

## Huisarts en specialist door de jaren heen

# Over de muur

Sophie Broersen

De muur tussen eerste en tweede lijn wordt dagelijks doorbroken, door stromen patiënten, door meer of minder geslaagde communicatie, collegiale banden, virtuele geldstromen en irritaties. Een kleine greep uit zestig jaar schrijverij over de relatie tussen huisarts en specialist in Medisch Contact.

**D**e relatie tussen huisarts en specialist was in de jaren veertig bepaald niet gelijkwaardig. De huisarts werd gezien als 'specialist minus een bepaalde hoeveelheid kennis, (...) die overal eigenlijk te weinig van wist'.<sup>1</sup>

Terwijl hun samenwerking ooit toch redelijk harmonieus was: de specialist ging regel-

matig met de huisarts op huisbezoek bij de patiënt. Voor, tijdens en na het consult was er intensief contact tussen beiden. De specialist had 'wellicht geleerd beter te onderzoeken en meer bijzondere diagnostische kenmerken te onderkennen, maar de uitgebreide anamnese, inlichtingen en opinies van de huisarts, waren onmisbaar'.<sup>2</sup>

beeld: Collectie Spaarnestad  
Photo

Specialist, 1947



Keelarts, 1955



Huisarts, 1955



*‘Als er iets bijzonders is,  
moet je toch naar de specialist’*

Dat veranderde toen de diagnostische mogelijkheden toenamen. De patiënt kon eigenlijk beter naar het ziekenhuis komen. Meer polibezoeken betekenden volgens internist Burkens dat de huisarts het grondige voorwerk niet meer nodig vond.<sup>2</sup> De informatie werd zakelijk en er werd weinig vermeld over ‘datgene wat juist de huisarts zo goed kan weten: psychologische, sociale en milieugegevens.’ Naarmate de consulering met beide dokters aan het

thuisbed afnam en de communicatie meer via brieven verliep, werd de band tussen huisarts en specialist lossier.

De hoeveelheid specialisten nam intussen flink toe. En zij beschikten over steeds meer technische snufjes, zoals röntgenfoto's en ecg's. De huisarts moest duidelijk een nieuwe rol vinden, een nieuw kostuum, zoals James het in 1948 verwoordde: ‘Het stuntelige, voor zijn tijd verouderde huisartsje, dat zo zonder égarde in de paskamer van de nieuwe tijd wordt rondgedraaid, teneinde hem een nieuw costuum aan te meten. Het is een droevig gezicht hem daar te zien staan... met een kennelijke arcuaire

kyphose (omdat zijn hoofd topzwaar is geworden van alle moderne problemen) en de mislukte pogingen te aanschouwen een goede coupe in zijn colbertjasje te krijgen. (...) Meneer Freud wordt er bij gehaald, hij bekijkt kritisch het bultje en denkt er het zijne van... verdrongen complexen natuurlijk.’<sup>3</sup>

Uitholling van de huisartsenpraktijk moest worden voorkomen. Want dat de huisarts nodig bleef, stond voor iedereen blijkbaar buiten kijf. ‘Soms heeft de huisarts voorlichting noodig van den specialist, die weer zeer gebaat is met een zorgvuldig opgenomen anamnese en het rapport van een vooronderzoek hem door den huisarts verstrekt’, zoals Schilt in 1948 zei.<sup>4</sup> Huisarts Schilt vond trouwens dat er te vaak met de beschuldigende vinger naar de collega's in ziekenhuizen werd gewezen: ‘Nu wordt het specialisme in algemeenen zin er van beschuldigd ons bestaan “uit te hollen”. Maar... aan wien de schuld als een patiënte, na langen tijd wegens hoofdpijn door haar huisarts behandeld te zijn, langs allerlei wegen bij den gynaecoloog terecht komt, die haar van de hoofdpijn afhelpt door de retroflexia uteri op te heffen?’ Zolang de huisarts zijn vak goed – volgens toen geldende normen – zou uitvoeren, zou hij ‘geen moeilijkheden ondervinden van het specialisme in ruimeren zin; zijn verhouding tot de specialisten zal de juiste zijn.’

#### Gekissebis

In de jaren vijftig was er nog steeds weinig fiducia in de huisdokter: ‘de instelling van het publiek, “de huisarts weet het niet en kan het niet... als er iets bijzonders is, moet je toch naar de specialist... weg met de huisarts...”’. En de specialist vertrouwde ook niet zo op zijn broeder in de geneeskunde. ‘De specialist die gaat menen dat de huisarts weinig meer weet en weinig meer kan en direct naar collega-specialisten gaat verwijzen.’<sup>5</sup> En tussen patiënt en specialist ‘zit de arme huisarts er als hoofd van jut tussen in, wetende, dat iedere poging, de patiënt van een overbodige visite bij de specialist af te houden, neerkomt op een vrij onvruchtbare, want onbegrepen discussie.’ Maar de huisartsen maakten er soms ook een potje van, waar de specialisten zelfs last van hadden, zegt Smit in 1950: ‘...die met verwijfsbriefjes smijten zonder enig onderzoek, die hun werk door de specialisten laten uitvoeren, die er aan medewerken, dat het medisch apparaat voor ons volk veel te duur wordt’.<sup>6</sup> In 1961 bracht de ‘commissie huisarts-specialist’ een rapport uit over de nieuwe regels van de



## Het 'gezellige en nuttige koffie-uurtje' moest terugkomen

samenwerking, gebaseerd op de veranderende verhoudingen, en het gekissebis over wel of niet terecht verwezen patiënten.<sup>7</sup> Het had nogal wat voeten in aarde gehad, want een eerste versie was al twee jaar daarvoor uitgebracht, maar nog niet door de Algemene Vergadering van de KNMG aangenomen. In het rapport

stond wat de verschillende partijen van elkaar konden verwachten. Hoognodig, want de oude regels stamden nog uit 1929, nog voordat de officiële specialistenregistratie werd ingevoerd.

Maar regels alleen zouden de gemoederen niet tot bedaren brengen. Gelukkig waren er artsen met ideeën om de onderlinge band te versterken: 'Men bezoeken zoveel mogelijk de maandelijkse afdelingsvergaderingen van onze Maatschappij. Dit is nog het enige milieu, waar alle artsen, ongeacht hun specialisatie, elkaar kunnen ontmoeten en waar het zo nuttige persoonlijke contact tussen de collegae kan worden gelegd en verstevigd'.<sup>8</sup> En ook het 'gezellige en nuttige koffie-uurtje, waar ook de huisartsen welkom waren' in het ziekenhuis, moest terugkomen. 'De efficiëntie heeft zijn intrede gedaan en heeft het gezamenlijke koffiedrinken verdreven. En dit is, dunkt me, toch de behandeling van een deel van onze patiënten niet ten goede gekomen.'<sup>9</sup>

## Het tijl keert

In de jaren zeventig leek het tijl te keren. De huisartsenopleiding ging van start. Eerst nog facultatief, maar al snel verplicht. Huisartseninstituten verrezen aan de universiteiten. Het gedachtegoed dat door het Nederlands Huisartsen Genootschap tijdens de Woudschoten-conferentie in 1959 was geformuleerd, kreeg vorm: persoonlijke, integrale en continue zorg. De huisartsgeneeskunde stortte zich op de wetenschap, op zijn eigen bijzondere positie, en kreeg – in lijn met de tijdsgeest – meer aandacht voor psychosociale factoren van gezondheid.

De specialist begon daarentegen iets van zijn glans te verliezen. Voor hem dreigden, volgens hoogleraar huisartsgeneeskunde De Melker: 'de dingen interessanter te worden dan de mens zelf.'<sup>10</sup> Hij was ook echt niet meer 'iemand die van de geneeskunde alles weet wat een huisarts weet en bovendien ook alles van een bepaald onderdeel der geneeskunst.'<sup>11</sup> En dan waren er, ook toen al, aanhoudende berichten over 'exorbitante' inkomens.<sup>12</sup>

Specialisten stonden niet onwelwillend tegenover de opleving van de huisartsgeneeskunde, maar ze maakten wel aantekeningen bij de pretenties van sommige artsen. 'Het gevaar is niet denkbeeldig dat de realiteitszin bij een aantal jonge collega's huisartsen gaat ontbreken en men reveil van de huisartsgeneeskunde gelijk gaat stellen aan bekwaamheid om een deel van de specialistische geneeskunde nu

Huisarts, jaren zeventig



Huisarts, jaren tachtig







Specialist, jaren tachtig


zelf te kunnen gaan beoefenen.<sup>13</sup> Hij vreesde bijvoorbeeld voor de gevolgen van aanvullend onderzoek, dat steeds meer tot beschikking van de huisarts stond. Zouden ze het wel goed interpreteren? En helemaal tegen het zere been was de rol die de regering de huisartsen toebedeelde: die van poortwachter die de intramurale zorg moest beperken. Maar: 'Wie heeft het recht te beslissen of een doorbehandeling door de specialist terecht of ten onrechte is? Op grond van welke motieven meent een aantal huisartsen dat zij alleen dit recht bezitten?'<sup>13</sup> De financiën speelden natuurlijk een grote rol tussen beide partijen. Zie bijvoorbeeld de woorden van Bruins in 1974.<sup>14</sup> Om het vertrouwen tussen beide partijen te vergroten, moest men volgens hem erkennen: 'dat de huisarts eigenlijk de broodheer is van de specialist.' Die laatste wees zijn eerstelijnscollega liever niet op fouten 'uit angst te betuttelen, de leraar-leerlingrelatie wakker te roepen.' En terdege bewust van het feit dat de huisarts een volgende keer wel naar een andere specialist zou verwijzen. Maar volgens Bruins moest net zo goed worden erkend 'dat de huisarts nog altijd bang is om een fout te maken, dat hij graag een goede indruk op de specialist wil maken.'

### Jaren tachtig

De verdere (sub)specialisatie zette door in de jaren tachtig, net als de emancipatie van de huisarts. Die kreeg een basistakenpakket en zijn opleiding werd verlengd. Maar zoals volwassen worden gaat, zette de huisarts zich daarbij af tegen de 'klassieke geneeskunde'. Met bijpassende terminologie, maatschappij- en persoonsgericht, integrale benadering en levensloop- of meersporengeneeskunde, was de huisarts steeds meer tegen de gedragswetenschappers aan gaan schuren. 'Het medisch handelen werd soms sterk gerelativeerd en het stereotype van 'een receptje uitschrijven' maakte plaats voor dat van een 'hartverwarmend gesprek'. De huisarts raakte daarmee taken kwijt aan de specialisten. Die daar vervolgens de schuld van kregen.<sup>15</sup>

Nu was het de huisarts die het in de publieke opinie geen goed kon doen: hij wist van niets, hij faalde.<sup>16</sup> En alle wetenschap en professionalisering ten spijt, voelde hij zich ten opzichte van de specialist 'de clown, dankbaar leermiddel in colleges over laakbare nalatigheid.'<sup>17</sup>

### Op en neer

Met de tijden mee verandert de publieke opinie over eerste en tweede lijn. In tijden waarin alles mogelijk leek – de techniek stond voor niets – trok de huisarts aan het kortste eind. Op momenten dat kritisch werd gekeken naar de gevolgen van medicalisering en uitdijende gezondheidszorg, was de specialist in het nadeel. En dat had gevolgen voor hoe men naar elkaar keek en over elkaar schreef. De laatste decennia lijken beide partijen wat naar elkaar toe te trekken. De huisartsen hebben zich gestort op de ontwikkeling van evidence-based standaarden, trekken chronische zorg naar zich toe, en ziekenhuizen profileren zich met probleemgerichte, patiëntvriendelijke poli's. En dat gaat natuurlijk ook weer wringen. Juist op terreinen waar beide echelons elkaar vliegen proberen af te vangen. Neem de woorden van de radioloog over huisartsen die in hun eigen praktijk echo's maken: 'Schoenmaker, blijf bij je leest.'<sup>18</sup> 



De artikelen van Medisch Contact waarnaar in de tekst wordt verwezen, staan in het archief op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl). In de siteversie van dit artikel staan links naar de geciteerde artikelen.

## Literatuur

1. Dekker G. De eigen waarde van den huisarts. Medisch Contact 1947; 42: 725-7.
2. Burkens JCJ. Consultatie in beide richtingen. Medisch Contact 1974; 29: 705-8.
3. James KJ. Synthese. Medisch Contact 1948; 9: 206-10.
4. Schilt JP. Nog éénmaal huisarts. Medisch Contact 1948; 9: 204-6.
5. James K. Kort overzicht van een nagenoeg onhoudare (sic) situatie. Medisch Contact 1952; 10: 155-7.
6. Smit H. Huisarts en verwijsbriefjes. Medisch Contact 1950; 39: 786-8.
7. Rapport van de commissie huisarts-specialist. Medisch Contact 1961; 11: 170-6.
8. Van Susante AJM, Samenwerking huisarts en specialist. Medisch Contact 1961; 14: 222-4.
9. Werner JJ. 'Verhouding huisarts-specialist'. Medisch Contact 1963; 19: 344-7.
10. De Melker RA. Knelpunten in de samenwerking huisarts-specialist. Medisch Contact 1974; 29, 631-6.
11. Ruhe HAM. De verwijskaart in de relatie huisarts-specialist. Hoeksteen of obstakel. Medisch Contact 1974; 29: 769-70.
12. Bouwer S. 'Dit gaat te ver...!' Medisch Contact 1974; 29: 222-4.
13. Horikx. MJ Taakverdeling eerste en tweede echelon. Medisch Contact 1979; 24: 769-72.
14. Bruins CP. Ondergrondse communicatieproblemen. Medisch Contact 1974; 29: 937-42.
15. Everwijn SEM, De Melker RA, Spreeuwenberg C. Huisartsgeneeskunde naar volwassenheid. Medisch Contact 1983; 9: 245-51.
16. Spreeuwenberg C. Tussen eerste en tweede lijn. Medisch Contact 1989; 26: 867.
17. Anoniem. Praktijkperikel: Zeer. Medisch Contact 1983; 2: 42.
18. Haanraads EJ. Echo hoort ook in huisartspraktijk. Medisch Contact 2010; 16: 732-3.