

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 juchescap 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 studie jaren.

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.

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

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. Holtens-Vriesema, C. Tompot, H. J. van Aalderen e.a.] (1978) huisarts en wetenschap 21, 322-335.

in huisartsenkring de behoefte het vak een duidelijker inhoud te geven. Het toenemende accent op specialisatie maakte huisartsen bewust van het onvervreemdbaar eigene van de huisartsgeneeskunde. Dit mondde uit in de oprichting van het N.H.G. (1956) en later het N.H.I. Men formuleerde een basisfilosofie tijdens de door het N.H.G. georganiseerde „Woudschotenconferentie” (1959), waar werd vastgelegd dat men als taakgebied koos „het aanvaarden van de verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan de huisarts toevertrouwend individuele mensen en gezinnen.” Deze zorg werd nader omschreven als „het opheffen, in hun uitwerking beperken en waar mogelijk voorkomen van stoornissen in de individuele- of gezinsgezondheid (curatief, revaliderend, preventief)”. Deze grondgedachte is ook vandaag nog van kracht en vond zijn vertaling in vele latere formuleringen (bijvoorbeeld Statement van de Internationale Leeuwenhorstconferentie, 1974).

De behoefte aan wetenschappelijke onderbouwing, onder andere door onderzoek, en de noodzaak onderwijs in de huisartsgeneeskunde te kunnen bieden, vroegen om erkenning van het vak: de eerste leerstoel huisartsgeneeskunde ontstond. Er kwamen universitaire huisartseninstituten en een beroepsopleiding kwam van de grond.

Dit alles had tot gevolg dat de groep huisartsen die zich intensief met de inhoud van hun vak bezig hield sterk groeide. Het vak begon gestalte te krijgen. De plaats van de huisarts in de gezondheidszorg van ons land werd duidelijker omschreven. Men kwam op één lijn met andere disciplines en de behoefte aan en het belang van samenwerking werd duidelijk gevoeld (home-teams, groepspraktijken, gezondheidscentra). Men kreeg oog voor elkaars en vooral de eigen taken. Tegelijkertijd veranderde de inhoud van het vak: het begrip „integrale geneeskunde” (Quero 1955) vond ingang. De discussies namen toe. Men ging het hebben over „Kenmerken van de huisarts”, over „Hoe helpt de dokter?”, over „Methodisch werken”, over „Persoonlijk functioneren”, over „Kwaliteit”, en op dit moment – het lijkt een natuurlijke afronding – staat „Toetsing” in het centrum van de belangstelling.

Het is niet moeilijk om in grote lijnen dit proces van professionalisering al als af-

gerond te zien. Bij nadere beschouwing blijkt evenwel, dat talrijke hindernissen nog niet voldoende opgeruimd zijn en dat er nog beslissende stappen moeten worden genomen om dit alles tot een goed einde te brengen. Wel is duidelijk dat wat er de afgelopen decennia is gebeurd, een omwenteling in de huisartsgeneeskunde heeft veroorzaakt en zal leiden tot de afbakening van een Vak met een duidelijk eigen gezicht; een gezicht, dat als kenmerken heeft de in de basisfilosofie aangegeven „continue, integrale en persoonlijke zorg”, en dit met betrekking tot de curatieve, de revaliderende én de preventieve zorg, met alle psychische en lichamelijke, medische en maatschappelijke aspecten van dien.

De huisarts richt zich tot de mensen in hun woonomgeving. Hij is de gezinsarts bij uitstek en functioneert herkenbaar en bereikbaar, dichtbij de patiënt. Hij staat open voor vragen of klachten in nog niet gestructureerde, gedefinieerde of gediagnostiseerde vorm. Vaak weet hij klachten te relativeren vanuit reeds aanwezige kennis van de vaste groep mensen en gezinnen die hij door de verschillende fasen van hun leven heen steeds weer ontmoet.

Natuurlijk heeft de huisarts daarbij de steun en de hulp nodig van deskundigen. Een van zijn vaardigheden dient te zijn dat hij hiervan een selectief gebruik weet te maken. De specialist-deskundige functioneert echter op een ander niveau (een andere „lijn”), richt zich op een andere bevolkingsgroep via een totaal andere benadering en vanuit een totaal ander uitgangspunt. Het is goed dat we dat duidelijk blijven zien. De huisarts benadert „gezondheid” meer als een individuele beleving, andere deskundigen hebben de neiging er een objectief gegeven van te maken. Een „huisartsdefinitie” van gezondheid zou kunnen luiden: gezondheid is de beleving, binnen individuele grenzen op een bevredigende wijze te kunnen functioneren en daar de verantwoordelijkheid voor te kunnen dragen.

De jeugdarts

Jeugdartsen als zodanig zijn er sinds 1962. Toen werd door de Sociaal Geneeskundige Registratie Commissie de opleiding in de jeugdgezondheidszorg erkend als tak van de sociale geneeskunde. Een nieuw specialisme was ontstaan. Voor die tijd bestond er geen aparte opleiding voor artsen die zich met deze zorg bezighielden. Voor een

groot deel bestond deze groep uit huisartsen en verder uit vooral vrouwelijke part-timers („mevrouwartsen”) en kinderartsen. Dat dit zo was, en nog zo is, komt voor het grootste deel door de historische ontwikkeling van de jeugdgezondheidszorg.

Rond de eeuwwisseling, in een veranderd sociaal bestel, werd door particulier initiatief (de kruisverenigingen) en overheid (de leerplichtwet) de noodzaak en behoefte gevoeld om vooral met het oog op een goede voeding en hygiëne, iets te doen voor de gezondheid van de jeugdigen. Hieruit zijn de huidige consultatiebureaus (georganiseerd door de kruisverenigingen) en de schoolartsendienst (de overheid) voortgekomen: de twee takken van de jeugdgezondheidszorg.

De schoolartsendienst richt zich op de jeugdigen op de scholen. Dit betekent dat in een geheel andere context wordt gewerkt dan binnen het woon- en leefmilieu. De schoolartsendienst functioneert dus buiten het taak- en werkgebied van de huisarts en schakelt deze in wanneer de bevindingen op diens gebied liggen. De consultatiebureaus daarentegen functioneren in menig opzicht wel binnen het taak- en werkveld van de huisarts. Zowel de preventieve taken die worden uitgevoerd als het belang dat aan het woonmilieu wordt gehecht, worden in belangrijke mate gedeeld met de huisartsgeneeskunde. Deze onduidelijkheid en het gebrek aan afbakening doen zich des te scherper voelen nu basisartsen die geen huisarts zijn en wel ten behoeve van de consultatiebureaus functioneren, zich nader willen professionaliseren. Daarbij staan vooral het taakgebied (het collectief „de jeugdigen” tegenover de jeugdige als gezinslid in zijn woonomgeving) en nader vast te stellen deskundigheid centraal in de discussie.

Tot slot van deze beschrijving citeren we voor alle helderheid uit het rapport „Jeugdgezondheidszorg, inhoud en uitvoering” (Utrecht, 1972) de volgende werkdefinitie: „De doelstelling van jeugdgezondheidszorg is het bevorderen en beveiligen van gezondheid, groei en ontwikkeling van jeugdigen. Het gestelde doel wordt nagestreefd door begeleiding van groei en ontwikkeling, vroege opsporing van pathologie, beïnvloeding in positieve zin van de wisselwerking tussen gezondheid en milieu, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, samenwerking met andere personen en instellingen die zorg verlenen aan jeugdigen.”

De jeugdgezondheidszorg ter discussie

In het voorafgaande hebben wij een aantal essentiële zaken benadrukt. Wij hebben een schets gegeven van de huisarts en de jeugdarts. (We beperken ons verder tot de jeugdartsen die werken ten behoeve van de consultatiebureaus; met de binnen de schoolartsendiensten werkzame jeugdartsen hebben we in deze discussie geen moeite, zij werken buiten het taakgebied van de huisartsgeneeskunde). Wij resumeren de belangrijkste kenmerken:

- de huisarts richt zich op de curatieve, revaliderende en preventieve zorg voor de mens in zijn leef- en woonmilieu die zich als individu en lid van een gezin tot hem wendt;
- de jeugdarts richt zich op de preventieve en signalerende zorg voor een bepaalde leeftijdsgroep buiten het directe leef- en woonmilieu.

De benadering van de groep als collectief door de jeugdarts impliceert beleidsvoorbereidende, beleidsbepalende, theoretische, kwaliteitsbewakende en consultatieve taken. Deze taken vragen daarop toegesneden kennis, vaardigheden en attitudes waardoor de jeugdarts mede gekenmerkt wordt als specialist. Dat betekent: grote deskundigheid op beperkt terrein, episodisch werkend en neiging tot maximalisering. Ten aanzien van het object van zorg, het niveau waarop deze zorg wordt verleend en de daarbij passende werkwijzen doen zich dus in essentie concrete en helder te onderscheiden verschillen voor tussen huisarts en jeugdarts. Zorgverlening aan jeugdigen in het woon- en leefmilieu behoort ten principale tot het terrein van de huisarts. Wanneer de jeugdgezondheidszorg dit tot haar terrein wil gaan rekenen, introduceert zij daarmee een spraakverwarring. Wij pleiten er dus voor dat de huisarts in de toekomst een duidelijker taak krijgt tegenover de jeugdige en de gezondheidszorg die deze geboden wordt, en dat de jeugdarts zijn arbeidsterrein verplaatst naar het niveau waarop dit thuishoort en dit als specialist, dat wil zeggen consultatief-theoretisch, beleidsvoorbereidend en kwaliteitsbewakend, ten uitvoer brengt.

Daarnaast signaleren wij een aantal gevaren. Gezondheid, op individueel niveau en als subjectief beleven gedefinieerd vanuit de huisarts, sluit niet uit

dat een aldus gezond te noemen individu afwijkingen van de norm kan tonen die bij vergelijking van grote groepen betekenis lijken te hebben: dit is de invalshoek van de jeugdarts. Dat betekent evenwel dat onnodige onrust kan worden gewekt, dat onnodig onderzoek kan worden gedaan en dat aldus de eerste stap op de weg van medicalisering (somatische fixatie) kan worden gezet. Met name plaatsen wij in dit licht vraagtekens bij een periodiek geneeskundig onderzoek, een door de jeugdarts gehanteerde methode.

Deze overwegingen brengen ons er toe te wijzen op de noodzaak van diepgaand wetenschappelijk onderzoek naar de zin, de voor- en nadelen en de „bijwerkingen” van het gestelde doel (bevorderen en beveiligen van gezondheid, groei en ontwikkeling van jeugdigen) en de daarbij aangewende middelen in de jeugdgezondheidszorg.

Tevens kan een daarop aansluitende nadere analyse van eventuele hiaten in de huidige zorgverlening van jeugdigen de nodige helderheid verschaffen. Dit onderzoek dient vooraf te gaan aan verdere professionalisering en institutionalisering van de jeugdgezondheidszorg om te vermijden dat over vele jaren alleen bewezen kan worden dat het dankzij de jeugdgezondheidszorg niet veel slechter gaat dan in het verleden.

Zijdelings zij in dit verband nog gewezen op de onder andere door Illich aangezette discussie over de gevaren verbonden aan toenemende medische bemoeienis en verdere expansie van het zorgsysteem.

Aanbevelingen

Wij willen voor het volgende pleiten:

- de huisarts dient een duidelijker plaats te gaan innemen in de zorg voor jeugdigen;
- zowel het verschil tussen de niveaus van waaruit jeugdarts en huisarts zorg verlenen aan jeugdigen, als de daar bij behorende taken, werkwijzen en het werkveld dienen helder en expliciet geformuleerd te worden;
- zowel de doelstellingen als de aan te wenden middelen, zoals geformuleerd door de jeugdartsen, dienen onderwerp van wetenschappelijk onderzoek te worden; ook een nadere analyse van eventuele hiaten in de huidige zorgverlening aan jongeren dient vooraf te gaan aan verdere professionalisering en institutionalisering van een toekomstige jeugdgezondheidszorg.

Interim-advies Centrale Raad Volksgezondheid

Een persbericht van de Centrale Raad voor Volksgezondheid over zijn Interim-advies inzake de zorg voor de gezondheid van jeugdigen.

De Centrale Raad voor Volksgezondheid heeft een dezer dagen aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne een Interim-advies uitgebracht inzake de zorg voor de gezondheid van jeugdigen.

Het Interim-advies is een eerste antwoord op een adviesaanvraag van de toenmalige Staatssecretaris van juni 1977 en werd voorbereid door een werkgroep van de Raad, bestaande uitsluitend uit Raadsleden onder leiding van de Voorzitter van de Raad. Deze werkgroep, die zich vooralsnog heeft bepaald tot de zorg voor de groep van 0 tot en met 3 jarige kinderen, voornamelijk nog verkerend in het primaire milieu en functionerend zonder bekend verhoogd risico voor stoornissen, bood eind vorig jaar de Raad een Nota aan, waarin de meningen van de leden van de werkgroep naar voren werden gebracht en enkele conclusies en aanbevelingen werden geformuleerd. Deze Nota is bij het Interim-advies gevoegd. In het Interim-advies vermeldt de Raad tot welke bevindingen 's Raads beraad over de Nota van de werkgroep heeft gevoerd. De belangrijkste daarvan zijn:

1. De Raad onderschrijft de uitgangspunten die volgens de werkgroep met betrekking tot de positieve en preventieve gezondheidszorg voor jeugdigen moeten worden gesteld en meent met de werkgroep dat deze zorg dient te worden gegeven:
 - a. in georganiseerd verband, hetgeen inhoudt zonder vrijblijvendheid van de zijde van de uitvoerders en met de garantie van continuïteit;
 - b. volgens gestandaardiseerde programma's;
 - c. met een voorgeschreven wijze van verslaglegging;
 - d. onder een leiding die tevens beschikbaar is voor consultatie en overleg met de uitvoerders.

2. Voor wat betreft de uitvoeringsvorm, waarin de zorg dient te worden gegeven, onderschrijft de Raad de voorkeur, die de werkgroep in overwegende mate heeft voor een model