

Naar een huisarts (NHG)?

C. P. BRUINS

De laatste maanden vindt binnen het NHG een uitvoerige discussie plaats over het al dan niet verbinden van voorwaarden aan het lidmaatschap van het Genootschap. Zoals bekend bestaat een dergelijke situatie reeds geruime tijd in de Angelsaksische landen. In deze bijdrage wordt uiteengezet wat daarvan de praktische consequenties zijn in de Verenigde Staten en Canada. De auteur besluit zijn overzicht met een bespreking van de voor- en nadelen van een vergelijkbare opzet in Nederland. Krijgen we in ons land na de *architect (BNA)* en de *makelaar (NBM)* nu ook een *huisarts (NHG)*?

Inleiding

Nu de discussie over het stellen van kwaliteitseisen aan de leden van het Nederlands Huisartsen Genootschap en het toetsen aan de hand van deze kwaliteitseisen op gang is gekomen, lijkt het mij nuttig enige informatie te geven over de kwaliteitseisen die het Canadese College en de Amerikaanse Academy stellen, met name ten aanzien van nascholing en toetsing. De gegevens hiervoor heb ik verzameld tijdens een korte studiereis in het najaar van 1980 langs enkele toonaangevende Noord-amerikaanse huisartseninstituten, het Canadese College en de Amerikaanse Academy.

De nascholing bloeit in Noord-Amerika, overigens meer als gevolg van de concurrentie dan van morele verplichtingen. De arts moet zijn patiënten laten zien dat hij up-to-date is. In de wachtkamers hangen vaak certificaten van gevolgde nascholingscursussen.

Nascholing is voor de *family physician* een kostbare zaak. In het land van de dollar moet alles privé betaald worden. De afstanden zijn groot en dat geldt ook voor de onderlinge verschillen tussen de staten. Nascholing is weliswaar niet verplicht, maar door sommige staten wordt wél het lidmaatschap van de *American Academy of Family Physicians (AAFP)* verplicht gesteld. En aan dit lidmaatschap zijn weer bepaalde nascholingseisen verbonden. De structuur van de nascholing is zodanig, dat de macht en

invloed van beide verenigingen vrij groot is; ze geven „vergunningen” af voor nascholingsactiviteiten die de toets van hun criteria kunnen doorstaan. Voor degenen die nascholingscursussen organiseren, is het aantrekkelijk om zo'n vergunning te krijgen, omdat de betreffende cursus dan meetelt voor het verkrijgen van zogenaamde *studycredits*. Belangrijk is ook dat de opleiding in Canada wordt gesuperviseerd door het College.

• *Credithours*. Een minimum verplichting voor een „actief lid” van deze verenigingen is dat men elk jaar minstens vijftig *credithours* nascholing volgt. Het college bepaalt voor hoeveel *credithours* een bepaald programma in aanmerking komt. Het aantal *credithours* komt dus niet overeen met het werkelijke aantal uren nascholing.

In Canada geldt een minimum van vijftientig *credithours* voor cursorische nascholing en vijftientig voor individuele nascholing door middel van *self-evaluation* programma's; audiotapes als „medifacts” van het Canadese College zijn populair. De Amerikaanse Academy stelt als eis minstens vijftientig *credithours* nascholing in groepsverband en minimaal vijfenzeventig in de vorm van speciale, door de AAFP erkende cursussen. Ook is een plaats ingeruimd voor het lezen van tijdschriftartikelen, onder meer in de *American Family Physician*. Het Canadese College geeft maximaal vijf *credithours* voor zogenaamde „formal reading” van artikelen in het eigen tijdschrift.

Daarnaast zijn er vele persoonlijke *credithours* te verkrijgen, bijvoorbeeld voor degenen die onderwijs geven of die een publikatie hebben geleverd. *Credithours* zijn ook te verdienen met zogenaamde *teachingsmachines* die ook tijdens het WONCA-congres in New Orleans opgesteld stonden. Zo'n *teachingsmachine* bestaat uit een viewer en toetsborden: men krijgt een casus voorgeschied met multiple choice-vragen; druk je het goede antwoord in, dan, mag je een bladzijde verder, waar opnieuw vragen en informatie staan.

Een heel scala dus, ook voor de thuisblijvers. En alles moet erkend en goedgekeurd worden door het college, vele cursussen hebben een toets vooraf en een toets na afloop, en soms nog een derde toets na een half jaar.

• *Home-study self-assessmentsprogramma's* zijn individuele nascholingsprogramma's van de Amerikaanse en Canadese Academies voor zelfstudie thuis. Hier wordt veel gebruik van gemaakt omdat de afstanden in Amerika groot zijn en het dus moeilijk is „even” naar allerlei cursussen te gaan. Je staat vermeld van de bedragen die Amerikanen en Canadezen voor hun nascholing overhebben. Het Amerikaanse programma bestaat uit twaalf verschillende leerpakketten die men gedurende een jaar eenmaal per maand thuisgestuurd krijgt. Elk leerpakket bestaat uit een monografie met een literatuurlijst, een één uur durende cassette-tape over topics die met het onderwerp te maken hebben, en een zelftest. De kosten zijn \$10,- tot \$20,- per keer; er werd op het WONCA-congres veel gebruik van gemaakt. Kassa voor de AAFP!

Certification

In Amerika en Canada is het verkrijgen van een certification (een bul als bewijs dat men een toelatingsexamen of een herexamen voor een wetenschappelijke vereniging (college) gedaan heeft) zeer belangrijk. Enerzijds is het een statussymbool, anderzijds levert het in sommige staten geld op, doordat het als voorwaarde gesteld wordt om in een bepaald ziekenhuis te praktiseren.

• *Canada*. In Canada moet men om tot het examen toegelaten te worden, aan twee eisen voldoen:

- men moet minimaal vijf jaar in de praktijk werkzaam zijn geweest;
- men moet een actief lid van het College zijn, dat wil zeggen 250 uur nascholing in de afgelopen vijf jaar hebben

gevolgd, en zijn contributie hebben betaald.

Het examen kost \$ 375,-. Circa 50 procent van de leden (3000) heeft een certificaat, 15 procent zakt per keer. Na 1985 zullen er alleen „residents” voor certificaten in aanmerking komen. Gehoopt wordt dat alle gevestigde huisartsen dan een certificaat hebben.

Het examen zelf bestaat uit:

Een schriftelijk gedeelte, onderverdeeld in:

- een multiple choice-vragenlijst;
- een vragenlijst naar aanleiding van een audiovisueel over een patiënt;
- een vragenlijst over een praktijkgeval (een patient management-problem).

Een mondeling gedeelte, onderverdeeld in:

- een zogenaamd formeel mondeling examen: hoe lost men een probleem zo goed en zo efficiënt mogelijk op?
- een rollenspel met de examinerator als patiënt; het gaat hier vooral om de affectieve vermogens;
- een simulatiespel met medewerking van toneelspelers; het gaat hierbij om affectieve vermogens en professionele vaardigheden.

Elke vijf jaar dient de huisarts zijn certificaat te vernieuwen (*recertification*). Men is hiermee in Canada sinds kort gestart. Belangrijk is dat het college zich verantwoordelijk acht voor de kwaliteit van zijn leden. Dit onderzoek bestaat uit vier delen:

Praktijkprofiel: behalve algemene gegevens van de praktijk, moeten gedurende vier weken tussen de 150 en 300 opeenvolgende spreekuurconsulten worden geregistreerd; deze vormen de basis voor de vragen van de voortest.

De voortest bestaat uit 200 multiple choice-vragen. De meerderheid van de vragen gaat over algemene, voor de huisartsgeneeskunde belangrijke vragen en een beperkt gedeelte over het praktijkprofiel van de betreffende huisarts.

De nascholingscomponent: wanneer de vragen goed beantwoord zijn, krijgt men een zogenaamd „educational message”; bij de vragen die fout beantwoord zijn, krijgt men een literatuur-opgave (references) en leerstof opgestuurd. Ook wordt verwezen naar cursussen die over de betreffende onderwerpen gaan.

Natest: na een half jaar volgt er weer een multiple choice-test met een gedeelte van de vragen uit de voortest en gedeeltelijk nieuwe vragen. Het geheel duurt ongeveer een jaar.

- *Verenigde Staten.* Om voor het exa-

men in aanmerking te komen, moet men in de VS, net als in Canada, voldoen aan een aantal eisen:

- zogenaamd actief lid zijn van de AAFP, dat wil zeggen 150 uur erkende nascholing in drie jaar te hebben gevolgd;

- in het bezit zijn van een *licency* om praktijk uit te oefenen, die onbeperkt en geldig is.

Het examen zelf bestaat uit twee gedeelten:

Een multiple choice-vragenlijst over medische en gedragswetenschappelijke kennis.

Een patient management-problem (PMP) programma. De kandidaat krijgt hierbij een probleem voorgeschoteld waarbij hij additionele informatie kan krijgen: door middel van een speciale pen kan voorgedrukte informatie zichtbaar worden gemaakt. Beoordeling van het werk wordt gestandaardiseerd. De kandidaat krijgt na afloop algemeen commentaar op de vragen en problemen.

De certificaten zijn in Amerika zeven jaar geldig. Om voor het herexamen in aanmerking te komen moet aan drie voorwaarden worden voldaan.

Assessment of licensure status: de huisarts moet een geldige en onbeperkte Amerikaanse of Canadese licentie hebben om praktijk uit te oefenen.

Documentation of continuing medical education: de huisarts moet documentatie over 300 uur erkende nascholing kunnen overleggen. Minstens 60 procent daarvan (180 uur) moet bestaan uit nascholingscursussen en seminars die aan de eisen van *American Board of family practice* voldoen.

Office-record-review: de kandidaat moet uit twintig van tevoren bekende ziekten er vijf kiezen. Van elke categorie moet hij vier werkkaarten opsturen, samen met vragenlijsten over wat op die kaarten staat.

Kwaliteitseisen

De vraag rijst waarom het aantrekkelijk is lid te zijn van het Canadese *College of de Amerikaanse Academy*.

Verschillende factoren spelen een rol: niet alleen bestaat er een zekere Engelse traditie van besloten clubs en kennen andere beroepsgroepen vergelijkbare organisaties, ook de maatschappelijke consequenties die aan een lidmaatschap verbonden zijn - status, financiering, toegankelijkheid van vestigingsgebieden (onder andere ziekenhuizen), et cetera - zijn van belang. Er zijn dus indirecte sancties: als je niet meedoet, lig je er uit.

Is het voor de Nederlandse huisarts aantrekkelijk om lid te zijn van het Nederlands Huisartsen Genootschap?

Je dient je dan af te vragen wat de voordelen zijn van dat lidmaatschap. Is het feit dat je behoort tot een kleine elite van voortrekkers het enige voordeel? De meningen binnen het NHG over de meest wenselijke richting van het Genootschap zijn verdeeld: een kleine voorhoede, of juist een zo groot mogelijke groep van „genoten”. Ik denk dat, als het lidmaatschap van het NHG niet meer voordelen oplevert dan een zekere status, het verbinden van kwaliteitseisen aan het lidmaatschap weinig zin heeft. Anderzijds zal vanuit de maatschappij en de politiek ongetwijfeld steeds meer aangedrongen worden op het stellen van kwaliteitseisen aan de huisarts. Om te beginnen zal iedereen die een hoog inkomen verdient, moeten verantwoorden waarom hij dat verdient: Huisarts, waar sta je voor? Vervolgens hebben de overheid en de ziekenfondsen als voorwaarden voor praktijkverkleining bepaalde kwaliteitsgaranties gevraagd. In de derde plaats zullen, ter beheersing van de kosten, grenzen gesteld worden aan het medisch handelen. Ten vierde lijkt het niet onwaarschijnlijk, dat in het kader van de WVG kwaliteitseisen zullen worden gesteld, met daaraan gekoppeld een stelsel van vergunningen en lokale vestigingscommissies. Tenslotte zal binnen afzienbare tijd de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg ingevoerd worden, waardoor de concurrentie ongetwijfeld zal toenemen. Leden van andere beroepsgroepen vermelden ook hun lidmaatschap van een bepaalde beroepsorganisatie, zoals architecten (BNA), makelaars (NBM) en reisbureaus (ANVR).

Kortom, de tijd is rijp voor het NHG om kwaliteitseisen te gaan stellen. Verbetering van de kwaliteit van ons vak is van het begin af aan de doelstelling van het Genootschap geweest. Middelen daartoe waren een specifieke beroepsopleiding, een huisarts-gerichte nascholing en een optimalisering van de praktijkvoering.

Als een dergelijk besluit ertoe zou leiden dat slechts een gering aantal huisartsen lid zou blijven, dan moet ik de critici gelijk geven, die bezwaar maken tegen het mogelijke elitaire karakter van het NHG. Maar zo'n besluit zou ook een impuls kunnen zijn voor een sprong voorwaarts en een versnelde beweging naar een minder vrijblijvende, op hoog niveau staande huisartsenhulp. Ik kies primair voor de beweging, al erken ik

dat er in het begin risico's voor de organisatiegraad van het NHG aan zitten. Overigens kan men in het begin de eisen minder hoog stellen en eventueel in navolging van de Amerikanen komen tot een actief en een passief of aspirantlidmaatschap, ter voorkoming van een te groot verloop onder de leden. De kwaliteitseisen kunnen betrekking hebben op het volgen van nascholing en het verkrijgen van een certificaat. Het deelnemen aan toetsingsgroepen lijkt mij een tweede eis, een optimale praktijkvoering een derde. Dit laatste kan vrij concreet uitgewerkt worden (zogenoemde structuurtoetsing).

Verplichte nascholing

De belangrijkste kwaliteitseisen die Amerikanen stellen, zijn een verplicht aantal uren nascholing en een toelatingsexamen, gevolgd door een herexamen. De discussie over het al of niet verplicht stellen van nascholing is nog niet afgerond. De voorstanders willen af van de vrijblijvendheid en voelen zich geroepen verantwoording af te leggen van hun handelen. De tegenstanders zien het nut van de verplichte nascholing niet in; dat werkt niet, zeggen ze, daarbij wijzend op de landen om eens heen, waar men het geprobeerd heeft. Er zijn te veel mogelijkheden om door de mazen van het net te kruipen. Het volgen van een cursus houdt nog geenszins in dat de kwaliteit van het handelen verbetert, nog afgezien van de administratieve rompslomp.

Idealisten versus realisten dus. Is er geen tussenweg mogelijk? Zo tevreden zijn we toch niet met de bestaande situatie. Naar schatting volgt hooguit 20 procent van de huisartsen regelmatig cursorische nascholing. Als tussenoplossing zie ik een verplichting tot nascholing voor de NHG-artsen; men blijft echter vrij al dan niet lid te worden van het Genootschap.

Het Amerikaanse systeem van credit-hours verdient in dit verband nadere bestudering; het is een zeer verfijnd en gecontroleerd systeem. Iedereen kan er aan zijn trekken komen: de verstokte individualisten en de congresbestormers. Alleen een stempel halen, als bewijs van aanwezigheid op een bepaalde cursus zit er niet of nauwelijks in bij de Amerikanen. Vaak moet er direct na afloop en/of na enige tijd een vragenlijst over het geleerde ingevuld worden. Het systeem brengt voor de colleges wel veel administratie mee, maar de beide Noord Amerikaanse verenigingen kunnen zich dit wel veroorloven.

Een nascholingscursus komt pas in aanmerking voor credit-hours, wanneer is voldaan aan bepaalde kwaliteitseisen. Bovendien moeten de organisatoren betalen voor deze erkenning. Zij doen dat overigens graag, want erkenning verhoogt de populariteit en het aanzien van de cursussen sterk en dus ook de namen van de sprekers en van de ziekenhuizen, die clientèle moeten verwerven. Een indirect gevolg van het uitgeven van keurmerken voor deze cursussen is, dat het college een vaste greep krijgt op de nascholing. Mijns inziens een aantrekkelijke gedachte voor het NHG en eventueel de SNH.

Verplicht (her)examen?

Bol pleit in een recent hoofdartikel in *Medisch Contact* voor een periodieke, verplichte toetsing door middel van een examen voor elke arts. Met de nascholing hoef je je dan niet zo te bemoeien, zo stelt hij. De arts moet zelf maar zorgen dat hij zijn zaken kent. Deze oplossing lijkt ideaal, maar ik denk dat hij in de Nederlandse situatie (nog) niet realiseerbaar is. Zo is er nog helemaal geen toetsing voor de specifieke beroepsopleidingen ontwikkeld en er bestaat ook nogal wat weerstand tegen. Waar zou je op moeten toetsen? Kennis toetsen is mogelijk, maar welke kennis is relevant voor de huisarts? Aan het kennis hebben van bepaalde ziekten schort het over het algemeen minder dan aan het beoordelen van de klacht, de situatie, de signalen, etcetera, en het voeren van een consistent beleid. Er zijn ook geen criteria voor attitude, gedrag, relatie en beleid, die wetenschappelijk vaststaan en die je aan iedereen kan opleggen. Ik denk dat een examen voor iedere huisarts, bij gebrek aan objectieve, relevante criteria, thans niet reëel is. Misschien later wel, als de inhoud van het vak door middel van een geprotocolleerd takenpakket beter omschreven zal zijn.

Ik gok daarbij op de maatschappelijke krachten die gaan werken als het lidmaatschap van het NHG maatschappelijke voordelen biedt: een lichte vorm van concurrentie, zo u wilt. Dat mag van sommigen niet. Er ontstaan dan verschillen tussen huisartsen, ook financiële. Ik vind het merkwaardig dat van sommige zijden zo de nadruk wordt gelegd op de pluriformiteit van de beroepsuitoefening, terwijl men tevens wil vasthouden aan een uniforme honorerings. Ik zou zeggen: laat de mensen maar duidelijk zien dat er verschillen zijn tussen huisartsen, niet alleen in de

vorm van de praktijkuitoefening (structuur), maar ook in de opvattingen over het beroep. De financiers constateren nu al een (te) grote, financieel bijna niet meer te tolereren variatie in de output van huisartsen (verwijzen, geneesmiddelengebruik, etcetera).

Hoe pakken we dit aan? Door eisen van boven te stellen of zelf met eisen te komen, in casu ten aanzien van het lidmaatschap van het NHG? Ik denk dat het allebei zal moeten gebeuren, maar hoe meer we zelf doen, hoe ruimer het jasje wordt, waarin we ons lekker kunnen bewegen. Het Amerikaanse en Canadese systeem van credit-hours en certification lijkt me een nadere bestudering waard.

Financiering van de nascholing

In Amerika is financiering van de nascholing *private enterprise*. Er zijn daar al of niet directe financiële prikkels aanwezig om aan nascholing te doen. Zo werkt het niet in Nederland. Idealistisch gesproken zou een financiële prikkel niet nodig moeten zijn, maar ik ben realistisch genoeg om te weten dat idealisme niet voldoende is om een systeem te laten draaien. Een morele verplichting alleen werkt onvoldoende en er moeten ook goede structuren komen. Maar hoe voorkomen we uitwassen en het prikkelen van te veel winstbejag en eigenbelang?

Op dit moment krijgt elke huisarts in Nederland in zijn honorarium een tegemoetkoming voor nascholingskosten. Indien men dit bedrag uit de onkostenpost van het honorarium zou halen en in een afzonderlijk fonds zou stoppen, zou er een aardig bedrag zijn waarmee de centrale en perifere nascholingsorganisaties gefinancierd zouden kunnen worden. Tevens zou hieruit een extra toelage in één keer gegeven kunnen worden aan degene die een overeengekomen aantal gewaarmerkte nascholingsuren (naar het voorbeeld van de credit-hours) heeft volgemaakt. Het voordeel hiervan is dat diegenen die iets presteren, hiervoor ook betaald worden. (Overigens zou dit laatste ook voor andere zaken kunnen gelden.)

Conclusie

Mijn stelling luidt: het invoeren van een verplicht aantal, gewaarmerkte nascholingsuren en een toelatingsexamen, als kwaliteitseisen voor een actief lidmaatschap van het NHG dient zeer serieus overwogen te worden. Gaarne uw reactie!