

ministratie van de Maatschappij mede, dat sedert de uitgifte voortdurend vele kleine en grote (ziekenhuizen) bestellingen voor de medische informatiekaart worden behandeld. Over de omvang van het gebruik en de wijze waarop dit kaartje door de betreffende artsen wordt beoordeeld is — naar ik meen — nooit iets gepubliceerd.

Een van de stellingen bij het proefschrift van *De Beus* luidende: De voordelen om de patiënten een kaartje mee te geven waarop de medicatie is genoteerd, wegens op tegen de nadelen hiervan”, laat geen twijfel bestaan dat in het algemeen de gevoelens met betrekking tot de medicamentenkaart ambivalent zijn. Wanneer men gewend is op de patiëntenkaart onder meer steeds de medicatie aan te tekenen, heeft men voor eigen gebruik uiteraard geen behoefte aan een medicamentenkaart. Het betekent extra werk — voor de praktijkassistente — tevens de medicamentenkaart van iedere chronische patiënt up to date te houden. Voorts — en hier knelt de schoen vermoedelijk

het pijnlijkst — dient men consequent de chronische patiënt naar zijn medicamentenkaart te vragen, waardoor deze dit document in relatie tot de dokter als voor hem waardevol leert ervaren.

Medicamentenkaarten of formulieren — die echter uitsluitend voor dat ene doel zijn bestemd — worden consequent door de trombosediensten van het Nederlandsche Roode Kruis gehanteerd (Behandeling met anticoagulantia, (1970) huisarts en wetenschap 13, 188) en voorts verschaffen verschillende verenigingen van patiënten hun leden kaartjes of penningen om in geval van nood inlichtingen te kunnen verstrekken, zoals de Nederlandse Vereniging van Suikerzieken en Medicalert.

Het is bekend dat sedert geruime tijd overleg wordt gepleegd om tot een uniforme medische informatiekaart te komen, waarop ook de verschillende immunisaties (tetanus onder andere!) kunnen worden aangegeven. Hopelijk inspireert *Blaauw-hof* met zijn kaart tot discussie in huisartsenkring over dit onderwerp. H.

Uit het N.H.G.-bestuur: Bezinning

DOOR DR. A. P. OLIEMANS

Bijna drie jaar na de oprichting van het NHG werd in januari 1959 in Woudschoten een conferentie belegd door het NHG-bestuur met de verschillende grote commissies over de problematiek, waarvoor de Nederlandse huisarts zich toentertijd gesteld zag. De diepgaande debatten over de plichten en rechten van de huisarts resulteerden tenslotte in een functie-omschrijving en in een opstelling van de twaalf deeltaken van de huisarts. *Huygen* wijdde enige beschouwingen aan deze Woudschoten-conferentie en onderschreef het belang hiervan voor het NHG.

Aan de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (CWO) van het NHG werd gevraagd de deeltaken verder te analyseren en het bestuur van advies te dienen bij een door hem met deze deeltaken als uitgangspunt te volgen beleid. Van 1959 tot 1963 besteedde de CWO een groot gedeelte van haar vergadertijd aan deze opgave en bood tenslotte in 1963 het NHG-bestuur een lijvig rapport hierover aan. In dit „Woudschoten-rapport” had de Commissie de deeltaken nader uitgewerkt en richtlijnen voor een verder beleid aangegeven. In 1966 verscheen van de hand van een van de adviseurs van de CWO, *Vroege*, een samenvatting van dit rapport.

Sinds de Woudschoten-conferentie zijn de functie-omschrijving van de huisarts en de twaalf deeltaken de richtlijnen gebleven, waarnaar het NHG-bestuur zijn beleid met betrekking tot de huisarts en de huisartsgeneeskunde bepaalde.

De functie-omschrijving en de deeltaken, zoals deze in het Woudschoten-rapport werden vastgelegd, brengen wij hier nog eens in herinnering. De functie van de huisarts ziet het NHG in: „aanvaarden der verantwoordelijkheid voor continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwende individuele mensen en gezinnen”. Het NHG zou deze zorg willen zien in: „het opheffen, in hun uitwerking belemmeren en waar mogelijk voorkomen van stoornissen in de individuele- of gezinsgezondheid, een drievoudige taak dus: curatief, revaliderend en preventief”.

De deeltaken zijn de volgende:

- 1 eerste hulp, ook voor psychische traumata;
- 2 somatisch onderzoek;
- 3 psychisch en sociaal onderzoek, waarbij de beheersing van goede gespreks- en anamnese-techniek essentieel is;
- 4 registratie en beheer van alle medische gegevens;
- 5 differentiatie van de patiënten in twee groepen, namelijk in een groep waarvan de behandeling binnen de dagelijkse routine valt en een groep die afzonderlijke behandeling vraagt door het gecompliceerde van haar bijzondere problematiek;
- 6 behandelen wat door hem behandelbaar is;

7 ad hoc en tijdelijk delegeren naar medische en andere deskundigen, waarbij zijn mede-verantwoordelijkheid blijft bestaan;

8 in overleg met behandelende en adviserende medische specialisten en andere deskundigen opstellen van een nazorgplan en zorg voor de uitvoering ervan;

9 integratie en coördinatie van de zorg voor de zieke, invalide en onaangepaste mensen door een goede samenwerking met andere deskundigen, waar nodig in teamverband;

10 bijdragen tot preventie;

11 bijdragen tot gezondheidsvoorlichting en -opvoeding;

12 blijven werken aan eigen deskundigheid en vorming, met een open oog voor eigen mogelijkheden en grenzen.

Is er nu, ruim twaalf jaar na de opstelling van deze deeltaken, een verandering in ons verwachtingspatroon opgetreden? Meermalen wordt betoogd dat men in de hedendaagse tijd niet meer van de huisarts een taak mag verlangen zoals die welke hierboven wordt beschreven. Dit neemt echter niet weg dat de huisarts verantwoordelijk blijft voor de geneeskundige zorg van zijn patiënten.

Als huisartsen zijn wij de enige groep geneeskundige verzorgers die spreken van onze patiënten, evenals de patiënten spreken van mijn arts. Zodra deze bezittelijke voornaamwoorden niet meer worden gebruikt, is, meen ik, het bestaan van de werkelijke „huisarts” dubieus geworden. Momenteel geeft het zeer duidelijk aan dat er een bepaalde relatie bestaat tussen de patiënt en de huisarts, een meer persoonlijke dan tussen de patiënt en de overige werkers in de gezondheidszorg het geval is.

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

Er zijn ongetwijfeld verschuivingen opgetreden in ons werkkterrein en daarmee in de deeltaken, doch hun waarde blijft behouden. Zo zal in de grote stad de eerste deeltaak (eerste hulp) niet meer expliciet door de huisarts alleen worden gegeven. EHBO-posten van de grote ziekenhuizen, Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdiensten en consultatie-bureaus verzorgen elk een gedeelte van de eerste hulp. Toch moet dit een deel-

taak voor de huisarts blijven; niet alleen moet hij beschikbaar blijven, doch door een rapportage aan de huisarts wordt de door anderen verleende eerste hulp weer onderdeel van de continue zorg. Zo zal waarschijnlijk een herwaardering van alle deeltaken of een andere formulering noodzakelijk zijn, doch de inhoud en intentie zullen (nog?) niet wezenlijk veranderen.

Er is in de vijftien jaren na de oprichting van het NHG veel veranderd in de huisartsenwereld. Veel doelstellingen welke het NHG zich stelde, zijn nu verwezenlijkt; het beroep van huisarts heeft weer meer inhoud gekregen en wij zijn weer trots om huisarts te zijn. In 1956 werden wij allen bezielde door de gedachte de huisarts weer op niveau te brengen en hem uit zijn isolement te halen. Past ons nu geen bezinning, moeten wij ons geen nieuwe idealen meer stellen? Kunnen wij het „movement”-karakter zoals dat in 1956 bestond, behouden? Zo ja, dan zal het NHG-lidmaatschap iets voor ons moeten betekenen.

In 1969 stelde *Dokter* in zijn congresrede voor het eerst de vraag of er eisen mogen worden gesteld aan het NHG-lidmaatschap; een vraag die buiten Nederland, vooral in Engeland, aanleiding was geweest tot verhitte discussies. Ook op het jongste leden-congres in oktober 1970 was dit een onderwerp van bespreking. Een toen ingestelde werkgroep kreeg tot taak een inventarisatie te maken van de voor- en nadelen van het eisen-stellen aan het NHG-lidmaatschap. Onlangs werd hierover aan het NHG-bestuur verslag uitgebracht. In vele discussies werden vele argumenten aangevoerd om eisen te stellen, maar even zovele overwegingen om deze eisen af te wijzen.

Wij menen allen dat door het lid worden van het NHG verwachtingen worden gewekt, doch wij beseffen tegelijkertijd dat dit niet identiek is met het dwingend voorschrijven van eisen. Van ieder lid zou mogen worden verwacht een zekere mate van activiteit ten aanzien van nascholing, wetenschappelijk onderzoek en praktijkvoering. Het lijkt nu van belang dat ieder voor zichzelf uitmaakt of dit verwachtingspatroon redelijk is en in hoeverre ieder van ons aan dergelijke verwachtingen kan voldoen. Waarom zijn wij NHG-lid?

In groepsbesprekingen met NHG-leden komt men er gemakkelijk toe bepaalde desiderata op te stellen, waaraan volgens ons een huisarts moet voldoen, zoals: kaartstelsel, bepaalde minimum-eisen van sterilisatie en gesprekstechniek, 50 uur nascholing per jaar, meedoen aan of zelfstandig uitvoeren van onderzoek in de huisartsgeneeskunde, het aanvaarden van samenwerkingsvormen en de bereidheid kritiek op onze arbeid te aanvaarden.

Zodra deze discussie echter verder wordt gevoerd of pogingen worden ondernomen iets van deze verlangens op papier te zetten, komen de onvermijdelijke bezwaren. Dan worden de eerst zo

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