

Normering van het huisartsgeneeskundig handelen: straks een gewone zaak

M.J.A. DE JONGE

In dit artikel wordt de normering van het huisartsgeneeskundig handelen besproken aan de hand van vier historische fasen in de huisartsgeneeskunde van na de tweede wereldoorlog: de pioniersfase, de politieke fase, de fase van een landelijk netwerk en het basistakenpakket, en de fase na 1983. Zowel de inhoudelijke als de voorwaarden-scheppende activiteiten met betrekking tot de normering van het beroepshandelen hebben zich grotendeels afgespeeld binnen de toplaag van de beroepsgroep. Dit proces is thans aan implementatie toe, maar de pogingen daartoe worden gekenmerkt door een top-down-benadering, en sluiten niet zonder meer aan bij de behoeften van praktiserende huisartsen. Niettemin valt te verwachten dat de behoefte aan normering van het eigen professioneel handelen van binnenuit zal groeien bij de toekomstige generatie huisartsen. Dan zal wel de hele top van de beroepsgroep in onderlinge samenwerking moeten blijven streven naar implementatie van de standaarden en moeten blijven trachten de kwaliteit van de zorg erkend te krijgen als te honoreren element.

De Jonge MJA. Normering van het huisartsgeneeskundig handelen: straks een gewone zaak. Huisarts Wet 1991; 34(3): 124-9.

Mw. Dr M.J.A. de Jonge, destijds wetenschappelijk medewerker bij de Vakgroep Huisartsgeneeskunde te Leiden, thans Organisatie Adviseur. Kersengarde 269, 2272 NE Voorburg; telefoon 070-3276571.

Inleiding

In de tweede helft van deze eeuw heeft de huisartsgeneeskunde stormachtige ontwikkelingen doorgemaakt. Kon de huisarts vlak na de oorlog slechts worden omschreven als de 'niet gespecialiseerde, niet in de kliniek werkzame algemene arts' die zijn patiënten aan huis ontving, nu is de huisarts uitgegroeid tot een professional met een eigen identiteit, heeft de beroepsgroep een eigen takenpakket en een eigen beroepsopleiding, en is de huisartsgeneeskunde een erkende, volwaardige tak binnen de medische professie.

Normering van het beroepsmatig handelen is een integrerend onderdeel van de professionalisering van iedere beroepsgroep. De grondslag hiervoor is een duidelijke taakafbakening en taakomschrijving, vastgelegd in een door de beroepsgroep aanvaard en door de maatschappij als zodanig erkend takenpakket. Om dit te kunnen bereiken, zal ook aan een aantal randvoorwaarden moeten worden voldaan, zoals maatschappelijke erkenning en een adequate honorering.

De inhoudelijke en voorwaarden-scheppende activiteiten die hiervoor noodzakelijk zijn, worden door iedere beroepsgroep aan beroepsverenigingen en landelijke organisaties overgelaten. Deze treden zowel naar binnen als naar buiten op als vertegenwoordigers van de beroepsgroep. Vooral in de beginfase werken de beroepsorganisaties nog los van elkaar, elk vanuit hun eigen optiek, maar gaandeweg blijkt dat zij voor het welslagen van hun doeleinden op elkaar zijn aangewezen. Er ontstaan netwerken van relaties en betrekkingen, niet alleen met elkaar, maar ook met voor de beroepsgroep 'relevante anderen', met wie moet worden onderhandeld over de gebruikswaarde van het te leveren produkt.

Voor de huisartsen zijn de overheid en de ziekenfondsen de belangrijkste onderhandelingspartners. Een van de moeilijkste problemen hierbij is, dat professionaliseringsprocessen zich afspelen in de kleine kring van de organisatorische bovenlaag van de beroepsgroep. De werkers aan de basis participeren meestal niet of nauwelijks in deze processen, terwijl de professionalisering van een beroepsgroep pas echt

succes heeft, wanneer deze kan steunen op een breed draagvlak binnen de beroepsgroep. Onder de huisartsen is er echter in woord en geschrift nog steeds sprake van 'vrijblijvendheid'.^{1,2} Men kan zich daarom, mede gezien de individuele en de voornamelijk vrije beroepsuitoefening van de Nederlandse huisarts, terecht afvragen of een dergelijk breed draagvlak wel echt kan worden bereikt.

De vraag die hier wordt gesteld, is in hoeverre de beroepsgroep van Nederlandse huisartsen erin is geslaagd het beroepsmatig handelen van de huisarts te normeren. Deze vraag wordt besproken aan de hand van een viertal historische fasen in de huisartsgeneeskunde van na de tweede wereldoorlog.

De pioniersfase (1956-1966)

Vlak na de tweede wereldoorlog verkeerde de huisartsgeneeskunde in een grote malaise. De devaluatie van het huisartsenberoep werd in die dagen toegeschreven aan de invoering van de verplichte ziektekostenverzekering, het gebrek aan kennis en kunde bij de huisarts en de opmars van de specialistische geneeskunde. De huisarts was overbelast en had het gevoel weinig aan 'echt medisch werk' te kunnen doen, en de verwijscijfers liepen onrustbarend hoog op.

Toch klinken er uit die tijd ook andere geluiden. Zo stelde *De Groot* dat er 'voor de huisarts die bereid is zich op de nieuwe toestand in te stellen, grote terreinen open liggen, waar ten bate van de lichamelijke en geestelijke gezondheid van individu en volk veel werk kan worden verricht'.³ Maar het waren nog geluiden van individuele huisartsen, en geen collectieve reacties. Zolang dat niet het geval was, misten de huisartsen een duidelijke beroepsidentiteit. Men slaagde er nog niet in om collectief een samenhangende taak voor de huisarts uit te werken.

Vanaf 1955 vond een kentering plaats. Aan de basis daarvan lag de overtuiging dat, indien men niet zelf overging tot het treffen van maatregelen ter bescherming van het bedreigde huisartsenberoep, spoedig een *point of no return* zou worden bereikt, 'waarna een herstel van de huisarts

niet meer mogelijk zou zijn'.⁴ Besloten werd tot de oprichting van een nieuwe vereniging voor huisartsen, 'die geen dubbele van de LHV zou mogen vormen, maar een wetenschappelijk genootschap zou moeten zijn, meer bepaald een studiegenootschap'.⁵

De oprichting van het Nederlands Huisartsen Genootschap moet worden gezien als een eerste collectieve poging om de plaats en taak van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg nader te bezien en het functioneren van de huisarts te verbeteren. Toen al werd er gedacht aan een verbetering van de praktijkorganisatie, een betere opleiding, permanente nascholing en aan het verrichten van wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk. Dit alles kreeg zijn eerste beslag in de inmiddels beroemd geworden Woudschotenthese.⁶ Daarmee legde het NHG de basis voor de normering van het huisartsgeneeskundig handelen, zoals zich dat nu ontwikkelt.

Ter verwezenlijking van de hoofddoelstelling van het NHG, de bevordering van de wetenschappelijke uitoefening van de geneeskunde door huisartsen, werd in 1965 ook het NHI opgericht als een eigen wetenschappelijk instituut, bemand door beroepskrachten.

In die periode was de zorg voor de ontwikkeling van het vak nog een zaak van een kleine voorhoede, die een meer idealistisch dan realistisch standpunt uitdroeg. Het zou nog jaren duren voordat brede lagen van de beroepsgroep bij de processen betrokken raakten. Het optreden van het Nederlands Huisartsen Genootschap en de Landelijke Huisartsen Vereniging maakte een breder draagvlak voor de ideeën in die dagen ook nog niet aannemelijk: terwijl het NHG eerste pogingen ondernam in de richting van een wetenschappelijke onderbouwing van de huisartsgeneeskunde, hield de LHV zich alleen bezig met de materiële belangenbeharting en richtte zij zich voornamelijk op erkenning en een adequate honorering voor de huisarts.

De politieke fase (1966-1975)

In de periode 1966-1975 stonden de gezondheidszorg en de gezondheidszorgpro-

blematiek in het middelpunt van de belangstelling. Allerwege vond bezinning plaats over de doelstelling en de structuur van de gezondheidszorg, getuige de artikelenreeks in *Medisch Contact* over respectievelijk 'Toekomstige structuur van de gezondheidszorg in Nederland' (1971) en 'Doelstellingen in de gezondheidszorg in Nederland' (1972). Reeds in het begin van die periode verscheen de Volkgezondheidsnota-Veldkamp,⁷ waarin een krachtig overheidsbeleid werd aangekondigd, met kwaliteitseisen en prioriteitstellingen als belangrijke pijlers.

Wat de rol van het NHG betreft, noemde *Tielens*⁸ dit de fase van differentiatie. Zo verzelfstandigde het NHI zich en besloot de LHV tot een koerswijziging, omdat men ontdekt had dat het werken aan financiële waarborgen van het vak wel goed was als basis, maar niet los kon worden gezien van kwaliteitsverbetering. Vanwege het toenemende huisartsentekort vreesde het Centraal Bestuur van de LHV dat 'de huisarts het peil van zijn werk zou kunnen gaan aanpassen aan de te lage honorering, omdat hij gedwongen werd te veel werk te aanvaarden, of dat hij zijn werk zou gaan beperken en daardoor een te laag inkomen zou verwerven'.⁹ Besloten werd dan ook de problemen van de huisarts globaler aan te pakken, teneinde een oplossing voor het 'kwaliteit-kwantiteit dilemma' te vinden.

De koerswijziging van de LHV werd ook ingegeven door de vrees dat de huisarts zijn centrale positie in de eerste lijn zou verliezen, omdat andere disciplines in dat gebied in opkomst waren en hun deel van de hulpverlening claimden. Tenslotte vroeg ook de toenemende bemoeienis van de overheid met de gezondheidszorg om een Centraal Bestuur dat besluitvaardig zou kunnen inspelen op die versterkte overheidsinbreng. De LHV maakte er ernst mee door bij monde van haar voorzitter een intercollegiaal toetsingssysteem binnen de beroepsgroep te propageren en eiste daarmee het recht op zelfregulering voor de medische professie op.

Door deze koerswijziging van de LHV verslechterde de verhouding met het NHG. Men ging zich afvragen of het NHG nog wel bestaansrecht had, te meer daar inmiddels ook andere doelstellingen van het Genoot-

schap verwezenlijkt waren. Zo werd in 1968 de eerste hoogleraar huisartsgeneeskunde te Utrecht benoemd en werd de huisartsgeneeskunde als vak opgenomen in het medisch onderwijs. Een volgende stap was de oprichting van het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde in 1970, dat in 1973 het SOH-rapport uitbracht.¹⁰ De start van de specifieke beroepsopleiding tot huisarts liet ook niet lang meer op zich wachten: in 1973 ging de eerste proefopleiding van start en in datzelfde jaar werd, met de instelling van het CHG en de HRC, de huisartsgeneeskunde erkend als een volwaardige discipline binnen de KNMG. In deze periode vond ook de verzelfstandiging van het Nederlands Huisartsen Instituut (NHI) plaats.

Het landelijk netwerk en het basistakenpakket (1975-1983)

De toenemende overheidsbemoeienis noopte de beroepsverenigingen tot het voeren van 'beroepspolitieke' activiteiten. Daarin speelde de LHV de hoofdrol. Het netwerk van organisaties en instellingen op het gebied van de huisartsgeneeskunde breidde zich uit, met de universitaire huisartseninstituten als de voornaamste nieuwe partners. Dit netwerk werd gekenmerkt door elkaar overlappende activiteiten en doelstellingen. De onderlinge afhankelijkheid groeide en de machtsverdeling in het netwerk stond onder grote spanning. Opvallend was het rivaliserende en coalitievormende optreden van de netwerkpartners ten opzichte van elkaar, waardoor de ontwikkelingen binnen de landelijke top laag van de beroepsgroep stagneerden. Voor het effectief gebruik maken van sociale netwerken van individuele huisartsen aan de basis van de beroepsgroep was nog geen ruimte, integendeel.

Binnen de LHV ontstonden problemen tussen het 'autoritair' optredende Centraal Bestuur en de Ledenvergadering, terwijl het bestuur van het NHG niet bij machte bleek om de centra tot bloei te brengen. Binnen het Bestuur rezen zelfs twijfels over de zin van het voortbestaan van het Genootschap.

Rond 1975 stonden huisarts en huisartsgeneeskunde onder sterke druk. Na de

Structuurnota-Hendriks in 1974,¹¹ waarin het accent werd gelegd op de eerste lijn, verschenen van alle kanten rapporten die de taak en plaats van de huisarts nader omschreven. Kenmerkend was daarbij dat de verschillende pogingen los van elkaar plaatsvonden. Het begon met het Interim-rapport van de KNMG in 1974,¹² gevolgd door het rapport van de KNMG-Commissie Eerste Echelon van 1976.¹³ In 1975 was inmiddels door het NHG het rapport 'Hoe helpt de dokter'¹⁴ uitgebracht, waarmee het Genootschap de huisartsgeneeskunde plaatste als onderdeel van de eerstelijns hulpverlening. Het hoofdstuk over methodisch werken werd later uitgewerkt in het rapport 'Methodisch werken',¹⁵ dat in 1977 verscheen. Het concept werd door de universitaire huisartseninstituten overgenomen en gebruikt als een vast onderdeel van de beroepsopleiding tot huisarts. In aansluiting hierop werd door het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut het begrip 'huisarts en somatische fixatie'¹⁶ ontwikkeld.

Vanuit de universitaire huisartseninstituten ontstond vooral behoefte aan de omschrijving van wat de huisarts moet kennen en kunnen. Zij hadden die nodig met het oog op het formuleren van onderwijsdoelstellingen voor de opleiding. In 1975 verscheen in dit verband het rapport: 'Kenmerken I' van het Utrechtse Instituut voor Huisartsgeneeskunde.¹⁷

In diezelfde tijd kwam ook de intercollegiale toetsing als nieuw element in de normering van het huisartsgeneeskundig handelen op gang. Het NHG nam het voortouw door zich breed over dit onderwerp te oriënteren en belegde in 1979 een conferentie over toetsing in de huisartsgeneeskunde. LHV en NHG vonden elkaar in een beleidsgroep toetsing in 1977, die zich richtte op geleidelijke ontwikkeling en invoering van de toetsing onder de huisartsen.

In de universitaire huisartseninstituten ging men zich inmiddels ook bezighouden met de ontwikkeling van 'protocolaire' geneeskunde door te pogen het handelen van huisartsen vast te leggen in schema's. Naast de Commissie Toetsing, die door het NHG in 1981 was ingesteld in verband met

het zogenaamde Voorwaardenbeleid, ging ook het IOH over tot het oprichten van een Commissie Toetsing om de haalbaarheid van onderlinge toetsing bij de eigen doelgroep te inventariseren.

Intussen ontstond alom een sterke behoefte aan normen. Men stelde dat, voordat tot toetsing kon worden overgegaan, eerst normen zouden moeten worden ontwikkeld; deze normen zouden op zijn minst op consensus onder de beroepsgenoten moeten berusten, en zo mogelijk ook wetenschappelijk gefundeerd moeten te zijn. Het gevolg hiervan was het ontstaan van verschillende soorten toetsingsgroepen en het houden van consensusbesprekingen. Deze zouden de basis vormen voor het latere standaardenbeleid van het NHG.

Ondanks deze positieve ontwikkelingen ontstond een strijd om de macht in het landelijke netwerk, juist in een periode dat dit levensgevaarlijk was. De controversen spitsten zich toe rond de toetsing, waarin inmiddels niet alleen het NHG, maar ook de universitaire huisartseninstituten en de stichting O&O een rol speelden.

De LHV moest in die periode haar leidinggevende positie in het netwerk opnieuw bevestigen. Onder hoge druk en met grote problemen in de ledenvergadering werd in 1977 een eigen rapport uitgebracht: 'De taken van de huisarts', in 1978 omgedoopt tot 'Taken van de huisarts'.¹⁸ Met dit rapport trachtte de LHV orde op zaken te stellen. De vereniging wilde het recht op zelfbepaling verdedigen, maar kreeg tegelijkertijd te maken met de overheid die dit recht dreigde aan te tasten, de eigen achterban die zich niet wilde binden, en met het NHG dat de identiteit van de beroepsgroep ondermijnde door met het rapport 'Hoe helpt de dokter' de spilfunctie van de huisarts in de eerste lijn op de tocht te zetten.

De LHV nam vanaf die tijd de leiding in het proces dat in de volgende jaren in het teken stond van het Basistakenpakket. Duidelijk was dat de LHV daarbij alle partners in het netwerk moest betrekken, opdat de hele (toplaag van de) beroepsgroep achter het eindproduct zou kunnen staan. De vereniging besteedde in die periode al haar energie aan een zo groot mogelijke legitimering van haar activiteiten vooraf. Daarom werd het proces geken-

merkt door veel ontwerpen en veel onderhandelen.

Via het beleggen van een rondetafelconferentie rond de functie bepaling van de huisarts trachtte het CB eerst op één lijn te komen met alle landelijke netwerkpartners. Toen bleek dat alle partners behoefte hadden aan een adequate functieomschrijving, werd een Raamplangroep in het leven geroepen, die zo breed van samenstelling was dat het bereiken van een gemeenschappelijk aanvaarde functieomschrijving was gewaarborgd. Het onderzoek van het organisatie-adviesbureau Berenschot stond vervolgens garant voor voldoende interne legitimering binnen de LHV, waardoor de functieomschrijving kon worden omgedoopt tot LHV-functieomschrijving.¹⁹

In de slotfase zorgden *hearings* en commentaren van zowel binnen als buiten de beroepsgroep voor een zo groot mogelijke algemene aanvaarding. De ledenvergadering van het LHV nam op 3 juni 1983 het rapport 'Basistaken van de huisarts'²⁰ met algemene stemmen aan. Dit rapport geeft de beroepsgroep een gedetailleerd beeld van de aansprakelijkheid van de huisarts, voor wat betreft zijn bevoegdheden en verantwoordelijkheden.

Het beleid rond het Basistakenpakket is een afspiegeling van de relaties en verhoudingen in het landelijk netwerk. Alle organisaties hadden hun eigen belangen: de LHV had een takenpakket nodig voor de onderbouwing van de werkbelasting van de huisarts in het kader van de onderhandelingen met de ziekenfondsen over de tarieven; het NHG had een functieomschrijving van de huisarts nodig om toetsbare kwaliteitseisen voor het huisartsgeneeskundig handelen te kunnen opstellen; de universitaire huisartseninstituten hadden behoefte aan een duidelijke functieomschrijving voor het formuleren van onderwijsdoelstellingen. Alle voelden zij de noodzaak tot opheffing van de vrijblijvendheid en zagen zij een takenpakket als een onmisbare schakel in de normering van het huisartsgeneeskundig handelen.

Door de besluitvorming in het beslissende stadium formeel alleen binnen de LHV te laten plaatsvinden, kon worden gerekend op een zo groot mogelijke steun van de beroepsgroep. Bij aanvaarding van het

Basistakenpakket in de ledenvergadering van 3 juni 1983 werd in dit verband vastgesteld dat van dit rapport een normerende werking uit kon gaan, mits aan een aantal voorwaarden werd voldaan.

Na 1983: integratie van het landelijk netwerk

In de periode na 1983 is binnen de beroepsgroep, met name op beleidsniveau, hard gewerkt aan het voldoen aan de voorwaarden die in verband met het Basistakenpakket zijn genoemd. Zo verscheen in 1986 een beleidsplan van het NHG, waarin werd aangekondigd dat het NHG zich systematisch zou gaan bezighouden met normstelling en kwaliteitsbewaking.²¹ In feite ging het hier om het ontwikkelen van standaarden voor huisartsgeneeskundig handelen en het scheppen van structuren en procedures om de naleving van die normen te waarborgen.

Dit plan is gevolgd door een discussienota, 'Naar criteria voor kwaliteit' (mei 1987), waarin het NHG een centrale taak claimt in het standaardenbeleid.²²

Eind 1987 kwam ook de LHV met een discussienota: 'De positie van de huisarts in de toekomst',²³ waarin een uitwerking wordt gegeven van de randvoorwaarden waaraan moet worden voldaan, wil de huisarts kunnen voldoen aan de eisen uit het Basistakenpakket. Genoemd worden onder andere een niet langer vrijblijvende deskundigheidsbevordering en (her)registratie, gekoppeld aan de eisen uit het Basistakenpakket. In feite betekent dit dat (her)registratie wordt gekoppeld aan verplichte nascholing en toetsing.

Het CHG heeft de Commissie Curriculum Constructie Beroepsopleiding tot Huisarts ingesteld, die een onderwijsprogramma en de noodzakelijke randvoorwaarden voor de beroepsopleiding heeft opgesteld in aansluiting op het Basistakenpakket. Het eindrapport is in december 1986 gepubliceerd.²⁴

Met het Basistakenpakket als uitgangspunt zijn de taken goed verdeeld en zijn de verschillende posities in het netwerk met elkaar in evenwicht. Zo wordt door de LHV in de discussienota vermeld dat bij de invoer van een verplichte toetsing het stan-

daardenbeleid van het NHG moet worden betrokken en hebben het NHG en de universitaire huisartseninstituten in 1987 de volgende intentieverklaring uitgegeven: 'De leden van het IOH en het Algemeen bestuur van het Nederlands Huisartsen Genootschap zijn het eens geworden over een aantal wensen op het gebied van ontwikkeling en opleiding, onderzoek en de mogelijke organisatie ervan'. Deze intentieverklaring is nader uitgewerkt in een werkplan van de werkgroep samenwerking NHG-UHI'en.²⁵ Daarin worden onder andere de volgende uitvoeringsvoorstellen genoemd:

- de opleiding van de opleiders tot huisarts-model-functioneren;
- de visitatiecommissie nieuwe stijl;
- de registratie van patiëntgebonden informatie;
- de organisatie van de samenwerking tussen SDH-UHI'en en het NHG.

Realisatie in de praktijk

Na 1983 kwam de beroepsgroep terecht in de beslissende fase van de implementatie. Ook in deze fase speelt de organisatorische bovenbouw van de beroepsgroep een belangrijke rol.

Het NHG ontwikkelt standaarden voor huisartsgeneeskundig handelen, samen met groepen perifere huisartsen, die op basis van vrijwilligheid worden samengesteld. De universitaire huisartseninstituten leveren - met name door het verrichten van patiëntgebonden wetenschappelijk onderzoek - een eigen bijdrage aan de totstandkoming van normen. Zij zijn gestart met de systematische invoering van toetsing en werken samen met het NHG aan het ontwikkelen van standaarden op basis van consensusbesprekingen en literatuurstudie.

De LHV heeft met de Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen (SDH) en een groot aantal over de periferie versprede Werkgroepen Deskundigheidsbevordering (WHD's) een landelijke infrastructuur gecreëerd, waarmee wordt voorzien in de behoefte aan een perifeer gestructureerde deskundigheidsbevordering en ondersteuning voor huisartsen. De wederzijdse afstemming tussen de landelijke top en de basis van de beroepsgroep wordt in deze

structuur verzorgd door coördinatoren, die de verbindende schakel vormen tussen de WHD's aan de basis en de SDH op landelijk niveau.

In het landelijk netwerk bestaat nu een duidelijke onderlinge afstemming en samenwerking, en de voorwaarden voor implementatie in de beroepsgroep zijn optimaal. Maar op dit niveau liggen de taken vooral op het initiërend en ontwikkelend vlak. Het ontstaan van een breed draagvlak is een kwestie van de basis zelf en kan niet zonder meer door een *top-down*-benadering worden bereikt.

Voor implementatie van de ideeën van de organisatorische bovenlaag in brede lagen van de beroepsgroep zijn informele, sociale netwerken nodig. In deze netwerken kunnen onder andere de plaatselijke sleutelfiguren een bindende rol vervullen. Behoudens enkele initiatieven aan de basis, in de vorm van bijvoorbeeld onderlinge afstemming van prescriptiegewoonten tussen groepen huisartsen, zijn deze sociale netwerken niet sterk ontwikkeld. In de loop der jaren zijn door de LHV herhaalde pogingen gedaan om gebruik te maken van sleutelfiguren en/of natuurlijke sociale netwerken. Een duidelijk voorbeeld daarvan waren de klankbordgroepen van geïnteresseerde huisartsen. Deze hadden echter een tijdelijk bestaan en slechts een klein bereik. Wellicht daarom kiest de LHV voorlopig nog voor de organisatorische vorm van die netwerken. De landelijke top heeft ook geen andere keus. Ze kan slechts voorwaarden-scheppend bezig zijn. In dat opzicht is ze intussen meer dan geslaagd.

Via de verenigingsstructuur kunnen de beroepsverenigingen wel normen dwingend opleggen aan hun eigen leden door gebruik te maken van dwang- en/of lokmiddelen, zoals het royeren van leden en het bieden van premies voor bepaalde prestaties. Zo heeft het NHG geprobeerd het huisartsopleiderschap te verbinden aan het lidmaatschap van het NHG. Dat is trouwens ook een van de intenties uit het bovengenoemde werkplan. Op deze manier wordt echter eerder het ontstaan van een elite bevorderd dan een snelle en effectieve implementatie van nieuwe ideeën in brede lagen van de beroepsgroep.

Wat de landelijke top niet kan, is dwingend behoeften opleggen aan de basis. Dat is onder andere gebleken uit de pogingen van het NHG om de NHG-centra tot bloei te brengen. De infrastructuur van het Genootschap verdroeg zich niet met normering van boven af. Het is immers tegenstrijdig te stellen dat de behoefte aan normering van binnenuit moet komen en tegelijkertijd als top van de vereniging die behoefte te willen bepalen.

Het probleem van de wisselwerking tussen top en basis doet zich ook voor in de LHV, zij het dat hier de zaken iets anders liggen: de infrastructuur van de LHV voorziet in stemming en besluitvorming door de leden. Maar ook hier kunnen geen behoeften dwingend worden opgelegd.

De waarneemgroepen van huisartsen zijn wel sociale netwerken bij uitstek, omdat de huisartsen daar te maken hebben met direct patiëntgebonden activiteiten. De waarneemgroepen maken echter geen deel uit van de verenigingsstructuur van de LHV. Dat vormt ook een belemmering voor grootschalige beïnvloeding van bovenaf.

In de discussienota 'De positie van de huisarts in de toekomst' wordt melding gemaakt van de oprichting van de Vereniging Ondersteuning Huisartsen (VOH) voor perifere ondersteuning ten behoeve van de hele beroepsgroep, en niet alleen de georganiseerden onder hen. Buijs als de voorzitter van de Stichting Deskundigheidsbevordering en Ondersteuning Huisartsen zegt hierover in de SDO, het tijdschrift voor de huisarts: 'Eindelijk is het zover en kunnen we de huisarts de service gaan bieden waar hij of zij behoefte aan heeft'.²⁶ Kenmerkend voor de nieuwe structuur noemt hij 'een zo groot mogelijke zelfstandigheid van de perifere organisaties. Tevens worden de diensten zo perifeer mogelijk aangeboden en heeft de individuele huisarts een behoorlijke invloed op het dienstenpakket'.

De nota spreekt in dit verband over het meer inschakelen van het plaatselijk niveau en over structuren vanuit de basis. De vereniging kent 20 afdelingen met elk een VOH directeur. De VOH functioneert als *overhead*-organisatie en vormt de gesprekspartner voor de plaatselijke huisart-

sen en hun overleg met andere organisaties. De nota stelt een hechte, goed georganiseerde, aanspreekbare beroepsgroep als een essentiële randvoorwaarde in het kader van de levering van de producten huisartsgeneeskunde en integrale thuiszorg en spreekt over de VOH ook in de context van mogelijkheden tot bindende uitspraken.

De omvangrijke ondersteuningsstructuur die hier wordt aangeboden, wekt hoge verwachtingen. Het aanbod is op zijn minst indrukwekkend. Toch is ook dit weer een voorbeeld van de *top-down*-benadering waarbij gebruik gemaakt wordt van lokmiddelen. Daar is op zich niets tegen, maar er mag niet verwacht worden dat deze organisatie-netwerken ook precies aansluiten bij de behoefte aan beroepsinhoudelijke ondersteuning die de huisartsen zouden hebben; zeker niet wanneer blijkt dat deze netwerken bedoeld zijn om de verplichte nascholing, toetsing en (her)registratieplicht gemakkelijker te kunnen invoeren.

In de recente plannen van de LHV om over te gaan tot reorganisatie van de beroepsgroep worden alle elementen – deskundigheidsbevordering, belangenbehartiging en ondersteuning – in de verenigingsstructuur opgenomen. Verder staan in dit model de huisartsgroepen centraal. Van onderop bezien gaat de besluitvorming dan via de individuele huisarts, zijn huisartsgroep, de regionale huisartsenvereniging en het district naar het Algemeen Bestuur. De vraag wat de 'echte' periferie nodig heeft, blijft echter ook hier onbeantwoord.

Tevens blijft het de vraag of door de inhoudelijke en voorwaarden-scheppende activiteiten van de top de 'vrijblijvendheid' bij de huisarts aan de basis wel echt kan worden opgeheven. Anders gezegd: is normering van het huisartsgeneeskundig handelen in de praktijk wel een haalbare zaak?

Het meeste mag mijns inziens worden verwacht van de beroepsopleiding tot huisarts. Via dat kanaal worden alle toekomstige huisartsen geschoold. Door hen tijdens de opleiding al vertrouwd te maken met het gebruik van standaarden en hen te leren omgaan met het verschijnsel van periodieke toetsing van het huisartsgeneeskundig handelen, zal de kans het grootst zijn

dat de behoefte aan normering van het eigen beroepshandelen bij de toekomstige generatie huisartsen van binnenuit groeit.

Dat neemt niet weg, dat de top van de beroepsgroep in onderlinge samenwerking moet blijven streven naar implementatie van de standaarden, en moet blijven trachten de kwaliteit van de zorg als honorabel element erkend te krijgen. Of de nieuwe verenigingsstructuur van de LHV dit proces kan helpen bespoedigen, zal de tijd moeten leren, maar het is in ieder geval de moeite waard om het te proberen. De huisarts is en blijft nu eenmaal onzeker ten aanzien van zijn eigen kennis en vaardigheden, doordat hij de eerste gevolgen ondervindt van de maatschappelijke ontwikkelingen die hij nauwelijks kan bijhouden. Hij wil wel zekerheden, maar hij wil ze niet opgelegd krijgen.

Literatuur

- ¹ Van Weel C. Achilles tot hardloper bekeerd. Huisarts Wet 1981; 24: 417.
- ² Verdenius W, Van der Voort JPM. De organisatie van de beroepsgroep in Nederland. In: Jaarboek Huisartsgeneeskunde 1988. Utrecht: Bunge, 1988: 36-44.
- ³ De Groot J. Ziekenfondspatiënten. Med Contact 1948; 3: 47.
- ⁴ Van Hove Baeck A. Het professionaliseringsproces van de Nederlandse huisarts [Dissertatie]. Leuven, 1978.
- ⁵ Huygen FJA. N.H.G. – quo vadis? Huisarts Wet 1959; 2: 187-91.
- ⁶ Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het NHG. Het Woudschotenrapport. Huisarts Wet 1966; 9: 372-85.
- ⁷ Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Volksgezondheidsnota 1966. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1966.
- ⁸ Anoniem. V.C.L. Tielens N.H.G.-voorzitter. Huisarts Wet 1972; 15: 444-6.
- ⁹ Van der Leeuw JJ. Beschouwing over de doelstellingen der Landelijke Huisartsen Vereniging. Med Contact 1967; 14: 953.
- ¹⁰ Interfacultaire Werkgroep Specifieke Opleiding Huisartsen van het Interfacultair Overleg Huisartsen. SOH-rapport, 1975.
- ¹¹ Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Structuurnota Gezondheidszorg. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1974.
- ¹² KNMG Commissie Eerste Echelon. Plaats en taken van de huisarts in het eerste echelon. Interim rapport. Utrecht, 1974.
- ¹³ KNMG Commissie Eerste Echelon. Huisarts

- waarheen? De plaats van de medicus in het eerste echelon. Discussienota. Med Contact 1976; 21: 141-63.
- ¹⁴ Werkgroep Takenpakket van het NHG. Hoe helpt de dokter? Huisartsgeneeskunde als onderdeel van de eerstelijns hulpverlening. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1975.
- ¹⁵ Werkgroep Takenpakket van het NHG. Methodisch werken. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1977.
- ¹⁶ Grol R, red. Huisarts en somatische fixatie. Theorie en praktijk van de preventie van somatische fixatie. Nijmegen: NUHI, 1981.
- ¹⁷ Van Es J. Kenmerken van de huisarts. Rapport onderwijsdoelstellingen. Utrecht: Instituut voor Huisartsgeneeskunde Utrecht, 1975.
- ¹⁸ Commissie Takenpakket van de LHV. De taken van de huisarts. Med Contact 1977; 32: 765-89.
- ¹⁹ Anoniem. LHV-Functieomschrijving van de huisarts. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1981.
- ²⁰ Springer MP, red. Basistakenpakket van de huisarts. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1983.
- ²¹ Anoniem. Concept-Beleidsplan 1986 van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1986.
- ²² Anoniem. Naar criteria voor kwaliteit. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1987.
- ²³ Anoniem. De positie van de huisarts in de toekomst. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1987.
- ²⁴ Commissie Curriculum Constructie (meerjarige) Beroepsopleiding tot huisarts. Een structuurplan voor de beroepsopleiding. Utrecht: CCBOH, 1985.
- ²⁵ Anoniem. Concept-Werkplan van de werkgroep samenwerking NHG-UHI'en. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1987.
- ²⁶ Buys S. Alles wat u weten wilt over de ontwikkeling van uw beroep. Tijdschrift voor de huisarts 1986; 1: 3.