

wenst de vloed van informatie te spreiden over de komende afgesproken ontmoetingen. Ondanks goede overwegingen blijkt dit een ommissie van doorslaggevende betekenis, niet zozeer omdat ik in voorschrijfgedrag te kort schiet, maar omdat ik het uitreiken van een patiënten-informatiefolder door de apotheker over het hoofd zie.

Patiënten-informatiefolder

„Een verschijnsel blijft onverklaarbaar, zolang het gezichtsveld niet breed genoeg is om de context in te sluiten waarin het optreedt.”

Paul Watzlawick

Objectief gezien bevatten de patiënten-informatiefolders (inmiddels zestig in getal) reële informatie. In leesbare taal krijgt de consument inlichtingen over veelgebruikte medicamenten en wordt hij gewaarschuwd voor risico's die aan gebruik gekoppeld zijn. Uiteraard zijn hier en daar verbeteringen mogelijk. Zo is de opmerking in folder 24 „Deze bijwerkingen treden vooral op bij hoge doseringen...” te weinig genuanceerd, evenals het bevel „Houdt U strikt aan de voorgeschreven dosering”. Mijn bezwaar richt zich op de context waarbinnen de folder gebruikt wordt. Hij wordt ongevraagd afgeleverd tezamen met medicamenten op recept, het recept dat binnen het voorschrijfgedrag als het ware de bezegeling is van een contract tussen arts en patiënt. Ervan uitgaande dat het vooral is „the doctor-patient interaction, which is of great importance in determining the patients response to recommended treatment” (*O'Hanrahan and O'Malley*) kan de folder als een ongewenste interventie functioneren. Dit is zeker ongewenst in die gevallen, waarin naar de huidig gangbare maatstaven medicamenteuze therapie voor de patiënt ten faveure is. De invloed van de folder zal groter zijn bij patiënten die met een therapie gaan starten. Mijn patiënte is een voorbeeld met een goede afloop. Dat neemt niet weg, dat de samenwerking tussen huisarts en apotheker herzien moet worden.

Formularium Nijmegen. *Formularium Commissie Nijmegen*, 1981.

Nolet, H. A. en M. F. A. Prick-Slothouwer. De schijnzekerheid bij antistolling. (1978) *Huisarts en Wetenschap* 21. 147.

O'Hanrahan, M. and K. O'Malley. Compliance with drug treatment. (1981) *Brit. Med. J.* II, 298.

Zwieten, P. A. van. Hartglycosiden – de huidige stand van zaken. (1977) *Hartbulletin* 8, 81-88.

Faculteit en eerste lijn in Beersjeba

DR. R. S. TEN CATE

Juist in een tijd dat in Nederland de eerstelijns gezondheidszorg sterk in de belangstelling staat, is het belangrijk kennis te nemen van de wijze waarop elders de opleiding wordt afgestemd op de behoeften in het veld. De auteur van dit verslag, als wetenschappelijk hoofdmedewerker verbonden aan de vakgroep Huisarts-geneeskunde van de Rijksuniversiteit Leiden, bezocht in december 1980 de medische faculteit van Beersjeba, samen met tien leden van de medische faculteit van Maastricht.

Inleiding

In Israël, dat qua oppervlakte (exclusief de Sinai) te vergelijken is met Nederland, zijn vier medische faculteiten, in Jerusalem, in Tel Aviv, in Haifa en Beersjeba. Zoals op de kaart te zien is, ligt Beersjeba in het noordelijk deel van de Negev-woestijn. Ten zuidwesten van de Negev strekt zich de Sinai-woestijn uit, die in de loop van de volgende jaren aan Egypte zal worden teruggegeven. De medische faculteit van Beersjeba is ongeveer gelijktijdig met die van Maastricht in 1974 gestart, heeft een curriculum van zes jaar en heeft dus evenals Maastricht in 1980 de eerste artsen afgeleverd. Twee andere overeenkomsten met de medische faculteit in Maastricht zijn, dat beide min of meer zijn gebaseerd op denkbeelden van de MacMaster Universiteit te Hamilton, en dat beide een opleiding voorstaan waarin veel aandacht wordt besteed aan de eerstelijns geneeskunde.

In hoeverre Maastricht aan deze laatste intentie heeft voldaan, is uitgebreid ter sprake gekomen tijdens het symposium *Faculteit en eerste lijn* van 20 en 21 november 1980 en daarna in publikaties van *Bol* en *Greep*. Ik ga hier in dit artikel niet verder op in. Dat aandacht voor de eerste lijn in Beersjeba een hoofddoelstelling was, hoeft geen verwondering te baren; aan de eerstelijns gezondheidszorg ontleent de medische faculteit van Beersjeba eigenlijk haar bestaansrecht. Dit blijkt ook duidelijk uit de doelstellingen, zoals deze door de faculteit zijn omschreven:

- Een geïntegreerd programma te ont-

wikkelen voor het verschaffen van preventieve, curatieve en „rehabilitatieve” gezondheidszorg in het gehele gebied van de Negev.

- Het integreren van dit gezondheidszorgsysteem met de medische faculteit onder één leidinggevende organisatie.
- Het opleiden in deze setting van een nieuw type studenten, die van plan zijn in een dergelijk geïntegreerd „hospital/community health care system” te gaan werken.

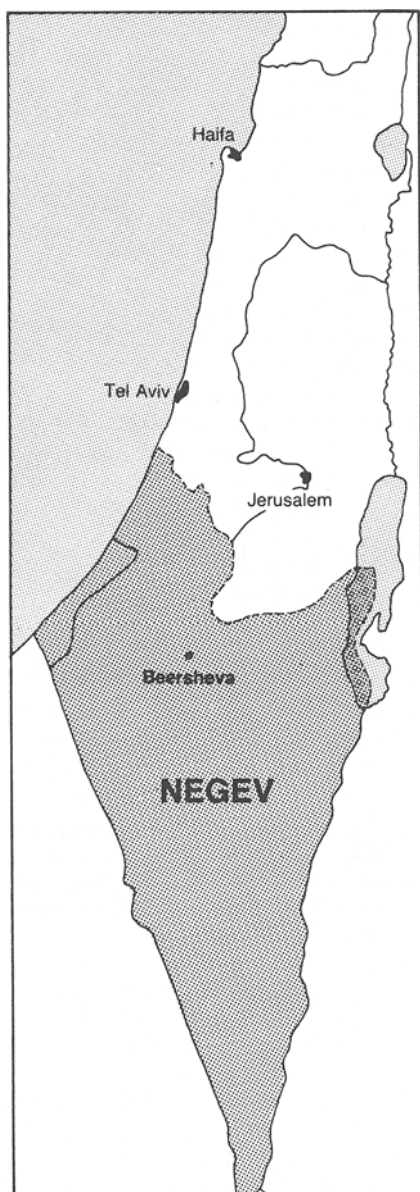
Gezondheidszorg in de Negev

De Negev beslaat ongeveer de helft van de oppervlakte van Israël en heeft een tiende van de totale bevolking van dit land (ongeveer 400.000 inwoners). Terwijl het noordelijke deel van Israël dus redelijk dicht is bevolkt (circa 3,5 miljoen inwoners op een oppervlakte ongeveer gelijk aan de helft van Nederland) en voor een groot deel in cultuur is gebracht, is de Negev een slechts hier en daar ontgonnen gebied met veertig à vijftig woonkernen, waartussen zich een aantal nomadenstammen (Bedoeïnen) bewegen. In het oosten wordt de Negev begrensd door de Dode Zee en de grens met Jordanië, in het westen door de Gaza-strook en de Middellandse Zee en in het zuidwesten door de Sinai. In dit gebied liggen slechts drie steden van enige importantie, de hoofdstad Beersjeba – met ongeveer 135.000 inwoners de grootste –, Eilat en Askalon.

De gezondheidszorg in dit gebied is op dezelfde wijze opgebouwd als elders in Israël. Een belangrijke rol speelt het ziekenfonds van de vakbonden, de Ku-

pat Holim, waarbij 85 à 90 procent van de bevolking is aangesloten. Deze Kupa Holim exploiteert over geheel Israël een groot aantal *clinics*, waarin door huisartsen en kinderartsen eerstelijns gezondheidszorg wordt geboden. Over het algemeen is de huisarts geen gezinsarts, zoals wij dat in Nederland gewend zijn, maar wordt deze functie door hem gedeeld met de kinderarts, die de jongere leeftijdsgroepen verzorgt. Naast deze curatieve zorg via Kupa Holim wordt door het Ministerie van Volksgezondheid preventieve zorg geboden in de vorm van consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters. Deze consultatiebureaus zijn vooral buiten de steden vaak ook in de *clinics* gevestigd. In de Negev bevinden zich 134 van deze *clinics*, waarvan de meeste in of in de

De vier medische faculteiten van Israël.



nabijheid van een kibboets of mosjav (coöperatieve woongemeenschap) zijn gevestigd. Vaak werkt de huisarts hier als solist in een vrij geïsoleerde positie en is er weinig gelegenheid voor nascholing. Het is dan ook begrijpelijk dat de afgestudeerden van de universiteiten van Jerusalem, Haifa en Tel Aviv er de voorkeur aan geven elders in Israël of in het buitenland emplot te zoeken, in plaats van in de Negev te gaan werken. Een groot aantal van de huisartsenposities in de Negev werd dan ook vervuld door uit het Oostblok of het Midden-Oosten geïmmigreerde artsen wier opleiding enorm varieert en bij wie van kwaliteitsbewaking nauwelijks sprake is. Ook van wetenschappelijk onderzoek kan men bij de meeste van deze artsen niet veel verwachten, terwijl de taalbarrière vaak grote moeilijkheden geeft. Een en ander leidt in dit grote, dun bevolkte gebied tot een fragmentarische gezondheidszorg en het is door de bovengenoemde eerste doelstelling, dat de medische faculteit in Beersheba hierin verbetering wil brengen.

Direct hiermee samen hangt de tweede doelstelling, het creëren van één leidinggevende organisatie, waarin faculteit, Kupa Holim en het Ministerie van Volksgezondheid een gecoördineerd beleid voeren en waarbij aan kwaliteitsbewaking en aan hulp van de faculteit aan de solistisch werkende huisartsen kan worden gedacht.

Het zal duidelijk zijn dat studenten die in deze setting worden opgeleid, ook gemotiveerd zullen zijn om hun werkterrein in de Negev te zoeken en succesvol de taken van de geïmmigreerde artsen over te nemen. Van de 134 *clinics* werken nu reeds tien samen met de faculteit (vergelijk hierbij de AWEG, waarover tijdens het symposium te Maastricht door Van Es voorstellen werden gedaan) en hier krijgen de studenten een goed inzicht in hun toekomstige werkomstandigheden.

Selectie

Om de laatstgenoemde doelstelling (het opleiden van studenten die gemotiveerd zijn om in de Negev te gaan werken) te bereiken, maakt de faculteit gebruik van verschillende middelen, waaronder een rigoureuze selectie van de studenten. Anders dan in Nederland heeft in Israël iedere universiteit het recht haar eigen selectiecriteria te stellen. Jaarlijks melden zich voor Beersheba circa 1200 kandidaten aan, terwijl er vijftig kunnen worden geplaatst. Een vijfde van de kandidaten komt direct van de middel-

bare school, dus op ongeveer 18-jarige leeftijd; vier vijfde heeft de diensttijd al achter de rug en is dus zo'n 22 jaar.

Men begint met het selecteren van de 300 kandidaten met de beste eindexamenresultaten. Voor de verdere selectie heeft de faculteit een commissie ingesteld onder voorzitterschap van de socioloog Prof. A. Antonovski. Deze selectiecommissie bestaat uit vijftientig personen, van wie ongeveer de helft medici. Achttien commissieleden komen uit de faculteit, zeven zijn uit andere kringen afkomstig. Uit deze commissie worden interviewteams samengesteld, bestaande uit twee personen (een medicus en een niet-medicus). Deze interviewers worden jaarlijks getraind en de meesten hebben inmiddels een jarenlange ervaring opgebouwd. Ieder interview duurt 45 à 75 minuten. Met behulp van een vijfpuntsschaal wordt een oordeel gegeven over negen eigenschappen: „personal integrity”, „empathy”, „a clear, stable self identity”, „tolerance of ambiguity”, „decisiveness”, „insight”, „intellectual level”, „a community orientation” en „a sense of social responsibility”.

Ik vermoed dat, hoe goed de interviewers ook worden getraind, een zekere mate van subjectiviteit bij deze methode niet is te vermijden. Op deze wijze worden 120 studenten geselecteerd, die dan voor de tweede maal een interview door een ander team moeten ondergaan. Wanneer de beoordeling van de twee teams te veel uit elkaar lopen, vindt nog weer overleg plaats en pas daarna blijven vijftig studenten over, die met het eerste studiejaar kunnen beginnen.

Deze selectie is een gigantisch werk, maar gezien het belang dat de faculteit hecht aan artsen met de juiste motivatie om in de Negev te gaan werken, vindt men deze belasting toch de moeite waard. Inderdaad bleken van de in 1980 afgestudeerde artsen de meesten ook voor een baan in de Negev te hebben gekozen.

Kenmerken van het onderwijs

Reeds bij het begin van de medische faculteit, maar ook later is veel aandacht besteed aan het opstellen van onderwijsdoelstellingen, die relevant zijn voor de algemene doelstellingen.

De basisvakken, de klinische vakken en de vakken die betrekking hebben op de gezondheidszorg in de Negev, worden in alle zes curriculumjaren zoveel mogelijk geïntegreerd gegeven, waarbij de onderwerpen jaarlijks op een hoger ni-

veau worden behandeld (spiraal-methode).

Voor ieder onderdeel van het curriculum worden zo gedetailleerd mogelijke „units of instruction” geschreven, waarin een overzicht wordt gegeven van de te behandelen stof, de onderwijsmiddelen die hiervoor ter beschikking staan, de te bestuderen literatuur, enzovoort. De student heeft hierdoor een goed inzicht in datgene wat hij voor het desbetreffende onderwerp dient te bestuderen.

Community health orientation. Gezien de algemene doelstellingen is het begrijpelijk, dat hieraan in het curriculum veel aandacht wordt besteed. In het bovengenoemde spiraalmodel komt dit onderwerp dan ook regelmatig terug. Eén van de onderwijsmiddelen die hierbij worden gehanteerd, is het „Family project”.

Het Family project vindt plaats tijdens het derde studiejaar. In dit jaar komt de student al voor stages in de verschillende klinieken. Hij zoekt een patiënt uit, waarbij de persoonlijke voorkeur voor het desbetreffende ziektebeeld een belangrijke rol speelt. Bij deze keuze wordt de student soms door de afdelingsarts of de hoofdverpleegkundige geholpen. Nadat de patiënt uit de kliniek ontslagen is, bezoekt de student hem ongeveer tien maal in zijn gezin. Hij bestudeert de gezinssituatie, waarbij de patiënt de „indexcase” is. De gekozen patiënten kunnen het hele veld van de geneeskunde bestrijken, van prematuren tot terminale kankerpatiënten toe. De eerste gesprekken met patiënt en/of familie vinden al plaats, wanneer de patiënt nog in het ziekenhuis ligt. Bij de observaties van de patiënt en het gezin, moet de student volgens een gestructureerd programma te werk gaan. Aandachtspunten hierbij zijn:

- de invloed van de ziekte van de patiënt op de structuur en het functioneren van het gezin;
- de invloed van de familiestructuur en het functioneren van het gezin op gezondheid en ziekte van de gezinsleden c.q. van de patiënt;
- het gezin als eenheid in een wijder familieverband in relatie met werkgevers en maatschappij.

Iedere student krijgt een tutor uit de

faculteit. Daartoe bestaat een „team of instructors”, bestaande uit artsen en gedragswetenschappers. Een klacht van de studenten was, dat de artsen (bij voorbeeld de huisartsen) onvoldoende op de hoogte waren van de doelstellingen van het project en hier dan ook niet voldoende rekening mee hielden, terwijl de gedragswetenschappers vaak moeite hadden met de ziektegeschiednissen.

Dit Family project lijkt enigszins op de Introductiestage Huisartsgeneeskunde, die in 1972 in de vakgroep Huisartsgeneeskunde te Leiden werd ingevoerd, en waarbij de studenten gedurende twee jaar onder leiding van een huisarts uit de perifere kliniek via maandelijke bezoeken een gezin vervolgden. Helaas moest deze stage na enkele jaren worden beëindigd, deels doordat de stage te veel belasting betekende voor de deelnemende artsen, deels omdat de vakgroep besloot geen onverplicht onderwijs te geven.

De verschillende curriculum-onderdelen worden regelmatig door docenten en studenten besproken, waarbij de studenten aanbevelingen doen voor het jaar dat na hen komt. Student-assistenten werken in de faculteit mee met de planning voor de volgende jaren. Verder geven de studenten vaak onderwijs aan jongerejaarsstudenten.

Aan communicatie, observatie en interventie wordt gedurende het gehele curriculum gewerkt:

Communicatie. Hiermee beginnen de studenten reeds op de derde dag van het eerste studiejaar. Dit heeft dan nog voornamelijk betrekking op de sociale context, maar via communicatie over ziekten eindigt dit onderdeel in de laatste jaren met interview-techniek.

Observatie. De eerstejaars observatiecursus bestaat onder meer uit cartoons, muziek en touching-feeling games. In het tweede jaar wordt aandacht besteed aan de observatie van het normale menselijk lichaam, in het derde jaar aan het onderzoek per orgaansysteem, in het vierde jaar aan het onderzoek gericht op ziekten en tijdens het vijfde en zesde jaar wordt hierin verder geoefend.

Interventie. Hiermee wordt bedoeld wat elders ook wel „skills” wordt genoemd, dus vaardigheden zoals eerste hulp en bloeddrukmeting.

Tenslotte wordt gedurende het gehele curriculum aandacht besteed aan kernismaking met „various disciplines of medicine”, zoals consultatiebureaus, schoolgeneeskunde, kinderziekenhuis, bejaardenhuis en verpleeghuis.

Slot

Schrijver had het voorrecht in december 1980 de medische faculteit van Beersjeba te bezoeken, samen met tien leden van de medische faculteit van Maastricht. De faculteitsleden onder de inspirerende leiding van de decaan Moshe Prywes hebben geen moeite gespaard om ons gezelschap gedurende vijf dagen zoveel mogelijk kennis te laten nemen van het onderwijssysteem in Beersjeba, terwijl wij in de avonden ook gelegenheid hadden voor persoonlijke gesprekken met docenten en studenten. Juist in een tijd dat in Nederland de eerstelijns gezondheidszorg sterk in de belangstelling staat, is het belangrijk kennis te nemen van de wijze waarop elders de opleiding wordt afgestemd op de behoeften van het veld.

Men krijgt weleens de indruk, dat in Nederland de opleiding hier en daar achterloopt bij de ontwikkelingen in het veld van de gezondheidszorg. Wellicht is het mogelijk om door kennis te nemen van hetgeen in het buitenland op dit gebied gebeurt, het onderwijsprogramma van de medische faculteiten bij te sturen. Dit zou niet alleen kunnen leiden tot een betere aansluiting bij de ontwikkelingen in de eerstelijns gezondheidszorg, maar ook tot het corrigeren van processen in de gezondheidszorg zelf. Wellicht dat de invoering van de tweefasen-structuur hiervoor onverwachte mogelijkheden zal bieden.

Bol, F. A. Medische faculteit Maastricht exit? (1980) *Med. Contact* 35, 1515.

Greep, J. M. Medische faculteit Maastricht vijf jaar na de start. (1981) *Med. Contact* 36, 207-211.