Brown, Cl. en H. Uhl (1970) J. Amer. med. Ass. *213*, 1660-1668.
Bloom, B. S. e.a. Taxonomy of Educational Objectives, Handbook I: Cognitive Domain. McKay Co, New York, 1956.
Brouwer, W. (1970) Medisch Contact *25*, 1377.
Fawcett Hill, W. (1969) Learning Thru Discussion. Sage Press, Beverly Hills, California, 1969.
Hermans, H. Prestatiemotief en faalangst. Gezin en Onderwijs. Zwets en Zeitlinger, Amsterdam, 1971.
Hesseling, P. Strategy of evaluation research. Van Gorcum, Assen, 1966.
Honigsbaum, F. (1972) J. roy. Coll. gen. Practit. *22*, 429-451.
Horder, J. (1971) Update *3*, 7907.
McKnight, J. (1971) J. roy Coll. gen. Practit. *21*, 315-325.
Knox, J. (1971) Practitioner *207*, 361-370.
Kooij, S. van der (1971) huisarts en wetenschap *14*, 187.
Leeuwen, P. van. De Gelderse ziekenhuizen en de nascholing van de algemene arts. Rapport Staatstoezicht Volksgezondheid Geneeskundige Inspectie Gelderland, Arnhem, 1970.
Meer, J. van der (1968) Medisch Contact *23*, 1093-1094.
Melker, R. A. de (1971) Medisch Contact *26*, 935.
Meuwese, W. Onderwijsresearch Aula 439, Utrecht, 1970.
Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Verslagen en Mededelingen betreffende de volksgezondheid. Nr *5*: Rapport van de Commissie huisartsen, 1969.
Nepropharm. (1967) Medisch Contact *22*, 1107.
Oeberius Kapteijn, J. C. (1971) Medisch Contact *26*, 863.
Pel. J. L. S. (1969) huisarts en wetenschap *12*, 276.
Raupp, J. Over werkwijzen van huisartsen. Academisch proefschrift Nijmegen, 1971.
Saan, M. (1971) Medisch Contact *26*, 845.
Stewart, G. Health, behaviour and planned change: an approach to the preparation of the health education specialist. New York, 1965.
Trommel, M. J. van (1969) huisarts en wetenschap *12*, 201-203.
Zeeuw, G. de. (1970) Ned. T. Psychol. *25*, 617-634.

De opleiding van de huisarts in Croatië en diens plaats in de gezondheidszorg

DOOR PROF. DR. J. C. VAN ES TE UTRECHT

Zagreb revisited. In 1966 bezocht ik voor de eerste keer Zagreb. Mijn doel was om enig inzicht te verkrijgen in de structuur van de gezondheidszorg en vooral om nadere details te weten te komen over de specialisatie tot huisarts, die in Zagreb reeds sinds een aantal jaren mogelijk was. Ik ontmoette in 1964, op het eerste internationale congres van huisartsverenigingen in Montreal, prof. A. Vuletic, initiatiefnemer van deze specialisatie in de huisartsgeneeskunde in Joegoslavië. Alle aanwezigen op het congres in Montreal waren zeer onder de indruk van hetgeen in Zagreb blijkbaar mogelijk was. Het was het eerste en tot dat moment enige land, waar in feite iets aan een specifieke beroepsopleiding tot huisarts werd gedaan.

Enkel vluchtige bezoeken aan Zagreb volgden in de jaren daarna, maar het leek nu dienstig om weer eens grondig op de hoogte te komen van de opleiding en van de resultaten daarvan. Wij hebben nu immers in Utrecht enkele jaren ervaring, terwijl binnen korte tijd iedere aanstaande huisarts een beroepsopleiding zal moeten volgen. Zich spiegelen aan ervaringen van anderen is dan altijd bijzonder nuttig. Bovendien bleek, dat in Zagreb betrekkelijk veel aandacht werd besteed aan de evaluatie van de gegeven opleiding. Zo verbleef ik de laatste week van februari 1973 in Zagreb.

De hernieuwde kennismaking met deze stad was er een van een groot herkennen; het is een stad om zich snel thuis in te voelen. Een interessante stad, in zijn bouw sterk Habsburgs beïnvloed, gebouwd tegen enkele heuvels, met mooie kerken en regeringsgebouwen, die met elkaar een fleurige, vrolijke indruk zouden kunnen maken, indien de kleuren van de huizen niet wat te grijs, de etalages niet wat te stoffig en de geur van halfverbrande, slechte steenkool zich niet te veel aan de bezoekers opdrongen. En natuurlijk is er de obligate nieuwbouw van Novi Zagreb, in lelijkheid Overvecht en andere soortgelijke wijken in Nederland evenarend. Alleen de modder verraadt dat deze steden nog recenter op het platteland zijn veroverd dan bij ons.

Het platteland vormt een van de grote Joegoslavische problemen. Door landbouwhervormingen en door het sterk bevorderen van de industrialisatie is het platteland geleidelijk ontvolkt. Wanneer men daar doortrekt roept het associaties op met ontvolkte gebieden van Frankrijk, lege dorpen, bijna geen vee, weinig kinderen. Het effect werd nog versterkt door de exodus naar het rijke Duitsland, waar vele honderdduizenden Joegoslaven als gastarbeiders werkzaam zijn. Door import van geld brengen zij hier en daar weer wat welvaart voor de achtergeblevenen, hetgeen zich onder andere uit in het bouwen van nieuwe, vaak niet-voltooide woningen.

Dit alles heeft ook consequenties voor de geneeskundige voorzieningen. Hoewel het werk voor een huisarts ten plattelande op zichzelf veel bevredigender kan zijn dan voor een arts in een grote stad, zijn toch een aantal posten onvervuld, terwijl aan de andere kant ook een aantal artsen werkloos

is. Laatstgenoemden prefereren echter een werkloos bestaan of nemen liever genoegen met een lager gekwalificeerde functie dan dat zij zich op het platteland vestigen, hoewel zij als werklozen geen uitkering krijgen. Het beeld wordt natuurlijk gecompliceerd door het feit dat vele artsen vrouwen zijn en dat hun echtgenoten ook economische bindingen hebben. Ook het omgekeerde is het geval. Men zou een dergelijke vrijheid misschien niet in een gesocialiseerd land als Joegoslavië verwachten. Men dient zich echter te realiseren, dat een ver doorgevoerde decentralisatie bestaat en men belijdt een besluitvorming waarbij zoveel mogelijk mensen worden betrokken, de „participating government decision making". Dit leidt wel ertoe, dat vaak op chaotische wijze ingrijpende structureringen en herstructureringen plaatsvinden, die elkaar zo snel opvolgen, dat men nauwelijks de uitwerking van de een of andere maatregel voldoende afwacht en bestudeert.

Dit heeft natuurlijk funeste gevolgen, want alle adaptiemechanismen verkeren in een voortdurende stress-situatie. Deze stress is thans bovendien nog aanzienlijk groter door de slechte economische situatie. Op het gebied van de gezondheidszorg is momenteel maar weinig geld te verdelen hetgeen leidt tot opgehoopte onderlinge spanningen en uitbarstingen.

Een andere vorm waarin de behoeften aan een zo groot mogelijke spreiding in de bestuursvorm tot uiting komen, is het systeem van de „self-government", een systeem dat in Holland vrij veel aandacht heeft getrokken. Vele Joegoslaven beweren dat hun volk nog niet voldoende tot ontwikkeling is gekomen om tot een werkelijke „self-government" te komen, waarin in principe alle medewerkers van een bedrijf, maar dan wel goed gedifferentieerd, medebesturen.

Iets dergelijks treft men ook aan bij de gezondheidscentra, die een bestuur hebben waarin zowel de producenten als de consumenten zitting hebben, zowel de medewerkers als de bevolking.

De structuur van de eerstelijns gezondheidszorg.

Voor een goed begrip van de situatie volgt in een zeer kort bestek een overzicht over de structuren van de gezondheidszorg. Zoals bekend bestaat Joegoslavië uit zes republieken. De gezondheidszorg is per republiek georganiseerd. Ik zal me tot Croatië beperken.

Voor de tweede wereldoorlog bestonden in de eerste linie van de gezondheidszorg slechts particuliere praktijken en voor de armen „dispensaries" min of meer naar het Engelse model. Na de oorlog vonden ingrijpende veranderingen plaats. De gezondheidszorg was in het geheel niet opgewassen tegen de noden.

Dr. Andrya Stampar en prof. Vuletic, waren de initiatiefnemers voor het tot stand komen van een groot netwerk van „dispensaries", gericht op de bestrijding van bepaalde ziekten; zij zijn het beste te vergelijken met onze consultatiebureaus. Meer dan tien soorten kwamen tot ontwikkeling, onder andere ter bestrijding van tuberculose, geslachtsziekten, diabetes, huidziekten, allergische ziekten, cardiovasculaire ziekten. Ook ontstonden „dispensaries" voor zuigelingen en kleuters, voor geboortenregeling, geestelijke gezondheidszorg en bedrijfsgeneeskunde.

Deze „dispensaries", die alle door specialisten worden geleid, werden samengebracht in gezondheidscentra („health centres") waarvan door Stampar voor de oorlog één werd opgericht. In deze centra vonden ook poliklinisch werkende specialisten onderdak. Laatstgenoemden hebben alleen een consultatieve functie. Een dergelijk gezondheidscentrum is dus iets geheel anders dan een gezondheidscentrum in Engeland en in Nederland. Ondergeschikt aan een gezondheidscentrum zijn een aantal „health stations" (dit is geen goede vertaling van het Joegoslavische woord, maar het wordt het meest gebruikt). Hierin zijn huisartsen en tandartsen werkzaam. Deze staan onder uiteindelijke supervisie van de directie van het gezondheidscentrum. In de praktijk komt dit voornamelijk neer op een administratieve supervisie. Er bestaat echter ook een aantal zelfstandige „health stations", die niet aan een gezondheidscentrum ondergeschikt zijn. Men zegt, dat de kwaliteit van de medische zorg in deze stations in het algemeen minder goed is. Mijn indruk is dat deze onafhankelijke „health stations" vaker op het platteland voorkomen dan in de steden.

Er zijn ook zogenaamde „medical centres". Hiervan spreekt men wanneer een ziekenhuis en een gezondheidscentrum in één organisatorisch verband zijn opgenomen. In een dergelijk centrum gaat de leiding van het ziekenhuis uit. Volgens een rooster verrichten de klinische specialisten poliklinieken in het centrum. In Croatië, dat ongeveer 4,4 miljoen inwoners heeft, zijn 24 „medical centres", 55 „community health centres" en 61 onafhankelijke „health stations". Er is een strikte, territoriale indeling, waarin geen overlappingen voorkomen.

De huisarts vindt naast zich in de eerste linie van de gezondheidszorg de gynaecoloog, die verloskunde, geboortenregeling en gynaecologie voor zijn rekening neemt en de kinderarts, die kinderen tot het eind van de lagere school (met acht klassen) behandelt. De integratie van deze drie werkers in de eerste linie laat nog wel eens te wensen over.

Verder vindt men in de gezondheidscentra de „public health nurses" en uiteraard het nodige

hulppersoneel. Merkwaardig is, dat de maatschappelijk werker vrijwel geheel ontbreekt. Deze werkt in sociale centra, waarheen men uiteraard wel kan verwijzen. De huisartsen zijn zes uur per dag in hun spreekkamer aanwezig en behandelen dan 50 tot 80 patiënten. Bovendien rijden zij nog drie tot tien visites per dag. De huisartsen moeten uitvoerig over elk arts-patiënt-contact een aantal gegevens vastleggen. Dit geschiedt grotendeels door de praktijkassistente. Deze gegevens worden door het „Institute of Public Health" bewerkt, echter slechts met betrekking tot een beperkt aantal gegevens.

De morbiditeitsstatistieken die daaruit resulteren, zijn niet geheel betrouwbaar, omdat prevalentie en incidentie niet geheel scherp van elkaar zijn onderscheiden. Deze uitvoerige administratie is tevens nodig om de gelden uit de diverse bronnen te kunnen declareren. Het blijkt dat voor de financiering van de gezondheidszorg de volgende bronnen bestaan (Croatië, 1965).

Ziekenfondsen voor arbeiders	69,9 procent
Ziekenfondsen voor boeren	10,1 procent
Gemeenschap	4,7 procent
Bedrijven	5,0 procent
Eigen bijdrage patiënten	5,8 procent
Andere bronnen	4,5 procent
Totaal	100 procent

Van dit geld wordt 75 procent aan de geneeskundige zorg besteed, in het totaal ruim 3 miljard gulden in 1970. De verdeling hiervan is als volgt:

Extramurale gezondheidszorg en preventie	26,6 procent
Ziekenhuizen	44,7 procent
Geneesmiddelen	15,6 procent
Tandheelkundige hulp	6,0 procent
Orthopedische hulpmiddelen	1,2 procent
Reiskosten	5,7 procent
Totaal	99,8 procent

Aan ziektegelden voor ziekteperiodes langer dan 30 dagen wordt ruim 46 miljoen gulden uitbetaald. Dit alles betreft alleen Croatië.

De huisarts wordt bepaald niet rijk. Zoals reeds gezegd, hangt de salariëring af van het gezondheidscentrum waaraan men is verbonden, van het aantal jaren ervaring en van het feit of men wel of niet de nog nader te beschrijven specialisatie tot huisarts heeft gevolgd. In een geavanceerd gezondheidscentrum in Remetineć ontvangt een „gewone" huisarts een basissalaris van 3 300 dinar per maand, dat is ongeveer *f* 600,—. Daarboven ontvangt hij of zij nog een bedrag van 7,4 dinar (ongeveer *f* 1,35) per visite en bovendien een kilometervergoeding van 14 cent. Genoemde arts legde 70 tot 80 visites per maand af. Wanneer men specialist in de huisartsgeneeskunde is, krijgt men 10 tot 30 procent meer; men ontvangt dan evenveel als de andere aan dat gezondheidscentrum verbonden specialisten.

Er bestaat een onderlinge strijd tussen de huisartsen en de „dispensaries". Laatstgenoemden zijn enorm nuttig voor het land geweest en zij hebben bij de bestrijding van vele ziekten grote resultaten geboekt. Zij vulden destijds daarmede een tekort in de gezondheidszorg op, veroorzaakt door het geringe aantal huisartsen. Nu deze echter in aantal toenemen en vooral omdat er steeds meer specialisten in de huisartsgeneeskunde gaan komen, ervaren laatstgenoemden de „dispensaries" in toenemende mate als een belemmering in de ontwikkeling van een volwaardige huisartsgeneeskunde. Evenzo wordt door velen de driedeling in huisartsgeneeskunde, gynaecologie/verloskunde en kindergeneeskunde in de eerste linie als zeer desintegrerend ervaren. Op de laatste vergadering van de „Academy of the Medical Association of Croatia" pleitte dr. Bartolović, huisarts-directeur van het gezondheidscentrum Remetinec ervoor om alle „dispensaries" op te heffen. Dit gaat vele huisartsen evenwel te ver; zij zouden nog niet in staat zijn om alle functies van de „dispensaries" over te nemen. Een blokkade in de ontwikkeling schijnt ook te zijn, dat de medewerkers van de „dispensaries" enigszins „one-track-minded" zijn en dat zij onvoldoende oog hebben voor de voortschrijdende ontwikkelingen op het gebied van de gezondheidszorg. Er schuilt overigens wel een zekere ironie in het feit dat prof. Vuletic, promotor van de „dispensaries", door de realisering van zijn specialisatie in de huisartsgeneeskunde diezelfde instellingen gaat ondergraven.

De specialisten in de huisartsgeneeskunde hebben ieder een opleiding ontvangen die erop is gericht zeer veel van de werkzaamheden van „dispensaries", gynaecologen en kinderartsen op zich te nemen. De huidige structuur belemmert dus de specialisten in de huisartsgeneeskunde om zich werkelijk te ontplooien en om al hun kennis en ervaring op een optimale wijze te gebruiken. Er is nog een tweede factor die belemmerend werkt, namelijk de werklast van de huisartsen. Van alle artsen is 25 procent huisarts; er is één huisarts op 5 536 inwoners. Ondanks het feit dat hij niet de enige werker is in de eerste linie, is het duidelijk dat hij overbelast is. Wanneer een huisarts 80 consulten in zes uur moet verrichten, dan komt van een wat diepergaand werk ook niet zoveel. Hier ziet men weer eens gedemonstreerd, hoezeer de opleiding en werkomstandigheden op elkaar dienen te worden afge-

stemd. Daarbij komt nog dat de keuzeprogramma's traditioneel een zekere voorrang aan de „dispensaries" geven.

Men kan zich natuurlijk wel afvragen waarom er dan liefhebbers zijn voor de specialisatie in de huisartsgeneeskunde. De motieven hiertoe zijn, voorzover door mij kon worden nagegaan, de volgende:

1 De behoefte om beter werk te verrichten, belangstelling voor het vak.
2 Wetenschappelijke belangstelling.
3 Behoefte om hetzelfde niveau van aanzien te bereiken als de specialisten bezitten.
4 Het verlangen om hetzelfde inkomen te verkrijgen als de specialisten.
5 Sommige gezondheidscentra willen alleen of bij voorkeur huisartsspecialisten in dienst nemen. Men is dus in een betere concurrentiepositie.

Dit laatste is bijvoorbeeld het geval in het model gezondheidscentrum Remetineć, waar dertien specialisten-huisartsen, één „gewone" huisarts en vijf „residents" werkzaam zijn. In dit centrum heeft men ook een door dr. D. Stampar gesuperviseerd project geïntroduceerd, waarbij huisartsen in de geboortenregeling worden ingeschakeld, in tegenstelling tot de gebruikelijke gang van zaken, waarbij de betrokkene zich tot een gynaecoloog in een „dispensary" wendt. In het eerste halve jaar van dit project bleken ongeveer 600 vrouwen de huisartsen te hebben geconsulteerd en daarnaast 150 vrouwen de „dispensary". Er bestond dus een duidelijke voorkeur voor de eigen huisartsen. Ook de „public health nurse" is in dit ontwikkelingsproject ingeschakeld. De huisartsen kregen allen een korte theoretische en praktische opleiding op het gebied van de anti-conceptie, waarna zij qua kennis — dit bleek uit een test — de gynaecologen evenaarden.

De opleiding. Alvorens over te gaan tot een meer gedetailleerd overzicht over de opleiding tot specialist in de huisartsgeneeskunde te geven, volgen eerst nog enkele gegevens over de basisopleiding.

Deze bestaat uit een vijfjarige „undergraduate" opleiding, gevolgd door een verplicht jaar „rotating internship". Tijdens de „undergraduate" opleiding wordt de laatste twee jaar een klinische opleiding gevolgd. Deze heeft min of meer het karakter van een junior co-assistentschap. Men ontwikkelt zelf daarin weinig of geen vaardigheid; het onderwijs bestaat dan voornamelijk uit „bedside teaching" in kleine groepen. Het onderwijs bestaat in totaal uit 2 010 uur college, 165 uur werkgroepen en 2 385 uur praktisch laboratorium en klinisch werk. Er wordt een bloksysteem gehanteerd.

In het „undergraduate" onderwijs heeft de huisartsgeneeskunde nog in het geheel geen plaats verworven. In het daaropvolgende „internship" wel. Dit bestaat uit twee maanden huisartspraktijk waaraan 40 huisartsen in Zagreb, 15 procent van het totale aantal, deelnemen. De overige tien maanden worden besteed aan interne, chirurgie, gynaecologie en verloskunde, pediatrie, psychiatrie, dermatologie en K.N.O. Deze „interns" behoren een gering salaris te ontvangen. Dit dient echter door de opleidende ziekenhuizen zelf te worden vastgesteld en in de praktijk komt daarvan niet veel terecht. De verantwoording welke de interns krijgen te dragen, is betrekkelijk gering. Waarschijnlijk zijn zij het beste te vergelijken met onze senior co-assistenten, misschien doen zij zelfs wat minder werk.

Er bestaat geen numerus fixus of numerus clausus. De universiteiten wensen deze ook niet zozeer, want zij worden per student betaald. In combinatie met de aan de andere kant bestaande werkloosheid onder artsen en de reeds genoemde vacatures op het platteland is een centrale planning natuurlijk aangewezen, maar men schijnt daar niet erg aan te willen.

Elf jaar geleden begon op initiatief van prof. Vuletić, hoogleraar in de sociale geneeskunde, een specialisatie in de huisartsgeneeskunde. Ten onrechte wordt deze opleiding vaak een opleiding tot „master in general practice" genoemd. Het is een opleiding, afgesloten met de uitreiking van een staatsdiploma. Op basis hiervan kan men wel een universitair „mastership" diploma trachten te verwerven, waarover de beslissing bij de faculteit ligt.

Deze opleiding werd opgezet als een gedeeltelijke „inservice" training; de duur ervan werd vastgesteld op drie jaar. In de loop der jaren, tot nu toe, is aan de opzet voortdurend veranderd. Deze is thans zodanig, dat men in principe in een „health centre/station" als huisarts werkzaam moet zijn. Dit centrum betaalt dan de kosten van de opleiding, die ongeveer 6 000 dinar (ongeveer *f* 1 100,—) per jaar bedragen. Het laatste jaar is er een enkeling in opleiding gekomen die zijn kosten zelf betaalt.

Elk jaar is in twee semesters verdeeld en gedurende elk semester brengt men elf weken gedurende de gehele tijd in de opleiding door, dus bijna de helft van het jaar. De rest van de tijd werkt men op de gebruikelijke wijze in het gezondheidscentrum. Men moet een aantal examens afleggen, waarin de kennis van de betrokkene wordt getoetst. Men kan hiervoor zakken en dan eenmaal, na een half jaar, dit examen overdoen. Tot nu toe werden allen die zich aanmeldden, aangenomen. Per jaar zijn dat omstreeks dertig. In het totaal zijn er dus bijna 100 studenten in opleiding.

Als onderwijsmethode wordt in afnemende mate gebruik gemaakt van colleges en in toenemende

mate van discussies in groepen. Voor deze activiteiten worden de studenten in groepen van tien verdeeld. Voor een deel — bijvoorbeeld bij het onderwerp geboortenregeling — wordt tevoren literatuur opgegeven welke men moet bestuderen en op grond waarvan men bij toerbeurt moet refereren. Voor een deel wordt bij de discussies ook gebruik gemaakt van opdrachten welke de studenten tijdens hun werk in de huisartspraktijk moeten voorbereiden, bijvoorbeeld over hetgeen in hun gemeenschap op medisch gebied zich afspeelt. Voor de voorbereiding hiervan kunnen de artsen in opleiding steun en hulp krijgen van een aantal instructeurs die ter plaatse — dus in de praktijk van de arts — advies geven. Tot nu toe zijn dit meestal studenten van de „School of Public Health" (waarin de opleiding ook wordt gegeven), terwijl ook enkele reeds gespecialiseerde huisartsen als zodanig functioneren. Het is de bedoeling dat op den duur alle instructeurs huisartsen zijn.

De leiding van de opleiding berust bij B. Popović en bij dr. Jaćič, beiden zijn sociaal-geneeskundigen, waardoor een wonderlijke organisatorische constructie ontstaat. De opleiding is begonnen onder leiding van prof. Vuletić, ook sociaal-geneeskundige; deze heeft echter nooit pogingen gedaan om een eigen leerstoel in de huisartsgeneeskunde in te stellen of een eigen huisartsen-instituut op te richten. Wel is men in de kring van de huisartsen zelf tot discussies hierover gekomen, maar steeds bestonden vooral in de kringen van de medische faculteiten weerstanden tegen een leerstoel. De consequentie is nu dat het land, dat het eerst met een specialisatie in de huisartsgeneeskunde begon, thans na twaalf jaar, nog geen leerstoel heeft!

Dit maakt de structuur zwakker; men is nu onderdeel van de „School of Public Health", weliswaar een universitair instituut, maar men maakt niet als huisartsgeneeskunde deel uit van de medische faculteit. De belangen kunnen dus altijd slechts indirect worden bepleit. Op dit moment is de discussie erover echter weer opgelaaid en er zullen weer nieuwe pogingen worden ondernomen om een leerstoel te realiseren.

In het totaal beslaat de opleiding, exclusief het werk in het eigen gezondheidscentrum, 1 974 uur. Bijna de helft hiervan bestaat uit praktisch werk, de rest van de tijd wordt in hoofdzaak aan colleges en in minderheid aan discussiegroepen gewijd. Ongeveer 64 procent van de tijd wordt besteed aan theorie en praktijk van de klinische vakken, 7 procent aan psychologie en psychiatrie, 9 procent aan laboratorium en andere vormen van diagnostische methoden, 15 procent aan sociaal-geneeskundige onderwerpen en 5 procent aan huisartsgeneeskunde

Tabel 1. Programma van de opleiding tot huisarts

Onderdelen programma	Colleges aantal uren	Werkgroepen aantal uren	Praktisch werk aantal uren
1 Organisatie gezondheidszorg	40	20	
2 Medische sociologie	10	10	
3 Medische economie	10	10	
4 Planologie	10	10	
5 Epidemiologie	20	10	
6 Hygiëne	20	10	
7 Statistiek	30	20	
8 Informatica	30		
9 Gezondheidsopvoeding	20	10	
10 Forensische geneeskunde	8		7
Sociale geneeskunde Totaal	198	100	7
11 Huisartsgeneeskunde	34	36	14
12 Bacteriologie, virologie	60		60
13 Laboratorium diagnostiek	15		10
14 Röntgenologie	12		20
Diagnostische methoden Totaal	87		90
15 Interne geneeskunde	126		348
16 Gynaecologie/ obstetrie	66		85
17 Pediatrie	92		91
18 Schoolgeneeskunde	10	6	
19 Chirurgie	70		80
20 Reumatologie	31		40
21 Fysiotherapie/ revalidatie	6		12
22 Dermatologie	20		40
23 K.N.O.	25		25
24 Oogheelkunde	25		30
Klinische vakken Totaal	471	6	751
25 Psychiatrie	40		35
26 Psychologie	60	5	
Tezamen	100	5	35
Totale aantal uren voor het gehele programma	890	147	897

in engere zin. In detail is het programma als volgt over het totale aantal uren verdeeld (*tabel 1*).

In het bovenstaande is inbegrepen 210 uur werk op de afdeling interne geneeskunde. Verder moeten nog dertien dagen ander klinisch werk hieraan worden toegevoegd. Vergelijkt men dit programma met dat van het voorafgaande jaar, dan valt op dat vooral de klinische vakken meer aandacht krijgen dan voorheen. Nu wordt aan de klinische vakken 1 268 uur + 13 dagen besteed; vorig jaar in het totaal 783 uur.

Hoeveel huisarts-specialisten zijn thans in Croatië werkzaam? Van de 5 000 in Croatië werkzame artsen was in 1969 20,6 procent huisarts. Er zijn dus 1 000 huisartsen werkzaam op een bevolking van 4,4 miljoen inwoners. In 1970 waren in het totaal 162 huisarts-specialisten werkzaam, dat is dus ruim 16 procent van het totale aantal huisartsen. Wanneer men de thans in opleiding zijnde huisartsen erbij telt, dan is dit percentage 25. De verdeling over Croatië is onregelmatig: (van alle huisartsen zijn de volgende percentages specialisten) 34 procent in Centraal Croatië, 32 procent in Istrië en de kuststreek, 10 procent in Dalmatië en 12 procent in Slavonië.

In 1971 heeft men met behulp van Amerikaanse financiering een zeer uitvoerige evaluatie trachten uit te voeren, waarbij men onder andere de specialisten in de huisartsgeneeskunde met de niet-gespecialiseerden heeft vergeleken. Daarbij is het helaas onmogelijk geweest om de kwaliteit van de uiteindelijke resultaten van behandeling te meten; dit is overigens een vrijwel onmogelijke opgave.

Enige resultaten van de evaluatie waren:

1 De specialisten hebben een sterkere „patient-orientation" en een sterkere emotionele relatie met hun patiënten.
2 De belangstelling voor het beroep is bij de specialisten groter, zij zijn creatiever en zij voelen zich meer aangetrokken tot onafhankelijk werk.
3 In relatie daarmee staat dat zij meer geneigd zijn tot vestiging op het platteland.
4 De specialisten bezitten een grotere kennis over hun patiënten.
5 Zij houden een betere medische administratie bij.
6 In hun diagnose statistiek vermijden zij meer de „onbewijsbare diagnoses". Hun diagnostiek is dus realistischer.
7 Hun receptuur is rationeler en meer economisch verantwoord.
8 De specialisten besteden meer tijd aan het geven van voorlichting aan patiënten en aan andere vormen van verbale communicatie met hun patiënten.
9 Specialisten zijn in sociaal opzicht actiever en zijn meer geneigd tot het denken aan wetenschappelijk onderzoek.

Uiteraard is een evaluatie als de genoemde moeilijk te interpreteren. Men kan bij een dergelijke dwarsdoorsnee nooit goed nagaan wat nu werkelijk het gevolg is van de opleiding en wat van de persoonlijkheid van de betrokkene, die mede op grond van die persoonlijkheidsstructuur zich tot de opleiding kan voelen aangetrokken. Voor een dergelijke evaluatie is een longitudinaal onderzoek nodig, waartoe in Zagreb ook plannen bestaan.

Tenslotte is gebleken, dat geen van de tot specialist opgeleide huisartsen werkelijk geheel zodanig functioneerde als door de opleiding wordt nagestreefd. De indruk was, dat dit ten dele moest worden toegeschreven aan ongunstige werksituaties; zoals reeds werd vermeld is er een overbelasting met werk. Wanneer men 80 consulten per dag heeft te verrichten, komt men niet toe aan een optimaal toepassen van hetgeen men in de opleiding heeft geleerd.

Een andere factor wordt gevormd door de plaats van de huisartsen in de gezondheidszorg. Door de „dispensaries", door de kinderarts en door de gynaecoloog in de eerste linie van de gezondheidszorg wordt teveel werk, waarvoor hij gedurende de specialisatie is opgeleid, van hem weggehouden. Daarmede komen wij terecht op de reeds aangeduide strijd die daarover momenteel wordt gevoerd.

Wij kunnen hieruit voor Nederland een belangrijke lering trekken. Enerzijds kunnen goed opgeleide huisartsen op den duur een belangrijke factor worden in een vernieuwing van structuren, anderzijds is een goede opleiding ten dele verspild wanneer de structuur waarin de huisarts terechtkomt, hem onvoldoende mogelijkheden biedt zich te ontplooien en zijn capaciteiten optimaal aan de gezondheidszorg ten goede te laten komen.

Men dient overigens wel grote bewondering te hebben voor al degenen, die met beperkte hulpmiddelen een opleiding in de huisartsgeneeskunde waar hebben gemaakt en waar blijven maken, zoals deze elders niet of nog niet is gerealiseerd. Een voorhoede van doorzettende, enthousiaste artsen heeft dit mogelijk gemaakt. Zij waren ook mijn gastheren en aan hen breng ik mijn dank uit: prof. A. Vuletić, dr. D. Stampar, dr. B. Popović, dr. Bartolović en dr. Grahovać.