

## Patiënten en huisartsen op de medische markt: Nederland na de Tweede Wereldoorlog

Rineke van Daalen en Pietje Verbeek-Heida<sup>1</sup>

*De toename van de welvaart en de uitbreiding van de verzorgingsstaat hebben in Nederland de afgelopen vijftig jaar de voorwaarden geschapen voor een groei van de medische consumptie. Eerst manifesteerde deze zich vooral in de contacten met de huisarts en het voorgeschreven medicijngebruik. Vanaf halverwege de jaren zestig worden huisartsen geconfronteerd met meer concurrentie op de medische markt, met een kritischer houding tegenover de medische stand en met patiënten die zich zelfstandiger gaan opstellen. Toch blijkt uit gegevens van het Centraal Bureau van de Statistiek dat huisartsen nog steeds een centrale positie in de gezondheidszorg innemen.*

*[patiënten, huisartsen, specialisten, alternatieve genezers, consultaties, geneesmiddelengebruik, medische consumptie, zelfmedicatie, Nederland]*

In 1945 is de algemene arts, de huisarts, de belangrijkste figuur in de gezondheidszorg in Nederland. Huisartsen waren familiedokter of, zoals ze in de medische literatuur werden genoemd, 'algemeen practicus'. Zij bezochten hun patiënten thuis en werden voor uiteenlopende klachten en kwalen geraadpleegd (Bremer 1995: 38). Hun werk bestond uit verloskunde, operaties aan huis, huisbezoeken – 20 à 50 per dag, per koets, later per fiets, nog later per auto – en spreekuurbehandelingen (Aulbers 1995: 91-113).

Na de oorlog neemt het aantal artsen toe, evenals het aantal patiënten en het aantal klachten per patiënt. Deze toename is mogelijk geworden door een verlaging van de drempel om een arts te raadplegen, door de stijging van de welvaart, de uitbreiding van de ziektekostenverzekering en de invoering van de verplichte ziektekostenverzekering in 1941. Vooral door dit laatste is de spreiding van huisartsen tot in de verste uithoeken van het land bevorderd. De artsenzorg, en vooral die van huisartsen, raakte geleidelijk ingepast in het dagelijks leven van grote delen van de bevolking (Jaspers 1985: 107, 8). De uitbreiding van de artsenzorg leidde tot een toename van het gebruik van geneesmiddelen.

De toename van de medische consumptie voltrok zich in combinatie met een proces van specialisatie en differentiatie van de artsensstand. Het aantal specialisten en specialisaties groeide en de praktijk van de huisarts kalfde steeds verder af. Huisartsen verloren hun monopoliepositie op de medische markt. In 1890 was sprake van één specialist

op 30 huisartsen, in 1950 is die verhouding één op drie en vanaf eind jaren zestig zijn er meer specialisten dan huisartsen (Jaspers 1985: 101).

Huisartsen traden op als dé vertegenwoordigers van een gezonde manier van leven volgens wetenschappelijke, 'moderne' standaarden, wat tot voor kort gelijk stond aan dé goede manier van leven. Zij waren de vertrouwensfiguur voor het hele gezin en in die hoedanigheid vonden ze medestanders in vrouwen en moeders. Bij de verbreiding van een modern-wetenschappelijke cultuur van gezondheid en ziekte, van gezond leven en van genezen, hadden vrouwen met in hun kielzog kinderen, een bemiddelende rol en gaven ze artsen toegang tot het hele gezin. Binnen het vaste klantenbestand<sup>2</sup> van de huisartsen namen – en nemen – vrouwen een belangrijke plaats in (Bergsma & Fieret 1981; Jaspers 1985; Gijsbers van Wijk et al. 1992: 665-78; Foets & Visser 1992; De Bakker et al. 1992). Zo is de geschiedenis van de huisarts nauw verweven geraakt met de geschiedenis van het 'moderne burgerlijke gezin' (Lasch 1977; Donzelot 1977; Shorter 1985; Van Daalen 1998: 15-29).

Tot de Tweede Wereldoorlog was de huisarts de centrale figuur in de gezondheidszorg. Huisartsen hadden in die tijd een monopoliepositie die nadien verloren is gegaan. In dit stuk willen we nagaan of hun positie op de medische markt door deze ontwikkeling is verzwakt.

### **Toenemende concurrentie op de medische markt**

Na de Tweede Wereldoorlog vormden economische groei en veranderingen in de beroepsstructuur zowel de condities voor een verbreiding van het burgerlijke gezin over brede lagen van de bevolking als voor een groei van de artsenstand en een uitbreiding van hun werkerrein. Het ideaal van het kostwinnersgezin, dat al zo'n honderd jaar het dominante gezinsmodel vertegenwoordigde, kwam in deze periode voor het merendeel van de Nederlandse bevolking binnen bereik. Verreweg de meeste huisvrouwen en moeders waren full-time in de weer met de verzorging van hun steeds kleiner wordende gezin. Zij hechtten veel waarde aan zorg voor de gezondheid en kenden de dokter veel prestige toe. Zij waren degenen die man en kinderen naar het spreekuur stuurden (Van der Velden 1971). Zo droegen vooral moeders bij aan de verbreiding van het moderne medische regiem.

De bloeitijd van dit gezinstype én van de familiedokter was echter van korte duur. Vrouwen breidden hun actieradius uit en gingen vaker deelnemen aan het publieke leven. Het percentage gehuwde vrouwen in loondienst was in 1990 toegenomen tot 47% van de gehuwde vrouwen tussen de 15 en 64 jaar (Pott-Buter 1993: 190). Het aantal echtscheidingen steeg en de variatie aan samenlevingsvormen nam toe. Tegelijkertijd werden huisartsen geconfronteerd met een expansieve groei van het aantal specialisten.

Deze uitbreiding wekte de bezorgdheid van huisartsen. Aan de ene kant vroegen ze zich af wat hun taken waren, aan de andere kant vonden ze dat hun werk vergeleken met dat van specialisten ondergewaardeerd werd en dat ook zij niet langer konden volstaan met uitsluitend een 'algemene opleiding'. Huisartsgeneeskunde zou een specialisme moeten worden, waarbij niet alleen medische, somatische, maar ook sociale en

psycho-sociale aspecten van ziekten aandacht moesten krijgen. Huisartsen zagen het als hun rol om te bemiddelen tussen patiënten en specialisten en tussen specialisten onderling. Verder moesten zij kunnen adviseren en 'kleine' kwalen zelf afhandelen (Van der Krogt 1981: 193-199; Aulbers 1995: 100 e.v.). Zij wilden niet langer als de mindere van de specialist worden beschouwd en beriepen zich als gezinsarts op de continue en langdurige relatie met hun patiënten.

Het verweer van de huisartsen was gericht op verdergaande professionalisering. In dat kader richtten zij in 1956 het Nederlands Huisartsen Genootschap op, naast de al bestaande beroepsvereniging Landelijke Huisartsen (LHV). Zij organiseerden verschillende conferenties, zoals in 1958 de conferentie van Woudschoten, waar bevordering van de huisartsgeneeskunde en verbetering van hun praktijkvoering aan de orde kwamen. De huisartsen verbreidden die doelstellingen in het vanaf 1958 maandelijks verschijnende tijdschrift *Huisarts en Wetenschap*. Ook formuleerden zij een nieuwe functieomschrijving voor huisartsen, waarbij zowel hun centrale positie binnen de gezondheidszorg aan de orde kwam als hun vertrouwenspositie ten opzichte van patiënten. Het zal dan nog twintig jaar duren totdat in 1978 alleen artsen met een huisartsenspecialisatie worden toegelaten tot het huisartsenregister, een voorwaarde om voor rekening van de ziekenfondsen huisartsenhulp te mogen verstrekken. Maar in de tussentijd heeft de professionalisering van huisartsen zich gestaag voortgezet: in 1964 wordt de Staatscommissie Huisartsen opgericht, in 1965 het Nederlands Huisartsen Instituut, in 1966 wordt een buitengewoon hoogleraar in de 'geneeskunde van de huisarts' benoemd, vanaf 1973 wordt de geneeskundestudie van huisartsen aan alle medische faculteiten met één jaar uitgebreid (Van der Krogt 1981: 183-199; Aulbers 1995: 100 e.v.).

Inhoudelijk manifesteert zich de professionalisering van het huisartsenberoep in de beschikking over nieuwe en krachtiger medicijnen en over betere diagnostische middelen, zoals electrocardiografie. Door de introductie van de pil in 1963 en van de cervixuitstrijk in 1970 wordt hun werk nog verder uitgebreid. Overigens heeft de Tweede Wereldoorlog een doorbraak betekend voor de effectiviteit van geneesmiddelen. In die periode werden nieuwe uitvindingen gedaan op het gebied van plakstoffen, kleurstoffen en plastics. Daardoor lukte het om effectieve geneesmiddelen als sulfa's en penicillines en een hele reeks nieuwe tabletten, drankjes en capsules op de markt te brengen (Verbeek 1998: 114-16).

### **Dankbaarheid en kritiek van patiënten**

Deze geneeskundige uitvindingen gingen gepaard met belangrijke veranderingen in het medicijngebruik. Ook daarbij hebben vrouwen en moeders veel invloed gehad.<sup>3</sup> De producenten van volksgeneesmiddelen hebben altijd al beseft dat vrouwen belangrijk zijn bij de verbreiding van geneesmiddelen, maar na de oorlog dringt dit besef ook door tot de farmaceutische industrie. De fabrikanten prijzen hun artikelen in toenemende mate aan in advertenties waarop afbeeldingen van vrouwen staan. Vrouwen en slikken horen als het ware bij elkaar. Die beeldvorming in de pers is zo sterk, dat ook de op een

algemeen publiek gerichte voorlichting gebruik maakt van plaatjes van vrouwen. Zij zijn het aanspreekpunt van het gezin.

De nieuwe effectieve geneesmiddelen tegen besmettelijke ziekten veroorzaakten een grote stijging van het medicijngebruik. De farmaceutische industrie boekte vele successen en in de jaren vijftig heerste alom euforie vanwege de toenemende productie van steeds krachtiger geneesmiddelen (Nefarma 1963). Het bestaan van deze geneesmiddelen, die door dokters werden voorgeschreven, door apothekers werden verstrekt en door verzekeringen werden vergoed, vervulde patiënten met dankbaarheid ten opzichte van de medische stand. Zij lieten zich maar al te graag instrueren en deze afhankelijke houding correspondeerde met de verwachtingen van reguliere artsen en apothekers. Die gingen er in de jaren vijftig en zestig vanuit dat patiënten hun instructies nodig hadden en dat ze die gehoorzaam zouden opvolgen. Dat was immers in hun eigen belang en daarom ook in het belang van de gehele samenleving.

Kritiek wordt pas hoorbaar in de jaren zestig en zeventig. Door het bekend worden van negatieve neveneffecten van medicalisering ontstaat er bij een breed publiek aarzelendheid over de vlucht van de medische technologie en de toename van het gebruik van geneesmiddelen. De ongelijke machtsverhoudingen tussen deskundigen en hun patiënten worden als een van de achtergronden daarvan beschouwd (Barber 1967: 176; Cassee 1973: 128-29). Critici vinden dat deskundigen hun autoritaire houding moeten laten varen, dat zij bereid moeten zijn tot overleg en onderhandeling en dat zij hun kennis niet langer voor patiënten en cliënten mogen afschermen. Patiënten, medische beroepsgroepen en de overheid gaan zich tegenover het reguliere circuit terugboudender, en tegenover traditionele en alternatieve geneeswijzen,<sup>4</sup> toleranter opstellen. In het verlengde van kritiek op de medicalisering van het dagelijkse leven en de technologisering van de geneeskunde ontstaat ook bij de overheid begrip voor het feit dat mensen als patiënten en verzorgers zelf bepalen welke therapieën zij willen hebben.

Eigenlijk is dat niets nieuws. Mensen, en in het bijzonder vrouwen, hebben zich altijd al zelfstandig met de gezondheid van zichzelf en hun naasten beziggehouden en hebben ze zich daarvoor verantwoordelijk gevoeld. Maar de naoorlogse roes van vooruitgang in de medische wetenschap was voor hen een episode van afhankelijkheid tegenover artsen. Dat gaat nu veranderen. Het gedrag van patiënten wordt eigengereider en mondiger. Ze grijpen eerder terug op traditie en ervaringskennis en krijgen meer belangstelling voor alternatieve geneeswijzen.

Overigens is de aanwezigheid van alternatieve genezers evenmin nieuw, maar vanaf de Gezondheidswet van 1865 zijn zij vooral ondergronds aan het werk geweest en werd hun bestaan door de reguliere geneeskunde genegeerd. De moderne, op natuurwetenschappelijke methoden georiënteerde geneeskunde had het tij zeker honderd jaar mee en alles wat daarbuiten viel werd beschouwd als ouderwets en achterhaald. In de praktijk zijn alternatieve genezers echter nooit verdwenen, al lag hun werk buiten het blikveld van de officiële geneeskunde en bestonden ze officieel niet. De afgelopen decennia zijn hun werkzaamheden weer zichtbaar geworden en is het aanbod van irreguliere geneeswijzen verbreed, onder andere door de komst van immigranten die geneeswijzen uit hun eigen cultuur met zich meebrachten, zoals het geval is met de winti (Van Wetering 1991: 195-217; 1995: 87-104) of acupunctuur.

Op het gebied van geneesmiddelen is een vergelijkbare tendens waarneembaar. Ook daar was de belangstelling voor zelfbehandeling en zelfmedicatie door het naoorlogse succes van de nieuwe geneesmiddelen eerst minimaal. Het was geen onderwerp van serieuze discussie in de vakbladen. Toch zullen mensen ook toen kruiden en homeopathische middelen hebben gebruikt en zijn er aanwijzingen dat er ook een markt voor zelfzorg was. Drogisterijen waren daarvoor de gangbare leveranciers. Het in 1993 verschenen jubileumboek ter ere van het 100-jarig bestaan van de Koninklijke Nederlandse Drogisten Organisatie (KNDO) spreekt vanaf de jaren vijftig van een stijgende welvaart voor de drogisten. De organisatie zette zich met succes in om de markt voor geneesmiddelen niet geheel aan apothekers te verliezen. Zij organiseerden in 1957 een protestbijeenkomst tegen een wetsontwerp dat het primaat van alle geneesmiddelen bij de apothekers wilde leggen. Hun actie slaagde, de wet kwam er niet (Nederlandse Drogisten Bond 1993). De strijd om de anti-conceptiva hebben de drogisten overigens verloren. Deze worden door huisartsen voorgeschreven en door apothekers afgeleverd.

Pas in de jaren zestig en zeventig kregen de overheid en officiële beroepsbeoefenaars aandacht voor de zelfzorg van mensen. Tot die tijd vonden zij eigen initiatieven van patiënten te verwaarlozen en beschouwden ze deze als irrelevant. Hun aandacht beperkte zich tot de officiële geneesmiddelen, maar daarmee neemt het publiek, zeker het vrouwelijke publiek, niet langer genoegen.

Terwijl in de Verenigde Staten vrij snel sprake is van een registratie van nieuwe geneesmiddelen op veiligheid en effectiviteit, laat de Nederlandse overheid elk geneesmiddel zonder meer op de markt toe. Maar leken in de geneeskunde kunnen over zijn en onzin van – soms verslavende, soms onderdrukkende – geneesmiddelen niet oordelen en hebben vaak geen idee welke stoffen zij slikken. Dat moet veranderen, zo vinden de critici, en er komt een serie voorlichtende publicaties op dit gebied. Ook wordt er gepleit voor meer overheidstoezicht op de geneesmiddelen die op de markt komen. Wettelijk toezicht wordt officieel in 1958 ingevoerd, maar pas na de softenon-affaire in 1961 en na de desdrama's – beide troffen vrouwen – wordt met die controle op toelating van geneesmiddelen serieus begonnen (Buurma et al. 1996: 43-45).

De oproep om letterlijk niet alles te slikken richt zich, net als de initiatieven van de farmaceutische industrie, in het bijzonder tot vrouwen. Vrouwen blijken meer geneesmiddelen dan mannen voorgeschreven te krijgen, vooral de nieuwe generatie slaapmiddelen en tranquillizers (Van der Waals 1995; 1997: 224-225; Haafkens 1997; Lagro-Janssen 1997). Dokters schrijven die middelen voor, omdat zij van mening zijn dat de klachten van vrouwen psychisch zijn. Vrouwen vragen hulp, omdat zij het zich als huisvrouwen en moeders niet kunnen veroorloven om ziek te zijn.

Kritische vrouwengroeperingen wijzen erop dat vrouwen en hun klachten in de reguliere gezondheidszorg niet serieus worden genomen. Zij inventariseren wat vrouwen vertellen over hulp bij ziekte en problemen. Dokters verkeren volgens hen in een dubbele machtspositie: ze hebben als dokters én als mannen meer macht. Vrouwen worden aangezet zich niet langer te laten afschepen met medicijnen en hun angst voor autoriteiten te overwinnen. "Als je lijf je lief is moet je onzekerheid, onmondigheid en schaamte overwinnen en opkomen voor je rechten als patiënt" (De Bonte Was 1978: 4).

Zelfredzaamheid wordt het devies en daarom staan de toiletkastjes van vrouwen stampvol flesjes en pilletjes.

U hebt het allemaal nodig, want per slot kun je ieder moment griep krijgen, je jachtig voelen of een beetje pips zien. Daar moet je op verdacht zijn en zelf aan kunnen dokteren, want je kunt niet voor ieder wissewasje naar het spreekuur. Die huismiddeltjes die de zich verantwoordelijk voelende verzorgster van het gezin zo her en der verzamelt (De Bonte Was 1978: 71).

Deze kritische vrouwenbeweging heeft de toon gezet voor latere, meer algemene veranderingen in de verhouding tussen artsen en patiënten. Deskundigen van nu gebruiken zelfs de leefwereld van leken om hun visie te vertolken (Van Lieshout 1994). Leken consumeren niet alleen informatie, maar zoeken ook informatie die bij hun visie past. Daardoor hebben ze invloed op de structuur en inhoud van de informatie die artsen, apothekers en andere deskundigen hun verschaffen. Beide partijen zijn vanuit een eigen invalshoek gericht op het oplossen van een gezamenlijk probleem. Om zo goed mogelijk te kunnen kiezen wordt de voorlichting sinds de jaren tachtig een onderdeel van de hulpverlening, en in 1996 vastgelegd in de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO).

Tegen de achtergrond van kritiek op de medische stand en van een verbreding van opties wordt de 'Commissie Alternatieve Geneeswijzen', onder voorzitterschap van Muntendam geïnstalleerd, met als taak de betekenis van deze geneeswijzen en geneesmiddelen voor de gezondheidszorg in Nederland aan te tonen.<sup>5</sup> De commissie gaat ervan uit dat, hoe je het ook wendt of keert, het geloof in paranormale genezers er nu eenmaal is en dat een overheid daarmee rekening heeft te houden. De kwakzalverij moet met kracht worden bestreden, maar als mensen gebruik maken van de diensten van alternatieve genezers moet de overheid ervoor waken dat patiënten niet in hun gezondheid geschaad worden. Om die bescherming te bieden moeten ook niet-gekwalificeerde, onbevoegde genezers in de gelegenheid worden gesteld een zekere basiskennis te verwerven op het gebied van de anatomie, fysiologie, pathologie, psychologie en hygiëne. Op het gebied van de verzekeringen is de commissie voorstander van goede regelingen (Commissie Alternatieve Geneeswijzen 1981: 259). De regelingen die er komen worden overigens al vrij snel weer beperkt, onder andere op advies van de commissie 'Keuzen in de Zorg' en van de Ziekenfondsraad (1990). Deze beperkingen zijn echter eerder te plaatsen in het streven de medische consumptie terug te dringen dan dat ze zouden wijzen op een verminderde tolerantie ten opzichte van niet-academische geneeswijzen.

Zo hebben huisartsen en apothekers de afgelopen decennia steeds meer concurrentie gekregen, zowel van specialisten als van alternatieve genezers. Huisartsen hebben op deze ontwikkeling gereageerd door zich verder te professionaliseren. Apothekers zien hun positie tegenover drogisten zwakker worden, nu de vrije verkoop van geneesmiddelen is vereenvoudigd. De drogistenbranche neemt tegenwoordig 70% van de zelfzorggeneesmiddelen voor haar rekening, terwijl de apotheken 20% verzorgen zo blijkt uit een commentaar in het vakblad *Drogisterijen* uit 1996. Apothekers en huisartsen hebben hun monopolie op de markt van gezondheid en ziekte verloren.

## De medische consumptie: consultaties en medicijngebruik

Hoe heeft de relatie tussen patiënten en de algemene, ongespecialiseerde huisarts, als dé gezondheidsautoriteit voor het hele gezin, zich de afgelopen vijftig jaar ontwikkeld? Deze vraag willen we beantwoorden door te kijken naar veranderingen in het aantal consultaties en het medicijngebruik.

Een complicatie daarbij is het gegeven dat de overheidsbemoediging met de gezondheidszorg vlak na de Tweede Wereldoorlog nog bijzonder summier was. De overheid registreerde de getalssterkte van het geneeskundig personeel, de incidentie van besmettelijke ziekten en de sterfte per honderd ziektegevallen. Maar in de statistische jaarboeken van het Centraal Bureau van de Statistiek (CBS) ontbreken gegevens over het raadplegen van dokters of over medicijngebruik. Onderzoek naar de medische consumptie viel buiten de marginale taakopvatting die de overheid er op het gebied van de gezondheidszorg op nahield.

Deze taakopvatting ging veranderen toen de expansieve groei van de gezondheidszorg planning en beleid noodzakelijk maakte en daardoor bij de overheid de behoefte aan gegevens over de medische consumptie ontstond. In de statistische jaarboeken van het CBS lag de nadruk nog steeds op productiecijfers en kwam consumptie niet aan bod, maar op ministerieel niveau verschijnen de eerste gezondheidsnota's, bedoeld om structuur in de Volksgezondheid aan te brengen. De Rijksuniversiteit van Groningen onderzoekt voor de eerste maal, onder een representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking, wat mensen doen bij ziekte en door welke factoren hun handelen wordt beïnvloed (Jessen et al. 1974).

Het Gronings initiatief wordt landelijk overgenomen. In het LeefSituatieSurvey (LSS) dat midden jaren zeventig wordt gehouden, is een heel hoofdstuk gewijd aan de gezondheid. *Het alledaagse gedrag van mensen krijgt nu aandacht, evenals hun denken over gezondheid, de frequentie van hun doktersbezoek en welke geneesmiddelen zij in huis hebben.* Het LSS kan worden beschouwd als de voorloper van de 'Continue registraties van de gezondheid en medische consumptie', die vanaf 1981 onder een representatieve steekproef van de bevolking door het CBS worden gehouden. De rubrieken 'Volksgezondheid' in de statistische jaarboeken van het CBS worden in de jaren tachtig dan ook fors uitgebreid. Vanaf 1981 is nu jaarlijks na te gaan hoe de medische consumptie – doktersbezoek en medicijngebruik, met en zonder recept – zich heeft ontwikkeld. De gebruikscijfers zijn verwerkt in de trendrapporten van 1981 tot 1990 en nog recent, van 1981 tot 1996 (Swinkels 1992; Van Baal 1997).

De belangstelling voor het feitelijk gedrag van patiënten is niet alleen bij de overheid waar te nemen. Nu patiënten ten opzichte van deskundigen aan macht hebben gewonnen en zij minder blind op de dokter en de apotheker varen, gaan artsen en apothekers hen minder autoritair bejegenen. Hun ervaringsdeskundigheid wordt gerehabiliteerd en deskundigen gaan beseffen dat ze op de medische markt hun positie als raadgever met andere partijen delen.

Hoe mensen met hun ziekten en gezondheid omgaan wordt ook een belangrijk nieuw terrein van sociaal-wetenschappelijk onderzoek. Eerst is bezorgdheid daarvan de achtergrond. Weten mensen wel wat goed voor hen is? Zo werd in de Verenigde

Staten in de jaren tachtig onderzoek gedaan onder moeders die een polikliniek voor kindergeneeskunde bezochten. Hun werd gevraagd welke medicijnen ze onafhankelijk van deskundigen gebruikten als hun kinderen ziek waren. Het bleek dat moeders over heel wat medicijnen beschikten en dat zij hun kinderen veel en veel verschillende medicijnen toedienden. En anders dan verwacht werd, waren het juist de moeders uit de hogere sociaal-economische klassen, die tot eigen initiatief overgingen. Moeders met een positieve houding met betrekking tot medicatie gaven hun kinderen meer geneesmiddelen op eigen initiatief. De Amerikaanse onderzoekers beoordeelden het zelfstandige gedrag van de moeders negatief en concludeerden dat moeders veel beter zouden moeten worden voorgelicht (Maiman et al. 1986: 48).

In recenter onderzoek is nieuwsgierigheid naar het alledaagse gezondheidsgedrag van mensen een belangrijker drijfveer dan bezorgdheid. Dat geldt voor het proefschrift van Verbeek-Heida over 'de eigen wijsheid' van patiënten bij geneesmiddelengebruik (1992), voor het onderzoek van Van Elteren (1997) naar de handelwijzen van moeders bij gezondheidsproblemen van hun jonge kinderen en voor het onderzoek van Abraham (1997) naar de medicijnen die Amsterdamse moeders uit verschillende wijken hun kinderen geven. Net als in het Amerikaanse onderzoek bleken deze moeders hun eigen ideeën te hebben over de medicatie van hun kinderen. Ook in dit onderzoek waren het vooral de moeders die hoger op de sociale ladder stonden en eerder geneigd waren tot eigen initiatief. Ouders bleken trouwens allemaal redelijk goed geïnformeerd. Zij waren geïnteresseerd, ze kochten en lazen tijdschriften over gezondheid, opvoeding en gezondheid, zij bleken zelf keuzen te maken en een vrijwillige relatie met deskundigen aan te gaan. Ouders van nu ontmoeten deskundigen op een naar het lijkt vrije markt van potentiële opvoedings- en ouderschapsproblemen en staan in een variëteit van relaties tot de verschillende beroepsbeoefenaars.

Dit soort onderzoek geeft, in combinatie met de uitvoerige cijferreeksen van het CBS, inzicht in alledaags gedrag op het gebied van ziekte en gezondheid. Daardoor wordt het mogelijk de verhouding tussen patiënten en huisartsen nader te analyseren. Is hun onderlinge band, gemeten naar consultaties en medicijngebruik, zoals wij verwachtten, inderdaad verzwakt? Wij zullen ons bij onze analyse beperken tot globale cijfers, onderscheiden voor mannen en vrouwen, maar zonder rekening te houden met klasseverschillen of verschillen in etnische achtergrond.

### *Consultaties*

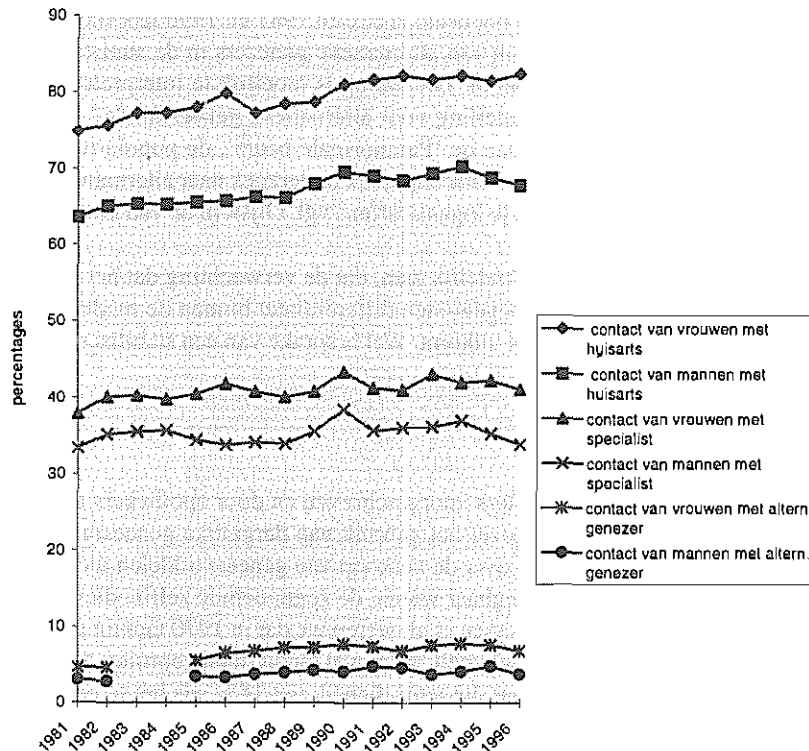
Gedurende de hoogtijdagen van het kostwinnersgezin had de huisarts nog vrijwel een monopolie op geneeskundige kennis, terwijl hij als verwijzer naar medische specialisten steeds belangrijker werd. In deze periode is een stijging van het aantal raadplegingen van huisartsen te verwachten. Voor de eerste vijftientig jaar na de oorlog zijn geen nauwkeurige gegevens beschikbaar om na te gaan of deze bewering juist is. Wel zijn er aanwijzingen dat het aantal consultaties en verrichtingen in deze periode inderdaad spectaculair toeneemt. Illustratief zijn de gegevens uit een plattelandspraktijk in Noord-Brabant, waar tussen 1938 en 1954 sprake is van een bijna verviervoudiging van het aantal consulten en bijna een verdubbeling van het aantal visites (tabel 1).



Tabel 1 Ontwikkeling van het aantal verrichtingen (Ruhe 1957)

	consulten	visites
1938	212	252
1954	795	414

Uit het rapport *Medische consumptie. Rapport over het onderzoek naar medische consumptie van de Nederlanders anno 1970* (Jessen et al. 1974) valt voor een latere periode op te maken wanneer en hoe vaak mensen een arts raadpleegden. Een probleem van deze gegevens is dat deze niet worden opgesplitst naar huisarts en specialist, zodat vergelijking met later onderzoek in dit opzicht niet mogelijk is. De onderzoekers vinden dat 65,1 % van de Nederlandse bevolking in het jaar voorafgaand aan het onderzoek (1969) een dokter heeft geraadpleegd (Jessen et al. 1974: 32).



Grafiek 1 Contact met de huisarts in één jaar; contact met een specialist in één jaar; contact met alternatieve genezers in één jaar (percentages en opgesplitst naar vrouwen en mannen).  
(Gebaseerd op gegevens van Van Baal 1997: 16, 21, 28)

Voor de periode tussen 1981 en 1996 zijn meer gegevens beschikbaar, voor vrouwen en mannen en opgesplitst, naar contacten met huisartsen, specialisten en alternatieve genezers.

Wat grafiek 1 laat zien is dat het aantal raadplegingen van huisartsen tussen 1981 en 1996 steeds blijft stijgen, al verloopt deze stijging vanaf 1993 iets minder snel. De bezoekersaantallen van huisartsen liggen ver boven die van specialisten en de stijging van het bezoek aan de huisarts verloopt tussen 1981 en 1993 aanmerkelijk sneller dan van het bezoek aan de specialist.

Bij de beoordeling van de consultaties van huisartsen en medisch specialisten moet rekening worden gehouden met de verwijzende rol van huisartsen. Uit een onderzoek van Bergsma en Fierct bleek dat huisartsen in 1981 ongeveer 80% van de klachten zelf behandelen en in 20% van de gevallen een specialist inschakelden (Jaspers 1985: 109). Dat percentage blijkt in de periode daarna niet erg te veranderen. Het percentage verwijzingen schommelt tussen 1990 en 1996 rondom de 17% (Vademecum Gezondheidsstatistiek).

Voor alternatieve genezers ziet het beeld er tussen 1981 en 1996 iets anders uit. Tot 1991 stijgt het aantal raadplegingen van alternatieve genezers in de statistieken (Verwey, 1992), maar daarna neemt het af. Die daling is moeilijk te interpreteren. Is hier sprake van een afnemende belangstelling voor alternatieve geneeskunde? Andere gegevens, zoals het drukke bezoek aan de 'Paranormale beurs', de populariteit van een genezeres als Jomanda of sociaal wetenschappelijk onderzoek naar alternatieve geneeswijzen, lijken die veronderstelling te logenstraffen (vgl. Gijswijt & Van Otterloo 1998: 155-75).

In ieder geval laat de grafiek duidelijk zien, dat de verwachting dat het aantal consultaties van huisartsen door de toegenomen differentiatie binnen de medische beroepen minder groot is geworden, niet uitkomt. Wel is sprake van een stabilisering van het bezoek vanaf 1993.

### *Medicijngebruik*

Voor de bloeitijd van de door dokters voorgeschreven en door apothekers afgeleverde geneesmiddelen zijn geen cijfers over het gebruik van dergelijke geneesmiddelen beschikbaar. Evenmin zijn er cijfers over de verkoop van geneesmiddelen die zonder recept bij drogist of apotheek verkrijgbaar waren, de zogenoemde zelfmedicatie.

Op basis van het rapport van Jessen et al. weten we dat in 1970 tachtig procent van de onderzoekspopulatie zich gezond voelt, maar wel medicijnen gebruikt; dat 84% medicijnen heeft zonder te weten waar die voor dienen; dat 14%, als het te pas komt, op eigen initiatief gebruik maakt van de overgebleven medicijnen van zichzelf en huisgenoten. Van alle geneesmiddelen in huis is 65,4% niet op een recept verkregen (Jessen et al. 1974: 96). Ook blijkt dat mensen met een hoog inkomen meer geneesmiddelen op eigen initiatief slikken en dat ze meer middelen in huis hebben dan mensen met een lager inkomen (Jessen et al. 1974: 98).

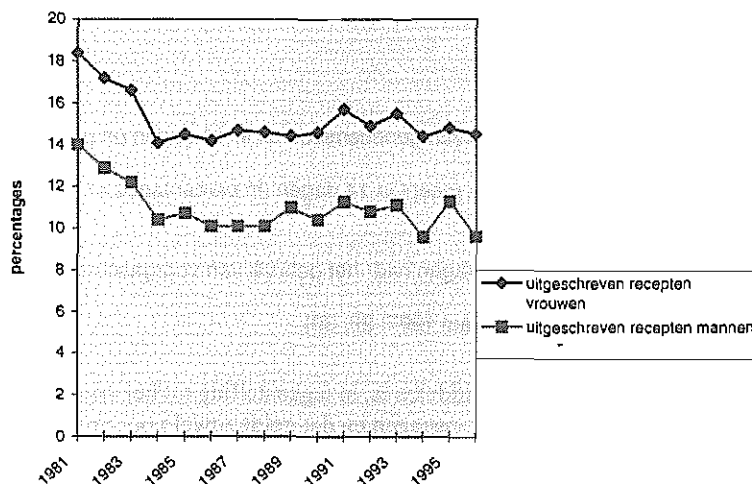
In het LeefSituatieSurvey van het CBS uit 1974 komen we meer details te weten over het medicijngebruik, zowel voor mannen als voor vrouwen.

**Tabel 2** Gebruik medicijnen in percentages naar geslacht (LSS 1974)

	<i>mannen</i>	<i>vrouwen</i>
geen gebruik	68	55
gebruik op recept	26	39
niet op recept	5	5

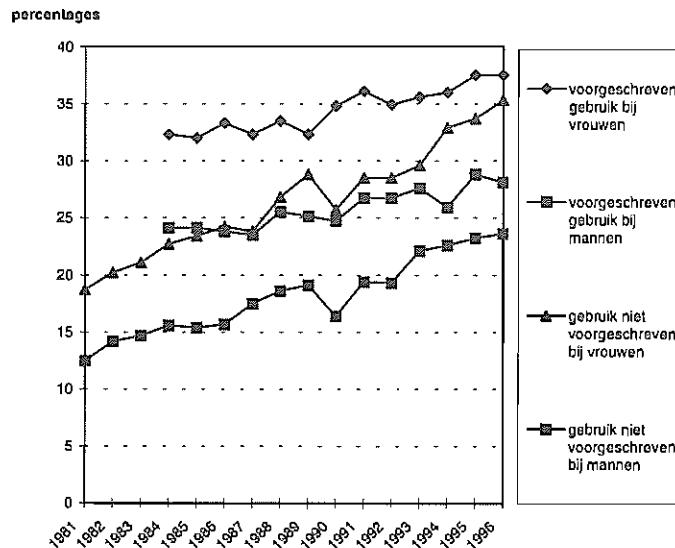
Het gebruik van medicijnen op recept is relatief hoog in vergelijking met het gebruik van medicijnen die niet op recept zijn verkregen.

Vanaf 1981 kunnen we dankzij de gezondheidsenquête van het CBS jaarlijks nagaan hoe het voorschrijven van geneesmiddelen en het gebruik van geneesmiddelen zowel op recept als niet op recept zich heeft ontwikkeld.



**Grafiek 2** Personen met uitgeschreven recepten in 14 dagen (in percentages en opgesplitst naar geslacht); exclusief de pil en voorschriften tijdens ziekenhuisopnames. (Gebaseerd op gegevens van Van Baal 1997: 29)

Het voorschrijven van geneesmiddelen laat na 1981 eerst een daling in het voorschrijfgedrag van artsen zien, wellicht door de eigen bijdrage bij geneesmiddelen voor ziekenfondspatiënten. Vanaf 1984 blijft het percentage personen met uitgeschreven recepten in 14 dagen zowel voor vrouwen als mannen vrij stabiel (Van Baal 1997: 29). Gezien het gegeven dat het aantal voor te schrijven geneesmiddelen is toegenomen, zou het stabiel blijven van het uitschrijven van recepten kunnen wijzen op een zekere terughoudendheid van huisartsen, vergelijkbaar met het gelijkblijven van het percentage verwijzingen van huisartsen naar specialisten.



**Grafiek 3** Gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen in 14 dagen (in percentages en opgesplitst naar geslacht)\* + Gebruik van geneesmiddelen niet op recept in 14 dagen (in percentages en opgesplitst naar geslacht)  
 \* uitgezonderd de pil  
 + in 1984 wordt begonnen met het vragen naar het gebruik van voorgeschreven medicijnen  
 (Gebaseerd op gegevens van Van Baal 1997: 29, 30).

Het gebruik van voorgeschreven middelen is, in tegenstelling tot het vrij stabiel blijven van de uitgeschreven recepten, wel gestegen en dat geldt zowel voor vrouwen als voor mannen.

Het gebruik van medicijnen die zonder recept bij apotheek of drogist zijn gekocht laat een forse stijging zien en deze stijging geldt voor vrouwen en voor mannen. Volgens van Baal is het gebruik van voorgeschreven medicijnen van vrouwen en mannen samen gestegen van 28% naar 33%. Gebruik op eigen initiatief is in totaal in die periode veel sterker gestegen, van 15,6% tot 29,5% (Van Baal 1997: 30).

Uit de cijfers van het medicijngebruik blijkt een verschuiving in de richting van zelfmedicatie, een verschuiving die ook zichtbaar is in de medicatie die moeders aan hun kinderen geven. Van het medicijngebruik van kinderen tussen 0 en 14 jaar is 16,3% volgens voorschrift van de arts en 18,7% op eigen initiatief (Statistisch Jaarboek 1997). Ondanks de vele remmende maatregelen, zoals de medicijnknaak en het geneesmiddelenvergoedingssysteem van de overheid blijft er duidelijk sprake van een stijging van het gebruik van medicijnen, zowel op recept als niet op recept. Het aandeel van die laatste categorie is procentueel duidelijk sneller gestegen en benadert dat van het gebruik van medicijnen op voorschrift van de arts.

De verschuiving naar zelfmedicatie is zowel weerslag van een toename van medicijngebruik op eigen initiatief als weerslag van veranderingen in het overheidsbeleid.

## Conclusie

De positie die huisartsen op de medische markt innemen is veranderd. Hun expertise heeft door toenemende concurrentie – in professionele, semi-professionele en alternatieve sfeer – en door zelfhulp, aan exclusiviteit verloren. Oorspronkelijk verwachtten we dat de positie van huisartsen daardoor zou zijn verzwakt. Onze belangrijkste conclusie is echter dat de medische markt zich over de hele breedte is blijven uitbreiden, zowel als men kijkt naar het aantal raadplegingen van huisartsen, specialisten en alternatieve genezers, als naar het medicijngebruik. Deze voortdurende groei voltrekt zich parallel aan het blijven stijgen van de gemiddelde levensverwachting, aan het verbeteren van de ervaren gezondheid en aan het toenemen van de preoccupatie van mensen met hun gezondheid.

Uit de Gezondheidsenquêtes van het CBS blijkt dat personen van 18 jaar en ouder tussen 1970 en 1990 hun gezondheid als 'goed' tot 'zeer goed' ervaren. Maar het Sociaal Cultureel Rapport uit 1994 laat zien dat mensen zich ondanks deze positieve geluiden nog evenzeer met hun eigen gezondheid bezig houden. Van de 'zaken die men in het leven belangrijk vindt' neemt een 'goede gezondheid', bij een groeiend percentage van de Nederlandse bevolking, steeds de hoogste plaats in. In 1966 vond 36% een goede gezondheid het belangrijkste, in 1993 was dat 60% (Sociaal Cultureel Rapport 1994: 503). Het grote belang dat mensen aan hun gezondheid hechten manifesteert zich in een toename van het aantal consultaties van huisartsen, specialisten en alternatieve genezers en in een groei van het medicijngebruik, al dan niet op recept.

De uitbreiding en differentiatie van de medische markt ging gepaard met een verlies aan exclusiviteit van de traditionele reguliere gezondheidsdeskundigen, de huisartsen en apothekers. De toename van consultaties heeft zich de afgelopen decennia ook voorgedaan bij specialisten en alternatieve genezers en wat betreft medicijnen gingen ook de drogisterijen meetellen. Daardoor is het marktaandeel van huisartsen en apothekers op de medische markt geslonken. Zij hebben concurrentie gekregen in de eerste en in de tweede lijn, zowel in de semi-professionele als in de specialistische beroepssfeer, van alternatieve en van psycho-sociale beroepsbeoefenaren, in de voorlichtende, preventieve en curatieve sfeer.

In de houding tegenover de reguliere geneeskunde en het voorgeschreven medicijngebruik is een omslag waar te nemen, die zich bij patiënten manifesteert in meer openheid ten opzichte van andere dan reguliere geneeswijzen en in autonoom medicijngebruik. Het onvoorwaardelijke en exclusieve vertrouwen in de reguliere geneeskunde – bij patiënten en bij de overheid – heeft plaats gemaakt voor een pragmatische, open instelling tegenover ervaringskennis, traditie en een veelheid van genezers en therapieën. Deze houding manifesteert zich in meer zelfmedicatie en meer eigen initiatief, maar blijkt niet of nauwelijks gepaard te gaan met een vermindering van het aantal consultaties van huisartsen, noch met een vermindering van voorgeschreven medicijngebruik.

Mensen hebben altijd gebruik gemaakt van kennis die van generatie op generatie werd doorgegeven, hebben zelf gedokterd en geëxperimenteerd met alternatieve geneeswijzen. Dit gedrag, dat ten opzichte van de reguliere geneeskunde een complementair karakter heeft, is tot enkele decennia geleden verborgen geweest. In de eerste lijn is er nu een grotere verscheidenheid aan genezers. Toch hebben huisartsen daarbinnen hun centrale rol behouden. Hun expertise is minder exclusief, hun gezag is minder groot, maar uit de toename in raadplegingen blijkt dat zij binnen de gezondheidszorg nog steeds een centrale rol vervullen.

## Noten

Rineke van Daalen werkt als universitair docent bij de afdeling Sociologie van de Faculteit der Politieke en Sociaal-Culturele Wetenschappen, Universiteit van Amsterdam. Zij doet onderzoek naar gezinnen in relatie tot de verzorgingsstaat (Oude Hoogstraat 24, 1012 CE Amsterdam. Email: vandaalen@pscw.uva.nl).

Pietje Verbeek-Heida is als part-time universitair docent verbonden aan de afdeling Sociologie van dezelfde faculteit en universiteit. Zij doet onderzoek naar gezondheid en ziekte vanuit het lekenperspectief. In 1992 promoveerde zij in Amsterdam op *De eigen wijsheid van de patiënt, alledaagse overwegingen bij geneesmiddelengebruik* (Oude Hoogstraat 24, 1012 CE Amsterdam. Email: verbeek@pscw.uva.nl).

1. Deze tekst is een bewerking van een lezing op de sessie 'De markt en cultuur van gezondheid' op het congres 'Vijftig jaar Politieke en Sociaal-Culturele Wetenschappen aan de Universiteit van Amsterdam', januari 1998.
2. Huisartsen besteden meer dan 80% van hun patiëntencontacten aan de helft (55%) van hun patiënten.
3. Deze en de volgende passages over geneesmiddelengebruik zijn gebaseerd op Verbeek 1998: 107-121.
4. We gebruiken de termen 'alternatieve geneeskunde' en 'irreguliere geneeskunde', omdat deze het best aansluiten bij het algemene taalgebruik. Er zijn echter verschillende bezwaren tegen deze term. Alternatieve geneeswijzen zijn de laatste twintig jaar steeds minder 'alternatief' geworden en verder geïnstitutionaliseerd. Ook realiseren we ons dat de bezoekers van alternatieve genezers eerder denken in termen van complementaire dan van alternatieve of irreguliere geneeswijzen (Vgl. Sharma 1996: 240). De term 'complementair' vatten wij breder op: traditionele huismiddeltjes en ervaringskennis vallen ook daaronder.
5. Tot de alternatieve geneeswijzen rekent de commissie: natuurgeneeswijzen, paranormale geneeswijzen, homeopathie, antroposofie, acupunctuur en manuele geneeswijzen.

## Literatuur

- Abraham E.  
1997 Het beste medicijn voor elk is en blijft een beker melk. In: A.L.J. Goethals, T. Hak & P. ten Have (red.), *Kwalitatieve medische sociologie*. Amsterdam: Siswo, pp. 21-42.
- Aulbers, B.J.M.  
1995 Over de werkzaamheden van huisartsen. In: B.J.M. Aulbers & G.J. Bremer (red.), *De huisarts van toen. Een historische benadering*. Rotterdam: Erasmus Publishing, pp. 91-113.
- Baal, J. van  
1997 Trendcijfers gezondheidsenquête; medische consumptie, 1981-1996. *Maandbericht Gezondheidsstatistiek*. (CBS) 97(5): 5-15.
- Bakker, D. de, A.A.M.C. Claessens & J. van der Velden  
1992 *Man-vrouw verschillen in gezondheid en medische consumptie*. Utrecht: Nivel.
- Barber, B.  
1967 *Drugs and society*. New York: Russel Sage Foundation.
- Bremer, G.J.  
1995 De term huisarts. In: B.J.M. Aulbers & G.J. Bremer (red.), *De huisarts van toen. Een historische benadering*. Rotterdam: Erasmus Publishing, pp. 35-40.
- Buurma, H. et al. (red.)  
1996 *Het geneesmiddel*. Utrecht: Bunge.
- Cassee, E.Th.  
1973 *Naar de dokter*. Meppel: Boom.
- CBS  
1974 *Gezondheid*. In: *De leefsituatie van de Nederlandse bevolking deel I. Kerncijfers*. 's-Gravenhage: Staatsdrukkerij, 66-81.  
1989-97 *Vademecum Gezondheidsstatistiek*. 's-Gravenhage: SDU.  
1997 *Statistisch Jaarboek 1997*. 's-Gravenhage: SDU.
- Commissie Keuzen in de Zorg  
1990 *Kiezen en delen*. Rotterdam: Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, Instituut voor Medische Technology Assessment, Erasmus Universiteit.
- Commissie Alternatieve Geneeswijzen  
1981 *Alternatieve geneeswijzen in Nederland*. Den Haag: Staatsuitgeverij.
- Daalen, Rineke van  
1998 Honderd jaar vrouwen en gezondheidsdeskundigen. In: R. van Daalen en M. Gijswijt (red.), *Gezond en wel. Vrouwen en de zorg voor gezondheid in de twintigste eeuw*. Amsterdam: University Press, pp. 15-29.
- De Bonte Was  
1978 *Vrouwen over hulp bij ziekte en problemen*. Amsterdam.
- Donzelot, J.  
1977 *La Police des familles*. Paris: Editions de Minuit.

- Elteren, M. van & P. ten Have  
 1993 Alledaagse gezondheidszorg. In: A.L.J. Goethals & A.C. Nievaard (red.), *Gezondheid en hulpverlening II*. Amsterdam: Siswo, pp. 31-47.
- Elteren-Jansen, M. van  
 1997 *Een beetje hangerig*. Amsterdam: Vakgroep Sociologie, Universiteit van Amsterdam.
- Foets, M. & J. Visser  
 1992 *De huisarts in de praktijk*. Utrecht: Nivel.
- Gijsbers van Wijk, C.M.T. et al.  
 1992 Male and female morbidity in general practice: The nature of sex differences. *Social Science & Medicine* 35(5): 665-78.
- Gijswijt-Hofstra, M. & A. van Otterloo  
 1998 'Alternatieve geneeswijzen': vrouwelijke genezers en patiënten in de twintigste eeuw. In: R. van Daalen en M. Gijswijt (red.), *Gezond en wel. Vrouwen en de zorg voor gezondheid in de twintigste eeuw*. Amsterdam: Amsterdam University Press, pp. 155-75.
- Haafkens, J.  
 1997 *Rituals of silence. Long-term tranquillizer use by women in the Netherlands: A social case study*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- Jaspers, J. B.  
 1985 *Het medische circuit. Een sociologische studie van de ontwikkeling van afhankelijkheid tussen 'cliënten, artsen, ziekenfondsen en ziekenhuizen in Nederland (1865-1980)*. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema en Holkema.
- Jessen, J. et al. (red.)  
 1974 *Medische consumptie*. Groningen: Sociologisch Instituut.
- Krogt, Th. van der  
 1981 *Professionalisering en collectieve macht*. 's-Gravenhage: Vuga.
- Lagro-Janssen, A.L.M.  
 1997 *De tweeslachtigheid van het verschil*. Nijmegen: Sun.
- Lasch, Chr.  
 1977 *Haven in a heartless world: The family besieged*. New York: Basic Books.
- Lieshout, I. van  
 1993 *Deskundigen en ouders van nu: Binding in een probleemcultuur*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Maiman, L.A. et al.  
 1986 Correlates of mothers' use of medications for their children. *Social Science & Medicine* 22(1): 41-51.
- Nederlandse Drogisten Bond  
 1993 *Schets van de 100 jarige historie van de Bond voor Drogisten*. Maarssen: Nederlandse Drogisten Organisatie.
- Nefarma  
 1963 *De evolutie van het geneesmiddel*. 's-Gravenhage: Nefarma.
- Neprofarm  
 1996 *Marktwerking bij zelfzorggeneesmiddelen*. Utrecht: Neprofarma.



- Pott-Buter, H.  
 1993 *Facts and fairy tales about female labour, family and fertility*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Ruhe, H.  
 1957 *Een huisartsenpraktijk in 1938 en 1954*. Assen: Van Gorcum.
- Sharma, U.  
 1996 Using complementary therapies. A challenge to orthodox medicine? In: S.J. Williams & M. Calnan (eds), *Modern medicine: Lay perspectives and experiences*. London: UCL, pp. 230-55.
- Shorter, E.  
 1985 *Bedside manners: The troubled history of doctors and patients*. New York: Simon & Schuster.
- Sociaal en Cultureel Planbureau  
 1990 *Sociaal en Cultureel Rapport 1990*. Rijswijk: S&CP.
- Swinkels, H.  
 1991 Trendcijfers gezondheidsenquête, 1981-1990. *Maandbericht Gezondheidsstatistiek* 91(6): 10-28.
- Velden, H.G.M. van der  
 1971 *Huisvrouw, huisarts, huisgezin*. Nijmegen: Dekker en Van de Vegt.
- Verbeek-Heida, P.M.  
 1992 *De eigen wijsheid van de patiënt. Alledaagse overwegingen bij geneesmiddelgebruik*. Amsterdam: Het Spinhuis.  
 1998 Vrouwen en de zorg voor geneesmiddelen 1898-1998. In: R. van Daalen en M. Gijswijt (red.), *Gezond en wel. Vrouwen en de zorg voor gezondheid in de twintigste eeuw*. Amsterdam: University Press, pp. 107-21.
- Verweij, G.C.G.  
 1992 Ontwikkelingen in het raadplegen van alternatieve genezers en huisartsen, 1985-1990. *Maandbericht Gezondheidsstatistiek* 92(5): 4-11.
- Waals, F. van der  
 1995 *Sex differences in benzodiazepine use*. Amsterdam: Academische Pers.  
 1997 Slaap- en kalmerende middelen. In: Toine Lagro-Janssen en Greta Noordenbos (red.), *Sekseverschillen in ziekte en gezondheid*. Nijmegen: Sun, pp. 224-35.
- Wetering, I. van  
 1991 De magie van de winti-genezer. *Volkskundig Bulletin* 17(2): 195-217.  
 1995 Vrouwen als winti-genezers. Rationaliteit en contradictie in de handhaving van een therapeutische traditie. In: Gijswijt-Hofstra (red.), *Op zoek naar genezing. Medische geschiedenis van Nederland vanaf de zestiende eeuw*. Amsterdam: Amsterdam University Press, pp. 87-104.