

Het NHG en de huisartsgeneeskunde

V.C.L. TIELENS

Het Nederlands Huisartsen Genootschap beoogt een bijdrage te leveren aan het ontwikkelen van de huisartsgeneeskunde. De eerste Huygen-lezing, genoemd naar de man die als geen ander van betekenis is geweest voor het reveil van de huisartsgeneeskunde, zowel als de wisseling van voorzitter van het NHG vormen een goede aanleiding stil te staan bij een aantal grote lijnen, te onderkennen in de activiteiten van het Genootschap door de jaren heen. Bij ieder van die lijnen wordt aangegeven wat de inspanningen hebben opgeleverd voor de huisartsgeneeskunde en daarmee voor de geneeskunde in het algemeen en voor de patiënten. Hoewel vooral aandacht aan het beleid van het NHG wordt gegeven, is het duidelijk dat het Genootschap slechts één van de actoren is geweest. Daarnaast hebben de universitaire huisartseninstituten en andere onderzoeksinstituten zoals het Nivel en ook de Landelijke Huisartsen Vereniging een belangrijke rol gespeeld.

Een beschouwing over bijdragen van het NHG aan ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde door Dr. V.C.L. Tielens bij zijn afscheid als voorzitter van het NHG.

Tielens VCL. Het NHG en de huisartsgeneeskunde. *Huisarts Wet* 1992; 35(8): 319-22.

Correspondentie: Dr. V.C.L. Tielens, Nederlands Huisartsen Genootschap, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht.

Wetenschappelijke onderbouwing

De hoofddoelstelling van het Genootschap is steeds geweest de wetenschappelijke uitoefening van de geneeskunde door huisartsen te bevorderen.

De eerste jaren, toen er nog geen universitaire huisartseninstituten waren, is het NHG begonnen met een aantal grote landelijke onderzoeksprojecten. Deze hebben een duidelijke stimulans gegeven aan het wetenschappelijk onderzoek in en over de huisartsgeneeskunde.¹

Vanaf de jaren zeventig heeft dit onderzoek vooral vorm gekregen in de universitaire huisartseninstituten en het Nivel. Het NHG kreeg meer de rol van initiatiefnemer voor het opzetten van onderzoek, dat door derden wordt uitgevoerd. Daarnaast heeft het Genootschap van het begin af aan een forum gevormd voor wetenschappelijke discussies door het wetenschappelijk maandblad *Huisarts en Wetenschap* en later de jaarlijkse referatendagen. De Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het Genootschap heeft daartoe belangrijk voorbereidend werk gedaan door het organiseren van trainingen in kritisch lezen en interpreteren van wetenschappelijke publicaties en door jonge onderzoekers te leren onderzoek te doen.

Geleidelijk aan is mede door de stimulans van het NHG een eigen huisartsgeneeskundige wetenschappelijke expertise opgebouwd. Daaraan hebben vooral epidemiologische studies over vóórkomen en beloop van ziekten in de huisartspraktijk bijgedragen. Daarnaast hebben meer gedragswetenschappelijk georiënteerde onderzoekingen over de rol van de persoon van arts en patiënt in het proces van diagnostiek en therapie typisch huisartsgeneeskundige aspecten belicht.²

Op grond van huisartsgeneeskundig onderzoek zijn in de loop van de tijd dikwijls terechte vraagtekens gezet bij wat door specialisten als vaststaande waarheden werd overgeleverd. Het blijkt dat in de huisartspraktijk voor veel aandoeningen de natuur zelf nog altijd de beste heilmeester is. Huisartsen hebben dit altijd wel gevoeld, maar zijn nu toenemend in staat dit ook wetenschappelijk aan te tonen. Daar-

mee kan huisartsgeneeskundig onderzoek een belangrijke bijdrage leveren aan het onderscheiden van zin en onzin in de geneeskunde. Het kan tevens een onderbouwing geven voor een terughoudend beleid, dat huisartsen van oudsher gewend zijn te voeren. Op grond van dergelijk onderzoek hebben huisartsen ook geleerd kritisch te kijken naar het aandeel dat de arts zelf kan hebben in de spiraal van een steeds toenemende vraag en aanbod in de gezondheidszorg. Terecht pleit de commissie-Dunning in haar rapport 'Kiezen en delen' voor een kritische beoordeling van noodzaak, werkzaamheid en doelmatigheid van het eigen medisch handelen. Huisartsgeneeskundig onderzoek is hiermee al vele jaren doende en heeft geleerd dat een kritische analyse van zin en onzin in de geneeskunde zowel kan leiden tot een medisch beter verantwoord woord als tot kostenbesparing.³

Voor het NHG zal het stimuleren van wetenschappelijk onderzoek en van discussie hierover steeds belangrijk blijven. Daarbij dient gewaakt te worden voor een versmalling en verschraving van de inhoud hiervan. Dit dreigt te gebeuren doordat specialisten en vertegenwoordigers van de zogenoemde basiswetenschappen in de medische faculteiten niet altijd een voldoende brede visie hebben op wat kan bijdragen aan kennisvermeerdering in de geneeskunde.⁴ Wetenschappelijke aandacht voor de effecten van het persoonlijk handelen van artsen op diagnostisch en therapeutisch gebied is bijvoorbeeld minstens even belangrijk als onderzoek naar de farmacologische werking van geneesmiddelen.⁵

Persoonlijk functioneren

Een tweede hoofdlijn van activiteiten vanuit het Genootschap omvat de aandacht die steeds is besteed aan het persoonlijke, het intermenselijke van het huisarts-zijn. Die aandacht kreeg onder andere vorm op de jaarlijkse NHG-congressen, in de vele Balint-studiegroepen, in de Commissie Medische Psychologie, in tal van nascholingsactiviteiten en publicaties door de jaren heen. Mede hierdoor is de huisartsgeneeskunde er de afgelopen decennia in geslaagd het ideaal van de aandacht voor de persoon van de patiënt vorm te geven in een zeer mense-

lijke geneeskunde, een geneeskunde die zich afspeelt in de interactie tussen twee mensen: de dokter en de patiënt.

Deze persoonlijke relatie tussen huisarts en patiënt is een wezenskenmerk van de huisartsgeneeskunde. Het is de huisartsen gelukt dit kernelement van hun vak over-eind te houden, ja zelfs nog te verdiepen, terwijl in de maatschappij rondom hen veel tendert naar onpersoonlijking, technocratie en commercialisering. De ziekenhuisgeneeskunde dreigt de menselijke maat te verliezen door een verstikkende massaliteit enerzijds en door een versnippering in steeds kleinere gebieden met elk zijn eigen superspecialist anderzijds.

Het behouden van de menselijke maat is de huisartsen vooral gelukt, doordat zij zo dicht bij het leefmilieu van hun patiënten werken. Zij stellen zich daarbij zelf vaak even kwetsbaar op als hun patiënten en verschuilen zich niet in een witte jas. Er is geen scala van onpersoonlijke instrumentele onderzoeken tussen hun patiënten en henzelf. Huisartsen zien als hun belangrijkste instrument nog steeds het goed luisteren naar hun patiënten. Zij kunnen het actuele verhaal van de patiënt plaatsen tegen de achtergrond van diens levensloop. Zij kennen immers hun patiënten als regel reeds langere tijd en leggen zich bewust toe op het handhaven van de continuïteit in de persoonlijke zorg. Daarvoor houden ze zorgvuldig een dossier van iedere patiënt bij.

Het gesproken verhaal van de patiënt vullen ze aan met betrekkelijk simpel lichamelijk onderzoek. Ze doen dat zonder allerlei rituelen van technische ingrepen, in feite veelal enkel met hun blote handen, niet met instrumenten, maar wel met vakmanschap. In die zin zijn de huisartsen te zien, niet als blote-voeten-dokters, maar als blote-handen-dokters. Het zijn dokters die, op grond van hun kennis en ervaring en door geduldige waarneming, de geneeskunst bijna letterlijk in hun vingertoppen hebben. Het zijn dokters die dicht bij hun patiënten blijven en gewend zijn samen met hen om te gaan met onzekerheden.

De kwetsbare, menselijke opstelling van de huisarts wordt ook door de patiënt, mogelijk onbewust, positief ervaren en dat leidt ertoe dat de persoonlijke band tussen

huisartsen en patiënten wederkerig is.⁵ Ook de patiënt voelt zich veelal verbonden met zijn of haar huisarts. Vaak wordt dat nog versterkt doordat de huisarts als gezinsarts lief en leed van het hele gezin kent. Voor de patiënt kan het een zegen zijn temidden van de imponerende, maar ook bedreigende techniek van de specialistische geneeskunde een persoonlijke leidsman te hebben, die tegelijkertijd vakman en gewoon mens is.

De aandacht voor de persoon van de patiënt, diens omstandigheden en leefmilieu is niet zozeer een waarde op zichzelf, maar vormt de professionele basis waarop de huisarts kan beoordelen of op zich mogelijk medisch handelen in het individuele geval ook zinvol is. De band tussen huisarts en patiënt maakt ook de kans groter dat de patiënt meegaat in een terughoudend beleid, of instemt met een verandering van levensstijl.

Het vasthouden aan deze menselijke maat is niet ten koste gegaan van de scherpte en adequaatheid van diagnostiek en behandeling. Nog steeds weet de huisarts, evenals dertig, veertig jaar geleden, ruim 90 procent van de hem aangeboden morbiditeit zelfstandig op te lossen.⁶ Uit onderzoek blijkt dat ervaren huisartsen zeer goed in staat zijn met een minimum aan technisch onderzoek tot de juiste diagnose te komen.⁷

Ook is het niet zo, dat huisartsen alleen maar met onschuldige ziekten te maken hebben. Herhaaldelijk stellen zij als eersten ernstige en zelfs levensbedreigende aandoeningen vast en weten dan meestal ook nog een adequate initiële therapie in te stellen.

De conclusie is dat de huisarts een volwaardige, persoonlijke geneeskunde weet te bieden met een menselijke maat en een menselijk gezicht, als tegenhanger en aanvulling op de technocratisch georiënteerde ziekenhuisgeneeskunde. Dit is iets dat bij alle veranderingen in de gezondheidszorg in het belang van de patiënt behouden en beschermd verdient te worden. Want de huisartsgeneeskundige, persoonlijke benadering maakt niet alleen de geneeskunde menselijker, maar is ook van grote betekenis om ongewenste medicalisering en onnodig medisch handelen te voorkomen.

Professionalisering

Als derde grote lijn in de activiteiten van het NHG gelden de bijdragen die geleverd zijn aan het proces van de professionalisering van de huisartsgeneeskunde. Dit is begonnen met de oprichting van het Genootschap, toen voor het eerst door de beroepsgroep zelf de functie van de huisarts als te onderscheiden van andere geneeskundigen omschreven werd. Later kreeg dit vorm in de Woudschoten-definitie van de taken van de huisarts.

In de jaren zeventig is daaraan in het rapport 'Hoe helpt de dokter?' vanuit het NHG een nadere plaatsbepaling van de huisarts in de samenwerking met anderen in de eerstelijns gezondheidszorg toegevoegd. Tevens werd toen door het Methodisch Werken een basis gelegd voor een algemene huisartsgeneeskundige hulpverleningsstrategie.

In de beginjaren tachtig is vanuit het Genootschap op grond van het voorgaande een belangrijke bijdrage geleverd aan het tot stand komen van het LHV-basistakenpakket voor de huisarts. Dit is door de Landelijke Huisartsen Vereniging officieel aangenomen als een taakomschrijving, waarop iedere Nederlandse huisarts aanspreekbaar is. Daarmee heeft de beroepsgroep aangegeven *wat* de huisarts doet.

De laatste vijf jaar heeft het NHG dit aangevuld door in de NHG-standaarden, zoveel mogelijk op basis van wetenschappelijk onderzoek, aan te geven *hoe* de huisarts dient te handelen bij omschreven ziekten of klachten. Deze standaarden zijn allereerst te zien als een precisering van de taak en het werkerrein van de huisarts. Daarmee vormen zij een belangrijke fase in het proces van professionalisering van de huisartsgeneeskunde. Daarnaast geven zij ook een houvast aan huisartsen in hun dagelijkse praktijkuitoefening en vormen zij een richtlijn voor de opleiding en deskundigheidsbevordering van huisartsen. Het NHG levert met zijn standaardenbeleid een belangrijke bijdrage aan de huisartsgeneeskunde.

Het Genootschap heeft tot nu toe zevenentwintig standaarden gemaakt, terwijl er nog vele op stapel staan. Zo ooit, dan geldt zeker voor het standaardenbeleid, dat dit

tot stand is gekomen dankzij de belangeloze inzet van honderden enthousiaste huisartsen en dankzij een goede samenwerking tussen NHG en universitaire huisartseninstituten. Door deze samenwerking en een degelijke procedure slaagt het NHG er in standaarden van goede kwaliteit te leveren.

Uit onderzoek blijkt dat de NHG-standaarden door de huisartsen zeer goed ontvangen zijn.⁸ Ruim 90 procent van de huisartsen staat er positief tegenover en men ziet het NHG algemeen als deskundig en geschikt voor het maken van standaarden. Ook vanuit het buitenland is de belangstelling groot, hetgeen blijkt uit de vertaling van een aantal standaarden in het Engels, Frans, Duits, Spaans en zelfs Hebreeuws.

Wel maakt het veld duidelijk dat de invoering van de standaarden in de praktijk extra voorzieningen, uitbreiding van de taken van de doktersassistente en aangepaste nascholing nodig maakt.⁹ Aandacht daarvoor en voor de extra belasting van de huisarts is daarom van groot belang.

Het is belangrijk dat het NHG door blijft gaan met het op wetenschappelijk verantwoorde wijze onderbouwen van de professionalisering van de huisartsgeneeskunde. Het blijven maken en geregeld bijstellen van standaarden is daartoe zeer belangrijk.

Maar de huisartsgeneeskunde is veel meer dan de som van welke standaarden dan ook. Het is daarom noodzakelijk, dat het NHG op een consistente manier probeert te komen tot het omschrijven van de andere aspecten van de huisartsgeneeskunde en ook daarover in richtlijnen probeert aan te geven wat goed huisartsgeneeskundig handelen inhoudt. Het gaat hier om aspecten van het persoonlijk functioneren als arts, van het bewaken van de continuïteit van de zorg, het oog hebben voor psychosociale factoren die ziekte en gedrag kunnen beïnvloeden en van het geven van goede voorlichting aan patiënten.

Tenslotte past in het kader van professionalisering ook het opnemen van nieuwe taken in het takenpakket van de huisarts. Te denken valt aan vormen van programmatische preventie en aan elementen uit de jeugdgezondheidszorg.

Inperken vrijblijvendheid

Als laatste grote lijn in de activiteiten van het Genootschap is te noemen het ijveren om het teveel aan vrijblijvendheid in de beroepsgroep in te perken. Van oudsher is de huisarts een grote mate van vrijheid ten aanzien van zijn praktijkuitoefening gewend. Die vrijheid heeft er onder meer toe geleid dat huisartsen zich goed konden aanpassen aan veranderende hulpvragen, zoals ten aanzien van het regelen van de anticonceptie. De keerzijde van die individuele vrijheid is echter, dat er niet te verantwoorden grote verschillen kunnen optreden tussen wat huisartsen doen. Daardoor kunnen specialisten en patiënten niet steeds op een vast pakket huisartsenhulp rekenen. Dit kan leiden tot overname van taken van huisartsen door anderen en daardoor tot een geleidelijke uitholling van de huisartsgeneeskunde.

Om de vrijblijvendheid in te perken heeft het Genootschap zich van het begin af aan ingezet om de feitelijke praktijkuitoefening door huisartsen zoveel mogelijk in overeenstemming met de idealen te doen zijn. Aanvankelijk lag daarbij het hoofddoel op de nascholing van huisartsen, tot het begin van de jaren zeventig nagenoeg geheel vanuit de NHG-centra verzorgd. Later kwamen daar de eerste aanzetten tot onderlinge toetsing bij. Uiteindelijk zijn deze beide geïntegreerd in een door het NHG samen met de LHV opgezet landelijk systeem van deskundigheidsbevordering. Daarin zorgt het NHG voor de inhoud door middel van de standaarden en de daarbij behorende pakketten voor deskundigheidsbevordering. De LHV rekent de implementatie daarvan in de totale beroepsgroep tot haar taak.

In de wordingsgeschiedenis van dit landelijk geïntegreerde systeem van deskundigheidsbevordering heeft de discussie over het stellen van eisen aan de kwaliteit van handelen van huisartsen steeds een rol gespeeld. Met name binnen het Genootschap kwam herhaaldelijk het idee naar voren voorwaarden te verbinden aan het lidmaatschap. Leden van het Genootschap zouden zich moeten verplichten tot deelname aan nascholing en toetsing. Zelfs werd gedacht aan een toelatingsexamen voor het

lidmaatschap naar Engels model. Zodoende zouden er 'sterren-dokters' kunnen ontstaan naast gewone dokters.

Tot op heden is dit voorwaardenbeleid niet werkelijk doorgevoerd. Deels komt dit doordat het idee van sterren-dokters niet erg aanslaat bij ons nuchtere Nederlanders. De goede samenwerking tussen NHG en LHV speelde echter de belangrijkste rol bij de afwijzing. Deze samenwerking maakte het namelijk mogelijk de gehele beroepsgroep in beweging te krijgen in de richting van het ideaal en niet slechts een elitaire minderheid. Die samenwerking heeft er mede toe geleid dat door de LHV als officiële representant van de beroepsgroep in 1990 een nota Kwaliteitsbeleid is aangenomen, waarin een systeem van recertificatie wordt aangekondigd. Dat gaat waarschijnlijk betekenen dat huisartsen telkens voor slechts vijf jaar als zodanig worden erkend. Aan een verlenging van die erkenning wordt dan de eis verbonden tot deelname aan nascholing en onderlinge toetsing. Daarmee is dan formeel een einde gekomen aan een teveel aan vrijblijvendheid in de beroepsgroep.

Hoewel dat doel in theorie bereikt is, blijkt de werkelijkheid uiteraard ingewikkelder. Voor een kwaliteitsbeleid van huisartsen is de motivatie van iedere huisarts de belangrijkste voorwaarde. Om die motivatie aan de gang te houden is een heel kwaliteitssysteem nodig, dat voorziet in het formuleren van richtlijnen en standaarden, in het verzamelen van gegevens over de feitelijke praktijkvoering en het toetsen daarvan aan de standaarden; in het verbeteren van de kwaliteit waar dat nodig is en tenslotte in het realiseren van voorwaarden zoals middelen, geld en tijd, maar vooral een daadwerkelijke ondersteuning van huisartsen bij het veranderen van hun praktijkroutines.

NHG en LHV zijn momenteel doende zo'n integraal kwaliteitssysteem te ontwikkelen. Een wezenlijk element daarin is het opzetten van een landelijk netwerk van praktijken voor een continue representatieve dataverzameling over de kwaliteit van zorg. Dit is nodig voor de feedback over de standaarden, voor het nagaan van de behoeften aan nascholing en voor het nemen van beleidsbeslissingen door de huisartsor-

organisaties. Die beslissingen hebben bijvoorbeeld te maken met versterking van de praktijkorganisatie door uitbreiding van de functie van de doktersassistente. Meer en meer blijkt immers de praktijkvoering van doorslaggevende betekenis voor kwaliteitsverbetering. Dat is de reden dat het Genootschap, voortbouwend op de jarenlange vruchtbare activiteiten van de Commissie Praktijkvoering, nu bezig is een leerboek te schrijven over praktijkmanagement.

Een ander zeer belangrijk element in een integraal kwaliteitssysteem is de interne organisatie van de beroepsgroep. Deze vraagt een democratische besluitvorming met een zeer hoge participatie van alle leden, in combinatie met een grote mate van interne controle en discipline. De LHV heeft een dergelijk systeem de laatste jaren met succes ontwikkeld en is bezig dit door te voeren. De kern hiervan vormt de huisartsgroep met 6 à 10 huisartsen. Deze groep regelt een aantal praktische zaken zoals de onderlinge waarneming. Daarnaast kan deze groep uitgroeien tot een instrument om de kwaliteit van handelen te verhogen en zelfs te garanderen, door te werken aan deskundigheidsbevordering en

onderlinge toetsing. Heel belangrijk is dat de huisartsen in zo'n vertrouwde groep elkaar kunnen ondersteunen en bemoedigen, elkaar inspireren en aan de gang houden. Een dergelijke kleinschalige organisatievorm dichtbij de werkvloer past ook zeer goed bij de cultuur van de blote-handendokter en bij de menselijke maat van de huisartsgeneeskunde. Het is zeer belangrijk dat de beroepsgroep doorgaat met het ontwikkelen van methoden en hulpmiddelen om het functioneren van huisartsgroepen te verdiepen.

Tot slot

De vier hoofdlijnen die in de activiteiten van het Genootschap aldus zijn onderkend, staan niet los van elkaar. De wetenschappelijke onderbouwing van de huisartsgeneeskunde, het instandhouden van een persoonlijke geneeskunde met een menselijke maat, het voltooien van de professionalisering en tenslotte het opheffen van de vrijblijvendheid door een kwaliteitssysteem – deze vier lijnen hangen sterk met elkaar samen en beïnvloeden elkaar over en weer. Tezamen geven zij tekening en

diepte aan de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde, een ontwikkeling waarop de huisartsen terecht trots mogen zijn.

Literatuur

- ¹ Huygen FJA. NHG – Quo Vadis. Huisarts Wet 1959; 2: 187-91.
- ² Knottnerus JA. Dialectiek van het onderzoek in de huisartsgeneeskunde [Inaugurale rede]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1988.
- ³ Mokkink HGA, Tielens VCL, Smits AJA, Grol RPTM. Werkstijlen en huisartsen. Huisarts Wet 1986; 29: 72-6.
- ⁴ Tielens VCL. Vraagstellingen voor onderzoek op het gebied van de huisartsgeneeskunde. Med Contact 1992; 47: 267-9.
- ⁵ Bensing JM. Doctor-patient communication and the quality of care [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1991.
- ⁶ Lamberts H. In het huis van de huisarts. Lelystad: Meditekst, 1991.
- ⁷ Grundmeijer H, Van Weert H. Patiënt, huisarts en internist. [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1992.
- ⁸ Grol R, Heerdink H. De bekendheid met en acceptatie van standaarden onder huisartsen. Huisarts Wet 1992; 35: 101-4.
- ⁹ Sietsma E. Wat moeten we met de standaarden? [Discussie]. Huisarts Wet 1992; 35: 117-8. ■