

DR. C. SPREEUWENBERG

## Zijn de hoogleraren huisartsgeneeskunde wel huisarts?

In april van dit jaar vestigde de redactiecommissie van Huisarts en Wetenschap de aandacht op de kort tevoren geïntroduceerde rubriek Discussie. In het verlengde hiervan zijn verschillende auteurs uitgenodigd een bijdrage te leveren aan deze rubriek. Dr. C. Spreeuwenberg – hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de Vrije Universiteit én huisarts te Nieuwegein – bijt het spits af met het aansnijden van een nijpend probleem. De redactiecommissie ziet met belangstelling reacties op dit stuk en opiniërende bijdragen over andere onderwerpen tegemoet.

### De hoogleraar als huisarts

Onlangs is de taakstellende formatie van de vakgroep huisartsgeneeskunde van de Vrije Universiteit bekend geworden, dat wil zeggen dat de taken zijn vastgesteld op grond waarvan de omvang van de vakgroep wordt bepaald. Voor alle vakgroepen aan de medische faculteit zijn taken bepaald op het gebied van het basisonderwijs, het onderzoek (mits voorwaardelijk gefinancierd en derhalve bij ons als taak afwezig!), de beroepsopleiding en de patiëntenzorg.

Voor onze vakgroep houdt deze benaderingswijze in dat de omvang met ruim vier formatieplaatsen terugloopt. Onze gehele faculteit heeft 123 formatieplaatsen voor de patiëntenzorg, maar deze gaan geheel naar de klinische vakgroepen. Dit houdt in dat patiëntenzorg geen taak meer van onze vakgroep is.

Tot dusverre is het gebruik dat de full-time stafleden gedurende een zeker deel van de werkdag, variërend van 0,2 tot 0,3 fte, in een huisartspraktijk werkzaam zijn. Het blijkt helaas niet mogelijk deze huisartsen in een praktijk te plaatsen, als zij daarvoor normaal betaald moeten worden. De vakgroep wordt daarom voor de keuze gesteld, haar stafleden, ten koste van het onderwijs, toch maar praktijk te laten doen, of de consequentie uit de facultaire benaderingswijze te trekken en de full-time stafleden, inclusief de hoogleraar, niet langer toe te staan als huisarts te functioneren.

Deze situatie maakt het probleem van het functioneren als huisarts van de hoogleraren huisartsgeneeskunde weer actueel.

### Eigen situatie

Vaak wordt me de vraag gesteld of het mogelijk is – naast alle andere werkzaamheden die nu eenmaal aan die functie verbonden zijn – als huisarts werkzaam te zijn. Als me gevraagd wordt, wanneer en hoe ik dan praktijk doe en wat de patiënten daarvan vinden, hoor ik daarachter de vraag: 'Ben je nog wel een huisarts?' Een vraag waarvoor ik nogal gevoelig ben. Ook komt weleens aan de orde waarom ik praktijk doe. Is het voor het Instituut niet veel beter als ik me toeleg op de managers- en onderzoekstaken en de praktijk en het aan de praktijk gerelateerde onderwijs aan anderen overlaat?

Alvorens op deze vraag in te gaan, wil ik eerst mijn eigen situatie beschrijven. Ik werk op maandag- en donderdagmorgen en op dinsdagmiddag in een groepspraktijk in mijn woonplaats, ongeveer 50 km van het Instituut. Patiënten zijn niet op mijn naam ingeschreven, maar wel heb ik een kern van vaste patiënten. Verder leg ik in beperkte mate visites af, bezoek ik de opgenomen patiënten in het ziekenhuis en mogen patiënten voor wie dit noodzakelijk is (bijvoorbeeld terminale patiënten) me thuis bellen. Aan avond- en weekenddiensten doe ik echter niet mee.

Per week zie ik zo'n 70 patiënten. De meeste patiënten voor wie ik van onze groep 'de eerste dokter' ben, kennen mijn situatie en hebben daar kennelijk geen bezwaren tegen. Regelmatig gaan patiënten met mij mee voor een gesprek in een collegezaal.

Wat betreft mijn functioneren als huisarts meen ik dat drie dagen van aanwezigheid voldoende is om de continuïteit te waarborgen. Ten opzichte van mijn beginsituatie, waarin ik aanvankelijk op één dag en later op twee dagen aanwezig was, is dit een grote verbetering.

Hoewel ik voor de dagelijkse gang van zaken voor de patiënt voldoende bereikbaar ben, vindt iedereen het vervelend dat er in acute situatie een andere dokter komt. Het ontbreken van op naam ingeschreven patiënten is vooral in de eerste jaren een nadeel geweest; nu wreekt zich dit alleen nog in het feit dat de meeste specialistenbrieven gericht worden aan de collega op wiens naam de patiënt gesteld is. Verder merk ik dat mijn kennis en outillage ten aanzien van de acute pathologie achter begint te lopen. Tenslotte is het ingewikkeld om vanuit mijn werk als huisarts met de specialisten in het plaatselijke ziekenhuis en vanuit mijn werk als hoogleraar met de specialisten in het academisch ziekenhuis relaties te moeten onderhouden.

### Motieven

Wat zijn nu mijn motieven om op deze wijze als huisarts werkzaam te willen zijn?

- Mijn werk aan de Universiteit vindt uiteindelijk zijn oorsprong in het plezier dat ik nog altijd heb in het werken als huisarts. Wij als artsen in de eerste lijn hebben een unieke kans om met mensen bezig te zijn, hun te helpen en te leren en daarbij zelf ook wijzer van te worden.
- Zowel voor onze huisarts-opleiders, maar ook voor de collega's uit de kliniek is het geweldig belangrijk dat ze met een vakgenoot van doen hebben.
- De praktijk biedt me een mogelijkheid om problemen van patiënten en mijn eigen praktisch handelen met de patiënt voor de studenten te bespreken. Het is mijns inziens noodzakelijk dat de hoogleraar zelf dit onderwijs met patiënten geeft. Zo kan ik als identificatie-object dienen. Toekomstige huisartsen en specialisten kunnen zo merken dat de huisarts een vakman is en dat het mogelijk is dat vak met plezier en specifieke deskundigheid uit te voeren.
- Door me met de problemen van alle dag bezig te houden, hoop ik te voorkomen dat ik me van de werkelijkheid van de huisartsgeneeskunde vervreemd en dat mijn gedachten over de (eerstelijns) gezondheidszorg alleen achter de schrijftafel gevormd worden.
- In de praktijk kunnen zowel relevante wetenschappelijke vraagstellingen genereerd worden als daadwerkelijk aan patiëntgebonden onderzoek worden meegewerkt.

**Conclusie**

Het is voor mij een *conditio sine qua non* dat de hoogleraren huisartsgeneeskunde daadwerkelijk als huisarts functioneren. Dit dient zo te geschieden, dat ze voor een aantal patiënten de continuïteit kunnen waarborgen. Wat dit betreft, is mijn eigen situatie – waarin ik op drie dagen een dagdeel in de praktijken – het minimum dat acceptabel is. De medische faculteiten dienen deze noodzaak te erkennen en de facultaire formatieruimte voor de patiëntenzorg onder de klinische vakgroepen en de vakgroepen huisartsgeneeskunde (en wellicht ook sociale geneeskunde) te verdelen.

Wat betreft de suggestie om, gezien de veelheid van taken prioriteit te geven aan management en wetenschappelijk onderzoek, ben ik het er volkomen mee eens dat het onmogelijk is al deze taken door een persoon te laten verrichten. Daarom is het ook nodig dat er meer hoogleraren komen en dat zij de taken verdelen. Mits het behoud van de indentiteit van de gehele vakgroep bewaakt blijft, behoeft wellicht ook niet elke taak door een huisarts vervuld te worden.

**Nota bene**

Het is van belang voor hulpverleners in de gezondheidszorg enige kennis te hebben van de traditionele geneeswijzen van Turken en Marokkanen en met name de termen *fqih* en *hodja* te kennen (respectievelijk Marokkaanse en Turkse magisch-religieuze genezer). In sommige gevallen zou men een patiënt zelfs naar een dergelijke genezer kunnen verwijzen.

Een hulpverlener doet er verstandig aan in het eerste gesprek niet te vragen naar de toekomstplannen van de cliënt.

Ontleend aan: Van der Most van Spijk M. *Gezondheidszorg voor Turkse en Marokkaanse kinderen in Amsterdam*. Amsterdam: GG&GD Amsterdam, 1985.

WERKGROEP REGISTRATIE VAN DE CPV

**Een nieuwe groene kaart**

**In 1958 introduceerde het NHG haar groene werkkaart. Dit door velen gebruikte registratiemodel raakte langzamerhand op verschillende punten achterhaald: een deel der rubrieken wordt weinig of niet gebruikt en de voorcodering sluit niet overal meer aan op de huidige registratiegewoonten. De Commissie Praktijkvoering ontwikkelde een eigentijds model en het NHG heeft besloten dit nieuwe registratie-document uit te geven.**

**Probleemgeoriënteerd**

Uitgangspunt van de nieuwe kaart is de probleemgeoriënteerde registratiewijze: de kaart is aangepast aan die elementen die voor de huisarts praktisch zijn. Op deze wijze kan een overzichtelijke ziektegeschiedenis worden genoteerd. Hiervoor is de kaart tot aan de vouwrand gereserveerd.

De linker helft is in tweeën gedeeld. De linker kolom begint met een ruimte voor bloedgroep, Rhesus-factor en anti D, met name van belang bij graviditeit. De voorcodering voor Lues- en TBC-reacties is vervallen; de primaire infectie behoort immers bij de medische voorgeschiedenis te worden genoteerd. Omdat de voorcodering voor preventieve injecties niet meer op de praktijk aansluit, is deze vervallen. Onder het hoofdje vaccinaties is er ruimte die men verder zelf kan indelen en waar ook plaats is voor vaccinaties op latere leeftijd. Verder is er ruimte voor intoleranties/allergieën en voor de familie-anamnese.

De rechter kolom is voor psychosociale aantekeningen en chronische medicatie.

De rechter helft beslaat de rubriek 'medische voorgeschiedenis/probleemlijst'. De diagnosegewijze notering geschiedt in principe met vermelding van de eventueel medebehandelende eerste- of tweedelijns werkers.

Het NHG hoopt dat op deze wijze een overzichtelijke notatie wordt verkregen, zodat vooral ook waarnemers of associés snel een compact overzicht van de patiëntsituatie kunnen krijgen.

**SOEP-notatie**

Op de onder- en achterzijde van de kaart kunnen klachten, bevindingen, diagnose, plannen en therapie volgens de SOEP-notatie worden genoteerd. Als optische scheiding tussen consultgegevens en plan/therapie is een verticale stippellijn aangebracht; bij goed gebruik hiervan kan het terugvinden van informatie aanzienlijk vergemakkelijkt worden.

Omdat de kaart binnen het oorspronkelijke archief moet passen, is het formaat gelijk gebleven. De kaart is echter dubbelgevouwen, zodat het werkvlak bijna twee keer zo groot is geworden. De kaart is voorzien van een dubbele rill, waardoor uitscheuren bij het tussenschuiven van oude registratiekaarten, specialistenbrieven of lab-formulieren, wordt voorkomen.

De codeerrand en het sociografisch deel zijn onveranderd overgenomen, zodat het oude model naast het nieuwe gebruikt kan worden. De onderkant van de kaart is korter dan het bovendeel, zodat de sociografische gegevens ook bij de dichtgevouwen kaart zichtbaar blijven.

Naast de hoofdkaart levert het NHG een inlegbare enkelvoudige vervolgkaart, met een codeerrand en een sociografisch deel direct daarna ruimte voor de consultgegevens. Een zinnige suggestie is om de notaties uit specialistenbrieven vanaf het begin op een aparte vervolgkaart te plaatsen, zodat de hoofdkaart gereserveerd blijft voor aantekeningen over de patiëntcontacten.

Voor het opbergen blijft het plastic mapje leverbaar.

De Commissie Praktijkvoering hoopt dat deze nieuwe groene kaart uitnodigt tot een overzichtelijke registratiewijze. Bij de uitnodiging van het komende NHG-congres over preventie zal een demonstratiemodel worden gevoegd. Via posters zal op het congres geïnformeerd worden over alle door het NHG uitgegeven registratieformulieren.

De Commissie Praktijkvoering ontvangt graag eventuele opmerkingen en suggesties voor verbeteringen.