

zijn bevallen. Deze uitkomst is geen reden om de keuzemogelijkheid thuis van het tweede kind te bevallen aan geselecteerde zwangeren te ontzeggen.

Alten, D. van (1977) huisarts en wetenschap 20, 139.

Rapport perinatale sterfte 1970-1973. Kraaminrichting en huispraktijk van het Verloskundig Centrum te Wormerveer. Bibliotheek Universiteit Vrouwenkliniek, Wilhelmina Gasthuis, Amsterdam.

Kloosterman, G. J. (redacteur) Leerboek voor obstetrie en gynaecologie. Uitgeversmaatschappij Unieboek, Bussum, 1973.

*Samenvatting. Het vervolgonderzoek uit het Verloskundig Centrum te Wormerveer tracht een antwoord te geven op de vraag welk advies kan worden gegeven ten aanzien van de plaats van de bevalling van het tweede kind. Bestudeerd werd een groep van 1030 zwangeren in verwachting van het tweede kind onder controle van een vroedvrouw of huisarts. Na een amenorroe van 28 weken en voor het in partu komen, werd 11 procent van de zwangeren verwezen naar een specialist voor een klinische bevalling. Tijdens of direct na de baring en gedurende het puerperium werd 3,9 procent van de zwangeren verwezen. De perinatale sterfte bedroeg 5,8 promille. Evenals bij nulliparae blijkt dat een zorgvuldige prenatale zorg een belangrijke prognostische betekenis heeft. Indien selectie plaatsvindt volgens de richtlijnen „Medische indicaties voor specialistische hulp” (Kloosterman), dan kan men op grond van de bevindingen van deze studie stellen dat van iedere 100 zwangeren, 93 zonder problemen thuis bevallen. Voor dergelijke geselecteerde zwangeren is een thuisbevalling van het tweede kind een verantwoorde keuze.*

*Summary. The birth of the second child. This follow-up study from the Wormerveer Obstetric Centre attempts to answer the question which advice should be given concerning the site of a second childbirth. The group studied consisted of 1030 gravidae II, attended by a midwife or the family doctor. After 28 weeks' amenorrhoea and prior to labour, 11 percent of these women were referred to a specialist for clinical parturition. During or immediately after parturition, and during the puerperium, 3.9 percent of these women were referred. The perinatal mortality was 5.8 per mill. As in the case of nulliparae, consistent prenatal care proved to have considerable prognostic significance. After selection on the basis of the guidelines of 'Medical Indications for Specialist Assistance' (Kloosterman), it can be concluded on the basis of the findings obtained in this study that 93 out of 100 gravidae can give birth at home without undue problems. For these selected gravidae, home is a justifiable choice as the site of the second childbirth.*

## Tien jaren universitaire huisartsgeneeskunde in Utrecht

**Zoals in het korte verslag van Van der Velden – (1978) huisarts en wetenschap 21, 31 – werd aangekondigd, geeft Marijke Kuyvenhoven, sociologe, medewerkster aan het Instituut voor huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit te Utrecht, in het hierna volgende een uitgebreide samenvatting van de inleidingen, gehouden tijdens het op 26 november 1977 gehouden symposium ter gelegenheid van het tienjarig bestaan van de eerste Nederlandse leerstoel in de huisartsgeneeskunde te Utrecht.**

Tijdens dit symposium werd aandacht besteed aan de plaats, de mogelijkheden en de problemen van de huisartsgeneeskunde in Nederland, Joegoslavië, Engeland en België en werd een beeld gegeven van de doelstellingen en de inhoud van de Utrechtse basis- en beroepsopleiding en het wetenschappelijk onderzoek.

### Opening door de Minister voor onderwijs en wetenschappen

In de openingstoespraak van de Minister voor onderwijs en wetenschappen – uitgesproken door de plaatsvervangend directeur-generaal voor het hoger onderwijs en het wetenschappelijk onderzoek, Ir. H. J. Schijff – werd de ontwikkeling belicht in het basiscurriculum-geneeskunde, de beroepsopleiding en het postacademisch onderwijs tegen de achtergrond van de ontwikkelingen binnen en buiten de universitaire sfeer. De Minister betreurde het dat de medische basisopleiding nog steeds het karakter heeft van een onderbouw voor één medische vervolgoopleiding, en wel die van de medische specialist, hoewel de herstructurering van het basiscurriculum tot doel heeft een basisarts af te leveren, die gekwalificeerd is (dat wil zeggen niet alleen juridisch) voor het volgen van de verdere beroepsopleiding tot huisarts, sociaal-geneeskundige én medisch specialist. De inbreng van de huisartsgeneeskunde en de sociale geneeskunde blijft echter nog steeds minimaal, ondanks de toenemende behoefte aan preventief denkende en werkende geneeskundigen, die de (potentiële) patiënt in sociaal-psychologisch functioneren kunnen tegemoet treden. Dit heeft als consequentie dat studie-onderdelen, die in het basiscurriculum aan de orde zouden moeten komen, momenteel helaas in de beroepsopleiding zijn ingepast; een verlen-

ging van de beroepsopleiding achtte hij echter een onjuiste oplossing voor deze ongewenste situatie.

Hij wees erop het noodzakelijk te vinden dat er meer overeenstemming wordt bereikt over de specifieke leerdoelstellingen van het basiscurriculum, de beroepsopleiding en zelfs het postacademisch onderwijs. Het rapport, Kenmerken van de huisarts<sup>1</sup>, noemde hij een eerste goede aanzet daartoe, terwijl een belangrijke taak voor de huisartseninstituten zou kunnen liggen in het leveren van bijdragen aan de gedachtenvorming rond de basisopleiding, waarover de Adviescommissie Opleidingen Geneeskundigen de Minister zal adviseren.

Tot slot onderstreepte de Minister de belangrijke plaats die de huisartseninstituten in de langzaam op gang komende nascholing voor de huisarts hebben, omdat juist op dit gebied de noodzakelijke interactie tussen universitaire en buiten-universitaire sfeer tot ontwikkeling kan komen.

### Universitaire huisartsgeneeskunde in Joegoslavië, Engeland en België

In de vijftiger jaren werden huisartsen zich steeds meer bewust dat er een kloof bestond tussen de behoeften aan gezondheidszorg van de bevolking en het antwoord dat de medische professie op grond van haar opleiding had te bieden. Chronische aandoeningen en vage klachten verdrongen het leeuwedeel dat de acute infectieuze aandoeningen in de morbiditeit tot dan toe innamen, terwijl de zorg zich kenmerkte door toenemende specialisering en technologisering.

Deze huisartsen onderkenden dat hun specifieke generalisme de mogelijkheid in zich draagt deze kloof te overbruggen en te verkleinen door het bieden van continue integrale zorg voor het individu en zijn gezin.

Daartoe zouden echter wel meer adequate opleidingsmogelijkheden dienen te worden gerealiseerd.

Professor Dr. Z. Jaksic uit Joegoslavië, Dr. J. Horder uit Engeland en Professor Dr. H. Janssens uit België gingen achtereenvolgens in op de ontwikkeling van de universitaire huisartsgeneeskunde in hun land. Net als in Nederland bestond in deze landen de uitzonderlijke situatie dat de traditionele medische opleiding de bevoegdheid gaf als huisarts te praktiseren, zonder dat ook maar één huisarts in dat onderwijs enige inbreng had.

Als eerste van de drie buitenlandse sprekers ging Jaksic in op de situatie in Joegoslavië. In Zagreb startte in 1960 de eerste beroepsopleiding (welke niet verplicht is en opleidt tot „specialist in general medicine”), terwijl daar ook vrij snel een, zij het beperkte, inbreng in het basiscurriculum kon worden gerealiseerd.

Het bieden van een continue, integrale eerstelijns gezondheidszorg bleek in Joegoslavië (ook al zijn er regionale verschillen) een wat andere inhoud te hebben dan bijvoorbeeld in Engeland en Nederland, omdat de huisarts in de eerstelijns werkzaam is naast de gynaecoloog, die geboorteregeling, verloskunde en gynaecologie voor zijn rekening neemt, en de kinderarts<sup>2</sup>.

Daarnaast kenmerkt het morbiditeitspatroon zich daar veel sterker door acute infectieuze aandoeningen dan in de Westeuropese landen, zodat het niet verwonderlijk is, dat de huisartsgeneeskunde in de universitaire sfeer nog steeds onder de hoede van de sociale geneeskunde functioneert. De discussie over de inhoud van de huisartsgeneeskunde is echter in volle gang, terwijl het wetenschappelijk onderzoek tot bloei is gekomen, bijvoorbeeld op het gebied van het functioneren van de huisarts en „huisarts-specialisten”, de effectiviteit van de therapie van „common diseases” en de evaluatie van verschillen in intra- en extramurale zorg.

Jaksic achtte een verdere professionalisering van de universitaire huisartsgeneeskunde in de toekomst gewenst en waarschijnlijk, wat tot uitdrukking zal moeten komen in de instelling van een universitaire leerstoel. Inhoudelijk zal deze ontwikkeling waarschijnlijk leiden tot een sterkere nadruk op de continue, integrale zorg voor het individu en zijn gezin, dan momenteel het geval is.

In Engeland is – zo bleek uit de woorden van Horder – de behoefte aan specifieke scholing van de huisarts en inbreng van de huisartsgeneeskunde in de basisopleiding door de meeste medische faculteiten erkend en gehonoreerd met de instelling van een leerstoel. Binnen enkele jaren zal daar zelfs een driejarige beroepsopleiding voor iedere huisarts verplicht zijn.

De inbreng in het basiscurriculum blijkt, evenals in Joegoslavië en bijvoorbeeld ook in Nederland<sup>3</sup>, een enthousiaste weerklank bij de studenten te vinden, vooral omdat dit veelal een eerste kennismaking met de

praktijk en een integrerend element in de opleiding biedt. Daarnaast blijkt de belangstelling voor de huisartspraktijk te zijn toegenomen, maar Horder wees er wel op dat er – wat deze toename van de belangstelling betreft – geen verschil is te constateren tussen de medische faculteiten die wel en die geen huisartseninstituut kennen.

De laatste 25 jaar is er in Engeland vrij veel wetenschappelijk onderzoek gedaan, bijvoorbeeld op het gebied van de aan de huisarts aangeboden morbiditeit, de effectiviteit van diagnostische en therapeutische methoden, enzovoort. Horder betreurde het echter dat de inbreng van de universitaire huisartseninstituten op dit gebied beduidend geringer is geweest dan die van het Royal College of General Practitioners en de individuele huisartsen. Daarnaast constateerde hij dat huisartsgeneeskunde nog te weinig in eigen probleemstellingen en methoden van onderzoek wordt vertaald, wat het centrale uitgangspunt van de voordracht van professor Van Es zou zijn.

De – multidisciplinaire – researchmogelijkheden aan de universiteiten beginnen echter langzamerhand tot bloei te komen (met name in Manchester en het Bedford College in Londen), hetgeen voor de toekomst in elk geval mogelijkheden biedt voor verdere wetenschappelijke fundering van de huisartsgeneeskunde. Juist met behulp van de resultaten van onderzoek zal de universitaire huisartsgeneeskunde zich in de toekomst moeten waarmaken ten opzichte van de concurrerende specialistische benaderingen in de geneeskunde. Kenmerkend voor een wetenschappelijke discipline is immers het ontwikkelen van toetsbare hypothesen en de bereidheid alles te onderzoeken én onwelkome kritiek te accepteren. De resultaten hiervan dienen hun weerslag te vinden in de opbouw en inhoud van het basiscurriculum. Dit is echter een moeizaam proces, omdat het beleid ten opzichte van het basiscurriculum blijkt te worden gekenmerkt door een weinig open opstelling van de gevestigde specialismen en een verdedigen van verworven posities, zoals ook uit de woorden van andere sprekers deze dag herhaaldelijk bleek. Dit is ook een van de belangrijkste oorzaken van de moeizame acceptatie die de huisartsen als leden van de medische faculteit ten deel is gevallen.

Horder besloot zijn voordracht met het belichten van één van de grootste problemen voor de academische huisartsen, namelijk het bieden van een goede continue zorg én tegelijkertijd medewerker zijn van een universitair huisartseninstituut. Als „beste” oplossing heeft zijn instituut gekozen voor teamwerk, een goede arbeidsverdeling en het inschakelen van perifere praktijken (in plaats van de oorspronkelijke academische model-praktijk) bij de opleiding, maar dit blijft eigenlijk een vrijwel onoplosbare conflictsituatie, die een grote druk op de medewerkers legt.

De ochtendzitting werd besloten met een voordracht door professor Janssens uit België, waar de ontwikkeling van de universitair

re huisartsgeneeskunde langzaam voortschrijdt. In 1968 is men in Leuven en in 1972 in Antwerpen met een beroepsopleiding begonnen, terwijl ook in Gent voorbereidingen daartoe worden getroffen. Deze wat trage ontwikkeling moet voor een groot gedeelte worden toegeschreven aan de culturele ambivalentie, die de Belgische gemeenschap zo pijnlijk kenmerkt.

Binnen twee tot drie jaren zal waarschijnlijk – mede dankzij de E.E.G.-verordeningen – ook in België een basiscurriculum van zes jaar en een éénjarige beroepsopleiding zijn gerealiseerd, terwijl hij een mogelijke uitbreiding van dit laatste niet onwaarschijnlijk achtte.

Evenals de andere landen kent België recent een cumulatieve van onderzoeken door huisartsen op het gebied van morbiditeit, therapie-evaluatie, enzovoort, waarvan de Wetenschappelijke Vereniging der Vlaamse Huisartsen de stimulans is geweest.

De Vlaamse huisartseninstituten hebben besloten een gezamenlijk wetenschapsbeleid te voeren en hebben voorlopig een prioriteit gelegd bij beschrijvend, inventariserend onderzoek. Janssens ging in op de twee belangrijkste projecten, die uit deze samenwerking resulteerden.

Ten eerste is het Vlaamse huisartseninstituut samen met andere universitaire instituten bezig „een operationeel model voor huisartsenopleiding” te ontwikkelen; een onderzoekproject dat door de overheid wordt gesubsidieerd en dat de basis voor de beroepsopleiding moet bieden.

Daarnaast is in een ruimer kader, namelijk met onder meer de wetenschappelijke beroepsvereniging en twee sociologische instituten, een groot nationaal project ontwikkeld, waarbij alle instanties in de eerstelijns gezondheidszorg (beroepsorganisaties, ziekenfondsen, opleidingen, enzovoort) hun visie hebben gegeven op (hun eigen functioneren in) de eerstelijns gezondheidszorg en voorts hebben aangegeven welke aspecten verder onderzoek behoeven. Dit zal de basis moeten leveren voor een toekomstig wetenschapsprogramma, dat zich in elk geval zal richten op de mogelijkheden van kwaliteitscontrole, samenwerken in de eerstelijns en het functioneren van de huisarts.

Janssens vroeg bezinning op de toekomst van de huisartsgeneeskunde tegen de achtergrond van de meer algemeen maatschappelijke tendensen, die in onze samenleving zijn te onderkennen. Hij wees met name op het gevaar dat het zoeken naar een evenwicht in de relatie tussen intra- en extramurale zorg zal leiden tot „het overhevelen van de technologische dictatuur naar het functioneren van de huisarts”. De „technologische snufjes” schijnen aantrekkingskracht op de huisarts te hebben wat kan leiden tot een steeds verdergaande medicalisering. Het zal zijns inziens moeilijk zijn deze ontwikkeling te keren, ook al is iedere individuele huisarts zich scherp van dit gevaar bewust, omdat dit een verzet tegen het structurele geweld van onze maatschappij inhoudt.

De toenemende machtsonzekerheid, waarin het dagelijks arts-patiënt contact resulteert, maakt het namelijk verleidelijk voor dit structurele geweld te buigen. De ontwikkeling in het denken over het structurele geweld in de maatschappij van Marx via Marcuse naar Baudrillard lijkt zijns inziens symbolisch voor de toenemende machtsonzekerheid als individu, maar zeker ook als huisarts. Het steeds moeilijker wordend alternatief ligt in het bewust zoeken naar evenwicht tussen menselijkheid en technologie en juist dit maakt voor hem en waarschijnlijk voor vele anderen de (universitaire) huisartsgeneeskunde zo boeiend.

## Huisartsgeneeskunde als universitaire discipline: een Utrechtse visie

Prof. Dr. J. C. van Es opende de middagbijeenkomst. Hij schetste in grote lijnen de snelle uitbreiding van de activiteiten die het U.H.I en daarna eigenlijk alle huisartseninstituten de afgelopen jaren hebben gerealiseerd. Oorspronkelijk lag het zwaartepunt van de activiteiten bij de beroepsopleiding, terwijl langzamerhand steeds meer aandacht wordt besteed aan de basisopleiding en het wetenschappelijk onderzoek. Daarmee wilde hij niet zeggen dat een ideale situatie is bereikt, maar wel dat in deze jaren een fors stuk werk is verzet.

Van Es concentreerde zich in zijn voordracht op twee problematische aspecten in de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde als wetenschappelijke discipline, namelijk het wetenschappelijk onderzoek en de ethische aspecten van de beroepsuitoefening in de moderne maatschappij tegen de achtergrond van de kernaspecten van de huisartsgeneeskunde.

De kernaspecten van de huisartsgeneeskunde zijn (in navolging van de Woudschoten-formulering) in het rapport „Kenmerken van de huisarts”<sup>4</sup> als volgt geformuleerd:

- De huisarts is werkzaam in de eerstelijns van de gezondheidszorg;
- de patiënt vertrouwt zich aan de continue zorg van de huisarts toe;
- de huisarts betreft de totale persoon van de hulpzoekende in zijn hulpverlening;
- voor degenen die in gezinsverband leven, is de huisarts tevens gezinsarts.

Dit zijn de condities waaronder de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt tot stand komt. De kennis van de huisarts betreffende de voorgeschiedenis, milieu, aard en relaties van de patiënt bieden hem de mogelijkheid binnen die vertrouwensrelatie met de patiënt de mogelijke invloed van die factoren op het ontstaan of voortduren van zijn klachten, ziekten en problemen te analyseren.

De mogelijkheid van en de noodzaak tot het betrekken van deze lichamelijke, psychische én sociale aspecten binnen het proces van de probleemdefiniëring en de hulpverlening, onderscheidt de huisarts-

geneeskunde van de specialistische geneeskunde. Deze laatste wordt in zijn diagnostiek in toenemende mate afhankelijk van de biochemicus, de ingenieur, dat wil zeggen de technologie.

Deze kernaspecten van de huisartsgeneeskunde komen in de huidige research echter niet of niet voldoende tot hun recht, zoals ook reeds door Horder was geconstateerd. Binnen de huisartsgeneeskunde is daarom volgens Van Es behoefte aan „functioneel” onderzoek in de terminologie van Van Peursen<sup>5</sup>. Dergelijk onderzoek wordt gekenmerkt door „een manier van bezinnen, theoretiseren, handelen, beslissen en arbeiden, waarbij de samenhang van de delen centraal staat”, en waarbij de praxis het uitgangspunt is waaruit „al doende de theorie wordt opgebouwd”.

Dit vereist dat de hiervoor genoemde kernaspecten in de vraagstelling en de methoden van huisartsgeneeskundig onderzoek moeten worden verdisconteerd. De formulering van een vraagstelling, die de werkwijze van de huisarts duidelijk tot haar recht laat komen, zal door de huisarts dienen te geschieden, omdat slechts hij zijn eigen praktijk kent. Hij moet daartoe een integratie van de verschillende reducties van zijn complexe werkelijkheid kunnen realiseren. In Utrecht wordt momenteel een poging ondernomen deze stagnatie te doorbreken, zoals later door mevrouw Touw werd uiteengezet.

Juist omdat de huisarts zelf probleemstellingen zal moeten formuleren, zal in de toekomst een nauwe samenwerking tussen de huisartsenwereld (met name de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het N.H.G.) en de universitaire wereld moeten worden gerealiseerd.

Het tweede belangrijke problematische aspect waarmee de huisartsgeneeskunde momenteel wordt geconfronteerd, is de plaats van de ethiek in het handelen. Door de toename van de mogelijkheden of beter gedragsalternatieven in de geneeskunde worden arts en patiënt steeds meer tot een keuze gedwongen. De huisarts moet samen met de patiënt steeds meer overwegingen van zeer uiteenlopende aard tegen elkaar afwegen, zoals medisch-somatische overwegingen, verlangens van de patiënt, diens belangen, de belangen van de gemeenschap en talloze andere.

Dit heeft als consequentie dat hun opvattingen en oriëntaties een sterk bepalende rol spelen, dat wil zeggen dat de ethiek een beslissende plaats wordt toegekend. Hij achtte het van fundamenteel belang dat de opleiding en het wetenschappelijk onderzoek aan deze aspecten van de beroepsuitoefening expliciet aandacht schenkt.

Tot slot sprak Van Es de hoop uit, dat de huisartseninstituten door hun specifieke plaats tussen de rest van de faculteit (dat wil zeggen de specialistische wereld) en de extramurale zorg van invloed kunnen zijn op de verdere ontwikkelingen in de

gezondheidszorg en zo tegenstellingen, onder andere op het gebied van het voortgezet medisch onderwijs, kunnen helpen overbruggen.

Mevrouw Drs. F. Touw-Otten zette in haar voordracht uiteen op welke wijze in Utrecht wordt geprobeerd de complexiteit van het hulpverleningsproces van de huisarts in onderzoekstermen te vatten. De meeste problemen waarmee de huisartsgeneeskunde en de individuele huisarts worden geconfronteerd, zijn complexe problemen, zoals het diagnostisch-therapeutisch proces, de arts-patiënt relatie, een aangeboden klacht of een probleem. Dit heeft als consequentie, dat deze problemen nooit vanuit één discipline kunnen worden opgelost; elke discipline brengt zijn eigen reductie van de werkelijkheid aan, die niet tot een andere reductie behoeft te worden herleid, maar die een andere reductie wel kan aanvullen.

Bij het analyseren van de vraag of de huisarts tot integrale hulpverlening in staat is, komt deze integratie van reducties expliciet tot uitdrukking. Kenmerkend voor integrale hulpverlening is dat de huisarts in zijn probleemdefiniëring tegelijkertijd somatische, psychische en sociale componenten op hun oorzakelijkheid ten aanzien van het ontstaan en voortbestaan van een ziekte of probleem onderzoekt en in zijn daarop gebaseerd beleid verdisconteert. Hij kan dat slechts als hij de mogelijke invloeden van deze verschillende componenten op ziekte- en gezondheidsproblemen kent. Dit betekent dat hij met kennis uit verschillende disciplines moet werken.

In het integrale hulpverleningsproces moet de huisarts zelf tot een synthese van zijn verschillende reducties (somatisch, psychisch en sociaal) komen. Dit houdt in dat hij inzicht moet ontwikkelen hoe de verschillende reducties elkaar aanvullen en op elkaar kunnen worden afgestemd. De kennis uit de ene discipline kan dan als randvoorwaarde dienen voor de analyse van het probleem vanuit een andere discipline.

Het is duidelijk dat er nog veel interdisciplinair onderzoek zal moeten plaatsvinden om de huisarts deze kennis van de verschillende verklaringsmogelijkheden en de manier waarop zij elkaar kunnen aanvullen, te kunnen aanreiken.

Een mogelijke benadering van het hulpverleningsgedrag van de huisarts, die op deze gedachtingang stoelt, illustreerde mevrouw Touw met een korte schets van een onderzoekproject dat binnenkort in Utrecht zal beginnen. Uit de tot nu toe bekende literatuur is naar voren gekomen dat het hulpverleningsgedrag van huisartsen onderling waarschijnlijk sterk verschilt. Dit kan worden geconcludeerd uit de grote verschillen in verwijsgedrag, farmacotherapie, enzovoort. Deze verschillen kunnen samenhangen met de verschillen in „onnodige” verwijzingen, „onnodige” opnamen, „onnodige” bedrust,

enzovoort, waardoor de patiënt onnodig in het medisch kanaal belandt. Hoe deze samenhang precies ligt, is echter op basis van de huidige kennis van het hulpverleningsgedrag niet aan te geven.

In dit project zal de hulpverleningsprocedure in eerste instantie worden gereduceerd tot de beslissingsprocedures waarmee de huisarts werkt, dat wil zeggen de wijze waarop de huisarts de verschillende beslissingsfasen doorloopt, welke informatie, dat wil zeggen ten aanzien van mogelijke somatische, psychische en sociale oorzaken, hij zoekt en hoe hij deze verwerkt.

Tegelijkertijd zal worden nagegaan in hoeverre deze verschillen in de beslissingsprocedures samenhangen met verschillen in andere aspecten van het hulpverleningsgedrag. Mogelijke oorzaken van verschillen in hulpverleningsgedrag zullen in een vervolgonderzoek worden betrokken.

## Basis- en beroepsopleiding in Utrecht

Dr. R. de Melker maakte in zijn voordracht duidelijk welke bijdragen de huisartsgeneeskunde kan leveren aan de – herstructurering van de – medische basisopleiding en hoe deze bijdrage momenteel in Utrecht wordt gerealiseerd. Huisartsgeneeskunde zou een integrerende rol in het basisonderwijs kunnen vervullen op een manier die vergelijkbaar is met haar rol in de gezondheidszorg. Hij betreunde het dat er echter tal van barrières blijken te bestaan, die de realisatie van deze rol in de weg staan.

Over het algemeen blijken zinloze budgettaire touwtrekkerijen samenwerking tussen de verschillende disciplines onmogelijk te maken. Dit gebrek aan samenwerking tussen verschillende disciplines heeft binnen de medische basisopleiding verschillende consequenties. Vooreerst bestaat nog steeds de neiging de student tot mini-chirurg of bijvoorbeeld mini-internist op te leiden. In de tweede plaats blijken onderwerpen die niet tot één van de vakken van de faculteit behoren, niet te worden behandeld, terwijl anderzijds de mogelijke integratieve benadering van problemen achterwege blijft. Tenslotte heeft dat tot gevolg dat er soms vrij willekeurige verschuivingen in het onderwijspakket plaatsvinden.

Een ander probleem waarmee de opleiding kampt, is de nadruk die ligt op het aanbieden van steeds meer en steeds ingewikkelder kennis. Hij vroeg zich af of de opleiding niet veeleer zou moeten worden gericht op het leren leven en hulpverleners met onzekerheden, juist als gevolg van de toegenomen kennis (vergelijk Carl Rogers).

De mogelijkheden die de huisartsgeneeskunde de opleiding te bieden heeft, liggen onder andere op dit terrein. Daarnaast kent de huisarts beter dan de specialisten de behoefte van de patiënten en hij zou aldus kunnen selecteren wat daarvan in de opleiding zou moeten komen, terwijl hij een bindend

element zou kunnen vormen door zijn raakvlakken met tal van andere disciplines. Tenslotte is de huisarts als generalist in staat hiaten in de opleiding en in de kennis van de individuele student te onderkennen.

In de huidige nog beperkte inbreng in de basisopleiding wordt geprobeerd deze functies van de huisartsgeneeskunde optimaal te realiseren. Deze inbreng bestaat momenteel uit drie onderdelen:

De derdejaars stage huisartsgeneeskunde; een geïntegreerd onderwijsproject; de colleges huisartsgeneeskunde.

De doelstelling van de derdejaars stage is de student enig inzicht te geven in:

De behoefte van de patiënt, met wie de huisarts wordt geconfronteerd;

de hulpverlenende instanties, met wie de huisarts heeft te maken;

het „problem-solving” proces;

de activiteiten die de huisarts onderneemt; de factoren die van invloed zijn op wat de huisarts denkt, doet en beslist.

De stage is inhoudelijk en didactisch zo opgezet, dat de student inzicht krijgt in de multidisciplinaire aspecten van huisartsgeneeskundige problemen en probleemoplossingen, dat hij hiaten in zijn kennis op het spoor komt en dat hij tot zelfstudie wordt gemotiveerd.

In een geïntegreerd onderwijsproject met sociale geneeskunde, medische psychologie, ziekenhuiswetenschappen en onderwijsontwikkeling wordt geprobeerd het onderwijs meer probleemgeoriënteerd en geïntegreerd aan te bieden en aandacht te besteden aan het toepassen van kennis bij het analyseren en oplossen van problemen. Met de colleges huisartsgeneeskunde wordt getracht exemplarisch onderwijs te geven, gericht op de toepassing van kennis<sup>6</sup>, probleemsignalering en probleemoplossing, terwijl bij het tentamen wordt geprobeerd niet zozeer kennis als wel de toepassing van kennis in de praktijk te toetsen.

Momenteel werkt de afdeling basisonderwijs mee aan de bewerking van het rapport „Kenmerken van de huisarts”. De Melker toonde zich verheugd dat dit rapport in de faculteit reeds bijgedragen heeft aan een discussie over de relevantie van diverse onderwerpen in de opleiding. Dit meewerken aan de discussie over de doelstellingen van het onderwijs heeft dus duidelijk positieve gevolgen voor de inhoud van het basisonderwijs huisartsgeneeskunde, het totale basisonderwijs én de beroepsopleiding.

De Melker besloot zijn voordracht met de wens dat deze ontwikkeling zich verder zal voltrekken en ook in Utrecht het co-assistentenschap eindelijk zal worden gerealiseerd.

I. Ph. L. Koperberg besloot de rij Utrechtse sprekers met een voordracht over het functioneren van de beroepsopleiding. Omdat de beroepsopleiding volgt op de basisopleiding én voorbereid op de zelfstandige beroepsuitoefening moet zij enerzijds op de basisopleiding en anderzijds op de eisen en behoeften van de huisarts worden afgestemd. Wat dit echter expliciet inhoudt, is

nog steeds niet geformuleerd, ondanks talrijke pogingen tot een globale omschrijving van wat de huisartsgeneeskunde omvat of dient te omvatten. Er zijn nieuwe definities nodig van wat huisartsgeneeskunde inhoudt, „definities die relevant zijn voor de huidige en toekomstige behoefte van de gemeenschap”.

Voorlopig zal echter met „werkdefinities” moeten worden gewerkt. De belangrijkste is wel dat de opleiding artsen moet afleveren die een veranderingsbereidheid vertonen, dat wil zeggen dat zij niet alleen ontwikkelingen kunnen volgen bij de individuele patiënt en bij zichzelf, maar ook dat zij ontwikkelingen in gang willen zetten. Het hoofddaccent van de beroepsopleiding ligt op de training van de arts-assistenten, maar daarnaast krijgen de huisarts-opleiders steeds meer aandacht.

In de opleiding worden de arts-assistenten getraind de hen aangeboden problemen op te lossen. Daartoe wordt op de terugkomdagen van de arts-assistenten ruime aandacht besteed aan de meer-sporen-diagnostiek. Hiervoor worden momenteel werkwijze-besprekingen gebruikt, waarbij meer aandacht wordt besteed aan de structuur van het probleem-oplossen en minder aan de gewenste probleemoplossing, vergeleken bij de meer traditionele casusbespreking. „Bij deze besprekingen wordt nadrukkelijk gesteld dat het niet de bedoeling is de patiënt in een passieve rol te dwingen, maar dat de arts de patiënt moet helpen diens vraag om hulp te verduidelijken” en zelf oplossingen te vinden. Daarnaast moet de arts-assistent leren inzicht te krijgen in zijn eigen functioneren; dit „betekent inzicht in de wijze waarop hij reageert op de ander en hoe hij met die ander communiceert”. De inbreng van de agogen ligt voornamelijk op dit gebied, waarvoor op de terugkomdagen veel ruimte is gereserveerd.

Een ander uitgangspunt van de opleiding is dat de arts-assistent een uitgebreide kennis omtrent somatische ziekten dient te hebben en die kan toepassen. Het opsporen van hiaten in kennis en vaardigheden gebeurt tijdens de stage en op de terugkomdagen, bijvoorbeeld via de Warffum-methode. Daarnaast wordt door iedere arts-assistent op individuele basis een uitgebreide studie van een keuze-onderwerp gemaakt (de zogenaamde additionele programma's).

In de opleiding wordt ruime aandacht besteed aan het leren samenwerken; ook hierbij spelen de gedragswetenschappers een grote rol, door interacties tijdens de groepsbijeenkomsten te expliciteren en door in rollenspellen aanzetten te geven tot het tot ontplooiing brengen van vaardigheden die voor het samenwerken van belang zijn.

In de stage ontvangen de arts-assistenten het grootste deel van hun praktische opleiding van de huisarts-opleiders. Koperberg bracht hun hulde om de inspanningen en bijdragen, die zij tot nu toe hebben geleverd (en die in hun naam ook duidelijk tot uitdrukking komt). Na de pioniersfase is de aandacht van het UHI meer op de professionalisering van de huisarts-opleiders komen te

liggen, dat wil zeggen dat zij worden geholpen hun van „nature aanwezige potentie als onderwijzer tot wasdom te brengen”. Daar toe wordt voor elke groep huisarts-opleiders een viertal terugkomdagen georganiseerd, waarvan het programma overeenkomt met de terugkomdagen van de arts-assistenten, met onder andere spuien, oefenen in huisarts-denken door middel van casus- en werkwijze-bespreking, gespreksvoering en relatietraining. Daarnaast worden er basis- en vervolgcursussen voor de huisarts-opleiders (drie opeenvolgende dagen in een conferentie-oord) georganiseerd, waar de nadruk ligt op de communicatie en de samenwerking tussen de huisarts-opleider en de arts-assistent en de inhoud van de opleidersrol van de huisarts-opleider. Voor de toekomst stelde Koperberg aan een uitbreiding van de opleiding naar twee jaar en aan een betere rechts- en financiële positie van de arts-assistenten de hoogste prioriteit toe te kennen.

## Besluit

Zowel na de ochtend- als na de middagzitting werd een forumdiscussie gevoerd. De uitgebreide gedachtenwisseling, waarbij vele vragen werden opgeroepen, is waarschijnlijk een aanwijzing voor de aandacht die de komende jaren aan de hier onder de aandacht gebrachte problemen zal worden besteed. Kan men een specifiek beslissingsprobleem van de huisarts wetenschappelijk oplossen? In hoeverre zijn er normen ontwikkeld om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te onderzoeken en zou dit niet een hoge prioriteit moeten hebben? Zetten wij ons niet teveel af tegen de specialistische geneeskunde in plaats van te proberen tot een vruchtbare samenwerking te komen? Wat zijn de mogelijkheden en wenselijkheden van formatieve en summatieve toetsing van de opleiding? Ongetwijfeld zal ook in dit tijdschrift deze discussie verder en meer uitgebreid worden gevoerd.

Het slotwoord werd uitgesproken door Prof. Dr. F. J. A. Huygen, die van af het begin nauw betrokken is geweest bij de ontwikkelingen, die deze dag in de belangstelling stonden. De moeilijke opdrachten die de huisartsgeneeskunde de komende jaren heeft te vervullen, nu haar integratieproces binnen de universiteit niet meer is te stuiten, stelde hij hierin centraal. Dit proces heeft namelijk als neveneffect gehad dat er een leemte is ontstaan tussen de medewerkers van de huisartsinstituten en de Nederlandse huisartsen; deze moet worden overbrugd. De universitaire huisartsgeneeskunde dient in een vitale relatie te leven met de praktijkwereld, zonder haar integratie met de medische faculteit teniet te doen. Juist vanuit een dergelijke brugpositie kan zij namelijk werken aan de humanisering van de geneeskunde, de verbetering van de relatie tussen de intra- en extramurale zorg en aan een verder aanpassing van de gezondheidszorg aan de maatschappelijke behoeften.

# Nieuwe classificatie van ziekten en andere codesystemen

W.EKKER\*

**In 1977 verscheen de negende editie van de International Classification of Diseases (ICD-9)\*\* die internationaal van kracht zal worden op 1 januari 1979. Een scala nieuwe classificaties is ter beschikking gekomen die ook voor ons land duidelijke consequenties heeft. De nieuwe diagnoseclassificatie is dusdanig uitgebreid en aangepast aan de huidige tijd dat vele specialismen hun arbeidsveld beter in kaart kunnen brengen. Dit is van belang voor ontwikkelingen zoals „medical audit” en probleemgeoriënteerde registratie.**

ICD-9 zal krachtens internationale afspraak over de gehele wereld worden gebruikt voor de sterftestatistiek. Voor de morbiditeit, inclusief de ziekenhuisstatistiek, zullen wij ook te maken krijgen met „afgeleiden”. Evenals voorheen wordt in de Verenigde Staten een op de morbiditeit toegespitste „clinical modification” van ICD-9 samengesteld (afgekort: ICD-9-CM). Aangezien deze ook voor ons land voordelen lijkt te bezitten, wordt ten behoeve van de registratie in ziekenhuizen en andere instellingen van gezondheidszorg een Nederlandse vertaling gereed gemaakt, die op 1 januari 1980 ingevoerd zal worden.

Behalve de bovengenoemde classificaties zijn ongeveer ter zelfder tijd nog enkele an-

dere codesystemen verschenen, namelijk:

- Classification of Procedures;
- Classification of Impairments and Handicaps;
- ICD-O (Oncology);
- International Nomenclature of Ophthalmology.

Ook deze willen wij kort bespreken en de implicaties voor Nederland aangeven.

## ICD-9

De nieuwe wijzende editie van de ICD is beduidend kloeker dan zijn donkerblauwe voorganger en de inhoud is navenant. Vooral door veel inspraak van geledingen uit de gezondheidszorg is deze herziening ingrijpend geworden. Hoewel de hoofdstukindeling ongewijzigd is gebleven en ook verder de nummering zoveel mogelijk is gehandhaafd, is in het gehele boek toch een groot aantal veranderingen aangebracht, waarvan de voornaamste zijn:

- een grotere mogelijkheid van detaillering door uitbreiding van het aantal drie- en viercijferige codes;
- invoering van een vijfde cijfer op verschillende plaatsen, dat als „optional” (facultatief) wordt gepresenteerd;
- invoering van een dubbele classificatie voor een aantal aandoeningen, enerzijds

\* Medewerker bij de Stichting Medische Registratie.

\*\*World Health Organization, Manual of the International Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death, Volume 1, 1977; XXIII + 773 pagina's.

De WHO-uitgaven zijn verkrijgbaar bij Martinus Nijhoff's Boekhandel, Lange Voorhout 9, Den Haag, met uitzondering van de Classification of Impairments and Handicaps. Deze is beschikbaar als werkdocument WHO/ICD-9/REV.CONF/75.15 en kan worden aangevraagd bij de WHO, Genève, Zwitserland, Afdeling Documentatie (DOC.Unit).

De International Nomenclature of Ophthalmology kan verkregen worden via het bureau van de American Academy of Ophthalmology: 15 Second Street S.W., Rochester, Minnesota 55901, USA.

- 1 Kenmerken van de huisarts; rapport onderwijsdoelstellingen 1975. Instituut voor huisartsgeneeskunde van de rijksuniversiteit te Utrecht, mei 1975.
- 2 Zie ook J. V. van Es. De opleiding van de huisarts in Croatië en diens plaats in de gezondheidszorg. (1973) huisarts en wetenschap 16, 421-426.
- 3 R. de Melker. Evaluatief verslag van de

derdejaars stage huisartsgeneeskunde. U.H.I., R.U. Utrecht, juni 1977: 10.

- 4 Kenmerken van de huisarts; op cit. : 5, 6.
- 5 C. A. van Peursen. Strategie van de cultuur. Elsevier, Amsterdam-Brussel, 1970.
- 6 J. C. van Es. Patiënt en huisarts. Een leerboek huisartsgeneeskunde. Oosthoek, Scheltema & Holkema, Utrecht, 1974.

(1978) huisarts en wetenschap 21, 189