

## Eerste wereldconferentie van huisartsen

Deze conferentie werd te Montreal gehouden van 30 maart tot 2 april 1964 in het gigantische Queen Elisabeth Hotel. Er werd aan deelgenomen door vertegenwoordigers uit 20 landen, namelijk Australië, Canada, Denemarken, Duitsland, Frankrijk, Groot-Brittannië, India, Joegoslavië, Mexico, Nederland, Nieuw-Zeeland, Oostenrijk, Pakistan, de Pan-Amerikaanse landen, Phillipijnen, Sovjet Unie, Thailand, de Verenigde Staten van Noord Amerika, Zuid Afrika en Zweden, terwijl de Wereld Gezondheids Organisatie een waarnemer had gezonden. In totaal waren ongeveer 120 huisartsen aanwezig.

Men kan deze bijeenkomst de eerste internationale conferentie van wetenschappelijke huisartsenverenigingen noemen. In 1962 heeft weliswaar te Londen een internationale conferentie over de algemene praktijk plaatsgevonden, maar deze conferentie, waarover Koopman — (1963) huisarts en wetenschap 6, 62 — verslag heeft uitgebracht, was echter door Medical World, een Engels medisch tijdschrift, bijeengeroepen. De artsen die hieraan deelnamen konden niet als afgevaardigden van wetenschappelijke verenigingen van huisartsen worden beschouwd, terwijl dit in Montreal wel het geval was.

Het initiatief tot het organiseren van de conferentie te Montreal is uitgegaan van het Canadese College of General Practice dat drie jaar geleden zijn secretaris, Dr. W. V. Johnston, opdroeg alle wetenschappelijke huisartsenorganisaties ter wereld aan te schrijven met de vraag of dit idee door hen werd gesteund. De meerderheid antwoordde in bevestigende zin, mits de grote hieraan verbonden kosten zouden kunnen worden gefinancierd. Het Canadese College besloot daarop de organisatie voor haar rekening te nemen, maar de reiskosten voor de deelnemers zelf te laten. Ondergetekenden zijn in staat geweest aan deze conferentie deel te nemen, doordat de reis voor een van hen door het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid werd betaald en van de ander door de curatoren van de Nijmeegse universiteit. Gaarne getuigen wij op deze plaats van onze dank.

Hoewel velen over de gehele wereld aan ideeën hebben bijgedragen, is het leeuwedeel van het werk neergekomen op Dr. Johnston, die erin is geslaagd — dank zij een voortreffelijke organisatie — deze conferentie tot een succes te maken. De oorspronkelijke doelstelling van de conferentie was drievoudig, namelijk: 1 de inhoud van de algemene praktijk en de rol van de huisarts duidelijker te definiëren; 2 te beraadslagen over de opleiding van de huisarts, zowel vóór als ná het artsexamen en over de nascholing van de praktiserende huisarts; 3 te trachten een handvest voor de algemene praktijk op te stellen dat van nut zou kunnen zijn voor alle gedelegeerden bij hun plannen, ter verbetering van de praktijkuitoefening in hun land.

Hoewel deze conferentie ongetwijfeld van groot algemeen belang is geweest, menen wij te moeten vaststellen dat het niet mogelijk is gebleken deze oorspronkelijke doelstelling te bereiken, met name wat de punten 1 en 3 betreft. De verschillen tussen de diverse landen en werelddelen bleken hiervoor te groot te zijn.

Ofschoon in het algemeen een grote mate van overeenstemming in opvattingen bestond, kon men het toch niet over alle punten eens worden. Het grootste struikelblok hiervoor werd gevormd door een verschil in inzicht tussen Europa en Nieuw-Zeeland enerzijds, en de Verenigde Staten, Canada en Australië anderzijds, waarbij de ontwikkelingslanden geen duidelijk standpunt kozen, maar toch overhelden naar de Amerikaanse visie. Dit verschil betrof niet zozeer de voornaamste karakteristika van de inhoud van de algemene praktijk. Als zodanig werd algemeen onderschreven: de onbelemmerde toegankelijkheid van de algemene arts voor patiënten met alle mogelijke klachten of ziekten, het zich niet beperken tot bepaalde orgaansystemen of leeftijdsgroepen, het continue

en persoonlijke karakter van de relatie met de patiënt en de veelzijdigheid van de functie van de algemene arts, die niet alleen curatief maar ook preventief en revaliderend is. Ook de Russen konden zich met dit alles verenigen. Toch heeft men geen definitie kunnen vinden die door allen kon worden onderschreven. Het genoemde verschil betrof voornamelijk de wijze van uitoefening van de huisartsfunctie. De Europese vertegenwoordigers, benevens die van Nieuw-Zeeland meenden dat de basis hiervoor in het huis van de patiënt, in de gemeenschap moet worden gezocht en dat de behandeling in het ziekenhuis hoofdzakelijk aan specialisten moet worden overgelaten. De Amerikanen daarentegen meenden dat de huisarts zijn patiënten ook in het ziekenhuis moet kunnen behandelen. De oorzaak van dit verschil in opvatting moet gedeeltelijk worden gezocht in geografische factoren. Het is duidelijk dat in landen als Amerika, Australië en Canada het probleem van de afstand een veel grotere rol speelt dan bijvoorbeeld in ons land. Dit brengt met zich dat een gedeelte van de huisartsen in deze uitgestrekte landen, zonder de hulp van specialisten, de geneeskunde in volle omvang moet uitoefenen, en bijvoorbeeld ook operaties moet kunnen verrichten, die de huisarts in Europa reeds lang aan anderen heeft overgelaten.

Toch kan dit niet voldoende verklaren waarom ook in de steden de „general practitioner” het van groot belang acht in het ziekenhuis werkzaam te zijn. Waarschijnlijk zal het feit, dat de patiënten aldaar veel eerder dan bij ons gebruikelijk in het ziekenhuis worden opgenomen, een rol spelen. Verscheidene ziekenhuizen in de Verenigde Staten hebben aparte afdelingen voor de algemene praktijk. Wij konden ons niet aan de indruk onttrekken — een indruk die in onze daarop volgende studiereis door de Verenigde Staten werd bevestigd — dat behalve de bovengenoemde factoren ook sprake is van een wijdverbreide, ietwat romantische neiging tot een vasthouden aan een verleden, dat naar ons gevoel definitief voorbij is.

In Amerika gebeuren tal van ingrepen door huisartsen, die in Europa uitsluitend door specialisten worden verricht. Het is ons duidelijk geworden dat aldaar door de „G.P.” een veel grotere waarde wordt gehecht aan de technische kanten van de geneeskunde en dat er geen duidelijk afgebakende grens is tussen algemene en specialistische praktijken. Tussen „general practitioner” en specialist bestaat een zekere rivaliteit en een sterke neiging tot concurrentie. Niet alleen beweegt de „general practitioner” zich naar onze mening soms op specialistisch terrein, ook de specialist neigt er sterk toe zich op het terrein van de huisarts te begeven.

Daarbij komt dat de Amerikaanse huisarts uitgesproken afkerig is van het bezoeken van patiënten aan huis, wat hij in het algemeen slechts als tijdverlies beschouwt. Op deze wijze dreigt aldaar, naar ons gevoel, door de „G.P.” het kind met het badwater te worden weggeworpen. Door zijn sterk benadrukken van het algemene in zijn medische praktijk verliest hij datgene uit het oog waarin hij — juist in beperking — zijn kracht zou moeten zoeken. Door zijn drang tot technische competitie met de specialist neigt hij ertoe zich te doen gelden op een terrein waar hij, naar onze mening, bij voorbaat is gedoemd het onderspit te delven, terwijl hij voor de huisarts essentiële zaken verwaarloost.

Wij zagen in Amerika de paradoxale ontwikkeling dat artsen, die zich eerst gespecialiseerd hebben als internist of kinderarts, daarna voor een belangrijk gedeelte algemene praktijk gaan uitoefenen. In de steden verdringen zij zelfs de oorspronkelijke huisarts. Wij van onze kant moeten er echter niet blind voor zijn, dat het voor een continue en integrale gezondheidszorg inderdaad grote voordelen heeft, wanneer men zijn patiënten ook in het ziekenhuis kan blijven (mede) behandelen en daarbij kan beschikken over alle hulpmiddelen die aldaar aanwezig zijn.

De bovenbeschreven controverse maakte het de conferentie onmogelijk, tot een algemeen aanvaarde definitie van de inhoud van de taak en van de rol van de huisarts te komen. Bij de resoluties aan het eind van de bijeenkomst werd het aan de nationale wetenschappelijke verenigingen van huisartsen overgelaten, dit ieder voor zich nader uit te werken.

De opleiding van de huisarts, zowel voor- als na het arts-examen, en zijn continue nascholing, vormden het tweede belangrijke thema. Ten aanzien van de opleiding tot aan het doctoraal-examen was men het er algemeen over eens, dat deze een basis moet vormen voor alle takken van het medische beroep. Een specifieke training tot huisarts hoort thuis na het doctoraal- of na het artsexamen. De gangbare basisopleiding werd echter ten aanzien van de huisarts te smal geacht. Een van de inleiders wees erop dat de geschiedenis heeft geleerd, dat gedurende de laatste eeuw de verantwoordelijkheid voor en het toezicht op de artsopleiding steeds meer van de verenigingen van beroepsbeoefenaren naar de universiteiten is overgegaan. Onze voorvaders hebben daarbij waarschijnlijk voorondersteld dat er altijd een voortdurend nauw contact zou zijn met de praktiserende artsen en dat er rekening zou worden gehouden met de medische noden van de gemeenschap. De huidige artsopleiding wordt echter vrijwel alleen door de universiteiten bepaald, houdt weinig rekening met de behoeften van de praktici en van de studenten en is niet afgestemd op de noden van de huidige maatschappij. Deze opleiding is meer georiënteerd op research en op het ziekenhuis, dan op de behoeften van de gemeenschap. De basis van de opleiding zal moeten worden verbreed. Dit wordt het meest kernachtig uitgedrukt in een aan Prof. Myres ontleende slagzin: „The man of science has given insufficient attention to the science of man.”

Men was het er over eens dat de huisarts meer dient te worden ingeschakeld bij de algemene artsopleiding. Hiertoe werden verschillende wegen aangegeven, zoals een stage voor alle medische studenten bij de huisarts, het opnemen van huisartsen in de staven van klinische docenten, het inschakelen van huisartsen bij klinische demonstraties, zaalvisites, conferenties en dergelijke. Bovendien werd er voor gepleit dat de universiteiten zelf afdelingen voor huisartsgeneeskunde zouden creëren, het liefst uitgaande van gewone huisartspraktijken. Omtrent deze „undergraduate education” werden verschillende resoluties aangenomen.

Ten aanzien van de „graduate training” (na het doctoraal-examen) en een speciale opleiding tot huisarts na het artsexamen bleken de meningen weer verdeeld. Thans liep de scheidingslijn echter anders dan de eerste keer. De vertegenwoordigers van de westerse en technisch-ontwikkelde landen meenden dat het tijd werd voor de aanstaande huisarts een aparte opleiding na de basisstudie te scheppen. Van alle kanten hoorde men telkens weer dat in deze landen het aantal studenten, dat het beroep van huisarts kiest, steeds kleiner wordt. Dit werd een zorgelijk verschijnsel gevonden. Het verschil in status tussen huisarts en specialist werd hiervan de belangrijkste oorzaak geacht en dient daarom zo spoedig mogelijk te verdwijnen.

Een goede voorbereiding op de zelfstandige uitoefening van de huisartspraktijk maakt een periode van enkele jaren speciale opleiding na het artsexamen noodzakelijk. Tal van landen hebben reeds plannen en programma's op dit gebied, zoals bijvoorbeeld Engeland, Amerika, Australië, Canada en Nieuw-Zeeland, terwijl vertegenwoordigers van Europa ook sterk dachten in de richting van een „specialisatie tot huisarts”. Het verst op dit gebied bleek Joegoslavië te zijn gevorderd. Aldaar is een driejarige cursus voor een „mastership in general practice” officieel erkend, welke in de praktijk bijzonder gunstige resultaten heeft opgeleverd. Deze opleiding geschiedt in kleine groepen, waarbij het accent op eigen werkzaamheid en groepsbesprekingen ligt. De inhoud van deze cursus is gedeeltelijk klinisch en gedeeltelijk preventief geneeskundig, waarbij de publieke gezondheidszorg een belangrijk onderwerp is. Naast theoretische scholing geschiedt de opleiding grotendeels in de praktijk. De uitvoerig gedocumenteerde uiteenzettingen van Prof. Vuletic over deze speciale universitaire opleiding tot huisarts maakten grote indruk op de conferentie.

De westerse landen waren het er over eens dat dit de richting is die de huisarts moet inslaan. Hiertegen verheven echter de Aziatische landen hun stem, met name India pleitte er hartstochtelijk voor, op dit gebied geen resoluties aan te nemen, die de technisch minder ontwikkelde en arme landen in nog grotere moeilijkheden zouden brengen. De behoefte aan (algemene) artsen is daar zo groot dat men zich onmogelijk de luxe zou kunnen permitteren de opleiding nog langer en duurder te maken. De andere landen hadden begrip voor deze grote nood, zodat de conferentie tenslotte besloot het aan de nationale wetenschappelijke organisaties over te laten of zij wilden komen tot het instellen en het erkennen van een al of niet met een diploma af te sluiten speciale opleiding tot huisarts.

Ook ten aanzien van de criteria voor het lidmaatschap van wetenschappelijke huisartsenverenigingen werd elk land vrijgelaten. Wel werd een resolutie aangenomen, welke aanbeveelt in elk land een onafhankelijke wetenschappelijke organisatie van huisartsen te vormen. Bovendien werd in een andere resolutie een beroep gedaan op deze nationale wetenschappelijke huisartsenverenigingen om ernaar te streven een trainingsprogramma voor de huisartspraktijk op te bouwen dat even grondig is als voor de specialismen, waardoor het in de toekomst aantrekkelijker zal worden voor ambitieuze jonge artsen de huispraktijk als carrière te kiezen.

Ook over de continue nascholing van de huisarts is veel gesproken. Hierover werden belangrijke dingen gezegd. Het primaire doel van deze nascholing dient te zijn, het verbeteren van de hulp die aan de patiënt wordt verleend. Het is daarbij essentieel niet alleen te trachten iedere praktiserende huisarts te bereiken, maar vooral ook om zich in hem persoonlijk te verdiepen, in zijn behoeften en zijn instelling, teneinde zijn motivering voor nascholing te kunnen versterken. De inhoud van nascholingsprogramma's moet bewust worden afgestemd op de behoeften van de betreffende huisartsen. Het is overal duidelijk geworden dat het vormen van kleine groepen hierbij van het grootste belang is.

De grondslagen van het leerproces zullen nader moeten worden bestudeerd. Dit is een actief proces. Luisteren of lezen is van beperkte waarde: „Wij leren weinig van wat wij horen, meer van wat wij zien, maar het meest van wat wij zelf doen”. Het gaat niet over het voorschotelen van kant en klare antwoorden, maar om het stimuleren van het zelf vinden van oplossingen. Wij weten dat de mens gemakkelijk leert wat hij wil leren en wat hij gelooft te kunnen leren, maar moeilijk als het hem niet interesseert, als hij het niet waardevol acht, of gelooft het niet te kunnen leren.

De opzet van een nascholing moet daarom in de eerste plaats zijn, de motiverende factoren van de deelnemers te achterhalen en dan daarvoor een werksituatie aan te bieden. Poging tot evaluatie zowel tevoren als na afloop is daarbij van groot belang. De huisarts zal hierbij zijn eigen problemen moeten leren aanpakken. Al te lang hebben wij zwaar op anderen als leermeesters geleund. De huisartspraktijk is daarbij behandeld en onderwezen alsof het een conglomeraat was van de verschillende specialismen. Medische scholing en nascholing zijn tot nu toe sterk georiënteerd op episodische zorg, waarbij de belangrijke aspecten van een integrale en continue zorg zijn verwaarloosd. Wij kunnen niet van anderen verwachten dat zij instructie kunnen geven in aspecten van medische zorg die niet binnen hun terrein liggen.

Wij zullen huisarts-docenten moeten opleiden. Behalve Joegoslavië, waar de „masters of general practice” als zodanig reeds fungeren, is misschien Australië hierin het verst gevorderd. Men heeft daar ervaren huisartsen uitgekozen en hun een speciale opleiding in het doceren gegeven. Deze huisarts-docenten werden daarna in staat gesteld gedurende een jaar het land af te reizen om huisartsen te bezoeken, hen te observeren, te helpen en te leren wanneer zij daar om vroegen („travelling fellows”).

Het leren bij het oplossen van de problemen van het dagelijkse werk is het meest belangrijk. Kleine studiegroepen met competente leiders en een beperkt doel zijn zeer nuttig gebleken, vooral wanneer hieraan een goede voorbereiding en schriftelijke informatie voorafgaat. Het deelnemen van vertegenwoordigers van andere disciplines en van hulpkrachten

als assistenten, verpleegsters, maatschappelijk-werkers werd zeer belangrijk geacht.

Het idee van de „reizende academie” (van Lidth de Jeude) waarbij teams van docenten het land afreizen om groepen huisartsen te onderwijzen, blijkt reeds in verschillende landen te zijn gerealiseerd, zoals bijvoorbeeld in Amerika, Australië, België en Canada.

Auditieve en visuele hulpmiddelen komen steeds meer ter beschikking. Engeland verwacht een revolutie in de nascholing door „audio-visueel taperecorders”, terwijl in Amerika wordt geëxperimenteerd met programmatisch leren („leermachines”).

Verscheidene landen pleitten voor de oprichting van speciale huisartsen-instituten voor de bij- en nascholing, welke in meer of mindere mate tegen de universiteiten kunnen aanleunen.

Een van de zittingen van het congres was gewijd aan het wetenschappelijk onderzoek. Door een onzer werd hierover een inleiding gehouden, waarin vooral werd aangedrongen op internationale communicatie en samenwerking. De discussies over dit onderwerp brachten voor ons weinig nieuwe gezichtspunten. Het was het algemeen gevoelen dat de huisarts een gunstige positie inneemt voor het doen van observaties betreffende frequentie en beloop van ziekten in de gemeenschap, maar dat zijn werk zich weinig leent voor het doen van experimentele research.

De Engelsen brachten verslag uit van de door hen verrichte morbiditeitsonderzoekingen en van de methoden die zij hierbij hadden ontwikkeld. Behalve de mogelijkheid van wetenschappelijk onderzoek in de praktijk, werd van verschillende zijden gewezen op het belang van wetenschappelijk onderzoek over de huispraktijk, over het functioneren van de huisarts, vooral ook in samenwerking met andere disciplines, met de maatschappelijke gezondheidszorg en het maatschappelijk werk.

Het Britse College heeft reeds een registratie van het wetenschappelijk onderzoek in de huispraktijk opgebouwd, waarvoor een documentalist beschikbaar is. Zo kan men in de toekomst inzicht krijgen in vragen als: welke onderzoekingen zijn geheel of gedeeltelijk geslaagd; welke hebben tot een publikatie geleid; welke onderwerpen en methoden bleken meer of minder geschikt; welke onderzoekingen zijn mislukt en wat was hiervan de reden? De Britten boden aan deze registratiedienst ook ter beschikking van andere landen te stellen.

Bij de resoluties werd erop aangedrongen dat zich in landen, waar wetenschappelijk onderzoek door huisartsen wordt verricht, centra vormen voor hulp bij de opzet van onderzoekingen en bij het verzamelen en bewerken van gegevens. Bovendien werd gepleit voor het aanleggen van een internationaal register over de research die wordt verricht, zowel in als over de huisartspraktijk, terwijl een dergelijk centrum ook de communicatie tussen de huisartsen, die op dit gebied werkzaam zijn in de verschillende landen, zou kunnen bevorderen.

Vermoedelijk was de belangrijkste beslissing, waartoe deze conferentie is gekomen de resolutie, dat er een Internationaal Liaison Comité zal worden gevormd van nationale wetenschappelijke huisartsenverenigingen of — waar deze niet bestaan — van equivalente organisaties, die zich toeleggen op verhoging van de wetenschappelijke standaard van de huisarts. Elk van deze nationale organisaties, waarvan er slechts één per land wordt erkend, werd uitgenodigd twee vertegenwoordigers voor dit comité te benoemen. Dr. F. Geiger van Oostenrijk werd hierbij aangewezen als coördinator. Geiger, die aanwezig was namens „Internationale Gesellschaft für praktisch angewandte Medizin” had tevoren aangekondigd dat zijn vereniging haar naam zal veranderen om verwarring te voorkomen. Het genoemde comité kan zich later ontwikkelen tot een internationale associatie met eigen publikatiemiddelen. Er werd op aangedrongen dat elke wetenschappelijke huisartsenvereniging voor huisartsen belangrijke documenten, inclusief tijdschriften, zal uitwisselen met zusterorganisaties in andere landen. Waarschijnlijk zal over twee jaar de volgende internationale conferentie worden bijeengeroepen.

\* \* \*

Daartoe in staat gesteld door het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid maakten wij, in aansluiting aan de conferentie te Montreal, een studiereis door de Verenigde Staten, teneinde kennis te nemen van ontwikkelingen aan Amerikaanse universiteiten die voor ons als huisarts van belang zouden kunnen zijn. Elders zal nog een uitvoerig verslag verschijnen, doch op deze plaats willen wij reeds vermelden dat we de paradoxale ontwikkeling waarnamen, dat, terwijl voor de bevolking de bereikbaarheid van een huisarts als gezinsarts, zoals wij deze kennen, steeds geringer wordt, aan de andere kant op het gebied van de huisartsgeneeskunde door verschillende universiteiten belangrijke experimenten worden ondernomen, zowel wat het onderwijs, als wat de research betreft. Wij zullen onze indrukken in een aantal punten samenvatten.

1 Aan verschillende medische scholen zijn huisartsen bij de opleiding betrokken, doordat studenten bij hen een stage lopen. Wij zagen dit onder meer in Kansas, waar iedere medische student zes weken bij een plattelandshuisarts verblijft. Aan deze universiteit wordt ook bijzonder veel moeite gedaan voor een continue nascholing van de huisarts.

2 Verscheidene universiteiten hebben voor onderwijsdoel-einden een soort huispraktijken, waarop gezinsprogramma's zijn gebaseerd. Soms gaat dit uit van de leerstoel voor kindergeneeskunde, soms van de verloskunde, terwijl hiervoor enkele malen een aparte leerstoel is zoals in Burlington, waar Kerr White „epidemiology and community medicin” doceert. In de meeste gevallen zijn de studenten zelf actief bij deze praktijken ingeschakeld, doordat zij min of meer zelfstandig hun patiënten onderzoeken en behandelen. Zij leren dus als het ware als huisarts te fungeren en komen vanzelf met allerlei gezinsproblemen in aanraking. De mate van zelfstandigheid van deze student-artsen varieert. Op enkele plaatsen zijn huisartsen bij deze vorm van onderwijs betrokken.

3 In New York namen wij kennis van een groot gezinsprogramma, dat geheel voor researchdoel-einden was opgebouwd.

4 Op verschillende plaatsen wordt geëxperimenteerd met home-careprogramma's. Hierbij wordt vanuit ziekenhuizen aan thuis verpleegde patiënten medische hulp verleend. Het ziekenhuis heeft als het ware verspreide bedden in de stad. Voor Amerika is deze thuisverpleging iets nieuws, waarop men erg trots is. Voor de behandeling van honderd patiënten bleek men een enorme staf nodig te hebben, wat op ons de indruk van een waterhoofd maakte.

5 Aan verscheidene universiteiten worden de studenten behoorlijk getraind in het opnemen van een psycho-sociale anamnese en het voeren van therapeutische gesprekken. Wij zagen dit bijvoorbeeld te Philadelphia. Hierbij wordt gebruik gemaakt van moderne hulpmiddelen als bandrecorders, „one way visionscreens”, „closed circuit television”, terwijl wij ook zagen hoe de studenten tijdens deze gesprekken met de patiënten werden gestuurd door middel van een klein ontvang-apparaatje in hun oor.

6 Een van de dingen die ons sterk trof was, dat in Amerika nog enorme armenpraktijken bestaan, waarop deze programma's zijn gebaseerd. Ongeveer een vijfde van de bevolking in de steden is ten aanzien van de medische verzorging armlastig.

7 De patiënten voor deze onderwijs- en researchprogramma's moeten aan bepaalde criteria voldoen om in aanmerking te komen voor de verlening van medische hulp. Passen zij om een of andere reden niet in het programma dan moeten zij hun heil maar elders zien te zoeken. Herhaaldelijk worden zij slechts voor één of voor enkele jaren aangenomen. Dit deed ons soms hard aan.

8 Het maatschappelijk werk vervult een belangrijke rol bij deze programma's. Herhaaldelijk maakte het de indruk dat er een persoonlijker band bestond tussen maatschappelijk-werkster en cliënt dan tussen dokter en patiënt. Aan verschillende research-programma's werkten sociologen mee.

9 Slechts op enkele plaatsen deed men bewust pogingen de huisarts als gezinsarts te doen herleven. Meestal trachtte men de functie van de huisarts te doen vervangen door een team van specialisten. Kernfiguren hierbij waren de internist, de kinderarts en de maatschappelijk werker.

10 Zelfs in de gevallen dat men door middel van teams van specialisten een zo volledig mogelijke medische en maat-

schappelijke zorg trachtte te verlenen, bleken er toch lacunes te bestaan, zodat de patiënten, bijvoorbeeld voor verloskundige hulp, zich toch weer tot een ander ziekenhuis moesten wenden. De verpleging thuis geschiedde meestal door buiten het ziekenhuis werkzame organisaties. Naar onze huisartsmaatstaven gemeten maakte het geheel van de gezondheidszorg een zeer fragmentarische en verbrokkelde indruk, waarin de communicatie en de integratie bijzonder veel te wensen overlieten.

Het komt ons voor, dat, over het geheel gezien, de Nederlandse bevolking over een betere, geneeskundige verzorging kan beschikken dan in de Verenigde Staten. Het feit dat in Nederland voor praktisch iedereen een huisarts beschikbaar is, die een continue en persoonlijke zorg kan geven en kan helpen het geheel van de voorzieningen te coördineren en te integreren, speelt hierbij een belangrijke rol.

Wij zouden uit de indrukken van onze studiereis de conclusie willen trekken, dat wij van de Verenigde Staten kunnen leren wat betreft opleiding en research op gezins-geneeskundig gebied. De methoden, die daarbij in Amerika worden gebruikt, kunnen echter niet zonder meer door ons worden overgenomen. Daarvoor zijn de verschillen in gezond-

heidszorg tussen de beide landen te groot. Enerzijds is er in Nederland geen sprake meer van dat grote groepen van de bevolking voor hun geneeskundige voorzieningen afhankelijk zijn van armenzorg en daardoor gebruikt kunnen worden voor onderwijs- en research-doeleinden. Anderzijds bestaan hier reeds gezinspraktijken en is het niet nodig hiervoor tijdelijke projecten op te bouwen. Legio huisartsen in ons land beschikken in principe over mogelijkheden, die in Amerika slechts ten koste van zeer veel moeite kunnen worden bereikt.

Wij zullen er in ons land naar moeten streven een brug te bouwen tussen huisartsen en universiteiten. Het Nederlands Huisartsen Instituut zal in deze een belangrijke functie kunnen vervullen wat het wetenschappelijk onderzoek betreft. Ten aanzien van de opleiding lijkt het ons wel gewenst dat alle medische studenten gelegenheid krijgen zelf met de huisartspraktijk kennis te maken, maar de vrij intensieve training, die wij aan sommige Amerikaanse universiteiten zagen, kan naar onze mening beter gericht worden gegeven in een specifieke opleiding tot huisarts na het artexamen, aan diegenen, die zelf huisarts willen worden.

Dr. F. J. A. Huygen  
Dr. J. C. van Es

## REFERATEN

### VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

#### 64-4r. General Practice in the United States. White, K. L. (1964) *J. med. Educ.* 39, 333.

Het aantal huisartsen in de Verenigde Staten is de laatste decennia sterk afgenomen; in 1931 waren er 90 per 100 000 inwoners, in 1962 slechts 37. Ook procentueel is het aantal artsen, werkzaam in de algemene praktijk verminderd: 71 procent in 1931 en 27 procent in 1962. Deze daling kan slechts voor ongeveer een vierde worden verklaard uit de toename van het aantal kinderartsen en internisten, die in de Verenigde Staten een deel van het werk van de huisarts hebben overgenomen. Een evenmin volledige verklaring geeft het meer efficiënt werken van de moderne huisarts, auto's, betere wegen, betere therapeutische mogelijkheden, en het ontstaan van groepspraktijken.

Bij de patiënten is een groeiend onbehagen ontstaan: er wordt zelfs wel eens gesproken van een „Crisis in de Amerikaanse geneeskunde”. In het verdwijnen van de huisarts voelt men niet alleen het gemis van de vriend en raadsman van de familie, maar ook van de altijd ter beschikking staande en continue medische zorg, die in deze vorm niet door poliklinieken of incidentele bezoeken van de specialist aan huis, kan worden overgenomen. Bij de specialisten bestaat de neiging het afleggen van visites aan huis zoveel mogelijk te beperken; bij veel spoedgevallen wordt door de telefoon de indicatie voor opname gesteld, waarbij de patiënt dus pas in het ziekenhuis voor het eerst door een arts wordt gezien. De ziektekostenverzekeringsmaatschappijen, die veelal alleen opname in het ziekenhuis en bezoeken aan ziekenhuispoliklinieken vergoeden, werken deze situatie in de hand. De Amerikaanse geneeskunde raakt zodoende meer op de tijdelijke behandeling van min of meer acuut optredende stoornissen ingesteld, dan op preventieve of continue medische zorg bij chronische gevallen. Het bezoek aan allerlei kwakzalvers neemt dan ook hand over hand toe.

Het afnemen van de belangstelling voor de algemene praktijk moet allereerst worden gezocht in de opleidingsinstituten. Uit statistieken blijkt, dat de animo voor de algemene praktijk afneemt, naarmate het artsexamen nadert. Het stimuleren van laboratoriumwerk en andere takken van medisch-technische research door de financiële steun hiervoor door federale en particuliere instellingen, zal hier ongetwijfeld debet aan zijn, evenals het ontstaan van superspecialisatie in de universiteiten en hogescholen, met de drang naar grote wetenschappelijke kennis en technische perfectie.

Het beperken van de mogelijkheid voor de Amerikaanse huisarts, door de meer en meer uit specialisten bestaande ziekenhuisstaven, in het ziekenhuis zijn patiënten zelf te behandelen, leidt vaak tot grote moeilijkheden tussen huisartsen en specialisten.

Naast de algemene praktijk is de huisarts een deel van de openbare gezondheidszorg toebedeeld; de grote hoeveelheid instellingen, met hun verschillende soms zeer vage doelstellingen, werkwijzen en elkaar overlappende verantwoordelijkheden, naast de veelal onvoldoende opleiding op sociaal geneeskundig gebied, maakt dit deel van het huisartsenvak, dat vaak zeer veel werk meebrengt, niet aantrekkelijk. Vele, vooral oudere huisartsen zoeken dan ook, eventueel na het volgen van een voortgezette opleiding, een betrekking in overheidsdienst.

Het overnemen van het huisartsenwerk door internisten en kinderartsen wordt vooral door deze laatste zeker niet als een voordeel beschouwd, getuige aangehaalde klachten in de literatuur. Hoe kan de kinderarts „blijven”, als een groot deel van zijn tijd door de zorg voor gezonde baby's op zijn spreekuur en huisvisites wegens lichte luchtweginfecties wordt opgeslokt?

De verschillende opleidingsinstituten hebben getracht de animo voor de algemene praktijk te vergroten door bijvoorbeeld een gerichte opleiding. Daar deze echter vaak door op veel laboratoriumwerk steunende specialisten werd gegeven met behulp van de patiënten, die de desbetreffende polikliniek van het academisch ziekenhuis bezochten, en wier groep, wat betreft sociale en emotionele problemen, zeker niet representatief was voor wat de jonge arts straks in de algemene praktijk zou ontmoeten, was deze veelal niet adequaat. Het beste beviel nog een soort co-assistentenschap bij de huisarts, zoals de universiteit in Kansas tien jaar beproefde en waarbij de jonge arts als het ware ingroeit in de problemen van de huisarts. Door de Amerikaanse Maatschappij voor Geneeskunde is, na het uitbrengen van een omvangrijk rapport over deze materie, een twee jaar durend „internship” ingesteld, waarvoor de belangstelling echter, zowel van de kant van de universitaire ziekenhuizen als van die van de student, zeer gering bleef.

Waarschijnlijk zullen door de druk uitgeoefend door het publiek en de pogingen die het Amerikaanse Huisartsen Genootschap daartoe aanwendt, de universiteiten hun opleidingsprogramma geheel moeten herzien, waarbij een nieuw soort huisarts de verdwijnende algemeen practicus zal gaan