

kregen, dat men in Amerikaanse huisartsenkringen de term *primary (health) care* bedreigend vindt – zeer waarschijnlijk vooral financieel.

Het is duidelijk dat de NAPCRG in belangrijke mate wetenschappelijke onderzoekers uit het Amerikaanse en Canadese College draineert. Het lijkt overigens aannemelijk dat het beleid van deze organisaties hieraan mede debet is. De NAPCRG vervult ontegenzeggelijk een leidinggevende rol in de wereld op het gebied van wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot *primary care/family medicine*. De in NAPCRG aanwezige „body of knowledge” kan een belangrijke steun voor de WONCA vormen in zijn streven dit wetenschappelijk onderzoek mondiaal te stimuleren.

Ten slotte het geheim van NAPCRG: „Steady leadership and fresh input from the membership” (Maurice Wood).

De elfde NAPCRG Meeting wordt van 18-20 april 1983 gehouden in Banff, Canada (Voor liefhebbers: Banff ligt 75 mijlen westelijk van Calgary).

Glossary of terms and definitions for primary care. (1977) *J. Fam. Pract.* 4, 633-638.

International. An — glossary for primary care (1981) *Huisarts en Wetenschap* 24, 341-346.

Nota bene

Door het geringe aantal publicaties over lage rugklachten wordt ten onrechte de indruk gewekt dat deze klacht vooral een specialistisch probleem is.

Verwijzing van een patiënt met lage rugklachten naar een specialist dient zo veel mogelijk te worden voorkomen.

Bij wetenschappelijk onderzoek over patiënten met lage rugklachten is het gebruik van een morbiditeits-classificatielijst van deze klachten van essentieel belang.

(Stellingen bij: G. R. Hoekstra. Patiënten met lage rugklachten in een huisartspraktijk. *Diss. Groningen*, 1982.)

Zolang men in een maatschappij wetenschapsbeoefening een belangrijk goed acht, is het zaak ervoor te waken dat de werkomstandigheden van wetenschapsbeoefenaars het leveren van een creatieve prestatie niet al te zeer in de weg staan. (Stelling bij: F. J. van Zuuren. Fobie, situatie en identiteit. *Diss. Amsterdam*, 1982.)

Groeten uit Denemarken

Verslag van een werkbezoek in mei 1982 aan de huisartseninstituten van Kopenhagen en Odense

Een bericht van B. Meyboom-De Jong, huisarts te Opeinde en wetenschappelijk medewerker aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de RU Groningen.

Inleiding

Denemarken is 25 procent groter dan Nederland en wordt bewoond door 5 miljoen mensen (Nederland 15 miljoen). Vier vijfde van de bevolking leeft nu in steden of verstedelijkte gebieden, daar Denemarken evenals Nederland sinds de tweede wereldoorlog zeer snel geïndustrialiseerd en volgebouwd is.

Ongeveer 22 procent van de Deense bevolking is jonger dan 15 jaar (Nederland 24 procent) en 14 procent is ouder dan 65 jaar (Nederland 11,5 procent) (*Health services*). De mortaliteit bedroeg in 1978 10,4 per 1000 inwoners (Nederland 8,2) en het geboortencijfer 12,2 per 1000 (Nederland 12,6), hetgeen resulteert in een bevolkingsgroei van 1,8 per 1000 per jaar (Nederland 4,4) (*Basisstatistieken*). De bevolkingsgroei neemt nog steeds af ten gevolge van het geleidelijk dalend aantal geboorten. Politici en overheidsambtenaren op verschillende niveaus maken zich hier ernstige zorgen over.

De werkeloosheid bedroeg in 1978 5,3 procent van de beroepsbevolking (Nederland 4,1 procent) (*Basisstatistieken*). Sindsdien is het percentage hier meer gestegen dan in Denemarken. Het aandeel van de vrouwen op de arbeidsmarkt is aanzienlijk groter dan in Nederland; het aantal buitenshuis werkende vrouwen boven de 15 jaar bedraagt 47 procent (Nederland 22 procent). Anders gezegd: van de getrouwde vrouwen met kinderen is in Denemarken 37 procent full-time huisvrouw, in Nederland 80 procent. In Denemarken is de vrouwenemancipatie ook op de arbeidsmarkt beter gerealiseerd. Onder de Deense artsen bedraagt het aantal vrouwen 24 procent (Nederland 18 procent) en onder de huisartsen 11 procent (Nederland 5 procent).

Denemarken heeft drie universiteiten:

in Kopenhagen sinds 1479, in Aarhus sinds 1934 en in Odense sinds 1966. In Roskilde en Aalborg zijn kleine universitaire centra in ontwikkeling. Binnen de medische faculteiten in Kopenhagen, Aarhus en Odense bevinden zich huisartseninstituten, die aanzienlijk minder medewerkers tellen dan de onze. Er zijn geen gedragswetenschappers aangesteld. Sinds 1975 is Prof. P. Backer in Kopenhagen de enige hoogleraar huisartsgeneeskunde.

Denemarken heeft, met uitzondering van een kleine experimentele centrale voor wetenschappelijk onderzoek in Roskilde, geen kerncentrales (Nederland twee plus Kalkar). De Denen maken zich ernstige zorgen over de Zweedse centrale aan de overkant van de Sont, die bij problemen heel Kopenhagen met zijn fall out kan bedreigen.

Organisatie van de gezondheidszorg

Denemarken is als enig land lid van zowel de EEG als het verbond van Scandinavische landen. Zowel artsen uit Italië als artsen uit Finland met een geldige bevoegdheid kunnen zich in Denemarken vestigen.

Denemarken heeft geen minister van Volksgezondheid. De gezondheidszorg ressorteert onder het Ministerie van Binnenlandse Zaken, dat geadviseerd wordt door het Nationale College voor Volksgezondheid (*Sundhedsstyrelse*), een onafhankelijk instituut met aan het hoofd een medicus. Sinds april 1976 kent Denemarken een volksverzekering, die wordt uitgevoerd door het rijksziekenfonds met premies naar draagkracht. Als een relikwie uit vroegere jaren, toen de inkomensgrens bepaalde of iemand verplicht verzekerd was of niet, behoort nog 8 procent van de Denen tot de zogenaamde verzekeringsgroep 2: zij zijn niet ingeschreven

bij een huisarts, kunnen zonder verwijfskaart elke specialist naar keuze consulteren en zijn wel verzekerd voor ziekenhuiskosten. Groep 2 is een verdwijnen-de groep.

De overige Denen zitten in verzekeringsgroep 1. Zij zijn ingeschreven bij een vaste huisarts en hebben een verwijfskaart voor de specialist nodig. Voor hen is alle gezondheidszorg gratis (huisartsenhulp, specialistenhulp, ziekenhuisverpleging), met uitzondering van tandartsenhulp voor volwassenen, fysiotherapie en geneesmiddelen. De tandarts en de fysiotherapeut betaalt iedereen zelf, van de medicamenten wordt 75 procent of 50 procent door de patiënt zelf betaald, afhankelijk van het belang dat aan het betreffende medicament wordt toegedacht. Voor mensen die van een minimuminkomen moeten rondkomen, geeft de sociale dienst een bewijs uit waarop medicamenten 100 procent vergoed worden. Door een beslissing van het Parlement (amendement op de ziekteverzekeringwet) is het elke patiënt mogelijk om zich zonder verwijfskaart van de huisarts acht maal door een chiropractor te laten behandelen op kosten van het ziekenfonds. Er wordt verwacht dat deze beslissing in verband met het groot aantal klachten ongedaan gemaakt zal worden.

Moet een patiënt worden opgenomen, dan wordt hij verwezen naar het ziekenhuis. Verwijzen naar een polikliniek lukt alleen in de grote universiteitssteden. De overige ziekenhuizen hebben slechts een polikliniek voor de controle en nabehandeling van de ontslagen patiënten. In de ziekenhuizen kent men afdelingen voor langdurige opname, waar vooral veel bejaarden langdurig verpleegd en verzorgd worden onder leiding van een geriater. Artsen in opleiding volgen hier hun stages. Voor uitvoeriger gegevens betreffende bejaarden en bejaarden(gezondheids)zorg verwijs ik naar (1982) *Danish Medical Bulletin* 29, nummer 3.

De werkloosheid onder jonge artsen (in 1980 circa 600) is verdwenen door een nieuwe werktijdregeling in te voeren, de zogenaamde elf-uurs regeling. Deze houdt in dat artsen tenminste elf uur pauze moeten hebben na een werkdag, avond- of nachtdienst. De regeling geldt niet voor specialisten; die klagen dat de continuïteit in gevaar komt. Medische studenten kunnen zelfs weer vakantiewerk in de ziekenhuizen vinden.

De medische opleiding

De medische studie duurt zeseneenhalf (1982) *Huisarts en Wetenschap* 25

jaar en is verdeeld in een preklinische fase (drie jaar) en een klinische fase (drie en een half jaar). In deze klinische fase vinden geen senior co-schappen plaats. Het aandeel van de huisartsgeneeskunde varieert per universiteit. Er wordt nergens artsexamen in de huisartsgeneeskunde afgenomen.

In Odense wordt in het tweede (preklinische) jaar facultatief een cursus arts-patiënt communicatie gegeven, gedurende dertig uur. In het vierde jaar worden zestien colleges huisartsgeneeskunde gegeven. In het vijfde jaar bestaat de mogelijkheid een junior co-schap in de huisarts-praktijk te lopen. Hierin zijn tevens een dag stage bij de wijkzuster en een dag bij GVO-zuster opgenomen. Tijdens dit junior co-schap moet de student drie patiënten beschrijven met de probleemgeïoriënteerde patiëntenstatus; de medewerkers van het instituut hopen zo de POR bij de gevestigde huisartsen te introduceren. In het laatste studiejaar werken de huisartsen mee aan de wekelijks georganiseerde anderhalf uur durende klinische praatjes. De studie wordt afgesloten met het artsexamen, dat A-bevoegdheid geeft dat wil zeggen de bevoegdheid om onder leiding in het ziekenhuis of in de huisartspraktijk te werken.

Na het basisartsexamen volgt de „turnus-dienst”, driemaal een half jaar senior co-schappen (respectievelijk interne geneeskunde, chirurgie en in een huisartspraktijk), waarin de basisarts een grotere verantwoordelijkheid krijgt dan de senior co-assistent bij ons. Daarna krijgt de arts B-bevoegdheid; hij is dan bevoegd eigen verantwoordelijkheid te dragen en kan zich gaan specialiseren (duur vier tot vijf jaar).

Kiest hij voor de huisartsgeneeskunde dan kan hij nu aan de specifieke beroepsopleiding (videre-utdannelse) beginnen. Sinds mei 1982 is de nieuwe beroepsopleiding wettelijk geregeld: duur vier en een half jaar. De huisarts in spe zal drie en een half jaar ziekenhuiservaring op moeten doen: kleine vakken, obstetrie en gynaecologie, psychiatrie en neurologie. In deze periode bestaat tevens de mogelijkheid om in een revalidatie-inrichting of verpleegtehuis te werken. Tenslotte zal hij een jaar in een huisartspraktijk moeten werken. In dit jaar wordt een theoretische cursus van drie weken gegeven, waarvan het programma door de staf van het instituut bepaald wordt. Slechts een enkele morgen kan de huisarts in opleiding zijn eigen casus of problemen inbrengen.

Na deze beroepsopleiding is het erg moeilijk een praktijk te vinden. In De-

namerken wordt het aantal studenten dat tot de medische studie wordt toegelaten, beperkt (1982: circa 500). Als toelatingscriterium worden de eindexamencijfers gebruikt. Extra punten kunnen verkregen worden met praktisch werken bijvoorbeeld als verpleeghulp in een ziekenhuis.

De huisarts

In de eerstelijns gezondheidszorg neemt de huisarts de centrale plaats in. Hij wordt bijgestaan door de „thuisverpleegster”, die de curatieve taken van onze wijkverpleegster vervult en door de „gezondheidszuster” (GVO-zuster of health visitor), die louter preventieve taken heeft.

De werkdagen van de huisartsen duren van 8 uur 's morgens tot 16 uur 's middags. Voor veel huisartsen zit de werkdag er dan op. In de provincie doet 84 procent van de huisartsen gewoon zelf de nacht- en weekenddienst, tegen 18 procent van de huisartsen in Kopenhagen. Van 16 uur tot 24 uur (dubbele betaling) en van 24 uur tot 8 uur (driedubbele betaling) wordt de dienst voornamelijk gedaan door jonge ziekenhuisartsen en pas gevestigde huisartsen, die deze verdienste goed kunnen gebruiken. Deze wijze van continue zorgverlening is geaccepteerd.

In geheel Denemarken, met uitzondering van het centrum van Kopenhagen, krijgen de huisartsen een laag abonnementshonorarium (ongeveer de helft van het onze) en daarboven een vergoeding per verrichting. Deze bedragen worden elk jaar in onderhandelingen tussen PLO (= Deense LHV) en het rijksziekenfonds zo vastgesteld, dat honorarium en vergoedingen elk 50 procent van de inkomsten van de gemiddelde/normatieve huisarts uitmaken (*tabel*). In het centrum van Kopenhagen ontvangen de huisartsen uitsluitend een hoog abonnementshonorarium zonder vergoeding per verrichting.

Birthe Frimodt-Møller heeft onderzoek verricht naar verschillen tussen de twee systemen. Het onderzoek is nog niet gepubliceerd, maar uit een samenvatting blijkt dat een derde van alle arts-patiënt contacten in Kopenhagen-Centrum uitmondt in een verwijzing naar de specialist tegen een vijfde van alle contacten elders in Denemarken (*Asnaes*). Er is veel kritiek op haar onderzoek, omdat de problemen in Kopenhagen-Centrum – een wereldstad met 1,2 miljoen inwoners, met een hoog percentage bejaarden, zeer veel gastarbeiders en met een ander verwijfssysteem – de ver-

Tabel. Voorbeelden van vergoedingen voor verrichtingen volgens de Landsoverenskomsten (PLO) per 1 maart 1982 (Dkr = f 0,34.)

Verrichting	Vergoeding in Dkr.
Consult	32,03
Telefonisch consult	16,03
Telefonisch consult + recept	23,03
Visite (0-4 km)	34,06
Visite (20,1 km)	113,95
Portio-uitstrijkje	25,03
EHBO van grote wond	100,13
Verwijderen van een of meer wratten tijdens één zitting	75,10
ECG, drie afleidingen	38,03
ECG, vijf afleidingen	57,—
Urine: chemisch + microscopisch onderzoek	19,04
Wormeieren in faeces	38,08
Zuigelingen- of kleuteronderzoek	96,85

schillen in verwijschiffers even sterk kunnen beïnvloeden als het honoreringssysteem van de huisartsen.

Het aantal ingeschreven patiënten mag maximaal 1900 bedragen. Als in een bepaalde regio een overschot van 1100 zielen bestaat, kan een nieuwe huisarts zich vestigen. Bij het aantal zielen worden kinderen jonger dan 16 jaar *niet* meegerekend; voor hen ontvangt de huisarts geen abonnementshonorarium. Dit wordt vooral door vrouwelijke huisartsen in Kopenhagen-Centrum als onbillijk ervaren, daar zij geen abonnementshonorarium ontvangen voor het relatief grote aantal kinderen in hun praktijk. Onderzoek hiernaar wordt opgezet.

Het stringente vestigingsbeleid wordt uitgevoerd door regionale vestigingscommissies, waarin vertegenwoordigers van de overheid, het ziekenfonds en de huisartsen zitten. Er vinden circa 300 nieuwe vestigingen per jaar plaats. De praktijk moet overgenomen worden. De organisatie van artsen is vergelijkbaar met die in Nederland: de *Laegeforening* (KNMG) telt vier onderafdelingen, waaronder de *Praktiserende Laegers Organisasjon* (PLO = Deense LHV), die vooral materiële belangen behartigt. Het *Dansk Selskab for Almen Medicin*, de wetenschappelijke vereniging van huisartsen, is vergelijkbaar met het NHG. Tussen de *Praktiserende Laegers Organisasjon* (PLO) en het *Dansk Selskab for Almen Medicin* (DSAM) bestaan dezelfde verschillen, dezelfde raakvlakken en dezelfde competitie als bij ons. Van de PLO zijn alle gevestigde huisartsen lid, van het DSAM ongeveer 45

procent. Als een huisarts zich vestigt, krijgt hij gedurende een jaar gratis het lidmaatschap van het DSAM aangeboden – er worden geen eisen gesteld! – en hiervan blijft 45 procent hangen.

In 1982 ziet de zestigste jaargang van het met *Huisarts en Wetenschap* vergelijkbare *Månedsskrift for Praktisk Laegegjerning*, tijdschrift voor nascholing van huisartsen, het licht.

Voor nascholing van huisartsen stort het rijksziekenfonds een percentage van het abonnementshonorarium in een nascholingsfonds. Hieruit worden aan die huisartsen die daadwerkelijk erkende nascholingscursussen volgen, kosten en honorarium vergoed.

Er zijn mij enkele verschillen opgevalen bij een vergelijking tussen het werk van de Deense huisarts en zijn Nederlandse collega:

- aan het eind van een consult zet de patiënt zijn handtekening onder de rekening voor het ziekenfonds;
- de huisarts doet geen bevellingen meer, daar deze alle in de kliniek plaatsvinden;
- de huisarts doet wel bij elke zwangere drie controles, in de vijfde, elfde en vijftiende week, en een controle acht weken post partum; verder vindt maandelijks controle door de vroedvrouw plaats en in de vijfendertigste week een controle door de specialist;
- consultatiebureau-artsen bestaan niet in Denemarken: elke huisarts doet preventief onderzoek bij „zijn eigen” zuigelingen en kleuters, op de leeftijd van 5 weken, 5 en 10 maanden en 2, 3, 4 en 5 jaar; hij doet ook de vaccinaties;

– de huisarts schrijft voor zijn eigen patiënten, tegen betaling door het ziekenfonds, een ziekteattest voor ziekgeld uit; Denemarken kent geen scheiding van behandeling en controle.

Tot besluit

In Denemarken en Nederland zijn de gezondheidszorg en het functioneren van de huisarts daarin op dezelfde leest geschoeid. Enkele verschillpunten bied ik aan ter discussie:

- In Denemarken lopen alle medici een half jaar stage in de huisartspraktijk.
- Een volksverzekering, uitgevoerd door één ziekenfonds per regio, biedt voordelen aan de patiënten (onder andere gelijke rechten) en aan de artsen (onder andere vereenvoudiging van administratie).
- De specifieke beroepsopleiding tot huisarts duurt, na 8 jaar „vooropleiding” viereenhalf jaar, waarvan de stage in de huisartspraktijk een jaar in beslag neemt.
- Laag abonnementshonorarium en vergoeding per verrichting. Stimuleert dit honoreringssysteem huisartsen meer zelf te doen of leidt dit tot „overbehandeling”? *Madsen* vraagt zich af waarom zoveel telefonische consulten in een recept uitmonden. Zou het voordeel van Dkr. 7,— (tabel) een rol spelen?
- Preventieve taken, uitgevoerd door de huisarts, worden apart gehonoreerd.
- Numerus clausus én vestigingsbeleid zijn door de overheid in samenwerking met belanghebbenden goed geregeld.
- Feitelijke nascholing buitenshuis wordt financieel gestimuleerd.

Het was een leerzame en leuke ervaring om tijdens mijn werkbezoek in Denemarken mijn blik te verruimen en na vergelijking van de situaties te reflecteren over de positieve en negatieve punten van ons functioneren.

- Asnaes, G. Økonomi. (1982) *Dansk Selskab for Almen Medicin Orientering* nr 17. 7. Basisstatistieken van de gemeenschap. *Bureau voor de Statistiek der Europese Gemeenschappen*, Brussel, 1980.
- Health services in Europe. Country reviews and statistics. Third ed., vol. 2. *Regional Office for Europe WHO, Copenhagen*, 1981.
- How do you do in Denmark. *Permanent Working Group of European Hospital Doctors*, Copenhagen, 1978.
- Madsen, P. E. G. Overenskomster-Forsøg på sammenligninger. (1982) *Dansk Selskab for Almen Medicin Orientering* nr 17.