

Werken aan betere huisartsen: van nascholing tot kwaliteitsbeleid

Dit is deel 8 van de serie Geschiedenis van de huisartsgeneeskunde. Deze serie is ontwikkeld door de NHG-Werkgroep Geschiedenis Huisartsgeneeskunde en werd geschreven door Esther van Osselen, huisarts en wetenschapsjournalist. De werkgroep bestaat uit: prof.dr. E. Schadé (voorzitter), R.S.M. Helsloot (secretaris), M.J.J. Bergevoet, prof.dr. H.F.J.M. Crebolder, dr. J.A.M. van Eijck, dr. F.J. Meijman, prof.dr. C. van Weel, dr. G.Th. van der Werf en dr. E.A.B. van Zalinge. Corresponderende leden: dr. B.J.M. Aulbers, prof.dr. H.J. Dokter, prof.dr. J. Heyrman, S.F.J. Kleijckers, H. Pellicaan en dr. H. Vink.

Omdat de studie geneeskunde onvoldoende voorbereide op het huisartsenvak, hadden huisartsen in de jaren vijftig grote behoefte aan na- en bijscholing. Vooral lokaal waren er veel initiatieven; het NHG en later ook de LHV sloten zich bij die initiatieven aan en kanaliseerden ze. Nascholing moest de identiteit van de huisartsgeneeskunde versterken – door aandacht te geven aan psychologische en maatschappelijke factoren. Gaandeweg de jaren zeventig begon men vraagtekens te zetten bij het nuttig effect van nascholing. Nascholingen werden geëvalueerd, huisartsen moesten worden getoetst en voor die toetsen waren normen nodig, richtlijnen dus. Kwaliteit werd het doel, liefst meetbaar en transparant.

REFERATEN EN STUDIEGROEPEN

‘Waarom zochten wij steun bij elkaar?’ Nooter en Bremer vatten in *Huisarts en Wetenschap* de frustraties van huisartsen in de jaren vijftig kernachtig samen:

‘Wij hadden, na enkele jaren huisarts te zijn geweest ontdekt dat wij een echt vak hadden, waarin onze leermeesters

ons maar gedeeltelijk hadden opgeleid. Wij zagen in de praktijk heel andere ziektebeelden dan wij tijdens onze opleiding hadden geleerd, wij werden voor problemen gesteld die wij niet direct konden oplossen en wij konden veel van elkaar leren.’¹

Zij schreven over de oprichting van een ‘artsencursus’ in hun regio in 1956. Men kwam maandelijks bijeen, aanvankelijk als passief gehoor, ‘in luie stoelen gezeten’, later als NHG-Studiegroep Alphen aan den Rijn, ‘op rechte stoelen aan een tafel’, voor patiëntdemonstraties, onderzoeksprojecten, uitwisseling van ervaringen met patiënten en problemen in de samenwerking met specialisten. In de jaren zeventig stond de groep aan de wieg van de rubriek ‘Praktijkperikelen’ in *Medisch Contact*.¹

Deze werkwijze was exemplarisch: onderwijs in een kleine groep actieve deelnemers die vooral van elkaar leerden en samen de inhoud bepaalden.^{2,3} Studiegroepen waren er in het hele land. Niet allemaal waren ze even ambitieus. In de Studiegroep Rotterdam kwam van refereren al snel niets meer terecht. De oplossing was eenvoudig: iedereen besprak de eerste patiënt die hij ’s ochtends op het spreekuur had gezien. ‘Het vergde minder voorbereiding en werd een succes.’⁴ Daarmee kunnen nog twee rode draden uit het verhaal over nascholing worden opgepakt: enerzijds de spanning tussen het ideaal en het haalbare, anderzijds de onderlinge toetsing die vanaf het begin een rol speelde.

Naast de studiegroepen was er ook een literatuurdienst, waartoe Huygen al vóór de oprichting van het NHG het initiatief had genomen. In 1957 werd dit de NHG-Studiegroep Artikelendocumentatie.⁵ In datzelfde jaar werd ook de eerste Balint-groep opgericht (officieel Studiegroep Medische Psychologie).⁶

In de jaren vijftig organiseerden ziekenhuizen klinische bijeenkomsten voor huisartsen – zeker tot in de jaren tachtig zouden die er blijven. In de wandelgangen werden dan vaak ook patiënten besproken.^{7,8} Vooral in steden was het aanbod soms zo groot dat regionale NHG-centra er niet van de grond kwamen, tot verdriet van het NHG, dat de

zelfwerkzaamheid propageerde die ‘voor iedere huisarts, die liefde voor zijn vak heeft, van een bijzondere bekoering is’.³

NASCHOLING A EN B

Toch ontbrak er volgens de NHG-Commissie Nascholing nog iets in het aanbod: het was overwegend gericht op somatische problemen. In navolging van mensen als Buma en Querido wilde het jonge NHG breder kijken, naar heel de mens.⁹⁻¹¹ Nascholing moest een eigen, huisartsgeneeskundige identiteit helpen ontwikkelen.³ Naast een nascholing A – wat iedere arts moet weten om zijn vak bij te houden – was een nascholing B nodig.¹²

‘Deze kennis omvat onder meer kennis van het gezin en van de maatschappij met haar pathogenetische invloeden, met haar mogelijkheden van hulpverlening en met haar diverse interacties. Verder de kennis van de normale psychologie en de normale ontwikkelingsgang van de mens. Ook zijn te noemen de revalidatie, de seksuologie, de pedagogiek en het maatschappelijk werk.’¹³

Het onderscheid tussen nascholing A en B zou nog lange tijd gangbaar blijven.¹⁴

EVALUEREN

Toch volgde eind jaren zestig slechts een minderheid van de huisartsen nascholingen. De werkdruk was daarvoor waarschijnlijk te hoog.^{15,16}

Veel huisartsen twijfelden aan het nut van de gebruikelijke nascholingscursussen.¹⁷ Meetbare gedragsveranderingen brachten die niet teweeg. Zou dat komen door de directieve onderwijsmethodiek? Was het geen tijd om – zoals in de arts-patiëntrelatie – ook in de nascholing non-directieve technieken in te zetten?

Een van deze nascholingen-nieuw stijl was de Breedenburg-cursus, in 1968 gelanceerd door de Huisartsenvereniging Groningen en omstreken. De deelnemers verbleven een week lang op de Breedenburg, een tot hotel-restaurant omgebouwde borg nabij Warffum. Een van de aanleidingen voor de cursus was overigens dat ziekenfondstarieven in

NHG-Werkgroep Geschiedenis Huisartsgeneeskunde, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht; E.C.M. van Osselen; R.S.M. Helsloot; dr. G.Th. van der Werf; dr. E.A.B. van Zalinge • Correspondentie: r.helsloot@kpnplanet.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven • De financiële middelen werden verstrekt door de SBOH.

1966 aanzienlijk verhoogd waren en dat de Groningse huisartsen zich gehouden voelden bij een dergelijke honorering passende kwaliteit te leveren: noblesse oblige.¹⁸ De week begon met een ‘ochtendspreekuur’: 27 papieren patiënten voor wie de deelnemers binnen 5 minuten aanvullende anamnesevragen en lichamelijk onderzoek én een voorlopig behandelplan op een receptbriefje moesten schrijven. De casussen werden de rest van de week uitgebreid besproken, waar nodig met input van specialisten.

De eerste Breedenburg-cursus was direct een succes: de helft van de Groninger huisartsenvereniging deed mee. Het geleerde werd in de praktijk toegepast. Men roemde de veilige beslotenheid, de actieve deelname en het feit dat deelnemers al in het begin hun mening kenbaar moesten maken.^{7,16,18,19} Dat smaakte naar meer. Zowel de opzet van de Breedenburg-cursus als het evalueren van nascholingen zou in de jaren zeventig populair worden. *Huisarts en Wetenschap* stond vol positieve berichten: deelnemers aan Studiegroepen Medische Psychologie hadden een positievere attitude tegenover patiënten met psychische problemen; na een Nijmeegse cursus daalde het antibioticagebruik, verminderden de gevoelens van tekortschieten en frustratie tegenover probleempatiënten en werd bijna één op de vijf huisartsen lid van een gespreksgroep; een andere nascholing bracht een hoger kennisniveau.²⁰⁻²²

Tegelijk groeiden echter de twijfels: leidde dit alles wel tot echte verbetering? Metsemakers schreef in 1983:

‘Meermalen bleek dat er ten aanzien van besproken onderwerpen geen consensus tot stand was gekomen. Sterker nog: in een aantal gevallen werd duidelijk dat huisarts A ná de cursus was gaan doen wat huisarts B vóór de cursus deed, maar na de cursus niet meer deed.’²³

Huisartsen planden hun nascholing bovendien niet rationeel: ze volgden hun eigen voorkeur en kozen onderwerpen waar ze al goed in waren. Toetsing moest lacunes bij huisartsen aan het licht brengen en de nascholingsagenda

bepalen. Het uiteindelijke doel van nascholing moest zijn de verbetering van de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde.¹⁴ Alleen: aan de hand van welke norm kon worden getoetst?

TOETSEN, NORMEN, RICHTLIJNEN

Het ontbreken van algemeen geldende, objectieve normen liet zich niet alleen voelen bij het plannen en evalueren van nascholing. Ook de jonge huisartsopleiding merkte dat opleiders onderling vaak botsten over de aanpak van de eenvoudigste klachten.²⁴ De huisartsgeneeskunde was in de jaren zeventig nog niet afgebakend. Pas in 1983 bereikten LHV, NHG, de huisartsinstituten en de achterban consensus over een Basis-takenpakket.²⁵⁻²⁷ Vanuit overheid en maatschappij groeide de druk om de kwaliteit van de (huisarts)geneeskunde meetbaarder te maken. Toen al klaagden huisartsen. ‘Hoe meer blijkt dat zinvolle en betrouwbare methoden om kwaliteit te meten ontbreken, des te heftiger wordt aangedrongen op zo’n kwaliteitscontrole’, schrijft de latere Amsterdamse hoogleraar Henk Lamberts.²⁸

Van Herk beschrijft in zijn proefschrift *Artsen onder druk* de opkomst van intercollegiale toetsing en professionele richtlijnen als antwoord op pogingen van de overheid om de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren en de kosten te beheersen. LHV en NHG presenteerden in de jaren zeventig onderlinge toetsing als alternatief voor overheidsbemoeienis.²⁶ De beroepsorganisaties stimuleerden bijvoorbeeld onderlinge toetsing in waarnemgroepen en het maken van werkafspraken in regionale toetsgroepen.^{29,30} Meer inhoudelijk groeide het besef dat medisch handelen soms ook schadelijke effecten kon hebben, niet alleen in de vorm van bijwerkingen, complicaties of regelrechte fouten, maar ook door medicalisering.³¹ In de Verenigde Staten pionierde Avedis Donabedian vanaf 1966 met onderzoek naar de kwaliteit van de gezondheidszorg.³²⁻³³

Binnen de huisartsgeneeskunde waren er twee antwoorden op het gebrek aan consensus over de vraag wat goede



Breedenburg-cursus met 40 Groningse huisartsen, Warffum, 1968 (foto ANP)

huisartsgeneeskunde was: bottom-up zoeken naar consensus of toch top-down richtlijnen opleggen en die toetsen. Lamberts stelde bottom-up een ‘symbiose van norm en toetsing’ voor, waarin de norm steeds wordt aangepast aan de uitkomsten van een toets. In deze lijn startte het Nederlands Huisartsen Instituut (NHI) een onderzoek naar onderlinge toetsing. Zowel de onderwerpen waarop werd getoetst als de norm werden door de deelnemers bepaald.³⁴ Het bleek echter niet haalbaar om op deze manier gedragsverandering te meten: ‘Een norm is geen criterium waarmee goed van fout kan worden onderscheiden.’³⁵

Het huisartseninstituut in Nijmegen koos eind jaren zeventig voor de omgekeerde benadering, top-down. Grol: ‘Dat was te danken aan de visie van Huygen en zijn initiatief voor preventie van somatische fixatie. Daarin waren alle elementen van kwaliteitsbeleid al te vinden.’³⁶ Op huisartsgeneeskundige conferenties stelde men richtlijnen op voor het huisartsgeneeskundig handelen bij veelvoorkomende klachten.³⁷ ‘Het ging erom: hoe kun je medisch handelen zinnig en zuinig maken. Eigenlijk waren het de eerste richtlijnen voor gewone en alledaagse ziekten.’³⁶

Het Nijmeegse instituut kreeg in de loop van de jaren tachtig steeds meer steun en ook geld om de ‘Nijmeegse protocollen’ verder te ontwikkelen. In 1986 startte het NWO-Stimuleringsprogramma Huisartsgeneeskunde met als doel de wetenschappelijke onder-

bouwing van de huisartsgeneeskunde in Nederland te verbreden en te versterken. Via het programma werd extra kennis over huisartsgeneeskundige onderwerpen gegeneerd. Het NHG besloot om die te verwachten ontwikkeling te vertalen naar de praktijk met het standaardenbeleid.³⁸ Het ontwikkelde een procedure voor het formuleren van standaarden: richtlijnen voor en door huisartsen die zo veel mogelijk wetenschappelijk zijn onderbouwd en op haalbaarheid getoetst.^{26,39-41}

EEN NASCHOLINGSINFRA-STRUCTUUR EN NIEUWE VORMEN

Eind jaren zeventig verminderde de politieke druk; toetsing werd geleidelijk vervangen door deskundigheidsbevordering.²⁶ De door de beroepsgroep opgerichte Stichting Nascholing Huisartsen organiseerde een landelijk dekkend systeem van nascholing dat aansloot bij het door de overheid ingestelde Post Academisch Onderwijs Geneeskunde (PAOG). Het PAOG viel onder de verantwoordelijkheid van de medische faculteiten en was vooral bedoeld als tegenhanger van de destijds sterke invloed van de farmaceutische industrie op de nascholing. Een onderafdeling van het PAOG was het Post Academisch Onderwijs Huisartsgeneeskunde (PAOH), met als eerste directeur Jan van der Feen, huisarts te Goes.

NHG en LHV werkten intensief samen. In 1986 richtten zij de Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen op. In iedere regio kwam er een Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen.^{8,14,26} De LHV stimuleerde in de jaren negentig ook de vorming van huisartsgroepen (hagro's) waarbinnen nascholing, onderlinge toetsing en farmacotherapeutisch overleg konden plaatsvinden en het NHG ontwikkelde de deskundigheidsbevorderingspakketten.⁴² Als uitvloeisel van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) werd vanaf 1996 veertig uur nascholing per jaar verplicht voor de herregistratie.^{42,43}

Kees in 't Veld was vanaf 1990 betrokken bij de NHG-afdeling Deskundigheidsbevordering (later: Implementatie) die de nascholingspakketten ontwikkelde:



Conferentie van huisartsopleiders AMC-UvA, Egmond, 2006

*'Dat was heel fantasierijk en leuk, met verschillende werkvormen en interactie, dikwijls levendig vergeleken met het onderwijs voor specialisten die het moesten doen met symposia en congressen met veelal ex cathedra voordrachten.'*⁸

Midden jaren negentig kwamen er ook individuele nascholingsprogramma's voor huisartsen beschikbaar. De huisarts hoefde daarvoor niet meer de deur uit maar kon ze zelfstandig, op een zelfgekozen tijdstip en in eigen tempo doornemen. AccreDidact liep hiermee voorop, het stuurde in 1996 de eerste aflevering, over climacteriële klachten, naar de abonnees.⁴⁴

Het NHG volgde een jaar later, met de eerste serie van tien Programma's voor Individuele Nascholing (PIN's). Dat ging niet zonder slag of stoot – de werkgroepvorm (het leren in groepen) werd heel belangrijk gevonden als basis voor gedragsverandering^{3,24} – maar het genootschap ging om een aantal redenen toch overstag:

*'Wij reageerden deels op de initiatieven van andere partijen en van de medisch-farmaceutische industrie. Die laatste waren dikwijls mooier verpakt, maar met niet-onafhankelijke en niet op de richtlijnen aansluitende medische inhoud.'*⁸

Er waren ook andere argumenten, zoals veranderingen in de beroepsgroep: 'Meer vrouwen met kinderen werden huisarts. Die konden niet zomaar 's avonds naar een nascholingsavond komen.'⁸

De noodzaak tot betere samenwerking leidde ertoe dat huisartsen en specialisten in de jaren negentig in di-

verse steden gezamenlijke symposia organiseerden, de Compagnonscursussen. Specialisten waren al langer gastheren voor huisartsen in het kader van nascholing, maar nu wilden huisartsen zelf ook duidelijk maken wat hun vak inhield. Vanuit die gedachte organiseerde men onder meer in Leiden, Nijmegen en Groningen meeloopdagen: specialisten liepen een dag(deel) mee met huisartsen in de regio, waarbij een specialist bijvoorbeeld een spreekuur overnam onder supervisie van de huisarts. De deelnemers waren over het algemeen enthousiast, al was men bijvoorbeeld in Leiden wel teleurgesteld dat de afdelingen Algemene heelkunde, Oogheelkunde en Kindergeneeskunde van het Academisch Ziekenhuis geen deelnemers hadden geleverd.^{45,46}

KADEROPLEIDINGEN

Om voorbereid te zijn op de verschuiving van taken van de tweede naar de eerste lijn moesten huisartsen hun klinische kennis en vaardigheden verbeteren. Daarvoor waren extra geschoolde kaderhuisartsen nodig. Binnen het Stimuleringsprogramma Gezondheidsonderzoek (SGO), dat in 1986 van start ging, kwam er een experimentele kaderopleiding huisartsen. Negen gepromoveerde huisartsen mochten een persoonlijk onderwijsprogramma samenstellen op een zelfgekozen gebied – bijvoorbeeld cardiologie, palliatieve zorg, psychische stoornissen – met onder meer een klinische stage in het buitenland, zodat zij 'in staat zouden zijn als hooggekwalificeerde opleider in een leidende rol mede vorm te geven aan de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde.

neeskunde'.⁴⁷ Het onderwijsprogramma werd uitgevoerd door de afdeling Huisartsgeneeskunde van de Universiteit Maastricht.⁴⁸ De hoge eisen en vooral de voltijdse deelname aan het programma bleken voor de deelnemers echter te belastend. Een belangrijke uitkomst was dat het NHG een deeltijdvervolg organiseerde: de Kaderopleiding Huisartsgeneeskunde. Iedere huisarts kon zich aanmelden en de opleiding leidde op tot middenkaderniveau. De onderwijsopzet en het doel waren hetzelfde: differentiatie van huisartsen, ter bevordering van de onderlinge consultatie, maar ook om gericht huisartsen te kunnen inzetten in samenwerkingsprojecten met de tweede lijn, in nascholingsprojecten en in commissies.⁴⁷ Inmiddels zijn er twaalf NHG-Kaderopleidingen en hebben 575 huisartsen zo'n opleiding afgerond.⁴⁹

OPNIEUW: KWALITEIT

In de jaren negentig werd het besef steeds breder gedeeld dat richtlijnen en nascholing alléén geen garantie vormen voor kwaliteit. Siep Thomas, hoofd van de NHG-afdeling Richtlijnontwikkeling en later hoogleraar in Rotterdam, stelde in 1994 dat nascholing moest worden getoetst en ingepast in een systeem van recertificering: 'Aldus bezien vormen standaarden slechts een eerste schakel

in een keten waarvan kwaliteitsborging einddoel is.'⁵⁰

In het denken over kwaliteit verschoof het accent van de professional, die scholing en richtlijnen nodig had, naar het systeem waarbinnen die professional zijn werk moest doen. Een rol daarbij speelde het *Total Quality Management*-denken van de Amerikaanse kinderarts Donald Berwick.⁵¹⁻⁵³ In Nederland werden tijdens de Leidschen-dam-conferenties begin jaren negentig op initiatief van de KNMG en het ministerie van Volksgezondheid afspraken gemaakt over transparante kwaliteit. Deze conferenties resulteerden in 1996 in de Kwaliteitswet zorginstellingen.⁴⁶ Het systeemdenken van Berwick werd vertaald in begrippen als de 'kwaliteitscirkel', met de stappen *Plan, Do, Check* en *Act*.^{39,51-54} Ook is het zichtbaar in het *Chronic Care Model*: aanpassingen in de praktijkorganisatie moesten leiden tot betere zorg voor chronisch zieken.⁵³

Richard Grol speelde een rol in al deze ontwikkelingen – in 1989 werd hij namens het NHG hoogleraar Kwaliteit van zorg in Nijmegen en Maastricht. De huisartsgeneeskunde liep daarmee voorop in kwaliteitsonderzoek. Ook in de NHG-Standaarden werd gezocht naar kwaliteitsindicatoren. Dit leverde veel controverse op rond de vraag of kwaliteit eigenlijk wel meetbaar was.^{25,55-59} Ook voorstanders – zoals Thomas – zagen moeilijkheden:

*'... het ontwikkelen van een toets-instrumentarium dat in staat is om gedragsveranderingen bij huisartsen, of, nog beter, harde uitkomstgraadmeters van gezondheid te meten, [levert] veel problemen op.'*⁵⁰

IS METEN OOK WETEN?

Na 2000 kwam er meer samenhang in het kwaliteitsbeleid, met huisartsopleiding, registratie, herregistratie, richtlijnen, scholing en nascholing, kaderhuisartsen en als sluitsteen de NHG-Praktijkaccreditering.^{42,60} De nascholings-eisen voor herregistratie werden door de meeste huisartsen ruimschoots gehaald.⁴³ Ook buiten de huisartsgeneeskunde stonden de



In 2004 startte het NHG met de Praktijkaccreditering

schijnwerpers op kwaliteit. In navolging van het Amerikaanse rapport *To err is human* kwam ook in Nederland het onderzoek naar patiëntveiligheid op gang. Het HARM-rapport over bijwerkingen van medicatie en het EMGO/NIVEL-onderzoek naar patiëntveiligheid onderstreepten de urgentie van kwaliteitsverbetering.⁶¹⁻⁶³

Tegelijk zijn er bedreigingen. De infrastructuur voor regionale nascholingen werd na 2003 goeddeels afgebroken.⁶⁴ Door de stelselwijziging van 2006 nam bij verzekeraars, overheid en patiëntenorganisaties de behoefte aan kwaliteitsindicatoren juist verder toe. NHG-richtlijnenmakers vrezden het moment dat toepassing van richtlijnen verschuift van 'bewezen zinvol' vanuit het oogpunt van kwaliteitsverbetering naar normstellend in een landschap waarin 'transparantie', 'prestaties' en 'afrekening' de dienst uitmaken.⁶⁰ Inmiddels ligt er een 'manifest van de bezorgde huisarts', *Het roer moet om*, met als een van de belangrijkste grieven 'de grenzeloze verzameldrift van nutteloze data'.⁶⁵ Wat is kwaliteit, hoe meet je het, hoe borg je het voor de huisartsgeneeskunde als geheel en voor de gehele gezondheidszorg? Het zijn vragen waarover huisartsen voorlopig nog niet zijn uitgesproken. ■

Esther van Osselen, Ron Helsloot, Ger van der Werf, Emma van Zalinge

LITERATUUR

Zie www.henw.org, rubriek Geschiedenis huisartsgeneeskunde.



Richard Grol schreef een veelgebruikt boekje over de kwaliteitscirkel (1995)