

was. Toen was men zeer afhankelijk van het daadwerkelijke enthousiasme van een betrekkelijk kleine kern. Nu bevindt het Genootschap zich in een ander stadium. Het Nederlands Huisartsen-Instituut is opgericht en beschikt over enige beroepskrachten. Het gaat er nu om dat wij onze ideeën geschraagd weten door de huisartsen. Daarnaast maken ook financiële redenen een groter ledental gewenst. Het is overigens sprekers ervaring dat nieuwe leden, die door collegae voor het N.H.G. werden warm gemaakt, in tal van gevallen tot verheugende activiteiten zijn gekomen.

Moors vroeg of in de toekomst wellicht regelmatige publicaties in „huisarts en wetenschap” kunnen verschijnen over de contacten van het bestuur met bijvoorbeeld organisaties op het terrein van de geestelijke volksgezondheid, Kruisverenigingen, L.H.V. Bij deze contacten zullen immers belangrijke zaken aan de orde komen, die ook voor de periferie van belang zijn en overlappingsen in perifere activiteiten kunnen voorkómen. De voorzitter antwoordde, dat in de rubriek „Uit de notulen” in „huisarts en wetenschap” informatie over deze contacten wordt gegeven. Mochten zich in bepaalde centra moeilijkheden voordoen in verband met overlappingsen van activiteiten door centrumbesturen en door plaatselijke huisartsenverenigingen dan zal moeten worden getracht vrijvingen te voorkomen. *Ter Haar* was van mening dat een vrij groot percentage van zeer actieve leden uit bestuur en commissies de huisartspraktijk blijkt te verlaten om een gesalarieerde functie te aanvaarden. Als huisarts in hart en nieren bedroeft spreker dit verschijnsel. Wordt van deze leden misschien teveel geëist? Het zou raadzaam zijn een onderzoek in te stellen naar de reden voor het neerleggen van de huisartspraktijk door deze actieve leden. De toevallig op deze vraag volgende mededeling door de luidsprekerinstallatie „telefoon voor dokter Ter Haar” ontlokte aan één der aanwezigen het prompte commentaar „Daar krijg je een baan aangeboden!” De voorzitter geloofde niet dat er redenen in ongunstige zin zijn aan te wijzen voor het neerleggen van de huisartspraktijk door actieve bestuurs- en commissieleden. Verschillende dezer collegae werden benoemd op posten, die belangrijk zijn voor de huisarts in het algemeen, alsook voor het Genootschap.

Niets meer aan de orde zijnde sloot Huygen om 11.15 uur de tiende huishoudelijke vergadering van het Nederlands Huisartsen Genootschap, waarna tot het tweede gedeelte van het ledencongres werd overgegaan.

E. M. Jansen, secretaris

VERSLAG VAN HET TWEDE GEDEELTE VAN HET LEDENCONGRES 1965 *

In zijn inleiding tot het tweede gedeelte van het ledencongres dat om 11.15 uur een aanvang nam, stelde voorzitter Huygen dat er tot nu toe op de ledencongressen nimmer veel gelegenheid was voor het bespreken van het beleid en het toetsen van de denkbeelden van het bestuur aan die van de leden. Het Genootschap kón niet veel anders doen dan het organiseren van congressen, vergaderingen, studiegroepen, symposia, het opstellen van rapporten en het maken van studies. Dit alles is met de komst van het Nederlands Huisartsen-Instituut (N.H.I.) anders komen te liggen. Er zijn thans reële mogelijkheden gekomen om veel meer te gaan doen en allerlei activiteiten snel uit te voeren.

De vraag wat het N.H.I. gaat ondernemen is van zóveel belang, dat het in overeenstemming moet zijn met de wensen en meningen van de leden van het Genootschap. Ten einde hierover met elkaar te spreken werd door het bestuur dit ledencongres aangegrepen. Wat gaat het N.H.I. doen? Hierover is door het bestuur een groot „raamplan” opgesteld: het plan tot onderzoek naar en bevordering van optimaal functioneren van de huisarts. Dit plan werd in de zomer 1964 met de leden van de grote commissies uit het Genootschap besproken op een conferentie in „De Pietersberg” te Oosterbeek. Het plan is vóór dit ledencongres tezamen met een plan tot onderlinge observatie van huisartspraktijken en het verslag van de Pietersberg-conferentie aan alle leden toegezonden teneinde hen op de hoogte te stellen. Wellicht wat prematuur

* Tiende huishoudelijke vergadering van het Nederlands Huisartsen Genootschap, gehouden op 2 oktober 1965 te Utrecht.

en het risico in zich bergend van verwarring, eventueel verdeeldheid, zelfs met kans op misverstanden. Maar dit risico is bewust gekozen, omdat het bestuur het contact met de perifere leden van groter belang acht. Het risico van het groeien van een (te) grote afstand tussen de kern en de periferie van het Genootschap werd door het bestuur veel belangrijker geacht dan het risico om met een nog vrij ongevormd plan bij de leden te komen. Met opzet wil het bestuur dan ook dit plan in een zo vroeg mogelijk stadium met de leden bespreken, nu het nog naar alle kanten ruimte laat.

Over het doel van deze bespreking mag geen misverstand bestaan: het is bepaald niet de bedoeling tot beslissingen of besluiten te komen. Het is een geven en krijgen van informatie over en weer, een gedachtenwisseling die plaatsvindt binnen een bepaald raam, namelijk het raam van het plan, dat de leden is voorgelegd en dat moet worden beschouwd als de eerste ruwe schets voor een werkprogramma voor het N.H.I. Deze schets geeft als het ware de omtrekken aan; daarbinnen kan nog van alles worden veranderd, overal is nog uitwerking en detaillering nodig. Daarbij kunnen, zonodig, andere richtingen worden ingeslagen. Prioriteiten moeten nog worden vastgesteld. Het is van zeer groot belang, dat de leden hierbij meewerken, actief worden ingeschakeld en mee modelleren bij de nadere vormgeving van dit plan. Het bestuur acht het van essentieel belang dat de activiteiten van het N.H.I. worden gedragen door de leden van het N.H.G. en hieraan van harte meewerken. De grote opkomst bewijst dat de leden levendig belang in de plannen stellen en gaarne willen meedenken en meehelpen bij het uitwerken daarvan. Voor deze belangstelling is het bestuur dankbaar.

De grote belangstelling maakt echter een vruchtbare gedachtenwisseling, waarbij iedereen aan zijn trekken komt en waarbij niet bepaalde figuren gaan overheersen vrij moeilijk. Het bestuur heeft daarom de vrijheid genomen de aanwezigen in een tiental discussiegroepen in te delen welke zich zullen beraden over een aantal vragen, die zijn opgesteld in overleg met de Raad van Advies van het N.H.I., welke is samengesteld uit de Commissie Nascholing, de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek en de Commissie Praktijkvoering. Elke groep krijgt één vraag die zo genuanceerd en gedifferentieerd mogelijk moet worden beantwoord en bovendien een open, vrije, vraag waarbij men ten aanzien van de activiteiten van het N.H.I. naar voren kan brengen wat men wil: zaken die het bestuur misschien heeft verwaarloosd af vergeten, mogelijkheden en aspecten die naar de mening der leden te weinig aandacht krijgen.

Het plan is de leden voorgelegd in zijn oorspronkelijke ruwe vorm. Als zodanig is het op de Pietersberg besproken. De vorm is daarna nog niet gewijzigd. Het lag in de bedoeling de besprekingen van het bestuur en de commissies voort te zetten en wel degelijk wijzigingen in het plan aan te brengen. Door alle drukte van de oprichting, inrichting en opening van het N.H.I. is dit er tot nu toe niet van gekomen. Dit betekent niet dat er geen wijziging in opvattingen is gekomen. Op de Pietersberg-conferentie is bijvoorbeeld duidelijk geworden dat de titel van het plan onduidelijk is en tot misvattingen aanleiding geeft. Het zal beter zijn deze te wijzigen en bijvoorbeeld te spreken over „plannen tot bevordering van een goede praktijkuitoefening door de huisarts”, waarmee tevens duidelijk wordt gemaakt dat het niet gaat om het opsporen van fouten en tekortkomingen of van minder goede huisartsen, maar van het opsporen van belemmeringen die een goede praktijkuitoefening in de weg staan en het zoeken naar wegen en middelen om een goede praktijkuitoefening zoveel mogelijk te helpen bevorderen. Het storende negatieve uitgangspunt moet worden verwijderd. Het retrospectieve onderzoek naar verwijzing zal zo moeilijk uitvoerbaar zijn, dat het mogelijk zal moeten vervallen, in elk geval sterk worden gewijzigd. Het „morbiditeitsonderzoek” kan beter „speciële ziekte-onderzoeken” worden genoemd. Aan de evaluatie van de medisch psychologische studiegroepen wordt reeds hard gewerkt. Een analyse van de verwachting van de bevolking ten aanzien van de huisarts zal waarschijnlijk niet door het N.H.I. worden verricht.

Wat de scholing betreft is het bestuur inmiddels — mede naar aanleiding van opmerkingen van Mulder — tot de conclusie gekomen dat dit een programmapunt met zeer hoge

urgentie vormt. Over hetgeen het N.H.I. in deze zou kunnen doen is inmiddels door Van Es een ontwerp voor een experiment gemaakt. In dit verband wilde voorzitter Huygen een misverstand rechtzetten, dat gerezen was naar aanleiding van het verslag van de Pietersberg-conferentie, waarin spreker een opleiding tot huisarts volgens het plan Lahr-Weyel als „levensgevaarlijk” zou hebben gekenschetst. Spreker had alleen bedoeld te zeggen dat het gevaarlijk is om de huisartsenopleiding alleen vanuit het ziekenhuis te laten geschieden. De klinische opleiding is een taak van de universiteiten. Wij huisartsen moeten alleen iets doen aan die kant van de opleiding waaraan wij als huisartsen een bijdrage kunnen geven. Door samenwerking tussen Maatschappij, L.H.V., N.H.G. en N.H.I. is een studietoelating gevormd betreffende het opzetten van (experimentele) groepspraktijken. Er is dus geen stilstand geweest, integendeel er is een stormachtige ontwikkeling gaande.

Vervolgens gaf de voorzitter het woord aan Van Es om iets te zeggen over de activiteiten welke in het N.H.I. in de korte periode van zijn bestaan zijn ontwikkeld. Van Es verwees in de eerste plaats naar de „kleine letters” in „huisarts en wetenschap”, waarin regelmatig mededelingen verschijnen over de activiteiten en plannen van het N.H.I. Aan de hand van het op de Pietersberg besproken plan, gaf hij vervolgens een globaal overzicht der activiteiten. De literatuurstudie over het functioneren van de huisarts wordt in opdracht van de Staatscommissie Huisartsen op het N.H.I. door Deveer verricht. Deze studie is in een vergevorderd stadium. Wat het „veldonderzoek” betreft, deelde spreker in het kader van de zogenaamde morbiditeitsonderzoeken mede, dat het hart-onderzoek in volle gang is. Over het psycho-sociale deel van dit onderzoek, zullen door Brouwer op het N.H.G.-congres in november 1965 enige mededelingen worden gedaan. Met de C.W.O. zal worden besproken, welke aspecten verder onder de loep moeten worden genomen. Voorts is er een onderzoek gaande naar de knelpunten en belemmeringen, welke de huisarts in zijn werk ervaart. Door middel van een enquête onder tien procent van alle Nederlandse huisartsen, hoopt men hierover een inzicht te krijgen. Ook vindt een onderzoek plaats naar de motieven om het beroep van huisarts te kiezen. Dit onderzoek geschiedt bij een gemakkelijk bereikbare, doch geselecteerde groep, namelijk onder de artsen die in militaire dienst komen (Militaire School voor Hygiëne en Preventieve Geneeskunde). Tenslotte worden momenteel het mazelien-onderzoek en het „kamperfoelie”-onderzoek (prospectief) gehouden. Door al deze zaken hoopt men enig inzicht te verkrijgen in sommige aspecten van het functioneren van de huisarts. In een tweede fase van dit „veldonderzoek” hoopt het N.H.I. te komen tot een registratiesysteem van alle huisartsen, waarin een aantal zakelijke gegevens is vastgelegd, welke voor verdere onderzoeken of voor het uitzetten van kortlopende projecten van belang zijn.

Het zogenaamde plan van Van den Dool (onderlinge observatie van huisartspraktijken) zal zeer goede diensten kunnen bewijzen bij het onderzoek naar het functioneren van de huisarts, doch voorlopig zal een vraagteken moeten worden geplaatst bij de bewerkbaarheid der resultaten. In samenwerking met de C.W.O. wil het N.H.I. komen tot oprichting van de Nederlandse Huisartsen-Onderzoeksgroep (N.H.O.), een vaste kern van huisartsen, die onder meer de evaluatie van de werking van geneesmiddelen zal bekijken.

Wat de scholing betreft, kan in de eerste plaats worden gewag gemaakt van de oriëntatiecursussen voor jonge huisartsen. In deze cursussen, waarvan de tweede serie onlangs is gestart, wordt in kort bestek een stuk zakelijke informatie gegeven over onder andere praktijkvoering, contact met andere organisaties en personen, enzovoort. Bovendien wordt zeer binnenkort gestart met de zogenaamde „vormingscursus” voor huisartsen, die drie tot vier jaar in de praktijk zijn en in deze tijd de door hen ervaren tekorten in hun opleiding aan den lijve hebben ondervonden. De cursus wil trachten deze tekorten aan te vullen. De cursus zal 120 uur in beslag nemen. Het N.H.I. hoopt met deze cursus ervaring op te doen met verschillende opleidingsmethodieken.

Voorts is een ontwerp gemaakt voor een postuniversitaire beroepsopleiding tot huisarts, waarmede het N.H.I. op experimentele basis hoopt te beginnen. In samenwerking met de Commissie Nascholing en de Landelijke Artsen Cursus Com-

missie van de Maatschappij hoopt het N.H.I. te komen tot aanstelling van een nascholingsfunctionaris om vanuit het N.H.I. te komen tot een continu nascholingsprogramma voor de periferie. De financiële basis voor het aanstellen van zo'n functionaris is echter nog niet voldoende gelegd. Onder het hoofd „organisatie praktijken” kan in de eerste plaats melding worden gemaakt van de reeds door de voorzitter genoemde Commissie Groepspraktijken. Door middel van studie wil men komen tot het opstellen van enige schema's welke dienen te worden gevolgd als men een groepspraktijk wil oprichten. Voorts zijn er — hier en daar nog wat vage — plannen voor het vinden van bepaalde samenwerkingsvormen tussen huisartsen en bijvoorbeeld wijkverpleegsters en maatschappelijk werkers. Voor de eigenlijke praktijkorganisatie is een Commissie Voorlichting in het leven geroepen. Men hoopt in het Instituut een voorlichtingscentrum te kunnen opbouwen voor huisartsen, die hun praktijk willen verbouwen, zich willen vestigen, de praktijkorganisatie willen veranderen, enzovoort. Tenslotte deelde Van Es mede, dat door Veldhuizen van Zanten aan een rapport over het functioneren van de medisch psychologische studiegroepen wordt gewerkt.

De bezetting van het N.H.I. bestaat momenteel uit vijf wetenschappelijke medewerkers en drie administratieve krachten benevens een echtpaar-huisbewaarder.

Na deze uiteenzetting was er een korte gelegenheid tot het stellen van vragen. Van Meurs informeerde of de service van het N.H.I. zich ook uitstrekte tot het typen van bandjes van centrumbijeenkomsten, voordrachten, en dergelijke. Van Es antwoordde hierop in duidelijk ontkennende zin. Er is een ernstige onderbezetting, doch in de toekomst hoopt het N.H.I. meer diensten aan de periferie te kunnen verlenen. Polak vroeg waarom voor de discussiegroepen geen vraag was gesteld over het „doorlichten” van een aantal huisartspraktijken en over een retrospectief onderzoek bij klinische specialisten naar de verwijzingen van een aantal huisartsen. De voorzitter antwoordde dat het eerste gedeelte van Polak's vraag ten dele wordt opgevangen door de eerste van de door de discussiegroepen te behandelen vragen. Wat het andere deel van Polak's vraag betreft, elke discussiegroep zal vrij zijn dit aspect in zijn beschouwingen te betrekken.

Na de lunch verdeelden de aanwezigen zich in twaalf discussiegroepen ter bespreking van in totaal vijf vragen en één vrije vraag, in ongeveer 90 minuten. Elke vraag werd door twee of drie groepen behandeld en alle groepen schonken, voor zover mogelijk, aandacht aan vraag 6: „Welke overige maatregelen acht u mogelijk om de huisarts te helpen zijn taak beter uit te oefenen?” Over elke vraag werd door één rapporteur verslag uitgebracht en deze rapporteur gaf ook antwoord op vraag 6.

RAPPORTAGES *

Vraag 1 Wenst u het plan tot wederzijds praktijkbezoek te stimuleren en op welke wijze zou dit kunnen bijdragen tot evaluatie van het werk van de huisarts? (Rapporteur W. Aalders) Het plan tot wederzijds praktijkbezoek moet door middel van het N.H.I. worden aangemoedigd. Een gemeenschappelijke eindrapportage over de bevindingen van alle deelnemers is daarbij echter zeer gewenst. Een centrale evaluatie zal alleen maar op beperkte schaal kunnen plaatsvinden. Voordelen van deze onderlinge praktijkobservatie zullen vooral voor de deelnemende artsen van belang zijn en niet zozeer voor de huisarts in het algemeen. De nadelen, verbonden aan deze methode van praktijkbezoeken, dienen van tevoren zeer goed te worden overwogen. Er waren stemmen opgegaan om bij deze praktijkobservatie gebruik te maken van een „closed t.v.-circuit”, doch dit zou een ernstige inbreuk op de „privacy” van de patiënt betekenen.

De voorzitter concludeerde dat het antwoord op de eerste vraag duidelijk positief was. Men wil dit plan van onderlinge praktijkobservatie aanmoedigen met medewerking van het N.H.I. Van Es zei, dat het N.H.I. er zeker voor voelt om bij de organisatie van deze wederzijdse praktijkbezoeken een actieve en coördinerende rol te vervullen.

* Het deel betreffende het antwoord op vraag 6, zoals door de verschillende rapporteurs geformuleerd, is aan het einde van dit verslag opgenomen.

De voorzitter informeerde vervolgens of alle aanwezigen die in de eerste drie discussiegroepen dit zogenaamde plan van Van den Dool hebben besproken, ook zelf bereid zouden zijn hierbij te worden betrokken. Westhoff wees erop, dat de bereidheid om aan dit plan deel te nemen in hoge mate afhankelijk zal zijn van de voorwaarden waaronder deze bezoeken zullen plaatsvinden. Zouden de deelnemers elkaar van tevoren niet kennen, dan zal de zaak zeer goed moeten worden voorbereid en zullen er voorbesprekingen van de deelnemers moeten worden georganiseerd.

Eén der aanwezigen vroeg of het niet mogelijk is dat iemand van het N.H.I. kan worden gevraagd om naar bepaalde moeilijkheden in een praktijk een onderzoek in te stellen en daarover in individuele gevallen advies te geven. Van Es: Het N.H.I. zou graag tot een dergelijk onderzoek willen komen, maar dit is buitengewoon arbeidsintensief. Wij waren bang dat vele huisartsen ervan terug zouden schrikken. Wij zouden inderdaad graag de aanvragers adviezen willen geven aan de hand van verrichte observaties. Dit zou een bijzonder goed inzicht geven in het functioneren van de huisarts.

De voorzitter informeerde daarop onder de aanwezigen of velen van hen bereid zouden zijn hun praktijken te laten observeren en adviezen te krijgen, indien aan het N.H.I. een competent advieslichaam zou kunnen worden opgebouwd. Een zeer grote meerderheid bleek hiertoe bereid te zijn.

Smit (Nijverdal) merkte op dat het goed functioneren van een praktijk sterk gebonden is aan plaats en tijd. Het zal dus moeilijk zijn om algemeen geldende normen te hanteren bij zo'n onderzoek. Van Es antwoordde, dat hiermede zeker rekening zal worden gehouden. Pas op den duur zal men een zekere deskundigheid kunnen opbouwen. Bergsma attendeerde erop dat deze discussie wel sterk gaat afwijken van het oorspronkelijke plan van onderlinge praktijkobservatie. Spreker heeft indertijd ook aan deze observatie deelgenomen. Daarbij werd de observator veel meer als leerling dan als leraar beleefd. De voorzitter gaf toe, dat inderdaad over twee verschillende plannen wordt gesproken, die misschien toch met elkaar te verbinden zijn.

Van Aalderen pleitte ervoor om niet met het „doorlichten” van praktijken te beginnen, alvorens ervaring was opgedaan met het plan voor wederzijds praktijkbezoek. Van Es kon deze mening zeker wel onderschrijven. Oeberius Kapteyn maande tot enige voorzichtigheid bij het ter hand nemen van de nu geopperde ideeën. Door het stimuleren van besprekingen door groepjes huisartsen die bij elkaar in de buurt wonen, zullen vele problemen al „spelenderwijs” worden opgelost. De voorzitter zegde toe, dat de gehele kwestie uiteraard zeer voorzichtig zal worden aangepakt.

Vraag 2 Zijn er criteria te geven voor de kwaliteit van het werk van de huisarts? (Rapporteur Dr. H. Roelink) Deze vraag was in de gegeven vorm niet te beantwoorden. Welke normen zouden moeten worden gesteld om de kwaliteit te kunnen beoordelen? Wat is het werk van de huisarts? Dat werk is in zijn totaliteit niet te beoordelen. Wel in verschillende facetten, waarbij men van bepaalde „levels” zou kunnen uitgaan, „levels” ten aanzien van de administratie, het fysiek vermogen, de sociaal economische sector. Maar als dit alles zou worden gerubriceerd en opgesteld, krijgt men toch wel heel wat anders dan een beeld van het werk van de huisarts. Dit werk is immers méér en sterk afhankelijk van de persoon van de arts, tijd, plaats, milieu, enzovoort. Hiervan hangt het functioneren van de huisarts af. Wordt ons werk in het N.H.G. niet ingegeven door een collectief gevoel van tekortschieten? Maar tekortkomingen kunnen nooit een norm zijn. Tekortschieten is normaal. Daarom is het beter te spreken van „zo goed mogelijk” en daarnaar te streven.

De voorzitter resumeerde, dat vraag 2 slecht kon worden beantwoord in die zin, dat een totale beoordeling van de kwaliteit van het werk van de huisarts niet mogelijk is, maar slechts in deelfacetten. De opmerking over het collectieve schuldgevoel achtte spreker van waarde. Eén van de plannen van het N.H.G.-bestuur voor de toekomst is het organiseren van een conferentie over de communicatie tussen huisarts en specialist.

Bremer gaf nog een aanvulling op deze rapportage. Wij willen altijd maar de status van de huisarts verbeteren met

voorzichtige psychiatrische methoden. Waarom eigenlijk niet met de chirurgische methode? Er zullen duidelijke minimum-normen moeten worden gesteld aan de praktijkvoering. Wat te denken als in 50 procent der bevallingen geen bloedgroep wordt bepaald? Wat te denken van spreekkamers, waarin geen onderzoekbank of bloeddrukmeter aanwezig is? Spreker vreesde dat als de huisartsen zelf dergelijke minimum-normen niet opstellen, binnen enkele jaren anderen dit voor ons zullen doen. Sanders is er niet van overtuigd dat het voldoen van praktijk-inrichtingen aan minimum-normen, iets zegt over de kwaliteit van het werk van de huisarts. Smit (Nijverdal): Het financiële aspect mag bij de inrichting ook niet worden verwaarloosd.

Bremer was wél van mening dat de kwaliteit van het werk wordt beïnvloed door de praktijkinrichting. De voorzitter verwees naar de door de studiegroep Praktijkvoering opgestelde rapporten over het instrumentarium, de administratie en het laboratorium. Dit zijn toch ook al bepaalde normen. Dijkhuis gaf te kennen dat er geen criteria zijn om de kwaliteit van het werk van de huisarts vast te stellen. Van Meurs merkte op dat de huisarts moet trachten met zo weinig mogelijk middelen en een zo gering mogelijk gebruik van farmaca de patiënt weer zo snel mogelijk in optimale toestand te brengen. Westhoff vroeg zich af, of het N.H.I. niet een paar goede praktijken zou kunnen bekijken en hierover een artikel schrijven. Lamberts hield daarna een onder luid applaus afgesloten pleidooi, waarin spreker waarschuwde tegen publikaties over analyses van huisartspraktijken. Wij moeten thans onze „image” goed opbouwen, aldus spreker, maar daarbij kan men geen negatief gekleurde rapporten gebruiken. Het Engelse Gillie-rapport is een positief rapport, waarin wel mogelijkheden van fouten worden beschreven, maar het ademt toch een zeer positieve geest uit, waarbij de huisarts zich „senang” voelt. Werk daarom aan positieve, opbouwende dingen en laat voor de toekomst zoveel mogelijk negatieve elementen achterwege. Wij moeten aan de toekomstige huisarts denken, aldus spreker.

Vraag 3 Welk (uitvoerbaar) facet van het morbiditeitsonderzoek in de ruimste zin des woords acht u thans het meest noodzakelijk? (Rapporteur Dr. H. J. Dokter) Het kennen van het morbiditeitspatroon in de huisartspraktijk is noodzakelijk om met vrucht over nascholing en bijscholing te kunnen spreken. Uiteraard is er een groot verschil in het morbiditeitspatroon tussen de huisartspraktijk en de kliniek. Bij het morbiditeitsonderzoek is een gerichte vraagstelling noodzakelijk en het zal moeten voldoen aan de volgende voorwaarden: 1 de ziekte moet vrij frequent voorkomen; 2 er moet een scherpe diagnose mogelijk zijn; 3 de ziekteduur moet niet te kort zijn; 4 de therapie moet in positieve zin kunnen worden gewijzigd; 5 de duur van het onderzoek moet niet te lang zijn; 6 de medewerkende huisartsen moeten behoorlijk worden gemotiveerd: wat is het nut van het onderzoek of het nut voor de huisarts; 7 een gerichte vraagstelling; 8 prognose van de ziekte: bij voorkeur kieze men een ziekte, welke de huisarts door het deelnemen aan het onderzoek, in staat stelt zijn behandeling te verbeteren; 9 voor het onderzoek mag van de deelnemers niet teveel werk worden verlangd; 10 de huisarts moet zich uitvoerig met de te onderzoeken ziekte bemoeien - dus een behoorlijke frequentie van het bezoek van de huisarts.

Het zal moeilijk zijn om een volledig overzicht van het morbiditeitspatroon te krijgen en dan nog krijgt men dit alleen vanuit het oogpunt van de huisarts.

Suggesties voor morbiditeitsonderzoeken: 1 Secundaire bacteriële infecties van de luchtwegen (CARA); 2 urineweg-infecties; 3 ongevallen buiten het bedrijf; 4 een geriatrisch onderwerp; 5 acute infecties van het maag-darmkanaal; 6 epicondylitis radialis (centrum); 7 nikkel-allergie (centrum); 8 seksuologisch onderwerp; 9 ulcus cruris. Er werd opgemerkt dat er leden zijn die turven wat dagelijks in de praktijk gebeurt; deze gegevens zijn van belang voor een algemeen morbiditeitsonderzoek.

Vraag 4 a Acht u na de artsopleiding een aparte opleiding tot huisarts noodzakelijk? Zo neen, waarom niet? Zo ja, aan welke criteria zou die opleiding moeten voldoen? b Acht u bij deze postuniversitaire opleiding tot huisarts een klinische

stage wenselijk? Zo neen, waarom niet? Zo ja, aan welke criteria zou die stage moeten voldoen en welke voor- en nadelen acht u eraan verbonden (Rapporteur B. S. Polak). In de discussie was ook aandacht geschonken aan het retrospectieve onderzoek bij specialisten en klinieken naar de verwijzingen door een aantal huisartsen, zoals dit genoemd wordt onder punt 2b van het bestuursplan tot onderzoek naar en bevordering van optimaal functioneren van de huisarts. Men was van mening dat een dergelijk onderzoek moeilijk is uit te voeren en als het zou geschieden dan zou toch ook het werk van de specialisten en de ziekenhuizen moeten worden bekeken.

De aan de discussiegroepen voorgelegde vragen 4a en 4b werden in het algemeen zeer positief beantwoord. Een enkeling vond het zo als het nu is wel goed, een ander stelde met nadruk dat de opleiding niet langer mocht worden. Men vindt een speciale opleiding voor de toekomstige huisarts noodzakelijk: a zowel binnen de huidige opleiding zoals deze wetenschappelijk is voorgeschreven; b alsook daarbuiten.

Ad a 1 toevoeging van bepaalde vakken bij de bestaande basisvakken (psychologie, sociale wetenschappen); 2 het werken met kleine groepjes studenten; 3 de student in een vroeger stadium met de patiënt in contact brengen; 4 het instellen van co-schappen bij de huisarts voor iedere medische student. Hiervoor zijn twee redenen: iedereen moet weten wat er in de huisartspraktijk omgaat en door kennismaking met de huisartspraktijk zullen sommigen in hun keuze positief worden beïnvloed. De selectie van de opleiders zal verschillende problemen oproepen. Bij een verplicht co-assistentenschap huisartsgeneeskunde zal dit bij voorkeur tegen het einde van de studie dienen te worden gelopen. Bij het opnemen van psychologische en sociale aspecten in de studie, zal men moeten oppassen dat de somatische geneeskunde niet wordt verwaarloosd.

Ad b De speciale opleiding buiten het bestaande studieraam is in verschillende vormen denkbaar: door de universiteit of door speciale instituten. Het zal goed zijn als het N.H.G. zijn invloed op experimenten laat gelden. De meningen over de tijdsduur varieerden van drie maanden tot twee jaar. Bij deze opleiding is een klinische stage gewenst: bij voorkeur in perifere ziekenhuizen. De oriëntatiecursussen van het N.H.I. zouden in deze klinische stage kunnen worden ingepast. Na de klinische opleiding is een stage van minstens drie maanden bij een huisarts gewenst, gevolgd door een periode van waarneming. Het zal ook nodig zijn de opleiders op te leiden. Alle activiteiten na het artsexamen dienen te worden gehonoreerd.

De voorzitter informeerde vervolgens of al met een speciale opleiding tot huisarts op experimentele basis kan worden begonnen. Polak antwoordde dat deze vraag bij de discussies was behandeld. Toch gebeurt er al iets aan sommige universiteiten (Nijmegen, Amsterdam, Leiden, Groningen). Deze plannen moeten echter door het N.H.G. of N.H.I. worden gecoördineerd. De voorzitter merkte op, dat het N.H.G.-bestuur van mening is, dat het N.H.I. al zeer vlug moet beginnen met experimenten inzake een specifieke opleiding tot huisarts na het artsexamen en wel met het eigen deel van de huisarts in deze na-opleiding. Van Es vroeg daarop aan de vergadering een duidelijke uitspraak over de vraag, of men van mening is dat het nu al tijd is om door het N.H.I. op experimentele basis een specifieke opleiding tot huisarts ter hand te laten nemen, een opleiding in de vorm van een zeer uitgebreide oriëntatiecursus samen met stages in de huisartspraktijk. Met andere woorden kunnen nu al huisartsen andere huisartsen gaan opleiden? Uit de vergadering werden geen negatieve reacties vernomen en Polak vertolkte de mening der aanwezigen door op te merken, dat deze specifieke na-opleiding inderdaad ter hand kan worden genomen als het N.H.G. meent, dat het N.H.I. hiertoe in staat is. Meininger vroeg zich af, of het N.H.G. hierover geen contact zou opnemen met de verschillende curriculum-commissies van de universiteiten. De voorzitter gaf te kennen, dat hierbij veel voetangels en klemmen liggen. Overal is de artsopleiding in bespreking. Het wachten is op de uitspraak van de ministeriële Commissie Huisartsen. Als N.H.G.-bestuur moeten wij niet ongevraagd onze mening aan de universiteiten geven, een mening die overigens reeds genoegzaam uit publikaties bekend is, aldus spreker. Polak was van oordeel, dat het N.H.G.-bestuur zeer wel aan anderen kan suggereren wat er aan de opleiding moet worden gedaan.

Vraag 5 Acht u het tot stand brengen van een organisatie, welke een continue nascholing in de vorderingen der geneeskunde verzorgt — voor zover van belang voor de huisarts — in een cyclus van bijvoorbeeld vijf jaar wenselijk en op welke wijze zou het regelmatig bezoeken van dergelijke cursussen kunnen worden gestimuleerd? (Rapporteur A. Vrij) Het tot stand brengen van een organisatie welke een continue nascholing verzorgt is niet alleen wenselijk, maar noodzakelijk. De nascholing dient niet alleen de vorderingen der geneeskunde te volgen, maar dient ook voor het oprispen van oude kennis. Ook moet aandacht worden gegeven aan vorderingen in de huisartsgeneeskunde, zoals nieuwe aspecten op maatschappelijk gebied, sociale wetgeving, praktijkvoering, medische psychologie. Ten aanzien van de organisatievorm werd in de eerste plaats opgemerkt, dat reeds in de praktijk van alle dag een stuk nascholing zit opgesloten. Namelijk door het contact van de huisarts met specialisten, wijkverpleegsters, maatschappelijk werkenden, MOB's, schoolartsen, enzovoort.

De huidige organisatie der nascholing is helaas zeer verbrokkeld. Daarom is een bundeling, een coördinatie gewenst, een centrale organisatie, doch ook weer niet te centralistisch. Dit kan worden bereikt door de huisartsen zelf zeer nauw bij deze centrale organisatie te betrekken, bijvoorbeeld vrij dicht gekoppeld aan het N.H.I., commissies, aanleunend tegen het N.H.I. en in nauw overleg met specialisten en centra. Het N.H.I. dient dus niet alléén deze centrale organisatie op te zetten. Ook perifere organisatie zal nodig zijn. Als taken van de centrale organisatie worden gezien: 1 een marktonderzoek: wat zijn de behoeften, welke vorm wenst men, wat doet men reeds? 2 wat zijn de vorderingen? (klinische specialisten, research werkers, sociaal geneeskundigen, N.H.I., C.W.O., Commissie Praktijkvoering); 3 instructies van de perifere nascholingsorganen; 4 wat is het minimum van alle nieuwe dingen, dat de huisarts dient te weten?

Als taak van de perifere nascholingsorganisatie werd gezien het organiseren van plaatselijke nascholing in overleg met centrumorganen, plaatselijke ziekenhuizen en plaatselijke specialisten.

Wat de cyclus van bijvoorbeeld vijf jaar betreft, moet men eraan denken, dat er een bepaalde periodiciteit moet zijn: bepaalde onderdelen zullen periodiek opnieuw moeten worden gebracht. Het regelmatig bezoeken van nascholingsbijeenkomsten zou kunnen worden gestimuleerd indien: de nascholing aantrekkelijk en goed verteerbaar is en op hoog niveau ligt; de nascholing goed bereikbaar is; gebruik wordt gemaakt van plaatselijke mogelijkheden; de huisartsen ter plaatse worden betrokken bij de organisatie en uitvoering; belemmeringen voor het volgen van nascholing worden opgeheven (bijvoorbeeld door waarneming); het volgen van nascholing aantrekkelijk wordt gemaakt door financiële beloning, bijvoorbeeld vergoeding van onkosten; de zelfwerkzaamheid der deelnemers wordt gestimuleerd. Er zijn uiteraard verschillende methodieken voor het geven van nascholing, bijvoorbeeld grote landelijke cursussen en kleinere, perifere cursussen. Ook kan men onderscheid maken in de wegen waarlangs het onderwerp de medicus bereikt: schriftelijk, voordrachten, leerboeken, tijdschriften, geluidsbandjes, televisie, reizende academie. De methodiek zal echter niet te star moeten worden gehanteerd.

Vraag 6 Welke overige maatregelen acht u mogelijk om de huisarts te helpen zijn taak beter uit te oefenen?

(Rapporteur W. Aalders) Er schijnen emotionele weerstanden tegen het N.H.G. te bestaan vanuit de meest vreemde figuraties. Het zou nuttig kunnen zijn hiernaar een onderzoek in te stellen. Vooral onder jonge artsen wordt de behoefte gevoeld aan een zekere afgrenzing van praktijkgebieden. Hierover wordt echter weinig officieel bekend gemaakt. Vooral in de grote steden kan weleens ongezone concurrentie heersen, hetgeen de verhouding tussen arts en patiënt niet ten goede komt. De voorzitter interrumpeerde hier door op te merken, dat er al proeven worden gedaan om tot een zekere sanering te komen door middel van samenwerking van één huisarts met één wijkverpleegster. Aalders vermeldde tenslotte dat er behoefte bestaat aan bekwaame uniforme adviezen bij bepaalde ziekten. Van Deen heeft ook gezegd, dat de jonge generatie naar een norm vraagt voor de wijze van behandeling. Hier

zou een taak liggen voor de commissie Praktijkvoering en de centra.

(*Rapporteur Dr. H. Roelink*) Ook bij de behandeling van deze vraag werd het gemis aan een norm gevoeld. Sommigen menen dat in het N.H.G. teveel de nadruk op de psychosomatiek wordt gelegd. De behoefte aan groepswork werd wel gevoeld, zij het dat ook hier sprake was van gradaties. In het dagelijkse werk wordt veelal het gemis gevoeld van een goede communicatie met de specialisten.

(*Rapporteur Dr. H. J. Dokter*) De beantwoording van vraag 6 leverde weinig nieuwe gezichtspunten. Wel werd in de discussiegroepen naar voren gebracht, dat de huisarts vooral het medische werk moet doen en het niet-medische werk aan hulpkrachten moet delegeren. Ook zal de huisarts moeten leren economischer te denken in zijn werk; dit wil niet zeggen bezuinigend werken, maar meer zoeken naar een groter rendement door een betere organisatie en door het zoeken naar meer gespreksmogelijkheden met specialisten.

(*Rapporteur B. S. Polak*) De praktijkgrootte behoort te worden beperkt tot een optimale grootte (ongeveer 2.000 patiënten). Dit kan alleen als er meer huisartsen beschikbaar komen en uiteraard een behoorlijke honorering mogelijk is. De huisartsen dienen een vrije toegang te hebben tot röntgen- en laboratoriumfaciliteiten: dit geldt gelukkig reeds voor de meerderheid. Sommigen waren van mening dat wetenschappelijk werk moet worden gehonoreerd. Goede regeling van avond-, nacht- en zondagsdienst is gewenst. Het N.H.G. en/of het N.H.I. zouden zelf leerboeken moeten uitgeven, bijvoorbeeld over therapie, gesprekstechniek. (De voorzitter achtte dit een waardevolle suggestie, doch de realisatie zal nog wel geruime tijd duren). Sommigen achtten een algemene morbiditeitsanalyse gewenst. Door de gunstige positie welke de huisarts inneemt, zou hij ook veel meer als „health educator” moeten fungeren. Een betere communicatie van het N.H.G.-bestuur met zijn commissies en de overheid leek hier en daar gewenst.

De voorzitter had met enige verbazing beluisterd dat sommigen voor het verrichten van wetenschappelijk werk willen worden gehonoreerd. Iets anders is natuurlijk als men vergoeding van gemaakte onkosten verlangt. *Bremer* merkte op, dat de overheid met zijn onderzoeken soms veel beslag op de tijd van de huisarts legt. De enquête van de Geneeskundige Hoofdinspectie naar congenitale afwijkingen had spreker 3 à 3½ uur gekost, daar dit een retrospectief onderzoek was, waarvoor raadpleging van de patiëntenadministratie noodzakelijk was. De voorzitter toonde begrip voor deze klacht, doch merkte op dat voor onderzoeken in N.H.G.-verband de deelnemers toch nimmer behoren te worden gehonoreerd. Alleen bij de bewerking van de onderzoeken kan eventueel weleens een bepaalde vergoeding worden gegeven, bijvoorbeeld in de vorm van vergoeding van de kosten voor een waarnemer of aanstelling op het N.H.I. van een part-time huisarts. *Westhoff* suggereerde om het N.H.G. of N.H.I. een prijs beschikbaar te laten stellen voor collegae, die zich voor een bepaald onderzoek erg verdienstelijk hebben gemaakt. *Mulder* merkte nog op, dat de C.W.O. zich niet achter het onderzoek naar de congenitale afwijkingen kon stellen, omdat deze enquête juist zoveel tijd van de deelnemers zou vergen.

Tenslotte gaf *rapporteur A. Vrij* enige „losse” opmerkingen uit de discussiegroepen weer: 1 Een zeer uitgebreid onderzoek moet worden gedaan om op te sporen waar de huisarts meent hulp nodig te hebben. 2 De huisarts moet worden geholpen zich meer bewust te maken van eigen mogelijkheden (bijvoorbeeld door discussiegroepen). 3 Er moeten meer faciliteiten komen voor het verkrijgen van hulp van buiten (assistente, laboratorium, röntgen, apotheekhulp). 4 Wijziging in de ziekwet is gewenst, opdat de patiënt niet verplicht is voor het geringste de hulp van de huisarts te moeten inroepen. 5 Nauwere samenwerking met de wijkverpleegster is gewenst. 6 Vorming van groepspraktijken. 7 Nauwere samenwerking met ziekenhuizen is gewenst, vooral met het oog op laboratoriumfaciliteiten.

De voorzitter beëindigde na deze rapportage om 17.06 uur de vergadering en sprak daarbij woorden van dank jegens allen die door hun produktieve medewerking dit experiment van een bespreking van het beleid hebben doen slagen.

J. F. Jongeneel, chef de bureau

UIT DE NOTULEN

Bestuursvergadering 13 mei 1965

Na de gebruikelijke vaststelling der notulen van de vorige vergadering en bespreking van het verhandelde in enige vergaderingen van het dagelijks bestuur, werd verslag uitgebracht van de op 3 mei gehouden bespreking van het dagelijks bestuur met gedelegeerden van het Centraal Bestuur der L.H.V. In dit gesprek had men zich aan L.H.V.-zijde wat verontrust getoond over sommige door het Genootschap genomen initiatieven zonder dat daarover tevoren overleg met de Maatschappij of de L.H.V. was gepleegd. Deze initiatieven betroffen een oriënterend gesprek met een vooraanstaand functionaris der ziekenfondsen over de mogelijkheden om van die zijde financiële steun te verkrijgen voor een vrijwillige post-universitaire opleiding tot huisarts en een vergoeding voor die huisartsen die een praktijkassistente hebben. Met nadruk werd erop gewezen, dat het N.H.G. zich het recht voorbehoudt om contacten naar buiten te zoeken over problemen die rechtstreeks met de praktijkvoering van de huisarts in verband staan, doch dat het N.H.G. nimmer de bedoeling heeft om in enigerlei mate in de onderhandelingen tussen L.H.V. en ziekenfondsen te treden. Tijdens de bespreking kwam de wenselijkheid naar voren van een intensiever contact tussen beide organisaties over vraagstukken, die voor hen gemeenschappelijke aanrakingsvlakken hebben.

Hofmans bracht verslag uit van zijn bezoek aan het Gezondheidscentrum in Dronten, waarover inmiddels ook reeds in „huisarts en wetenschap” een artikel verscheen.

Het bestuur nam kennis van de jaarverslagen van enige commissies en besloot in principe om via het N.H.I. zijn medewerking te geven aan de organisatie van een geriatrische bijscholingscursus voor huisartsen, waarover door de Nederlandse Federatie van Bejaardenzorg contact werd gezocht.

Aan het N.H.I. werd de belangrijke opdracht gegeven tot het uitwerken van plannen betreffende het opzetten van experimenten inzake een specifieke opleiding tot huisarts. Het bestuur meent met het N.H.I. thans over een apparaat te beschikken, dat de realisatie van deze lang gekoesterde wens mogelijk maakt.

Bestuursvergadering 10 juni 1965

Uitvoerig werd stilgestaan bij de plannen om via het N.H.I. een aanvang te maken met een georganiseerde nascholing van de huisarts. Wil deze taak naar behoren worden uitgevoerd, dan zal men hiervoor een aparte functionaris moeten aanstellen. Daar het bestuur de overtuiging heeft, dat deze mening door de Landelijke Artsen Cursus Commissie van de Maatschappij wordt gedeeld, werd besloten de Maatschappij te benaderen over een mogelijke subsidiëring van een aan te stellen functionaris.

Een ander onderwerp van discussie betrof de Rotterdamse plannen inzake de oprichting van een medische faculteit. Aangezien men aldaar wellicht zekere initiatieven zal kunnen verwachten met betrekking tot de opleiding tot huisarts zal de ontwikkeling bij deze nieuwe faculteit met belangstelling door het N.H.G.-bestuur worden gevolgd.

Een door het dagelijks bestuur gehouden bespreking met een vertegenwoordiger van het Centraal Genootschap voor Kinderherstellingsoorden en Gezondheidskolonies vormde de aanleiding om genoemde vereniging schriftelijk te berichten dat ook in deze tijd de koloniehuisen nog van nut moeten worden geacht. Aangezien de indicatie voor opname thans veel meer in de geestelijk-hygiënische omstandigheden van het leefmilieu der kinderen moet worden gezocht, is het van belang ook de gezinnen te begeleiden en een nazorgplan met medewerking van de huisarts op te stellen.

De Nederlandse Bond voor Moederschapszorg en Kinderhygiëne gaf in een bespreking met het dagelijks bestuur de wens te kennen een vertegenwoordiger van het Genootschap en van de Maatschappij in zijn bestuur op te nemen, teneinde mee te denken aan het opstellen van een structuurplan inzake de kinderhygiëne.

De Commissie Ziekenfondstarieven van de L.H.V. heeft de mening van het N.H.G.-bestuur gevraagd over de wijze waarop men wil trachten de huisarts een ruimer acces tot de röntgenologie te geven. Men had hiertoe een lijst samenge-