

Een conferentie van Duitse docenten in de huisartsgeneeskunde in Berlijn

Op 26 en 27 oktober 1991 vond in Berlijn een symposium plaats, georganiseerd door de 'Vereinigung der Hochschullehrer und Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin' uit de (voormalige) Bondsrepubliek. Ik was uitgenodigd, omdat ik sinds 1973 veel van deze bijeenkomsten heb bijgewoond. Ook universitaire medewerkers uit de (voormalige) DDR waren aanwezig: vijf hoogleraren en één huisarts, verbonden aan vijf universiteiten: Berlijn (Humboldt-Universität), Dresden, Halle, Leipzig en Rostock. Van iedere universiteit uit (West-)Duitsland was een docent in de huisartsgeneeskunde uitgenodigd en tevens een vertegenwoordiger van de desbetreffende universiteit, in de meeste gevallen een (klinische) hoogleraar. Daarnaast waren er zes politici uit de diverse 'Länder' aanwezig en Ursula Schleicher, afgevaardigde voor Duitsland in het Europese parlement. Totaal ongeveer 80 deelnemers.

Het centrale thema was: 'Allgemeinmedizin als Hochschulfach. Strukturen und Modelle'. Zonder dat dit nu met zoveel woorden gezegd werd, was duidelijk dat de problematiek van de 'Vereinigung Ost-West' centraal stond.

Het kostte mij enige moeite min of meer objectieve informatie uit de voormalige DDR te krijgen. De chaos is nog groot en niemand van de aanwezigen kon op al mijn vragen een antwoord geven. Kort beschreven komt het erop neer dat de 'structuren en modellen' uit het westen nu naar het oosten moeten worden overgebracht, een karwei waar een buitenstaander nauwelijks weet van heeft. Aan de zeven universiteiten in de DDR (plus één Medizinische Hochschule in Erfurt) waren geen leerstoelen in de huisartsgeneeskunde, maar er bestond wel een beroepsopleiding van vijf jaar. Alle artsen werkten in dienst van de staat – de eerstelijns gezondheidszorg vond plaats vanuit centra en poliklinieken waar zowel huisartsen als specialisten werkten – maar plotseling was er geen staat meer en vervielen alle regels en afspraken. Dat heeft bijvoorbeeld tot gevolg gehad dat totale faculteitsbesturen zijn ontslagen, dat artsen zich vrij gingen vestigen of de vlucht namen, kortom dat iedereen deed wat hem goed leek. De chaos was in het begin compleet.

Nu schijnt de zaak zich enigszins gestabiliseerd te hebben en is er besloten dat zowel in het westen als in het oosten iedere universiteit een afdeling voor huisartsgeneeskunde moet hebben en dat de beroepsopleiding tot drie jaar moet worden teruggebracht. Deze duur staat overigens nog niet vast – net zomin als in Nederland – maar het merkwaardigste is dat het niemand interesseert wat er precies tijdens deze opleiding moet gebeuren; alleen de duur geldt blijkbaar.

Toen ik mevrouw Schleicher probeerde uit te leggen hoe in Nederland de beroepsopleiding was opgezet, vond zij mijn verhaal wel mooi, maar twee jaar was wel absurd kort en dat kon nooit goed zijn.

In de voormalige DDR moest de arts-assistent eerst een half jaar in een eerstelijnsinstituut werken, vervolgens twee jaar intramuraal 'de grote vakken', daarna twee jaar poliklinisch 'de kleine vakken' en ten slotte weer een half jaar in een eerstelijnsinstituut: in totaal dus vijf jaar. Overigens is 65 procent van alle huisartsen in de DDR vrouw. In de BRD duurt de beroepsopleiding vier jaar, waarvan de meeste tijd ook intramuraal werd doorgebracht.¹

Na een begroeting door voorzitter Kruse volgde een interessant programma waarin de plaats van de huisartsgeneeskunde aan de universiteiten beschouwd werd vanuit verschillende standpunten: vanuit de docenten in de huisartsgeneeskunde, de centrale en gedecentraliseerde regering (Bundes- en Landesregierung) en vanuit de ziekenfondsen. Tenslotte kwam ook de toestand in de USA en die in Zwitserland ter sprake.

De middag was gewijd aan de problematiek van de individuele docenten, terwijl de volgende dag geheel werd besteed aan de vraag: hoe nu verder? Vragen vanuit de zaal werden beantwoord door een forum van deskundigen.

Aan de 26 Westduitse universiteiten zijn nu overall huisartsen als docenten verbonden. De 15 universiteiten tellen 19 hoogleraren, maar dat zijn honorar Professoren, dat wil zeggen mensen met een eretitel, die per uur – en slecht – worden betaald. Maar voor de status van het vak zijn dergelijke benoemingen goed. Aan slechts twee universiteiten is een ordinarius aangesteld: Hannover en Göttingen.

Hoewel de onderwijstaken van de docenten wettelijk nauwkeurig beschreven zijn, lopen de structuren waarbinnen de docenten werken zeer uiteen. Bij het onderwijs wordt veel Angelsaksische literatuur aanbevolen.² Het boek van Lodewick uit Maastricht, over het lichamelijk onderzoek, staat hoog op de lijst. Vrijwel alle docenten spreken goed Engels en velen zijn in de USA geweest. Een bezetting van 45 jaar heeft ook positieve gevolgen! Onderzoek komt op verschillende plaatsen van de grond; wat daarbij opvalt is dat de farmaceutische industrie veel sponsort.

Dissertaties worden er op het gebied van de huisartsgeneeskunde ook steeds meer geschreven, waarbij de lezer er rekening mee moet houden dat een dissertatie in Duitsland meestal niet veel meer omvat dan bij ons een forse scriptie. Er wordt ieder jaar door de Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin een prijs uitgereikt voor de beste dissertatie.

Ik had een aantal exemplaren van het boekje van *Blanken & Oudkerk*³ meegenomen – waarin het symposiumonderwerp uitvoerig behandeld wordt – waarvoor veel belangstelling bestond. Vóór de oorlog hebben de Duitsers veel bijgedragen aan de ontwikkeling van de wetenschap. De studie in de geneeskunde in Nederland bijvoorbeeld stond omstreeks 1930 sterk onder Duitse invloed. Al vóór de tweede wereldoorlog was hun rol echter uitgespeeld.

Eind jaren tachtig was de invloed van de Duitse wetenschap weer groter dan die van de Britse. Duitsland komt nu in de wereld op de wetenschappelijke citatieranglijst op de tweede plaats, na de USA. Onderzoekers uit de vroegere DDR spelen daarbij een grote rol. Dit jaar ontvingen de Duitse fysiologen Neher en Sakmann de Nobelprijs voor geneeskunde (fysiologie). Het lijkt mij nuttig als Nederlandse (huis)artsen wat meer over onze oostgrens gaan kijken. In het nieuwe Europa zullen wij vooral met Duitsland te maken krijgen.

Ondertussen wordt de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde in Duitsland vooral door het establishment tegengewerkt. Geen arts lijkt erbij gebaat als de huisartspraktijk alleen door speciaal opgeleide artsen uitgeoefend mag worden. Momenteel mag iedereen, ook iedere specialist, zich in Duitsland als huisarts vestigen. Per 1-1-1995 is dat voorbij. In geheel Europa mogen zich dan pas artsen als huisarts vestigen als zij een specifieke beroepsopleiding hebben gevolgd.¹

Toen een jonge docent zijn droefheid uitsprak over de trage ontwikkeling, wees Kruse erop dat het meer dan honderd jaar strijd gekost heeft voordat het specialisme kindergeneeskunde werd erkend.⁴ In Nederland duurde het, nadat het artsexamen in 1865 was ingesteld, ook meer dan honderd jaar vóór de eerste huisarts (in 1975) in het register werd ingeschreven.

Ik had voor de terugreis een pak kranten gekocht. *Berliner Zeitung*: de Duitse discussie over de asielzoekers, de verkeerschaos in Berlijn. *Die Zeit*: een bespreking van een overval door de nazi's op een Berlijnse kunstenaarsnederzetting in 1933, een bespreking van drie boeken over de geschiedenis van de Joden in Duitsland. In een bijlage van *Die Zeit* een uitgebreide reportage over de treurige toestand in het Russische Kaliningrad, het vroegere Königsberg.

De meeste problemen in dit land hebben nog iets met de vorige oorlog te maken. Ook na meer dan 45 jaar!

G.J. Bremer

Literatuur op pag. 171.

EGPRW in Varenna

In een winderig, nat en koud Varenna aan het Comomeer werd van 11 tot 13 oktober 1991 de 33e bijeenkomst van de European General Practice Research Workshop (EGPRW) gehouden. Uit 15 Europese landen waren in totaal 55 deelnemers aanwezig, waarvan de Nederlandse afvaardiging de grootste was (waaronder maar liefst 6 leden van de vakgroep Huisartsgeneeskunde uit Rotterdam). Er werden 30 voordrachten van elk een half uur gehouden, gelijkelijk verdeeld over het centrale thema 'Drug prescription in General Practice' en free-standing papers. Alle abstracts van deze bijeenkomst zullen worden gepubliceerd in *Family Practice*.

Italië

Passerini (Italië) schetste in grote lijnen hoe de gezondheidszorg in Italië is georganiseerd. Sinds 1978 beschikt Italië over een soort 'National Health Service System', dat sterk op het Engelse systeem lijkt. Daarbij is Italië voor de organisatie van zijn gezondheidszorgsysteem verdeeld in regio's, waarbij elke regio min of meer autonoom kan functioneren. Door deze regionale indeling zijn er meer dan 600 verschillende lokale autoriteitsorganen voor de gezondheidszorg.

In Italië werken meer dan 68.000 huisartsen, wat neerkomt op 1 huisarts per 883 Italianen. Voor alle artsen bij elkaar ligt dat cijfer zelfs op 1 per 280 inwoners. Huisartsen mogen maximaal 1500 patiënten hebben. Al met al heeft dit geleid tot een onevenwichtige situatie; er zijn veel huisartsen met erg weinig patiënten. Patiënten staan ingeschreven bij een vaste huisarts, maar kunnen wel zo vaak van huisarts wisselen als ze willen. Net als in ons land worden huisartsen per jaar per patiënt betaald. Daarnaast ontvangt de huisarts een klein bedrag per verrichting extra (bijvoorbeeld voor een laboratoriumaanvraag). Patiënten hoeven hun huisarts niets te betalen. Van voorgeschreven medicamenten moeten patiënten ongeveer de helft betalen, met uitzondering van bepaalde groepen medicamenten (zoals voor omschreven chronische aandoeningen).

Patiënten kunnen alleen via de huisarts naar een specialist. Er bestaat in Italië geen enkele vakgroep huisartsgeneeskunde, met (onder andere) als gevolg dat er ook geen echte huisartsenopleiding is en dat het huisartsgeneeskundig onderzoek door individuen wordt gedragen.

Drug Prescription in General Practice

Van der Ven (Rotterdam) toonde met empirische data aan dat er bij 10 procent van alle contacten van huisartsen met kinderen (0-14 jaar) een antibioticum wordt voorgeschreven, waarbij (uiteraard) de inter-doktervariatie erg groot is. *Hakansson* (Zweden) rapporteerde da-

ta uit een retrospectief cohortonderzoek, die erop wezen dat kinderen op de leeftijd van 18 jaar met rokende ouders significant meer antibiotica (voor luchtweginfecties) voorgeschreven hadden gekregen dan kinderen van niet-rokers.

Dat internationale bijeenkomsten en het daar presenteren van materiaal zinvol is, bleek uit het feit dat maar liefst drie voordrachten gingen over onderzoek naar het gebruik van diuretica, waarbij twee van de drie onderzoekers niet eerder van elkaars onderzoek hadden gehoord. *Walma* (Rotterdam) rapporteerde over zijn pilot-onderzoek waarbij diureticiemedicatie wordt stopgezet (onder intensieve controle), ongeacht de reden van voorschrijven (zie het vorige nummer van H&W). *Straad* deed hetzelfde in Noorwegen, maar richtte zich meer op het ontwikkelen van een algoritme voor de selectie van patiënten bij wie diuretica gestopt zouden kunnen worden en het vervolgens piloten van dit beslisschema. *De Jonge* (Maastricht) presenteerde resultaten van een vragenlijst onder huisartsen, waarbij via een 'schriftelijke simulatiepatiënt' gevraagd werd naar het behandelingschema voor patiënten met enkeloedeem; daaraan gekoppeld is een 'stopstudie'. In de discussie werd vooral ingegaan op de inclusiecriteria die deze drie onderzoekers gebruikten.

Bradley (UK) interviewde 74 artsen om na te gaan welke factoren te maken hebben met het wel of niet voorschrijven van een medicament. Daarbij bleken vooral contextuele factoren (leeftijd en medische voorgeschiedenis van de patiënt) en opvattingen van de arts van belang. Zijn data ondersteunen het bestaan van een niet-specifiek voorschrijven, waarover nog onlangs in *Huisarts en Wetenschap* is geschreven.

Vrije voordrachten

Dat eerstelijns onderzoek ook mogelijk is bij afwezigheid van vakgroepen huisartsgeneeskunde, bleek uit de voordracht van *Avanzini* (Italië). Hij deed een geslaagde pilot study, waaraan 444 huisartsen deelnamen, naar het beloop van behandelde hypertensie onder niet-gecontroleerde ('alledaagse') omstandigheden. De helft van de artsen vervolgden de patiënten gedurende 12 maanden. Toen het echte experiment van start zou gaan (vergelijking protocol behandeling met 'gewone' behandeling) moest de studie echter worden stopgezet omdat er 'ineens' toch te weinig huisartsen echt wilden meedoen.

Whitfield (UK) onderzocht via een anonieme enquête waarom patiënten van huisarts wisselden, zonder dat ze verhuisden. Meer dan 40 procent van de patiënten gaf de afstand tot de arts als hoofdreden op, 35 procent was ontevreden over de ondervonden medische behandeling en 36 procent was ontevreden over de organisatie van de praktijk.

Kirkengen (Noorwegen) hield diepte-interviews naar het vóórkomen van seksueel misbruik tijdens de jeugd bij patiënten die zich bij de huisarts aandienen met een gynaecologisch probleem: 24 van de 85 vrouwen rapporteerden over dergelijke ervaringen. Opmerkelijk was dat deze misbruikte vrouwen hun gezondheid als veel slechter ervoeren dan de niet-misbruikte vrouwen.

Zoals gewoonlijk tijdens de EGPRW-bijeenkomsten was er na elke voordracht een levendige discussie, waarbij soms harde noten werden gekraakt in een vriendelijke atmosfeer. De EGPRW-bijeenkomsten bieden altijd ruimte tot het presenteren van onderzoeksvorstellen of tot het vragen om mee te denken bij analyse van lopende projecten.

De volgende EGPRW-bijeenkomst vindt plaats van 10 t/m 12 april 1992 in Nottingham (UK). Het centrale thema zal zijn: 'Health promotion in general practice'. Nottingham is gekozen als plaats van samenkomst, omdat de EGPRW daar op 11 april een parallelsessie zal verzorgen op het jaarlijks congres van de Royal College of General Practitioners.

Jan-Joost Rethans

Vakgroep Huisartsgeneeskunde Maastricht

Literatuur van pag. 170.

- 1 Heimstädt M. Allgemein Medizin, Weiterbildung. Züllich: Biermann, 1991.
- 2 Härter G, et al. Lehrstoffkatalog Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Zeitschr Allgemeinmedizin 1990; 66: 1515-26.
- 3 Blanken AJ, Oudkerk RH. Working together. A study into cooperation between university and general practitioners. Deventer: Kluwer, 1990.
- 4 Kruse W. Die entwicklung des Lehrgebietes Allgemeinmedizin an den Hochschulen der Bundesrepublik Deutschland. Zeitschr Allgemeinmedizin 1991; 67(Anhang): 2-4.