

huisarts en wetenschap

maandblad van het
nederlands huisartsen
genootschap



De medische faculteit Maastricht en de opleiding tot huisarts

DOOR S. VAN DER KOOIJ, HUISARTS TE VOORSCHOTEN*

Inleiding. De publikatie van de basisfilosofie van de achtste medische faculteit is een belangrijk moment in de ontwikkeling van het medisch onderwijs in Nederland. Allereerst wordt behoefte gevoeld aan vernieuwing van het medisch onderwijs; de belangrijkste reden daarvoor is de pijnlijke lacune tussen het medisch onderwijs en de medische praktijk (*Matlack*); daarnaast spelen andere factoren een rol, zoals nieuwe opvattingen over onderwijs, de realisering dat het onmogelijk en zinloos is één uniform eindprodukt — of dit nu een assistent-arts of arts is — af te leveren; en last but not least de behoefte aan een veel grotere bijdrage van de gedragswetenschappen aan het medisch onderwijs.

Ook in Nederland is er grote behoefte aan vernieuwing; hiervan geven publikaties van *Querido*, *Thung*, *Specken*, *Tiddens*, *Defares* en vele anderen blijk. De meest recente bijdragen zijn de plannen voor curriculum-vernieuwing van de *Rotterdamse werkgroep* en de nota „*Wijs onderwijs*” van de Utrechtse afdeling Onderwijsontwikkeling.

Hoewel de stoot tot vernieuwing van het Nederlandse medisch onderwijs ongetwijfeld mede door de oprichting en het werk van het Nederlands Huisartsen Genootschap is gegeven, is de verdere bijdrage van de zijde van de huisartsen jammer genoeg beperkt gebleven; één van de weinige publikaties is het rapport „*Huisarts en Universiteit*” uit

1968, dat een inventarisatie van de problematiek gaf en richtingen aanwees. Hoewel het rapport destijds als interimrapport werd uitgebracht is er daarna van huisartsenzijde niet veel meer gepubliceerd dan beperkte informatie over de activiteiten van de diverse tot stand gekomen huisartseninstituten. Het is duidelijk dat de organisatorische integratie van deze afdelingen in de diverse faculteiten veel moeite kost, evenals de voorbereiding en ten uitvoerbrenning van de specifieke opleiding in het zevende jaar; taken waaraan de huisartseninstituten kennelijk de handen vol hebben.

Aan de medische faculteiten verloopt de vernieuwing intussen slechts moeizaam. Het zijn logge lichamen en blijkbaar kan verandering alleen ten koste van grote inspanningen tot stand komen. In de afgelopen jaren is overal het zogenaamde „nieuwe curriculum” van start gegaan. Insiders weten dat de omschakeling naar het nieuwe curriculum veel weerstanden oproept en vele problemen meebrengt; dit ondanks het feit dat de wezenlijke vernieuwing maar gering is: naast het terugbrengen van de („basis”-)opleiding tot zes jaar worden alleen enige accenten verlegd. Er is meer ruimte voor gedragswetenschappen, er is in het basiscurriculum een bescheiden bijdrage — overal verschillend en nergens duidelijk omschreven — van de huisartsgeneeskunde, er zijn of worden junior-co-assistentschappen vóór het doctoraalexamen ingevoerd en er is een beperkte mogelijkheid voor keuze-onderwijs. Daarnaast is er dan de specifieke

* Part-time medewerker aan het Leids Instituut voor Huisartsgeneeskunde.

opleiding tot huisarts in het zevende jaar, die dit jaar voor het eerst in Utrecht draait, maar men kan dit nauwelijks als een bijdrage van de medische faculteit beschouwen, want de verzorging geschied door de universitaire huisartseninstituten in samenwerking met geaffilieerde ziekenhuizen; de faculteiten als geheel spelen hier nauwelijks een rol.

Twee gebeurtenissen hebben tot heden de vernieuwingen van het medisch onderwijs gemarkeerd: de tot standkoming van het nieuwe Academisch Statuut in 1968 en de oprichting van de Rotterdamse Medische Faculteit in 1966. Het Academisch Statuut verkort de studieduur tot zes jaar voor het assistentartsexamen met daarna één jaar specifieke opleiding. In plaats van de vroegere opsomming van examenvakken wordt een veel plooibaarder programma geboden, dat de mogelijkheid opent tot geïntegreerd onderwijs en keuzeonderwijs. Voor de gedragswetenschappen en de huisartsgeneeskunde wordt plaats gemaakt in het basiscurriculum en er is een tendens om de student vroeger tijdens zijn opleiding met de praktijk in de kliniek in aanraking te brengen.

Hoewel alle mogelijkheden van het nieuwe Academisch Statuut in het nieuwe curriculum nog niet zijn uitgebuit, menen velen toch dat dit wettelijk raam te weinig mogelijkheden laat voor wezenlijke vernieuwing. Zowel het Utrechtse als het Rotterdamse rapport spreken zich bijvoorbeeld uit voor een vroegere differentiatie in de opleiding tot huisarts, specialist of maatschappelijk geneeskundige; verder bestaat er geen opleiding voor medisch wetenschappelijk onderzoeker. Thung wijst erop dat het nieuwe curriculum niet méér is dan een begin van een noodzakelijke veel verdergaande vernieuwing van het medisch onderwijs.

Naast de tot standkoming van het nieuwe Academische Statuut heeft de oprichting van de Rotterdamse Medische Faculteit een bijdrage geleverd aan de gedachtenvorming en discussies over het medisch onderwijs. Ook in Rotterdam is er echter — gezien het rapport van de werkgroep curriculum M.F.R. — reeds vóór de faculteit de eerste arts-assistenten afleverde, ontevredenheid en bestaat er zelfs behoefte aan radicale wijziging, men wil alle pogingen opgeven om een „volledig overzicht van de van de geneeskunde” te bieden, minder scheiding tussen klinisch en préklinisch onderwijs, beter inspelen op de motivatie van de student en meer eigen-werkzaamheid van de student.

De nota „Wijs onderwijs” probeert te analyseren waarom de gewenste veranderingen zo moeizaam tot stand komen. De interne communicatie binnen de medische faculteiten laat veel te wensen over;

nog belangrijker is dat er geen overeenstemming bestaat binnen de faculteit over de gemeenschappelijke doelstellingen, waardoor het eigenbelang van diverse groepen, instellingen en personen een overwegende factor bij beleidsbeslissingen wordt. Ook in Rotterdam zal het ongetwijfeld grote moeite kosten nu wéér tot ingrijpende veranderingen te komen. Dat geldt nog meer indien — zoals in Utrecht — niet alleen een curriculumverandering maar een totaal veranderd onderwijssysteem noodzakelijk wordt geacht.

In de nota „Wijs Onderwijs” wordt gepleit voor een overgang van een competitief naar een coöperatief onderwijssysteem. In onze gehele cultuur ziet men een groeiende behoefte om over te gaan van competitieve systemen naar coöperatie, waarbij niet meer de „survival of the fittest” en de suprematie van de sterkste, rijkste of slimste het leidende principe is, maar gerichtheid op de gemeenschap. Symptomen hiervan zijn de toenemende vraag naar inspraak en de veranderende organisatiepatronen in cultuur en bedrijfsleven. Dit verschijnsel doet zich ook in het onderwijs voor. In het klassieke onderwijs speelt de autoriteit van de docent en de competitie tussen de leerlingen (cijfers) een grote rol, in het coöperatief onderwijs heeft de docent de rol van deskundige en facilitator van het onderwijs; hij is meer begeleider dan leider. De studenten werken in een dergelijk systeem samen om gemeenschappelijke onderwijsdoelstellingen te bereiken. *Carl Rogers*, voor de huisartsen geen onbekende door zijn „non-directive counseling”, heeft deze ontwikkeling van het onderwijs meeslepend beschreven in zijn boek „Leren in vrijheid”.

Juist omdat ingrijpende wijzigingen in het medisch onderwijs zo moeilijk tot stand komen, biedt de oprichting van een nieuwe medische faculteit grote mogelijkheden om zonder de ballast van een moeilijk te veranderen werkwijze tot een verbeterde opzet te komen. Bovendien kan — evenals dat bij Rotterdam het geval was — de Maastrichtse medische faculteit een nieuwe impuls aan het gehele Nederlandse medisch onderwijs geven. Het is weliswaar niet te verwachten dat er een zo radicale onderwijsvernieuwing als bijvoorbeeld aan de fascinerende nieuwe Amerikaanse medical schools tot stand zal komen, maar desondanks zijn vele ogen gericht op de jongste telg onder de medische faculteiten, nu deze met een beginselverklaring voor het voetlicht treedt.

Welnu, ten aanzien van de huisartsgeneeskunde lijkt er geen reden voor teleurstelling te zijn. Twee aspecten uit de basisfilosofie vallen op: — de medische faculteit dient zich te oriënteren op de regionale en nationale structuur van de gezondheidszorg;

— de medische faculteit dient speciale aandacht te besteden aan de opleiding voor het eerste echelon.

In de discussies over de structuur van de gezondheidszorg is de positie van de huisarts een belangrijk punt: de huisarts is sleutelfiguur in de extramurale gezondheidszorg, de huisarts is voorpost van de totale gezondheidszorg en de huisarts is meer dan andere gezondheidszorgers betrokken bij de welzijnszorg. Uit een speciale gerichtheid op de structuur van de gezondheidszorg volgt dus op zichzelf al dat veel aandacht zal worden besteed aan de plaats van de huisarts in de gezondheidszorg.

De basisfilosofie. In de publikatie van de voorbereidingscommissie worden zoveel aspecten aan de orde gesteld, dat het stuk niet gemakkelijk is te lezen. Onder verwijzing naar de oorspronkelijke tekst in Medisch Contact volgt daarom hier een poging de hoofdlijnen van de basisfilosofie weer te geven.

De basisfilosofie betreft vijf aspecten van de medische faculteit:

- het onderwijs
- het onderzoek
- de gezondheidszorg
- het management
- de aan te trekken deskundigen

Het *onderwijs* zal speciale aandacht moeten geven aan de opleiding voor het eerste echelon. Een grondige kennis en inzicht in de somatische aspecten van de geneeskunde wordt noodzakelijk geacht, daarnaast is een betere scholing in de gedragswetenschappen nodig omdat de huisarts in zijn functie met zeer veel psychosociale aandoeningen wordt geconfronteerd. Daarbij zal samenwerking met de welzijnszorg noodzakelijk zijn, evenals ontwikkeling van groepspraktijken en gezondheidscentra. Bij het onderwijs zal er een functionele relatie met het hoger beroepsonderwijs dienen te ontstaan: dat betekent dus bijvoorbeeld een bijdrage aan de hogere verplegingsopleiding.

Voorlopig wordt een kerncurriculum voorgesteld, dat verder niet wordt omschreven, maar dat ruimte moet bieden voor flexibiliteit naar aanleiding van toekomstige behoeften van de gezondheidszorg. Het is nu eenmaal niet mogelijk concreet vast te stellen aan welke eisen de arts, die over tien jaar praktijk doet, zal moeten voldoen. Voorlopig zullen globale doelstellingen moeten worden vastgesteld, die naar aanleiding van de behoeften van de gezondheidszorg kunnen worden gepreciseerd. Aan deze wisselwerking tussen de behoeften van de gezondheidszorg en het onderwijs zal veel aandacht moeten worden besteed.

Vervolgens worden enkele standpunten over het

onderwijs opgesomd, die blijk geven van een vooruitstrevende visie. Het voert te ver alles te noemen, maar enkele punten zijn het vermelden bijzonder waard:

- het onderwijs moet ook de attitude-beïnvloeding omvatten die nodig is voor het uitoefenen van de geneeskunde: helpend, probleem-georiënteerd, bereid in teamverband te werken, openstaand voor verandering;
- het praktisch klinisch onderwijs moet representatief zijn voor de gehele gezondheidszorg, dus niet uitsluitend klinische en superspecialistische patiënten betreffen.
- zelfwerkzaamheid van de student; vroegtijdige en intensieve deelname aan de gezondheidszorg zijn vereisten;
- geïntegreerd onderwijs en veel inbreng van onderwijsdeskundigen zijn essentieel.

Wat het *onderzoek* betreft, worden drie onderzoekgebieden onderscheiden:

- fundamenteel medisch-biologisch onderzoek: dit dient zich vooral bezig te houden met het onderzoek naar veranderingsprocessen en met gedragsonderzoek naar aanleiding van veranderingen in leefpatroon en leefmilieu;
- toegepast medisch onderzoek: epidemiologisch onderzoek, opbouwen van een medisch registratiesysteem;
- onderzoek naar de verstrekking van de gezondheidszorg: hier dient weer vooral het eerste echelon tot object: samenwerkingsvormen van huisartsen, relatie tot de welzijnszorg, relatie tot volgende echelons, doeltreffendheidsonderzoek.

Wat de *gezondheidszorg* betreft kiest de commissie voor een nieuwe onderwijsaccommodatie: een „regionaal medisch centrum”. Een academisch ziekenhuis is wel nodig, maar vormt nu eenmaal een beperkt element van de totale gezondheidszorg. Het regionaal medisch centrum is bedoeld als een centrum dat bestaat uit een aantal intra- en extramurale gezondheidszorginstellingen, die samen in één organisatorisch geheel worden gebracht. Idealiter zou het centrum dus bestaan uit een aantal huisartspraktijken en/of gezondheidscentra, de kruisvereniging, G.G.D. en andere instellingen voor gezondheidszorg, instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, ziekenhuizen, verpleeghuis en academisch ziekenhuis.

Voor het goed doen functioneren van een dergelijk regionaal medisch centrum is uiteraard een zeer deskundig *management* noodzakelijk, dat met *onderwijsdeskundigen* en de verdere staf, medici en gedragswetenschappers, intensief zal dienen samen te werken. De commissie stelt zich voor een kernstaf van deskundigen aan te trekken, bestaan-

de uit een huisarts, een sociaal psychiater, een internist, een chirurg, een biochemicus, een patholoog, één of twee gedragswetenschappers en onderwijs- en management-deskundigen.

Commentaar. Het is bijzonder verheugend — en het is even noodzakelijk — dat in de basisfilosofie van de achtste medische faculteit de structuur van de gezondheidszorg als uitgangspunt wordt gekozen. De gezondheidszorg verkeert in een toenemende crisissituatie die voor een groot deel is te wijten aan de autonome ontwikkeling van de gezondheidszorg in Nederland. Er is een algemeen besef dat het noodzakelijk is tot een hervorming van de structuur van de gezondheidszorg te komen. Redenen hiervoor zijn onder andere de onevenredig toenemende kosten, het gevoel dat er veelal ondoelmatig wordt gewerkt, de behoefte aan verschuiving van curatieve naar preventieve gezondheidszorg, het gebrek aan samenwerking met de welzijnszorg, de verstoorde relatie en communicatie tussen huisartsen en specialisten, tussen intramurale en extramurale gezondheidszorg en tussen geestelijke, lichamelijke en sociale gezondheidszorg. De bijdrage, welke universiteiten en medische faculteiten aan de oplossing van deze problemen leveren, is tot nog toe slechts gering: het verwijt van de ivoren toren is begrijpelijk zolang aan de universiteiten veel onderzoek wordt verricht dat nauwelijks relevant kan worden genoemd voor de verstrekking van gezondheidszorg.

De overheid ontwerpt door middel van de wet gezondheidsvoorzieningen thans een planningsinstituut, dat de ontwikkeling van de gezondheidszorg zal moeten regelen of in elk geval bijsturen. Zinnvolle planning kan echter alleen plaatsvinden op basis van gegevens, die beschikbaar moeten komen door onderzoek van de gezondheidszorg. Zolang dergelijke gegevens niet beschikbaar zijn blijven ontwikkelingen — zoals de onevenredige financiering van intramurale zorg tegenover extramurale zorg (vergelijk de bedragen die voor nieuwe ziekenhuizen en die voor gezondheidscentra in de wijk worden uitgegeven — en zelfs paniekmaatregelen als de invoer van een eigen risico onvermijdelijke bedreigingen.

Door inschakeling van de medische faculteit Maastricht voor epidemiologisch onderzoek en daarnaast onderzoek naar de werkwijze, resultaten en kosten van de gezondheidszorg, lijkt het mogelijk in deze behoefte aan gegevens tegemoet te komen. Bovendien mag men hopen — zoals ook in de basisfilosofie is gesteld — dat dit onderzoek zal helpen de gestoorde relatie tussen onderzoek en onderwijs te verbeteren. Daarnaast kan de medische faculteit op deze wijze een zeer belangrijke

rol spelen als adviserend instituut voor gezondheidszorginstellingen en voor beleidsinstanties voor de regionale en landelijke gezondheidszorg; het spreekt vanzelf dat ook de nascholing van artsen, maar eveneens van andere medewerkers aan de gezondheidszorg veel doeltreffender kan zijn dan thans wanneer er intensief contact bestaat tussen faculteit en de verstrekkers van de gezondheidszorg.

In de basisfilosofie wordt ook de relatie met het hoger beroepsonderwijs besproken. Er bestaat in Nederland nog maar weinig hoger beroepsonderwijs ten behoeve van de gezondheidszorg. Het zou ideaal zijn wanneer de universiteit ook bij de opleiding van verpleegsters, doktersassistenten, paramedici en anderen zou worden betrokken. Daardoor ontstaat de mogelijkheid de studenten reeds tijdens de opleiding te leren werken in multidisciplinaire teams, waartoe het naar de mening van de voorbereidingscommissie in het eerste echelon steeds meer zal moeten komen.

Het is heel belangrijk dat er een keuze is gemaakt voor opleiding en onderzoek betreffende het eerste echelon, de huisartsgeneeskunde „cum annexis”. In de inleiding van deze beschouwing werd al gesteld dat de bijdrage van de huisartsgeneeskunde aan het basiscurriculum van diverse medische faculteiten nog maar gering is. Dit geldt des te meer wanneer men bedenkt dat het aandeel van de huisarts aan de gezondheidszorg relatief groot is: 4500 huisartsen werken naast 5600 specialisten. De ontwikkeling van het medisch onderwijs bracht dit mee, waar de docenten tot nu toe worden gekozen uit hoog gekwalificeerde specialisten die de specifieke kennis op hun gebied aan de studenten overdragen, maar daarbij al te vaak de praktische betekenis van de stof uit het oog verliezen. De huisarts beschikt over een eigen, voor de uitoefening van de gezondheidszorg relevante deskundigheid, die veel méér is dan de som van beperkte kennis van de diverse specialismen. Zeker bij de opzet van de Maastrichtse Medische Faculteit, waar de obligate koppeling van leerstof en vakbeoefening bij de keuze van docenten wordt losgelaten zou de huisartsgeneeskunde een veel grotere bijdrage aan het onderwijs kunnen leveren, evenals dat bijvoorbeeld aan de medical schools van Hershey en McMasters het geval is.

Het kerncurriculum met daarnaast de mogelijkheid van flexibele, aan de behoefte aangepaste doelstellingen geeft de kans om veel beter dan thans mogelijk is op de behoeften van de gezondheidszorg in te spelen. Deze flexibiliteit biedt nog andere mogelijkheden. In de eerste plaats kan door

individuele keuze van de meest passende mogelijkheden reeds vroeg gedurende de studie een voorbereiding op specialisering plaatsvinden, terwijl de student toch gedurende de gehele basisopleiding een kerncurriculum blijft volgen. Zo wordt voorkomen, dat — zoals bij een vroege differentiatie — reeds gedurende de studie een verwijdering tussen toekomstige huisartsen en specialisten ontstaat, terwijl juist het tegendeel — beter dan thans leren samen te werken — wordt gewenst. Volledige differentiatie is trouwens binnen het nieuw Academisch Statuut pas na het assistent-artsexamen mogelijk.

Het is een goede opzet van de voorbereidingscommissie om eerst een kernteam van deskundigen aan te trekken. De mogelijkheid wordt daardoor geschapen om van meet af aan te komen tot duidelijk vastgelegde doelstellingen van kerncurriculum, onderwijsmethoden en evaluatie. Het touwtrekken tussen de diverse afdelingen, zoals dat aan de medische faculteiten maar al te vaak gebeurt, kan zo worden voorkomen en de nodige communicatie van de faculteitsleden krijgt een kans zich te ontwikkelen voordat de verdere uitbouw van de faculteit de doorzichtigheid van de structuur versluiert en goede samenwerking bemoeilijkt. Veel zal daarbij worden gevraagd van de teamleden die zich in eerste instantie zullen moeten inzetten voor een gezamenlijk doel. Men kan vrijwel stellen dat het al of niet slagen van de opzet van deze medische faculteit staat of valt met de deskundigheid, de inzet en de bereidheid tot het laten prevaleren van de doelstellingen van de gehele faculteit boven die van eigen discipline. Het lijkt verstandig om de eerste vertegenwoordiger van de gedragswetenschappen in dit team de agogische begeleiding van het team als eerste opdracht te geven!

In de basisfilosofie zullen velen een opvatting over de positie van de student in de faculteit missen. In dit opzicht gaat de voorbereidingscommissie — al dan niet bewust — weinig met haar tijd mee. Mede door de problematiek van de numerus fixus is de gedachte van het contract-onderwijs weer actueel geworden. In dit verband ontbreekt ook een uitspraak over het al of niet selecteren voor de opleiding in Maastricht. Juist wanneer men zich uitspreekt voor bijzondere aandacht voor één der opleidingen, de huisartsgeneeskunde, wordt de gedachte aan een selectie tot geschiktheid voor dit beroep opgeroepen. Een dergelijke selectie brengt dan vrijwel met zich mee dat de faculteit zich ten opzichte van de student verplicht tot aflevering als (assistent-)arts na een al of niet vastgestelde tijd. In een dergelijk contract past niet alleen deze verplichting voor de faculteit, maar ook een veel actievere deelname van de student

aan het onderwijs. Voor zinvolle toepassing in het onderwijs van zelfwerkzaamheid en groepsonderwijs is het nu eenmaal niet voldoende de gelegenheid te scheppen door bijvoorbeeld leermachines of groepsbegeleiding; hiervoor is allereerst motivatie van de studenten nodig. Niet ieder zal zo ver willen gaan als de Utrechtse afdeling voor onderwijsontwikkeling; voor een goede ontplooiing van het onderwijs, zeker wanneer naast kennis ook de attitude van de student deel van het leerproces is, is een plaats van de student als partner in het onderwijs onmisbaar.

Een ander probleem is de bijdrage van alle leden van de faculteit aan de beleidsbepaling. Men kan zich afvragen of de voorbereidingscommissie in haar voorstellen al niet te ver gegaan is en onvoldoende medebeslissingsrecht aan de uitvoerders van dit beleid toekent. Dat geldt met name het onderzoekgebied en de onderwijsmethoden. Anderzijds is het waar dat het zin heeft duidelijkheid te scheppen door deze zaken tevoren vast te leggen. Wie zich met de basisfilosofie niet kan verenigen, komt in die gedachtengang niet als medewerker in aanmerking. Het zou echter jammer zijn als dientengevolge een belemmering wordt opgeworpen voor het toetreden van sommige potentiële medewerkers.

Het grootste probleem lijkt wel te liggen in de ambitieuze gedachte van het medisch regionaal centrum. Het lijdt geen twijfel dat een dergelijke opzet ongekende mogelijkheden biedt voor een goede aanpassing van het medisch onderwijs aan de praktijk van de gezondheidszorg. Het is ook duidelijk dat een ruime bijdrage van de extramurale en de niet-academische intramurale gezondheidszorg de enige mogelijkheid is voor representatief onderwijs en onderzoek. Maar deze structuur vereist een intensieve participatie van de nu reeds in en om Maastricht aanwezige gezondheidszorg. Zullen de Limburgse huisartsen, specialisten, wijkverpleegsters, kruisverenigingen, maatschappelijke instellingen en wat er meer aan te pas komt bereid zijn om deze bijdrage te leveren en daarbij een stuk autonomie prijs te geven? Juist de extramurale zorg is onoverzichtelijk georganiseerd en neigt maar al te veel tot individualisme. Huisartsen zijn daarbij allerminst een uitzondering. Zullen de overheden — Ministerie, Inspectie voor de Volksgezondheid — maar ook de landelijke geneeskundige en maatschappelijke organisaties bereid zijn hun fiat en steun te geven? Zullen er ook voor het tot stand komen van geïntegreerde extramurale gezondheidsvoorzieningen en niet hoofdzakelijk voor het academisch ziekenhuis gelden beschikbaar worden gesteld?

Deze problemen vragen van de toekomstige kernstaf niet alleen deskundigheid maar ook veel organisatietalent en de eigenschap een goede relatie met toekomstige medewerkers op te bouwen. Bovendien is een adequate financiering van met name nieuwe voorzieningen voor het eerste echelon een vereiste. Wanneer de Medische Faculteit Maastricht waar wil maken dat zij zich allereerst richt op de gezondheidszorg voor het eerste echelon, dient dit ook in een evenredige financiële bijdrage tot uiting te komen.

Conclusie en samenvatting. De basisfilosofie voor de achtste Medische Faculteit biedt, naar het zich laat aanzien, boeiende mogelijkheden voor een verdere groei van de universitaire huisartsgeneeskunde. Door de nadruk die zowel bij het onderzoek- als bij het onderwijsprogramma wordt gelegd op de structuur en de behoeften van de gezondheidszorg kan de nieuwe faculteit bovendien een bijdrage leveren aan de planning en structuurverbetering van de Nederlandse gezondheidszorg. Daartoe dient echter wel aan een aantal voorwaarden te worden voldaan:

- een goede teamgeest in de aan te trekken kernstaf met een bereidheid tot prijsgeven van individuele opvattingen ten behoeve van gemeenschappelijke doelstellingen;

- bereidheid van de regionale artsen en andere medewerkers aan de gezondheidszorg om een loyale en aanzienlijke bijdrage te leveren aan de doelstellingen;
- een financiering, die evenredig is met het voornemen om speciale aandacht te geven aan het eerste echelon.

Voorwaarden waaraan elk op zich niet zonder moeite kan worden voldaan. Desondanks mag de voorbereidingscommissie met haar filosofie gecompliceerd en veel succes worden gewenst: hier is een basis voor een hoopvolle ontwikkeling!

Basisfilosofie achtste medische faculteit (1972) *Medisch Contact* 33, 879.

Defares, J. G. (1972) *Universiteit en Hogeschool* 18, 417.

Huisarts en Universiteit (1968) *Werkgroep Scholing NHG*.

Matlack, D. R. (1972) *J. Medical Education* 47, 612.

Querido, A. (1970) *Memorandum I Staatsuitgeverij 's-Gravenhage*.

Rogers, Carl (1972) *Leren in Vrijheid*, De Toorts, Haarlem.

Specken, J. L. M. H. (1971) *T. Soc. Geneesk.*, 49 679.

Thung, P. J. (1972) in *Memorandum II, Staatsuitgeverij 's-Gravenhage*.

Tiddens, H. A. (1971) *Ned. T. voor medische studenten* 7, 275.

Wijs Onderwijs (1972) *Nota van de afd. onderwijsontwikkeling fac. geneeskunde, Rijksuniversiteit Utrecht*.

De opvang van adolescenten die abortus ondergingen in het Mildred-huis

DOOR F. M. VAN DER DOES-ARENDSSEN HEIN TE MALDEN

Het is mijn mening dat 99 procent van alle vrouwen die abortus* ondergaan — iets, dat maatschappelijk nog als onaanvaardbaar en taboe wordt beschouwd — dit zelf zien als een noodoplossing, de voor haar minst kwade van een aantal mogelijke oplossingen. De abortus wordt als wezenlijk anders ervaren dan bijvoorbeeld een appendectomie of een tandextractie, waarmee volstrekt niet wordt bedoeld, dat noodzakelijkerwijs psychische moeilijkheden zullen optreden. Integendeel, voor de meesten lost abortus vele problemen op (*Body, Meikle en Gerritse; Walter*).

Het is duidelijk dat binnen ons cultuurpatroon het gebeuren rond abortus voor de ongehuwde minderjarige meisjes moeilijker ligt dan bijvoorbeeld voor de gehuwde meerderjarige vrouwen met

Samenvatting. De specifieke problematiek van minderjarigen ten aanzien van abortus wordt beschreven en de ervaringen, opgedaan in gesprekken met adolescenten, die abortus ondergingen in het Mildredhuis te Arnhem, toegespitst op de rol van de huisarts hierbij.

een voltooid gezin. Het is in het Mildredhuis een beleidskwestie extra aandacht aan deze groep jongeren te besteden, zowel vóór als na afloop van de behandeling. Hoe dit precies in zijn werk gaat, wordt hier buiten beschouwing gelaten. Waar het om gaat, is iets van de specifieke problematiek ten aanzien van abortus, welke in onze gesprekken met adolescenten naar voren is gekomen, te beschrijven, met name met het oog op de rol die de huisarts bij

* Waar in dit artikel staat „abortus” wordt bedoeld „abortus arte provocatus”.