Toepassing van medisch-biologische kennis

Op het eerste gezicht gaat het hier om een gemakkelijk onderwerp: iedere ervaren huisarts kan urenlang vertellen over de wijze, waarop hij in zijn werksituatie diagnosen stelt, medicijnen voorschrijft enzovoort. Bij nader inzien valt dit nogal tegen. De huisarts op de praatstoel heeft het uitsluitend over incidentele gevallen en ervaringen. Algemene uitgangspunten en theorieën op dit gebied zijn schaars. Voorzover wij die kennen, vinden we ze in een bepaald opzicht eenzijdig of incompleet. Zo bestaat er het medisch probleem-oplossen. Het gaat er hierbij om hoe men op systematische wijze, met zo groot mogelijke kans op succes kan komen van klacht tot diagnose en behandeling. Deze aanpak is onafhankelijk van de specifieke klacht van de patiënt. Dit medisch probleem-oplossen is vanuit verschillende hoeken benaderd: normatief *(Feinstein* 1973 en 1974) en descriptief *(Elstein e.a.)*. Dicht bij de theorie van het medisch probleem-oplossen ligt de visie op het werk van de huisarts als een vorm van besliskunde *(Van Es; Platt)*. Waar het medisch probleem-oplossen in strikte zin tot doel heeft te komen tot een juiste diagnose, is er in de besliskundige opvatting ruimte voor meer doelen, zoals handhaving van de arts-patiëntrelatie, van een financieel gezonde praktijkvoering enzovoort. In eerste instantie lijkt de besliskundige opvatting dan ook de geschiktste om de toepassing van medisch-biologische kennis door de huisarts te benaderen.
Op het Huisartseninstituut van de V.U. is achtereenvolgens geprobeerd om met beide opvattingen te werken. Daarbij ontstonden echter problemen. Legt men in het onderwijs de nadruk op het medisch probleem-oplossen in strikte zin (komen tot de juiste diagnose en behandeling), dan behandelt men slechts medische problemen. Dit soort problemen vormt een beperkt deel van de vragen om hulp waarmee de huisarts te maken heeft. Daarnaast lijkt deze behandeling van het onderwerp op hetgeen men bij interne geneeskunde leert. Legt men anderzijds de nadruk op een besliskundige benadering, dan stuit men op allerlei kwesties die in het ene geval wel en in het andere niet van belang worden geacht. Zo zal de huisarts soms bij zijn beslissingen inzake medisch-technische problemen sterk rekening houden met zijn relatie met de patiënt, andere keren echter niet of veel minder. Er is geen systematische theorie beschikbaar die verklaart waar het verschil in zit. De studenten blijven een besliskundig schema dan ook wat ,,leeg'' vinden en komen er weinig verder mee. Er bleven met andere woorden meer vragen over dan verklarende regels voor de werkwijze van de huisarts. Voorbeelden: Is er een gemeenschappelijke manier van probleem-oplossen bij huisartsen? Welke doelen streeft de huisarts in zijn werk na? Wat zijn de typische verschillen tussen huisarts en specialist?
De staf ervaart het als een waagstuk om in het onderwijs thema's aan de orde te stellen waarmee men zelf moeite heeft. Toch gebeurt het en wel omdat het onderwerp belangrijk geacht wordt voor de vorming tot basisarts en voor de latere beroepskeuze van de student. De doelstellingen zijn de volgende. In de eerste plaats het bijbrengen van kennis over het kader waarin en de wijze waarop de huisarts zijn medisch-biologische kennis toepast; over de wijze waarop, naast allerlei situatiegebonden factoren, de normen, waarden en taakopvatting van de huisarts zijn werkwijze bepalen. Daarnaast wordt getracht inzicht te geven in wat die kennis waard is, wat je er als student en als huisarts mee kunt. Tenslotte wordt getracht belangstelling te kweken voor eerstelijns problematiek en wordt een kritische houding bevorderd ten aanzien van nut of noodzaak van medisch-technisch onderzoek c.q. ingrijpen.
Een poging is gedaan de factoren te benoemen die van invloed zijn op beslissingen die een huisarts neemt, wanneer hij zijn medisch-biologische kennis toepast. Zo wordt onderscheid gemaakt tussen situatieve en normatieve factoren. Als situatief worden die factoren beschouwd, die de werksituatie van de huisarts bepalen (deze worden behandeld onder het onderwerp ,,Praktische aspecten van het huisartsberoep''). Normatief zijn de impliciete en/of expliciete verwachtingen waarmee de huisarts zich geconfronteerd ziet in allerlei relaties (eisen van de geneeskunde als medisch-wetenschappelijke discipline, verwachtingen van de patiënten, religieuze en politieke normen enzovoort). We zijn op dit moment nog niet erg tevreden over deze benadering. Het verschil tussen situatief en normatief is bij nader inzien niet zo duidelijk gebleken. Verder is de theorie nogal mager; deze moet dus verder ontwikkeld worden.

Gedurende twee dagdelen wordt in de groep aandacht besteed aan dit onderwerp. Er wordt gebruik gemaakt van schriftelijke patiëntsimulaties; de studenten proberen aan te geven door welke factoren het gedrag van de huisarts in een bepaalde casus beïnvloed wordt. Ook vinden nabesprekingen plaats van bezoeken aan een solopraktijk en een gezondheidscentrum met de nadruk op de vraag hoe medische problemen werden opgelost en wat opviel aan het medisch handelen van de betreffende huisarts.
Bij de behandeling van dit onderwerp valt op dat vaak de samenhang met ,,methodisch werken'' ter sprake komt. Zeker wanneer de werkwijzen van verschillende huisartsen vergeleken worden, gaat men zich afvragen volgens welke methode een bepaalde huisarts werkt en waarom hij juist die methode hanteert. Zo kan een huisarts, die zich erg bewust is van zijn verantwoordelijkheid in geneeskundig-wetenschappelijk opzicht, aan heel andere oplossingen werken dan een huisarts, die in eenzelfde geval meer de nadruk legt op de vraag: ,,Wat verwacht de patiënt van mij en kan ik aan die verwachting voldoen?''

Praktische aspecten van het huisartsberoep

De eerste reden waarom we enige aandacht besteden aan de praktische aspecten van het huisartsberoep is heel simpel: onder de studenten is er vraag naar. Op basis van klinische colleges en ziekenhuisstages kan men zich bij het beroep van de meeste specialisten wel iets voorstellen; het beroep van huisarts is voor veel studenten aanzienlijk vager.
De tweede reden is van onderwijskundige aard: om duidelijk te kunnen maken hoe de huisarts werkt – bijvoorbeeld hoe hij medisch-biologische kennis toepast – moet men ook iets zeggen over de werksituatie. Ingegaan kan worden op vragen als: hoeveel tijd kun je per patiënt uittrekken; hoe is je spreekuur georganiseerd; welke onderzoeks- en laboratoriumfaciliteiten staan de huisarts ter beschikking? Ook bij het spreken over samenwerking in de eerste lijn ontkomt men niet aan praktische informatie over gezondheidscentra, praktijkverwerving, associatie enzovoort.
De uitwerking van het onderwijsprogramma is vrij beperkt gehouden: er wordt een syllabus uitgereikt en daarnaast wordt een halve dag uitgetrokken voor groepsdiscussie. In de syllabus

wordt globaal aandacht besteed aan de volgende onderwerpen:
- de beroepsopleiding;
- vestiging;
- praktijkorganisatie;
- diagnostische en therapeutische mogelijkheden van de huisarts;
- financiële aspecten, pensioenregeling;
- beroepsorganisaties;
- patiënt, huisarts en recht.

Daarnaast wordt apart informatie gegeven over de taak en rol van de praktijkassistente.

De groepsdiscussie verloopt als volgt. Tevoren wordt een formulier met vragen over allerlei onderwerpen uitgereikt. In een groepsgesprek met een huisarts-begeleider worden vervolgens die onderwerpen uitgediept waarbij de groep de meeste vraagtekens zet of die het meest uitlokken tot discussie. De huisarts probeert niet alleen aanvullende informatie te geven, maar ook te informeren naar de mening van de studenten. We staan er zelf steeds van te kijken, hoe politiek gekleurd dit programma-onderdeel blijkt te zijn. Onderwerpen als nationalisatie van de gezondheidszorg, de vrouw als huisarts, inkomensnivellering, en de vakbondsfunktie van de K.N.M.G. zijn erg in trek.

De beroepskeuze blijkt velen al flink bezig te houden. Met nadruk worden vragen gesteld over praktijkfinanciering, vestigingsproblemen, beroepsopleiding en dergelijke. We verwijzen dan zoveel mogelijk naar literatuur en voorlichtingsinstanties, terwijl we vooral principiële vragen aan de orde stellen als: wil men een stringent vestigingsbeleid, wat vindt men van goodwill, van een (verplichte) pensioenverzekering?

Met dit onderwerp hebben wij ons doel bereikt wanneer de juco's:
- weten hoe ze zelf aan recente informatie moeten komen;
- gestimuleerd zijn om over allerlei praktische en politieke onderwerpen een mening te vormen;
- een globaal beeld van het huisartsberoep gekregen hebben, dat kan helpen bij de eigen beroepskeuze.

Persoonlijk functioneren

Onderwijs in huisartsgeneeskunde, waarin aandacht geschonken wordt aan het functioneren van de huisarts in de praktijk, kan niet om het thema persoonlijk functioneren heen. Bij de behandeling van het thema methodisch werken hebben we erop gewezen, dat vooroordelen, persoonlijke problemen, stokpaardjes en stereotypen een belangrijke rol spelen bij het toepassen van vaardigheden om tot een goede probleem-formulering te komen.

We hebben ook aangegeven, dat juist het herkennen en het – zonodig – kwijtraken van vooroordelen en stokpaardjes een voorwaarde is om goed hulp te kunnen verlenen. Het onderwijs in persoonlijk functioneren heeft dan ook het nogal pretentieuze doel de studenten meer bewust te maken van wat hen in dit opzicht belemmert. Vaak komen we niet veel verder dan het demonstreren van enkele methoden om zich meer bewust te worden van het eigen gedrag. Bij de presentatie van deze methoden wordt uitgegaan van het Johari-window *(Luft)*, zoals weergegeven in *schema 3*. Dit schema bevat vier kwadranten.

Schema 3. Gedragsgebieden van de huisarts in het arts-patiënt-contact.

	Bekend bij de huisarts	Niet bekend bij de huisarts
Bekend bij de patiënt	open a	blinde vlek c
Niet bekend bij de patiënt	b masker	d onbekend

Kwadrant a: open. Dit stelt het gedrag voor dat anderen zien en waarvan de huisarts ook op de hoogte is. Er is hier sprake van een open communicatie: beide partners weten precies wat ze aan elkaar hebben. Voorbeeld: De huisarts weet dat hij er niet tegen kan als een patiënt een wijdlopig, niet relevant verhaal vertelt. De patiënt weet dat ook van de arts. Beiden kunnen daar rekening mee houden.

Kwadrant b: masker. Dit is gedrag van de huisarts waarachter hij bewust een deel van zijn persoonlijkheid verbergt. Bepaalde gevoelens en reacties laat hij niet aan anderen zien. Voorbeeld: De huisarts heeft nachtdienst gehad. Op het spreekuur komt een patiënt voor de derde keer over huwelijksproblemen praten. De arts valt bijna om van de slaap, maar doet alsof hij zeer geïnteresseerd zit te luisteren. De patiënt krijgt het idee dat de huisarts maar een matige belangstelling voor zijn verhaal heeft, maar kan niet zeggen hoe hij aan dat idee komt.

Kwadrant c: blinde vlek, Dit is gedrag waarvan de huisarts zich niet bewust is. Voor de patiënt is dit gedrag wel zichtbaar. Voorbeeld: Zodra een gesprek enigszins moeilijk wordt, heeft de huisarts de neiging geestige opmerkingen te maken. Hij heeft dit zelf niet door. De patiënt vindt dit gedrag storend.

Kwadrant d: onbekend. Dit zijn de elementen van het gedrag van de huisarts die zich in het onbewuste afspelen en noch door hem noch door de patiënt herkend worden.

Naarmate de communicatie opener is, wordt de mogelijkheid van een goede hulpverlening groter. Het gebied van de open communicatie kan vergroot worden door de kwadranten b en c te verkleinen. We kunnen dit toelichten aan de hand van de gebruikte voorbeelden. Als de arts in het voorbeeld van kwadrant b probeert de open communicatie te vergroten door zijn masker te laten vallen, ontstaat er een grotere duidelijkheid in de hulpverleningsrelatie. Hij kan aan de patiënt vertellen dat hij nachtdienst gehad heeft, dat hij moe is en daardoor niet in staat is zo goed te luisteren als hij zou willen. Hij kan dan aan de patiënt voorstellen het gesprek op een ander tijdstip te houden, zodat hij beter kan ingaan op hetgeen de patiënt vertelt. Bij het voorbeeld van kwadrant c geldt iets dergelijks. Als de patiënt in staat is om de arts duidelijk te maken wat het effect van diens ,,geestige'' opmerkingen op hem is, kan de arts proberen daar rekening mee te houden.

Om het persoonlijk functioneren binnen de groep hanteerbaar te maken worden twee methoden geïntroduceerd, de doel-middelen-effect-analyse van het gedrag en de feed-back specificatiemethode.

De doel-middelen-effect-analyse wordt vooral gebruikt tijdens het bespreken van in de groep gespeelde arts-patiëntgesprekken, die op de video zijn opgenomen. Onderzocht wordt in hoeverre het gedrag van de arts het gewenste effect op de patiënt heeft. Hier kan men achter komen door aan de patiënt te vragen hoe dat gedrag op hem overgekomen is. Wanneer de door de dokter gewenste effecten verschillen van de door de patiënt ervaren effecten, kan besproken worden waardoor dat verschil veroorzaakt is. Op deze manier worden eventueel verborgen gevoelens van de dokter (masker) en de gedragingen waarvan de dokter zich niet bewust is (blinde vlek) achterhaald.

Soms doen zich incidenten voor in de samenwerking binnen de groep, waarbij een doel-middelen-effect-analyse van het gedrag zinvol is. De methode

wordt dan gebruikt om de interactie tussen twee of meer personen te analyseren.

De feed-back specificatiemethode. Feed-back kan op verschillende manieren gegeven worden. Er wordt een viertal niveaus onderscheiden, waarbij elk niveau concretere en meer specifieke informatie geeft dan het voorafgaande. Voorbeeld:

1. jij bent een slechte arts
2. ik vind jou een slechte arts
3. ik vind jou een slechte arts, omdat jij niet goed naar mijn verhaal luistert.
4. ik vind jou een slechte arts, omdat jij niet goed naar mijn verhaal luistert. Dat vind ik vervelend en ik wil dat je dat verandert, anders denk ik erover een andere arts te zoeken.

Feed-back van niveau 1 is erg generaliserend (de bewering slaat op de hele persoon) en is schijnbaar objectief; daarnaast is dit type feed-back weinig specifiek. Feed-back van niveau 2 is nog steeds weinig specifiek, maar wel subjectief. Feed-back van niveau 3 is subjectief en er wordt specifiek aangegeven om welk gedrag het gaat. Feed-back van niveau 4 is subjectief en geeft specifieke informatie over het gedrag waarom het gaat; daarnaast wordt het effect van dit gedrag op de patiënt duidelijk gemaakt. Gezien de genoemde doel-middelen-effect trits kan men de feed-back van niveau 3 en vooral van niveau 4 als de nuttigste vormen voor de ontvanger van de feed-back beschouwen: de ontvanger kan er iets mee doen, als hij dat wil.

Het gebruik van de twee genoemde methoden hangt af van verschillende factoren. In de eerste plaats is van belang of binnen de groep enig onderling vertrouwen is ontstaan. Verder heerst in sommige groepen een duidelijke voorkeur voor een meer of minder gestructureerde aanpak en voor een van beide methoden. Ook kan de groepsleider een voorkeur voor een bepaalde methode hebben.

We hebben het idee dat juist in die groepen, die behandeling van het persoonlijk functioneren het hardst nodig hebben (omdat de samenwerking niet goed verloopt), vrij veel weerstand tegen deze methoden bestaat. In die groepen ontbreekt het onderlinge vertrouwen dat nodig is om wat dieper in te kunnen gaan op elkaars ,,maskers'' en ,,blinde vlekken'', wat toch altijd al wordt gevoeld als een zekere ,,ontmaskering''.

Tijdens het gehele jucoschap kunnen aspecten van het persoonlijk functioneren van de groepsleden aan de orde komen. Er zijn echter twee dagdelen gepland waarin dit onderwerp specifiek aan bod komt. Het persoonlijk functioneren is vaak een moeilijk te introduceren onderwerp. Men moet dan ook een goede – voor de studenten acceptabele – reden hebben om ermee te beginnen. Deze reden wordt onder meer aangegeven in de inleiding op de programmaonderdelen, die we doorgaans voor dit onderwerp gebruiken. De presentatie wordt aangepast aan de groep. Toch hanteren we vrijwel steeds twee hoofdthema's:

– relatering van het persoonlijk functioneren aan het (latere) functioneren als huisarts. Naast de al genoemde nabespreking van arts-patiënt-gesprekken zijn hiervoor twee oefeningen: (1) het formuleren van gewenste eigenschappen voor een huisarts en het nagaan in hoeverre iemand zelf en/of anderen in de groep hierover beschikken; (2) presentatie van een aantal moeilijke spreekuur-situaties en nagaan welke van die situaties voor wie het meest bedreigend zijn en waarom.

– bespreking van de samenwerking in de groep. Hierover wordt vaak gebruik gemaakt van een lijst met mogelijke rolstereotypen van leden van een groep; de lijst wordt uitgereikt en men kan vervolgens het gedrag van zichzelf en de anderen scoren. Dit programma-onderdeel ligt wat dichter bij de werkelijkheid in de groep.

Besluit

Het behandelen van vijf onderwerpen in een cursus van twintig dagdelen (= halve dagen) is erg ambitieus. De vraag dient gesteld, wat de studenten er nu van leren. Daarover kan het volgende worden opgemerkt:

– de aangeboden kennis is niet erg uitgebreid of ingewikkeld en is goed te leren in twee weken;

– ten aanzien van de vaardigheden is de cursus zeer ambitieus. Hoewel de vaardigheden op zich niet ingewikkeld zijn, is het voor het aanleren noodzakelijk dat men bepaalde vooroordelen, stokpaardjes en angstgevoelens leert herkennen. Het kwijtraken of tijdig herkennen van deze gevoelens en er op een juiste manier mee om leren gaan kost veel tijd; twintig dagdelen is maar een schijn van de tijd die daarvoor nodig is;

– voor wat betreft het in praktijk brengen van aangeleerde kennis en vaardigheden geldt nog sterker wat hiervoor is gezegd: in de interactie met andere personen spelen angsten, geldingsdrang, vooroordelen enzovoort waarschijnlijk een nog sterkere rol dan bij het aanleren van vaardigheden; weliswaar is dat ook een interactiesituatie, maar daarin mag je fouten maken.

Verder staat de behandeling van één onderwerp nog in de kinderschoenen: de toepassing van medisch-biologische kennis.

Hoewel de leereffecten aan het einde van de cursus niet onbevredigend zijn, vragen we ons af in hoeverre deze ook op de lange duur beklijven. Bij de verdere ontwikkeling van het onderwijs moet onderscheid gemaakt worden tussen:

1. onderwijsontwikkeling gericht op het verkleinen van het verschil tussen de door ons gewenste en de bij de studenten waargenomen leereffecten; anders gezegd: wegen vinden waardoor het onderwijs inhoudelijk beter overkomt;
2. onderwijsontwikkeling gericht op verdieping en uitbreiding van de inhoudelijke aspecten van een onderwerp.

Ten aanzien van het eerste punt zien wij twee mogelijkheden:

– in de jaren die aan het jucoschap voorafgaan, voorbereidende cursussen geven; hieraan wordt door ons gewerkt, onder meer in de vorm van een facultatieve cursus voor eerste- en tweedejaars studenten; het is echter de vraag of dit voldoende is;

– verschuiving van het jucoschap naar een eerder stadium van de studie, door het aan het coschap interne geneeskunde vooraf te laten gaan; juist tijdens het coschap interne geneeskunde worden studenten geconfronteerd met een manier van omgaan met de patiënt, die anders is dan de manier die het ,,methodisch werken'' vereist; de student ervaart deze manieren vaak als tegenstrijdig.

Wat het tweede punt betreft: onderwijsontwikkeling gericht op verdieping en uitbreiding van de inhoudelijke aspecten van een onderwerp is van belang voor het onderwerp ,,toepassing van de medisch-biologische kennis''. Dit belang is des te groter omdat juist dit onderwerp door veel studenten wordt beschouwd als de kern van de huisartsgeneeskunde. Niet helemaal ten onrechte overigens: het meest kenmerkende van de huisarts is immers het feit, dat hij in de eerstelijnssituatie medische problemen kan analyseren en soms oplossen.

Naar onze mening valt er aan het juniorcoschap zoals we dat beschreven

hebben nog veel te ontwikkelen en bij te schaven. Toch kunnen de studenten ook nu al kennismaken met belangrijke aspecten van de huisartsgeneeskunde en wel zodanig, dat ze achteraf het gevoel hebben: er viel daar toch wel wat te leren!

Samenvatting. In dit tweede artikel over het juniorcoassistentschap huisartsgeneeskunde aan de Vrije Universiteit komt de inhoud van het onderwijs aan de orde. De hoofdzaken van de behandelde onderwerpen worden besproken. Tevens worden gewezen op lacunes en gewenste ontwikkelingen. De conclusie kan zijn dat het onderwerp ,,toepassing van medisch-biologische kennis'' vooral inhoudelijk verder ontwikkeld moet worden. De onderwerpen ,,methodisch werken'', ,,samenwerken'', ,,praktische beroepsaspecten'' en ,,persoonlijk functioneren'' zijn inhoudelijk redelijk goed ontwikkeld. De maximaal te bereiken leereffecten bij deze onderwerpen worden in het jucoschap meestal niet gehaald. Er zijn verschillende mogelijkheden om dit probleem aan te pakken; wij werken vooral aan de beïnvloeding van de beginsituatie van de studenten door het geven van (voorlopig nog) facultatief onderwijs in eerdere studiejaren.

Summary. The junior internship in general medicine at the Free University of Amsterdam. II. Substantive aspects. This second article on the junior internship in general medicine at the Free University of Amsterdam discusses the substance of the training, and outlines the subjects taught. It also points out gaps and desired developments. The conclusion is that the subject ,,application of medico-biological knowledge'' should be further evolved as to substance. The subjects ,,working methodically'', ,,collaboration'', ,,practical professional aspects'' and ,,functioning personally'' have a fair body of substance. The maximal learning effects in these subjects are usually not achieved during a junior internship. There are several possible approaches to this problem; at the Free University, efforts focus mainly on influencing the initial situation of the students by providing (as yet) optional courses in preceding years.

Elstein, A. S., N. Kagan, L. S. Shulman e.a. Methods and theory in the study of medical inquiry. (1972) J. med. Educ. *47*, 85-92.

Es, J. C. van. De huisarts. In: G. J. Bremer, J. C. van Es en A. Hofmans (red.). Inleiding tot de huisartsgeneeskunde. 2e druk. I, 46-52. Stenfert Kroese, Leiden, 1974.

Feinstein, A. R. An analysis of diagnostic reasoning. (1973) Yale J. Biol. Med. *46*, 212-232, 264-283; (1974) Yale J. Biol. Med. *47*, 5-32.

Formijne, P. en E. Mandema. Leerboek der anamnese en der fysische diagnostiek. 8e druk. Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht, 1976.

Luft, J. Of human interaction. An introduction to groupdynamics. Californian National Press Books, Palo Alto, 1969.

Methodisch werken. [Door J. Holten-Vriesema, C. Tompot, H. J. van Aalderen e.a.] (1978) huisarts en wetenschap *21*, 322-335.

Jeugdgezondheid . . . wiens zorg?

Na intern beraad brengt het N.H.G.-bestuur zijn standpunt over de rol en de taak van de huisarts in de jeugdgezondheidszorg naar buiten. Deze notitie* op de valreep van het Jaar van het Kind moge dienen tot nadere bezinning in bredere kring. Het kan de beleidsvoering van het Bestuur slechts ten goede komen, als het zich door reacties op deze notitie gesteund weet door de leden van het Genootschap.

Inleiding

Op beleidsniveau (de overheid) doet zich op dit moment de vraag voor, hoe de zorg voor de gezondheid van jeugdigen in de toekomst georganiseerd dient te worden: wie gaat welke taken vervullen. Letterlijk gaat het, blijkens een adviesaanvraag van de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne in 1977, om de volgende vragen:
,,a. Welke taken in de zorg voor de gezondheid van jeugdigen dienen op het uitvoerend niveau te worden vervuld door respectievelijk de openbare gezondheidszorg en de eerstelijns gezondheidszorg;
b. Welke activiteiten dienen op het ondersteunend niveau te worden verricht teneinde voldoende voorwaarden te scheppen voor het uitvoeren van de onder vraag a bedoelde taken.''

* De notitie werd voorbereid door de bestuursleden E. van de Lisdonk en P. Sluis.

Dit blijkt geen eenvoudige zaak.
Twee groeperingen voelen zich hier zeer nauw bij betrokken: de huisartsen en de jeugdartsen. Beide willen in de toekomst een rol van betekenis blijven spelen.
Deze nota geeft het standpunt weer dat het Bestuur van het N.H.G. aangaande deze kwestie heeft ingenomen.
Eerst zullen de tegenspelers nu aan de lezer worden voorgesteld.

De huisarts

Als functie bestaat ,,huisartsgeneeskunde'' (= geneeskunde door huisartsen) al zeer lang. Dit is niet het geval met het vak huisartsgeneeskunde. Dit is nog in volle ontwikkeling. Wel is men bij dit professionaliseringsproces al een belangrijke weg gegaan en liggen er duidelijke lijnen naar de voltooiing ervan. Samenvattend hierover het volgende.
Na de tweede wereldoorlog ontstond er