

Huisartsgeneeskunde

In dit nummer van Medisch Contact zijn niet minder dan zeven artikelen opgenomen die alle iets met de huisartsgeneeskunde te maken hebben. Uit deze artikelen rijst een bont beeld op. Er wordt geschreven over de opleiding tot onderzoeker en over nascholing, over samenwerking tussen eerste en tweede lijn en er wordt een vergelijking gemaakt tussen Engeland en Nederland, terwijl ook Europese richtlijnen aan de orde komen.

Er wordt hard en niet zelden geïnspireerd gewerkt om de eerstelijnsgezondheidszorg te verbeteren en meer inhoud te geven. Dit zou tot verheugenis moeten stemmen van hen die het eens zijn met het huidige overheidsbeleid, dat erop is gericht de eerste lijn te versterken: al die activiteiten zijn immers uitingen van dat beleid en sommige vloeien er zelfs regelrecht uit voort. Dat is onder andere het geval bij het project van het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit: een gevolg van het subsidiebeleid van Deetman, dat er ook op is gericht de eerstelijnsgezondheidszorg meer mogelijkheden te bieden (blz. 1173). Tot op zekere hoogte werkt die beleidslijn ook door in de opleiding tot huisarts-onderzoeker in Maastricht (blz. 1177), hoewel die opleiding nog explicieter en intensiever gestalte krijgt door een door Deetman ingesteld stimuleringsprogramma met een looptijd van tien jaar in het kader waarvan enkele tientallen jonge huisartsen tot wetenschappelijk onderzoeker worden opgeleid.

De stimulering van nascholing van huisartsen past ook wel in het beleid van de overheid, maar die overheid heeft daar in feite niet veel geld voor over: de gebruiker dient zelf het bijhouden en vergroten van zijn deskundigheid te bevorderen en te betalen. Deze bezuinigingsmaatregel wordt verdedigd met het argument dat de nascholing het belang van de beroepsbeoefenaar dient: in tijden van werkloosheid onder artsen een niet geheel waar te maken argument, zeker niet als de beoogde kwaliteitsverbetering niet in enigerlei beloning tot uitdrukking wordt gebracht. De nascholing is jarenlang een speelbal geweest van onderhandelingen en strijd tussen overheid, universiteit en beroepsgroep in verschillende geleidingen. In twee artikelen in dit nummer van Medisch Contact worden toekomstplannen ontvouwd: voor de sectie Post-academisch Onderwijs Huisartsgeneeskun-

J. C. van Es

Geen symfonie
maar
een kakofonie

de en voor de Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen (blz. 1187 en blz. 1186). Vooral laatstgenoemd artikel laat zien welk een complexe structuur voor de nascholing van huisartsen wordt opgezet, een structuur die alleen voor insiders geheel duidelijk moet zijn.

Men moet zich afvragen of met een dergelijke opzet kan worden bereikt dat huisartsen in staat zijn – en vooral blijven – de hun toebedeelde taken goed te vervullen. In een maatschappij, een wetenschap en een gezondheidszorg die aan snelle veranderingen blootstaan wordt een grote wissel getrokken op bijblijven, maar vooral op een voortdurende vernieuwing van kennis, vaardigheden en inzichten. Een dergelijk permanent vernieuwingsproces moet zijn prikkels en inspiratie voor een belangrijk deel uit andere velden dan het eigen veld ontvangen. Het is de vraag of de mogelijkheid daartoe voldoende in de nieuwe opzet is inbegrepen. Wél is het verheugend dat nascholing en toetsing meer met elkaar in verband worden gebracht: een vereiste om kwaliteitsverbetering tot stand te brengen.

Opleiden voor de toekomst vergt ook veranderingen in de beroepsopleiding van huisartsen. Een eerste vereiste is een uitbreiding van de huidige opleiding, die nu slechts één jaar duurt. Men zou blij moeten zijn met de vaststelling van de huisartsrichtlijn van de Europese Gemeenschap, waarover ook in dit nummer wordt geschreven (blz. 1185), een richtlijn waarin te lang en leste een verplichte minimum-duur van twee jaar wordt vastgesteld. Echter: invoering kan nog tot 1994 op zich laten wachten, en: de overheid voelt er niets voor deze verlengde opleiding te financieren – een dooie mus?

Als men het 'plaatje' dat bij lezing van de verschillende artikelen wordt ontwikkeld beschouwt, dan komt men tot het inzicht dat er iets grondig mis is met de huisartsgeneeskunde en met de eerstelijnsge-

zondheidszorg. Dat wordt goed geïllustreerd door het artikel van F. M. Hull en R. F. Westerman, die verslag doen van een ontmoeting van Britse en Nederlandse artsen (blz. 1191). In deze bijeenkomst worden tegenstellingen tussen de positie en werkwijze van huisartsen uit beide landen zichtbaar die er niet om liegen. Goed, er is niet alleen hier maar ook daar wat mis: vergelijking leert onder andere dat Nederlandse huisartsen in hun contact met patiënten over het algemeen beter functioneren dan hun collega's aan de overkant van de Noordzee, een fundamenteel verschil is echter – de artikelen in dit nummer van Medisch Contact geven daar ook symptomen van aan – dat de huisartsgeneeskunde in Nederland vrijwel iedere structuur ontbeert. Dit is in de eerste plaats een gevolg van het feit dat de gehele gezondheidszorg in Nederland onsamenhangend is.

Men kan van de Britse National Health Service veel zeggen, maar ze heeft wél structuur in de gezondheidszorg aangebracht. Alleen al het feit dat huisartsen niet een 'lump sum' voor iedere patiënt ontvangen, maar dat hun betaling mede afhankelijk is van aanwezige voorzieningen (assistentie, praktijkgebouw), heeft er mede toe geleid dat in Engeland een behoorlijk gestructureerde eerste lijn tot stand is gebracht. De driejarige, in de toekomst wellicht nog langer durende beroepsopleiding zorgt zeker voor een betere kwaliteit. Hoezeer aan de overkant een samenhangend beleid wordt nagestreefd blijkt onder ander uit een nota van het Royal College of General Practitioners*. In dit 'policy statement' wordt een viervoudig beleid ontwikkeld, met als elementen: kwaliteitsbepaling op grond van organisatie, werkwijze en resultaten; wetenschappelijk onderzoek als leerproces; toetsing van scholing en nascholing; het verzamelen van operationele gegevens, en zo meer. Al deze elementen hebben ook in Nederland wel de aandacht, maar zij worden niet in onderlinge samenhang gebracht. Daardoor krijgt het beleid hier steeds weer een gefragmenteerd en fragmentarisch karakter: geen symfonie maar een kakofonie. □

* Royal College of General Practitioners. Quality in General Practice. Policy Statement 2. London, november 1985.