

Klinische competentie huisartsen

De Adviesgroep Stimuleringsprogramma Gezondheidsonderzoek (SGO) toont zich bezorgd met betrekking tot de klinische competentie van huisartsen. Hieronder volgen enkele passages uit een recent rapport.

Bij de ontwikkeling van programma's voor het gezondheidszorgonderzoek werd gekozen voor het bezien van de activiteiten van de eerste lijn, omdat echelonnering via een generalist-specialist die ook een brede klinische opleiding heeft, van groot belang is voor het substitutiebeleid van de regering. Het werd spoedig duidelijk dat bestuurlijke instanties te weinig inzien dat een ander type huisarts nodig is, wil het substitutiebeleid gerealiseerd kunnen worden. Nodig zijn artsen die als specialist-generalist extramuraal werkzaam zijn en toegerust met een brede kennis en meer vaardigheden.

Dat een gunstige ontwikkeling in Nederland uitbleef vereist toelichting. De enorme expansie die de gezondheidszorg onderging werd ook een sterke impuls voor de beroepsgroep huisartsen tot het opvoeren van de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde. In toenemende mate groeide het besef dat de zorg zou dienen uit te gaan van een geïntegreerd team, onder leiding van de huisarts, waarin de verpleegkundige en maatschappelijk werk(st)er in ieder geval hun vaste plaats hebben. In een aantal gevallen werd geëxperimenteerd met een psycholoog in dit systeem van eerste opvang.

Er ontstonden echter ook geheel nieuwe beroepscategorieën, o.a. medische sociologen en -psychologen die, bepaald door de sterk verwijde definitie van 'gezondheid' zoals die door de Wereldgezondheidsorganisatie was geformuleerd, een aandeel gingen eisen in de zorg voor gezondheid en welzijn.

Vergeleken met andere westerse landen blijkt dat zij zich in ons land een veel duidelijker plaats naast de gangbare deskundigen hebben verworven. Zij zijn in het bijzonder gericht op de psychische en sociale aspecten van het menselijk functioneren. Het gevolg van deze ontwikkeling is dat de centrale positie van de huisarts in de eerstelijns zorg onder druk is komen te staan.

Pogingen tot integratie van sociaal- en gedragswetenschappelijke kennis in de opleiding van basisartsen zijn mede daardoor onvoldoende tot hun recht gekomen.

Deze ontwikkeling wijkt zoals gezegd af van die in andere westerse geïndustrialiseerde landen. Daar is de betekenis van de sociale wetenschappen wel erkend, maar de pogingen van artsen die extramuraal werkzaam zijn om te integreren zijn anders verlopen. Daardoor is het proces van verwerving van de snel toenemende mogelijkheden in de somatische geneeskunde

ook anders verlopen. Het is in het Verenigd Koninkrijk en de Scandinavische landen (inclusief Finland) wél gelukt een 'eerstelijns geneeskundige' op te leiden die een voorbereider is voor de activiteiten van de tweede lijn en daarmee een vanzelfsprekende relatie vormt door een bredere klinische ervaring.

In de Nederlandse verhoudingen zijn ook jarenlang de relaties van de medische faculteiten met de georganiseerde gezondheidszorg zo moeilijk geregeld, dat alleen al hierdoor het voor toekomstige huisartsen niet mogelijk is voldoende klinische ervaring te verwerven die hen geschikt maakt voor het door velen zo zeer gewenste substitutiebeleid (de duur van de opleiding is slechts, en dat nog maar sinds kort, twee jaar in plaats van de gewenste drie jaar).

Een experimentele opleiding in de gewenste richting is door het ontbreken van een house-staff mechanisme in ziekenhuizen, dat een brede klinische opleiding voor alle artsen mogelijk maakt, moeilijk realiseerbaar. Het ontbreken hiervan is weer een gevolg van het in Nederland vigerende verzekeringssysteem.

De eerder door de adviesgroep geuite wens tot het doen van een internationaal vergelijkend onderzoek naar de gezondheidszorg in de eerste lijn, kan door deze omstandigheden niet in vervulling gaan. Daarom is gekozen voor het opzetten van een experimentele kadertraining.

Bron Adviesgroep SGO. Op zoek naar leemten in het geneeskundig onderzoek. Den Haag, 1988.

Cursus Medische Besliskunde

De BBC heeft in samenwerking met de Britse 'Open University' een cursus Medische Besliskunde samengesteld, die in de loop van 1989 zal worden uitgezonden. De cursus bestaat uit elf afleveringen van 25 minuten.

Kunstmatige inseminatie thuis

Kunstmatige inseminatie met donorzaad dat in bevroren toestand is bewaard, levert minder resultaat op dan inseminatie met vers zaad. Dat betekent dat er doorgaans meer pogingen moeten worden ondernomen om een zwangerschap tot stand te brengen. De betrokken vrouwen moeten betrekkelijk vaak acte de présence geven in het ziekenhuis. Dat brengt ongemak met zich mee, waarvoor een groep Amsterdamse artsen een oplossing denkt te hebben gevonden: inseminatie thuis.

Het 'ontvangende' paar krijgt instructie in het gebruik van de benodigde hulpmiddelen en het ziekenhuis leent een draagbare container met vloeibare stikstof om het donorzaad in te bewaren. Deze vorm van thuisbevruchting blijkt even vaak tot zwangerschap te leiden als inseminatie in het ziekenhuis. De deelnemers aan de thuiszorg zijn echter extra gemotiveerd om hun pogingen voort te zetten als zwangerschap uitblijft.

Ruim 70 procent van de paren die voor het toepassen van kunstmatige inseminatie in aanmerking kwamen, wilde desgevraagd de thuisvariant wel proberen. Bij degenen die het aanbod afwezen, speelden onder meer culturele barrières en 'traditionele' leefwijze een rol, aldus de auteurs.

De onderzoekers geloven dat thuisinseminatie met donorzaad het voordeel heeft dat de ouders in spe zich 'meer betrokken' voelen.

Bron Hogerzeil HV, et al. Fert Steril 1988; 49: 1030-5.

De in het volgende overzicht vermelde tijden zijn Engelse tijden; in Nederland moet daar één uur bij worden opgeteld. Afgezien daarvan verdient het aanbeveling een programmablad te raadplegen in verband met eventuele wijzigingen.

1. The challenge of judgment	Wed. 15/2	2330	Sat. 18/2	1240
2. Policy-capturing models	Wed. 8/3	2330	Sat. 11/3	1240
3. Data-based aids	Wed. 5/4	2330	Sun. 9/4	0825
4. Knowledge-based systems	Wed. 26/4	2330	Sat. 29/4	1150
5. Structuring decisions	Wed. 17/5	2330	Sat. 27/5	1150
6. Assessing chances	Wed. 7/6	2330	Sat. 10/6	1035
7. Valuing outcomes	Wed. 28/6	2330	Sat. 1/7	1240
8. Resource constraints	Wed. 19/7	2330	Sat. 22/7	1240
9. Ethical principles	Wed. 9/8	2330	Thu 10/8	2330
10. Legal standards	Wed. 30/8	2330	Sat. 2/9	1035
11. The getting of judgment	Wed. 20/9	2330	Sun. 24/9	0825