

# Huisarts en opleiding (V) - Gezinsgeneeskunde

DOOR DR F. J. A. HUYGEN, HUISARTS TE LENT

Ten aanzien van huisarts en universitaire opleiding doet zich een paradoxale ontwikkeling voor wanneer wij de Oude met de Nieuwe Wereld vergelijken. In West-Europa wordt de algemeen arts van weleer steeds bewuster gezinsarts. In ons land is dat bijvoorbeeld duidelijk het geval. De universiteiten in West-Europa beschikken echter louter over specialistische afdelingen en — een enkele uitzondering als Edinburgh daargelaten — niet over huisartspraktijken. Aan een systematische, wetenschappelijke ontwikkeling van gezinsgeneeskunde wordt van universitaire zijde weinig of niets gedaan. In de Verenigde Staten daarentegen is de algemeen arts steeds minder gezinsarts geworden. Het beroep van huisarts, zoals wij dat kennen, schijnt daar min of meer uit te sterven, daar een sterke ontwikkeling in de richting van een klinische specialisatie gaande is. Verschillende universiteiten aldaar leggen echter een grote belangstelling aan de dag voor gezinsgeneeskunde en trachten met grote moeite en kosten een soort huisartspraktijk op te bouwen voor onderwijs en wetenschappelijk onderzoek.

In vorige bijdragen aan dit tijdschrift\* is reeds aandacht geschonken aan pogingen tot vernieuwing van het medisch onderwijs in Amerika, waarbij gestreefd wordt naar hetgeen aldaar „comprehensive medicine” heet en hier aangeduid wordt met „integrale geneeskunde”. Hiermee wordt bedoeld dat men niet alleen systematisch aandacht schenkt aan de ziekteverschijnselen, maar ook aan de persoonlijkheid van de patiënt en aan diens psychische en sociale achtergronden. Tal van Amerikaanse medische scholen beschikken over medisch-psychologische afdelingen of maken in een andere vorm intensief gebruik van de diensten van psychologen en psychiaters bij het onderzoek en de behandeling van patiënten. Verscheidene universiteiten hebben nu ook een medische dienst voor gezinnen ontwikkeld, waarop zij onderwijsprogramma's baseren. De studenten krijgen dan dikwijls gezinnen toegewezen, welke zij gedurende jaren in hun ontwikkeling volgen en waarvoor zij geleidelijk leren als dokter en min of meer als huisarts te fungeren. In de *Journal of Medical Education* verschijnen herhaaldelijk artikelen waarin verslag wordt uitgebracht van de ervaringen, die met deze gezinsprogramma's zijn opgedaan. Men zie hiervoor in dit nummer het referaat 62-10 r van het artikel van *Kennell e.a.* uit de *Western Reserve University in Cleveland*.

\* (1957) huisarts en wetenschap 1, 10; 1, 71.  
(1958) huisarts en wetenschap 1, 214.  
(1959) huisarts en wetenschap 2, 138.

In het juni-nummer van 1962 brengt *Haggerty* verslag uit over het onderwijsprogramma voor gezinsgeneeskunde van de *Harvard Medical School* in Boston. Het aantal gezinnen waarop dit is gebaseerd bedraagt 120. Het programma wordt niet alleen gebruikt voor de instructie van studenten, maar ook voor die van toekomstige kinderartsen. Slechts een gedeelte van de studenten kon aan dit programma deelnemen, wat de mogelijkheid bood deze groep te vergelijken met een controlegroep uit de overige studenten. Ook hier kreeg iedere student een gezin toegewezen, dat hij in zijn derde en vierde studiejaar begeleidde. In tegenstelling met de *Western Reserve University (Kennell)* gaf hier iedere student zelf complete medische zorg thuis, zowel curatief als preventief, aan alle leden van het gezin onder supervisie van een gezondheidsteam bestaande uit kinderarts, wijkverpleegster, maatschappelijk werkster en secretaresse. Hieraan waren consulents in interne geneeskunde, verloskunde en psychiatrie toegevoegd.

De studenten of hun plaatsvervaarders moesten gedurende het gehele jaar dag en nacht bereikbaar zijn voor hun gezinnen. Dit rechtstreekse contact met patiënten en het thuis consulteren van de staf bleek voor hen zeer leerzaam te zijn.

*Haggerty* heeft getracht op verschillende wijzen de resultaten van dit gezinsgezondheidszorgprogramma te evalueren. De cijfers, die door deze studenten in hun studie werden behaald, waren niet gunstiger dan die van de controlegroep. De indruk, verkregen uit schriftelijke en mondelinge enquêtes over de waarde van dit gezinsprogramma voor de studenten, was echter wel gunstig. Verscheidene hunner hadden in het begin wel grote moeite bij het samenwerken met de verpleegster en maatschappelijk werkende. Zij vonden het moeilijk hun patiënten te „delen” met deze niet geneeskundigen. Het voorbeeld van de leidende medicus kon de meesten hier overheen helpen. De oorzaak van dergelijke weerstanden bij de studenten wordt gezocht in onzekerheid en daaruit voortvloeiende angst, die vooral optreedt bij de onduidelijke problemen waarop men in de gezinsgeneeskunde stuit.

De auteur acht de wijze, waarop de staf de patiënten — en ook de studenten! — tegemoet treedt, een van de meest belangrijke leermethoden. De meeste studenten bleken zich te hebben aangemeld omdat ze wilden leren wat het betekent „dokter” te zijn. Het hiërarchische systeem in de academische ziekenhuizen maakte het de studenten onmogelijk zich daar als behandelend arts te voelen.

De staf verrichtte in de loop van de jaren weten-

schappelijk speurwerk in de gezinnen. Als voorbeelden hiervan worden onder andere opgesomd: een dubbel blind onderzoek over inenting tegen influenza, inentingsproeven met een verzwakt mazelenvirus, onderzoekingen naar luchtweginfecties in gezinnen, naar gezinsfactoren bij ongevallen van kleuters, moederlijke bezorgdheid in het kraambed, enzovoort. Haggerty meent, dat de concentratie van het medisch onderwijs op patiënten, die zijn opgenomen in academische ziekenhuizen, waar voornamelijk ongewone, ernstige en ver gevorderde ziektegevallen worden gezien, leidt tot een eenzijdige en onvolledige opleiding van de studenten. Gezinsgeneeskundige programma's kunnen de gelegenheid bieden, ook preventieve geneeskunde te beoefenen, te leren zorgen voor de alledaagse medische en sociale crises en met medische hulpkrachten samen te werken. Bovendien kunnen dergelijke programma's ook worden gebruikt voor een specialisering tot huisarts van afgestudeerde artsen. Hiervoor is, volgens de auteur, een meer specifieke opleiding nodig dan alleen een partiële in alle klinische specialismen. Verder kunnen er op deze wijze onderzoekers en docenten voor het veld van de gezinsgeneeskunde worden gekweekt. Haggerty acht het waarschijnlijk dat vele Amerikaanse universiteiten zullen trachten door dergelijke gezinsgeneeskundige afdelingen hun opleidingsprogramma te verbeteren.

De boven aangehaalde voorbeelden van Cleve-

land en Boston maken duidelijk, dat medische faculteiten in de Verenigde Staten grote belangstelling voor gezinsgeneeskunde aan de dag beginnen te leggen. Het komt mij voor dat dit een bijzonder verheugend verschijnsel is. Hier is een ontwikkeling gaande die we nauwkeurig dienen te volgen. Het is mij bekend dat ook ten onzent bij de medische faculteiten een groeiende belangstelling is voor een exploratie van het terrein van de huisarts. Het ziet er echter naar uit dat de Nieuwe Wereld ons in deze een stap voor is.

De paradox waarover ik in de aanhef sprak, is misschien niet zo vreemd als op het eerste gezicht lijkt. Juist omdat in de Verenigde Staten voor vele gezinnen een huisarts in de zin van gezinsarts, niet of moeilijk bereikbaar is, krijgen de universiteiten gelegenheid, door het bieden van kosteloze diensten, dergelijke gezinsprogramma's op te bouwen. Het zou veel moeilijker zijn in onze samenleving, waar alle gezinnen reeds een gezinsarts hebben, iets dergelijks als in Amerika te organiseren. Hier zouden andere wegen moeten worden bewandeld. Het valt echter te hopen dat ook hier de gezinsgeneeskunde spoedig op academisch niveau zal worden beoefend en dat dit aspect van de geneeskunde in het medisch onderwijs zal worden betrokken.

Haggerty, R. J. (1962) *J. med. Educ.* 37, 580.  
Kennell, J. H., D. Chickering en E. Soroker (1961) *J. med. Educ.* 36, 1649.

## VAN DE WERKGROEP: VERLOSKUNDE VAN DE HUISARTS

### *Enkele opmerkingen over de prenatale zorg; het eerste bezoek aan de huisarts\**

Algemeen wordt voor een goede prenatale zorg van de aanstaande moeder gepleit, waarbij de nadruk onder meer wordt gelegd op een tijdige aanvang van deze zorg. In verband hiermede interesseerde het ons, op welk moment van de zwangerschap de aanstaande moeder de eerste maal voor controle bij haar huisarts verscheen. Bovendien wilden wij graag weten of er verschillen in gedragspa-

tron bestaan tussen primi- en multiparae en tussen stads- en plattelandsbewoners. Tenslotte interesseerde ons de vraag of een laat aanvangende prenatale zorg ook resulteerde in een hogere perinatale sterfte.

Uit *tabel I* blijkt, dat men in de stad gemiddeld eerder een bezoek aan de huisarts brengt dan op het platteland. Als men berekent in welke maand de vrouwen zich het eerst bij de medicus hebben gemeld, dan vindt men voor de stad een gemiddelde van 3 maanden en ongeveer 22 dagen (3,73 maand) vanaf het begin der zwangerschap en ten plattelande 4 maanden en ongeveer 8 dagen (4,26 maand),

\* Onderzoek met financiële steun van de Gezondheidsorganisatie T.N.O. — de statistische bewerking geschiedde door het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde.

*Tabel I Maand eerste bezoek — in procenten — van stad en platteland*

	Onbekend < 3 maanden	4e	5e	6e	7e	8e	9e	Totaal	Gemiddeld
Stad . . . . .	1,7	46,3	27,6	15,7	6,0	2,1	0,5	3578 (100%)	3,73
Platteland . . . . .	1,3	31,3	26,3	23,0	12,3	4,6	1,0	5991 (100%)	4,26