

dwingend voorgeschreven verlangens weer afgezwakt of van minder belang geacht. Velen van ons kennen goede huisartsen, die evenwel aan bovengestelde criteria niet voldoen; zegt het uitvoeren van een onderzoek wel iets over de kwaliteit van een huisarts?

Niettemin werd in het NHG-bestuur uitgebreid gesproken over de mogelijkheden om „van onderaf” (bijvoorbeeld op een ledencongres) over minimum-eisen voor de leden te spreken. Dan zou bijvoorbeeld gezamenlijk kunnen worden beslist of het bezit van een kaartsysteem voor ieder NHG-lid zou moeten gelden als een vanzelfsprekende eis, waaraan dan binnen twee jaar zou moeten zijn voldaan. Op deze wijze zou door de NHG-leden

gezamenlijk een eisenpakket kunnen worden samengesteld ter verbetering van de praktijkvoering, waarna later ook andere eisen bijvoorbeeld met betrekking tot nascholing en dergelijke kunnen worden geformuleerd.

Voorgaande beschouwingen zijn een — door de persoonlijke visie van auteur ietwat individueel gekleurde — weergave van wat binnen het NHG-bestuur leeft. Maar moeten niet alle NHG-leden zich hierover beraden?

Dokter, H. J. (1969) huisarts en wetenschap 12, 389.

Huygen, F. J. A. (1959) huisarts en wetenschap 2, 187; (1960) huisarts en wetenschap 3, 12.

Vroeg, N. H. (1966) huisarts en wetenschap 9, 372.

Wat kan het Nederlands Huisartsen Genootschap voor de opleiding betekenen*

DOOR DR. G. J. BREMER, HUISARTS TE NIEUWKOOP

Het Nederlands Huisartsen Genootschap is een vereniging (artikel 1 van de statuten) die zich ten doel stelt: „De bevordering van de wetenschappelijke uitoefening der geneeskunst door huisartsen” (artikel 2 van de statuten). Getracht wordt dit doel te bereiken door (artikel 3a): „Het verlenen van medewerking aan en het bestuderen van de opleiding tot arts, mede in samenwerking met de wetenschappelijke instituten, welke deze opleiding verzorgen”. (De artikelen 3b tot en met 3f hebben slechts indirect iets met deze opleiding te maken.)

Merkwaardig is dat wordt gesproken over de medewerking aan en het bestuderen van de opleiding tot arts (artikel 3a) en medewerking aan en het bestuderen van de verdere wetenschappelijke vorming van de huisarts (artikel 3b). De mogelijkheid dat een arts een verdere wetenschappelijke opleiding of vorming tot huisarts zou moeten hebben is niet geformuleerd, misschien ook niet overwogen. Men conformeerde zich in 1958 kennelijk met het oordeel dat een arts tevens huisarts was. Wel blijkt uit de statuten dat men een „verdere wetenschappelijke vorming” van de aldus spontaan verschenen huisarts — nascholing dus — wilde steunen (artikel 3b).

Dezelfde opvatting wordt geformuleerd in artikel 101 van het huishoudelijk reglement van het Genootschap. Ook hier wordt gesproken van „de opleiding tot arts” en „de voortgezette theoretische en praktische vorming van de huisarts”.

Formeel gesproken, dat wil zeggen met het oog

op de statuten, is de vraag welke het bestuur mij heeft gesteld, aldus te formuleren: Wat kan het N.H.G. voor de opleiding tot arts betekenen?

Wordt echter uitgegaan van de sinds 1958 gegroeide gedachte dat een huisarts een specifieke beroepsopleiding moet hebben, dan zou naar mijn mening de vraag eigenlijk moeten luiden: „Wat kan het N.H.G. voor de opleiding tot arts en huisarts betekenen?”

Wanneer het doel van het Genootschap in acht wordt genomen — de bevordering van de wetenschappelijke uitoefening der geneeskunde door huisartsen — dan moeten in het antwoord op deze vraag in principe drie soorten activiteiten van het N.H.G. worden genoemd: 1 betreffende de opleiding tot arts (produit final); 2 betreffende de specifieke beroepsopleiding tot huisarts en 3 betreffende de registratie en erkenning van de huisarts.

Uitgaande van dit schema ben ik tot een aantal activiteiten gekomen die elkander soms overlappen. De structuren waarbinnen deze activiteiten moeten plaatsvinden zullen door mij op deze plaats niet of nauwelijks aan de orde worden gesteld, hoewel ik mij wel bewust ben dat het creëren van goede structuren ook een belangrijke activiteit vormt. Om slechts een voorbeeld te geven: de diverse universitaire huisartseninstituten hebben een onderling verschillende structuur. Men zou zich kunnen voorstellen dat het N.H.G. in de toekomst een bepaalde structuur — op basis van betere resultaten — zou prefereren en deze voorkeur met redenen omkleed, zou formuleren.

* * *

* Inleiding, gehouden op zaterdag 24 oktober 1970 te Bunnik tijdens een bijeenkomst van het N.H.G.-bestuur en de centrumbesturen.

In 1963, 1964 en 1965 verschenen in huisarts en

wetenschap enkele publikaties over de toekomst van de huisarts. In deze artikelen werd in hoofdzaak de vraag behandeld: Welke plaats zal de huisarts in de toekomst in de gezondheidszorg innemen? De vraag die thans echter aan de orde moet komen luidt: welke activiteiten zullen de huisartsen zelf moeten ontwikkelen om deze plaats te realiseren?

Het lijkt wel of het bestuur bang is geweest genoemde vraag op deze wijze te stellen. De vraag, wat het N.H.G. voor de opleiding kan betekenen, houdt toch in: Wat kan het N.H.G. voor de opleiding doen? Of betekent betekenen wat anders?

Dit betekent voor het N.H.G.-bestuur: Welk beleid dient het N.H.G.-bestuur te voeren opdat het leiding geeft aan het tot stand komen van bovengenoemde activiteiten.

Het is niet voor niets dat het bestuur dit probleem aan de orde heeft gesteld. Het N.H.G. is opgericht in 1956, het bestaat nu dus veertien jaar. Vele wensen uit de begintijd van het Genootschap zijn vervuld. Aan alle universiteiten zijn thans huisartseninstituten met docenten in de huisartsgeneeskunde verbonden. De huisartsgeneeskunde heeft — dank zij de activiteiten van het Genootschap — een plaats toegewezen gekregen. Maar wat nu? Wat moeten wij nu doen?

* * *

Misschien kan deze inleiding een steentje bijdragen aan de weg welke het N.H.G. in de toekomst zal moeten afleggen. Het gaat tenslotte om de gezondheidszorg in Nederland en om de plaats welke de huisarts daar inneemt.

Om te beginnen zou ik willen stellen: wij moeten niet bang zijn om te zeggen wat wij willen. Duidelijke uitspraken zullen weliswaar weerstanden opwekken, maar zij zullen ook de discussie op gang brengen. Vriendelijke vaagheden maken ons tot passieve papieren artsen.

Het — naar mijn mening — belangrijkste en daarom eerst te noemen probleem dat om een oplossing vraagt, is het ontbreken van een taakomschrijving van de huisarts. Wanneer men ontkent dat een taakomschrijving nodig is — met de opmerking dat iedere huisarts vrij is te doen en te laten wat hem volgens zijn privé taakopvatting noodzakelijk lijkt — wordt het voor de „plannenmakers” in de gezondheidszorg moeilijk met de huisarts rekening te houden. Men bedenke in dit verband dat de wetgever een belangrijke „plannenmaker” is.

Er zijn nog andere argumenten om te trachten tot een taakomschrijving te komen.

De binnen afzienbare tijd te realiseren specifieke beroepsopleiding tot huisarts, vereist een „operationele definitie” van het begrip huisarts. Men zal moeten weten tot wat men iemand opleidt. Hierbij zou het *Woudschoten rapport*, waarin de deeltaken van de huisarts in algemene termen worden beschreven, als uitgangspunt kunnen dienen.

Om een voorbeeld te geven, deeltaak VII luidt: Ad hoc en tijdelijk delegeren naar medische en andere deskundigen, waarbij zijn medeverantwoordelijkheid blijft bestaan. Hieruit zou men de volgende conclusie kunnen trekken: de huisarts is verantwoordelijk voor de juiste nazorg van de uit het ziekenhuis ontslagen patiënten. Wanneer de huisartsen tot een dergelijke uitspraak zouden komen, behoeven de ziekenhuizen geen nazorg-organisaties in het leven te roepen.

Zo zijn er vele vragen. Wat behoort tot de taak van de huisarts, wat kan hij zogenaamd „afstoten”. Wat mag hij niet „afstoten”. Hoe staat het in dit verband met verloskundig werk, met zuigelingen- en kleuterbureaus. Hoe staat het met de zogenaamde nevenwerkzaamheden? Men zou bijvoorbeeld kunnen stellen dat een huisarts met meer dan 2 000 patiënten geen keuringen en controles dient te verrichten.

Een duidelijke taakomschrijving is ook om andere redenen gewenst. Het begrip huisarts heeft momenteel geen duidelijke inhoud, geen identiteit noemt men iets dergelijks tegenwoordig. *Bol* formuleerde in verband met de studenten dit probleem onlangs aldus: „Het moment lijkt aangeboren, zowel binnen onze artsenorganisaties, als daarbuiten, om duidelijk aan te geven welke richting wij in Nederland willen ingaan . . .” Een medisch studente, reagerend op het gebrek aan belangstelling voor de huisartsgeneeskunde, formuleerde het aldus: „Geef ons een duidelijk inzicht in de plaats van de huisarts binnen de gezondheidszorg, bepaal zijn verantwoordelijkheden, richt het curriculum daarop in, en de belangstelling zal ongetwijfeld toenemen.”

De studenten willen huisarts worden wanneer door ons duidelijk wordt gemaakt wat een huisarts is, wat een huisarts kan, hoe een huisarts werkt.

Het belangrijkste probleem dat om een oplossing vraagt, is volgens mij het formuleren van een taakomschrijving van de huisarts.

In de tweede plaats zal het N.H.G. moeten komen tot een formulering waaraan de „uitrusting” van de huisarts moet voldoen wil hij genoemde taak naar behoren kunnen vervullen. Het begrip „uitrusting” wordt daarbij zeer ruim opgevat. Het gaat om een lijst met minimum eisen die de huisarts zal moeten nakomen, wil hij inderdaad als huisarts kunnen functioneren. Deze voorwaarden kunnen door het N.H.G. — of door de Commissie Praktijkvoering — worden geformuleerd in de vorm van:

- 1 een lijst met de minimum eisen aangaande de inrichting van spreek- en onderzoekkamer;
- 2 een lijst met de minimum eisen voor het instrumentarium van de huisarts;
- 3 een lijst met de minimum eisen betreffende de patiëntenadministratie van de huisarts;
- 4 een lijst met de minimum eisen inzake het laboratorium van de huisarts;

5 een lijst met de minimum eisen aangaande de service aan de patiënten in de huisartspraktijk;

6 een lijst met minimum eisen ten aanzien van de te volgen nascholing.

Uitgaande van de stelling dat de huisarts, wanneer wij hem moeten gaan beoordelen — en dat zullen wij in de toekomst moeten gaan doen — het beste kan worden beoordeeld naar zijn diagnostische kwaliteiten, zou wat punt 2 betreft vooral moeten worden gewezen op het belang van een goed diagnostisch instrumentarium. Het vele werk dat de Commissie Praktijkvoering heeft gedaan, kan daarbij als uitgangspunt dienen. Het gaat nu echter niet om een goed instrumentarium, maar om een verplicht instrumentarium.

* * *

Waarom naar mijn mening het formuleren van dergelijke minimum eisen noodzakelijk is, blijkt uit het volgende.

In de eerste plaats kan worden gesteld dat de huisartsen als groep slechts op deze wijze tot beter functioneren zijn te brengen. Wanneer de huisartsen tot het formuleren van dergelijke minimum eisen zouden komen, zouden zij te midden van andere „kleine zelfstandigen” de laatsten zijn. Beroepsbeoefenaren die de uitoefening van hun beroep niet aanpassen aan de eisen van de tijd, zullen door anderen op de vingers worden getikt of zij zullen hun beroep zien verdwijnen.

De Nederlandse overheid gebruikt, in overleg met de desbetreffenden, deze methode om bijvoorbeeld middenstandsbedrijven tot beter functioneren te dwingen. Ter illustratie hiervan artikel 7a Broodbesluit van de Warenwet, waarin wordt gesproken over de voorzieningen in een bakkerij, een instituut dat ook iets met de volksgezondheid heeft te maken: „De vloeren moeten zijn vervaardigd van een materiaal dat geen vocht opneemt of doorlaat, zonder scheuren of onnodige oneffenheden; de vloeren moeten zoveel helling hebben, dat het spoel- en schrobwater hetzij rechtstreeks, hetzij door open goten gemakkelijk wegvloeit naar met afneembare roosters gedekte en van een stankafsluiter voorziene kolken, waarvan het water buiten het perceel wordt weggevoerd, tenzij . . .”

In de tweede plaats is het formuleren van minimum eisen noodzakelijk omdat in de toekomst vele huisartsen hun medewerking moeten verlenen aan de opleiding tot arts en aan de specifieke beroepsopleiding tot huisarts, door hun praktijk open te stellen voor co-assistenten en/of assistenten.

De medische faculteiten kunnen niet tot huisarts opleiden zonder hulp van huisartsen. In het Interimrapport „Huisarts en universiteit” komen de talrijke problemen die zich hierbij zullen voordoen uitvoerig ter sprake. Het is duidelijk dat de praktijkvoering van toekomstige huisartsopleiders (zo-

genaamde H.A.O.'s) aan bepaalde eisen moet voldoen. Wanneer bovendien de registratie van huisartsen een feit is geworden, zal de praktijkvoering eveneens aan bepaalde voorwaarden moeten voldoen. Waarschijnlijk zullen dit eisen zijn die verder reiken dan de genoemde minimum eisen.

Zij, die menen dat ook hier de individuele vrijheid moet worden gerespecteerd, zou ik willen attenderen op de uitgave van de *Specialisten Registratie Commissie*, waarin staat beschreven hoe de specialisten deze materie zelf hebben geregeld met voorschriften, visitatiecommissie, rechtspraak enzovoort. Wie kennis neemt van de inhoud van dit geschrift beseft dat de huisarts op dit punt meer dan vijftig jaar achterloopt.

Men zal in het begin moeten uitgaan van minimum eisen, maar na enige tijd, wanneer deze minimum eisen voldoende zijn geaccepteerd, moet de honorering hieraan worden aangepast. *Huygen*, de vroegere voorzitter van het Genootschap, heeft dit reeds in 1964 gesuggereerd: „Ik zou het wenselijk vinden wanneer de ziekenfondshonorering uitging van een bepaald grondbedrag. Daarop zouden dan toelagen moeten komen voor huisartsen, die aan bepaalde eisen ten aanzien van de outillage voldeden. Dat zou zeker stimulerend werken. Men zou op deze wijze bijvoorbeeld ook het invoeren van een afspraakspreekuur, van een goede regeling voor zondag- en nachtdiensten en zeker ook van het aanstellen van praktijkassistentes kunnen bevorderen. Wanneer we dan bovendien nog zouden komen tot een samenwerking met hulpkrachten, zoals wijkverpleegsters en maatschappelijke werkers, dan zouden we heel wat ziekenhuisopnemingen kunnen voorkomen.”

In de derde plaats kan het N.H.G. een tweede rapport „Huisarts en universiteit” publiceren. Begin 1967 kreeg de werkgroep Scholing de opdracht om het eerste rapport te schrijven, dat is dus nu bijna vier jaar geleden.

De punten uit het eerste interimrapport die een nadere uitwerking en bestudering vergen, zijn bijvoorbeeld: programmering van het co-assistentenschap bij de huisarts, uitwerking van de inhoud van de specifieke beroepsopleiding, formulering van de eisen die aan de huisartsopleiders moeten worden gesteld, bespreking van het rapport van de commissie huisartsenregistratie (1969) en bestudering van de problematiek die zich voordoet wanneer de huisarts tevens universitair medewerker gaat worden.

De werkgroep scholing zal dan waarschijnlijk anders moeten worden samengesteld, bijvoorbeeld met een docent in de huisartsgeneeskunde en een onderwijsdeskundige. Laatstgenoemde zal bijvoorbeeld advies kunnen geven bij de herschrijving van het hoofdstuk „De inhoud van de huisartsgeneeskunde”.

De classificatie van de onderwerpen in dit hoofdstuk genoemd, is een volslagen willekeurige. De moderne theoretische classificaties van onderwijs-

doelstellingen zullen ongetwijfeld hier van toepassing zijn (*Meuwese*).

In de vierde plaats kan het N.H.G. peilstations oprichten om te trachten aan de hand van uitgewerkte morbiditeitsregistraties, de werkelijke medische noden van de maatschappij te formuleren. Naar mijn overtuiging liggen deze noden niet in de eerste plaats op somatisch gebied.

De gigantische hoeveelheden mensen die de huisarts consulteren met „levens- en gezinsmoeilijkheden”, vergen voorzieningen in een totaal ander vlak dan de oprichting van bijvoorbeeld een Hartstichting. Dergelijke stichtingen doen, behalve geld verslinden en hartneurotici kweken, niets meer dan de werkelijke problematiek verdonkeremanen.

De toeneming van hart- en vaatziekten in onze moderne welvaartstaat is een symptoom van een slecht functioneren van onze maatschappij. Dezelfde overheid, die meent de zaak te moeten verbeteren door een symptoom te bestrijden, strijkt per jaar miljoenen op aan tabaksaccijnzen, maar subsidieert tevens de Nederlandse Organisatie voor de Kankerbestrijding — Meinsma deelde mij mede dat in 1968 bijna vijf duizend mensen aan longcarcinoom zijn overleden —.

Deze peilstations zullen het N.H.G. misschien ook eens op het idee brengen zich uit te spreken over de rol welke de huisarts in de toekomst moet spelen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. Tot nu toe is hierover bitter weinig gezegd.

Iedere huisarts is het toch ermede eens dat de huisartspraktijk een invalspoort is voor een enorm groot aantal mensen met levens- en gezinsproblemen. Maar wat moet de huisarts met hen beginnen? Verwijzen? Naar wie? Naar bureaus met wachtlijsten van zes maanden? Op mijn vraag aan tien co-assistenten wat hun in de huisartspraktijk het meest was opgevallen, antwoordden twee onafhankelijk van elkander: „De enorme omzet van produkten van de firma La Roche”.

In de vijfde plaats kunnen huisartsen — of het N.H.G. — proberen universitaire medische docenten uit te nodigen eens deel te nemen aan de werk-

zaamheden van de huisarts. Het is toch onaanvaardbaar dat bijvoorbeeld een hoogleraar inwendige geneeskunde nimmer een spreekuur van een huisarts heeft meegemaakt. Een dergelijke hoogleraar meent mensen te kunnen opleiden voor een beroep dat hij niet kent. Ik stelde, proberen uit te nodigen. Collega Braun uit Oostenrijk, vertelde mij dat de hoogleraren niet komen. Zij komen nooit. Braun was van plan dit fenomeen te onderzoeken door een groot aantal hoogleraren uit te nodigen en te trachten een classificatie te maken van de uitvluchten welke zij gebruikten om niet te komen. Misschien ligt hier een interessant terrein braak voor de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek.

Tenslotte — in de zesde plaats — zou het N.H.G. eens kunnen overwegen reeds bestaande studiegroepen te vragen een bepaalde problematiek te bestuderen en een artikel daarover te schrijven. Naar mijn mening laat het bestuur hier een belangrijke taak liggen. Wat is er tegen dat het bestuur in „huisarts en wetenschap” problemen aan de orde stelt met de vraag wie van de huisartsen (-studiegroepen) hieraan eens wil gaan werken? De redactie van huisarts en wetenschap zou deze gang van zaken zeker toejuichen. Misschien verschijnen in ons maandblad dan wat meer oorspronkelijke bijdragen van huisartsen.

Het lijkt mij dat er werk genoeg te doen is. Het volgende zou ik echter nog in overweging willen geven.

Doe zoveel mogelijk van het werk in samenwerking met anderen: met niet-artsen, met patiënten, met studenten. Steeds meer kom ik tot de overtuiging dat onze gezichtskring — als arts — beperkt is, dat wij een uitgesproken beroepsdeformatie hebben. Ook deze verhandeling zal daarvan wel de sporen dragen.

Bol, T. A. (1970) *Medisch Contact* 25, 1017.

Huygen, F. J. A. (1964) *Het Ziekenfonds* 38, 34.

Meuwese, W. *Onderwijs research*. Spectrum, Utrecht, 1970. *Specialisten Registratie Commissie. Erkenning en registratie van medische specialisten*. Born n.v., Amsterdam, 1967.

Werkgroep Scholing van het Nederlands Huisartsen Genootschap. *Huisarts en Universiteit*. Uitgeverij Kruyt, Bussum, 1968.

Woudschoten-rapport (1966) *huisarts en wetenschap* 9, 373.