

Nascholing voor huisartsen (nhg)

L. R. KOOIJ*

Het Ledencongres 1982 heeft gekozen voor voorwaarden op het gebied van de praktijkvoering, nascholing en toetsing. Deze voorwaarden betekenen dat in de toekomst kwaliteitseisen aan de leden van het NHG gesteld zullen worden. In deze bijdrage wordt nader ingegaan op deze kwaliteitseisen, in het bijzonder op een aantal aspecten die betrekking hebben op de nascholing.

Inleiding

Het lidmaatschap van het Nederlands Huisartsen Genootschap is niet langer vrijblijvend. Op 29 oktober 1982 besloot het Ledencongres voorwaarden te verbinden aan het lidmaatschap van het Genootschap.

De vraag die Bruins¹ in de titel van zijn artikel *Naar een huisarts (NHG)?* stelt, namelijk of huisartsen, evenals leden van andere beroepsgroepen, het lidmaatschap van hun beroepsorganisatie zullen gaan vermelden, betekent in feite een vraag aan NHG-leden of zij bereid zijn zich als een bepaald soort huisarts te presenteren. Tegenstanders van het verbinden van voorwaarden aan het NHG-lidmaatschap noemen het streven van het NHG elitair en gevaarlijk: er zouden twee soorten huisartsen ontstaan en daardoor concurrentie; bovendien zou de pluriformiteit in de beroepsuitoefening in gevaar komen.

Ongetwijfeld heeft het verbinden van voorwaarden aan het NHG-lidmaatschap als gevolg dat er een scherper onderscheid dan tot nu toe tussen NHG-leden en niet-leden ontstaat, maar naar mijn mening is dat geen slechte zaak. Het vermelden dat een huisarts NHG-lid is, betekent dat deze ergens voor staat, bereid is om aan duidelijke voorwaarden te voldoen. Het lidmaatschap van het NHG impliceert dan dat de leden bereid zijn hun functioneren als huisarts ter discussie te stellen. Het betekent niet het einde van de alom geroemde maar ook bekritiseerde pluriformiteit in de beroepsuitoefening, maar wel het begin van het einde van de oncontroleerbare manier waarop huisartsen in Nederland hun beroep kunnen uitoefenen.

Kwaliteitseisen

De redenen waarom er kwaliteitseisen gesteld dienen te worden aan huisartsen, zijn naar mijn mening inmiddels genoegzaam bekend. Een daarvan is: wanneer huisartsen zelf geen kwaliteitseisen stellen, doet de overheid het wel. Diegenen die denken dat het zo'n vaart niet loopt, moge ik verwijzen naar het hoofdstuk over de kwaliteit van de beroepsbeoefening in het *Voorontwerp Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg*².

Het stellen van kwaliteitseisen aan artsen is niet zo'n typisch Nederlandse zaak als vele beroepsgenoten wel denken. Integendeel, in weinig landen worden artsen zo weinig gecontroleerd als bij ons. In veel landen is de beroepsuitoefening aan duidelijke beperkingen onderhevig en in een aantal landen worden kwaliteitseisen gesteld aan medische beroepsbeoefenaren.

Bruins¹ geeft in zijn artikel een grote hoeveelheid praktische informatie over de gang van zaken in de Verenigde Staten en Canada. Het is belangwekkend deze gegevens op de situatie in ons land te betrekken: nuttige informatie, voor een deel ook voor ons bruikbaar. Met name de toelatingseisen tot de American Academy of Family Physicians en de wijze waarop de AAFP de nascholing voor huisartsen inhoud geeft, verdienen onze aandacht.

Klokuren of credit-hours

NHG-leden dienen jaarlijks ten minste veertig uur aan georganiseerde nascholing te besteden, besloot het Ledencongres.

Veertig uur is niet zo veel, wanneer men bedenkt dat één Warffum-cursus al ongeveer veertig uur georganiseerde nascholing biedt. Al in 1977 werd gesteld, dat per huisarts tachtig tot honderd uur georganiseerde nascholing (in de vorm van cursussen) per jaar redelijk kon worden geacht, naast een zelfde hoeveelheid tijd voor ongeorganiseerde nascholing (lezen van vakliteratuur en dergelijke).³ In totaal komt dat dus neer op 5 tot 10 procent van de werktijd en dus op aanzienlijk meer dan de veertig uur van het NHG.

Daarnaast kan men zich afvragen of onder uren in alle gevallen klokuren moeten worden verstaan. Bruins schrijft mijns inziens terecht dat het Amerikaanse systeem van credit-hours onze aandacht verdient. In dat systeem krijgt een nascholingsprogramma meer credit-hours toegekend, naarmate het meer in overeenstemming is met de criteria die door de AAFP aan nascholing voor huisartsen worden gesteld. Een dergelijk systeem met credit-hours of punten zou ook in ons land gebruikt kunnen worden: op grond van criteria (waarover later meer) kunnen aan nascholingsprogramma's punten worden toegekend (meer punten naarmate het programma meer in overeenstemming met de criteria is). Elke huisarts kan dan zijn eigen nascholingspakket samenstellen om aan het vereiste aantal punten te komen.

Criteria voor nascholing

Indien aan huisartsen voorwaarden worden gesteld aangaande de tijd die minimaal aan georganiseerde nascholing dient te worden besteed, is het nodig dat duidelijk wordt wat onder nascholing moet worden verstaan. Onder de vele omschrijvingen is de WHO-definitie waarschijnlijk de meest bruikbare: „Continuing education is the training that an individual physician undertakes after the end of his basic medical education, and where applicable after the end of any additional education for a career as a generalist or a specialist, training to improve his competence as a practitioner”.⁴

Daarnaast is het nodig dat er criteria worden ontwikkeld waaraan nascholing getoetst kan worden: met behulp van deze criteria kan worden beoordeeld of het aanbod van nascholing geschikt is voor huisartsen. Deze criteria zijn zowel voor de makers van nascholingspro-

* Huisarts te Zwammerdam.

gramma's als voor huisartsen die cursussen willen volgen van belang.

De Commissie Nascholing van het NHG is bezig dergelijke criteria te formuleren: algemene criteria om onderscheid te kunnen maken tussen nascholing voor huisartsen en nascholing voor andere medici, en daarnaast specifieke criteria op het gebied van inhoud, onderwijsmethodiek en organisatie. Er wordt gestreefd naar een onderling samenhangend en doorzichtig stelsel van criteria. Alleen nascholing die de toets van deze criteria kan doorstaan, is geschikt als nascholing voor huisartsen.

De eis dat NHG-leden per jaar een minimum-aantal uren aan georganiseerde nascholing dienen te besteden, krijgt meer inhoud wanneer deze nascholing tevens aan dergelijke criteria dient te voldoen. In het verlengde hiervan ligt een „NHG-keurmerk” voor nascholingsprogramma's. Wanneer dat bereikt wordt, vervult het NHG in Nederland op het gebied van de nascholing voor huisartsen dezelfde functie als de AAFP in de Verenigde Staten.

Aan dit keurmerk zou een puntensysteem kunnen worden verbonden, naar analogie van de credit-hours van de AAFP. Invoering van een dergelijk systeem zou in overleg met en via de Stichting Nascholing Huisartsen SNH kunnen gebeuren.

Morele plicht

De discussie over het al dan niet verplicht stellen van nascholing voor medische beroepsbeoefenaren is in de Verenigde Staten nog in volle gang. Ook bij ons steekt deze discussie af en toe de kop op, zeker sedert onze overheid geluiden in die richting heeft laten horen. Zo stelde de voorzitter van de SNH tijdens de Nascholingsraad in november 1981: „Nascholing is plicht, maar dient niet verplicht gesteld te worden” (Notulen – SNH 81/393). Naast instemming heeft hij met deze uitspraak ook kritiek geogst.

Het gaat te ver hier alle voor- en nadelen van verplichte nascholing op te sommen; anderen hebben daartoe al een poging gewaagd. De vraag of nascholing verplicht moet worden, is bovendien voor NHG-leden niet erg actueel meer, sedert het Ledencongres heeft besloten dat elk NHG-lid een minimum-aantal uren per jaar aan georganiseerde nascholing dient te besteden.

Het SNH-bestuur neemt het volgende standpunt in: Nascholing is een belangrijke taak en een morele plicht voor de

huisarts, doch wettelijk verplichte nascholing lijkt vooralsnog ondoelmatig.⁵ Op ideële gronden ben ik een voorstander van verplichte nascholing voor alle huisartsen, maar op pragmatische gronden deel ik het standpunt van het SNH-bestuur. Er is immers nog nauwelijks voldoende capaciteit om alle NHG-leden aan hun jaarlijkse veertig uur nascholing te helpen; veertig uur georganiseerde nascholing per jaar voor alle Nederlandse huisartsen is dan ook voorlopig een illusie. Het bestuur van het NHG ziet deze veertig uur op dit moment vooral als streefdoel.

In een aantal staten in Amerika is niet het volgen van nascholing verplicht, maar het lidmaatschap van de AAFP. De AAFP stelt aan zijn leden voorwaarden op het gebied van de nascholing. Door deze constructie behoeft de overheid nascholing niet verplicht te stellen en daarop controle uit te oefenen, en blijven de beroepsbeoefenaren verschoond van een van de bovenaf opgelegd systeem waarop zij geen invloed kunnen uitoefenen. De overheid volgt de organisatie van beroepsbeoefenaren en niet andersom. Beide krijgen op deze manier wat zij willen: de overheid een garantie dat aan de kwaliteit van de beroepsbeoefening wordt gewerkt, de huisartsen een nascholing waarvan zij binnen hun organisatie zelf vorm en inhoud kunnen bepalen.

Zo zou het in Nederland ook kunnen. Onze overheid kijkt waarschijnlijk belangstellend toe hoe wij inhoud trachten te geven aan het NHG-lidmaatschap. Het is voor de overheid en voor ons aanzienlijk aantrekkelijker wanneer niet de overheid, maar wijzelf kwaliteitseisen stellen. Hopelijk volgt ook in Nederland de overheid de beroepsgroep en niet andersom.

Wie betaalt de nascholing?

In de Wet Wetenschappelijk Onderwijs (1975) wordt de verzorging van het post-academisch onderwijs opgedragen aan de universiteiten (voor artsen de medische faculteiten), zoveel mogelijk in samenwerking met derden (beroepsbeoefenaren en hun organisaties).

Onze overheid stelt zich op het standpunt, dat de kosten van dit onderwijs gedragen dienen te worden door de beroepsbeoefenaren. Een merkwaardige zaak: de overheid stelt wel haar voorwaarden aan het onderwijs en draagt de uitvoering daarvan op aan haar eigen universiteiten, maar draagt niet bij in de

kosten. Des te merkwaardiger, wanneer men bedenkt dat de kosten van nascholingscursussen aanzienlijk zullen stijgen wanneer het postacademisch onderwijs in de huisartsgeneeskunde eenmaal zal gaan functioneren.

In het huidige honoreringssysteem ontvangt de huisarts in het kostendeel van zijn abonnementshonorarium een bedrag voor „oriëntering” (contributies, tijdschriften, boeken, nascholing etcetera). De hoogte van dit bedrag wordt berekend naar het aantal patiënten van de huisarts en niet naar de reëel gemaakte kosten. Dit is naar mijn mening een ongewenste situatie: de huisarts die actief naschoolt, komt te kort, terwijl de huisarts die niet of nauwelijks naschoolt, een stukje extra inkomen ontvangt. De huidige kostentoekening is dan eigenlijk een premie op niet nascholen.

Het is te verwachten, dat over een aantal jaren het huidige abonnementshonorarium zal worden vervangen door een gedifferentieerd honoreringssysteem. Een mogelijkheid daarbij is, de post „oriëntering” van de kostenvergoeding te splitsen: een vast gedeelte, waaruit de huisarts contributies, abonnementen en boeken betaalt, en een variabel deel, waaruit kosten van nascholingscursussen worden betaald. Dit laatste deel wordt dan – zoals Bruins¹ voorstelt – in een afzonderlijk fonds gestort, waaruit de huisarts na het volgen van een cursus de kosten vergoed krijgt. In zo'n situatie ontvangt niemand te veel of te weinig en zijn ook de stijgende cursuskosten geen echt probleem meer. De middelen die hiervoor nodig zijn, worden evenals nu verkregen uit premies voor ziekenfondsen en ziektekostenverzekeringen. In feite betaalt de patiënt. Maar daartegen zal niemand bezwaar kunnen hebben, omdat de huisarts een vergoeding ontvangt voor in het belang van de kwaliteit van de zorg gemaakte kosten.

Samenvatting. Het verbinden van voorwaarden aan het lidmaatschap van het Nederlands Huisartsen Genootschap impliceert dat de leden bereid moeten zijn hun functioneren als huisarts ter discussie te stellen. Wat betreft de voorwaarden die aan de leden gesteld moeten worden op het gebied van de nascholing, verdient het aanbeveling kennis te nemen van de voorwaarden die de American Academy of Family Physicians in de Verenigde Staten aan zijn leden stelt. Behalve aan het vaststellen van een minimum aantal uren nascholing per jaar kan men daarbij

denken aan een systeem van credit-hours of punten, waarbij een nascholingsprogramma meer punten krijgt toegewezen, naarmate het beter voldoet aan een aantal criteria. De Commissie Nascholing van het NHG is bezig dergelijke criteria te formuleren.

Het lijkt zinvoller dat de beroepsgroep zelf nascholing voor haar leden verplicht stelt, dan dat de overheid zo'n verplichting oplegt. Voor de financiering van de nascholing kan gedacht worden aan een fonds, waaruit de huisarts na het volgen van een (aan de criteria beantwoorde) cursus, de kosten vergoed krijgt.

Summary. Continued education for general practitioners (NAGP).

Introduction of membership requirements by the Netherlands Association of General Practitioners (NAGP) implies that members must be prepared to submit their medical performance to discussion. With regard to continued education requirements, it seems advisable to take notice of the membership requirements formulated by the American Academy of Family Physicians. Apart from a minimum annual number of hours of continued education, a system could be considered which gives a continued education programme credit-hours or merit-points in accordance with its fulfilment of a number of criteria. The Continued Education Committee of the (NAGP) is now formulating such criteria.

That the professional organization formulates continued education requirements for its members seems preferable to government authorities making continued education mandatory. Perhaps continued education could be financed from a fund which recompenses the general practitioner after completion of a course (which fulfils the criteria already mentioned).

¹ Bruins CP. Naar een huisarts (NHG)? Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 311-3.

² Voorontwerp Wet op de beroepen in de Individuele Gezondheidszorg. Hoofdstuk F: Kwaliteit van de beroepsuitoefening. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 114.

³ Overlegorgaan Post Academisch Onderwijs Geneeskunde. Tweede interim rapport post academisch onderwijs geneeskunde. PAOG voor huisartsen. 1977.

⁴ Report of World Health Organization Expert Committee. Continuing Education for physicians. Geneva: WHO, 1973; Technical report. Series no. 534.

⁵ SNH. Beleidsnota. Med. Contact 1982; 37: 530-1.

Samenwerkingsverband?

Lezing van het artikel *Huisarts en partner: een weinig onderzocht samenwerkingsverband* noopt mij tot de volgende opmerkingen:

Allereerst gaat de titel al van de veronderstelling uit dat er een samenwerkingsverband is tussen huisarts en partner.

Behalve de gebruikelijke samenwerking die in iedere relatie nodig is, zie ik vooralsnog geen noodzaak tot een meer specifieke samenwerking in de relatie huisarts en partner. Voorheen was de „artsenvrouw” inderdaad automatisch de praktijkassistente voor dag en nacht; de noodzaak en ook de wenselijkheid van een dergelijke situatie lijkt mij inmiddels echter lang achterhaald. Er is een beroepsopleiding voor doktersassistente en in het honorarium van de arts is het salaris van een assistente ingecalculleerd. Als dan blijkt dat vele echtgenotes van artsen geen opleiding voor doktersassistente hebben gehad en dat zij de relatie met hun echtgenoot ook nog vertroebeld zien doordat deze tevens hun werkgever is, zonder dat daar een duidelijke salarisregeling tegenover staat, is de onvrede te begrijpen.

Voor de lang beklaagde „telefoonwacht” tijdens de diensten bestaat al sinds jaren in enkele grote steden een goed functionerende dokterstelefoon-dienst, die, sinds de komst van het automatisch doorkiesapparaat, inmiddels voor het hele land gemakkelijk beschikbaar is. Iedere dokter is nu dus als hij wil, altijd te bereiken als hij naast zijn assistente beschikt over een semafoon, een doorkiesapparaat en een abonnement bij een dokterstelefoon-dienst (af-trekbare kosten circa f 200,- per maand en circa f 2000,- eenmalig)

Blijft de „ondersteunende” rol van de vrouw van de „zwaar belaste dokter”. Misschien gaat de emancipatie nog eens zo ver, dat de dokter zijn „zwaar belaste” vrouw kan ondersteunen. Hier geldt hetzelfde „rollenprobleem” als in ieder ander gezin. De dokter is misschien nog niet zo ver dat hij de belasting van zijn praktijk beter in de hand kan (of wil) houden; uit het artikel meen ik te lezen dat zijn echtgenote er vaak ook moeite mee heeft om haar inmiddels toch overschatte taak als „vrouw van de dokter” in te ruilen voor een eigen taak.

Laten we de vrouwelijke artsen met zelfstandig werkende echtgenoten, en de artsen die zonder partner werken, als voorbeeld nemen. Of zouden zij als arts slechter functioneren?

Ik geloof van niet.

J. J. van der Dussen,
huisarts te Limmen

Giessen HCG van der, Neomagus GJH.
Huisarts en partner: een weinig onderzocht samenwerkingsverband. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 426-31.

Naschrift

Collega Van der Dussen geeft als zijn persoonlijke mening weer dat er geen noodzaak of wenselijkheid is voor een samenwerkingsverband tussen huisarts en partner.

Dit samenwerkingsverband wordt door ons echter niet alleen verondersteld, maar het is, zoals uit het artikel blijkt (in de weekenddienst assisteert in 70 procent van de gevallen de echtgenote; bij jonge artsen werkt in 60 procent van de gevallen de partner korter of langer in de praktijk mee) in vele gevallen een realiteit. Het bedoelde samenwerkingsverband heeft bovendien voornamelijk betrekking op de achterwachtfunctie en niet op die van de doktersassistente. De grote belangstelling voor de op de huisartsenpartner gerichte workshops tijdens het recente NHG-congres was overigens een illustratie van het feit dat deze problematiek bij de partners leeft. Collega Van der Dussen suggereert, dat dankzij technische hulpmiddelen bereikbaarheid zonder achterwacht mogelijk is. De vraag is hoever men hiermee kan gaan zonder in conflict te komen met het reglement voor waarneming van de KNMG: bemanning van het praktijkpand en persoonlijke beantwoording van de telefoon.

Ook wij denken dat men huisarts moet kunnen zijn zonder meewerkende partner. De invulling van de achterwachtfunctie verdient dan wel nadere aandacht. Ons artikel was mede bedoeld als aanzet tot verdere discussie.

H. C. Q. van der Giessen
G. J. H. Neomagus