

Toch maar liever timmerman?

Over de idealen van de (huis)arts

Jolanda Dwarswaard, Medard Hilhorst & Margo Trappenburg

In het televisieprogramma Jonge Dokters wordt een aantal co-assistenten gevolgd tijdens hun werk. De interviewer vraagt aan één van hen of hij altijd al arts wilde worden. Zijn reactie zou je niet direct verwachten:

"Vroeger wilde ik dus timmerman worden, en nou m'n ouders hadden zo iets van ga maar niet naar de LTS, want misschien kan je beter. Niet dat de LTS dat niet is. Toen moest ik naar de Scholengemeenschap, nou ja VWO gedaan. En toen had ik zo iets, timmeren vond ik altijd al leuk. En toen zag ik die medisch programma's op tv met orthopeden. En dat was natuurlijk ook timmeren en beitelen en boren. Dus nou ja dat sprak me wel heel erg aan. Toen dacht ik als ik dan geen timmerman kan worden dan word ik orthopeed. Ben ik toch nog steeds met m'n handen bezig." (NCRV Dokument Jonge Dokters, 2004)

De idealen waarmee deze co-assistent orthopeed wil worden zijn bepaald niet typerend voor de geneeskunde. De gemiddelde arts heeft zijn beroep niet gekozen vanwege het vooruitzicht lekker te kunnen knutselen. De auteur van *Bluff Your Way into Medicine* beschrijft wat aanstaande geneeskunde studenten horen te antwoorden als zij worden ondervraagd over hun motivatie: "At this point candidates' eyes usually roll upwards and moisten as they give the monastic reply, 'I want to help other people' (Keating, 1993). This stirs the memory of the interviewing panel as they recall giving that exact same reply half a century earlier." In dit hoofdstuk kijken wij naar idealen die specifiek zijn voor de geneeskunde. Onder idealen verstaan we de kernwaarden van professionals: waarden die niet alleen de noodzakelijke basis vormen voor professioneel handelen maar die ook leidend zijn voor dit handelen en gezien worden als nastrevenswaardig.

Onze werkwijze is als volgt. We zullen eerst de idealen schetsen die beginnende Geneeskunde studenten koesteren met betrekking tot het beroep van arts. Het is daarbij interessant om te zien hoe zij hun persoonlijke idealen verbinden met professionele idealen, de idealen die (naar hun mening) met de beoefening van het artsenvak gegeven zijn. Vervolgens zullen we iets zeggen over de idealen van de huidige artsen, door te verwijzen naar een lange traditie die in de, recent nog herschreven, artseneed tot uitdrukking komt. De eed typeert niet alleen de ethische kern van de professie, maar wil daaraan ook alle artsen binden. Daarmee vertegenwoordigt de eed zelf al een belangrijk ideaal. Daarna richten we onze aandacht op één bepaald specialisme, namelijk dat van de huisarts. Achter de verzamelterm 'arts' gaan immers heel verschillende professionals met zeer uiteenlopende werkzaamheden en taken schuil. Van belang is na te gaan hoe algemene typering van idealen in de praktijk concreet invulling krijgen en worden nagestreefd. Door toespitsing op één specialisme is het mogelijk deze idealen verder te analyseren. We blijven zo het dichtst bij de dagelijkse praktijk en willen daarmee voorkomen dat het spreken over professionele idealen te algemeen en te vrijblijvend wordt. We kiezen daarbij voor de huisarts, die gewoonlijk als de arts-bij-uitstek wordt gezien, maar tegelijkertijd een bijzonder specialisme vertegenwoordigt. In confrontatie met diens concrete praktijk hopen we scherper inzicht te krijgen in de inhoud en betekenis van diens idealen.

Inhoud en betekenis van idealen voor studenten geneeskunde

We staan op twee manieren stil bij de idealen van geneeskundestudenten. Eerst kijken we of idealen een rol spelen bij hun keuze voor de studie. Vervolgens bespreken welke idealen volgens de studenten hoog moeten worden gehouden door artsen. De motieven van studenten om geneeskunde te gaan studeren onderzochten wij door gebruik te maken van brieven, geschreven door aankomende studenten in het kader van de decentrale selectie voor toelating tot de opleiding geneeskunde van het Erasmus MC. Tijdens deze selectie wordt namelijk onder andere gevraagd naar de motivatie (Erasmus MC, 2006). Hoewel er niet direct gevraagd wordt naar de idealen van studenten, nemen we aan dat uit de studiemotieven wel idealen spreken. Een selectie van deze brieven (uit 2003, 2005 en 2006) is geanalyseerd. In de beginjaren van de selectie zijn de vragenlijsten niet goed gedocumenteerd. Het jaar 2004 ontbrak eveneens in de archieven van het Erasmus MC. Van ieder jaar hebben we een aselecte steekproef genomen van vijftig motivatiebrieven. Er zijn 150 motivatiebrieven geanalyseerd¹.

De motivaties zijn ondergebracht in een aantal categorieën. Tabel 1 geeft een overzicht van de meest genoemde motieven en de idealen die eruit spreken. De percentages geven aan hoeveel procent van studenten deze motivatie heeft gegeven. De meeste studenten geven meerdere redenen voor hun studiekeuze en kunnen dus in meerdere categorieën worden ingedeeld.

Tabel 1: Redenen om geneeskunde te gaan studeren.

Motivatie	Welk ideaal?	Illustratie
Mensen willen helpen (64%).	Helpen. Niet alleen patiënten genezen, maar ook patiënten en familieleden bijstaan in het ziekteproces. Zinnige bijdrage daaraan geven.	<p>"Het lijkt me een geweldige ervaring om mensen van hun kwalen af te halen en de dankbaarheid op hun gezicht te lezen. Als iemand ongeneeslijk ziek is help je de familie met het verwerken van het verdriet. Je helpt mensen in het genezingsproces en je steunt hen hierin."</p> <p>"Ik wil net als hem mensen helpen, tot steun zijn en moed geven."</p> <p>"Niets lijkt me mooier en uitdagender dan mensen te helpen, hen gezond en gelukkig te maken. Met hun meehuil en meelachen, dat is wat ik wil."</p>
Interesse in de werking van het menselijk lichaam (51%).	Kennisideaal, m.b.t. menselijk lichaam.	<p>"De interesse voor Geneeskunde is bij mij ontstaan toen ik biologielessen kreeg op de middelbare school. Ik vond het zeer interessant te leren hoe het menselijk lichaam in elkaar zit en functioneert."</p> <p>"Ik vind het interessant te weten hoe het menselijk lichaam in elkaar zit."</p>
Het is een droom om arts te worden (42%).	Het arts worden is kennelijk een ideaal voor deze student. Waarom blijft onduidelijk. Kennelijk wordt het wel als een bijzonder beroep ervaren, niet zomaar als van een timmerman.	<p>"Het is misschien cliché om te zeggen dat ik geneeskunde al van kinds af aan wil doen, maar toch is het de waarheid. Het is mijn levensdoel en ik wil dan ook niks anders doen."</p> <p>"Al vanaf jonge leeftijd wist ik dat ik arts ging worden. (...) Ik heb dus nooit aan een andere studiekeuze gedacht. Alleen de numerus fixus kan mij van mijn 'droomstudie' weerhouden."</p>
Ziekte in familie heeft ertoe geleid dat de interesse in geneeskunde is	Helpen.	<p>"Door langdurige ziekte van mijn moeder heb ik vele bezoeken aan het ziekenhuis gebracht, waar mijn belangstelling voor de Geneeskunde nog verder groeide."</p> <p>"omdat in mijn familie veel ziektes voorkwamen, ik had toen al besloten</p>

ontstaan (20,1%).		(jeugdige jaren) om arts te worden en mensen te helpen."
Zelfontplooiing. Het geeft voldoening (18%).	Naast helpen is er persoonlijk levensideaal (je ontwikkelen, groeien), met nadruk op de betekenis voor zichzelf.	"In de eerste plaats om mensen te helpen, maar zeker ook om mijzelf steeds verder te kunnen ontwikkelen." "De voldoening die ik hiervan zou kunnen krijgen lijkt mij onbetaalbaar."
Artsen in familie zijn een voorbeeld (17,5%).	Voorbeeldig persoon (zijn zoals hij of zij), of aantrekkelijke werkomgeving Waarom blijft onduidelijk.	"Het "artsenbloed" zit nu eenmaal in de familie: enkele ooms en tantes zijn kinderarts, zijn chirurg of werkzaam in de paramedische sector. In deze familiecontext had ik het voorrecht om van kinds af aan veelvuldig in aanraking te komen met de medische wereld." "Ik ben al vroeg in contact gekomen met de verschillende kanten van de gezondheidszorg, doordat de hele familie daarin een beroep uitoefent."
Wereld verbeteren: hulp bieden in ontwikkelingslanden of oorlogssituatie meegemaakt (6%).	Helpen. De situatie in de wereld verbeteren door geneeskundige hulp te bieden in oorlogsgebieden of ontwikkelingslanden.	"Ik kom uit Bosnië. In de tijd van de burgeroorlog in Bosnië ben ik naar Nederland gevlucht. Ik heb vreselijke dingen gezien en meegemaakt. (...) Ik wil niet meer toekijken hoe mensen lijden maar zelf actie ondernemen. Laat mij iets voor de medemens betekenen en mijn droom uitkomen." "Als kind heb ik velerlei malen gezien hoe de dood van mannen, vrouwen en kinderen werd toegezien vanwege een tekort aan artsen of medicatie. Artsen beschouw ik als engelen op aarde en ik vraag u nu om mij vleugels te geven." "Toen besefte ik dat ik iets aan die armoede wilde doen. En als arts zou ik daarmee mijn steentje kunnen bijdragen." "Ik zou ook graag een tijdje willen werken als arts in een ontwikkelingsland voor bijvoorbeeld artsen zonder grenzen."

In de eerste plaats geven veel studenten aan de ze mensen willen helpen. In de meeste gevallen bedoelen de aankomende studenten niet alleen het trachten te genezen van patiënten, maar ook het geven van ondersteuning aan de patiënt en zijn/haar familie gedurende het ziekteproces. Dit ideaal is overigens niet exclusief voor de geneeskunde. Het gaat ook op voor 'aanpalende' beroepen als verpleegkundige, ziekenverzorger of fysiotherapeut. Daarnaast geeft de helft van de studenten aan dat ze interesse hebben in de werking van het menselijk lichaam. Dat is een essentiële voorwaarde als je geneeskunde wilt studeren, omdat je gedurende vier jaar, en je hele werkzame leven, bezig zult zijn met de werking van het menselijk lichaam. Deze motivatie kan verwijzen naar een kennisideaal, maar ook naar de technische kant van het vak. Ook dan kan van een ideaal sprake zijn: het verlangen zich een 'kunde', een kunst, een vaardigheid aan te leren, en daarin te willen uitblinken.

Comment [s1]: De volgorde van de tekst over de tabel moet de volgorde van de tabel volgen, dus eerst het hoogste percentage bespreken en dan het daarop volgende percentage, etc.

Veel studenten geven aan dat ze al van jongs af aan dokter willen worden. Hun droom zou uitkomen als dat ook zou gebeuren. Het arts-zijn is dan een ideaal voor deze personen. Het zegt nog niets over de idealen die ze als arts zullen hebben, maar het geeft wel aan dat ze de artsenij beschouwen als een bijzonder beroep, anders dan andere. Uit de motivatie om zichzelf te kunnen ontplooiën in het vak spreekt een persoonlijk ideaal, waarin de nadruk ligt op de betekenis die het vak voor de betrokkene zelf zou hebben. Als studenten aangeven aan dat ze verwachten te kunnen blijven leren als arts en dat ze veel voldoening uit het vak zullen kunnen halen, gaat het om een ideaal dat niet specifiek voor de geneeskunde hoeft te gelden. Ook uit het

feit dat er artsen in de familie voorkomen die een voorbeeld vormen, spreekt een persoonlijk ideaal, 'zo wil ik zijn', of 'in dezelfde omgeving wil ik werken', maar niet duidelijk is waarom men zo wil zijn.

Een laatste studiereden die genoemd wordt is dat men later in een ontwikkelingsland zou willen werken om daarmee iets te kunnen betekenen voor de wereld. In deze categorie vallen ook de studenten die in een oorlogssituatie hebben geleefd. Ze willen de wereld verbeteren door middel van hun kennis en kunde van de geneeskunde. Het machteloze gevoel dat ze in oorlogstijd ervoeren, willen ze nooit meer meemaken. Opnieuw gaat het om een persoonlijk ideaal, niet om een professioneel ideaal waarvan je verwacht dat alle artsen het delen.

Als onze aanname over het verband tussen motieven en idealen juist is, spelen idealen bij een groot aantal studenten geneeskunde een rol bij hun studiekeuze. Om beter inzicht te krijgen in de idealen die artsen volgens geneeskundestudenten zouden moeten hoog houden, namen wij een vragenlijst af onder eerstejaars studenten. De vragenlijst is afgenomen onder 354 eerstejaars geneeskunde studenten van het Erasmus MC in de eerste week van het academisch jaar. Om te kunnen beoordelen of zij het belangrijk vinden om idealen na te streven, hebben we deze studenten gevraagd te reageren op de volgende stelling: 'Als arts is het belangrijk om idealen te hebben'. Tweederde van de respondenten antwoordde bevestigend op deze vraag. Ongeveer een derde gaf aan neutraal tegenover de stelling te staan. Een kleine groep (3.4%) was het (helemaal) oneens met de stelling. Enkele studenten gaven aan dat idealen je in de weg kunnen staan bij de behandeling van patiënten. Ze kunnen ervoor zorgen dat je je minder goed kunt inleven in de opvattingen van de patiënt. Bovendien kunnen ze een adequate behandeling belemmeren, omdat sommige ingrepen tegen je eigen idealen in kunnen gaan. Een andere student geeft aan dat het belangrijk is dat artsen zich realiseren dat niet alle idealen haalbaar zijn.

Studenten die het eens zijn met de stelling geven aan dat idealen een motiverende werking hebben en drijfveren vormen voor het werk. Eén student verwoordt dit als volgt: "Idealen vormen het hart van het beroep". Gevraagd werd, in een open vraag, welke idealen alle artsen hoog zouden moeten houden. Antwoorden deelden we in, in zes categorieën. Tabel 2 geeft daarvan een overzicht en enkele illustraties in de vorm van een citaat. De getallen verwijzen naar het aantal studenten die het ideaal hebben genoemd. Opgemerkt moet worden dat niet alle studenten die hebben aangegeven idealen belangrijk te vinden een antwoord hebben geformuleerd op de open vraag die daarop volgde.

Tabel 2: Idealen die artsen moeten nastreven volgens studenten geneeskunde

Ideaal	Illustratie
Mensen helpen: ondersteuning bieden in het ziekteproces (54)	<p>"Dus zorg bieden aan iedereen en iedereen zo goed mogelijk willen helpen."</p> <p>"Een arts zou er alles aan moeten doen om zijn patiënten te helpen."</p> <p>"Er echt zijn voor de patiënt."</p> <p>"Dat je er bent om mensen te helpen."</p>
Goed vakmanschap (30)	<p>"Arts moet naar iets toelevens, nieuwe dingen willen leren en steeds beter willen worden."</p> <p>"Een arts moet zodanig toegewijd zijn aan de geneeskunde dat zijn ideaal is dit vak ook zo goed mogelijk uit te oefenen en vooruitstrevend zijn in nieuwe ontwikkelingen."</p> <p>"Een arts moet altijd kritisch blijven op zijn handelen streven naar een hoger niveau."</p> <p>"De wetenschap van de gezondheidszorg te verbeteren."</p>
Belang van de patiënt centraal stellen: - autonomie van patiënt - integriteit van de arts (23)	<p>"Autonomie van de patiënt waarborgen, de patiënt staat centraal en niet de arts!"</p> <p>"De belangen van de patiënt staan voorop."</p> <p>"De mening van de patiënt staat boven die van de arts."</p> <p>"De patiënt moet centraal staan. Ik vind dat je iedere patiënt moet behandelen of hij/zij de belangrijkste patiënt van de dag is."</p>
De gezondheidszorg, maatschappij en wereld verbeteren (22)	<p>"Dat een arts, met zijn intelligentie en vakbekwaamheid, iets voor de wereld kan betekenen."</p> <p>"De samenleving te verbeteren."</p> <p>"De wereld beter en de mensen gelukkiger maken."</p> <p>"Wereld/maatschappij verbeteren."</p>
Mensen genezen (21)	<p>"Beter maken van de patiënt."</p> <p>"De kennis die je als arts bezit moet je gebruiken om mensen beter te maken."</p> <p>"Een arts heeft als ideaal mensen te genezen." "Elke patiënt beter maken (onmogelijk, maar wel een ideaal)."</p>
Willen excelleren en onvoorwaardelijke inzet tonen (21)	<p>"Altijd 110% geven."</p> <p>"Altijd het allerbeste te presteren."</p> <p>"De patiënt de beste behandeling te geven."</p> <p>"Streven naar perfectie."</p>

Het meest genoemde ideaal is het willen helpen van mensen. Dit moet worden onderscheiden van de categorie 'mensen genezen', omdat mensen helpen meer aspecten omvat en verwijst naar een ruimere taakopvatting dan alleen het genezen. Mensen genezen heeft een technische lading, terwijl het helpen van mensen ook ondersteuning in het ziekteproces impliceert. Genezen kan daar een onderdeel van zijn, maar helpen kan ook op een andere manier. Euthanasie of palliatieve zorg zou bijvoorbeeld wel onder 'helpen' kunnen vallen, maar niet onder 'genezen'. Het helpen van mensen verwijst naar de meer sociale kant van het vak. Men is er ook zelf bij in het geding. Het duidt op compassie en betrokkenheid bij de patiënt, terwijl dat niet het geval hoeft te zijn als men zich alleen richt op het genezen van de patiënt. Opvallend is dat sommige studenten verwijzen naar belangen van de volksgezondheid, de maatschappij en zelfs de wereld. Het uitoefenen van het artsenberoep moet volgens hen bijdragen aan de verbetering van de volksgezondheid, de maatschappij en de wereld.

Veel studenten geven aan dat het belang van de patiënt voorop moet staan en dat de patiënt centraal moet staan tijdens het zorgproces. Enerzijds gaat het hier om de *autonomie* van de patiënt. Sommigen zeggen dat letterlijk maar anderen geven er een omschrijving van, bijvoorbeeld door aan te geven dat de mening van

de patiënt boven de mening van de arts staat. Anderzijds duiden de idealen binnen deze categorie op persoonlijke en professionele *integriteit*. De belangen van de patiënt dienen voorop te staan en niet die van de arts.

Zo is ook sprake van "standards of excellence". Een arts moet er volgens de studenten naar streven de beste te zijn en de vooruitgang binnen zijn vak bij te houden en te bevorderen. Dat betekent ook dat de arts zich altijd voor meer dan honderd procent moet inzetten. Naast genoemde categorieën zijn er nog idealen die minder vaak voor komen en daarom niet in een categorie zijn ondergebracht. Er wordt bijvoorbeeld drie keer verwezen naar de Eed van Hippocrates.

De inhoud en betekenis van idealen voor de huidige generatie artsen

Wat zijn de idealen van de huidige generatie artsen? In de eed die aankomende artsen afleggen bij hun artsexamen zien we veel idealen weerspiegeld. Het afleggen van deze eed is niet verplicht, maar is wel een traditie binnen alle universiteiten. In Nederland werd in 2003 een nieuwe artseneed geïntroduceerd, die de oude uit de 19^e eeuw vervangt. De oude eed was als volgt geformuleerd:

"Ik zweer (beloof), dat ik de genees-, heel-, en verloskunst volgens de daarop wettelijk vastgestelde bepalingen naar mijn beste weten en vermogen zal uitoefenen en dat ik aan niemand zal openbaren wat in die uitoefening als geheim mij is toevertrouwd of ter mijner kennis is gekomen, tenzij mijne verklaring, als getuige of deskundige in regten gevorderd of ik anderszins tot het geven van mededeeling door de wet verplicht worde. Zoo waarlijk helpe mij God Almachtig! (Dat belooft ik.)"

Modernisering was volgens de KNMG nodig, omdat de eed verouderd was. De nieuwe eed is niet meer alleen op de beroepsgroep gericht, maar ook op de maatschappij. Deze eed luidt als volgt:

"Ik zweer / beloof dat ik de geneeskunst zo goed als ik kan zal uitoefenen ten dienste van mijn medemens. Ik zal zorgen voor zieken, gezondheid bevorderen en lijden verlichten. Ik stel het belang van de patiënt voorop en eerbiedig zijn opvattingen. Ik zal aan de patiënt geen schade doen. Ik luister en zal hem goed inlichten. Ik zal geheim houden wat mij is toevertrouwd. Ik zal de geneeskundige kennis van mijzelf en anderen bevorderen. Ik erken de grenzen van mijn mogelijkheden. Ik zal mij open en toetsbaar opstellen, en ik ken mijn verantwoordelijkheid voor de samenleving. Ik zal de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg bevorderen. Ik maak geen misbruik van mijn medische kennis, ook niet onder druk. Ik zal zo het beroep van arts in ere houden. Dat belooft ik; Zo waarlijk helpe mij God almachtig." (KNMG, 2003)

Deze eigentijdse eed bestaat uit een opsomming van allerlei elementen die belangrijk zijn voor een goede arts. Daaruit spreken zowel oude als nieuwe idealen waarnaar elke arts zou moeten streven. Allereerst het ideaal dat het belang van de patiënt voorop moet staan. De arts dient de mening van de patiënt te respecteren, de patiënt niet te schaden en voldoende informatie te verstrekken. Als hij (zij) een patiënt niet goed kan behandelen erkent hij dit. De arts heeft een vertrouwensrelatie met de patiënt en daaruit vloeit een (weliswaar niet absolute) geheimhoudingsplicht voort. Naast het individuele belang hoort een arts ook de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te bevorderen. Voorts moet hij zijn kennis en die van anderen bevorderen. Als laatste moet een arts zich toetsbaar opstellen ten opzichte van de maatschappij (Riekert, 2004).

Uit het feit dat de Nederlandse artseneed is aangepast blijkt dat idealen aan verandering onderhevig zijn. Vroeger was het bijvoorbeeld niet gebruikelijk om de patiënt goed in te lichten. Artsen moesten de patiënt hoop geven en dat betekende vaak dat ze de waarheid niet vertelden aan de patiënt. In de jaren '50 was het ideaal van artsen om de patiënt de hoop niet te ontnemen. In een KNMG-richtlijn uit 1946 werd dit nadrukkelijk in Gedragsregels vastgelegd: men hoeft niet steeds de volle waarheid te vertellen. Een citaat uit uit 1959 illustreert dit:

"Men moet juist zoveel mededelen, als nodig is, de patiënt het vertrouwen in de behandeling behouden. Het met zoveel affect beladen woord kanker behoeft vrijwel nooit te worden uitgesproken." (Huisarts en Wetenschap, 1959, p. 5)

In recente discussies in het artsenvakblad *Medisch Contact* is een aantal van de idealen die zijn verwoord in de eed te herkennen. Er is bijvoorbeeld veel discussie over de gevolgen van de banden van artsen met de farmaceutische industrie. Medische opinieleiders proberen het voorschrijfgedrag van artsen te beïnvloeden door lezingen te geven op nascholingen waarvoor zij worden betaald door de farmacie. Hierdoor zou het belang van de patiënt op de tweede plaats kunnen komen (Van der Linde, 2006). Ook discussies over de wenselijkheid van deeltijdwerken hebben betrekking op de idealen die zijn verwoord in de eed. Het gaat daarbij om de vraag of je nog wel een goede dokter bent als je in deeltijd werkt en niet volledig beschikbaar bent (Halma & de Graaf, 2003). Is er voldoende tijd om de eigen kennis te vergroten en wordt het belang van de patiënt nog wel vooropgesteld? Daarnaast is er sinds de invoering van het nieuwe zorgstelsel discussie over de zorg voor onverzekerde patiënten en illegalen (Kok & Sikken, 2006; Van den Muijsenberg & Lagro-Janssen, 2006). Dit heeft te maken met het ideaal om de toegankelijkheid van de zorg te bevorderen. De eed fungeert hier als ijkpunt voor de discussies, maar heft meningsverschillen binnen de beroepsgroep niet op. In concrete situaties moet telkens naar nadere invulling worden gezocht. Zo kan een discussie over de vraag in hoeverre verzekeraars artsen mogen sturen in hun voorschrijfgedrag onmogelijk worden beslecht door verwijzing naar de eed. Het is daarom de vraag of de betekenis en kracht van de eed van inhoudelijk-materiële aard is. Zo bevatte de oude eed uit 1872 opmerkelijk weinig materiële zaken: men belooft naar beste weten en vermogen (niet: eer en geweten!) te handelen, binnen de kaders van de wet en met inachtneming van de plichten die uit het beroepsgeheim voortvloeien. Of is de functie van de eed veeleer dat het artsen, hoe verschillend ook, wil samenbinden op één missie? Dit is op zichzelf reeds als een ideaal te zien. Elke arts toont met de eedaflegging zijn of haar bereidheid, zijn best te doen, zijn stinkende best, voor mens en samenleving, als een beroep op hem gedaan wordt of men hem nodig heeft. Of de nieuwe eed richting zal kunnen geven aan de discussie over de aard en inhoud van de professie en haar idealen is een vraag die de opzet van dit artikel verre overstijgt.

De idealen die in de eed zijn verwoord hebben betrekking op de gehele medische beroepsgroep. Idealen zijn echter vaak ook specifiek voor één specialisme, omdat ze samenhangen met de taak en functie van het specialisme. De columns van de co-assistent Anne Hermans in NRC-Handelsblad laten het verschil tussen de chirurgie en de interne geneeskunde mooi zien. De volgende passage over de lunchgewoontes illustreert het verschil in kennisideaal:

"Dit is nog eens wat anders dan bij de encyclopedische internisten, constateer ik opgelucht. Daar was elke lunch een openlijke kenniscompetitie: citaten uit wetenschappelijke artikelen werden achteloos over tafel gesmeten. Quasi-wijs staarde ik dan naar mijn broodje, vervloekte mijn kortetermijngeheugen en dook 's avonds gefrustreerd in de boeken. Dan de chirurgie! Wetenschap is hier taboe. Kennis is voor nerds. Alles draait om actie: snijden spalken, hechten." (Hermans, 2004, p. 22).

De inhoud en betekenis van de idealen voor de huisarts

TNS-NIPO heeft, in opdracht van het Nederlands Huisartsen Genootschap, onderzoek gedaan naar de verwachtingen van Nederlanders en huisartsen over 'de ideale huisarts'. Huisartsen noemden als belangrijkste kenmerken van de huisarts 'deskundigheid' (50%), 'betrokkenheid, toewijding en begeleiding' (34%) en 'bereikbaarheid' (25%). Hieruit volgt een tweetal belangrijke persoonskenmerken: bekwaamheid en betrouwbaarheid. De visie van de huisartsen komt niet altijd overeen met de mening van de Nederlander. Nederlanders vinden bijvoorbeeld een luisterend oor van de huisarts veel belangrijker (20%) dan de huisartsen zelf (4%) (TNS NIPO, 2006).

Om meer inzicht te krijgen in de idealen van de huisarts is het belangrijk om er vanuit historisch perspectief naar te kijken. De huisartsenprofessie is de oudste medische professie, maar tegelijkertijd ook een relatief jong specialisme. De huisartsen*opleiding* is pas in het midden van de jaren '70 gestart maar tot aan het begin van de 20^{ste} eeuw waren alle artsen huisartsen. Mede door de opkomst van de specialismen, officieel erkend in 1930, gingen huisartsen twijfelen aan hun eigen rol. Ze voelden zich minderwaardig ten opzichte van hun meer gespecialiseerde collega's die veel van hun taken overnamen en bovendien meer aanzien hadden vanwege hun gespecialiseerde kennis. Het volgende citaat illustreert dit.

"Van een leider in zijn beroep en in zijn kring wordt hij een figuur van ondergeschikt belang; de huisarts, eens met eerbied behandeld als een autoriteit, raadgever en vriend, loopt gevaar achterop te geraken in medische kennis en maatschappelijke positie bij zijn meer gespecialiseerde collega." (*Huisarts en Wetenschap*, 1958, p. 81)

Deze twijfels over de eigen rol waren aanleiding voor het organiseren van een conferentie over de inhoud en taken van de huisartsenzorg in Nederland. Er was behoefte aan een ideaalbeeld waar de huisarts zich aan zou kunnen optrekken; een omschrijving van de rol van de huisarts waardoor huisartsen weer trots zouden zijn op hun vak; waarmee ze bovendien aan buitenstaanders zouden kunnen laten zien wat hun meerwaarde was. Het huisartsenvak moest weer op de kaart worden gezet. Hiertoe hebben de huisartsen in 1959, tijdens de zogenoemde 'Woudschotenconferentie', hun idealen expliciet verwoord in een definitie van de huisartsenzorg. Deze luidt als volgt:

"Het aanvaarden der verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwde individuele mensen en gezinnen.' Nader gedefinieerd als 'het opheffen, in hun uitwerking belemmeren en, waar mogelijk, voorkomen van stoornissen in de individuele of gezinsgezondheid (curatief, revaliderend en preventief)." (*Huisarts en Wetenschap*, 1959, p. 40)

Deze definitie is zeer ambitieus en veelomvattend. Wat werd er precies bedoeld met "continue, integrale en persoonlijke hulp"? 'Continue' betekende in de eerste plaats dat ieder mens en ieder gezin een eigen

huisarts nodig heeft. Deze was nooit van zijn verantwoordelijkheid ontslagen. Ook niet wanneer hij een patiënt tijdelijk aan een specialist toevertrouwde. Van een goede huisarts werd verwacht dat hij zijn patiënten wekelijks opzocht wanneer zij in het ziekenhuis lagen. 'Integrale zorg' impliceerde dat de huisarts niet alleen somatische klachten behandelde maar ook inging op psychische en sociale aspecten van de ziekte. 'Persoonlijke zorg' had betrekking op de relatie tussen arts en patiënt. Men moest elkaar goed kennen. Voor de huisarts betekende dit dat hij ook het gezin van de patiënt moest kennen. Een ander belangrijk aspect van de definitie had te maken het 'toevertrouwen van de gezondheid' door patiënten aan hun huisarts. Hiermee werd een aantal dingen bedoeld: Ten eerste de vrijheid van artsenkeuze. Daarnaast ook het vertrouwenskarakter van de band tussen de huisarts en de patiënt. Ten slotte had het ook betrekking op de vrijheid van de mensen om al of niet een beroep te doen op de zorg van de huisarts. De patiënt moest zelf kunnen bepalen of hij in een concrete situatie zorg nodig had.

Welke betekenis kan worden toegekend aan deze toentertijd geformuleerde idealen van de huisarts? Allereerst heeft de definitie ervoor gezorgd dat de huisartsen weer inzagen wat hun eigen taak was en wat hun meerwaarde was ten opzichte van de (andere) specialisten. Ze legden zich niet neer bij hun ondergeschikte positie en kregen vertrouwen in de eigen taak. In 1960 wordt dit als volgt omschreven:

"De huisarts wenst geen ondergeschikte positie meer, hij twijfelt niet meer aan eigen toekomst, hij ziet zijn eigen taak."
(*Huisarts en Wetenschap*, 1960, p. 454)

Wanneer men tien jaar later weer onduidelijkheden ziet in de eigen taak heeft het beschreven ideaal opnieuw een functie:

"Het is voor ons huisartsen, vooral wanneer wij soms aan ons bestaansrecht mochten twijfelen, zeer inspirerend om de deeltaken van de huisarts, zoals deze op de Woudschoten conferentie zijn geformuleerd en door de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek nader zijn uitgewerkt, te herlezen." (*Huisarts en Wetenschap*, 1970, p. 59)

Daarnaast vormde de definitie van de ideale huisarts een *richtlijn voor de toekomst*. Het gaf aanknopingspunten om de zorg te kunnen verbeteren. Verschillende nieuwe ontwikkelingen in de huisartsenpraktijk, sinds 1959, kunnen worden gerelateerd aan de definitie van huisartsenzorg die werd opgesteld in Woudschoten. In eerste instantie ging het om samenwerkingsverbanden in de eerste lijn. Door samenwerking met bijvoorbeeld het maatschappelijk werk, werd het mogelijk om een betere invulling te geven aan het ideaal van de integrale zorg. In een latere fase probeerde men de continuïteit van zorg te verbeteren door samenwerkingsverbanden tussen huisartsen onderling. Eerst ging het met name om vervanging tijdens avond-, nacht en weekenddiensten. Later, toen deeltijdwerk steeds gebruikelijker werd, werd samenwerking tussen huisartsen ook toegepast om de continuïteit van zorg overdag te garanderen. De patiënt kreeg vanaf dat moment ook tijdens kantoortijden te maken met verschillende huisartsen. De invulling van het ideaal 'continuïteit van zorg' verschoof dus door de jaren heen. Hoewel er in het rapport Toekomstvisie Huisartsenzorg uit 2002 (LHV, 2002) nog steeds gepleit werd voor persoonlijke continue zorg was de praktische invulling daarvan totaal anders dan vijftig jaar geleden. Waar het ideaal oorspronkelijk doelde op één huisarts die altijd klaar staat voor zijn patiënten is dit langzaam verschoven naar de continue

beschikbaarheid van de huisartsfunctie. Dit hoeft niet altijd dezelfde persoon te zijn. Onderstaande citaten uit de jaren '70 illustreren deze ontwikkeling:

"Het beeld van de vroegere huisarts, zonder vrije uren of dagen, nauwelijks met vakantie omdat hij alles alleen deed en daarvoor verantwoordelijkheid droeg, is met het koetsje reeds lang vervaagd, hoewel menigeeen nog met weemoed over dat beeld spreekt. Toch blijft ook nu de huisarts onverminderd verantwoordelijk voor een continue geneeskundige verzorging van zijn patiënten doch hij oefent niet meer alléén die continue zorg uit. De arts kan die taak tijdelijk delegeren, doch daarbij behoort een rapportage van de waarnemer garant te zijn voor de continuering van de zorg." (*Huisarts en Wetenschap*, 1971, p. 87)

"De huisarts begon echter al snel te ontdekken, dat hij alléén deze ideale hulp niet kan geven." (*Huisarts en Wetenschap*, 1975, p. 278)

Naast deze positieve effecten van het formuleren van een huisarts ideaal zijn er ook negatieve effecten. Al snel na het opstellen van de definitie van huisartsenzorg werd duidelijk dat men helemaal niet aan het ideaalbeeld zou kunnen voldoen. Dit leidde tot stress en hernieuwde twijfel over de eigen rol. De volgende citaten duiden daarop:

"De zeer idealistische en verheerlijkte opdracht tot het geven van continue en integrale zorg voor het hele gezin, zoals uitgewerkt in het bekende Woudschotenrapport, is in de huidige situatie een onmogelijke opdracht. Het valt niet te ontkennen dat een optimale zorg van grote betekenis is. Het doel van de huisarts om daaraan volledig tegemoet te komen en ook verantwoordelijk ervoor te zijn, is te hoog gegrepen. Het ondergaan van stress is de prijs voor zijn superaspiratie" (*Huisarts en Wetenschap*, 1971, p. 294).

"De zogenaamde Woudschoten-deeltaken zijn voor hem een bron van inspiratie maar ook van insufficiëntiegevoelens, omdat hij ze nooit alle maximaal kan vervullen" (*Huisarts en Wetenschap*, 1975, p. 195)

De bezinning op de eigen rol leidde tot een permanente identiteitscrisis van de huisarts. Vijf decennia lang bleef men twijfelen aan de eigen rol:

"Zal hij zich beperken tot een vriendelijk dokter-zijn zonder innerlijke overtuiging van de eigen noodzakelijkheid, van een eigen taak en van een eigen wetenschappelijk onderzoek en emotionele vorming?" (*Huisarts en Wetenschap*, 1960, p. 438).

"De oorzaken van deze verminderde gezondheidszorg in het eerste échelon zijn niet geheel duidelijk en verdienen nader onderzoek; mogelijk speelt de dalende status die de huisarts in eigen oog (niet in dat van het publiek!) heeft, een rol." (*Huisarts en Wetenschap*, 1971, p. 33)

"Het gaat echter niet zo goed met de bewoner [JD: huisartsgeneeskunde is het huis van de huisarts], de huisarts zelf." (*Huisarts en Wetenschap*, 1985, p. 82)

"Door de breedte van het werkterrein maakt huisartsgeneeskunde een weinig coherentie indruk." (*Huisarts en Wetenschap*, 1990, p. 70)

"Er liggen bedreigingen voor de huisartsgeneeskunde op de loer in de komende jaren, dus is het belangrijk dat de deelnemers, dus het is belangrijk dat de deelnemers het gevoel houden dat ze een fantastisch vak hebben en deel uitmaken van een goede beroepsgroep. Dat gevoel van 'samen staan we sterk', dat wil ik [JD: Congresvoorzitter André Haverkort] het liefste meegeven." (*Huisarts en Wetenschap*, 2001, p. 280)

Die continue twijfel aan de eigen in idealen verwoorde rol zou het gevolg kunnen zijn van de te hoge verwachtingen die waren gewekt in de beginjaren van de huisartsgeneeskunde; zowel binnen de eigen beroepsgroep, als daarbuiten.

Wat is het tegoe en tekort van idealen?

Nu we voor de verschillende groepen een beschrijving hebben gegeven van de inhoud en betekenis van idealen kunnen we zien wat hun tegoe en het tekort. De motivatiebrieven van aankomende studenten en de antwoorden van de eerstejaars studenten laten zien dat idealen een rol spelen bij de keuze om geneeskunde te gaan studeren en dat de meeste studenten het belangrijk vinden om als arts idealen te hebben. Voor de huidige generatie artsen bieden idealen een ijkpunt voor discussies over nieuwe ontwikkelingen. Idealen hebben een richtinggevende en motiverende functie. Bovendien kunnen idealen ingezet worden om het bestaan van de eigen professie te versterken en te legitimeren. Dit toont de geschiedenis van de huisartsenzorg in Nederland aan. Er moeten echter ook kanttekeningen geplaatst worden bij de functie van idealen. Ze kunnen ook een demotiverende werking hebben. Doordat ze per definitie niet haalbaar zijn in de praktijk, kunnen ze een gevoel van teleurstelling oproepen. Ook deze contraproductieve kant van idealen is te herkennen in de Nederlandse huisartsenzorg. De studenten die de wereld willen verbeteren en willen lachen en huilen met patiënten kunnen niet alleen gemotiveerd maar ook gedemotiveerd raken door hun ideaal; bijvoorbeeld omdat ze erachter komen dat er in de praktijk onvoldoende tijd voor is óf omdat ook een zekere mate van emotionele afstand nodig is om professioneel te kunnen functioneren als arts. In dat opzicht is de co-assistent uit de documentaire Jonge Dokters - "als ik dan geen timmerman kan worden, dan word ik orthopeed" - misschien wel beter af. Zijn visie op zijn professionele rol is immers veel bescheidener.

Uit het verhaal van de huisartsen kan nog een conclusie worden getrokken. Het is belangrijk om te beseffen dat de inhoud van idealen over de tijd heen verschuift. Door gelijkblijvende terminologie (continue zorg, vertrouwen, belang van de patiënt) lijkt het of de idealen door de tijd heen gelijk blijven. Hun praktische invulling verandert echter. Het is daarom van belang dat idealen, binnen en buiten de beroepsgroep, steeds naar hun inhoud en context kritisch tegen het licht gehouden worden.

Literatuur

Erasmus MC (2006). Decentrale selectie 2006-2007. Verkregen via:

<http://www.erasmusmc.nl/onderwijs/pdf/E-MC%20A5%20Fold%20Decentrale%20sept05.pdf>, geraadpleegd op: 10 september 2006.

Halma, C., Graaf H.D. de & Leemhuis, M.P. (2003). Deeltijdokters zijn halve dokters. *Medisch Contact* 58(9), 349-351.

Keating, P. (1993). *Bluff your way into medicine*. London: Ravette Books.

Kok, M. & Sikken, F. (2006). Tweedeling op straat. *Medisch Contact* 61(20), 843.

LHV. (2002). Toekomstvisie huisartsenzorg. Verkregen via: http://home-open.lhv.nl/uri/?uri=AMGATE_10899_1_TICH_R12531179260403&xsl=AMGATE_10899_1_TICH_L749537213, geraadpleegd op 2 september 2006.

Linde, H. van de. (2006). Mol ondergraaft prescriptievrijheid. Invloed industriegebonden medische opinieleiders wordt onderschat. *Medisch Contact* 61(25), 1042-1045.

Muijsenbergh, M. van den & Lagro-Janssen, T. (2006). Illegaal moet ook geholpen: ook zonder papieren heeft een mens recht op medische zorg. *Medisch Contact* 61(26), 1068-1070.

NCRV Dokument Jonge Dokters. Verkregen via:

<http://info.omroep.nl/ncrv/home?nav=kdmgIsHtGLLWGkQtLkI>, geraadpleegd op 31 augustus 2006.

Riekert, C. (2004). Artseneed. Gewetensvol handelen is essentieel. Verkregen via:

http://knmg.artsennet.nl/content/resources/AMGATE_6059_100_TICH_L561554519/AMGATE_6059_100_TICH_R128378609384038//, geraadpleegd op: 21 januari 2006.

TNS NIPO (2006). De huisarts-patiëntrelatie anno 2006. Verkregen via:

<http://www.nvacp.nl/uploaded/FILES/Nieuws/TNSnipo%20Rapport%20-%20De%20huisarts-patientrelatie%20anno%202006.pdf>, geraadpleegd op: 2 november 2006.

¹ De auteurs bedanken drs. L. Urlings –Strop voor het beschikbaar stellen van de motivatiebrieven en drs. H. van de Bovenkamp voor het analyseren van een deel van de brieven.