

De huisartsopleiding in Nederland is al 50 jaar een succesformule

Geurt Essers

Al sinds het begin vormen de terugkomdag en de samenstelling van de leergroepen de meest opvallende kenmerken van de huisartsopleiding. Waarom is indertijd voor deze opzet gekozen? Informatie uit archieven en interviews met personen die destijds direct betrokken waren bij de opzet van de opleiding geeft daar inzicht in. De achterliggende pedagogisch-didactische visie bleek vooral gestoeld op ervaringsleren, groepsonderwijs en zelfsturing, en paste bij de tijdgeest van de jaren 60 van de vorige eeuw. Balintgroepen waren de belangrijkste inspiratiebron voor de concrete vormgeving.

Veel huisartsen en aios beschouwen de relatie met de huisartsopleider en de ervaringsronde tijdens de terugkomdag als de meest waardevolle onderdelen van de huisartsopleiding.^{1,2} Ook de verplichte terugkomdagen voor opleiders spelen een belangrijke rol. Deze opzet strookt volledig met actuele gedragswetenschappelijke kennis over leren van volwasse-

nen. Bij mij rees de vraag of de oprichters dezelfde uitgangspunten hanteerden bij het ontwerpen van de opleiding. Het 50-jarig bestaan van de huisartsopleiding vormde een welkome aanleiding om dit te onderzoeken. Welke gedachten, ideeën of overtuigingen over leren en opleiden lagen aan de opzet ten grondslag? Wat waren de gedachten achter de invulling van de terugkomdag? In de archieven van *Huisarts en Wetenschap* en de Huisartsopleiding Nederland zocht ik naar publicaties over de opzet van de huisartsopleiding. Ook ging ik op zoek naar personen die destijds bij de oprichting van de huisartsopleiding betrokken zijn geweest om hun mijn vragen voor te leggen [**kader**].



Foto: Shutterstock

Interviews

De interviews zijn gehouden met Marieke van Es en Henk Thiadens, Bob de Groot, prof. dr. Heert Dokter en Koen Kunst.

Marieke van Es is onderwijskundige en de dochter van Jan van Es. In een artikel in het afscheidsboek van dr. Lisa Tan schrijft Jan van Es dat hij en zijn dochter veel over de opzet van de huisartsopleiding met elkaar gesproken hebben.³ Henk Thiadens volgde begin jaren 70 in Utrecht de huisartsopleiding en was getrouwd met Marieke. Ook hij heeft veel herinneringen aan gesprekken met zijn ex-schoonvader over de opleiding.

Bob de Groot was vanaf de start van de huisartsopleiding van het AMC gedragswetenschappelijk docent en droeg bij aan het rapport Specifieke Opleiding Huisartsen.⁴

Prof. dr. Heert Dokter was nauw betrokken bij de oprichting van de huisartsopleiding in Rotterdam en was altijd actief lid van de Balintvereniging Nederland.

Koen Kunst was huisarts en een van de eerste huisartsbegeleiders aan de Rotterdamse huisartsopleiding.

Bij dit artikel op www.henw.org en <https://huisartsopleiding.nl/50jaar> zijn compilaties van deze interviews te zien en te beluisteren.



Foto: Carriën Dijkstra

Marieke van Es



Foto: Carriën Dijkstra

Bob de Groot



Foto: Margot Schreuder

Heert Dokter



Foto: Carriën Dijkstra

Koen Kunst

ONGEBRUIKELIJKE UITGANGSPUNTEN

Reeds vóór de start van de opleiding tot huisarts verschenen er publicaties over wat zo'n opleiding moest inhouden.^{5,6} Jan van Es maakte in 1966 het eerste, concrete ontwerp.⁷ In 1974 verscheen het rapport Specifieke Opleiding Huisartsen (SOH), een gedetailleerde beschrijving van wat er tijdens de huisartsopleiding aan de orde moest komen en de manier waarop dat moest worden vormgegeven.⁴

Met het oog op politieke haalbaarheid koos Van Es voor een experimentele eenjarige opleiding. Het opleiden moest hoofdzakelijk in huisartsenpraktijken plaatsvinden en er moest onder andere aandacht zijn voor de sociale en psychische factoren van ziekzijn. Belangrijk was ook dat niet de hele last en verantwoordelijkheid van de opleiding bij de opleiden-de huisarts kwamen te liggen. Eén dag per week zouden de aanstaande huisartsen op het instituut bij elkaar komen om de huisartsopleiders werk uit handen te nemen. Voorafgaand aan het werken in de praktijk zouden de aanstaande huisartsen gedurende enkele weken in cursorisch onderwijs voorbereid worden om de inwerkperiode in de praktijk te bekorten. Tijdens de opleiding moesten 4 onderwerpen aan bod komen: praktijkvoering, praktijkuitoefening, communicatie en coöperatie.⁷ 'Praktijkuitoefening' omvat een combinatie van wat nu in het CanMeds-model 'medisch-inhoudelijk handelen', 'kennis en wetenschap' en 'professioneel handelen' genoemd wordt.⁸ Kenmerkend voor de opzet was de achterliggende visie op de rol van de persoon van de huisarts en zijn of haar (vertrouwens)relatie met patiënten. Een eerste verwijzing naar de gedachten achter de persoonsvormingsdoelstelling van de opleiding vinden we bij Huygen, wanneer hij schrijft: 'Het blijkt alleen mogelijk iemand te leren een betrekking tot de ander aan te gaan door hem hierin zelf – dat wil zeggen met zijn eigen persoon – te betrekken. Dit leren nu is vormen, geen onderwijzen.'⁵ Een dergelijk uitgangspunt was in de medische opleidingen in Nederland niet gebruikelijk, maar moest volgens Huygen onmiddellijk opgepakt worden, omdat 'de dokter-patiëntrelatie het fundament van alle geneeskundig handelen is.'⁵ Onder de noemer 'communicatie' was bijvoorbeeld een belangrijke plaats ingeruimd voor de omgang met patiënten met lichamelijk onverklaarde klachten. Bij 'coöperatie' ging het vooral om de samenwerking binnen de eerste lijn en die met de verschillende specialisten in de intramurale zorg. Het SOH-rapport beschrijft 12 onderwijsdoelstellingen voor de huisartsopleiding. Negen daarvan zijn geformuleerd op basis van de taakomschrijving van de huisarts, waaronder onder andere consultatie, verwijzing, praktijkvoering en preventie vallen. De tiende doelstelling gaat over het voortdurend verwerven van nieuwe kennis en het toepassen daarvan in de praktijk. Doelstelling 11 betreft het bekwaam functioneren als hulpverlener in het hulpverleningsproces, waarbij zelfkennis een belangrijke rol speelt. Op basis daarvan wordt een subdoelstelling geformuleerd over het eigen functioneren als hulpverlener en de juiste attitude daarvoor. De twaalfde doelstelling is ontleend aan de behoefte van huisartsen om wetenschappelijk werk te verrichten.⁴

Tijdens de instituutsdagen zouden de aankomende huisartsen hun praktijkervaringen uitwisselen en onderwijs krijgen over de arts-patiëntrelatie, gespreksvoering en medisch-inhoudelijke onderwerpen op geleide van hun behoeften. Henk Thiadens vertelt in zijn interview dat aios en docenten in de begintijd wel worstelden met de verhouding tussen de hoeveelheid onderwijs over het psychische, het psychosomatische en het somatische. Die discussie wordt ook nu nog wel gevoerd. Esther van Osselen beschreef in de serie Geschiedenis van de huisartsgeneeskunde uit 2016 de opkomst van de huisartsopleiding (zie ook de [poster] bij deze uitgave).⁹

PEDAGOGISCH-DIDACTISCHE VISIE

Van meet af aan werd de pedagogisch-didactische visie vooral gedragen door de principes van ervaringsleren, zelfsturing en groepsonderwijs. Van Es schrijft hierover: 'De deelnemers (zouden) de mogelijkheid (krijgen) om [tijdens het uitwisselen van ervaringen, GE] tekorten in hun kennis te herkennen om deze vervolgens door gezamenlijke studie, door de bestudering van een onderwerp door enkele groepsleden die als docent optraden of door het uitnodigen van deskundigen als docent, aan te vullen.'⁷

Het eerste ontwerp van de huisartsopleiding uit 1966 diende een kader te bieden waarbinnen 'meer dan voldoende ruimte zou bestaan om te voldoen aan bestaande behoeften bij de hiao's, en niet alleen maar iets te bieden waarvan de organisatoren dachten dat het zou moeten.' Hiermee zette Van Es de toon voor een opleiding 'die niet eerder bestaan had'. Waar kwamen deze gedachten vandaan?

Marieke van Es vertelt dat haar vader destijds nogal beïnvloed werd door de emancipatorische tijdgeest van de jaren 50 en 60. Zijn ideeën kregen vorm op het moment dat de universitaire onderwijswereld op zijn kop stond: studentenrellen, een roep om meer zeggenschap voor studenten, alternatieve onderwijsvormen en protest tegen de sterk hiërarchische cultuur en ziekenhuiswetenschap in de geneeskundeopleiding. Hij voelde zich als huisarts 'dokter van het volk', die er niet alleen was voor de lichamelijke gezondheid, maar ook voor het sociaal en psychisch welzijn van de gezinnen in zijn praktijk. De gevestigde orde in de medische faculteit kon niet altijd waardering opbrengen voor zijn vooruitstrevende ideeën. Ook een rapport van de KNMG over de artsenopleiding uit het begin van de jaren 60 zal van invloed zijn geweest. Daarin werd al gepleit voor meer groepsonderwijs, dat de uitwisseling van ervaringen mogelijk moest maken. Henk Thiadens en Marieke van Es zeggen hierover: 'Hij had contact met de politiek-bewuste Werkgroep Gamma van studenten van de Utrechtse geneeskundefaculteit. Die had veel ideeën over onderwijsvernieuwing en organiseerde een eigen lezingencyclus om over maatschappelijke kwesties met elkaar te discussiëren. Van Es haalde daar veel inspiratie uit.'

In zijn terugblik op de ontwikkeling van de huisartsopleiding schrijft Jan van Es dat er: '[...] zo weinig mogelijk ex cathedra moest worden gedoceerd en veel nadruk moest komen te liggen op groepsbesprekingen, forumdiscussies, vraagbaakmethoden,

demonstraties en excursies, terwijl de zelfwerkzaamheid van de deelnemers moest worden gestimuleerd.' Ook schrijft hij: 'Essentieel was dat gedurende de hele periode de huisartsen in opleiding een wekelijks te houden "terugkomdag" zouden bijwonen.' De groepen zouden onder leiding van een huisarts en een gedragswetenschappelijk docent hun ervaringen kunnen uitwisselen en hun vragen kunnen bespreken.⁷ Het groepsonderwijs zou de 'eenzaamheid' van de arts-assistenten doorbreken.

Een glimp van de pedagogisch-didactische visie zien we in het SOH-rapport, dat stelt dat de terugkomdag de aios 'in de gelegenheid stelt om individuele ervaringen te kunnen systematiseren, teneinde deze in nieuwe situaties te kunnen toepassen' en ook om 'deze ervaringen aan die van anderen in de groep te toetsen'.⁴ Bovendien was het groepsonderwijs 'van belang om te leren samenwerken met andere werkers in de gezondheidszorg, doordat hij in de groep [...] vertrouwd raakt met de samenwerkingssituatie en ervaring opdoet met de voordelen en problemen bij samenwerking in groepsverband.' Ook wordt de aios zich 'in de groep beter bewust van eigen denken en handelen en kunnen andere leden van de groep de hiaten in kennis aanvullen.' Henk Thiadens vertelt dat 'de veiligheid bij het delen van ervaringen in de groep moest zorgen voor meer zelfvertrouwen bij de aios'.

Het werken in groepsverband zou ook een kritische houding bevorderen en uitstekend geschikt zijn voor het aanleren van sociale vaardigheden.⁴ Voor sommige huisartsopleidingen was dit aanleiding om een zogenaamde persoonlijkheidsstraining in de opleiding op te nemen.⁴

De grootte van de leergroepen werd bepaald op basis van de gedachte dat het bij leren gaat om gedragsbeïnvloeding en een kleine groep (8 tot 12 personen) daarvoor optimaal is.⁴ De begeleiding van het groepsproces werd toebedeeld aan gedragswetenschappers. Deze zouden de productiviteit van de groep kunnen bevorderen, het interactieproces bewust kunnen maken en bespreken, en dit zo relevant maken voor de arts-patiëntrelatie. Daarnaast konden ze trainingen geven in gespreksvoering. Bij de zogenaamde interactietrainingen konden verschillende onderwijsmethoden benut worden (rolspellen, en audio- of video-opnamen).

De huisartsbegeleiders hadden vaak geen ervaring in het geven van onderwijs en begeleiden van groepen. Ze werden geacht zich goed voor te bereiden op hun nieuwe rol.⁴ Koen Kunst zegt daarover: 'Ik heb me destijds helemaal verdiept in een dik boek over groepsdynamica'.⁷ Daarnaast werden voor die tijd unieke trainingen gegeven die gericht waren op het begeleiden van leergroepen. Zowel de aios als de groepsbegeleiders dienden 'voortdurend bereid te zijn de groep als leermiddel te beschouwen'.⁴

De samenstelling van de leergroepen (12 aios en 2 begeleiders: 1 huisarts en 1 gedragswetenschapper) is ontleend aan de balintgroepen, zoals ook prof. dr. Heert Dokter, Koen Kunst en Bob de Groot bevestigden (zie ook Van Eijck¹⁰). Sinds het eind van de jaren 50 wordt er in Nederland met balintgroepen gewerkt. In zo'n groep kunnen (huis)artsen op systematische wijze nadenken over (reflecteren op) hun persoonlijke

praktijkervaringen met de patiënt.¹¹ De deelnemende artsen zouden inzicht krijgen in wat zich in psychologisch opzicht voordoet in het hulpverleningscontact tussen huisarts en patiënt.¹² De inbreng van een psycholoog was voor de balintgroepen van essentieel belang en paste naadloos in de visie op de plaats en taak van de huisarts.

TOEN EN NU

De combinatie leren-werken en groepsonderwijs, waarbij het leren van ervaringen en het wekelijks bespreken van en reflecteren op werkervaringen centraal staan, vormt nog steeds de praktijk van nu en sluit naadloos aan op inzichten over hoe volwassenen leren van feedback en reflectie op het eigen handelen, en het leren in *communities of practice*.^{13,14} Aan de leergesprekken met de opleider en de opleiding van opleiders en docenten ligt feitelijk dezelfde visie ten grondslag, al hebben de oprichters van de opleiding het nooit precies op deze manier verwoord, noch zo onderbouwd.¹⁵

De inhoudelijke thema's van de beginperiode (medisch handelen, communicatie, praktijkvoering, samenwerking in de eerste lijn en persoonsontwikkeling van de huisarts) hebben evenmin aan actualiteit ingeboet. Uit een vergelijking van de oude doelstellingen met het huidige competentieprofiel van de huisarts blijkt dat ze inhoudelijk sterk overlappen, al zijn de termen veranderd. In de beginjaren lijkt er wel minder aandacht te zijn voor de competentiegebieden organisatie en maatschappelijk handelen.

De zelfsturing heeft in de loop der jaren geleden onder de groei van de beschikbare kennis voor de huisarts, waardoor de curricula steeds meer gevuld raakten. Maar de roep is gebleven ('Aios in the lead!'). Deze ontwikkeling weerspiegelt tegelijkertijd het pedagogisch-didactische dilemma tussen doceren wat een ander heeft geleerd en zelf (laten) ontdekken en ervaren wat belangrijk is. Daarbij moet gezegd worden dat juist een zelfsturende huisarts permanent zichzelf blijft nascholen, zodat het niet nodig is alle kennis in de huisartsopleiding te proppen.

NOG STEEDS EEN STERKE FORMULE

Het opleiden van huisartsen vraagt om voortdurende actualisering en een continue discussie over hoeveel aandacht bepaalde onderwerpen moeten krijgen, wat belangrijk is bij het opleiden van huisartsen en hoe ze dit het beste kunnen leren. De opzet van de huisartsopleiding draagt nog steeds de inzichten in zich van de oprichters, die gevoed door de tijdgeest een duidelijke visie hadden op het opleiden van huisartsen. Ook na 50 jaar vormt de combinatie van ervaringsleren, zelfsturing en groepsonderwijs een sterke formule. Het pedagogisch-didactische fundament van de opleiding past goed bij het opleiden van volwassenen en staat als een huis. ■

LITERATUUR

1. Vis EB, Batenburg R, Van der Velden L. De kwaliteit van de opleiding tot huisarts anno 2018: een onderzoek onder huisartsen in opleiding. Utrecht: NIVEL, 2018.

2. Vis EB, Bosmans M, Batenburg R. Hoe kan de opleiding huisartsgeneeskunde volgens alumni worden verbeterd? Een focusgroep- en survey-onderzoek onder huisartsen die tot 5 jaar geleden zijn afgestudeerd aan alle opleidingslocaties in Nederland. Utrecht: NIVEL, 2019.
3. Kramer AWM, Jansen K. Waardering van Onderwijs. Ruim 25 jaar werken aan de kwaliteit van de huisartsopleiding. Utrecht: Stichting Verenigde Universitaire Huisartsopleidingen, 2000.
4. Van Trommel NJ, Vlamings HLA, Van Geldrop G, Mulder J, Sigling HO, Verdenius W et al. Rapport Specifieke Opleiding Huisartsen (S.O.H.). Utrecht: Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde, 1974.
5. Huygen F. Huisarts en opleiding II. Huisarts Wet 1957:71-72.
6. Huygen F. Lacunes in de opleiding van de huisarts. Huisarts Wet 1960:433-437.
7. Van Es J. Een halve eeuw huisartsgeneeskunde. Van ambacht tot professie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2007.
8. Van de Vijver P, Van der Post K, Rosmalen K, Eyck M, Maiburg B, Kist J et al. Competentieprofiel van de huisarts. Utrecht: Concilium voor de Huisartsopleiding, 2016.
9. Van Osselen E, Helsloot R, Van Zalinge EAB, Van der Werff GT. Een nieuwe dokter, een nieuwe opleiding. Huisarts Wet 2016;59(5):218-21.
10. Van Eijck J, Haeseker B, Jansma J, Van Kempen W, Vink H. Canon van de huisartsgeneeskunde. Haarlem: DCHG Medische Communicatie, 2013.
11. Balintvereniging Nederland.
12. Dokter HJ, Verhage F. De dokter als medicijn. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1991.
13. Bolhuis S. Professioneel leren: wat is het en hoe bevorderen we het? Tijdschr Med Onderwijs 2002;21;172-82.
14. Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y. Medicine as a community of practice: implications for medical education. Acad Med 2018;93:185-91.
15. Smit BIHM, Van Alphen WP, Nijveldt M. Landelijk Plan Docentprofessionalisering Huisartsopleiding. Utrecht: Huisartsopleiding Nederland, 2014.

Essers GTJM. De huisartsopleiding in Nederland is al 50 jaar een succesformule. Huisarts Wet 2021;64:DOI:10.1007/s12445-021-1171-6. Huisartsopleiding Nederland, Utrecht: dr. G.T.J.M. Essers, programmeur Toetsing en Beoordeling, geurt.essers@gmail.com. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.