



NIVEL

bibliotheek

drieharn  
postbus 1500  
3500 bn utrecht  
telefoon: 030 319946

Nederlands Huisartsen Instituut  
10 - 3500 UT Utrecht  
tel. (030) 31 99 46

KENMERKEN VAN DE HUISARTS

Rapport van de werkgroep onderwijs doelstellingen  
van het Instituut voor Huisartsgeneeskunde  
van de Rijksuniversiteit te Utrecht.

Mei 1975

Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de  
Rijksuniversiteit te Utrecht.  
Mariahoek 5/6.





b. Welk deel van de aldus omschreven taken kan in de opleiding vóór het arts-examen door de faculteit voor haar rekening worden genomen?

Pas als er een antwoord op de tweede vraag is verkregen, kan de inhoud van de beroepsopleiding, die na het arts-examen aanvangt, omschreven worden.

Uiteraard stelt het Instituut zich voor vooral de tweede vraag te zijner tijd met de overige leden in de Faculteit te bespreken; de beslissing over wat in de opleiding vóór en wat in de opleiding na het arts-examen gegeven zal worden, kan slechts in onderling overleg genomen worden.

Uiteraard is de vaststelling van de kenmerken van de huisarts geen louter Utrechtse aangelegenheid. Daarom wordt dit rapport ook aan anderen voorgelegd, in het bijzonder aan het Interfacultaire Overleg Huisartsgeneeskunde en aan het College Huisartsgeneeskunde (en daarmee tevens aan de beroepsorganisaties en aan de overheid).

Het rapport pretendeert allerminst een definitieve omschrijving te geven. Wel hopen de opstellers, dat het als discussiestuk een uitgangspunt moge vormen voor een latere, meer gemeenschappelijke omschrijving. Gehoopt wordt, dat het binnen de Faculteit, vooral in de Centrale Onderwijscommissie en fasecommissie III ter discussie gesteld mag worden en verder in de brede kring van degenen, die in het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde en het College Huisartsgeneeskunde vertegenwoordigd zijn.

Wij hopen, dat wij te zijner tijd reacties en commentaar mogen ontvangen, opdat deze in een volgende versie verwerkt kunnen worden.

Namens de werkgroep,



Prof. Dr. J.C. van Es, voorzitter.

## VOORWOORD.

Degenen die bij de beroepsopleiding tot huisarts betrokken zijn hebben in toenemende mate behoefte aan een structurering en inhoudsbepaling van deze opleiding.

De in 1971 in Utrecht aangevangen opleiding kon nog niet over uitgewerkte doelstellingen beschikken; deze konden slechts globaal geformuleerd worden. Nu geruime tijd ervaring met deze opleiding is opgedaan achten wij ons in staat wel tot een meer gedetailleerde formulering te komen.

De werkgroep doelstellingen van het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit te Utrecht heeft het navolgende rapport thans in eerste versie voltooid. Het rapport wil een omschrijving geven van de kenmerken waaraan de huisarts aan het eind van zijn beroepsopleiding dient te voldoen.

Deze kenmerken dient hij in de basis- en beroepsopleiding te verwerven. Uit de doelstellingen kan derhalve niet rechtstreeks een programma van de beroepsopleiding worden afgeleid. Het rapport beoogt in eerste instantie een discussie binnen de Faculteit der Geneeskunde op gang te brengen om in samenspraak met het Instituut voor Huisartsgeneeskunde tot een communis opinio over deze eindkenmerken te komen. Vervolgens zal overleg gepleegd moeten worden over de vraag welk deel hiervan een plaats in de basisopleiding dient te krijgen en welk deel tot de beroepsopleiding behoort. Mede op grond van de uitkomsten van dit overleg zal de inhoud van de beroepsopleiding vastgesteld kunnen worden.

Vooruitlopend hierop zullen aan het rapport wel een aantal gegevens ontleend kunnen worden op grond waarvan de inhoudsbepaling van de beroepsopleiding voorlopig bepaald kan worden. Later, in tweede instantie, zullen deze op grond van het gevoerde overleg, bijgewerkt kunnen worden.

Dan is het ook mogelijk over de stof te beschikken naar kennis, vaardigheid en attitude.

Bij de opstelling van het rapport is uitgegaan van de functies die de huisarts vervult en naar alle waarschijnlijkheid in de toekomst zal moeten vervullen. Er werd naar gestreefd om zoveel mogelijk gedetailleerd aan te geven welke kennis, vaardigheid en attitude hiervoor noodzakelijk zijn. Voor deze detaillering is uitgegaan van een ziekteclassificatie volgens de I.C.D. Het bleek al spoedig, dat van de verschillende hoofdstukken van de I.C.D. een groot aantal identieke doelstellingen geformuleerd konden worden terwijl andere specifiek zijn voor ziekten, klachten en situaties uit het betreffende hoofdstuk. Eerstgenoemde categorie is beschreven onder de algemene doelstellingen in hoofdstuk IV, laatstgenoemde onder de gedetailleerde onderwijsdoelstellingen in hoofdstuk V. Men dient zich bij het lezen goed te realiseren dat deze samenhang tussen beide hoofdstukken bestaat.

De werkgroep doelstellingen van het Instituut voor Huisartsgeneeskunde der Rijksuniversiteit te Utrecht.

Prof. Dr. J.C. van Es, voorzitter

J. Koopman, arts

I.Ph.L. Koperberg, arts

J. van Poppel, arts



## INHOUDSOPGAVE.

I.	Inleiding.	blz. 1.
-	Doelstellingen basisopleiding.	blz. 2.
-	Toegepaste methode formuleren onderwijsdoelstellingen.	blz. 2.
-	Verantwoording literatuur.	blz. 3.
II.	Factoren, waarop doelstellingen worden gebaseerd.	blz. 5.
a.	Basiskenmerken van de huisartsgeneeskunde.	blz. 5.
b.	Te verwachten ontwikkelingen binnen de geneeskunde.	blz. 6.
III.	Algemene doelstellingen van de opleiding tot huisarts.	blz. 7.
IV.	Uitwerking van de hoofdonderwijsdoelstelling. Algemene onderwijsdoelstellingen.	blz. 7. blz. 9.
V.	Een aantal gedetailleerde onderwijsdoelstellingen.	blz. 15.
-	Niveaus van ziekten.	blz. 15.
-	Indeling van de subparagrafen.	blz. 16.
V.1.	Infectieziekten.	blz. 17.
V.2.	Endocriene-, voedings- en stofwisselingsziekten.	blz. 20.
V.3.	Ziekten van bloed en bloedbereidende organen.	blz. 22.
V.4.	Psychische stoornissen.	blz. 24.
V.5.	Ziekten van het zenuwstelsel.	blz. 27.
V.6.	Ziekten van de zintuigen.	blz. 30.
V.7.	Ziekten van de tractus circulatorius.	blz. 32.
V.8.	Ziekten van de tractus respiratorius.	blz. 35.
V.9.	Ziekten van de tractus digestivus.	blz. 38.
V.10.	Ziekten van lever, galblaas en pancreas.	blz. 41.
V.11.	Ziekten van de tractus uropoeticus.	blz. 43.
V.12.	Ziekten van de tractus genitalis.	blz. 45.
V.13.	Ziekten van huid en subcutis.	blz. 48.
V.14.	Ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel.	blz. 50.
V.15.	Bepaalde ziekten van pasgeborenen.	blz. 53.
V.16.	Ongevalsletsel en ongewenste gevolgen.	blz. 55.
V.17.	Symptomen en slecht gedefinieerde condities.	blz. 58.
V.18.	Bevallingen en complicaties van zwangerschap en puerperium.	blz. 60.





## I. INLEIDING.

De totstandkoming van de beroepsopleiding van de huisarts en van de verplichte registratie door de HRC brengt de noodzaak met zich mee de inhoud van de beroepsopleiding vast te stellen. De omschrijving hiervan dient gedetailleerd te geschieden, omdat slechts dan concrete onderwijsdoelstellingen geformuleerd kunnen worden.

De inhoud van de beroepsopleiding wordt door twee factoren bepaald:

### A. De eisen, waaraan de huisarts bij het aanvaarden van de functie van huisarts moet voldoen.

Deze worden door tal van elementen, die onderling ten nauwste samenhangen, bepaald. Tot deze elementen behoren o.a.:

- de structuur van de gezondheidszorg en de plaats die de huisarts daarin inneemt en de wijzigingen die zich daarin voordoen, incl. samenwerkingsvormen;
- het beleid van de overheid met betrekking tot de gezondheidszorg;
- de beschikbaarheid van diagnostische methodieken (o.a. in diagnostische centra);
- de ontwikkelingen op het gebied van de geneeskunde;
- de eisen en verwachtingen van patienten ten aanzien van de huisarts;
- de eisen en verwachtingen van andere hulpverleners ten aanzien van de huisarts;
- het beroepsbeeld dat de huisartsen zelf hebben;
- het morbiditeitspatroon waarmee de huisarts geconfronteerd wordt.

Uit bovenstaande opsomming wordt duidelijk, dat de eisen, waaraan de huisarts moet voldoen, in sterke mate tijds- en plaatsgebonden zijn. De consequentie hiervan is, dat de formulering van onderwijsdoelstellingen een dynamisch karakter moet hebben: er dient een voortdurende aanpassing aan de zich wijzigende behoeften plaats te vinden. De eenvoudigste methode is het analyseren van de inhoud van de beroepsuitoefening, om op grond daarvan de doelstellingen te formuleren. Daaraan kleeft echter het bezwaar, dat men onvoldoende rekening houdt met ontwikkelingen in de hulpverlening en in de geneeskunde. Het is noodzakelijk om tevens te anticiperen op waargenomen en te verwachten ontwikkelingen. Hieraan zijn aanzienlijke risico's verbonden: verwachtingen kunnen niet uitkomen, bijvoorbeeld doordat in het gezondheidszorgbeleid onvoorziene veranderingen voorkomen.

### B. De kenmerken van de arts bij de aanvang van de beroepsopleiding, het 'entering behavior'.

Deze worden in sterke mate bepaald door de inhoud en de kwaliteit van de opleiding tot arts, maar ook door persoonlijke kwaliteiten van de arts. Onderscheiden wij kennis (cognitief), vaardigheid (psychomotorisch) en houding (attitude), dan worden deze drie aspecten alle door de opleiding en door persoonlijke eigenschappen van de arts beïnvloed. De medische faculteiten verschillen onderling tamelijk sterk in de opbouw van het curriculum; het Academisch Statuut laat daarvoor ook uitdrukkelijk ruimte. Zo zijn de junior- en seniorcoassistentschappen van faculteit tot faculteit zeer verschillend opgebouwd. Door de inschakeling van verschillende geaffilieerde ziekenhuizen is bovendien de inhoud van de coassistentschappen zeer uiteenlopend. Ook is het co-assistentschap in dit opzicht erg afhankelijk van de specialist, onder wiens leiding hij werkzaam is, terwijl zijn eigen leer -

gierigheid daarop ook van zeer grote invloed is. Dit alles betekent, dat er geen sprake is van een uniform 'entering behavior' in de beroepsopleiding.

#### DOELSTELLINGEN BASISOPLEIDING.

In het 'Raamplan 1974', dat door alle faculteiten is onderschreven, is wel een poging gedaan om de doelstellingen van de basisopleiding (de opleiding tot arts) in algemene termen te omschrijven. De hoofddoelstelling is de pas afgestudeerde arts in staat te doen zijn de beroepsopleiding aan te vangen (of de specialisatie of de werksituatie van de beginnende wetenschapsbeoefenaar). Als doelstelling I is derhalve geformuleerd: 'De arts beschikt over de kennis, vaardigheden en attitudes, noodzakelijk voor de beroepsaanvang'. (Beroepsaanvang = aanvang van de beroepsopleiding). Hiervan zijn vier andere doelstellingen afgeleid:

- Doelstelling II: 'De arts is gevoelig voor de eigen verantwoordelijkheden en beperkingen met betrekking tot (a) de personen, waarmee hij in zijn beroepsuitoefening in aanraking komt, (b) de samenleving, waarin hij als arts functioneert, (c) de wetenschap, waarop zijn deskundigheid is gegrondvest'.
- Doelstelling III: 'De arts beschikt over de voor zijn beroepsaanvang nodige vaardigheden op het gebied van: (a) diagnostiek, beoordeling van gegevens en probleemanalyse, (b) de beoordeling van grenzen en mogelijkheden van de gegeven situatie en van het eigen medisch handelingsbereik, (c) de overeenkomstige toepassing van zijn kennis inzake therapie (met inbegrip van de palliatie) en preventie, waaronder ook de samenwerking met c.q. het verwijzen naar anderen, (d) het opsporen en beoordelen van beroepshalve belangrijke informatie in de literatuur en elders.'
- Doelstelling IV: 'De arts beschikt over de voor zijn beroepsaanvang nodige kennis van: (a) ziektenleer, symptomatologie en diagnostiek, (b) therapie en prognostiek, (c) ecologie, epidemiologie en preventieve geneeskunde, (d) de wetenschappelijke achtergronden, resp. het wetenschappelijk onderzoek van het onder a t/m c genoemde, (e) het functioneren van de gezondheidszorg.'
- Doelstelling V: 'De arts beschikt over de voor zijn beroepsaanvang nodige kennis van: (a) de somatische, psychische en sociale structurering en functies van de mens, (b) de veranderingen hiervan in verschillende levensfasen en de variatiebreedte onder verschillende omstandigheden, (c) de oorzaken en mechanismen van stoornissen in het onder a en b genoemde, (d) de wetenschappelijke achtergronden van het onder a t/m c genoemde.'

Een deel van deze doelstellingen zal ook in die van de beroepsopleiding teruggevonden kunnen worden. Dit is niet zo verwonderlijk als men ervan uitgaat, dat basisopleiding en beroepsopleiding een continuum vormen. Slechts door middel van een verdergaande concretisering van de verschillende onderwijsdoelstellingen zal het mogelijk zijn de taken over de basisopleiding en de beroepsopleiding te verdelen. Daarvoor is intensief overleg tussen de faculteit en degenen, die verantwoordelijk zijn voor de beroepsopleiding noodzakelijk. Dit overleg lijkt inmiddels op gang te zijn gekomen.

#### TOEGEPASTE METHODE FORMULERING ONDERWIJSDOELSTELLINGEN.

Om het proces van de formulering van de onderwijsdoelstellingen van de beroepsopleiding van de huisarts op gang te brengen, is een eerste vereiste, dat een beschrijving tot stand komt van de eisen, waaraan de arts, die de beroepsopleiding heeft gevolgd, moet voldoen, zonder acht te slaan op de vraag of deze eisen nu in de basisopleiding dan wel in de beroepsopleiding verworven worden.

Pas in tweede instantie zal het mogelijk zijn dit onderscheid te gaan maken, maar dit kan uiteraard alleen maar in nauw overleg met de faculteit.

Uiteindelijk zullen de doelstellingen zodanig geoperationaliseerd moeten worden, dat zij het karakter krijgen van gedragsleerdoelen (behavioral objectives). Voorafgaand daaraan zal echter de omschrijving ten dele een meer algemeen karakter moeten hebben. Zodra men toekomt aan een verdeling van onderwijstaken tussen faculteit en beroepsopleiding, en binnen de beroepsopleiding tussen de huisarts-opleiders en het huisartseninstituut, zal men tot een verdergaande specificering kunnen en ook moeten komen.

Bij de formulering van de doelstellingen maken wij gebruik van de inventarisatie van taakaspecten in de praktijksituatie, een methode die o.a. gebruikt wordt door Mager en Beach. Daarbij moeten de volgende stappen worden ondernomen:

1. het maken van een functiebeschrijving (job-description);
2. het maken van een takenoverzicht (task listing);
3. het detailleren van elk van de verschillende taken (task detailing);
4. het eigenlijke vaststellen van de doelstellingen;
5. het vaststellen van criteria voor het beoordelen of het doel bereikt is.

In dit stadium zullen wij ons tot maximaal de eerste vier stappen beperken. In een later stadium zal de volgende stap uitgewerkt moeten worden. Overigens zullen wij ons niet geheel tot de bovenstaande methode beperken. Reeds eerder werd gesteld, dat het ook noodzakelijk is te preluderen op te verwachten ontwikkelingen; met de nodige voorzichtigheid kunnen ook daaraan onderwijsdoelstellingen worden ontleend.

Uit het bovenstaande moge blijken, dat bij de door de commissie gevolgde werkwijze vooral de kenmerken van de huisarts bij de aanvang van zijn beroep worden geformuleerd. Het gevolg hiervan is mede, dat aan de processen in de hulpverlening aan de patient weliswaar wel aandacht is besteed, maar dat deze veel minder gedetailleerd uit de verf komen. Dit hangt niet alleen samen met de door de commissie gemaakte keuze; de hulpverleningsprocessen, zoals die zich in diagnostiek, therapie, preventie, e.d. afspelen, zijn nog maar in geringe mate onderzocht en geëxpliciteerd.

De vrij vergaande explicitering van het product en de veel geringere explicitering van de processen levert een tamelijk kaleidoscopisch beeld op, waaraan een aantal facetten ontbreken. Dit zal tot gevolg hebben, dat de huisarts zich niet zonder meer in het door de commissie gevormde beeld zal herkennen; hij zal zich met de noodgedwongen reductie van het beeld van zijn werk en met de opsplitsing van zijn werk in doelstellingen eerst vertrouwd moeten maken.

#### VERANTWOORDING.

De basiskenmerken, zoals deze onder IIa zijn beschreven, werden ontleend aan literatuur, terwijl de leden van de werkgroep alleneen grote ervaring hebben als praktiserend arts, zodat mede op grond van eigen ervaring de basiskenmerken konden worden geformuleerd. De volgende literatuur werd daarbij gebruikt:

1. Aalderen, H.J. van -. Anders helpen, anders helen. (1974). Inaugurele rede.
2. Bremer, G.J. Leren blijven vragen leren vragen blijven leren. (1971). Openbare les.
3. Buma, J.T. Beschouwingen over de plaats van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg. (1959). Leiden.
4. Cate, R.S. ten -, H.J.P.M. Dijkhuis en W.J. de Jong. Doelstellingen van de opleiding in de huisartsgeneeskunde. (1971). Contactorgaan L.I.H.

5. Classificatie van ziekten voor de medische registratie in ziekenhuizen, gebaseerd op de ICD. (1969). Lochem. Gebruikt in par. V.
6. The core content of family medicine. (1966). American Academy of General Practice.
7. Dokter, H.J. Tot een hoeksteen. (1973). Inaugurele rede.
8. Dijkhuis, H.J.P.M. Dokters, doctrinair en pragmatische. (1969). Inaugurele rede.
9. Dijkhuis, H.J.P.M. Doelstellingen aan het onderwijs in de huisartsgeneeskunde. Medisch Contact. (1973), 7, 190.
10. Es, J.C. van -. Het moderne gewaad van de huisarts. (1967). Inaugurele rede.
11. Es, J.C. van -. Patient en huisarts. (1974). Utrecht.
12. The future general practitioner. Learning and teaching. (1972). Royal College of General Practitioners.
13. Huygen, F.J.A. Gezin en gezondheid. (1968). Inaugurele rede.
14. Huber, F. en A. Pilot. Specificeren van onderwijsdoelstellingen. (1974). Publ. Afd. Onderzoek en Ontwikkeling van Onderwijs van de Rijksuniversiteit Utrecht. (stencil).
15. De huisarts. Colloquium Wetenschappelijke Vereniging der Vlaamse Huisartsen. (1970). Leuven.
16. Kuiper, J.P., e.a. Doelstellingen van de gezondheidszorg, artikelen, gebundeld door Medisch Contact. (1974).
17. Morbiditeits-classificatie voor gebruik door huisartsen, ontleend aan de Engelse zgn. 'E-lijst'. Uitgave van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Gebruikt in par. V.
18. Morrell, D.C. The art of general practice. (1965). Edinburgh and London.
19. Polak, B.S. Opleiden in last. (1970). Openbare les.
20. Raamplan 1974 van het IOG betreffende de globale doelstellingen van de artsopleiding nieuwe stijl. (1974). Medisch Contact, 29, 1017.
21. Rapport van de commissie huisartsen. Verslagen en mededelingen betreffende de volksgezondheid. (1967). Nr. 5.
22. Rapport van de Interfacultaire Werkgroep Specifieke Opleiding Huisarts (S.O.H.). (1974). Niet gepubliceerd.
23. Rapport werkgroep opleiding van het Nederlands Huisartsen Genootschap. (1974). Stencil.
24. The role of the primary physician in health services. Report on a conference. (1970). Regional Office for Europe, World Health Organization. Copenhagen.
25. Structuurnota gezondheidszorg. (1974). Staatsuitgeverij, Den Haag.
26. Tielens, V.C.L., e.a. Huisarts en specialist, artikelen, gebundeld door Medisch Contact, (1974).
27. Trommel, M.J. van -. De huisarts op slag van twaalfen. (1970). Openbare les.
28. Ontwerptekst van de Working Party van de Leeuwenhorstconference, inhoudende een 'proposed definition of the work of the general practitioner' en 'broad educational goals'. (1974). Niet gepubliceerd.
29. Het Woudschotenrapport. Huisarts en Wetenschap. (1966), 9, 372. Hoewel dit rapport vooral het karakter van een 'geloofsbelijdenis' bezit, wordt er toch een bruikbare opsomming van de deeltaken van de huisarts in gegeven.

De keuze uit bovenstaande literatuur werd steeds door discussie in de werkgroep vastgesteld.

## II. FACTOREN, WAAROP DOELSTELLINGEN WORDEN GEBASEERD.

We zagen reeds, dat, wil men tot een formulering van doelstellingen komen, een beschrijving van functie en taken noodzakelijk is. Als men deze echter alléén als uitgangspunt neemt, bestaat het risico, dat door een statische benadering men slechts 'voor vandaag' opleidt en niet voor de toekomst. Daarom ontkomt men er niet aan om ook te verwachten ontwikkelingen als grondslag voor de onderwijsdoelstellingen te gebruiken.

In dit rapport heeft de commissie zich beperkt tot het formuleren van enkele verwachte ontwikkelingen in de geneeskunde. Uiteraard kunnen maatschappelijke ontwikkelingen daarop evenzeer van veel invloed zijn. De formulering daarvan bleek echter in dit stadium een te speculatief karakter te krijgen. Wel dient hier één, niet speculatief feit vermeld te worden: het aantal artsen, en à fortiori, het aantal huisartsen zal in de komende zeven jaar aanzienlijk toenemen. Dit heeft als consequentie, dat de gemiddelde huisartspraktijk kleiner kan worden, waardoor niet alleen de belasting van de huisarts geringer kan worden maar ook tijd en energie kan ontstaan voor een intensivering van de hulpverlening. Thans volgen de twee factoren, waarop de doelstellingen werden gebaseerd.

### a. Basiskenmerken van de huisartsgeneeskunde.

De later in dit rapport te ontwikkelen kenmerken worden ontleend aan de volgende basiskenmerken van de huisartsgeneeskunde:

#### A. De huisarts is werkzaam in de eerste linie van de gezondheidszorg.

Hieruit worden de volgende taken afgeleid:

A.1. De huisarts beoordeelt van alle problemen, die hem aangeboden worden of deze verder hulp vergen, of deze hulp door hemzelf geboden kan worden, of dat deze door anderen of samen met anderen gegeven dient te worden. Hij dient in het tweede geval te weten hoe deze hulp geboden moet worden, in het laatste geval te weten hoe verwezen of samengewerkt moet worden.

A.2. De huisarts heeft in verband met de eerstelijnspositie een bijzondere verantwoordelijkheid voor het vroegtijdig stellen van diagnoses, in het bijzonder bij die aandoeningen, die, indien geen tijdige maatregelen worden getroffen, blijvende schade kunnen veroorzaken.

#### B. De patient kan zich aan de continue zorg van de huisarts toevertrouwen.

Hieruit vloeien de volgende taken voort:

B.1. De huisarts onderhoudt een zodanige relatie met de zich aan hem toevertrouwende patienten, dat deze steeds weer een beroep op hem kunnen doen.

B.2. De huisarts begeleidt en draagt de zorg voor de zich aan hem toevertrouwende chronische zieke patienten.

B.3. De huisarts besteedt specifieke aandacht aan die patienten, die aan een verhoogd risico zijn blootgesteld. (voetnoot 1).

B.4. De huisarts gaat zodanige samenwerkingsverbanden aan, dat hij de continue zorg kan garanderen.

Voetnoot 1: Ter toelichting diene het volgende: de huisarts kent van een aantal van zijn patienten pre-existente ziekten, constitutionele aspecten, situationeel bepaalde factoren, waardoor de betrokken patienten extra met ziekte bedreigd worden. Dit wetende dient de huisarts daaraan extra zorg te besteden.

C. De huisarts betreft bij zijn hulpverlening, met instemming van de patiënt, alle aspecten van de hulpzoekende.

Hieruit vloeien de volgende taken voort:

C.1. De huisarts betreft zowel in de preventie als in de diagnostiek en de therapie de somatische, de psychische en de sociale aspecten, met als doel deze in hun onderlinge samenhang te plaatsen.

C.2. De huisarts vervult ook een signalerende functie naar de maatschappij toe, wanneer hij in de gemeenschap liggende stressfactoren op het spoor komt. (voetnoot 2).

D. De huisarts is voor degenen, die in gezinsverband leven,

Levens gezinsarts. Hieruit vloeien de volgende taken voort:

D.1. De huisarts houdt bij preventie, diagnostiek en therapie mede rekening met de invloed van de overige gezinsleden op de zieke / klagende.

D.2. De huisarts houdt bij zijn hulpverlening tevens rekening met de consequenties daarvan voor de andere gezinsleden.

D.3. De huisarts heeft een preventieve en vroegdiagnostische taak voor het gezin in zijn geheel.

b. Te verwachten ontwikkelingen binnen de geneeskunde.

Op het gebied van de huisartsgeneeskunde is ook een aantal ontwikkelingen te verwachten, die van invloed zijn op de inhoud daarvan. Met alle voorzichtigheid gesteld kunnen daarin de volgende aspecten herkend worden:

1. De geneeskundige organisatie biedt de huisarts in toenemende mate diagnostische hulpmiddelen, o.a. op het gebied van het laboratoriumonderzoek, röntgenonderzoek, E.C.G. en E.E.G.
2. De huisarts beschikt over een groot aantal sterk werkende geneesmiddelen, waardoor hij een betrekkelijk groot aantal ziekten kan behandelen.
3. Op het gebied van de vroege diagnostiek komen geleidelijk aan technieken ter beschikking, waarvan de huisarts ook gebruik kan maken, bijvoorbeeld: cervixcytologisch onderzoek, onderzoek op fenylketonurie, mammografie, cytologisch sputumonderzoek.
4. In het morbiditeitspatroon doen zich verschuivingen voor, waardoor het aantal chronische zieken en het aantal lijders aan functionele stoornissen en psychosomatische ziekten toenemen. Voor de hulpverlening aan deze categorieën van patienten in het bijzonder zal de huisarts interdisciplinair moeten samenwerken, en inzicht krijgen in psychosociale mechanismen.
5. De ontwikkeling van de specialistische geneeskunde maakt het noodzakelijk, dat de huisarts regelmatig met specialisten samenwerkt; teneinde de medische hulpverlening een integraal karakter te geven, dient de huisarts daarbij minder te verwijzen en meer van consultatie gebruik te maken.' (in dit verband wordt onder verwijzing verstaan het overdragen van de verantwoordelijkheid voor de patiënt aan de specialist voor een langere periode; onder consultatie het invoeren van hulp om de situatie van een patiënt te beoordelen en een

Voetnoot 2: Met de signalerende functie wordt het volgende bedoeld: de huisarts kan stuiten op herhaald optredende klachten of ziekten als gevolg van in de maatschappij liggende oorzaken of condities (lawaai, wonen, werksituatie, maatschappelijke spanningstoestanden). De huisarts heeft dan tot taak dit niet onder zich te houden, maar op een zodanige manier bekend te maken, dat nader onderzoek of corrigerende maatregelen kunnen volgen. De manier waarop de huisarts dit doet, is afhankelijk van het probleem, en ook van de aard en de inzichten van de huisarts. Men vergelijkte het met het signaleren van de bijwerkingen of vermoede bijwerkingen van geneesmiddelen.

advies te geven over het te voeren beleid.)

6. De gecompliceerde organisatie van de gezondheidszorg, de opkomst van andere hulpverlenende beroepen en de behoefte aan doorbreking van een isolement brengt met zich mee, dat de huisarts in toenemende mate in interdisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerste lijn van de gezondheidszorg zal gaan werken.
7. De algemene ontwikkeling in de maatschappij wijst in de richting van een mondig worden, van democratisering en van toenemende verantwoordelijkheid voor zichzelf en voor anderen. Dit werkt onvermijdelijk in de verhouding tussen patient en arts door; de patient zal in de toekomst mondiger ten aanzien van zijn eigen welzijn worden. De arts zal zijn functieneren ter discussie moeten willen stellen, hetgeen een daarop gerichte attitude vergt.

### III. ALGEMENE DOELSTELLING VAN DE OPLEIDING TOT HUISARTS.

Uit hetgeen tot dusverre is gesteld, kan afgeleid worden, dat de hoofddoelstelling van de opleiding tot huisarts is om deze over voldoende kennis en vaardigheden te laten beschikken om het beroep van huisarts op een verantwoorde wijze te laten uitoefenen en om daarvoor de juiste attitude te verwerven. In het voorafgaande is er de nadruk op gelegd, dat de inhoud van het beroep van huisarts aan sterke veranderingen onderhevig kan zijn. Daarom dient aan de hoofddoelstelling te worden toegevoegd, dat de huisarts in staat moet zijn voortdurend te blijven voldoen aan een veranderend verwachtings- en behoeftenpatroon. Dit houdt niet in, dat de huisarts in dat proces slechts een passieve rol behoeft te vervullen, integendeel, hij is mede verantwoordelijk voor de vorm en inhoud van de geneeskunde en de gezondheidszorg. Bij het bovenstaande wordt in het midden gelaten wanneer de opleiding hiertoe plaatsvindt: tijdens de basisopleiding dan wel tijdens de beroepsopleiding.

De hoofddoelstelling kan dan als volgt worden geformuleerd:

"De hoofddoelstelling voor de opleiding tot huisarts is hem of haar te leren beschikken over die kennis, vaardigheden en attitude, die noodzakelijk zijn voor de uitoefening van het beroep van huisarts en hem ertoe te brengen voortdurend op een creatieve wijze deel te nemen aan het veranderingsproces in de geneeskunde en de maatschappij, opdat hij of zij op een professionele wijze kan bijdragen tot het welzijn van zijn patienten."

Het op de beschreven wijze bijdragen tot het welzijn van anderen is de grondslag van het hele werk; dit wordt niet verder in gedetailleerde doelstellingen tot uitdrukking gebracht.

### IV. UITWERKING VAN DE HOOFDONDERWIJSDOELSTELLING (H.O.D.).

In deze paragraaf zullen de doelstellingen, die ontleend kunnen worden aan de basiskennmerken, die in paragraaf II zijn beschreven, nader worden uitgewerkt, uitgaande van de in de vorige paragraaf gedefinieerde hoofddoelstelling. Het zal blijken, dat vooral de doelstellingen met betrekking tot de kennis nog een verdere uitwerking vereisen. Dit geldt in mindere mate voor de vaardigheden. Deze uitwerking zal dan in paragraaf V. volgen.

De doelstellingen kunnen nu als volgt worden geformuleerd:

H.O.D. 1: De huisarts dient te beschikken over die kennis, vaardigheden en attitude, noodzakelijk voor de hulpverlening aan patienten, die zich in eerste instantie tot hem om hulp wenden (zie par. II, A.1.).

H.O.D. 2: De huisarts dient te beschikken over die kennis, vaardigheden en attitude, noodzakelijk voor het uitvoeren van vroege diagnostiek en preventie (zie par. II, A.2.).

H.O.D. 3: De huisarts dient in staat te zijn een zodanige relatie

met zijn patienten op te bouwen, dat deze in de gelegenheid zijn zijn hulp in te roepen, wanneer zij dat wenselijk achten .  
(Zie par. II, B.1.)

H.O.D. 4: De huisarts dient te beschikken over die kennis, vaardigheden en attitude, noodzakelijk voor het uitvoeren van de begeleiding van en zorg voor chronisch zieken (zie par. II, B.2.).

H.O.D. 5: De huisarts dient te beschikken over die kennis, vaardigheden en attitude, noodzakelijk voor het verlenen van de zorg aan patienten, die aan een verhoogd risico blootstaan (zie par. II, B.3.).

H.O.D. 6: De huisarts dient over die kennis, vaardigheden en attitude te beschikken die nodig is om met klinische specialisten samen te werken en om met hulpverleners uit andere disciplines in teamverband samen te werken. (zie par. II., B.4.).

H.O.D. 7: De huisarts dient te beschikken over die kennis, vaardigheden en attitude, noodzakelijk voor een benadering in diagnostiek en in therapie, waarin zowel aan lichamelijke als aan geestelijke en maatschappelijke elementen recht wordt gedaan (zie par. II.,

H.O.D. 8: De huisarts dient te beschikken over die kennis, vaardigheden en attitude, noodzakelijk voor het vervullen van de signalerende functie in de gemeenschap. (zie par. II. C.2.).

H.O.D. 9: De huisarts dient over die kennis, vaardigheden en attitude te beschikken die nodig zijn voor de hulpverlening aan de patient en diens gezin in hun wisselwerking, in het bijzonder t.a.v. de vroegdiagnostische facetten daarvan.

Reeds eerder werd aangekondigd, dat de kennis en vaardigheden in de volgende paragraaf nader gedetailleerd zullen worden. Thans zal verder worden nagegaan welke vormen van kennis, vaardigheden en attitude nodig zijn voor het hulpverleningsproces van de huisarts.

De kennis betreft in de eerste plaats inzicht in de lichamelijke en psychosociale ontwikkeling van de mens en de ziekelijke stoornissen die kunnen optreden, tevens kennis van maatschappelijke factoren en van het gezin, in wisselwerking met het individu.

De vaardigheden betreffen het opnemen van de anamnese, (dat is luisteren naar de klacht en het verkrijgen van aanvullende informatie), het onderzoeken van de patient (het onderzoek geschiedt met gebruikmaking van instrumentele en andere hulpmiddelen) en de behandeling van de patient (met o.a. gebruikmaking van de farmacotherapie, instrumentele behandeling, gespreksvoering). De vaardigheden betreffen tevens die sociale vaardigheden, die enerzijds nodig zijn voor de communicatie met en de hulpverlening aan de patient en anderzijds nodig zijn voor de samenwerking met andere hulpverleners. De attitude heeft betrekking op de houding van de arts als hulpverlener ten opzichte van de patient en diens omgeving maar ook ten opzichte van andere hulpverleners bezit en op het inzicht in de rol, die men daarbij zelf vervult.

Met betrekking tot een groot aantal ziekten, aandoeningen en 'situaties' (voetnoot 3) dient de huisarts over algemeen te formuleren kennis, vaardigheid en attitude te beschikken. Deze worden hieronder geformuleerd. Om deze van de verder gedetailleerde onderwijsdoelstellingen in par. V te onderscheiden, worden deze Algemene Onderwijs Doelstelling (A.O.D.) genoemd. Bij de formulering hiervan wordt uitgegaan van de doelstellingen 1 tot en met 10.

Voetnoot 3: Onder situaties wordt verstaan het verkeren van een patient in een bepaalde positie, waarmee de huisarts in zijn hulpverlening intensief rekening moet houden, bijv.: een in rouw verkerend gezin, het chronisch ziek zijn, stervende zijn.



Een aantal doelstellingen voert tot gedeeltelijk identieke A.O.D.'s. Dan worden bij de opsomming alleen nieuwe A.O.D.'s vermeld. Zodoende worden herhalingen vermeden.

Uit H.O.D. 1 (zie blz. 7) zijn de volgende A.O.D.'s te herleiden:

- A.O.D. 1: De huisarts dient kennis te hebben van en inzicht te hebben in het gezondheidsgedrag en ziektegedrag van de patient in de premedische fase en in de medische fase (voetnoot 4).
- A.O.D. 2: De huisarts dient kennis en inzicht te hebben van de klachten en symptomen van ziekten, zoals uitgewerkt in par. V., en hij dient op grond hiervan zijn beleid te kunnen vaststellen.
- A.O.D. 3: De huisarts dient in het bijzonder kennis en inzicht te hebben in het spoedeisende karakter van klachten en symptomen en op grond hiervan zijn beleid vast te stellen.
- A.O.D. 4: De huisarts dient in staat te zijn om op grond van klachten en symptomen, door middel van anamnese, lichamelijk onderzoek en eventueel aanvullend onderzoek uit te maken of iemand, zodanige stoornissen vertoont op somatisch, psychisch of sociaal gebied, dat daarvoor een verdere hulpverlening of behandeling geïndiceerd is. Daartoe dient de huisarts, naast kennis van en inzicht in ziekteprocessen, ook te beschikken over kennis van en inzicht in de normale lichamelijke, psychische en sociale ontwikkeling van zuigeling, kleuter en adolescent, in het proces van veroudering, zowel in lichamelijk als in psychisch en sociaal opzicht. Ook dient hij inzicht te hebben in de normale levensprocessen.
- A.O.D. 5: De huisarts dient in staat te zijn op grond van non-verbale gegevens, anamnese en reeds te voren beschikbare gegevens te bepalen welk lichamelijk onderzoek, laboratorium, röntgen- of ander aanbevelend onderzoek geïndiceerd is.
- A.O.D. 6: De huisarts dient de culturele aspecten van de klachten van patiënten te kunnen herkennen en daarmee in zijn hulpverlening rekening te houden.
- A.O.D. 7: De huisarts dient in staat te zijn een zodanige relatie met een patient te onderhouden, dat deze in staat is vrijelijk en op zijn eigen wijze te verwoorden welke zijn/haar klachten zijn. De huisarts dient in staat te zijn daarbij naar de patient te luisteren en ook open te staan voor de niet-verbale elementen in de relatie en de verkregen gegevens zinvol te ordenen.
- A.O.D. 8: De huisarts dient, binnen het kader van A.O.D. 5, tevens in staat te zijn een gerichte anamnese te kunnen afnemen.
- A.O.D. 9: De huisarts dient in staat te zijn zijn eigen rol in de relatie met de patient goed te onderkennen. Hij dient in staat te zijn zijn eigen emoties in de relatie te herkennen en de consequenties daarvan voor het hulpverleningsproces te onderkennen.

Voetnoot 4: Gezondheidsgedrag (Health behavior) = alle activiteiten die iemand, die zichzelf als gezond beschouwt, onderneemt, om ziekten te voorkomen of deze in een asymptomatisch stadium te ontdekken.

Ziektegedrag (illness behavior) = alle activiteiten die iemand, die zich ziek voelt, onderneemt om zijn gezondheids-toestand te laten vaststellen en een passende therapie te ondergaan.

Premedische fase = de fase, waarin iemand al wel klachten heeft of verschijnselen vertoont, maar zich nog niet tot een arts heeft gewend.

- A.O.D. 10: De huisarts dient inzicht te hebben in eigen cultureel, subcultureel en persoonlijk bepaalde vooroordelen en preoccupaties. Hij dient hiermee in zijn hulpverlening rekening te kunnen houden.
- A.O.D. 11: De huisarts dient in staat te zijn zich in de problematiek van de patient in te leven.
- A.O.D. 12: De huisarts dient in staat te zijn op grond van de aldus beschikbare gegevens, al of niet na het vaststellen van de diagnose, het beleid met betrekking tot de patient vast te stellen. Dit houdt in:
- vaststellen of, en zo ja, welke medicamenteuze therapie moet worden ingesteld, van welke aard en duur deze is, welke de mogelijke contra-indicaties en bijwerkingen zijn, en welke de criteria zijn op grond waarvan hij zijn keuze baseert;
  - vaststellen of anderssoortige behandeling nodig is: fysiotherapie, desensibilisatie, rust, bedrust, dieet, en zo ja, welke;
  - vaststellen of een aangepaste levenswijze geïndiceerd is, inclusief werkstaking, werkhervatting, verandering van werk, omscholing;
  - vaststellen of gesprekstherapie geïndiceerd is, en zo ja, door wie deze moet worden gegeven;
  - vaststellen of verwijzing naar een specialist geïndiceerd is;
  - vaststellen of verwijzing naar een paramedische medewerker of andere deskundige aangewezen is;
  - vaststellen of en zo ja, met welke frequentie controle nodig is en wat de inhoud hiervan moet zijn;
  - het voeren van medische administratie.
- A.O.D. 13: De huisarts dient de patient te kunnen voorlichten over diens ziekte, resp. klachten en over de ingestelde behandeling en de consequenties daarvan.
- A.O.D. 14: De huisarts dient in staat te zijn de patient en diens omgeving op een zodanige manier te adviseren, dat het advies door de patient en diens omgeving begrepen wordt en dat het in principe uitvoerbaar is.
- A.O.D. 15: De huisarts dient in staat te zijn te onderkennen in welke situatie hij de verantwoordelijkheid van de patient moet overnemen wanneer hij een leidende of wel een begeleidende rol moet vervullen en op welke wijze dit dient te geschieden. (voetnoot 5).

Voetnoot 5: De eerstgenoemde relatie doet zich bijvoorbeeld voor bij een bewusteloze patient ("activity-passivity"), de tweede bijvoorbeeld bij een ernstig zieke, koortsende patient ("guidance-cooperation") en de derde bij bijvoorbeeld een herstellende patient ("mutual participation").

A.O.D. 16: De huisarts dient bij de hulpverlening aan iedere patient te bepalen welk ziektemodel gehanteerd dient te worden .  
(voetnoot 6).

A.O.D. 17: De huisarts dient in staat te zijn de verwijzing naar al of niet geïnstitutionaliseerde medische, niet medische en pastorale deskundigen in de tweede lijn en op de juiste manier te doen plaatsvinden.

Hiertoe dient hij o.a.:

- zich bewust te zijn welke zijn motieven tot verwijzing zijn;
- de patient duidelijk te kunnen maken waarom verwijzing geïndiceerd is;
- de patient te betrekken bij de beslissing of verwijzing zal plaatsvinden en zo ja, naar wie. De mate van zeggenschap is afhankelijk van het type relatie (zie A.O.D. 13);
- in staat te zijn de deskundige op de hoogte te stellen van de voor de verwijzing relevante gegevens;
- met de deskundige overeen te kunnen komen wat beider taak is bij de hulpverlening aan de patient;
- inzicht te hebben in de mogelijkheden en grenzen van de hulpverlening door de deskundige en hij moet de patient behulpzaam zijn bij het vormen van een juist verwachtingspatroon dienaangaande;
- inzicht te hebben in de eigen verantwoordelijkheid voor de patient ook na verwijzing naar de specialist;
- in staat te zijn een door de deskundige terugverwezen patient op de juiste wijze op te vangen en hulp te verlenen;
- inzicht te hebben en rekening te kunnen houden met de emoties, die een verwijzing bij de patient en diens omgeving oproept;
- inzicht te hebben in eigen emoties, motieven en houding bij een verwijzing en hij moet deze kunnen hanteren.

A.O.D. 18: De huisarts dient in staat te zijn te verrijzen naar en samen te werken met fysiotherapeuten, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers, pastores en andere werkers in de eerste lijn. Daarvoor is o.a. nodig dat hij:

- inzicht dient te hebben in de werkwijze van betrokkenen;
- indicaties voor een verwijzing of samenwerking kent;
- inzicht dient te hebben in het professionele begrippenstelsel, waarmee betrokkenen werken;
- inzicht dient te hebben in de mogelijkheden en grenzen van de hulpverlening van betrokkenen;
- inzicht dient te hebben in de problemen, die interdisciplinair samenwerken met zich mee kunnen brengen;
- inzicht dient te hebben in zijn eigen houding en emoties met betrekking tot interdisciplinaire samenwerking;

---

Voetnoot 6: Het is afhankelijk van de situatie en van het op te lossen probleem welk model gehanteerd wordt. Als zich de vraag voordoet of er een ulcus ventriculi bestaat, dat geopereerd moet worden, dan is het hanteren van een pathologisch-anatomisch ziektebegrip nuttig. Is er sprake van de keuze van een anti-bioticum, dan is een etiologisch ziektemodel zinvol. Bij de hulpverlening bij een functionele klacht kan meer gebaat zijn met een integraal model.

- de vaardigheid tot interdisciplinaire samenwerking dient te bezitten.

A.O.D. 19: De huisarts dient in staat te zijn zijn praktijkvoering zodanig te regelen dat het bieden van optimale hulp daarvoor mogelijk wordt. Hiervoor is onder andere vereist dat hij de factor tijd leert hanteren, dat hij een goede medische administratie kan voeren en leiding kan geven aan hulp personeel.

Uit H.O.D. 2 (zie blz. 7) zijn bovendien de volgende A.O.D.'s af te leiden:

A.O.D. 20: De huisarts is op de hoogte van in een vroeg stadium optredende klachten en verschijnselen van ziekten, in het bijzonder van die ziekten, waarvan de vroege herkenning belangrijke consequenties heeft zowel voor de levensduur, voor de validiteit als voor het welbevinden van de patient.

A.O.D. 21: De huisarts is in staat tot een zorgvuldige en minitieuze werkwijze, zowel in het opnemen van de anamnese, als bij het verrichten van lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek, waardoor vroeg optredende verschijnselen en/of klachten, of het vermoeden daarop, tijdig kunnen worden herkend.

Uit H.O.D. 3 (zie blz. 7 en 8) zijn verder de volgende A.O.D.'s af te leiden:

A.O.D. 22: De huisarts is in staat een zodanige vertrouwensrelatie met een patient op te bouwen, dat deze bereid is de hulp van de huisarts tijdig en op een adequate manier in te roepen.

A.O.D. 23: De huisarts leert op een zodanige wijze te functioneren, dat er geen disfunctionele barrières van geografische, organisatorische persoonlijke of financiële aard tussen hem en zijn patient worden opgeworpen en dat hij de eisen die de uitoefening van het beroep stelt in evenwicht tracht te brengen met zijn persoonlijke behoeften en met die van zijn gezin.

Uit H.O.D. 4. (zie blz. 8) zijn verder de volgende A.O.D.'s af te leiden:

A.O.D. 24: De huisarts dient de voornaamste organisaties, die hulp kunnen verlenen op sociaal en sociaal-medisch terrein te kennen en van hun werkerterrein globaal op de hoogte te zijn.

A.O.D. 25: De huisarts dient in staat te zijn samen te werken met sociaal-geneeskundigen in het kader van de revalidatie en de sociale heraanpassing van chronische zieken en invaliden.

A.O.D. 26: De huisarts dient in staat te zijn in overleg met de patient en diens naaste omgeving, en in overleg met eventuele andere hulpverleners, een behandelings-, revalidatie- en/of controleplan op te stellen en uit te voeren.

A.O.D. 27: De huisarts dient in staat te zijn bij zijn patient de zelfwerkzaamheid ten aanzien van de eigen gezondheid zoveel mogelijk te bevorderen.

- A.O.D. 28: De huisarts dient in staat te zijn de risico's en de consequenties van het chronisch ziek zijn voor de patiënt en het gezin zowel in lichamelijk als in psychisch en sociaal opzicht te kennen.
- A.O.D. 29: De huisarts dient kennis te hebben van de revalidatiemaatregelen die thuis uitvoerbaar zijn en deze te kunnen (laten) uitvoeren.
- A.O.D. 30: De huisarts dient bij de patiënt, opgeroepen emoties van een ingreep te verstaan en die door de patiënt te laten uiten. Hij zal bij de voorbereiding voor de ingreep en bij de verdere begeleiding zijn beleid hierop afstemmen.
- A.O.D. 31: De huisarts dient in staat te zijn aan stervende mensen hulp te bieden op een zodanige wijze, dat daarbij zowel de somatische als de psychologische, en de sociale aspecten tot hun recht komen en dat daarbij tevens ruimte voor het bieden van geestelijke hulp gegarandeerd wordt.
- Uit H.O.D. 5 (zie blz. 8) zijn de volgende A.O.D.'s af te leiden:
- A.O.D. 32: De huisarts dient kennis te bezitten over de risico's, die bepaalde ziekten, omstandigheden (werk, leeftijd, geslacht) teweeg kunnen brengen.
- A.O.D. 33: De huisarts dient een zodanige medische administratie te kunnen opzetten en bijhouden, dat daaruit zonder veel moeite blijkt welke patiënten dragers van een verhoogd risico zijn.
- A.O.D. 34: De huisarts dient tot een zodanige praktijkvoering in staat te zijn, dat patiënten, die blootgesteld zijn aan verhoogde risico's ten aanzien van die risico's op een efficiënte manier aan een controle onderworpen kunnen worden, met inachtneming van de bereidheid van de patiënt daartoe.
- Uit H.O.D. 7 (zie blz. 8) zijn de volgende A.O.D.'s af te leiden:
- A.O.D. 35: De huisarts dient inzicht te hebben in mechanismen (waaronder neurofysiologische, endocriene, ecologische), waarop de wisselwerking tussen lichaam, geest en milieu (als uitdrukking van de eenheid van de mens) berusten.
- A.O.D. 36: De huisarts dient in staat te zijn de patiënt deze samenhangen te verduidelijken.
- A.O.D. 37: De huisarts dient in zijn hulpverlening bereid te zijn niet-somatische en/of functionele klachten van zijn patiënten professioneel en emotioneel te aanvaarden en hiervoor adequate hulp te verlenen.
- Uit H.O.D. 8 (zie blz. 8) zijn de volgende A.O.D.'s af te leiden:
- A.O.D. 38: De huisarts dient inzicht te hebben in maatschappelijke structuren en in de stress die daaruit kan voortvloeien.
- A.O.D. 39: De huisarts dient de wegen te kennen, waarlangs hij door hem vermeende of geconstateerde maatschappelijke stress, bij diverse patiënten (waarbij een gemeenschappelijke ziekte makende factor herkenbaar is) op een efficiënte wijze kenbaar te maken. (zie o.a. voetnoot 2, blz.6).
- A.O.D. 40: De huisarts dient inzicht te hebben in het effect, dat zijn hulpverlening voor de patiënt, de gezondheidszorg en de maatschappij kan hebben.
- Uit H.O.D. 9 (zie blz. 8) zijn de volgende A.O.D.'s af te leiden:
- A.O.D. 41: De huisarts dient de grondslagen van gezinsstructuren, van gezinsfuncties en van gezinsinteracties te kennen,

deze ook weten te herkennen; hieronder valt de herkenning van de echte patient.

- A.O.D. 42: De huisarts dient de grondslagen van de gezinsepidemiologie te kennen en in de praktijk te kunnen hanteren.
- A.O.D. 43: De huisarts dient de grondslagen van de genetica te kennen en deze in zijn diagnostische overwegingen en in zijn adviezen te kunnen betrekken of te doen betrekken (verwijzen).
- A.O.D. 44: De huisarts dient de instellingen, organisaties en personen, die hulp (kunnen) bieden aan gezinnen met problemen te kennen. Hij dient hiervan de mogelijkheden en grenzen globaal te kennen. Hij dient daarheen te kunnen verwijzen.
- A.O.D. 45: De huisarts dient aan gezinsleden, die in stress verkeren (o.a. door rouw) een passende hulp te bieden en daarbij dienen bedreigde gezinsleden geïdentificeerd te kunnen worden.
- A.O.D. 46: De huisarts dient in staat te zijn advies te geven met betrekking tot de geboorteregeling. Hij dient een keuze te kunnen doen uit de orale anticonceptiva op grond van de werking en bijwerkingen daarvan, hij dient de controle bij het gebruik ervan te kunnen uitvoeren.  
De huisarts dient bovendien adviezen over andere vormen van anticonceptie te kunnen geven. Hij dient adviezen te kunnen geven met betrekking tot abortus provocatus en op een adequate manier hiertoe te kunnen verwijzen.
- A.O.D. 47: De huisarts dient inzicht te hebben in godsdienstige en andere geestelijke stromingen en in de consequenties, die deze voor de patient en in de hulpverlening aan de patient kunnen hebben.

Aan de te verwachten ontwikkelingen in de geneeskunde (blz. 6) kunnen de volgende A.O.D.'s afgeleid worden:

- A.O.D. 48: De huisarts dient van de ontwikkelingen op het gebied van de geneeskunde en van de gezondheidszorg voldoende op de hoogte te blijven en deze in zijn werkmethoden te integreren.
- A.O.D. 49: De huisarts dient een zodanige praktijkvoering te kunnen verwerkelijken, dat voor de onder A.O.D. 48 genoemde nascholing voldoende tijd en energie ter beschikking kan zijn.
- A.O.D. 50: De huisarts dient bij zijn hulpverlening aan zijn patienten in staat te zijn tot een interdisciplinaire samenwerking.
- A.O.D. 51: De huisarts dient in staat te zijn op een efficiënte wijze op basis van gelijkwaardigheid met specialisten samen te werken, zowel in een consultatieve als in een verwijzende relatie.
- A.O.D. 52: De huisarts dient open te staan voor veranderingen in maatschappelijke verhoudingen, in het bijzonder die welke de relatie tussen patient en arts (kunnen) beïnvloeden.
- A.O.D. 53: De huisarts dient inzicht te hebben in de negatieve effecten van geneeskundig handelen, vooral door een oneigenlijke toepassing daarvan.

V. EEN AANTAL GEDETAILLEERDE ONDERWIJSDOELSTELLINGEN.

Het is duidelijk, dat de huisarts bij de hulpverlening bij bepaalde ziekten en klachten veel zelfstandiger kan functioneren dan bij andere. Dit hangt af van de mate, waarin de huisarts, met behulp van de hem ten dienste staande hulpmiddelen, een diagnose kan stellen en een behandeling kan instellen. Het hangt ook af van de frequentie van een aandoening: een veel voorkomende aandoening dwingt de huisarts zich daarin intensiever te verdiepen en, indien dit haalbaar is, zich op dat terrein meer in diagnostisch en therapeutisch opzicht te bekwamen. Een voorbeeld hiervan is het hartinfarct: het is wenselijk, dat de huisarts zodanige diagnostische middelen ter beschikking krijgt, dat hij in ieder geval een diagnose kan stellen. Van ziekten, die in feite door de specialist behandeld moeten worden, bijvoorbeeld behandelbare maligne aandoeningen, behoeft de huisarts minder gedetailleerde kennis te bezitten, maar toch altijd wel zoveel, dat hij een (waarschijnlijkheids)diagnose kan stellen. Bovendien dient hij de patient voldoende informatie over de ziekte te kunnen verstrekken. Ook dient hij in staat te zijn de patient, in samenwerking met de specialist, te begeleiden.

De opleiding zal met de mate, waarin de huisarts met een ziekte bemoeienis heeft, diepgaand rekening moeten houden en daarop de inhoud van de opleiding van de huisarts moeten afstemmen.

In deze paragraaf zal een opsomming gegeven worden van de kennis en de vaardigheden, die de huisarts moet beheersen. Uitdrukkelijk moet daarbij worden vastgesteld, dat het hierbij om onderwijsdoelstellingen gaat. Dit is niet identiek aan de behandeling van iedere individuele patient. Als bijvoorbeeld gesteld wordt, dat de huisarts in staat moet zijn om een bronchopneumonie te diagnosticeren en te behandelen, dan betekent dit nog niet, dat hij altijd iedere patient met een bronchopneumonie ook zelfstandig zal behandelen. Dit hangt van talloze factoren af: de ernst van de toestand, de weerstand van de patient tegen een verwijzing, de sociale omstandigheden, het vermoeden op complicaties, enzovoort.

Bovenstaande overwegingen liggen ten grondslag aan een indeling van ziekten en aandoeningen in drie niveaus:

NIVEAU I : De huisarts is in staat om zelfstandig een diagnose te stellen en op grond daarvan een behandelingsplan op te stellen en uit te voeren.

Als een diagnose niet met zekerheid is te stellen, is toech op een verantwoorde wijze een zelfstandig uit te voeren beleid te formuleren. Dit houdt in dat de huisarts tevens gebruik mag maken van laboratorium- en röntgenfaciliteiten, en bij de behandeling de hulp inroepen van paramedici, maatschappelijk werkers, enzovoort.

NIVEAU II : De huisarts is in staat de diagnose zelf te stellen, maar voor de behandeling is hulp van de specialist nodig; de verdere behandeling kan weer in handen van de huisarts blijven. Of: de huisarts heeft voor het stellen van de diagnose de hulp van de specialist nodig; na diens advisering kan de huisarts de behandeling op zich nemen.

NIVEAU III: Voor de hulpverlening aan de patient is de specialist nodig; de (waarschijnlijkheids)diagnose kan eventueel door de huisarts gesteld worden; behandeling en controle dienen door de specialist te geschieden. De huisarts heeft een begeleidende taak; behandeling en controle geschieden dan in overleg met of op instructie van de specialist.

Voorbeelden:

Niveau I: De huisarts moet alle klachten en verschijnselen van de mazelen kennen; hij dient de mazelen te kunnen behandelen. Voor de complicaties van mazelen moet hij wel de bronchopneumonie en de otitis media kunnen behandelen; neurologische complicaties daarentegen niet.

Niveau II: De huisarts dient wel de (waarschijnlijkheids)diagnose appendicitis te kunnen stellen. De appendectomie dient door de specialist te geschieden; nabehandeling na ontslag uit het ziekenhuis dient weer door de huisarts verricht te kunnen worden.

Niveau III: De huisarts dient bij een patient met een tumor in de mammae wel de waarschijnlijkheidsdiagnose mammacarcinoom te kunnen stellen of in de d.d. de diagnose mammacarcinoom te kunnen opnemen. De behandeling en de nacontrole zijn in handen van de specialist. Hierover kan de huisarts in aangewezen gevallen wel overleg met hem plegen.

De huisarts kan echter toezicht houden, bijvoorbeeld op de medicamenteuze therapie (cytostatica), hij dient daarvan de bijwerkingen te kennen, maar de keuze van het preparaat, de dosering en eventuele wijzigingen worden door de specialist vastgesteld. De huisarts heeft wel als taak de patient met betrekking tot de psychologische en sociale consequenties van de ziekte te begeleiden; ook kan hiertoe behoren het informeren van de patient over zijn toestand en eventueel het interveniëren in de therapie, vooral als de situatie van de patient daartoe aanleiding geeft.

Van een groot aantal ziekten wordt vastgesteld tot welk niveau deze gerekend moet worden. Hieruit kan worden afgeleid hoeveel kennis de huisarts over die ziekten moet bezitten.

Verder wordt aangegeven welke epidemiologische aspecten gekend moeten worden, hereditaire en familiale aspecten, elementen van preventie en vroege diagnostiek, categorieën met een verhoogd risico en de complicaties. Verder de vaardigheden op diagnostisch en therapeutisch gebied.

De opsomming geschiedt gemakshalve conform de hoofdstukken van de Internationale Classificatie van Ziekten (ICD), met slechts enkele wijzigingen daarin: de maligne aandoeningen worden niet afzonderlijk, maar bij de betreffende tracti ondergebracht; het zenuwstelsel en de zintuigen zijn in twee hoofdstukken ondergebracht, evenals de ziekten van de tractus uropoeticus en de tractus genitalis. Sommige infectieziekten zijn bij enkele tracti ondergebracht, in plaats van in hoofdstuk I.

Het volgen van deze indeling houdt geen principiële keuze in; er is slechts gezocht naar een inventarisatie van ziekten, waardoor in onze opsomming zo min mogelijk lacunes ontstaan kunnen. In een aantal gevallen zal blijken, dat onderbrengen in een hoofdstuk berust op een arbitraire beslissing; aangezien het om een inventarisatie gaat, is dit echter niet van belang.

OM MISVERSTANDEN TE VERMIJDEN, WORDT NADRUKKELIJK GESTELD, DAT INDELING VAN ZIEKTEN VOLGENS NIVEAUS NIET INHOUDT, DAT MET BETREKKING TOT EEN PATIENT ALTIJD CONFORM DAT NIVEAU GEHANDELD WORDT. DIT HANGT VAN TALLOZE FACTOREN AF, O.A. DE DUIDELIJKHEID OF DE ERNST VAN DE VERSCHIJSSELEN, HET OPTREDEN VAN COMPLICATIES OF DE VREES DAARVOOR, EEN ZEER LANGE DUUR VAN DE VERSCHIJSSELEN, SPECIFIEK ONTWIKKELDE DESKUNDIGHEDEN VAN EEN HUISARTS, DE WENS VAN DE PATIENT, ENZOVOORT.

MEN DIENT ZICH GOED TE REALISEREN, DAT HET OM DE FORMULERING VAN ONDERWIJSDOELSTELLINGEN GAAT, DUS OM DE KENNIS, HET INZICHT EN DE VAARDIGHEDEN DIE DE AANSTAANDE HUISARTS MOET VERWERVEN, OOK



rickettsiosis, lues na stadium I, congenitale lues, andere geslachtsziekten, M. Weil, andere wormziekten dan onder niveau I vermeld.

**B. Epidemiologische en risicofactoren.**

1. Van alle onder A. genoemde ziekten dient de huisarts de epidemiologische aspecten en consequenties te kennen, zowel binnen het verband van het gezin als in de school en de gemeenschap. Hij moet een globaal inzicht hebben in de wijze van overbrenging, in de incubatietijd, in de verwerving van tijdelijke of blijvende immuniteit.
2. De huisarts dient de volgende categorieën van verhoogd risico te kennen:
  - a. gebruikers van corticosteroiden en cytostatica m.b.t. infectieziekten;
  - b. kinderen met congenitale afwijkingen, afwijkingen in immunologisch afweersysteem, kinderen met psychische deficiënties m.b.t. infectieziekten;
  - c. dicht op elkaar levende mensen t.o.v. meningitis epidemica, in mindere mate m.b.t. andere infectieziekten zoals tuberculose;
  - d. leven onder minder hygienische omstandigheden m.b.t. scabies, pediculosis;
  - e. promiscuïteit, incl. homoseksuele contacten m.b.t. geslachtsziekten;
  - f. verblijf in tropen m.b.t. tropische ziekten;
  - g. onvoldoende immunisatiegraad m.b.t. bijvoorbeeld kinkhoest, difterie;
  - h. contact met lijders aan besmettelijke ziekten, bijvoorbeeld tuberculose;
  - i. contact van zwangeren met risico van vruchtbeschadiging, bijvoorbeeld bij rubella en toxoplasmose;
  - j. diabetici m.b.t. infectieziekten;
  - k. algemeen: personen met verminderde weerstand als onder b. genoemd, echter ook bij stress;
  - l. lijders aan een maligne aandoening.
  - m. patienten levend onder omstandigheden waardoor zij bepaalde risico's lopen (beroepsziekten; belastende levensomstandigheden).

**C. Erfelijke en familiale aspecten.**

De huisarts dient een globaal inzicht te hebben in de erfelijke c.q. familiair bepaalde afweermechanismen, in de invloed van gezinsgewoonten (hygiëne) op de verspreiding van ziekten, van voedingsgewoonten en behuizing. Hij dient de consequentie van de congenitale lues te kennen van intrauteriene besmetting met toxoplasmose, van de aanwezigheid van zieke huisdieren (psittacosis, e.a.).

**D. Preventie en vroege diagnostiek.**

1. De huisarts dient vooral van ziekten met een levensbedreigend karakter en van ziekten, die een vroegtijdige quarantaine eisen, de vroege symptomen te kennen: pokken, difterie, poliomyelitis, tetanus, M. Bang, sepsis, tuberculose, geslachtsziekten, meningitis epidemica.
2. De huisarts dient de maatregelen te kennen tegen bescherming van de omgeving van een lijder aan een besmettelijke ziekte, incl. de wettelijke maatregelen, voorschriften voor aanmelding, aard en duur van afzondering en hygienische maatregelen.
3. De huisarts dient de maatregelen tot preventie van ziekten, o.a. door middel van actieve en passieve immunisatie te kennen, ook in het kader van de bestaande inentingsschema's van o.m. kinkhoest, difterie, poliomyelitis, tetanus, mazelen, rode

AL ZAL HIJ DIE NIET BIJ IEDERE PATIENT TOEPASSEN.

Per hoofdstuk komen de volgende aspecten aan de orde:

KENNIS:

- A. Symptomen en complicaties van ziekten, in drie niveaus ingedeeld.
- B. Epidemiologische en risicofactoren.
- C. Erfelijke en familiale aspecten.
- D. Preventie en vroege diagnostiek.

VAARDIGHEDEN:

- E. Diagnostische handelingen en hun interpretatie.
- F. Laboratorium- en röntgenonderzoek: indicatiestelling, uitvoering, interpretatie.
- G. Therapeutische vaardigheden: medicamenteus, dieet, fysiotherapie, verbandleer, instrumenteel, gesprekstherapie. Indicatiestelling, toepassing.
- H. Overleg met en instructie aan andere hulpverleners, de patient en diens omgeving (praktijkassistente, wijkverpleegkundige, maatschappelijke werkende, etc.).

N.B.: De reeds in de A.O.D.'s opgenomen doelstellingen worden in het navolgende niet herhaald, behalve als zij verder gedetailleerd uitgewerkt worden.

N.B.: In het onderstaande komen herhalingen voor. Zo zijn bepaalde vaardigheden voor verschillende onderdelen nodig. T.z.t. zullen deze echter meer overzichtelijk worden gerangschikt.

V.1. INFECTIEZIEKTEN

Opmerking: een aantal infectieziekten is bij verschillende tracta ondergebracht.

A. Ziekten in drie niveaus ingedeeld.

Niveau I: De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij in staat is bij lijdende aan deze ziekten of klachten zelfstandig de diagnose te stellen en deze zonder hulp van een specialist te behandelen: kinkhoest, streptococcenangina, roodvonk, erysipelas, varicellen, herpes zoster, herpes simplex, mazelen, rode hond, erythema infectiosum, exanthema subitum, virus exanthem, hepatitis infectiosa, bof, herpangina, epidemische pleurodynie, mononucleosis infectiosa, lues I, gonorrhoe, angina van Plaut-Vincent, wormziekten (taenia, ascaris, strongyloidiasis, trichuriasis, oxyuriasis), toxoplasmose, pediculosis, scabies, katte krab ziekte.

Niveau II: De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij in staat is deze in zijn differentiaal diagnose op te nemen, en dat hij deze, na nader onderzoek of behandeling door de specialist, verder kan behandelen: virale aseptische meningitis, Coxsackiemyocarditis, M. Reiter.

Niveau III: De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij deze in zijn differentiaal diagnose kan opnemen, terwijl hij deze in overleg met de specialist kan meebehandelen: tuberculose (alle vormen), difterie, meningitis (alle andere vormen), tetanus, sepsis en pyaemie, poliomyelitis, pokken, tropische ziekten (incl. o.a. lepra, tropische wormziekten, malaria,) encephalitis, rabies, psittacosis,

hond, tuberculose, eventueel pokken, inclusief de administratie hiervan.

4. De huisarts dient de vereiste maatregelen van reizigers naar het buitenland te kennen, incl. de daarvoor benodigde immunisaties en de preventie van malaria.

E. Diagnostische handelingen en hun interpretaties.

De huisarts dient de volgende diagnostische handelingen te kennen en uit te kunnen voeren:

1. interpretatie van exanthenen, enanthenen en andere efflorescenties bij besmettelijke ziekten voorkomend, zoals papels, visikels.
2. De huisarts dient de volgende onderdelen van het lichamelijk onderzoek te beheersen: inspectie van slijmvliezen en huid, van de mond-keelholte, palpatie van klieren, lever, milt, auscultatie en percussie van de longen, neurologisch onderzoek (reflexen, nekstijfheid), tensie meten, inspectie oor, fundus.
3. De huisarts dient een koortscurve te kunnen interpreteren.
4. De huisarts dient faeces, urine en sputum te kunnen inspecteren.

F. Laboratorium- en röntgenonderzoek: indicatiestelling, uitvoering, interpretatie.

1. De huisarts dient de volgende laboratoriumonderzoekingen zelf te kunnen uitvoeren en interpreteren: urine op eiwit, aceton, sediment, urobiline, bilirubine; faeces op wormeieren en parasieten; go-witstrijkje, monosticon, BSE, leuc., Hb.
2. De huisarts dient de volgende onderzoekingen te kunnen laten verrichten en de resultaten daarvan te interpreteren: witte bloedbeeld, kweek op gonorrhoe, difterie, streptococci, leverfuncties, malaria (dikke dr.), faeceskweek, agglut. reactie op M. Bang, complementsbind. reactie op echinococci, luesreactie, Paul-Bunnell, Plaut-Vincentprep. Sabin-Feldmann.

G. Therapeutische vaardigheden: medicamenteus, dieet, fysiotherapie, verbandleer, instrumenteel, gesprekstherapie, indicatiestelling, toepassing.

1. De huisarts dient de criteria te kennen op grond waarvan medicamenten uit de volgende groepen gekozen worden, hij dient de dosering, de duur van de behandeling, de werking en eventuele bijwerkingen, contra-indicaties en onverenigbaarheid met andere middelen te kennen, terwijl hij ook inzicht moet hebben in de kosten van de door hem voorgeschreven behandeling: gebruik van antibiotica bij roodvonk, streptococceninfectie, erysipelas, syphilis, gonorrhoe, uitwendige middelen tegen jeuk, pijnstillende middelen bij herpes zoster, wormmiddelen, antiscabiosa, bestrijding ongedierte, symptomatische anti-tussiva, antipyretica, antiseptica.
2. De huisarts dient de volgende middelen in samenwerking met een specialist te kunnen voorschrijven, hij dient de dosering, de duur van de behandeling in overleg met de specialist te kunnen aangeven en hij dient op de hoogte te zijn van eventuele bijwerkingen, contra-indicaties en onverenigbaarheid met andere middelen: tuberculostatika, corticosteroiden, antimalariamiddelen, antiamebica.
3. De huisarts dient het dieet te kunnen regelen bij koortsende ziekten,
4. De huisarts dient een plan tot controle op langere termijn te kunnen maken voor lijders aan gonorrhoe, hepatitis infectiosa, toxoplasmose, darmparasieten.  
De huisarts dient een dergelijk plan in samenwerking met een

specialist te kunnen opstellen voor lijders aan tuberculose, M. Boeck, lues.

H. Overleg met een instructie aan andere hulpverleners, de patient en diens omgeving (praktijkassistente, wijkverpleegkundige, maatschappelijk werkende, etc.).

1. De huisarts dient de praktijkassistente of de wijkverpleegkundige te kunnen instrueren met betrekking tot het opvangen en verzenden van monsters bloed, urine, faeces, keeluitstrijk, go-uitstrijk, sputum.
2. De huisarts dient met de wijkverpleegkundige te kunnen overleggen over te nemen hygienische maatregelen, verpleging, toedienen van medicamenten, houden van dieet.
3. De huisarts dient op een adequate manier te kunnen samenwerken met een consultatiebureau voor tuberculosebestrijding, met de organisatie voor de geslachtsziektenbestrijding, met de GG en GD en/of de inspecteur Volksgezondheid met betrekking tot besmettelijke ziekten.

V.2. ENDOCRIENE-, VOEDINGS- EN STOFWISSELINGSZIEKTEN.

Opmerking: De in de E-lijst onder dit hoofd opgenomen allergieën zijn bij de desbetreffende orgaansystemen ondergebracht.

A. Ziekten in drie niveaus ingedeeld.

Niveau I: De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij in staat is bij lijders aan deze ziekten of klachten zelfstandig de diagnose te stellen en deze zonder hulp van een specialist te behandelen:  
diabetes mellitus bij bejaarden en zonder complicaties, vit. D. deficiëntie, vit. K. deficiëntie bij pasgeborenen, hyperlipedemie, adipositas van niet-endocriene oorsprong, spruw.

Niveau II: De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij in staat is deze in zijn differentiaal diagnose op te nemen en dat hij deze, na nader onderzoek of behandeling door de specialist, verder kan behandelen: hyperthyreoidie, hypothyreoidie, diabetes mellitus, excl. die van niveau I, vit. C. deficiëntie, jicht,

Niveau III: De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij deze in zijn differentiaal diagnose kan opnemen, terwijl hij deze in overleg met de specialist kan meebehandelen:  
maligne aandoeningen van schildklier, pancreas, thyreoïditis, diabetes mellitus met complicaties, ziekten van de gl. parathyreoidia, ziekten van de hypofyse, en bijnieren, hormonale stoornissen van testes en ovaria, polyglandulaire dysfunctie, avitaminosen, malabsorptie, stoornissen in de aminozuurstofwisseling, en in de koolhydraatstofwisseling (congenitaal) en andere congenitale stofwisselingsstoornissen, afwijkingen in het plasma-eiwit en andere stofwisselingsziekten.

B. Epidemiologische en risicofactoren.

1. De huisarts dient op de hoogte te zijn van de epidemiologische aspecten van diabetes mellitus, hyperlipedemie, stoornissen in plasma-eiwit (hypogammaglobulinaemie, e.d.), adipositas en veel voorkomende stofwisselingsziekten.

2. De huisarts dient te weten welke omstandigheden en factoren lijders aan genoemde ziekten een verhoogd risico doen lopen.

C. Erfelijke en familiale factoren.

1. De huisarts dient inzicht te hebben in 't familiair optreden van diabetes mellitus, adipositas, familiale hypercholesterolaemie.
2. De huisarts dient een globaal inzicht te hebben in de familiale aspecten van inborn errors of metabolism, hormonale aandoeningen.

D. Preventie en vroege diagnostiek.

1. De huisarts dient in staat te zijn de vroege verschijnselen van diabetes mellitus, hyperlipedemie, fenylketonurie, hypovitaminosen, hormonale stoornissen te herkennen en de risicogroepen van deze aandoeningen te kennen en te weten hoe deze bewaakt moeten worden.
2. De huisarts dient in staat te zijn zodanige adviezen te geven, dat de gevolgen van hyperlipemie van diabetes, van stoornissen in plasma-eiwit tot een minimum worden beperkt.

E. Diagnostische handelingen en hun interpretatie.

De huisarts dient de volgende diagnostische procedures te kennen en uit te kunnen voeren:

1. inspectie uiterlijk, lichaamsbouw, gelaat, acra, ogen (Basedow), tong, kaak;
2. onderzoek van de hals (thyreoid);
3. onderzoek hart en longen;
4. huid en subcutis, peesscheden (cholesterol);
5. bepalen gewicht, lengte, huidplooiemeting;
6. onderzoek genitaliën, polskwaliteiten;
7. gewrichten (jicht);
8. gezichtsveld, visus;
9. perifere circulatie (diabetes);
10. neurologisch onderzoek (spierkracht, reflexen);

F. Laboratorium- en röntgenonderzoek.

1. de huisarts dient de volgende onderzoeken zelf te kunnen verrichten: Hb., BSE., leuc., bed-sidemethode glucose bloed, urine: alb., gluc., (kwal., kwant.), fenylketonurie, sed., aceton, cong. proef, peak-flow.
2. De huisarts dient de volgende onderzoeken te kunnen laten verrichten en interpreteren: witte bloedbeeld, enkele long-functiewaarden, bloedsuikeronderzoek (GTT, dagcurve) PBJ, urinezuur, cholesterol, triglyceriden, creatinine, calcium, fosfaat, electrolyten (na, K, CL).
3. De huisarts dient de uitslagen van de volgende röntgenonderzoeken in zijn diagnostisch en therapeutische handelen te kunnen opnemen: IVP (stenen bij jicht), schedelfoto: sella turcica, bepaling botleeftijd.

G. Therapeutische vaardigheden.

1. De huisarts dient de criteria te kennen op grond waarvan medicamenten uit de volgende groepen gekozen worden, hij dient de dosering, de duur van de behandeling, de werking en de eventuele bijwerkingen, contraindicaties en onverenigbaarheid met andere middelen te kennen, terwijl hij ook inzicht dient te hebben in de kosten van de door hem voorgeschreven behandeling:  
orale antidiabetica, vitaminepreparaten, bloedcholesterolverlagende middelen, antispruwmiddelen, urinezuuruitdrijvende middelen.
2. De huisarts dient de volgende middelen in samenwerking met een specialist te kunnen voorschrijven, hij dient de dosering,

de duur van de behandeling in overleg met de specialist te kunnen aangeven en hij dient op de hoogte te zijn van eventuele bijwerkingen, contraindicaties en onverenigbaarheid met andere middelen: insulinepreparaten, antihyperthyr. middelen, schildklierpreparaten, corticosteroiden. Hij dient de bijwerkingen van een aantal hormonale preparaten te kennen.

3. De huisarts dient een eenvoudig cholesterolarmdieet, een basisdieet bij de behandeling van diabetes, een purinearm-en een calorie-arm dieet te kunnen voorschrijven.

#### H. Overleg met anderen.

1. De huisarts dient met de wijkverpleegkundige te kunnen overleggen over de behandeling van diabetespatienten, bloedafname bij pasgeborenen.
2. De huisarts dient te kunnen overleggen met het laboratorium en praktijkassistente over de afname van bloed.
3. De huisarts dient met de diëtist te kunnen samenwerken.
4. De huisarts dient de patient, c.q. diens omgeving te kunnen instrueren over de eerste hulpverlening bij ontregeling van een diabetes en over het inroepen van hulp bij patienten, die met hormonen en/of corticosteroiden behandeld worden.

### V.3. ZIEKTEN VAN BLOED EN BLOEDBEREIDENDE ORGANEN.

Opmerking: In dit deel zijn ook maligne aandoeningen van het lymfestelsel opgenomen.

#### A. Ziekten in drie niveaus ingedeeld.

Niveau I: De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij in staat is bij lijders aan deze ziekten of klachten zelfstandig de diagnose te stellen en deze zonder hulp van een specialist te behandelen: ijzergebreksanaemie, Rh. antagonisme, behandeling met antistollingsmiddelen.

Niveau II: De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij in staat is deze in zijn differentiaal diagnose op te nemen en dat hij deze, na nader onderzoek of behandeling door de specialist, verder kan behandelen: pernicieuze anaemie, allergische purpura, polychythaemie, chronische lymfadenitis.

Niveau III: De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij deze in zijn differentiaal diagnose kan opnemen, terwijl hij deze in overleg met de specialist kan meebehandelen: hereditaire en verworven haemolytische anaemieën, haemophilie, stollingsstoornissen, purpura en overige haemorrhagische diathesen, agranulocytose, neoplasmata van lymfatisch en bloedvormend weefsel (in het bijzonder M. Hodgkin, M. Kahler, leucaemie).

#### B. Epidemiologische en risicofactoren.

1. De huisarts dient op de hoogte te zijn van de risicofactoren die tot hypochrome anaemie disponeren: menstruele stoornissen, maagoperatie, maligne aandoeningen, onvolw. voeding. Hij dient op de hoogte te zijn van de relatie pernicieuze anaemie - maag-resectie.
2. De huisarts dient op de hoogte te zijn van de at risk groepen bij antistollingsbehandeling.
3. De huisarts dient op de hoogte te zijn van de epidemiologie van de M. Hodgkin.

C. Erfelijke en familiale aspecten.

1. De huisarts dient op de hoogte te zijn van de erfelijke factoren van haemolytische anaemieën, haemorrhagische aandoeningen, hemofilie, rhesusantagonisme.

D. Preventie en vroege diagnostiek.

1. De huisarts dient de vroege verschijnselen van de maligne aandoeningen te kennen, van de agranulocytose, van complicaties van antistollingsbehandeling, van Rh en ABO antagonisme.
2. De huisarts dient de vroege verschijnselen van symptomen van de ijzergebreksanaemie en van de pernicieuze anaemie te kennen.
3. De huisarts dient te weten hoe en waarop hij risicogroepen dient te bewaken, o.a. vrouwen in de fertile periode, patienten na een maagresectie.

E. Diagnostische handelingen.

De huisarts dient de volgende diagnostische handelingen te kunnen verrichten en te interpreteren: inspectie van huid en slijmvliezen, onderzoek naar klierzwellingen, palpatie van lever en milt, onderzoek hart en longen, versch. Rumpell-Leede, neurol. onderzoek strengdegeneratie, onderzoek gewrichten (bloedingen).

F. Laboratorium- en röntgenonderzoek.

1. De huisarts dient de volgende onderzoeken zelf te kunnen verrichten: bloed: Hb., BSE., bloed. tijd, stollingstijd. Urine: alb., sed., urobiline, urobilinogeen, bilirubine, leuc. Benzidine van faeces en urine.
2. De huisarts dient de volgende onderzoeken te kunnen laten verrichten en te interpreteren: bloed: witte bloedbeeld, aantal thrombocyten, reticulocyten, haematocriet, celconstanten, stollingsfactoren, Rh antagonisme, Rh. antistoffen, bilirubine, H. v.d. B.
3. Röntgen: thorax (mediastinum), botfoto's.

G. Therapeutische vaardigheden.

1. De huisarts dient de criteria te kennen op grond waarvan medicamenten uit de volgende groepen gekozen worden, hij dient de dosering, de duur van de behandeling, de werking en eventuele bijwerkingen, contraindicaties en onverenigbaarheid met andere middelen te kennen, terwijl hij ook inzicht dient te hebben in de kosten van een door hem voorgeschreven behandeling: ijzerpreparaten, antiperniciosa, narcotische en niet-narcotische analgetica, antistollingspreparaten.
2. De huisarts dient de volgende middelen in samenwerking met een specialist te kunnen voorschrijven, hij dient de dosering, de duur van de behandeling in overleg met de specialist te kunnen aangeven, en hij dient op de hoogte te zijn van eventuele bijwerkingen, contraindicaties en onverenigbaarheid met andere middelen: cytostatica, antibiotica, corticosteroiden enz.
3. De huisarts dient chronische ziekten, met name lijders aan maligne aandoeningen, pernicieuze anaemie, haemophilie patienten met antistolling te kunnen begeleiden.
4. De huisarts dient een lymfklierabces te kunnen incideren.

H. Overleg met anderen.

1. De huisarts dient met de wijkverpleegkundige overleg te kunnen plegen inzake de verpleging en hulpverlening aan lijders met maligne aandoeningen, pernicieuze anaemie, hemofilie, antistolling.
2. De huisarts dient de patient of zijn omgeving voor te kunnen lichten over de hulpverlening van lijders aan genoemde ziekten.

V.4. Psychische stoornissen en problemen.

In dit hoofdstuk is sterk afgeweken van de indeling zoals deze nog in de ICD gehanteerd wordt. De moderne inzichten zoals deze in de psychiatrie en psychologie tot ontwikkeling komen, nopen tot een andere indeling.

De indeling in niveaus is in dit hoofdstuk nog moeilijker dan in de andere, omdat de mate waarin zich klachten en verschijnselen voordoen daarop van grote invloed is.

A. Ziekten in drie niveaus ingedeeld.

Niveau I: De huisarts dient inzake de volgende klachten, syndromen, gedragspatronen en levenssituaties en de eventuele daaronder liggende ziekten een zodanige kennis te bezitten en een zodanige vaardigheid te hebben verworven, dat hij in staat is om bij hulpzoekenden het probleem te herkennen (te signaleren) en met hem/haar bespreekbaar te maken. Hij dient verder in staat te zijn om de hulpzoekenden zo nodig (en voor zover deze daartoe bereid is) tot verdere hulpverlening te motiveren. Deze hulpverlening kan al of niet in samenwerking geschieden met organisaties voor geestelijke of maatschappelijke gezondheidszorg: gedrags- en relatieproblemen ook die een gevolg zijn van arteriosklerose cerebri, seniele en preseniele dementie, postcommotionele toestanden, acute verwardheidstoestanden waaraan geen organisch lijden ten grondslag ligt, verschijnselen van depressie van verschillende aard, (endogene, reactieve, involutie enz), psychische reacties op lichamelijke ziekten, waaronder het hyperaesthetisch- emotioneel syndroom, ook acute verwardheidstoestanden (op basis van een organisch lijden), neurotische en neurasthenische reactievormen, seksuele problematiek, w.o. impotentie, vaginisme frigiditeit, psychische en sociale problemen als gevolg van homosexualiteit, reacties op crisissituaties, inclusief rouwreacties, functionele en psychosomatische aandoeningen, problemen samenhangend met de levensfasen, enuresis nocturna en diurna en encopresis, alcohol misbruik, drukgebruik of misbruik, borderline mental retardation, slaapstoornissen, relatieproblemen in huwelijk en gezin, kinderen met gedragsstoornissen, suicidale patienten.

Niveau II: De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten, syndromen en situaties een zodanige kennis te bezitten dat hij in staat is deze in zijn differentiaaldiagnose op te nemen en dat hij deze, na onderzoek of behandeling door de specialist, verder kan behandelen en/of begeleiden; leer- en gedragsmoeilijkheden, psychose bij infectieziekten, epilepsie.

Niveau III: De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten, syndromen en situaties een zodanige kennis te bezitten dat hij deze in zijn differentiaaldiagnose kan opnemen terwijl hij deze in overleg met de specialist kan meebehandelen. schizofrene toestanden, involutiedepressie, paranoïde toestanden, ernstige neurose; addictie (alcohol, drugs, geneesmiddelen), ernstige geestelijke retardatie,



anorexia, nervosa.

B. Epidemiologische en risicofactoren.

1. De huisarts dient in staat te zijn al of niet in de maatschappij of in het gezin liggende stressfactoren te onderkennen, de invloed van lichamelijk ziek zijn op de psyche, tijdelijk of permanent aanwezig verminderd draagvermogen, de invloed van verminderde weerstand, invloed van opvoedkundige situaties, gebruik van drugs, resp. alcohol in bepaalde milieus, battered child.

C. Erfelijke en familiale aspecten.

De huisarts dient kennis te hebben van de erfelijke aspecten van bepaalde psychische stoornissen, m.n. depressie (cyclothymie), epilepsie. Hij dient inzicht te hebben in familiale samenhangen o.a. bij alcoholisme, gedragsstoornissen, debilitas, invloed van in het gezin liggende stresses, enuresis nocturna, leerstoornissen, anorexia nervosa, in het algemeen dus de betekenis van het gezin voor de geestelijke gezondheid, inzicht in relatiepatronen in het gezin. Hij dient inzicht te hebben in het in clusters optreden van klachten en verschijnselen in families.

D. Preventie en vroege diagnostiek.

1. De huisarts dient inzicht te hebben in het vroegtijdig onderkennen en zo mogelijk behandelen of doen behandelen van pathologische relaties en van ongunstige opvoedkundige situaties.
2. De huisarts dient in staat te zijn verschijnselen te herkennen van minor brain damage. (z.g. inhibitie zwakte syndroom).
3. De huisarts dient het presuicidaal syndroom te kunnen herkennen.
4. De huisarts dient de gelarveerde, lichte depressie te kunnen herkennen.
5. De huisarts dient de vroege verschijnselen van levensbedreigende toestanden te onderkennen: puerpuraalpsychose, delirium tremens, epileptische schemertoestand, acute exogene psychose, bedreigende toestanden bij druggebruik.
6. De huisarts dient te leren vroegtijdig stresses te onderkennen.
7. Crisis toestanden.
8. De huisarts dient op de hoogte te zijn van psychohygienische maatregelen, o.a. met betrekking tot seksualiteit.
9. De huisarts dient vroegtijdig het risico van een inadequate hulpverlening bij functionele stoornissen te kunnen onderkennen.
10. De huisarts dient te kunnen onderkennen welke patient door een maatschappelijk werkende en welke door een psycholoog behandeld kunnen worden.
11. De huisarts dient de psychologische en maatschappelijke betekenis van de verschillende levensfasen te kennen.

E. Diagnostische handelingen.

1. De huisarts dient in staat te zijn een psychose te onderkennen.
2. De huisarts dient in staat te zijn een ernstige neurose te onderscheiden van andere toestanden met psychische klachten en gedragsstoornissen.
3. De huisarts dient intoxicaties bij druggebruik te kunnen onderkennen.
4. De huisarts dient in staat te zijn een inzicht te krijgen in spanningstoestanden, in stress, in relatiestoornissen.

5. De huisarts dient in staat te zijn de problematiek, gerelateerd aan verschillende levensfasen (puberteit, menopauze, bejaarde) te onderkennen.
6. De huisarts dient de normale ontwikkeling op psychisch en sociaal terrein te kennen, incl. die van de intelligentie.
7. De huisarts dient inzicht te hebben in normale gedragspatronen.

F. Laboratorium- en röntgenonderzoek.

Leverfunctieproeven BSE, witte bloedbeeld, leuc.

G. Therapeutische vaardigheden.

De huisarts dient de criteria te kennen op grond waarvan medicamenten uit de volgende groepen gekozen worden, hij dient de dosering, de duur van de behandeling, de werking, de eventuele bijwerkingen, contraindicaties en onverenigbaarheid met andere middelen te kennen, terwijl hij ook inzicht dient te hebben in de kosten van een door hem voorgeschreven behandeling: antidepressiva, tranquillizers, sedativa, middelen ter bestrijding van alcoholisme, antidota voor drugs, antiepileptica.

De huisarts dient de behandelingswijze van de enuresis te kennen. De huisarts dient in staat te zijn een kortdurende gesprekstherapie toe te passen, o.a. bij patiënten met functionele stoornissen, patiënten onder stress, bij nervositas, neurasthenie, angsttoestanden, lichte neurotische toestanden, overspannenheid, relatieproblemen (ook sexuele,) depressie (voor zover relevant).

H. Overleg met anderen.

1. De huisarts dient in staat te zijn op een adequate manier samen te werken met een psychiater of met een psychiatrisch team en met hen tot een goede taakverdeling te komen.
2. De huisarts dient samen te kunnen werken met psycholoog en maatschappelijk werker.
3. De huisarts dient te kunnen samenwerken met een gezintherapeut.
4. De huisarts dient te kunnen samenwerken met de logopedist.
5. De huisarts dient op de hoogte te zijn van de werkwijze van een aantal organisaties op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg: M.O.B., bureau L.M., S.P.D., B.L.O. nazorgdienst, consultatiebureaus voor drugs en alcoholisme, GG en GD, N.V.S.H., P.S.V.G., crisiscentra en met deze organisaties te kunnen samenwerken, bij voorkeur ook in een consulterende relatie.
6. De huisarts dient met organisaties op het gebied van de maatschappelijke gezondheidszorg, in het bijzonder met de wijkverpleegkundige, overleg te kunnen plegen over de thuisverzorging van patiënten met een dementie, zwakbegaafden, patiënten met gedragsstoornissen of relatieproblemen.

V.5. ZIEKTEN VAN HET ZENUWSTELSEL.

Opmerking: Reeds eerder werd opgemerkt, dat de zintuigen in een aparte paragraaf worden ondergebracht. De vasculaire aandoeningen zijn hier wel ondergebracht en niet bij de reactus circulatorius.

A. Ziekten in drie niveaus ingedeeld.

Niveau I: De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij in staat is bij lijders aan deze ziekten of klachten zelfstandig de diagnose te stellen en deze zonder hulp van een specialist te behandelen: syndroom van Parkinson (arteriosklerotische vorm), trigeminusneuralgie, neuritis brachialis en ischiadicus, commotio en contusio cerebri, migraine, spanningshoofdpijn, intercostaalneuralgie, posttraumatische hoofdpijn, 'koortsstuip', cervicaal syndroom, low back pain, vertebralissyndroom, vasomotorische hoofdpijn, hernia nucleii pulposi zonder uitvalsverschijnselen.

Niveau II: De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij in staat is deze in zijn differentiaal diagnose op te nemen en dat hij deze, na nader onderzoek of behandeling door de specialist, verder kan behandelen: virale meningitis, epilepsie, multiple sklerose, TIA, facialis paralyse, basilarissyndroom, resttoestanden, van neurologische uitvalsverschijnselen (o.a. CVA), peroneusparalyse, mongolisme.

Niveau III: De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij deze in zijn differentiaal diagnose kan opnemen, terwijl hij deze in overleg met de specialist kan meebehandelen: meningitis, encephalitis, intracranieel proces, hereditaire neuromusculaire en extrapyramidale ziekten (o.a. chorea), M. Parkinson, cerebrale spastische infantiele paralyse, CVA in actieve fase, hersenatrofie, hydrocephalus, ziekten van motorische neuronen (o.a. progress. bulbaire paralyse), syringomyelie en haematomyelie, epiduraal haematoom, subduraal haematoom, subarachnoidaalbloeding, uitval perifere zenuwen, carpo tunnelsyndroom, neuroloes, neurotoxische infectieziekten, CO intoxicatie, loodintoxicatie, andere intoxicaties, spinale paralyse (incl. dwarslaesie).

B. Epidemiologische en risicofactoren.

De huisarts dient op de hoogte te zijn van de epidemiologie van de meningitis epidemica, van de risico's van bepaalde industriën (lood, e.a.), van de groepen die at risk zijn voor neurologische complicaties bij infectieziekten. De huisarts dient de epidemiologie van verkeersongevallen te kennen. Hij dient de groepen die at high risk zijn voor een CVA of TIA te kennen en degenen die at risk zijn voor koortsinsulten. Hij dient de secundaire gevolgen van neurologische uitvalsverschijnselen te kennen.

C. Erfelijke en familiale aspecten.

De huisarts dient enig inzicht te hebben in de erfelijke neuro-

logische ziekten. Hij dient kennis te bezitten over het familiair optreden van migraine, vasomotorische en spanningshoofdpijn, epilepsie.

D. Preventie en vroege diagnostiek.

1. De huisarts dient de vroege verschijnselen van intracraniele processen te kennen. Verder van meningitis, encephalitis, TIA, multiple sklerose.
2. De huisarts dient de preventie maatregelen te kennen, te nemen bij een meningitis epidemica.
3. De huisarts dient de preventie maatregelen voor ongevallen te kennen (incl. het geven van voorlichting aan patienten bij een bepaald medicament).
4. De huisarts dient preventie van neural-gische stoornissen te kennen toepassen bijvoorbeeld door een juiste behandeling van diabetes mellitus en pernicieuze anaemie.

E. Diagnostische handelingen.

1. De huisarts dient de volgende onderzoekstechnieken te beheersen: onderzoek naar normale en pathologische reflexen, onderzoek op meningeale prikkelingsverschijnselen, op verhoogde hersendruk (incl. onderzoek stuwingspupil), reflexen verlopen-de via cerebrum, sensibiliteitsonderzoek (globaal), dieptegevoel, evenwichtszin.
2. Onderzoek van het spierstelsel: kracht, atrofie, ataxie, spasticiteit, beoordelen van de motoriek.
3. Beoordeling van de psychomotorische ontwikkeling van de zuigeling.
4. Bloeddrukmeting, polskwaliteiten.
5. Visusonderzoek en oriënterende perimetrie.
6. Onderzoek gehoorscherppte, Rinne, Weber Schwabach.

F. Laboratorium- en röntgenonderzoek.

1. De huisarts dient de volgende bepalingen zelf te kunnen verrichten: Hb., BSE., leuc.
2. De huisarts dient de volgende laboratoriumonderzoekingen te kunnen laten verrichten en de resultaten ervan in zijn beleid op te nemen: haematocriet, witte bloedbeeld, serologische reacties op lues.
3. De huisarts dient het verslag van de specialist over EEG, echo-encephalogram, de samenstelling van de liquor, in zijn hulpverlening te kunnen opnemen.
4. De huisarts dient de uitslagen van het röntgenonderzoek van de halswervelkolom, lumbosacrale wervelkolom, thoracale wervelkolom en schedelfoto in zijn beleid te kunnen opnemen.

G. Therapeutische vaardigheden.

1. De huisarts dient de criteria te kennen op grond waarvan medicamenten uit de volgende groepen gekozen worden, hij dient de dosering, de duur van de behandeling, de werking, de eventuele bijwerkingen, contraindicaties en onverenigbaarheid met andere middelen te kennen, terwijl hij ook inzicht dient te hebben in de kosten van een door hem voorgeschreven behandeling:  
analgetica, sedativa, antimigrainemiddelen, antiepileptica, prostigminepreparaten, antibiotica, antineuralgica, psychofarmaca, algemene antiparkinsonpreparaten.
2. De huisarts dient de indicatie te kunnen stellen voor de volgende vormen van behandeling: fysiotherapie, bewegings-therapie, revalidatie.

3. De huisarts dient een aantal grondslagen van de revalidatie, voor zover deze bij de patient thuis uitgevoerd kunnen worden, te kennen.
4. De huisarts dient de betekenis en de gevaren van de bedrust te kennen.
5. De huisarts dient de secundaire gevolgen van de invaliditeit te kunnen behandelen (o.a. decubitus, urineweginfecties).

H. Overleg met anderen.

1. De huisarts dient met de wijkverpleegkundige te kunnen overleggen over de hulpverlening aan een patient, bedlegerig t.g.v. o.a. CVA, multiple sklerose, en anderen invaliderende neurologische afwijkingen.
2. De huisarts dient met de wijkverpleegkundige te kunnen overleggen over de hulpverlening aan de patient met een schedeltrauma, met een hernia nuclei pulposi.
3. De huisarts dient met de fysiotherapeut resp. bewegings-therapeut te kunnen overleggen over de behandeling van neurologische patienten.
4. De huisarts dient de patient te kunnen adviseren over hulpverlenende organisaties en patientenorganisaties.
5. De huisarts dient met een revalidatiecentrum te kunnen samenwerken.
6. De huisarts dient te weten op welke wijze hulpmiddelen verkregen kunnen worden, hoe een woning tot aangepaste woning kan worden omgevormd, mede via provinciale revalidatiecentra.
7. De huisarts dient te weten hoe en wanneer overleg met een reactiveringscentrum, verpleegtehuis geïndiceerd is.

V.6. ZIEKTEN VAN DE ZINTUIGEN.

A. Ziekten in drie niveaus ingedeeld.

Niveau I: De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij in staat is bij lijders aan deze ziekten of klachten zelfstandig de diagnose te stellen en deze zonder hulp van een specialist te behandelen:  
oogziekten: conjunctivitis, blefaritis, hordeolum, keratoconjunctivitis, niet perforerend corpus alienum, refractieafwijkingen , lasogen.  
oorziekten: otitis externa, cerumen, acute otitis media, ziekte van Menière, tubaircatarrh.

Niveau II: De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij in staat is deze in zijn differentiaal diagnose op te nemen en dat hij deze, na nader onderzoek of behandeling door de specialist, verder kan behandelen:  
oogziekten: dacryocystitis, entropion, blindheid, chalazion.  
oorziekten: otitis media chron., doofheid, doofstomheid.

Niveau III: De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij deze in zijn differentiaal diagnose kan opnemen, terwijl hij deze in overleg met de specialist kan meebehandelen:  
oogziekten: keratitis, iritis, ontsteking en opticus en retina, ontsteking traanwegen, refractieafwijkingen , corneatroebeling, strabismus, cataract, glaucoom, ziekten retina (incl. loslating).  
oorziekten: mastoiditis, labyrinthitis, otosklerose, perforatie trommelvlies, acusticusaandoeningen, maligne aandoeningen.

B. Epidemiologische en risicofactoren.

1. De huisarts dient op de hoogte te zijn van de staphylococcen-infecties van de ogen in relatie met anderen staphylococcen-infecties.
2. De huisarts dient op de hoogte te zijn van bedrijfsziekten: lawaai, corpus alienum oog.
3. De huisarts dient op de hoogte te zijn van de risico's voor het gehoor van chronische tubaircatarrh, van strabismus voor de visus, van de Reuzencelarteriitis (a. temporalis) voor de visus.
4. De huisarts dient te weten of, en onder welke omstandigheden, zwemmen en douchen is toegestaan bij trommelvliesperforatie.
5. De huisarts dient de epidemiologie van de zwembadconjunctivitis te kennen.

C. Erfelijke en familiale aspecten.

1. De huisarts dient globaal kennis te hebben van de erfelijkheid van doofstomheid, van refractieafwijkingen, otosklerose.

D. Preventie en vroege diagnostiek.

1. De huisarts dient in staat te zijn de vroege verschijnselen van strabismus, doofheid, blindheid (zuigelingen), glaucoom, maligne aandoeningen vroegtijdig te onderkennen.

2. De huisarts dient de verhoogde risico's te kennen van het lassen en slijpen zonder bescherming, zonder bescherming in lawaai te werken, hoogtezonnen zonder bril, peuteren in het oor, zwemmen en douchen indien er een perforatie van het trommelvlies bestaat.
3. De huisarts dient de risico's van beschadiging van het gehoor door bepaalde farmaca te kennen en van andere die de oogbol-druk beïnvloeden.

E. Diagnostische handelingen.

1. Inspectie en palpatie van de oogleden, conjunctiva, cornea. Inspectie van de voorste oogkamer met geringe vergroting, oogspierbewegingen, visus (incl. correctie), kleurenzien, globaal gezichtsveldbepaling, oogboldrukmeting, onderzoek met behulp van fluoresceïne raambeeld, oogspiegelen met beoordeling van de fundus (papil, toestand vaten, grove afwijkingen, o.a. loslating).
2. Inspectie en palpatie uitwendige oor, inspectie gehoorgang, trommelvlies, onderzoek gehoorscherpthe (zuigeling en volwassene), stemvorkproeven, evenwichtsonderzoek.

F. Laboratorium- en röntgenonderzoek.

De huisarts dient zelf te kunnen verrichten: BSE, leuc,  
De huisarts dient te kunnen laten verrichten: witte bloedbeeld,  
kweek materiaal uit gehoorgang of oog.

G. Therapeutische vaardigheden.

De huisarts dient de volgende therapeutische handelingen te kunnen verrichten:

oog: verwijderen corpus alienum van conjunctiva of cornea,  
appliceren oogzalf, verbinden oog (afdekken,) verwijderen oogharen.

oor: uitspuiten oor, verwijderen corpus alienum uit gehoorgang,  
incideren abcesje gehoorgang, politzeren, paracentese.

De huisarts dient de criteria te kennen op grond waarvan medicamenten uit de volgende groepen gekozen worden, hij dient de dosering, de duur van de behandeling, de werking, de eventuele bijwerkingen, contraïndicaties en onverenigbaarheid met andere middelen te kennen, terwijl hij ook inzicht dient te hebben in de kosten van een door hem voorgeschreven behandeling:  
neusdruppels, oogdruppels, oogzalven, oordruppels, oorzalven, deze vloeistoffen en zalven bevatten o.a.: antibiotica, decongestiva, antiseptica, pupilverwijdende, en pupilvernauwende farmaca, oogboldrukverlagende middelen, anaesthetica, cerumen verwekkende stoffen, corticosteroiden, antimycotica, antihistaminica, diuretica, antibiotica.

H. Overleg met anderen.

1. Overleg met de wijkverpleegkundige over behandeling van patiënten met Menière.
2. Overleg met logopedist.
3. Verwijzing van dove of blinde patiënten naar voor hen relevante organisaties voor opleiding, verpleging, begeleiding en advies.
4. Overleg met AMW en psycholoog bij de begeldèiding van zintuiglijk gehandicapte kinderen.
5. Voorlichting van gehandicapte patiënten over de voorzieningen voor hen beschikbaar, of verwijzing naar deskundige hiervoor.

V.7. ZIEKTEN VAN DE TRACTUS CIRCULATORIUS;

A. Ziekten in drie niveaus ingedeeld.

Niveau I: De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij in staat is bij lijdens aan deze ziekten of klachten zelfstandig de diagnose te stellen en deze zonder hulp van een specialist te behandelen: essentieel benigne hypertensie, angina pectoris, mitralisinsufficiëntie bij bejaarden, myocaer-insufficiëntie met stuwing (decompensatio cordis), astma cardiale (insuff. linker ventrikel), paroxymale supraventriculaire tachycardie, hypotensie (prim.), arteriosklerose, M. Reynaud, M. Buerger, perionies, thromboflebitis, varices benen, haemorrhoiden, secundair lymfoedeem, hematomen, syncope, ulcus varicosum,

Niveau II: De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij in staat is deze in zijn differentiaal diagnose op te nemen, dat hij deze, na nader onderzoek of behandeling door de specialist, verder kan behandelen: acuut gewrichtsreuma met en zonder hartafwijkingen, chorea, maligne hypertensie, hypertensie t.g.v. nierziekten, nierziekte, t.g.v. hypertensie, hypertensie secundair aan andere ziekten (o.a. feochromocytoom), myocardinfarct (na genezing letsel), progressieve angina pectoris; nabehandeling embolie en thrombose, varicocele, ascitis.

Niveau III: De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij in staat is deze in zijn differentiaal diagnose op te nemen, terwijl hij deze in overleg met de specialist kan meebehandelen: klepgebreken, coronaire sklerose, pericarditis, endocarditis, rytmestoornissen, aneurysma, polyarteriitis nodosa, longembolie en longinfarct, obstructie v. porta.

B. Epidemiologische en risicofactoren.

1. De huisarts dient op de hoogte te zijn van de risicofactoren, die leiden tot coronaire aandoeningen en arteriosklerose (o.a. roken, onvoldoende lichaamsbeweging, diabetes).
2. De epidemiologische factoren van acuut gewrichtsreuma, lues, virale pericarditis/myocarditis.
3. De predisponerende factoren van varices (beroep), haemorrhoiden, M. Buerger.
4. Van predisponerende factoren voor het ontstaan van thrombose en embolie.
5. Van chronische nieraandoeningen.
6. Van de geslachtsgebondenheid van hypertensie, infarct, varices, M. Reynaud, M. Buerger.

C. Erfelijke en familiale aspecten.

De huisarts dient op de hoogte te zijn van familiale aspecten van hypertensie, myocardinfarct, varicosis, angina pectoris, M. Reynaud, arteriosklerose.



D. Preventie en vroege diagnostiek.

1. De huisarts dient de verschijnselen van een 'impending infarction' te kunnen herkennen en naar waarde te weten schatten.
2. De huisarts dient de vroege verschijnselen van een hartinfarct te kunnen onderkennen.
3. De huisarts dient in staat te zijn tot een vroege diagnose van endocarditis lenta, acuut gewrichtsreuma, hypertensie, decompensatio cordis.
4. De huisarts dient de preventieve maatregelen ter voorkoming van een hartinfarct te kennen en te kunnen toepassen.
5. De huisarts dient maatregelen ter voorkoming van thrombose te kennen.

E. Diagnostische handelingen.

De huisarts dient de volgende onderzoeksmethoden te kunnen uitvoeren:

1. Inspectie, percussie en auscultatie van de thorax.
2. Palpatie van lever, bepaling van oedeem, 'ascites.
3. Meten van de veneuze druk.
4. Meten van de bloeddruk.
5. Beoordeling van de kwaliteiten van de pols.
6. Constateren van arteriele pulsaties aan extremiteiten.
7. Bepalen van veneuze circulatie (proeven van Trendelenburg).
8. Rectaal toucher en proctoscopie.
9. Onderzoek naar dementie.
10. Bepalen circulatietijd.
11. Falen van een pace-maker.

F. Laboratorium en röntgenonderzoek.

1. De huisarts dient de volgende laboratoriumonderzoekingen te kunnen laten verrichten en de resultaten ervan in zijn beleid op te nemen: enzymbepaling (SGOT, CPK, LDH 1 en 2), electrolyten (K, Na, Cl), stollingsfactoren (TT, PTT, bloed.t. stoll. t.), cholesterol, triglyceriden, bloedsuiker, witte bloedbeeld, serol. onderzoek (lues, reuma), keeluitstrijk, creatinine, ureum.
2. De huisarts dient het volgende röntgenonderzoek in zijn beleid te kunnen opnemen: intraveneus pyelogram, thoraxfoto (grootte hart, longstuwing).
3. De huisarts dient de resultaten van een via de cardiofonie of anderszins door een specialist beoordeeld electrocardiogram in zijn beleid te kunnen opnemen.

G. Therapeutische vaardigheden.

1. De huisarts dient de criteria te kennen op grond waarvan medicamenten uit de volgende groepen gekozen worden, hij dient de dosering, de duur van de behandeling, de werking, de eventuele bijwerkingen, contraindicaties en onverenigbaarheid met andere middelen te kennen, terwijl hij ook inzicht dient te hebben in de kosten van een door hem voorgeschreven behandeling: cardiaca, diuretica, vaatverwijdende middelen, antireumatica, antibiotica, antihypertensiva, lipolytica, antistollingsfarmaca, antihaemorrhoidalia, skleroserende stoffen (varices).
2. De huisarts dient de eerste hulp bij een hartinfarct te kunnen geven.
3. De huisarts dient hartmassage en beademing te kunnen toepassen.
4. De huisarts dient varices te kunnen inspuiten.
5. De huisarts dient een ascitespunctie te kunnen verrichten.
6. De huisarts dient een compressieverband te kunnen aanleggen, ook bij ulcus cruris.

7. De huisarts dient een natriumbeperkt dieet, cholesterolarm en een kaliumrijk dieet te kunnen voorschrijven.
8. De huisarts dient in samenwerking met de cardioloog de revalidatie van hartpatiënten te bevorderen, vooral door informatie aan de familie.

H. Overleg met anderen.

1. De huisarts dient met de wijkverpleegkundige te kunnen overleggen over de hulp aan patiënten met een decompensatio cordis, thromboflebitis, ulcus cruris, lymfoedeem, angina pectoris.
2. Overleg met fysiotherapeut en/of revalidatieafdeling c.q. centrum voor patiënten na coronair operatie.

V. 8. ZIEKTEN VAN DE TRACTUS RESPIRATORIUS.

A. Ziekten in drie niveaus ingedeeld.

Niveau I: De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij in staat is bij lijdens aan deze ziekten of klachten zelfstandig een diagnose te stellen en deze zonder hulp van een specialist te behandelen: acute nasofaryngitis, acute sinusitis, acute tonsillitis, acute laryngitis en tracheitis, acute infectie bovenste luchtwegen (andere), influenza, acute respiratoire aandoening, bacteriele en viruspneumonie, lobaire en bronchopneumonie, acute bronchitis en bronchiolitis, astmatische bronchitis, chronische bronchitis, longemfyseem, astma, peritonsillair abces, chronische faryngitis, hooikoorts, virale pleuritis sicca, pleuropneumonie, acuut longoedeem, pseudocroup.

Niveau II: De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij in staat is deze in zijn differentiaal diagnose op te nemen, en dat hij deze, na nader onderzoek of behandeling door de specialist, verder kan behandelen: staphylococcenpneumonie, bronchiolitis bij jonge kinderen, epiglottitis, chronische sinusitis, hypertrofie van adenoid en tonsillen, langdurige allergische aandoeningen van de luchtwegen, bronchiectasieën, status astmaticus, neuspoliep, aspiratie corpus alienum.

Niveau III: De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij deze in zijn differentiaal diagnose kan opnemen, terwijl hij deze in overleg met de specialist kan meebehandelen: chronische faryngitis, ziekten van larynx en glottis, pleuritis, spontane pneumothorax, M. Besnier, M. Boeck en andere longziekten zoals silicose, longfibrose, retrofaryngeaal abces, longembolie, maligne aandoeningen van sinus, mondholte (tong), larynx, bronchi, alveoli.

B. Epidemiologische en risicofactoren.

De huisarts dient op de hoogte te zijn van:

1. de epidemiologie van luchtweginfecties en influenza.
2. de epidemiologie van astmatische bronchitis, astma en chronische bronchitis, hooikoorts.
3. de samenhang van maligne aandoeningen (longen, bronchi) met roken, chronische luchtwegaandoeningen.
4. De risico's die lijdens aan chronische luchtweginfecties lopen.
5. De risico's van bepaalde bedrijven (mijn, steenwerkers, etc.).

C. Erfelijke en familiale aspecten.

De huisarts dient op de hoogte te zijn van:

1. de familiale samenhang van astma, astmatische bronchitis, hooikoorts.
2. de verhoogde neiging tot luchtweginfecties in sommige families.
3. de samenhang van infecties binnen een gezin.

D. Preventie en vroege diagnostiek.

De huisarts dient in staat te zijn tot:

1. vroege diagnostiek van maligne aandoeningen.
  2. vroege diagnostiek van voortschrijdende luchtweginfecties.
  3. vroege diagnostiek van epiglottitis, bronchiolitis, long-oedeem, retrofaryngeaal abces, aspiratie corpus alienum.
- De huisarts dient de preventieve maatregelen te kennen voor:
4. astma bronchiale, chronische bronchitis, longemfyseem (o.a. vaccinatie).
  5. recidiverende luchtweginfecties.
  6. maligne longziekten.
  7. longziekten als beroepsziekte.

E. Diagnostische handelingen.

De huisarts dient zelf de volgende onderzoeken te kunnen verrichten: inspectie, percussie en auscultatie van de thorax, inspectie mond-keelholte, laryngoscopie, diafanoscopie sinus, rhinoscopia anterior.

F. Laboratorium en röntgenonderzoek.

1. De huisarts dient zelf het volgende onderzoek te kunnen verrichten: BSE, leuc., onderzoek met peak-flow-meter, mantoux, eenvoudig allerg. onderzoek.
2. De huisarts dient het volgende onderzoek te kunnen laten verrichten en de resultaten ervan in zijn beleid op te nemen: keeluitstrijk, sputumkweek, eosinofylie en bloed of sputum, witte bloedbeeld, vitale cap, 1 sec. waarde, allergologisch onderzoek.
3. De huisarts dient de resultaten van de volgende röntgenologische onderzoeken in zijn beleid op te kunnen nemen: thoraxfoto's sinusfoto's.

G. Therapeutische vaardigheden.

1. De huisarts dient de criteria te kennen op grond waarvan medicamenten uit de volgende groepen gekozen worden, hij dient de dosering, de duur van de behandeling, de werking, de eventuele bijwerkingen, contraindicaties en onverenigbaarheid met andere middelen te kennen, terwijl hij ook inzicht dient te hebben in de kosten van een door hem voorgeschreven behandeling: antibiotica, hoestmiddelen, antipyretica, bronchospasmodolytica, analgetica, antistollingsmiddelen, betablokkers, antihistaminica, neusdruppels, inhalatiemiddelen, corticosteroiden.
2. De huisarts dient de volgende middelen in samenwerking met een specialist te kunnen voorschrijven, hij dient de dosering, de duur van de behandeling in overleg met de specialist te kunnen aangeven en hij dient ook op de hoogte te zijn van eventuele bijwerkingen, contraindicaties en onverenigbaarheid met andere middelen: cytostatica, tuberculostatika, hogere doses corticosteroiden.
3. De huisarts dient de volgende behandelingen te kunnen toepassen: beademing en hartmassage, toediening van zuurstof, openen van peritonsillair abces, verwijderen van graat uit de keel, tracheotomie.

H. Overleg met anderen.

1. De huisarts dient met de wijkverpleegkundige overleg te kunnen plegen over het geven van injecties, stomen, stofvrije slaapkamer.
2. De huisarts dient met de fysiotherapeut te kunnen overleggen over 'kloppen', bronchustoilet en ademhalings-oefeningen.

3. De huisarts dient met de ouders van astmatische kinderen te kunnen overleggen over de opvoeding, met lijdens aan chronische bronchitis over het staken van roken.  
Over het algemeen dient hij adviezen en voorlichting over de voorgeschreven medicamenten te kunnen geven en een geneesmiddelenkaart te schrijven.

V.9. ZIEKTEN VAN DE TRACTUS DIGESTIVUS.

Opmerking: In deze paragraaf zijn wel de desbetreffende infectieziekten opgenomen, echter niet de ziekten van lever, galblaas en pancreas. Deze worden onder V.10. behandeld.

A. Ziekten in drie niveaus ingedeeld.

Niveau I: De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij in staat is bij lijders aan deze ziekten of klachten zelfstandig de diagnose te stellen en deze zonder hulp van een specialist te behandelen: salmonellainfectie, bacillaire dysenterie, virus-enteritis, virus gastro-enteritis, diarrhoe, gastritis, gingivitis (incl. Plaut-Vincent), speekselsteen, stomatitis, glossitis, afwijkingen van tong-slijmvlies, ulcus duodeni, functionele maagstoornissen, dumping syndroom, hyperemesis gravidarum, gastroptose, hernia dia-fragmatica, colitis (allergisch, functioneel, voedingsfouten), diverticulose, obstipatie, spastisch colon, proctitis, candidiasis mond-keel, aerophagie, navelbreuk pasgeborene.

Niveau II: De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij in staat is deze in zijn differentiaal diagnose op te nemen en dat hij deze, na nader onderzoek of behandeling door de specialist, verder kan behandelen: ziekten van de speekselklieren, leucoplakie, tong-abcès, achalasie, cardiospasme, ulcus ventriculi, appendicitis, hernia (diverse typen), fissura ani, fistula ani, rectumprolaps, colitis ulcerosa, maagperforatie, maagbloeding.

Niveau III: De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij deze in zijn differentiaal diagnose kan opnemen, terwijl hij deze in overleg met de specialist kan meebehandelen: tyfus abdominalis, bacillaire en amoebendysenterie, carcinoom van lip, tong, mondholte, van speekselklier, oesofagus, cardia, maag, dunne darm, colon en rectum, canceroid, obstructie darmkanaal, polyposis coli, peritonitis, enteritis regionalis, ulceraties darm, perforatie darm, mesenteriaal thrombose.

B. Epidemiologische en risicofactoren.

De huisarts dient op de hoogte te zijn van:

1. De epidemiologie van darminfecties van verschillende aard.
2. De kans op maligne ontaarding van het ulcus ventriculi en polyposis coli.
3. De epidemiologie van maligne aandoeningen van het maagdarmkanaal.
4. Het risico van de 'Westerse' voeding (colon!), van besmet voedsel, van snoepen, overmatig alcoholgebruik, van salicylaten en andere farmaca.

C. Erfelijke en familiale aspecten.

De huisarts dient op de hoogte te zijn van 't familiale voorkomen van: ulcus, diverticulosis, maagcarcinoom, polyposis coli + carcinoom, de gevolgen van inadequate voedingspatronen in

gezinnen en families.

D. Preventie en vroege diagnostiek.

1. De huisarts dient de maatregelen te kennen ter voorkoming van: caries, colonaandoeningen en hernia dia-fragmatica, van voedselvergiftiging en besmetting via voedsel en drinkwater, de vaccinaties tegen tyfus.
2. De huisarts dient in staat te zijn tot een vroege diagnose bij: appendicitis en andere toestanden die met peritonitis gepaard kunnen gaan (acute buik), maligne aandoeningen (alle typen), colitis ulcerosa.

E. Diagnostische handelingen.

De huisarts dient zelf de volgende diagnostische handelingen te kunnen verrichten: inspectie en palpatie mond-keelholte, inspectie, percussie, palpatie en auscultatie van de buik, onderzoek van breukpoorten, inspectie van anus en omgeving, rectaaltoucher, proctoscopie.

F. Laboratorium- en röntgenonderzoek.

1. De huisarts dient zelf het volgende onderzoek te kunnen verrichten: onderzoek van faeces op bloed, urine: alb., gluc., sed., BSE, leuc.
2. De huisarts dient de volgende onderzoeken te kunnen laten verrichten en het resultaat daarvan in zijn beleid te kunnen opnemen: faeceskweek op pathogene micro-organismen, serologisch bloedonderzoek, witte bloedbeeld, celconstanten, haematocriet, diameter E.
3. De huisarts dient de resultaten van de volgende röntgenonderzoeken in zijn beleid te kunnen opnemen: oesofagus, cardia, maag, duodenum, coloninloop en laatste ileumlis, buikoverzichtfoto.

G. Therapeutische vaardigheden.

De huisarts dient de volgende ingrepen te kunnen verrichten:

1. Openen van een kaakabces en van een pararectaal abces.
2. Reponeren van een liesbreuk, van een rectumprolaps.
3. Ascitespunctie.
4. Maagspoelen.
5. Insputen van haemorrhoiden.
6. De huisarts dient de criteria te kennen op grond waarvan medicamenten uit de volgende groepen gekozen worden, hij dient de dosering, de duur van de behandeling, de werking, de eventuele bijwerkingen, contraïndicaties en onverenigbaarheid met andere middelen te kennen, terwijl hij ook inzicht dient te hebben in de kosten van een door hem voorgeschreven behandeling: mondspoelingen (adstringentia, antiseptica), gargarimata, antacida, spasmolytica, anticholinergica, antidiarrhoica, laxantia, darmantiseptica, anthelmintica, middelen tegen haemorrhoiden, antipruriginosa, antibiotica, middelen tegen perniciëuze anaemie, achloorhydrie, hypochrome anaemie, candida en andere schimmels.
7. De huisarts dient de volgende middelen in samenwerking met een specialist te kunnen voorschrijven, hij dient de dosering, de duur van de behandeling in overleg met de specialist te kunnen aangeven, en hij dient op de hoogte te zijn van eventuele bijwerkingen, contraïndicaties en onverenigbaarheid met andere middelen: antiamebica, cytostatica, corticosteroiden.

8. De huisarts dient de volgende dieten te kunnen voorschrijven: dyspepsie dieet voor zuigelingen, licht verteerbaar dieet, laxerend dieet, obstiperend dieet, maagdieet, glutenvrij dieet, slakkenrijk dieet, colitisdieet, dieet bij acute gastro-enteritis, ulcus, anus praeter.

H. Overleg met anderen.

1. Patienten met tandheelkundige afwijkingen worden altijd naar de tandarts verwezen. Overleg o.a. over focal infection, totaalextractie, behandeling van ontsteking en nabloeding, extractie bij patienten met afwijkingen in de bloedstolling.
2. De huisarts dient met de wijkverpleegkundige te kunnen overleggen over de behandeling van de patient met een anus praeter (stoma), (bejaarden met) obstipatie, ulcuslijder met bedrust, pernicioze anaemie.
3. De huisarts dient met de dietiste te kunnen overleggen over het voorschrijven van de onder G. 8 genoemde dieten.
4. De huisarts dient met de wijkverpleegkundige te kunnen overleggen over de voedingsvoorschriften voor zuigelingen en kleuters.
5. De huisarts dient de familie te kunnen voorlichten en instrueren in verband met de ziekte, de behandeling ervan en de preventie van o.a. besmettelijke aandoeningen, over het opvangen van faeces voor kweek.



10. ZIEKTEN VAN LEVER, GALBLAAS EN PANCREAS.

A. Ziekten in drie niveaus ingedeeld.

Niveau I: De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij in staat is bij lijders aan deze ziekten of klachten zelfstandig de diagnose te stellen en deze zonder hulp van een specialist te behandelen: hepatitis (infectiosa en serumhepatitis), cholelithiasis (zonder operatie), cholecystitis (acute).

Niveau II: De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij in staat is deze in zijn differentiaal diagnose op te nemen en dat hij deze, na nader onderzoek of behandeling door de specialist, verder kan behandelen: cholelithiasis na operatie, hepatose t.g.v. geneesmiddelen, levermetastasen.

Niveau III: De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij deze in zijn differentiaal diagnose kan opnemen, terwijl hij deze in overleg met de specialist kan meebehandelen: levercirrose van verschillende aard, etterige ontstekingen (leverabces, e.a.), obstructie galwegen, pancreatitis acuta en chronische pancreatitis, maligne aandoeningen van galblaas, pap.Vateri, lever, icterus e causa ignota.

B. Epidemiologische en risicofactoren.

De huisarts dient op de hoogte te zijn van:

1. Epidemiologische consequenties van hepatitis infectiosa en van de serumhepatitis.
2. De gevolgen van overmatig alcoholgebruik, van largactil, e.a.
3. De mogelijke gevolgen van het niet verwijderen van galstenen.
4. De geslachtsgebondenheid van galstenen.

C. Erfelijke en familiale factoren.

De huisarts dient op de hoogte te zijn van het familiair voorkomen van galsteenlijden.

D. Preventie en vroege diagnostiek.

1. De huisarts dient op de hoogte te zijn van de preventieve maatregelen ter voorkoming van serumhepatitis en van hepatitis infectiosa.
2. De huisarts dient vroegtijdig te kunnen herkennen: alcoholcirrose, hepatose door largactil, e.a.

E. Diagnostische handelingen.

De huisarts dient zelf de volgende onderzoeksmethoden te beheersen: inspectie, percussie, palpatie en auscultatie van de buik, inspectie van huid en sclerae (icterus, spider naevi).

F. Laboratorium- en röntgenonderzoek.

1. De huisarts dient het volgende onderzoek zelf te kunnen verrichten: bloed: Hb., BSE, leuc., faeces: benzidine, urine: urobiline, bilirubine, inspectie urine en faeces.
2. De huisarts dient de volgende onderzoeken te kunnen laten verrichten en de resultaten ervan in zijn beleid

te kunnen opnemen: urine: diastase, bloed: witte bloedbeeld, bilirubine (direct, H. v.d. B.), SGPT, TTT, alk. fosfat. en andere leverfunctieproeven, Paul-Bunnell,

3. De huisarts dient de resultaten van het volgende röntgenonderzoek in zijn beleid te kunnen opnemen: galblaasfoto, slokdarmfoto.

G. Therapeutische vaardigheden.

1. De huisarts dient de indicatie voor een cholecystectomie te kunnen stellen.
2. De huisarts dient een ascitespunctie te kunnen verrichten.
3. De huisarts dient een galblaasdieet voor te kunnen schrijven.
4. De huisarts dient de criteria te kennen op grond waarvan medicamenten uit de volgende groepen gekozen worden, hij dient de dosering, de duur van de behandeling, de werking, de eventuele bijwerkingen, contraindicaties en onverenigbaarheid met andere middelen te kennen, terwijl hij ook inzicht dient te hebben in de kosten van een door hem voorgeschreven behandeling: antibiotica, cholagoga, spasmolytica, narcotische en niet narcotische analgetica, diuretica.
5. De huisarts dient de volgende middelen in samenwerking met de specialist te kunnen voorschrijven, hij dient de dosering, de duur van de behandeling in overleg met de specialist te kunnen aangeven, en hij dient op de hoogte te zijn van de eventuele bijwerkingen, contraindicaties en onverenigbaarheid met andere middelen: cytostatica, corticosteroiden.

H. Overleg met anderen.

1. De huisarts dient met de wijkverpleegkundige overleg te kunnen plegen over de verpleging van lijders aan hepatitis, cirrose, cholecystitis, maligne aandoeningen.
2. De huisarts dient met de dietiste overleg te kunnen plegen over het voorschrijven van de onder G. 3. genoemde dieten.

11. ZIEKTEN VAN DE TRACTUS UROPOETICUS.

A. Ziekten in drie niveaus ingedeeld.

Niveau I: De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij in staat is bij lijdens aan deze ziekten of klachten zelfstandig de diagnose te stellen en deze zonder hulp van de specialist te behandelen: pyelitis, pyelocystis, acute pyelonefritis, cystitis, calculi in urinewegen (indien conservatief te behandelen), orthostatische albuniurie, nierinsufficiëntie bij bejaarden, urethritis nonvenerica, perinefritis, nefroptose.

Niveau II: De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij in staat is deze in zijn differentiaal diagnose op te nemen, en dat hij deze, na nader onderzoek of behandeling door de specialist, verder kan behandelen: acute glomerulonefritis, chronische pyelonefritis, perinefritisch abces, calculi na niet conservatieve behandeling, traumatische nieraandoeningen.

Niveau III: De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij deze in zijn differentiaal diagnose kan opnemen, terwijl hij deze in overleg met de specialist kan meebehandelen: nefrotisch syndroom, chronische nefritis, schrompelnier, congenitale nier- of uretraafwijkingen, obstructie van een ureter, maligne nier-, ureter- of blaasziekten, papilnecrose, ureterstrictuur.

B. Epidemiologische en risicofactoren.

De huisarts dient te kunnen aangeven welke categorieën patiënten een verhoogd risico dragen voor het krijgen van een urineweginfectie, van calculi, chronisch nierlijden, van een acute glomerulonefritis.

C. Erfelijke en familiale aspecten.

D. Preventie en vroege diagnostiek.

1. De huisarts dient de maatregelen te kennen ter voorkoming van chronische urineweginfecties en chronisch nierlijden.
2. De huisarts dient in staat te zijn asymptomatische urineweginfecties op te sporen.
3. De huisarts dient de door farmaca veroorzaakte papilnecrose of nefrose te kunnen voorkomen.
4. De huisarts dient in staat te zijn congenitale nierafwijkingen en obstructie van de ureteren vroegtijdig te herkennen.

E. Diagnostische handelingen.

1. De huisarts dient de volgende onderzoeken zelf te kunnen verrichten: inspectie, percussie, palpatie en auscultatie abdomen en nierloges, rectaaltoucher, meten van de bloeddruk, onderzoek op oedeem.

F. Laboratorium- en röntgenonderzoek.

1. De huisarts dient het volgende laboratoriumonderzoek zelf te kunnen verrichten: urine: alb., gluc., sed., s.g., Ph.,

onderzoek op orthostatische albumen, concentratieproef, bloed: BSE, leuc., uricult.

2. De huisarts dient de volgende onderzoeken te kunnen laten verrichten en de resultaten ervan in zijn beleid op te nemen: kweek urine, bloed: urinezuur, creatinine, ureum, GTT, dagcurve.
3. De huisarts dient de resultaten van de volgende röntgen-onderzoeken in zijn beleid te kunnen opnemen: buik-overzicht, intraveneus pyelogram.

#### G. Therapeutische vaardigheden.

1. De huisarts dient zowel bij man als vrouw de blaas te kunnen catheteriseren en een Dauercatheter in te kunnen brengen.
2. De huisarts dient de criteria te kennen op grond waarvan medicamenten uit de volgende groepen gekozen worden, hij dient de dosering, de duur van de behandeling, de werking, de eventuele bijwerkingen, contraindicaties en onverenigbaarheid met andere middelen te kennen, terwijl hij ook inzicht dient te hebben in de kosten van een door hem voorgeschreven behandeling:  
antibiotica, chemotherapeutica, urinewegdesinfectantia, spasmolytica, analgetica (narcotisch en niet narcotisch), vloeistoffen voor blaasspoelen.
3. De huisarts dient de volgende middelen in samenwerking met de specialist te kunnen voorschrijven, hij dient de dosering, de duur van de behandeling in overleg met de specialist aan te kunnen geven, en hij dient op de hoogte te zijn van de eventuele bijwerkingen, contraindicaties en onverenigbaarheid met andere middelen: cytostatica, corticosteroiden.
4. De huisarts dient een zoutarm, een eiwitarm, een calcium- en oxelaatarm dieet te kunnen voorschrijven.

#### H. Overleg met anderen.

1. De huisarts dient met de wijkverpleegkundige overleg te kunnen plegen over de behandeling van een patient met een Dauercatheter en in overleg met de specialist van de patient met een radicaaloperatie van de blaas.
2. De huisarts dient instructies te kunnen geven voor het opvangen van een gewassen plas.
3. De huisarts dient met de diëtiste overleg te kunnen plegen over de onder G. 4. vermelde diëten.
4. De huisarts dient de patient en/of de omgeving van de patient te kunnen voorlichten en instrueren met betrekking tot de aandoening en de ingestelde behandeling, over de te nemen preventieve maatregelen.
5. De huisarts dient in samenwerking met de specialist en de wijkverpleegkundige de patient met een kunstnierbehandeling te kunnen begeleiden, alsook de patient bij wie een transplantatie is of zal worden verricht.

V.12. ZIEKTEN VAN DE TRACTUS GENITALIS.

A. Ziekten in drie niveaus ingedeeld.

Niveau I: De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij in staat is bij lijdens aan deze ziekten of klachten zelfstandig de diagnose te stellen en deze zonder hulp van de specialist behandelen: prostaathypertrofie zonder ernstige obstructie, prostatitis, hydrocèle zonder indicatie tot operatie, epididymitis, phimosis bij kleine kinderen, paraphimosis, balanitis, spermatocele, mastitis zonder chir. behandeling, tepelkloven, acute adnexitis, cervicitis, fluor, albus, endometritis postpartum, vaginitis, vulvitis, cystocele, rectocele en uterusprolaps zonder indicatie tot operatie, retroversie en retroflexie zonder indicatie tot operatie, seniele atrofie, endometriose, menstruatiestoornissen (met name menorrhagie, secundaire amenorrhoe, dysmenorrhoe, middenpijn, polymenorrhoe, premenstruele spanning), climacteriele klachten, psychische impotentie van de man, sexuele problemen van man en vrouw, adhaesies preputium, bekkenpijnsyndroom.

Niveau II: De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij in staat is deze in zijn differentiaal diagnose op te nemen en dat hij deze, na nader onderzoek of behandeling door de specialist, verder kan behandelen: prostaathypertrofie na operatie, orchitis, benigne cysten van de mammae, chronische adnexitis, chronische cervicitis, profuus bloedverlies per vaginam, toestand na gynaecologische operatie (adnexa, uterus, prolaps, niet maligne), toestand na phimosisoperatie,

Niveau III: De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij deze in zijn differentiaal diagnose kan opnemen, terwijl hij deze in overleg met de specialist kan meebehandelen: prostaatcarcinoom, peniscarcinoom, Ca van de testis, steriliteit van man en/of vrouw, overige ontstekingen aan geslachtsorganen van man en vrouw, torsio testis, mammacarcinoom, maligne aandoeningen, van cervix, corpus uteri, adnexa, vagina en vulva, extrauteriene zwangerschap, cervixinsufficiëntie.

B. Epidemiologische en risicofactoren.

1. De huisarts dient op de hoogte te zijn van de factoren, die aanleiding kunnen geven tot het ontstaan van een cervixcarcinoom, mammacarcinoom, adnexitis, extrauteriene zwangerschap.
2. De huisarts dient op de hoogte te zijn van de epidemiologie van de trichomonasinfectie.
3. De huisarts dient op de hoogte te zijn van de ongunstige invloed van bepaalde medicamenten op het mamma- en prostaatcarcinoom.

C. Erfelijke en familiale aspecten.

D. Preventie en vroege diagnostiek.

1. De huisarts dient adviezen te kunnen geven met betrekking tot het voorkomen van cervixcarcinoom.
2. De huisarts dient in staat te zijn tot een vroege diagnostiek van cervixcarcinoom, alsook van de andere vormen van maligne aandoeningen.
3. De huisarts dient het belang van retentio testis te kennen.

E. Diagnostische handelingen.

De huisarts dient de volgende onderzoeksmethoden te beheersen: inspectie en palpatie van mammae en regionale lymfklieren, vaginaal. toucher, rectaal toucher, prostaatmassage, speculum-onderzoek vagina, maken van cerv. uitstrijkje, inspectie uitwendige geslachtsorganen, palpatie genit. ext., diafanoscopie testes, maken fluorpreparaat.

F. Laboratorium- en röntgenonderzoek,

1. De huisarts dient het volgende laboratorium onderzoek zelf te kunnen verrichten: BSE, leuc., fluorpreparaat.
2. De huisarts dient de volgende onderzoeken te kunnen laten verrichten en de resultaten ervan in zijn beleid op te nemen: cytol. uitstrijkje cervix, witte bloedbeeld, kweek ecoulement, zure fosfatase, bact. uitstrijkje uretra en cervix.
3. De huisarts dient de resultaten aan het volgende röntgen-onderzoek in zijn beleid te kunnen opnemen: mammografie.

G. Therapeutische vaardigheden.

1. De huisarts dient een pessarium voor een prolaps of een liggingsafwijking van de uterus te kunnen aanmeten en inbrengen.
2. De huisarts dient een bartholinitis te kunnen behandelen.
3. De huisarts dient de cervix te kunnen aanstippen of te cauteriseren.
4. De huisarts dient een spermatocele of hydrocele te kunnen puncteren.
5. De huisarts dient een paraphimos te kunnen behandelen en preputiumadhaesies te kunnen losmaken.
6. De huisarts dient een infuus te kunnen aanleggen.
7. De huisarts dient de criteria te kennen op grond waarvan medicamenten uit de volgende groepen gekozen worden, hij dient de dosering, de duur van de behandeling, de werking en de eventuele bijwerkingen, contraindicaties en onvereenigbaarheid met andere middelen te kennen, terwijl hij ook inzicht dient te hebben in de kosten van een door hem voorgeschreven behandeling: antibiotica, middelen tegen fluor vaginalis, uterustonica, middelen tegen endometritis, hormonale preparaten voor behandeling van menstruatiestoornissen, analgetica, antispasmodica.
8. De huisarts dient de volgende middelen in samenwerking met de specialist te kunnen voorschrijven, hij dient de dosering, de duur van de behandeling in overleg met de specialist te kunnen aangeven en hij dient op de hoogte te zijn van eventuele bijwerkingen, contraindicaties en onvereenigbaarheid met andere middelen: cytostatica, hormonale preparaten bij maligne aandoeningen, middelen bij behandeling wegens steriliteit,
9. De huisarts dient bij sexuele problematiek daarop gerichte gesprekken te kunnen voeren.

H. Overleg met anderen.

1. De huisarts dient met de wijkverpleegkundige overleg te kunnen plegen over de verpleging van patienten met een maligne aandoening, over vaginale irrigaties.
2. De huisarts dient de patient bij kinderloosheid te kunnen adviseren over adoptie en naar de juiste instanties te kunnen verwijzen.
3. De huisarts dient de patient te kunnen adviseren over het gebruik van mammaprotheses.
4. De huisarts dient bij sexuele problematiek eventueel te kunnen verwijzen naar daarvoor aangewezen instanties.

V. 13. ZIEKTEN VAN HUID EN SUBCUTIS.

A. Ziekten in drie niveaus ingedeeld.

Niveau I : De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij in staat is bij lijdens aan deze ziekten of klachten zelfstandig een diagnose te stellen en deze zonder hulp van een specialist te behandelen: furunkel, karbunkel, cellulitis van vinger en teen, lymphangitis, lymphadenitis, impetigo, pyodermie, dermatitis (coccogeen), dermatitis seborrhoica, eczema infantum, overige vormen van eczeem en dermatitis, psoriasis, pityriasis rosea, pruritis, prurigo (incl. strophulus) callus, clavus, unguis incarnatus, folliculitis, sycosis, barbae, acne, decubitis, ulcus cruris, urticaria, wild vlees (=caro luxurians), verrucae, hyperkeratose, onychogryphosis.

Niveau II : De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij in staat is deze in zijn differentiaaldiagnose op te nemen, en dat hij deze, na nader onderzoek of behandeling door de specialist verder kan behandelen: erythema nodosum, lichen ruber planus (excl. slijmvlies), neuro-dermatitis chronica circumscripta, keratodermie, alopecia.

Niveau III: De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij deze in zijn differentiaaldiagnose kan opnemen, terwijl hij deze in overleg met de specialist kan meebehandelen: dermatitis herpetiformis, pemphigus, erythema exsudativum multiforme, lupus erythematoses, sklerodermie, keloid, premaligne huidaandoeningen.

B. Epidemiologische en risicofactoren.

De huisarts dient op de hoogte te zijn van:

1. bacteriele huidziekten.
2. schimmelinfecties.
3. door uitwendige agentia veroorzaakte dermatitis en eczeem
4. de samenhang met inwendige ziekten van huidziekten (psoriasis, sklerodermie, erythema nodosum enz.).
5. de betekenis van de premaligne aandoeningen
6. de verspreiding van verrucae.

C. Erfelijke en familiale aspecten.

De huisarts dient op de hoogte te zijn van:

1. de familiale samenhang van constitutionele eczemen.

D. Preventie en vroege diagnostiek.

De huisarts dient in staat te zijn tot:

1. het aangeven van maatregelen ter voorkoming van door uitwendige agentia veroorzaakte huidziekten, incl. die tengevolge van ge-neesmiddelengebruik.
2. het vroegtijdig vermoeden of herkennen van een premaligne huidaandoening.
3. het vroegtijdig stellen van een diagnose of dd. bij levensbedreigende aandoeningen (b.v pemphigus).



Diagnosticische handelingen.

De huisarts dient zelf de volgende handelingen te kunnen verrichten:  
het opnemen van een (uitvoerige) dermatologische anamnese, het onderscheiden van de efflorescenties, het palperen van lymphklieren, het beoordelen van de circulatie in de extremiteiten.

Laboratorium- en röntgenonderzoek.

1. De huisarts dient het volgende laboratoriumonderzoek zelf te kunnen verrichten: BSE, tellen eosinofielen, verzamelen pus voor kweek, urine,; glucose.
2. De huisarts dient de resultaten van een allergologisch onderzoek in zijn behandeling te kunnen opnemen.

Therapeutische vaardigheden.

1. De huisarts dient de criteria te kennen, op grond waarvan medicamenten uit de volgende categorieën gekozen worden, hij dient de dosering, de duur van de behandeling, de werking, de eventuele bijwerkingen, contra-indicaties en onverenigbaarheid met andere middelen te kennen, terwijl hij ook inzicht dient te hebben in de kosten van een door hem voorgeschreven behandeling: vochtige omslagen, schudzels, zalven, pasta's en emulsies, waarin verwerkt zijn: teer, zwavel, salicylzuur, resorcine, chrysarobine, cignoline, corticosteroiden, vioform, antibiotica, antimycotica, antipruriginosa, indifferente middelen. Hij dient de nadelen te kennen van de locale toepassing van corticosteroiden en van antibiotica en de strikte indicatie daarvoor. Verder van antibiotica, corticosteroiden, antihistaminica voor oraal gebruik.
2. De huisarts dient de volgende middelen in samenwerking met een specialist te kunnen voorschrijven, hij dient de dosering, de duur van de behandeling in overleg met de specialist te kunnen aangeven en hij dient op de hoogte te zijn van eventuele bijwerkingen, contra-indicaties en onverenigbaarheid met andere middelen: cytostatica, tuberculostica, hoge doses corticosteroiden.
3. De huisarts dient de volgende behandelingen te kunnen toepassen: incisie absces, excochleatie of cauterisatie van verrucae, nagel-extractie, aanleggen sponsverband, drukverband, zalfverband.
4. De huisarts dient de betrokkene(n) te kunnen instrueren op welke wijze zalven enz. geapliceerd dienen te worden, welke levenswijze gevolgd moet worden.
5. De huisarts dient elastische (aangemeten) kousen te kunnen voorschrijven.

H. Overleg met anderen.

1. De huisarts moet met de wijkverpleegkundige overleg kunnen plegen over het aanleggen van verbanden, het behandelen van ulcus varicosum, decubitus.
2. De huisarts dient met de bedrijfsgeneeskundige overleg te kunnen plegen over contactallergie binnen het beroep.
3. De huisarts dient met de dietiste overleg te kunnen plegen over allergeenvrij voedsel in het dieet.

V.14. ZIEKTEN VAN SPIEREN, BEENDEREN EN BINDWEEFSEL.

A. Ziekten in drie niveaus ingedeeld.

Niveau I: De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij in staat is bij lijders aan deze ziekten of klachten zelfstandig de diagnose te stellen en deze zonder hulp van de specialist te behandelen: reumatoïde artritis, reumatische spondylitis (ankylopoetica), atrosis deformans, spondylartrose, lumbago, periartritis humeroscapularis, fibrositis en myalgie, juveniele osteochondrose van de wervelkolom (M. Scheuermann), M. Osgood-Schlatter, apophysitis calcanei, osteoporose, calcaneusspoor, hernia nucleï pulposi (zie ook par. V.5.), diffuus cervicobrachiaal syndroom, cervicale myelopathie (a. vertebralissyndroom), coccygodynie, syndroom van Tietze, hydrartros van de knie, epicondylitis, bursitis, trigger finger, bursitis prepatellaris, scoliose, kyphose, platvoet, hallux valgus en varus, genu valgum of varum, frozen shoulder, thoracale radiculitis, M. Quervain.

Niveau II: De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij in staat is deze in zijn differentiaal diagnose op te nemen en dat hij deze, na nader onderzoek of behandeling door de specialist, verder kan behandelen: niet pyogene artritis, juveniele reumatoïde artritis, 'palindromic reumatism' artritis of polyarthritis zonder nadere aanduiding, torticollis, rotator cuff syndroom, ankylose van gewrichten, craniocervicaal syndroom, radiculitis brachialis, lumbosacrale radiculitis, hernia en ruptuur van spieren, status na artrodese.

Niveau III: De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij deze in zijn differentiaal diagnose kan opnemen, terwijl hij deze in overleg met de specialist kan meebehandelen: acute pyogene artritis, dermatomyositis, polymyositis, osteomyelitis en periostitis, osteitis deformans, juveniele osteochondrose van de heup, hand en voetbeentjes, epifysiolyse caput femoris, osteochondritis dissecans en andere osteochondrose, spontane fractuur, botcyste, hyperostosis schedel, groeiinstand, dérangement interne van gewrichten, pathologische luxatie, myasthenia gravis, myositis ossificans, peescontracturen, diffuse bindweefselandoeningen (o.a. sklerodermie, L.E., skleroedeem), klompvoet, e.a., maligne neoplasma van bot, bindweefsel, congenitale heupluxaties.

B. Epidemiologische en risicofactoren.

1. De huisarts dient inzicht te hebben in de belastende factoren bij atrosis deformans, periartritis humeroscapularis, bursitis, houdingafwijkingen, voetdeformaties, rotator cuff syndroom.
2. De huisarts dient inzicht te hebben in factoren, die tot het ontstaan of het verergeren van reuma kunnen bijdragen.

• Erfelijke en familiale aspecten.

De huisarts dient op de hoogte te zijn van het familiair voorkomen van: reumatoïde artritis, artrose, M. Scheuermann, Dupuytren, familiale spierziekten.

• Preventie en vroege diagnostiek.

1. De huisarts dient kennis te hebben van de preventie van houdingsafwijkingen, voetdeformaties.
2. De huisarts dient in staat te zijn tot een vroege diagnose van: congenitale heupluxatie, houdingsafwijkingen, M. Bechterew, M. Scheuermann, aseptische necrose van de heup, scheefstand van bekken, maligne aandoeningen, myasthenia gravis.

• Diagnostische handelingen.

De huisarts dient de volgende onderzoeken te beheersen:

1. Onderzoek van vorm en functie van de gewrichten van de extremiteiten, idem van de wervelkolom, de houding van de wervelkolom, bekken, benen en voeten, onderzoek van hand en voet op deformaties, onderzoek van de voetgewelven, afwijking van de voet, onderzoek op botzwellings.
2. Onderzoek van armen en benen op neurologische afwijkingen als gevolg van radiculair afwijkingen of aandoeningen van de perifere zenuwen.
3. Onderzoek van lopen, staan en zitten.
4. Onderzoek van spieren op kracht, atrofie, de peesscheden en pezen op afwijkingen, onderzoek op trofische stoornissen.
5. Onderzoek van de anatomische en chirurgische lengte van het been.
6. Bepalen van lichaamslengte en gewicht, alsmede huidplooi-meting.

• Laboratorium- en röntgenonderzoek.

1. De huisarts dient zelf te kunnen bepalen en interpreteren: Hb, BSE, leuc., reumamonosticon.
2. De huisarts dient de volgende onderzoeken te kunnen laten verrichten en de resultaten ervan te kunnen interpreteren: witte bloedbeeld, AST, Rose-Waaler.
3. De huisarts dient de uitslagen van de volgende röntgen-onderzoeken in zijn beleid te kunnen opnemen: gewrichts-foto's, foto's van de wervelkolom, van de botten, schedel, atrogram van de knie.

• Therapeutische vaardigheden.

1. De huisarts dient de criteria te kennen op grond waarvan medicamenten uit de volgende groepen gekozen worden, de dosering, de duur van de behandeling, de werking, de eventuele bijwerkingen, contraïndicaties en onverenigbaarheid met andere middelen, terwijl hij ook inzicht dient te hebben in de kosten van een door hem voorgeschreven behandeling: antireumatica (orale), analgetica, antibiotica.
2. De huisarts dient de volgende middelen in samenwerking met de specialist te kunnen voorschrijven, hij dient de dosering, de duur van de behandeling in overleg met de specialist te kunnen aangeven, en hij dient op de hoogte te zijn van de eventuele bijwerkingen, contraïndicaties en onverenigbaarheid met andere middelen: corticosteroiden, cytostatica, injecteerbare antireumatica (goud).
3. De huisarts dient in staat te zijn orthopaedisch schoeisel,

steunzolen, kniekorsetjes, stokken, krukken, nachtspalen voor te schrijven, elastische kousen,-enkels en-knieën.

4. De huisarts dient in staat te zijn een passende hakverhoging voor te schrijven.
  5. De huisarts dient aanwijzingen te kunnen geven voor het gebruik van hulpmiddelen ter vermindering van de nadelige consequenties van invaliditeit (bij eten, kleden, gebruik W.C., e.d.).
  6. De huisarts dient de indicaties te kennen voor verschillende vormen van fysiotherapie, bewegingstherapie.
  7. De huisarts dient adviezen te kunnen geven met betrekking tot bed, stoel.
  8. De huisarts dient een calorie-arm dieet te kunnen voorschrijven.
- H. Overleg met anderen.  
De huisarts dient in staat te zijn om met de volgende personen en instanties te kunnen overleggen:
1. Wijkverpleegkundige bij bedlegerige patienten, voor geven van injecties, in verband met nazorg reumabestrijding.
  2. Fysiotherapeut over de te geven behandeling.
  3. Dietiste over vermageringsdieet.
  4. Revalidatieinstellingen, Prov. Stichting voor Revalidatie, organisaties in verband met de toepassing van hulpmiddelen, aangepaste woning enz.
  5. Hulpverlenende instanties op huishoudelijk gebied (gezins-hulp, Tafeltje-dek-je, enzovoort).

V.15. BEPAALENDE ZIEKTEN VAN PASGEBORENEN.

A. Ziekten in drie niveaus ingedeeld.

Niveau I : De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij in staat is bij lijdende aan deze ziekten en klachten zelfstandig een diagnose te stellen en deze zonder hulp van een specialist te behandelen: fysiologische icterus van de pasgeborene, aspiratie, ademinsufficiëntie, haematoom van de M.sterno-cleido-mastoïdeus, cephaal-haematoom, navelinfectie.

Niveau II : De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij in staat is deze in zijn differentiaaldiagnose op te nemen, en dat hij deze, na nader onderzoek of behandeling door de specialist, verder kan behandelen: prematuritas, dysmaturiteit, serotiniteit.

Niveau III : De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij deze in zijn differentiaaldiagnose kan opnemen, terwijl hij deze in overleg met de specialist kan meebehandelen: geboortetraumati (intracraniele bloedingen, fracturen van skelet, zenuwlaesies), congenitale afwijkingen (tract. circ., resp., digest., uropget., heupdysplasie), verworven aangeboren afwijkingen (ten gevolge van infecties: lues, rubella, toxoplasmose, medicamenten)insulineontregeling, hydrocephalus, m.haemolyt., neonatorum, anoxie hypoxie, hyaliene membranen, fetal distress, dyspnoe, intrauterine anoxemie, haemorrh. ziekten van de pasgeborene, onderkoeling, meconiumobstipatie en/of-ileus, navelstompcomplicaties, kernicterus, afwijkingen aan de zintuigen.

B. Epidemiologische en risicofactoren.

De huisarts dient op de hoogte te zijn van de:

1. gevolgen van een mogelijke intrauteriene besmetting en de invloed van geneesmiddelen op de foetus.
2. risico's van de kunstverlossing.
3. risico's van Rh en ABO incompatibiliteit.
4. risico's van toxicose, diabetes mellitus en andere ziekten van de moeder.
5. risico van prematuritas en van serotiniteit.

C. Erfelijke en familiale aspecten.

De huisarts dient op de hoogte te zijn van:

1. de erfelijkheid van desbetreffende ziekten.
2. het familiair voorkomen van bepaalde ziekten.
3. het voorkomen van Rh en ABO incompatibiliteit.

D. Preventie en vroege diagnostiek.

De huisarts dient:

1. de preventie te kennen van m.haemolyticus neonatorum, van intrauterine infecties (rubella).
2. de globale principes van 'genetic counseling' te kennen.
3. het voorkomen van congenitale afwijkingen vroeg te onderkennen, i.h.b. atresie van de tr.digest., cardiale afw., dysplasie van de heup, afw. aan gehoors- en gezichtsvermogen.
4. gevolgen van de partus vroegtijdig te onderkennen: hypoxie, dispnoe, onderkoeling.

E. Diagnostische handelingen.

De huisarts dient zelf de volgende handelingen te kunnen verrichten:

1. bepaling van de APGARscore
2. onderzoek van de pasgeborene op congenitale afwijkingen
3. neurologisch onderzoek van de pasgeborene.

F. Laboratorium- en röntgenonderzoek.

De huisarts dient bloed te kunnen afnemen voor de volgende onderzoeken: fenylketonurie, hyperbilirubinaemie, Coombstest, (navelstrengbloed) toxoplasma, lues hyperinsulinisme, bloedbeeld.

G. Therapeutische vaardigheden.

De huisarts dient de volgende therapeutische handelingen te kunnen verrichten:

1. vrijmaken van de luchtwegen van slijm enz.
2. resussituatie van de zuigeling.
3. maatregelen ter handhaving van de temperatuur van de zuigeling.
4. regeling van de vochttoevoer.

H. Overleg met anderen.

De huisarts dient overleg te kunnen plegen met:

1. de verloskundige over diagnostiek en behandeling van de zuigeling.
2. de kraamverzorgster over de verzorging van de zuigeling.

V.16. ONGEVALSLETSELS EN ONGEWENSTE GEVOLGEN.

A. Ziekten in drie niveaus ingedeeld.

Niveau I : De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij in staat is bij lijders aan deze ziekten en klachten zelfstandig een diagnose te stellen en deze zonder hulp van een specialist te behandelen: verwondingen van de huid m.n. scheur-, steek- en snijwonden, oppervlakkige letsels van de huid, contusie van de subcutane weefsels (kneuzing, hematoom), distorsie van gewrichten, luxatie van enkele gewrichten (vinger, patella, kaakgewricht, os coccygis), fractuur van rib, clavicula, fibula, vingers, tenen, green stick fracture onderarm, brandwonden (t.g.v. hitte, straling, electr., vlam, vuur, zon) van de eerste graad en van de tweede graad bij beperkte omvang, bevroering van de eerste graad en van de tweede graad bij beperkte omvang, binnengedrongen corp.aliena in huid, oog, oor, neus, pharynx, mond, keel, vagina, anus, barotrauma van het oor, zee- en luchtziekte, beten van huisdieren, insecten en slangen, vergiftingen van medicamenteuze en niet-medicamenteuze aard (waaronder: CO), commotio cerebri, verdrinking, tentamen suicidi.

Niveau II : De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij in staat is deze in zijn differentiaaldiagnose op te nemen, en dat hij deze, na nader onderzoek of behandeling door de specialist, verder kan behandelen: huidverwondingen van groter omvang, of in het gelaat gelegen, niet onder I of III vermelde luxaties, niet door de huisarts te verwijderen corp.aliena, contusio cerebri, pneumothorax.

Niveau III : De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij deze in zijn differentiaaldiagnose kan opnemen, terwijl hij deze in overleg met de specialist kan meebehandelen: zeer ernstige huidverwondingen, verwondingen die cosmetisch ernstige consequenties hebben, perforerende verwondingen, corpora aliena in inwendige organen, etsing inwendige organen, verbranding en bevroering, niet onder I genoemd, ernstige distorsie, haemartros, fracturen, niet onder I vermeld, laesie inwendige organen, spannings pneumothorax, hemothorax, traumatische shock, intracranieel hematoom, caisson-ziekte, subcutaan emphyseem, alle letsels, waarbij de continuïteit van pees of zenuw bedreigd wordt, toestand na operatie, waarbij voorzieningen nodig zijn, zoals na amputatie, andere orthopaed toestanden, complicaties na operatie (lymphoedeem, hematoom, nabloeding, littekenbreuk thrombose) toestand na cardiologische operatie.

B. Epidemiologische en risicofactoren.

De huisarts dient op de hoogte te zijn van:

1. epidemiologische aspecten van ongevallen (in huis, verkeer), van vergiftigingen (thuis, industrie, landbouw) van tentamen suïcidii.

De huisarts dient op de hoogte te zijn van de volgende risicofactoren:

2. sportletsels bij balspel, atletiek, duiken, bergbeklimmen.
3. in bepaalde beroepen en bedrijven waarmee hij regelmatig te maken heeft.
4. iatrogene risico's door gebruik van medicamenten.
5. kind en bejaarde t.a.v. ongevalsrisico.
6. tent. suïcidii
7. bejaarde en gebruiker van endocrinol. prep. t.a.v.

C. Erfelijke en familiale aspecten.

De huisarts dient op de hoogte te zijn van:

1. erfelijke ziekten van het bewegingsapparaat
2. het familiair voorkomen van accident proneness, tent. suïcidii

D. Preventie en vroege diagnostiek.

De huisarts dient in staat te zijn:

1. tot een vroege herkenning van intoxicaties, intracranieele bloedingen.
2. tot het geven van voorlichting aan individuen en gezinnen inzake de preventie van ongevallen, intoxicaties.
3. tetanuspropylaxe.

E. Diagnostische handelingen.

De huisarts dient de volgende handelingen te kunnen verrichten:

1. inspectie, percussie, palpatie en auscultatie van huid, subcutis, spieren, pezen, beenderen, thorax en abdomen.
2. vaststellen of er afwijkingen bestaan in functies van het bewegingsapparaat.
3. inspectie van oog, oor, neus en keel, mede met behulp van oog- en oorspiegel.
4. oriënterend neurologisch onderzoek.
5. onderzoek van comateuze patient.
6. onderzoek van patient, direct in aansluiting aan ongeval
7. vaststellen van de dood.

F. Laboratorium- en röntgenonderzoek.

De huisarts dient zelf het volgende laboratoriumonderzoek te kunnen uitvoeren: urine, eiwit, sed. bloed. Hb.

Hij dient de volgende onderzoeken te kunnen laten uitvoeren en de resultaten ervan in zijn beleid op te nemen: Ht, Na, K, creatinineclearance, ureum.

De huisarts dient de uitslagen van het röntgenonderzoek van skelet, inclusief gewrichten in zijn beleid te kunnen opnemen.

G. Therapeutische vaardigheden.

De huisarts dient de volgende therapeutische handelingen te kunnen verrichten:

1. wondbehandeling (reinigen, desinfecteren, hechten, excisie, wondranden)
2. het leggen van verbanden (afsluitende, drukverband, fixerend, kleefpleister, zinklijm.
3. het aanleggen van spalkje voor vinger of teen.
4. het geven van eerste hulp bij bloedingen, fractuur, schedeltrauma, shock, verbranding, bevriezing, bewusteloosheid, intoxicatie enz.
5. het verbinden van brandwonden.



6. het geven van kunstmatige ademhaling, hartmassage, beademing
7. het inbrengen van een infuus
8. het toedienen van zuurstof
9. het verwijderen van corp. aliena
10. het geven van locale anaesthesie (oog, wondbehandeling)
11. de huisarts dient de criteria te kennen op grond waarvan medicamenten uit de volgende groepen gekozen worden, hij dient de dosering, de duur van de behandeling, de werking, de eventuele bijwerkingen, de contra-indicaties en onverenigbaarheid met andere middelen te kennen, terwijl hij ook inzicht dient te hebben in de kosten van de door hem voorgeschreven middelen: analgetica, antiflogistica, anaesthetica, antihistaminica, antibiotica, corticosteroiden, middelen tegen zeeziekte, sedativa. De huisarts dient ook op de hoogte te zijn van de meest gebruikelijke soorten verbandstoffen en middelen bij EHBO. (spalken, zuurstof, tubes, enz.)

H. Overleg met anderen.

1. De huisarts dient met de fysiotherapeut overleg te kunnen plegen over (na)behandeling van patienten na een trauma.
2. De huisarts dient met het personeel van een ambulance overleg te kunnen plegen over de juiste wijze van transport na een ongeval, en over de tijdens het vervoer te nemen maatregelen.
3. De huisarts dient met de wijkverpleegkundige overleg te kunnen plegen over de verpleging van patienten na een ongeval, over de wondbehandeling.

7.17. SYMPTOMEN EN SLECHT GEDEFINIEERDE CONDITIES.

Opmerking: in verband met het karakter van dit hoofdstuk zijn de rubrieken E, F en H. vervallen.

A. Ziekten in drie niveaus ingedeeld.

Niveau I : De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij in staat is bij lijders aan deze ziekten of klachten zelfstandig de diagnose te stellen en deze zonder hulp van een specialist te behandelen:  
hoofdpijn, dehydratie, hyperhydrosis (en nachtzweet), gewichtsverlies, verlies aan eetlust, hik, flatulentie, koude rillingen, algemene malaise, moeheid, vertigo, febris e.c.i., koorts convulsies, lymfklierzwellig e.c.i., (stokers) krampen, restless legs, latanie (hyper-ventilatie), albuminurie, hematurie, oedeem, tenesmi ad ani, nycturie, polyurie, polydipsie, observatie wegens en/of verdenking op: maligne processen, tuberculose, onduidelijke klachten, ouderdomsverschijnselen (degeneratieve afwijkingen), herkennen van simulatie en/of aggraviatie, asfyxie, autointoxicatie, hyperlipedemie, onverklaarde niet op ziekte berustende afwijkende laboratorium uitslagen.

Niveau II : De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten of syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij in staat is deze in zijn differentiaal diagnose op te nemen en dat hij deze, na nader onderzoek of behandeling door de specialist, verder kan behandelen: ernstige albuminurie, priatisme, persisterend bloederig ejaculaat, hematurie e.c.i., convulsies e.c.i., tremoren e.c.i., splenohepatomegalie, ascites, shock.

Niveau III : De huisarts dient van de volgende ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij deze in zijn differentiaal diagnose kan opnemen, terwijl hij deze in overleg met de specialist kan meebehandelen: incontinentia ad alvi et urinae, cornata, stupor, delirium, athetose, coördinatiestoornissen, uremie.

B. Epidemiologische en risicofactoren.

1. De huisarts dient op de hoogte te zijn van de epidemiologische aspecten van stokers krampen, hyperlipedemie.
2. De huisarts dient op de hoogte te zijn van de risico's bij dehydratie, convulsies en shock.
3. De huisarts dient op de hoogte te zijn dat een bepaalde leefwijze bij de betrokkenen het risico van hyperlipedemie kan teweegbrengen.
4. De huisarts dient op de hoogte te zijn van de risico's bij zuigelingen t.a.v. dehydratie.

C t/m F -----

G. De huisarts dient de criteria te kennen op grond waarvan medicamenten uit de volgende groepen gekozen worden, hij dient de dosering, de duur van de behandeling, de werking, de eventuele bijwerkingen, contraindicaties en onverenigbaarheid met andere middelen te kennen, terwijl hij ook inzicht dient te hebben in de kosten van een door hem voorgeschreven behandeling:

analgetica, antipyretica, antibiotica, corticosteroiden (systematisch), tonica, placebo's, antipsychotica, hypnotica, antiepileptica, verder dient hij op de hoogte te zijn van de eerste hulp bij shock bestrijding.

De huisarts dient de volgende dieten te kunnen voorschrijven: eiwit-arm, eiwit-rijk, natrium-arm, natrium-rijk, cholesterol-arm, vochtbalans-herstellend.

H. ---

V.18. BEVALLINGEN EN COMPLICATIES VAN ZWANGERSCHAP EN PUERPERIUM.

A. Ziekten in drie niveaus ingedeeld.

Niveau I : De huisarts dient van de volgende fysiologische gebeurtenissen, ziekten, klachten, en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij in staat is bij zwangeren en/of lijdsters aan afwijkingen in en na de zwangerschap de diagnose te stellen en deze zonder hulp van de specialist te begeleiden of te behandelen: prenatale zorg, ongecompliceerde partus, postnatale zorg van moeder en kind tijdens de zwangerschap, hyperemesis gravidarum, infecties van de tractus genitalis (vulvitis, colpitis, cervicitis,) infecties van de urinewegen, abortus imminens, spontane abortus, liggende afwijkingen van het kind in utero, missed abortion, Rhesusantagonisme zonder vorming van antistoffen, preëclampsie. Tijdens de bevalling: randsimusbloeding, achtergebleven vliezen of placentaresten of vastzittende placenta, uterusatonie, stuitligging bij multipara, voorhoofdsligging, aangezichtsligging, tweeling, weënzwakke, verlengde uitdrijving binnen toelaatbare grenzen, vroegtijdig breken van de vliezen, partus prematurus. Na de bevalling: eerste en tweede graadsruptuur van het perineum, haematoom van de weke delen, mastitis puerpuralis, tepelkloven, obstipatie, endometritis, urineweginfecties, thrombosebeen, oppervlakkige thrombophlebitis, haemorrhoiden.

Niveau II : De huisarts dient van de volgende afwijkingen, ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij in staat is deze in zijn differentiaaldiagnose op te nemen en dat hij deze, na nader onderzoek of behandeling door de specialist, verder kan behandelen: parametritis, pelveoperitonitis, salpingitis, dreigende partus immaturus, inleiden van de partus, derdegraads perineumruptuur, missed abortion, ongecompliceerde zwangerschap bij diabetica, lijdster aan hypertensie, nierziekten en hartziekten.

Niveau III : De huisarts dient van de volgende afwijkingen, ziekten, klachten en syndromen een zodanige kennis te bezitten, dat hij deze in zijn differentiaaldiagnose kan opnemen, terwijl hij deze in overleg met de specialist kan meebehandelen: extrauterine zwangerschap, overige bloeding tijdens de zwangerschap en tijdens de partus, vruchtwaterembolie, uterusruptuur. Rhesusantagonisme met antilichamen, habituele abortus, drie-en meervoudige zwangerschap, mola hydatidosa, hydramnion, preëclampsie tijdens en na de bevalling, eclampsie, ernstige leveraandoeningen tijdens de zwangerschap, therapeutische abortus, incomplete spontane abortus, wanverhouding kind en bekken van de moeder, overige liggingsafwijkingen, langdurige partus buiten de normen, gestoorde partus door mechanische belemmering, uterusruptuur, inversio uteri en andere baringstraumata, uitgezakte navelstreng, overige infecties in puerperium.

B. Epidemiologische en risicofactoren.

De huisarts dient op de hoogte te zijn van de epidemiologie van: geslachtsziekten, mastitis puerpuralis. Ook dient hij de volgende risicofactoren te kunnen onderkennen: oude primipara, diabetes, lijdster aan hypertensie, nierziekten, hartziekten, tuberculose en andere ziekten, rhachitis, congenitale en andere bekkenafwijkingen, rhesusantagonisme en ABO antagonisme, habituele abortus, oorzaken voor extrauterine zwangerschap, situatie na uterusoperatie (sectio caesaria), bepaalde vormen van sociale pathologie.

C. Erfelijke en familiale factoren.

De huisarts dient enig inzicht te hebben in de erfelijke en familiale aspecten van : Rhesusantagonisme, meerlingzwangerschap,

D. Preventie en vroege diagnostiek.

1. De huisarts dient in staat te zijn door een passende prenatale en postnatale zorg de noodzakelijke preventieve maatregelen te treffen, o.a. rhesusantagonisme, urineweg-infecties, liggingsafwijkingen, thrombosebeen, eclampsie, rubella, anaemie. De huisarts dient inzicht te hebben in de betekenis van de voorbereiding van de kraamvrouw op de partus, o.a. door zwangerschapsgymnastiek, het vermijden van overbelasting, psychohygienische en sexuologische adviezen enz.

E. Diagnostische handelingen.

1. De huisarts dient de volgende onderzoeksmethoden te beheersen: zwangerschapsanamnese, berekening duur zwangerschap, uitwendig en inwendig onderzoek van de zwangere en in partu zijnde vrouw (inc.cortonen), tensie meten, vaststellen van oedeem, bekken opmeten, wegen, beoordeling oogfundus
2. Onderzoek van de mammae,
3. Onderzoek veneuze circulatie benen, lever, milt, hart, longen.

F. Laboratorium- en röntgenonderzoek.

1. De huisarts dient de volgende bepalingen zelf te kunnen verrichten: Hb, urineonderzoek op eiwit, glucose en sediment, aceton, bilirubine, zwangerschapsreacties.
2. De huisarts dient de volgende laboratoriebepalingen te kunnen laten verrichten en de resultaten ervan in het beleid op te nemen: Ht, witte bloedbeeld, serologische reacties op lues, rubella, toxoplasmose, bloedgroeponderzoek, antilichamen (Rh en ABO) (ook uit navelstrengbloed) urinekweek.
3. De huisarts dient de uitslag van het volgende röntgenologisch onderzoek in zijn beleid te kunnen opnemen: ligging foetus, meervoudige zwangerschap.
4. De huisarts dient voor zover nodig de resultaten van de volgende onderzoeksmethoden in zijn beleid te kunnen opnemen: doptone, ultraluidonderzoek, foetografie, amniocentese, amnioscopie.

G. Therapeutische vaardigheden.

1. De huisarts dient een normale partus te kunnen leiden.
2. De huisarts dient bepaalde liggingsafwijkingen te kunnen corrigeren.
3. De huisarts dient een stuitbevalling en een tweelingbevalling te kunnen leiden.
4. De huisarts dient een episiotomie te kunnen zetten en deze te kunnen hechten, evenals spontane rupturen (1e en 2e graad).
5. De huisarts dient de handgrepen te kennen teneinde placenta en vliesresten te kunnen verwijderen.
6. De huisarts dient de indicatie voor een klinische partus te kunnen stellen.
7. De huisarts dient de blaas bij een zwangere vrouw te kunnen catheteriseren.

De huisarts dient de criteria te kennen op grond waarvan medicamenten uit de volgende groepen gekozen worden, hij dient de dosering, de duur van de behandeling, de werking, de eventuele bijwerkingen, contraindicaties en onverenigbaarheid met andere middelen te kennen, terwijl hij ook inzicht dient te hebben in de kosten van een door hem voorgeschreven behandeling:  
antianaemica, antiemetica, foliumzuur, antibiotica, lokaal-anaesthetica, weeënbevorderende middelen, laxantia, uterotonica, diuretica, antihypertensiva, vit.K., rubellagammaglobuline, magnesiumsulfaat, valium, tepelzalven, antistolling.

8. De huisarts dient een natriumbeperkt dieet te kunnen voorschrijven.
9. De huisarts dient de zwangere een psychosociale begeleiding te kunnen geven.
10. De huisarts dient geboorteregelande adviezen te kunnen geven.

H. Overleg met anderen.

1. De huisarts dient met de vroedvrouw te kunnen overleggen over de pre- en postnatale zorg en over de leiding van de baring bij een zwangere.
2. De huisarts dient met de kraamverzorgster te kunnen overleggen over de hulpverlening aan de kraamvrouw tijdens en na de partus en aan haar gezin.
3. De huisarts dient te kunnen overleggen met een abortusteam cq. gynaecoloog en psychiater over een ongewenste zwangerschap.
4. De huisarts dient in staat te zijn overleg te plegen over adoptie of afstand van een kind.