelijnszorg is een bonte verzameling van verschillende disciplines met een eigen geschiedenis. Dat kan samenwerken lastig maken, maar met vallen en opstaan lukt het wel. De tweedelijnsgezondheidszorg is specialistisch van aard en kan pas na verwijzing worden geraadpleegd. Hier bestaat dus wel een drempel, de stoornissen zijn complexer en worden op specialistisch niveau, vaak multidisciplinair behandeld. In de derdelijnsgezondheidszorg is de zorgverstrekking nog verder gespecialiseerd, zoals bij professionele pijnbestrijding en de andere speciale expertisecentra van de academische ziekenhuizen.

Orgaantransplantatie en donorcodicil

De huisarts in Nederland diende vanaf de jaren zeventig van de vorige eeuw rekening te houden met de mogelijkheden van orgaantransplantatie, niet alleen vóór, maar ook ván zijn patiënten.

De eerste pogingen in 1906 om een nier te transplanteren, faalden door afstoting van de ontvangen nier. De medische wetenschap had nog niet voldoende kennis om de afstotingsreacties en infecties tegen te gaan. Voor die tijd ontbrak het aan techniek om op een adequate manier bloedvaten op elkaar aan te sluiten. In 1933 verrichtte een Russische chirurg de eerste niertransplantatie bij de mens met gebruikmaking van een overleden donor. De getransplanteerde nier heeft gewerkt, totdat de patiënt op de derde dag na de operatie aan een longontsteking overleed. Na veel onderzoek in laboratoria werd uiteindelijk op 23 december 1954 met succes een niertransplantatie tussen twee broers (een eeneiige tweeling) uitgevoerd in Boston door het team van professoren Murray en Merrill. Joseph Edward Murray (1919-2012), plastisch chirurg, ontving hiervoor in 1990 de Nobelprijs.

De eerste orgaantransplantatie in Nederland vond plaats in Leiden in 1966. Het betrof hier de donatie van een nier door een moeder aan haar zoon. Vanaf dat moment nam het aantal transplantaties gestaag toe. Prof. dr. Johannes Joseph van Rood (Leiden) lanceerde in 1967 het idee van internationale samenwerking op



St. Cosmas en St. Damianus zouden, rond het jaar 303, het zieke been van een bisschop in diens slaap hebben vervangen door het been van een pas gestorven Moor. Olieverfpaneel in de kathedraal van Burgos, Spanje (1495).

het gebied van orgaandonatie en -transplantatie via de Stichting Eurotransplant. Dit voorstel was gebaseerd op het gegeven dat transplantatieresultaten sterk verbeteren als donor en ontvanger zo veel mogelijk overeenstemming vertonen wat betreft hun weefseltypen. Die kans is groter als men voor organen niet alleen in eigen land naar geschikte ontvangers zoekt, maar ook in andere landen.

Om orgaantransplantaties in eigen land te kunnen coördineren werd de Transplantatiewerkgroep Nederland (TWN) opgericht, die nauw ging samenwerken met Eurotransplant. Sinds 2001 is de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS) verantwoordelijk voor deze coördinatie.

Een codicil is een wilsbeschikking, waarin de ondergetekende zonder tussenkomst van een notaris zijn nalatenschap kan regelen. De wetgever heeft vroeger dit speciale 'testament voor de armen' mogelijk gemaakt omdat de meesten geen geld hadden voor een echt testament. Een bijzondere vorm hiervan is het donorcodicil, waarmee een persoon toestemming geeft om na zijn overlijden zijn weefsels en organen te laten transplanteren naar een andere persoon. In 1997 is de wet op orgaandonatie in de Tweede Kamer aangenomen. Door deze wet krijgt iedereen in Nederland standaard als hij 18 jaar is een donorregistratieformulier thuis gestuurd. Het donorcodicil wordt in Nederland centraal geregistreerd.

Niet alle organen worden getransplanteerd. Op dit moment worden getransplanteerd: nieren, lever, hart, longen, alveesklier, dunne darmen en combinaties van deze organen. Verder kan men als weefsel huid, hoornvlies, beenmerg en bot transplanteren.

De procedure verloopt als volgt:

1. De behandelende arts verwijst de patiënt door naar het transplantatieziekenhuis.
2. De arts van het transplantatieziekenhuis meldt de patiënt aan bij de NTS.
3. De patiënt wordt op de wachtlijst van Eurotransplant geplaatst.

4. De NTS stuurt de rekening voor de wachtlijstregistratie naar de zorgverzekeraar.
5. Wachtijd.
6. Het orgaan komt beschikbaar via Eurotransplant.
7. Transplantatie in transplantatieziekenhuis.

Het meest bekend is de niertransplantatie. Sinds 2005 wordt een niertransplantatie inmiddels min of meer gezien als een routineprocedure. Een op de vijf patiënten krijgt nog te maken met afstotingsreacties. De overlevingskansen na een termijn van vijf jaar na de transplantatie liggen op 70-80%. Per jaar worden er in Nederland ongeveer vijfhonderd niertransplantaties uitgevoerd.



De tweelingbroers St. Cosmas en St. Damianus.



Logo van de NTS.

51

Gewenst levenseinde



Richtlijnen, niet alleen als hulpmiddel maar ook een toetsingskader.

Elisabeth Kübler Ross (1926-2004) publiceerde in 1969 *Lessen voor levenden, gesprekken met stervenden*. Ofschoon Kübler geen voorstandster was van euthanasie kwam hierdoor het gesprek over sterven wel op gang. Lange tijd ontbrak adequate wetgeving en dat gaf onzekerheid.

In 1971 vond een rechtszaak plaats tegen de Friese huisarts Truus Postma (1927-heden) die haar terminaal zieke moeder van 78 jaar een dodelijke dosis morfine toediende in het verpleeghuis, omdat haar verzoek tot euthanasie meerdere keren werd afgewezen. Postma werd uiteindelijk in 1973 veroordeeld tot een voorwaardelijke gevangenisstraf. Naar aanleiding van de zaak Postma werd op 23 februari 1973 in het Friese Vinkega de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie opgericht. Later (2006) werd dit de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde (NVVE).

In die tijd worstelden artsen nog met onmogelijke dilemma's aangaande patiënten die in een ondraaglijk lijden waren beland. Menig sterfbed 'met hulp' werd afgedaan als een natuurlijk overlijden. Op advies van de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen nam de KNMG in 1984 het standpunt in dat euthanasie of hulp bij zelfdoding door artsen onder bepaalde omstandigheden aanvaardbaar kon zijn. Een actualisering van dit standpunt verscheen in 1995.



Een van de eisen bij euthanasie is het consulteren van een onafhankelijke arts. In 1999 werd daarom onder verantwoordelijkheid van de KNMG een netwerk gevormd van onafhankelijke en deskundige consulenten: Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (SCEN).

Na ruim tien jaar wettelijk omschreven gedoogbeleid, werd op 12 april 2001 de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding aangenomen en deze trad op 1 april 2002 in werking. In de gedoogperiode kon de huisarts gelukkig wel gebruikmaken van de

expertise die aanwezig was in de tweede lijn. De KNMG heeft inmiddels eigen richtlijnen ontwikkeld over de uitvoering van euthanasie en hulp bij zelfdoding, welke in augustus 2012 nog zijn herzien.

Nu door voortschrijdende medische technieken een natuurlijk overlijden steeds meer kan worden uitgesteld, lijkt euthanasie een logische aanvulling op een natuurlijke dood. Het aandeel euthanasie schommelt sinds de invoering van de wet rond 2% van het totale aantal sterfgevallen. Euthanasie vindt in acht van de tien gevallen plaats bij kankerpatiënten.

In toenemende mate is aandacht vereist voor die zieken, die weliswaar niet aan kanker lijden maar wel een onaanvaardbaar lijden moeten ondergaan of het nu geestelijk of lichamelijk is of beide.

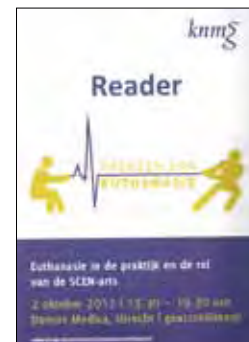
Nederland kent jaarlijks 3500 niet-gehonoreerde patiënten die vragen om euthanasie. Op 2 november 2011 werd op initiatief van de NVVE de Stichting Levenseindekliniek opgericht voor mensen die bij hun eigen arts geen gehoor vinden als ze om euthanasie vragen. Op 1 maart 2012 ging de kliniek in Den Haag van start, beginnend met mobiele teams. Op de website www.levenseindekliniek.nl is te lezen dat de kliniek in 2012, vanaf de start, in totaal 603 hulpvragen heeft ontvangen. Van de hulpvragers konden tot en met 31 december 2012 in totaal 79 mensen geholpen worden. In 47 van deze casussen door de behandelend arts, nadat de Levenseindekliniek de hulpvraag met deze arts besproken had. Bij 32 hulpvragers werd door een levenseindekliniekteam (arts en verpleegkundige) euthanasie (per injectie) of hulp bij zelfdoding (met een drank) verricht. Van de hulpvragen betreft het bij 50%

een somatisch lijden, 33% een psychiatrisch lijden en 7% van de hulpvragers heeft dementie. Bij 9% van de hulpvragen is er bij aanmelding geen duidelijk medisch lijden als oorsprong te noemen.

In dit verband is het belangrijk ook in te gaan op het begrip *palliatieve sedatie* ((Latijn) pallium = (warme) deken of mantel sedatus = rustig, gelaten), een methode waarvoor veel minder procedures hoeven worden doorlopen. Ook hiervoor heeft de KNMG richtlijnen uitgegeven. Eigenlijk is palliatieve sedatie een manier van versterven zonder dat de patiënt er onder lijdt. Tot op heden beschouwt de overheid deze methode als normaal medisch handelen en dit hoeft dan ook niet te worden gemeld. Overigens sterven naar schatting jaarlijks 550 patiënten aan een overdosis morfine, ten onrechte toegediend als sedativum en dus als een kunstfout. Hier is dan sprake van een verborgen vorm van euthanasie.

Aanbevolen literatuur/websites

- Kübler Ross E. Lessen voor levenden, gesprekken met stervenden. Ambo: Bilthoven; 1969.
- <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/euthanasie/euthanasie-is-levensbeëindiging-op-verzoek>
- <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/euthanasie/palliatieve-sedatie-is-medische-handeling>
- <http://knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/Richtlijn-Uitvoering-euthanasie-en-hulp-bij-zelfdoding-2012.htm>
- <http://www.orde.nl/over-oms/nieuws/morfine-niet-gebruiken-voor-euthanasie.html>



Ondersteunend materiaal van de KNMG.

52

Huisarts in de toekomst: baan met een black box-werkgarantie

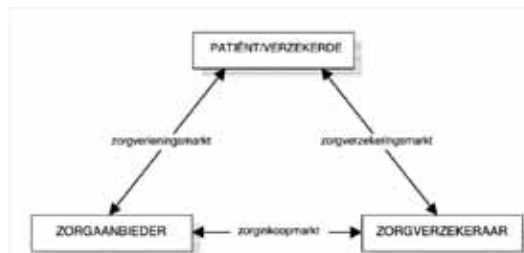


Quo vadis.

In november 2012 presenteerden de LHV en het NHG het rapport *De Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022*, met hierin het statement dat de huisarts de sleutel is tot een duurzame, doelmatige gezondheidszorg van hoge kwaliteit. Of de huisarts de daarin genoemde zeventien ambities richting 2022 ook kan waarmaken, is de vraag. Wie het weet, mag het zeggen. De toekomst voorspellen is van oudsher het domein van helderzienden. Niet echt een domein met veel evidence.

De kritieke succesfactoren om de genoemde ambities waar te maken, liggen gedeeltelijk buiten de huisarts. De huisarts is dan wel verantwoordelijk voor zijn zorg, de bevoegdheid om bijbehorende randvoorwaarden te creëren ligt elders. Die ligt besloten op de drie deelmarkten van het zorgstelsel: de zorgverzekerings-, zorginkoop- en zorgverleningsmarkt. Op deze deelmarkten, bewaakt door een overheid en toezichthouders, zijn voor het functioneren van de zorg de invloeden van het zorgstelsel soms faciliterend en productief, soms blokerend en contraproductief. Veelal buiten de invloedssfeer van de huisarts.

De demografische ontwikkeling is voor het functioneren van het stelsel nog wel redelijk te voorspellen. In 2025 is 21% van de bevolking 65-plus. In 2040 bereikt de vergrijzing haar hoogtepunt. Dit brengt een toename



Het zorgstelsel.

van het aantal mensen met een chronische ziekte met zich mee. Met schokkende prevalentiecijfers, zoals bij diabetes mellitus en osteoporose. Inzicht in de omvang van deze toename is van belang om te anticiperen op de toekomst. Niet alleen inzicht in de vraag naar zorg, maar ook in de gewenste organisatie en de kosten. In 2005 was al bekend dat tussen 2005 en 2020 de groei van het aanbod van huisartsenzorg (11,5%) de groei van de vraag naar huisartsenzorg (13-20%) niet zou kunnen bijbenen.

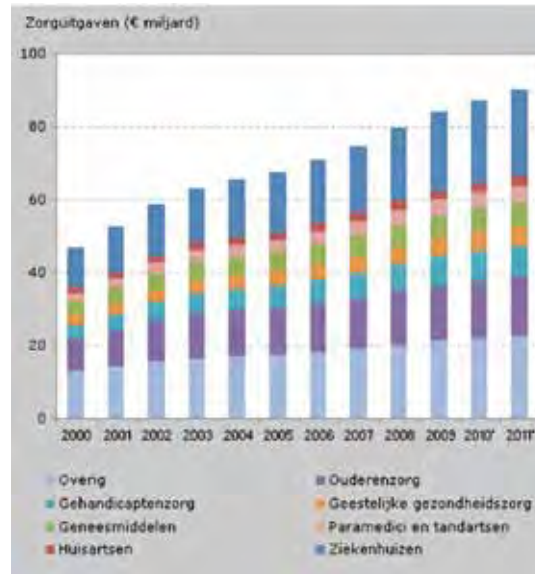
Een andere ontwikkeling is moeilijker te voorspellen. Het aantal gezonde levensjaren neemt nog steeds toe. De baten hiervan zijn privé, de kosten deels publiek. In 2006 kwam er een nieuw zorgstelsel waarbij aanbodregulering plaatsmaakte voor vraagsturing, concurrentie en gereguleerde marktwerking. Heeft dit nieuwe stelsel uit het oogpunt van kostenbeheersing dan te weinig gebracht? In 2003 waren de zorgkosten € 57,5 miljard.

Zou dat nieuwe zorgstelsel er gekomen zijn indien men toen had geweten dat de kosten in 2011 € 90 miljard (Centraal Bureau voor de Statistiek) zouden gaan bedragen (zie figuur hiernaast)?

Beleidsmakers breken zich nu het hoofd over hoe de gestegen collectieve zorguitgaven kunnen worden omgebogen en wie de rekening gaat betalen. Alles staat ter discussie: lastenverdeling, kosteneffectiviteit, doelmatigheid, kostentechnologische innovaties, eigen betalingen enzovoort.

De verdere voortgang van het stelsel bevindt zich nu in een black box en het laat zich nauwelijks voorspellen welke richting het uitgaat. En dat ook nog in economisch slechte tijden, waarbij de openbare financiën moeten voldoen aan de Europese regels van het Stabiliteitspact. De eerste gevolgen lezen we in het regeerakkoord Rutte II: Van de € 17,7 miljard bezuinigingen in de komende regeerperiode gaat de (care en cure) zorgsector € 5,7 miljard bijdragen (32,4%). Een kostenbeheersing met: hoofdlijnakkoorden met zorgaanbieders, zorgverplaatsing naar goedkopere echelons, het herkaderen van zorgbudget (meer/betere zorg voor minder geld), selectiever inkopen en verhoging van de eigen bijdragen van burgers.

Hoe gaat de huisarts in dit spanningsveld anticiperen op deze nieuwe situatie van enerzijds de kostenbeheersingsplannen en anderzijds de demografische tsunami? Met het werk dat op de huisarts afkomt en met de huidige kennis van het aantal arbeidsuren staan twee doelstellingen bovenaan: praktijkverkleining en versterking van de praktijkorganisatie. Met name de praktijkverkleining zou een trendbreuk betekenen. Effectieve



Zorguitgaven per sector in 2011: ziekenhuiszorg € 23,6 miljard, ouderenzorg € 16,1 miljard, huisartsenpraktijken € 2,7 miljard, ggz € 5,5 miljard, verstrekkers van geneesmiddelen (apotheken en drogisten) € 6,5 miljard en gehandicaptenzorg € 8,3 miljard. Overig omvat onder andere therapeutische middelen, kinderopvang en arbodiensten.

huisartsenzorg door een goede inhoud van zorg te koppelen aan een goede organisatie met de juiste praktijkondersteuning. Deze zorg kan, zoals de *Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022* stelt, een bijdrage leveren aan medische zorg van hoge kwaliteit.

Het grootste risico voor de beroepsgroep zit niet in de genoemde problemen, maar in de manier waarop de huisartsen erop gaan reageren. Lukt het de huisarts om met breed gedragen, bestuurlijke daadkracht, gemotiveerd op weg naar de toekomst, gezamenlijk koers te houden? En lukt het om de bevoegdheid te verwerven om de randvoorwaarden nauwkeurig en transparant aan te laten sluiten bij de gewenste effectieve huisartsenzorg? De tijd zal het leren.

Auteurslijst

- Jan A.M. van Eijck, arts Maatschappij & Gezondheid en conservator van museum De Dorpsdokter in Hilvarenbeek, Goirle
- Dr. Barend Haeseker, plastisch chirurg np, archivaris Nederlandse vereniging voor plastische chirurgie en waarnemend huisarts np, Rijswijk
- Joep P.M. Jansma, huisarts np, Velden
- Wouter R. van Kempen, huisarts, Haarlem
- Anne van Kessel, MSc, wetenschapsjournalist, dchg, Haarlem
- Emma G. van Laar, MSc, wetenschapsjournalist, dchg, Haarlem
- Anton A.C.M. Maes, huisarts, Dieren
- Dr. Koen D. Quint, aios huidziekten, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden
- Prof. dr. Vivianne C.G. Tjan-Heijnen, medisch oncoloog, MUMC, Maastricht
- Harry J.M. Vink, huisarts np en doseerarts bij de trombosedienst, Zaandam
- Prof. dr. Henry J.C. de Vries, dermatoloog, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam, tevens SOA polikliniek, GGD, Amsterdam

De foto's bij de vensters 2, 4, 5, 16, 19, 33, 42 en 43 zijn van de hand van de heer Wil Snelders van museum De Dorpsdokter in Hilvarenbeek.

Afkortingen

ADEPD	Adequate Dossiervorming Elektronisch Patiënten Dossier	DM	Dolle Mina
AED	Automatische Externe Defibrillator	ECG	Electrocardiogram
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome	EHBO	Eerste Hulp bij Ongelukken
AIOS	Arts in Opleiding tot Specialist	EPD	Elektronisch Patiënten Dossier
ANW	Avond, Nacht en Weekend (dienst)	EVS	Elektronisch Voorschrijf systeem
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten	GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
B-I	Billroth-I	GP	General practitioner
B-II	Billroth-II	GSM	Groupe Spéciale Mobile (Global System for Mobile communications)
BIG	Beroepen Individuele Gezondheidszorg	GW	Gedragwetenschapper
BMA	British Medical Association	HAB	Huisarts Begeleider
BMI	Body Mass Index	Hagro	Huisartsengroep
BMJ	British Medical Journal	HAIIO	Huisarts In Opleiding
BOPZ	Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen	HAO	Huisarts Opleider
BRCA	Breast Cancer	HAP	Huis Artsen Post
CBO	Centraal Begeleidings Orgaan voor intercollegiale toetsing	HBO	Hogere Beroeps Opleiding
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek	HDL	High Density Lipoprotein
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg	HIDHA	Huisarts in dienst van een huisarts
CLANAG	Controle Laboratorium voor Nederlandse Apotheekhoudende Geneeskundigen	HIS	Huisarts Informatie Systeem
COAX	Coaxiaal	HOED	Huisartsen onder één Dak
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Diseases	HOES	Huisartsen onder één Systeem
CPB	Centraal Plan Bureau	HON	Huisartsenopleiding Nederland
CPU	Central Processor Unit	HST	Hormoon Substitutie Therapie
CVS	Chronisch Vermoeidheidssyndroom	HVRC	Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie
DHV	Districts Huisartsen Vereniging	H&W	Huisarts en Wetenschap
		IBM	International Business Machines

IBS	In Bewaring Stelling	NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
ICPC	International Classification of Primary Care	NHLBI	National Heart, Lung and Blood Institute
ISA	International Standard Architecture	(K)NMG	(Koninklijke) Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
ICT	Informatie en Communicatie Technologie	NTVG	Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde
KNAW	Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen	NTS	Nederlandse Transplantatie Stichting
KNCV	Koninklijke Nederlandse Chemische Vereniging	NVVE	Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie	OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
LCD	Liquid Crystal Display	OM	Openbaar Ministerie
LDL	Low Density Lipoprotein	PC	Personal Computer
LHOV	Landelijke Huisartsen opleiders Vereniging	PDD-NOS	Pervasive Developmental Disorder-Not Otherwise Specified
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging	PGB	Persoonsgebonden Budget
LOVAH	Landelijke organisatie van Aspirant huisartsen	PGD	Preïmplantatie Genetische Diagnostiek
LOVE	Landelijk Overleg Versterking Eerstelijnszorg	PHV	Plaatselijke Huisartsen Vereniging
MB	Megabyte	PMSA	Provincial Medical and Surgical Association
MBO	Middelbaar Beroeps Onderwijs	POH	Praktijkondersteuners huisartsen
MC	Medisch Centrum	PTSS	Post Traumatische Stress Stoornis
MCDD	Multiple Complex Developmental Disorder	PW	Pharmaceutisch Weekblad
ME	Myalgische Encefalomyelitis	RGS	Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten
MG	Médecin Généraliste of Général	RIO	Regionale Indicatie Organen
MRSA	Methicillin Resistente Staphylococcus Aureus	RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
MS DOS	Microsoft Disk Operating System	RM	Rechterlijke Machtiging
MSRC	Medisch specialisten registratie commissie	RSI	Repetitive Strain Injury
MTOR	Mammalian target of Rapamycin	SBOH	Stichting Beroepsopleiding Huisartsen
MVM	Man-Vrouw-Maatschappij	SCEN	Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland
NC	Na Christus	SDH	Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen
NGVA	Nederlands Genootschap van Abortusartsen		

SGRC	Sociaal-Geneskundigen Registratiecommissie	VINEX	Vierde Nota Ruimtelijke Ordening Extra
SOA	Seksueel Overdraagbare Aandoening	VVAA	Vereniging voor Artsen Automobilisten
SOEP	Subjectief, Objectief, Evaluatie, Plan	VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
SOLK	Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten	WAZ	Wet Afbreking Zwangerschap
SRC	Specialisten Registratie Commissie	WDH	Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen
TWN	Transplantatie Werkgroep Nederland	WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandel Overeenkomst
UTP	Unshielded Twisted Pair	WVE	Wij Vrouwen Eisen
VC	Voor Christus	ZIN	Zorg in Natura

Bronnen

Hoofdstuk 1

- Elaut L. Antieke geneeskunde. In teksten van Griekse en Latijnse auteurs vanaf Homeros tot het begin van de Middeleeuwen. Standaard: Antwerpen, Amsterdam, 1960.
- Erkelens DW, et al. Nederlandse artseneed. VSNU: Utrecht; 2003.
- Frieboes W. Aulus Cornelius Celsus Über die Arzneiwissenschaft in acht Büchern. Vieweg: Braunschweig; 1906.
- Godderis J. Een arts is vele andere mensen waard. Inleiding tot de antieke geneeskunde. Peeters: Leuven; 2000.
- Hortsmanshoff HFJ. (red.) Pijn en balsem, troost en smart. Pijnbeleving en pijnbestrijding in de oudheid. Erasmus publishing: Rotterdam; 1994.

Hoofdstuk 2

- Lindenboom GA. Inleiding tot de geschiedenis der geneeskunde. Opnieuw bewerkt door M.J. van Lieburg. Erasmus Publishing: Rotterdam; 1993.
- Aulbers BJM, et al. De huisarts van toen. Een historische benadering. Erasmus Publishing: Rotterdam; 1995.

Hoofdstuk 3

- Schoute D, et al. Gedenkboek der Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst bij

haar vijf-en-zeventig jarig bestaan den leden aangeboden 8 Juli 1924. NMG: Amsterdam; 1924.

- Doeschate G ten, et al. Gedenkboek der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst ter gelegenheid van haar honderd-jarig bestaan (1849-1949) J.H. de Bussy: Amsterdam; 1949.
- Festen H. 125 jaar Geneeskunst en Maatschappij. Geschiedenis van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst 1849-1974. KNMG: Amsterdam; 1974.
- Lieburg MJ van. In het belang van wetenschap en kunst. Een beknopte geschiedenis van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (1849-1999). Erasmus Publishing: Rotterdam; 1999.
- Haeseker B. De Haagse Kring. 150 jaar afdeling 's-Gravenhage en omstreken van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst 1849-1999. Pasmans: 's-Gravenhage; 1999.

Hoofdstuk 4

- Vink HJM. Artsen en het Algemeen Afdeulingsziekenfonds Zaanland tot 1941. Ideologie of belangenbehartiging? Doctoraalscriptie: Amsterdam; 2005.

Hoofdstuk 5

- Luyendijk-Elshout AM. Tussenbroek, Albertina Philippina

Catharina van (1852-1925). In: 'Biografisch Woordenboek van Nederland', <http://www.historici.nl/Onderzoek/Projecten/BWN/lemmata/bwn2/tussenbroek>.

- Bosch M. Een onwrikbaar geloof in rechtvaardigheid. Alleta Jacobs 1854-1929. Balans: Amsterdam; 2005.
- Jacobs A. Herinneringen. Autobiografie. Uitgeverij Contact: Amsterdam; 1995.
- Kloek E. 1001 vrouwen uit de Nederlandse geschiedenis. Vantilt, Nijmegen; 2013.

Hoofdstuk 6

- Companje KP. Tussen volksverzekering en vrije markt. Verzekering van zorg op het snijvlak van sociale verzekering en gezondheidszorg 1880-2006. Aksant: Amsterdam; 2008.
- Gardeniers gaat 300 medicijnen schrappen. Reformatorisch Dagblad, 23 juli 1982.
- Huijs T. Schutterstraditie in Blerick. 2009, <http://www.schutterij-blerick.nl/historie.htm>
- <http://sintanthoniustegelen.nl/informatie.html>

Hoofdstuk 7

- Bergen L van. Driedelige geboorte van een tweeling: NHG en H&W. Huisarts Wet 2007;10:514-7.
- <http://ww2.nhgonline.nl/mijlpalen/>
- Werf GTh van der, Zaat JOM. De geboorte van een ideologie: Woudschoten en de huisartsgeneeskunde. Huisarts Wet 2001;44(10):428-35.
- Bremer GJ. Hora est. Proefschriften van huisartsen 1910-1995. Erasmus Publishing: Rotterdam; 2000.

Hoofdstuk 8

- <http://www.balint.nl>

- Balint M. The Doctor, the patient and the illness 2nd ed. Pitman Medical: London; 1964.
- Dokter HJ, Verhage F. De dokter als medicijn. Ervaringen in het werk met groepen huisartsen'. Nederlands Huisartsen Genootschap: Utrecht; 1991.
- Salinsky J, Otten H (editors).The Doctor, the patient and their well-being -worldwide. Proceedings of the Thirteenth international Balint Congres Berlin 2003. Wembley: The International Balint Federation; 2003.
- Coolen A. Dorp aan de rivier. Nijgh & Van Ditmar: Rotterdam; 1934.
- Kortooms T. Laat de dokter maar schuiven. Gottmer: Haarlem; 1975.

Hoofdstuk 9

- Aulbers BJM. et al. De huisarts van toen. Een historische benadering. Erasmus Publishing: Rotterdam; 1995.
- De geboorte van een ideologie. Woudschoten en de huisartsgeneeskunde. Huisarts en Wetenschap 2001;44:281-9.
- Trappenburg M. De huisarts vanuit patiëntenperspectief. Huisarts & Wetenschap 2007;50:47-9.
- Mol A, Lieshout P van. Ziek is het woord niet. Medicalisering, normalisering en de veranderende taal van huisartsgeneeskunde en geestelijke gezondheidszorg, 1945-1985. Dissertatie. Uitgeverij Amsterdam University Press: Nijmegen; 1989.

Hoofdstuk 10

- Spreeuwenberg C. In memoriam prof. dr. J.C. van Es. Ned Tijdschr Geneesk 2008;152:1696-7.
- Bosch WJHM van den, Weel C van. In memoriam

prof. dr. F.J.A. Huygen. Ned Tijdschr Geneeskd 1999;143:321-1.

- Lamberts H. In memoriam prof. dr. B.S. Polak. Ned Tijdschr Geneeskd 1993;137:1849-50.
- Huygen FJA. Family Medicine; the medical life history of families. Dekker & Van de Vegt: Nijmegen; 1978.

Hoofdstuk 11

- Tuchtrect in de gezondheidszorg. Hoe werkt het?. Brochure uitgegeven door het Tuchtcollege voor de gezondheidszorg, http://www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl/Images/Tuchtrect%20gezondheidszorg_tcm11-15573.pdf
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet BIG); dec. 1993.
- [Http://www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl/](http://www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl/)

Hoofdstuk 12

- Juch A. De medische specialisten in de Nederlandse gezondheidszorg. Hun manifestatie en consolidatie, 1890-1941. Dissertatie. Erasmus Publishing: Rotterdam; 1997.
- Vink HJM. Artsen en het Algemeen Afdeelingziekenfonds Zaanland tot 1941. Ideologie of belangenbehartiging? Doctoraalscriptie: Amsterdam; 2005.

Hoofdstuk 13

- Overview of the Global System for Mobile Communications, John Scourias, <http://ccnga.uwaterloo.ca>
- <http://www.telefoonmuseum.com/>
- Wit O de. De beginjaren van het Nederlandse telefoniesysteem, <http://www.cram.nl/ieni/950409.htm>

Hoofdstuk 14

- Groot P de. Eerste Tilburgsche Automobielen Garage M.J. de Groot 1890-1980 de geschiedenis. Uitgave in eigen beheer. Tilburg; 2007.
- Lieburg MJ van. 't Is geen baan, 't is een bestaan. Het sociale en economische leven van de medische beroepsbeoefenaren in Nederland weerspiegeld in 75 jaar VVAA. Erasmus Publishing: Rotterdam; 1999.

Hoofdstuk 15

- Voney C de. MS Dos en OC Dos Handboek. Academic service B.V.: Schoonhoven: 1987.

Hoofdstuk 16

- Wet op de geneesmiddelenvoorziening (WOG) WET van 28 juli 1958, bron IGZ, AND, RIVM. www.zorgatlas.nl nieuwe regelen nopens de geneesmiddelenvoorziening en de uitoefening der artseneijbereidkunst.
- Wet bron IGZ, AND, RIVM. www.zorgatlas.nl 8 februari 2007 tot vaststelling van een nieuwe Geneesmiddelenwet.

Hoofdstuk 17

- Aulbers BJM, et al. De huisarts van toen. Een historische benadering. Erasmus Publishing: Rotterdam; 1995.
- Werf GTh van der, Zaat JOM. Serie: Terug naar Woudschoten. De geboorte van een ideologie: Woudschoten en de huisartsgeneeskunde. Huisarts en Wet 2001; 10:428-35.
- Es JC van. Een halve eeuw huisartsgeneeskunde. Van ambacht naar professie. Bohn Stafleu Van Loghum: Houten; 2006.

Hoofdstuk 18

- Mooij A. Geslachtsziekten en besmettingsangst, een historisch-sociologische studie. Boom; Amsterdam 1993.
- Website Soa Aids Nederland, <http://www.soa.nl/>
- De Nederlandse Stichting tot Bestrijding der Geslachtsziekten: taken en aandachtsvelden. SOA bulletin 1979;1;2-3.

Hoofdstuk 19

- Bal F. Arts versus vroedvrouw. Historisch Nieuwsblad, mei 2010;70-75.
- Geest S van der, Have P ter, Nijhof G, Verbeek-Heida P. De macht der dingen. Medische technologie in cultureel perspectief. Het Spinhuis: Amsterdam; 1994.

Hoofdstuk 21

- Nederlands Huisartsen Genootschap. NGH-standaard M02 anticonceptie. NHG: Utrecht; 2011.
- Stichting Anticonceptie Nederland. Geschiedenis van de anticonceptie, <http://www.anticonceptie-online.nl/geschiedenis.htm>.
- Holt H van 't. De pil. In: Chemie achter de dijken. KNAW en KNCV 2001. <http://www.kennislink.nl/publicaties/de-pil-de-rol-van-intuities-bij-de-uitvinding-van-desogestrel>
- Leeuw M de. Vrouw (35+) moet kiezen tussen roken of pil. PW 2012;5:30-31.

Hoofdstuk 22

- Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-standaard M 73 De overgang. NHG: Utrecht; 2012.

- Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA 2002; 288:321-33.
- Beral V, Banks E, Reeves G. Million Women Study. "Effects of Estrogen-Only Treatment in Postmenopausal Women". JAMA 2004;292:683-7.
- Banks E, Beral V, Reeves G. Million Women Study, C. Published results on breast cancer and hormone replacement therapy in the Million Women Study are correct. Climacteric 2004;7:415-7.
- Gray S. (2003). Breast cancer and hormone-replacement therapy: The Million Women Study. Lancet 2003;362:1332.

Hoofdstuk 23

- M. Thiery, Pioneers of the intrauterine device. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 1997;2:1.
- Beusmans G, Dongen J van, Hoefnagels J, Jansma J, Visschedijk A. Incontinentie bij bejaarden, literatuurstudie vanuit project 'thuiszorg chronisch zieke bejaarde'. Rijksuniversiteit Limburg; Maastricht; 1989.

Hoofdstuk 24

- Mosselman I. Wie is verantwoordelijk voor de toekomst van de POH/PVK? Een veldverkenning in 2011. HANVDO: Nijmegen; 2011.
- Berg M van den, Bakker D. Introductie van POH op HBO niveau. NIVEL: Utrecht; 2003.

Hoofdstuk 25

- Dane C. Geschiedenis van de ziekenverpleging. Tijdstroom: Utrecht; 1980.
- Lotterman L. De wijkzuster terug. Een kanteling in denken en doen. Regionale kruisvereniging West-Brabant: Roosendaal; 2012; <http://www.rkvwestbrabant.nl/wb/nieuws-publicaties/nieuwsberichten/de-wijk-zuster-terug-een-kanteling-in-denken-en-doen/>

Hoofdstuk 26

- Berg R van den, Meijman F. De (patho)genese van de grootschalige dienstenstructuur. Huisarts Wet 2009;4:177-81.
- Streek J van der. Anonimiteit HAP nekt motivatie voor ANW-diensten. Blog 30-10-2010, <http://www.med-net.nl/blogs/id149-anonimiteit-hap-nekt-motivatie-voor-anw-diensten.html>.
- <http://www.spoed.nu>, website van de huisartsendienstenstructuur Zuidwest Drenthe en Noordwest Overijssel (DZDNO).
- Resultaten enquête ANW-zorg II van HuisartsVan-daag en VPHuisartsen. <http://www.vphuisartsen.nl/Brieven-en-artikelen-ANW/ANW-enquete-II-OVER-ZICHT.html>

Hoofdstuk 27

- Nederlands instituut onderzoek van de gezondheidszorg. Rapport: Zorgaanbod, organisatie en strategie van gezondheidscentra in Nederland: Verschillen, trends en bekostiging. NIVEL: Utrecht; 2010.
- Rijdt-van de Ven AHJ van de. Handboek: Oprichten van een gezondheidscentrum of HOED. Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn: Utrecht; 2003.

- Haan, A de. Dr. Aris Graftdijk, photographie; beelden uit Hardinxveld en Giessendam omstreeks 1900. Hist. Ver. Hardinxveld-Giessendam; 1992.

Hoofdstuk 28

- Seeleman C, Suurmond J, Stronks K (red). Een arts van de wereld. Ethnische diversiteit in een medische praktijk. Bohn Stafleu Van Loghum: Houten; 2005 en 2012.
- Kievits F, Adriaanse MT. Meeste allochtonen blij met huisarts. Ned Tijdschr Geneesk 2003;147:1430.

Hoofdstuk 29

- M. Foucault. Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique Union Générale d'Éditions: Parijs; 1961.
- Eijck-Osterholt, Bökenkamp K. Wartaal van een gek, het schokkende verhaal van Johanna Stuten-te Gempt. Kruseman; Den Haag; 1983.
- Foucault M. Geschiedenis van de waanzin. Boom; Meppel; 1975.
- Jong JM de. Geschiedenis van het genezen; badverpleging als psychiatrische therapie (1900-1950). Ned Tijdschr Geneesk 1997;141:1487-91.
- Werf B van der. De separeer en de prikkelarme omgeving. SP nr. 69, okt 2003, blz. 33-37.

Hoofdstuk 30

- CBO.- Richtlijn Cholesterol. CBO: Utrecht; 1998.
- Gezondheidsraad. Cholesterolverlagende therapie. Den Haag: Gezondheidsraad, 2000; publicatie nr 2000/17.
- Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-standaard Cardiovasculair risicomangement (eerste herziening)

M84. NHG: Utrecht; 2012.

- Figuur 1. Bron: NHG-standaard M84.
- Figuur 2. Bron: Hart Bulletin, 1988;19:133-135.
- Flegal KM, Kit BK, Orpana H, Graubard BI. Association of All-Cause Mortality With Overweight and Obesity Using Standard Body Mass Index Categories. A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA. 2013;309:71-82.

Hoofdstuk 31

- Lickint F. Tabak und Tabaksrauch als ätiologischer Factor de Carcinoms. Zeitung für Krebsforschung 1929;30:349-65.
- Müller FH. Tabakmissbrauch und Lungencarcinom. Krebsforsch Z 1939;49:57-85.
- Figuur 1. Bron: Institut für Plastination in Heidelberg (prof. Gunther von Hagens).

Hoofdstuk 32

- Braat-de Vries N. Helicobacter pylori, een onschuldige maagbewoner of ziekteverwekker? <http://www.kennislink.nl/publicaties/helicobacter-pylori-een-onschuldige-maagbewoner-of-ziekteverwekker>
- Smout AJM. Maagklachten. www.spreekuurthuis/themas/maagklachten

Hoofdstuk 33

- www.ntvg.nl/publicatie/penicilline-net-op-tijf/ingezonden

Hoofdstuk 34

- Breast cancer mortality in neighbouring European countries with different levels of screening but similar

access to treatment: trend analysis of WHO mortality database. BMJ 2011;343:d4411 doi: 10.1135/bmj.d4411.

Hoofdstuk 35

- Eijck JAM van. In Geneeskunst en Vriendschap; de geschiedenis van 150 jaar medische praktijk in Midden-Brabant. KNMG Midden-Brabant, Tilburg; 1999.
- Eijck JAM van. Bijscholen in het interbellum, ms. oktober 2003.
- NHG-Werkgroep Geschiedenis Huisartsgeneeskunde, hfd 7. Nascholing in werkdocument WGH-4-3, opzet artikelenserie geschiedenis huisarts; ms. december 2012.

Hoofdstuk 37

- Marsh MN. Gluten, major histocompatibility complex, and the small intestine. A molecular and immunobiologic approach to the spectrum of gluten sensitivity ('celiac sprue'). Gastroenterology 1992;102:330-54.
- NGH-standaarden M54 specifieke lage rugklachten, M71 prikkelbaredarmsyndroom, <https://www.nhg.org>
- Richtlijn Diagnose, behandeling, begeleiding en beoordeling van patiënten met het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS). CBO: Utrecht; 2013.

Hoofdstuk 39

- <http://www.geheugenvannederland.nl>
- http://www.emancipatie.nl/home/emancipatie_algemeen/intro_emancipatie/de_vrouw_beslist/

Hoofdstuk 40

- Beknopt overzicht over de geschiedenis van de EHBO

en Reanimatie, <http://www.maastrichtse-reddingsbrigade.nl/index.php/ehbo/geschiedenis>

- Houhuys F van. Kunstmatige ademhaling. NTVG 1960;104:1419-25.

Hoofdstuk 41

- Bear HD, Anderson S, Smith RE, Geyer CE Jr, Mamounas EP, Fisher B, et al. Sequential preoperative or postoperative docetaxel added to preoperative doxorubicin plus cyclophosphamide for operable breast cancer: National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project Protocol B-27. J Clin Oncol 2006;24:2019-27.
- Bernstein L. Identifying population-based approaches to lower breast cancer risk. Oncogene 2009;27:S3-8.
- The BIG 1-98 Collaborative Group. Letrozole therapy alone or in sequence with tamoxifen in women with breast cancer. N Engl J Med 2009;361:766-76.
- Buzdar AU, Valero V, Ibrahim NK, Francis D, Broglio KR, Theriault RL, et al. Neoadjuvant therapy with paclitaxel followed by 5-fluorouracil, epirubicin, and cyclophosphamide chemotherapy and concurrent trastuzumab in human epidermal growth factor receptor 2-positive operable breast cancer: an update of the initial randomized study population and data of additional patients treated with the same regimen. Clin Cancer Res 2007;13:228-33.
- Cuzick J, Sestak I, Baum M, et al. Effect of anastrozole and tamoxifen as adjuvant treatment for early-stage breast cancer: 10-year analysis of the ATAC trial. Lancet Oncol 2010;11:1135-41.
- Leest M van der, Evers L, et al. The safety of breast-conserving therapy in patients with breast cancer aged < or = 40 years. Cancer 2007 109:1957-64.

- NN. Everolimus gecombineerd met endocriene therapie bij de behandeling van het mammacarcinoom. Medische Oncologie 2012;3:23-25.
- Brown EJ, Albers MW, Shin TB, Ichikawa K, Keith CT, Lane WS, Schreiber SL. A mammalian protein targeted by G1-arresting rapamycin-receptor complex. Nature 1994;369:756-8.

Hoofdstuk 42

- Turner G L'E. Historische microscopen. Moussault: Bussum;1981.
- Strijbos WLH. Katholieke Illustratie 1909-1910, 171.
- Strijbos WLH. De Prins, 29-01-1910.
- Eijck J.A.M. Catalogus museum De Dorpsdokter, deel 1, De Dorpsdokter, Museumstichting Hilvarenbeek; 2011.
- De microscoop uit het stof, een praktijkgeval. Huisarts en Wetenschap 2005;12.

Hoofdstuk 43

- Gorter EG, Graaff WC de. Klinische Diagnostiek, 2 dl. Stenfert Kroese: Leiden; 1947.
- Koopman J. Laboratoriummethoden voor den practischen arts. G. Naeff: Den Haag; 1927.
- Lieburg MJ van. De ontwikkeling ven het klinisch-diagnostisch laboratorium in Nederland tot omstreeks 1925. Gewina 1986;9(4):278-318.
- Perneel PGMG. Het Beroepsjournaal van dr. J.F.Th. Hers, arts te Oud-Beijerland (1881-1915). Erasmus Publishing: Rotterdam; 2000.
- Griffioen, BKP. Het instrumentarium van de huisarts in het interbellum, ms. Delft september 2002.

Hoofdstuk 44

- http://www.rivm.nl/Onderwerpen/T/Tekenbeten_en_lyme/Ziekte_van_Lyme/Borrelia

Hoofdstuk 45

- <http://www.nivel.nl/huisarts-informatie-systemen>

Hoofdstuk 46

- Pinkhof H. Half-specialisten in de ziekenfondsen. Ned Tijdschr Geneeskd 1919;63:534.
- Hoeven L van der. Uit de praktijk van een medicus. Uitgeverij Mouton & Co: 's-Gravenhage; 1929.
- Juch A. De medisch specialisten in de Nederlandse gezondheidszorg. Hun manifestatie en consolidatie 1890-1941. Erasmus Publishing: Rotterdam; 1997.
- Goudswaard AN, Veld CJ in 't Veld, Kramer WLM. Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Prelum uitgevers: Houten; 2009.

Hoofdstuk 47

- Coppenhagen JH. Anafiem Gedoe'iem. Overleden Joodse artsen uit Nederland, 1940-1945. Erasmus Publishing: Rotterdam; 2000.
- Visser J, Crul B. Lutke Schipholt I, Nyst E. (red) Witte jassen en Bruinhemden. Nederlandse artsen in de Tweede Wereldoorlog. Bijzondere getuigenissen van artsen en geneeskundestudenten. 1940-1945. Reality Bites Publishing: Breda; 2010.
- 75-jarig bestaan van den Geneeskundigen Kring Tilburg en Omstreken, NMG Tilburg 30 november 1933.

Hoofdstuk 48

- Pree-Geerlings B de, Pree IMN de, Bulk-Bunschoten AMW. Geschiedenis 1901-2001: 100 jaar artsen op het consultatiebureau voor zuigelingen en peuters. Ned Tijdschr Geneeskd 2001;145:2461-5.
- Frijlink CJW. Samenwerking van de huisarts en consultatiebureau-arts. Ned Tijdschr Geneeskd 1953;97:222-5.
- Lieburg MJ van. Een eeuw consultatiebureau in Nederland (1901-2001). Facetten van de medisch-preventieve zorg aan zuigelingen en peuters in verleden en heden. Erasmus Publishing: Rotterdam; 2001.

Hoofdstuk 49

- Hassel DTP van, Kenens RJ. Cijfers uit de registratie van huisartsen. Peiling 2012. NIVEL: Utrecht; 2013.
- Konings J. Samenwerken in de eerste lijn. Een handreiking voor zorgverleners. Landelijk Overleg Versterking Eerstelijnszorg; 2010.

Hoofdstuk 50

- Persijn G. Geschiedenis van de orgaantransplantatie. Bio-Wetenschappen en Maatschappij: Den Haag, 2008;2:11-13.

Hoofdstuk 51

- Velden LFJ van der, Francke AL, Hingstman L, Willems D. Dying from cancer or other chronic diseases in the Netherlands: ten-year trends derived from death certificate data. BMC Palliat Care 2009;8:4.
- Graeff A de, et al. Oncologieboek IKMN 2002. Deel II Richtlijnen Palliatieve zorg. IKMN: Utrecht; 2002.
- CBS, webmagazine, 11-7-2012.

- Heide A van der. Artikel in Volkskrant van 18 maart 2013 door Agnes van der Heide, hoogleraar besluitvorming rond het levenseinde bij het Erasmus MC. Zij onderzocht op verzoek van Nieuwsuur de gegevens van het laatste landelijke Sterfgevallenonderzoek.
- Kübler Ross E. Lessen voor levenden, gesprekken met stervenden. Ambo: Bilthoven; 1969.

Hoofdstuk 52

- LHV/NHG Toekomstvisie, VPHuisartsen Meetweek, Regeerakkoord Rutte II (29.10.2012), VWS, RIVM, CPB, OECD, CBS, Diagnose 2025.
- Zorguitgaven per sector, € miljard, 2000-2011. CBS Statline, 2011ba; CBS, 2012.

Index van namen

- Arntsz, Willem 64
 Aurelius, Marcus 9
- Babbage, Charles 36
 Balint, Michael 22
 Baptist, J. 35
 Bell, Alexander 32
 Bloemen, Jan sr. 34
 Boas, Coen van Emde 85
 Bogaers-Swagemakers, Jos 34
 Boodt, Costerman 60
 Bremer, Geert 20
 Bruine, Jan Rudolph Slotemaker de 28
 Buma, Just 20
- Celsus, Aulus Cornelius 9
 Chain, Ernst Boris 72
 Chang, Min-Chueh 48
 Cohen, Charles Henri Ali 91
 Coolen, Antoon 22
- Daumier, Honoré Victorien 81
 Deelen, K.A.F. 99
 Dokter, H. 23
 Doll, Richard 68
 Donner, Jan 28
 Dunant, Jean Henri 86
- Edison, Thomas Alva 32
 Efesos, Soranos van 8
 Elaut, Leon 8
 Esbach, Georges Hubert 92
 Es, J.C. van 21
 Evers, Johan Christian Gottlob 12
- Fleming, Alexander 72
 Florey, Howard 72
 Freudenberger, Herbert 80
 Frieboes, Walter 9
- Gardeniers-Berendsen, Til 19
 Gofman, John 66
 Graftdijk, Aris 60
- Halsted, William Stewart 88
 Hers, Johannes Floris Philippus 92
 Herwerden, Maria Anne van 16
 Heyrman, Jan 26
 Hoagland, Hudson 48
 Hoeven, Leendert van der 98
 Hogerzeil, Hein 20
 Huygen, Frans J.A. 21, 26, 27
- Jacobs, Aletta 16
 Jansma, Joep 63
 Jenner, Edward 78

- Kanters, C. 35
 Kempen, Wouter van 63
 Kloosterman, Gerrit Jan 85
 Kolk, Jacob Schroeder van der 65
 Kortooms, Toon 22
 Kos, Hippocrates van 8

 Leeuwenhoek, Antoni van 90
 Lespinasse, Adolf Frederik Henri de 12
 Lickint, Fritz 68
 Lippes, Jack 52
 Luukkainen, Tapani 52

 Macrander, Steven 63
 Marshall, Barry 71
 Maslach, Christina 80
 Maslow, Abraham 22
 Meinsma, Lenze 68
 Meulengracht, Jens Einar 70
 Moerel, Salomon Maurits 101
 Molewater, Jan Bastiaan 12
 Montagu, Mary Wortley 78
 Mulder, Gerard Johannes 12
 Muller, Mauritz Lodewijk 35
 Murray, Joseph Edward 106

 Nielsen, Holger 87
 Nightingale, Florence 56

 Pasteur, Louis 78
 Pearl, Raymond 53
 Penn, Jacobus 56
 Pergamon, Galenus van 9
 Pincus, Gregory 48
 Pinel, Philippe 65
 Plantenga, Broer Pieter Bernard 102
 Polak, Ben 26
 Polak, Bertram 100
 Polano, Machiel 90
 Poolman, Wilhelm 56
 Porte, David Chr. la 14
 Postma, Truus 108
 Prins, G.A. 35

 Quellinus, Artus 65
 Quételet, Adolphe 67

 Ramaer, Johan Nicolaas 12
 Raphelengius, Franciscus 9
 Reijden, Joop van der 19
 Rett, Andreas 80
 Rijnberk, Gerard Abraham van 101
 Rogers, Carl 22
 Rood, Johannes Joseph van 106
 Ruhe, H.A.M. 24

 Silvester, Henry Robert 87
 Stratton, Mike 88
 Strijbos, Willem 105

Taeke, Tjerk van 47
Talma, Aritius Sybrandus 18
Thorbecke, J.R. 11, 14 en 17
Treib, Hector 17
Tulp, Nicolaas 34
Tussenbroek, Catharine van 16

Verbeek, A. 62
Verhage, F. 23
Visser, Clara 101
Voorhelm Schneevoogt, Gustaaf Eduard 12

Warren, Robin 71
Wiechen, Hans van 103
Windaus, Adolf 66
Winter, Max de 48
Wit, Alfred Samuel de 100
Wooster, Richard 88

Zipper, Jaime 52

Colofon

Redactie:

Jan van Eijck

Barend Haeseke

Joep Jansma

Wouter van Kempen

Harry Vink

Alle rechten voorbehouden aan de uitgever. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar worden gemaakt, in enige vorm op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Uitgever en auteurs verklaren dat deze uitgave op zorgvuldige wijze en naar beste weten is samengesteld. Hoewel bij het verzamelen en verwerken van de gegevens de uiterste zorgvuldigheid is betracht, kunnen uitgever en auteurs geen enkele aansprakelijkheid voor fouten en overige onjuistheden aanvaarden. Gebruikers van deze uitgave wordt met nadruk aangeraden deze informatie niet geïsoleerd te gebruiken, maar af te gaan op professionele kennis en ervaring en de te gebruiken informatie te controleren.

De uitgever heeft alles in het werk gesteld voor de afbeeldingen in deze uitgave bij de rechthebbenden toestemming voor publicatie te verkrijgen. Zij die desondanks menen aanspraak te kunnen maken op auteursrechten, kunnen zich melden bij de uitgever.

© 2013 dchg medische communicatie

www.dchg.nl



Uitgeverij DCHG (Haarlem) heeft het Trefpunt toestemming gegeven de Canon-serie als pdf op de TMGN-website beschikbaar te stellen. Het copyright blijft in handen van DCHG: zonder toestemming van de uitgever mogen deze TMGN-scans niet elders worden aangeboden.

ISBN/EAN: 978-94-90826-28-4