huisarts en wetenschap

MAANDBLAD VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

*Lacunes in de opleiding van de huisarts**

DOOR DR F. J. A. HUYGEN, HUISARTS TE LENT

De opzet van deze beschouwing is een overzicht te geven van lacunes in de opleiding van de huisarts. Nu is dit geen eenvoudige taak. Er is in Nederland geen sprake van een algemeen erkende opleiding tot huisarts. Wij kennen slechts één artsexamen, dat, wanneer het met goed gevolg wordt afgelegd, recht geeft de genees-, heel- en verloskunde in volle omvang uit te oefenen. In de praktijk is het zo, dat heelkundigen en verloskundigen en al degenen, die men specialist kan noemen, zich na het artsexamen een aantal jaren verder praktisch bekwamen, vóór zij zich zelfstandig vestigen. Wanneer zij dit niet doen worden zij niet door de ziekenfondsen als zodanig gehonoreerd. Er bestaan in Nederland geen specialistenexamens, maar de specialisten-registratiecommissie houdt er nauwkeurig toezicht op, dat aan bepaalde eisen wordt voldaan, voordat tot erkenning wordt overgegaan. De sociaal-geneeskundigen zijn druk bezig met de opbouw van een specifieke opleiding na het artsexamen.

Men kan zich echter onmiddellijk na het artsexamen als huisarts vestigen en zal dan door iedereen als zodanig worden erkend. Sommigen doen dit inderdaad al of niet na het volbrengen van de militaire dienstplicht als officier van gezondheid. Anderen gaan eerst een tijd waarnemen in huispraktijken. Sommigen gaan eerst nog een tijd bij een of meer specialisten in een ziekenhuis werken en enkelen fungeren eerst als assistent bij een huisarts. Er is in deze echter geen eenheid en geen algemeen erkende gedragslijn. De een doet het zus en de ander zo. Niemand stelt hier voorwaarden.

* Inleiding, gehouden op de bijeenkomst op 24 september 1960 van het Nederlands Huisartsen Genootschap ter voorbereiding van een in 1961 te organiseren conferentie over de opleiding van de huisarts.

Van lacunes in een specifieke opleiding tot huisarts na het artsexamen kan ik dus niet gewagen, eenvoudig omdat een dergelijke erkende opleiding tot nu toe niet bestaat. Misschien is dit ontbreken van een specifieke na-opleiding tot huisarts op zichzelf wel de belangrijkste lacune. Ik zal mij nu echter beperken tot de opleiding tot aan het artsexamen.

Het is algemeen bekend, dat er onder de huisartsen nogal wat kritiek op deze opleiding leeft. Als men zijn oor in kringen van huisartsen te luisteren legt hoort men allerlei klachten over tekorten. Het zou niet moeilijk zijn aan de hand hiervan een lange lijst met desiderata op te sommen. Bij nauwkeurig luisteren is het duidelijk, dat ieder spreekt uit zijn eigen geaardheid en zijn eigen ervaringen. Nu verschillen deze geaardheid en deze ervaringen van persoon tot persoon. Niet alleen zijn er in Nederland verscheidene universiteiten met uiteenlopende persoonlijkheden als docenten en onderlinge verschillen in samenstelling van het curriculum, maar ook binnen deze universiteiten is de opleiding aan verandering en evolutie onderhevig. Zo is de opleiding op het ogenblik anders dan bijvoorbeeld twintig jaar geleden. Niet alleen hebben binnen elk vak de vorderingen van de wetenschap geleid tot verrijking van de leerstof, ook het aantal vakken heeft zich uitgebreid. Om een voorbeeld te noemen, de meeste gevestigde huisartsen hebben tijdens hun opleiding weinig over medische psychologie gehoord. Thans wordt dit vak, naar ik meen, aan alle universiteiten onderwezen, al is het bij de ene wat meer dan bij de andere.

Het is de bedoeling van deze inleiding een discussie aan de gang te brengen, die hopelijk zal leiden tot een zekere gemeenschappelijke mening over de belangrijkste lacunes in de opleiding. Ik zal me dus

tot grote lijnen moeten beperken. Daarbij doe ik misschien onrecht aan sommige universiteiten en sommige docenten, waarvoor ik bij voorbaat excuus wil vragen.

De klachten, welke men door huisartsen het meest hoort uiten, betreffen moeilijkheden, die zij in het begin van hun praktijkuitoefening als huisarts hebben ondervonden. Zo heeft bijvoorbeeld bijna iedereen moeite met het schrijven van recepten. Velen klagen er over, dat zij te weinig van therapie hebben geleerd, vooral voor minder ernstige aandoeningen. Hun klacht is, dat de opleiding teveel op de diagnostiek en te weinig op de therapie gericht is geweest. Verder heeft bijna iedereen moeite met eenvoudige praktische zaken als: hoe verwijs ik iemand naar een specialist, welke formaliteiten komen te pas bij een ziekenhuisopname, bij overlijden, enzovoort. Dit zijn dingen, die praktisch iedereen — al of niet met behulp van anderen — spoedig leert.
Iets moeilijker zijn vragen als: hoe richt ik mijn spreekkamer in, mijn praktijktas en mijn verlostas; hoe noteer ik mijn medische gegevens het beste en hoe verdeel ik mijn werkzaamheden; wat zijn de voordelen van een praktijkassistente? Aanzienlijk moeilijker zijn vragen als: hoe vind ik de weg in de doolhof van mogelijkheden op sociaal-medisch gebied, hoe krijg ik de beste samenwerking met andere instanties op het gehele terrein van de gezondheidszorg? Het duurt dikwijls jaren eer men hier langzamerhand de weg leert vinden. Hetzelfde geldt wat medische ethiek en gedragsleer betreft. Een ander veel voorkomend euvel is het niet praktisch beheersen van technische handgrepen met eenvoudige hulpmiddelen. Ik denk hier aan de kleine chirurgie, aan verbandleer, aan het uitvoeren van een paracentese, aan verloskundige handgrepen en dergelijke, maar ook aan een praktische vaardigheid in het omgaan met mensen en aan tekorten in techniek bij de gespreksvoering.
Vele huisartsen klagen er over, dat men de opgesomde zaken niet aan de universiteit leert. Het is de vraag of dit terecht is. Men kan stellen dat de universiteit geen vakschool is, die huisartsen kant en klaar voor de praktijk moet afleveren. De universiteit dient een algemeen geneeskundige opleiding te geven. Het zou ten opzichte van de aanstaande specialisten misschien niet juist zijn deze opleiding geheel te richten op de praktijkuitoefening van de huisarts. Toch steekt er een belangrijke kern van waarheid in de klachten van de huisartsen.
De student leert tijdens zijn opleiding uit eigen aanschouwing hoe een specialist werkt. De eerste lacune, die ik in de opleiding zou willen signaleren, is, dat de student niet uit eigen aanschouwing leert hoe een huisarts werkt! Meestal heeft hij hiervan geen flauw idee en moet hij daarvoor teruggrijpen naar zijn eigen ervaring als patiënt van de huisarts in zijn ouderlijk gezin. Zijn opleiding is praktisch geheel op ziekenhuisgeneeskunde gebaseerd. De huisarts moet onder geheel andere omstandigheden juist buiten het ziekenhuis werken met veel eenvoudiger hulpmiddelen van onderzoek en behandeling.
Deze lacune in de opleiding is des te vreemder, omdat zo'n groot gedeelte van de studenten later huisarts wordt. Iedere student leert uit eigen ervaring hoe bijvoorbeeld een oogarts werkt, terwijl er slechts enkelen later oogarts worden. Men zou kunnen zeggen dat het niet nodig is, dat de student deze dingen aan de universiteit leert, juist omdat de toekomstige huisartsen dit later allemaal wel in de praktijk zullen leren. Er schuilt op het eerste gezicht iets waars in dit gezegde, maar bij nader toezien verhult een dergelijke stelling juist grote gevaren. Wanneer iedereen dit zelfstandig moet leren wordt teveel aan het toeval overgelaten of de gekozen oplossingen de best mogelijke zijn en is er weinig kans op doorgeven van ervaring, dus op vooruitgang en vordering; niet alleen op praktisch maar ook op wetenschappelijk terrein. Men zou kunnen stellen, dat de toekomstige huisartsen deze dingen dan maar moeten leren in een assistentschap na het artsexamen. Dit zou zeker een grote stap vooruit zijn, waarbij het echter onbevredigend blijft, dat de toekomstige specialisten — die tegenwoordig een aanzienlijk gedeelte van de medische studenten vormen — niet leren hoe een huisarts in de praktijk werkt en dus ook nooit goed diens moeilijkheden en mogelijkheden zullen begrijpen, hetgeen later een goede en vruchtbare samenwerking met huisartsen zal belemmeren.
Bovendien is het voor de student onmogelijk, het beroep van huisarts op verantwoorde, positieve gronden te kiezen, als hij niet zelf gezien heeft hoe een huisarts werkt. Bij de huidige gang van zaken blijft de keuze van het beroep van huisarts voor de meeste studenten ofwel een slag in de lucht, ofwel een negatieve keuze op grond van financiële en andere persoonlijke motieven.

Tenslotte is er nog een ander gevaar aan deze gang van zaken verbonden. Gemeten naar de maatstaven, welke de student in zijn opleiding — die geheel op specialistische geneeskunde berust — heeft leren aanleggen, moet de geneeskunde, die hij als huisarts moet uitoefenen, wel volkomen falen. Gemeten naar de maatstaven van zijn opleiding zal hij de geneeskunde van de huisarts dikwijls zelfs nauwelijks als geneeskunde kunnen zien. Dit heeft zeer ernstige en verstrekkende gevolgen voor zijn gevoel van eigenwaarde als arts, voor zijn beroepstrots. Voor zeer vele huisartsen leidt deze grote overgang tot een zekere innerlijke crisis, die soms latent blijft. Velen komen deze nooit geheel te boven en houden levenslang een zeker heimwee naar de specialistische geneeskunde, die ze eigenlijk in hun hart veel volwaardiger blijven vinden.
Dit brengt mij op de volgende lacune in de opleiding, die mogelijk nog belangrijker is dan het niet leren hoe een huisarts werkt. Ik zou deze tweede lacune als volgt willen formuleren: de student leert niet wat een huisarts eigenlijk te doen heeft, wat de

taak en de functie van de huisarts is, wat de inhoud van de huisartsengeneeskunde is. Zijn leermeesters zijn allen specialisten, niet-huisartsen. Zijn opleiding is vrijwel geheel gebaseerd op ziekenhuisgeneeskunde, althans op specialistische geneeskunde. Vroeger was een gedeelte van zijn leermeesters aanvankelijk dikwijls huisarts geweest, thans is dit zelden het geval. Ik geloof, dat — afgezien van historische gronden — aan deze opzet de vooronderstelling, de onuitgesproken opvatting ten grondslag ligt, dat optelling van alle specialismen samen voor de toekomstige huisarts 100 procent van de geneeskunde dekt. Deze opvatting is onjuist, tenzij men de huisarts louter wil zien als een selectie-officier voor specialisten. De beginnende huisarts merkt al heel spoedig dat de aard van de klachten, symptomen en syndromen, waarvoor zijn hulp wordt ingeroepen, meermalen anders is als die van de patiënten, die hij tijdens zijn opleiding zag. Hij is opgeleid als een, wat men zou kunnen noemen, omnipotente specialist in de dop, doch optelling van zijn kennis van alle specialismen tezamen dekt voor hem geen 100 procent van de geneeskunde, maar stelt hem slechts in staat een fractie van zijn patiënten te helpen, iets in de orde van laten wij zeggen 25 procent. De morbiditeit van de bevolking, zoals deze zich aan de huisarts presenteert, blijkt geheel anders te zijn, zelfs bijna het spiegelbeeld te vormen, van de morbiditeit van de bevolking van ziekenhuizen en specialistische poliklinieken uit zijn opleiding. Dikwijls is er nauwelijks sprake van morbiditeit in de zin van ziekelijkheid, waarvoor zijn hulp wordt ingeroepen, maar van normale verschijnselen, die zijn „patiënt" echter niet goed kan duiden of verwerken.

De jonge huisarts realiseert zich dat er allerlei tekortkomingen in zijn kennis zijn, juist van de meest frequent voorkomende stoornissen in de verschillende leeftijdsfasen, bijvoorbeeld in zijn kennis van lichte infectieziekten (exanthematische ziekten) van houdingsafwijkingen, van eerste hulp bij (kleine) ongelukken, enzovoort, enzovoort. De grootste moeilijkheden geven hem nog die patiënten, bij wie op organisch gebied geen afwijkingen worden gevonden en die toch niet tevreden zijn, wanneer hun dit wordt medegedeeld. Een specialist kan dergelijke patiënten naar de huisarts terugsturen, maar wat moet de huisarts ermee doen? De oorzaak van de klachten dezer patiënten ligt meestal niet op „medisch" gebied in engere zin, maar eerder op emotioneel, psycho-sociaal terrein. Dikwijls zijn het geen „zieken", doch zij voelen zich toch ook niet gezond en roepen in elk geval — vaak hardnekkig — de hulp van de huisarts in. Een groot gedeelte van hen toont min of meer neurotische kenmerken. Wanneer ze niet door de huisarts worden geholpen kunnen hier ernstige stoornissen uit volgen. De aanstaande huisarts heeft echter niet geleerd hoe hij dergelijke mensen moet helpen. Maar is dit helpen wel een „medische" taak?
Dit brengt ons op het probleem wat de functie, wat de taak van de huisarts eigenlijk is. Eerst wanneer wij deze weten, kunnen we de lacunes in zijn opleiding opsporen. Nu kunnen we daarover kort zijn: de opvatting van de taak van de huisarts als selectie-officier voor het ziekenhuis en zijn poliklinieken kunnen we als verouderd verwerpen. Op de conferentie van Woudschoten heeft het Genootschap als voorlopige omschrijving van de functie van de huisarts aangenomen: „het aanvaarden der verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwende individuele mensen en gezinnen."

* * *

Ik zal trachten aan de hand van deze definitie een inventarisatie te maken van de lacunes in de opleiding. Ik zou willen stellen, dat de huidige universitaire artsopleiding een voortreffelijke natuurwetenschappelijke basis geeft en uitstekend onderwijs in de specialistische, curatieve geneeskunde. Deze dingen kunnen wij op zichzelf niet hoog genoeg aanslaan. Wij zijn daarvoor over het algemeen ook dankbaar. Dit neemt echter niet weg, dat we als huisarts ook belangrijke lacunes voelen. Het beeld, dat wij van de zieke mens en zelfs het beeld, dat wij van de gezonde mens in onze opleiding krijgen, wordt onwillekeurig scheef getrokken door de eenzijdige nadruk op de somatisch-biologische, natuurwetenschappelijke facetten. Dit geeft moeilijkheden bij de uitoefening van onze functie, die veel meer begeleidend is, dan die van de curatieve specialistische geneeskundigen.
Om bij het eind van de definitie te beginnen: het ontbreekt de toekomstige huisarts vrijwel geheel aan een wetenschappelijk gefundeerde kennis omtrent gezinnen, zowel wat de gezinsontwikkeling, de gezinsfysiologie, als de gezinspathologie betreft. Toch heeft de huisarts elke dag met deze gezinnen en met de medische implicaties van stoornissen in deze gezinnen te maken. Het dunkt mij dat de huisarts bij zijn werk bijzonder veel profijt zou kunnen trekken van gezinssociologische, gezinspsychologische en gezinspedagogische kennis. Enige kennis van de hantering van huwelijksconflicten, waarmee hij zo dikwijls in aanraking komt, zouden hem en zijn patiënten bijzonder te stade komen. Maar ook op somatisch terrein zou zijn gezinskennis kunnen worden verbeterd. Ik denk hier aan een onderwerp, dat men gezinsepidemiologie zou kunnen noemen (epidemiologie zowel in de oude als in de nieuwe zin), aan erfelijkheidsleer en aan het gehele gebied van de geslachtelijkheid. Zo leert de student vrij veel omtrent de biologische voortplanting, maar deze kennis is te weinig menselijk-biologisch. De problemen, die de huisarts in de gezinnen op geslachtelijk gebied ontmoet, zijn legio. Elk ogenblik wordt zijn raad gevraagd, terwijl hij onvoldoende uitgerust is om hierop antwoord te kunnen geven. Hetzelfde geldt voor wat de pedagogie betreft; herhaaldelijk wordt zijn hulp ingeroepen bij stoornissen op dit gebied, die dikwijls somatische weerslagen hebben. De kennis van de huisarts op dit ge-

bied is echter over het algemeen niet beter gefundeerd dan die van zijn patiënten.
Centraal in de definitie van de functie van de huisarts staat de zorg voor de gezondheid. De opleiding is grotendeels gericht en gebaseerd op de ernstige pathologie, terwijl de huisarts veel dichter bij de gezondheid staat. Het ontbreekt hem echter aan kennis van zorg voor deze gezondheid in positieve zin. Hij leert veel in zijn opleiding over het vermijden van ziekten en over de techniek van de hygiëne, wat dingen betreft als: zuivering van drinkwater en afvoer van faecaliën, maar hij leert zeer weinig omtrent de bevordering van de gezondheid van de mens als mens, als totaliteit. Een zeer ernstige lacune is wel zijn gebrek aan kennis van de geestelijke gezondheidsleer, de geestelijke hygiëne. Maar ook op somatisch gebied zijn er lacunes, bijvoorbeeld ten aanzien van de voedingsleer.

In de omschrijving van Woudschoten worden drie kenmerken voor de gezondheidszorg van de huisarts genoemd, te weten: continu, integraal en persoonlijk.
Wat de continuïteit betreft: het ontbreekt de huisarts aan voldoende kennis omtrent de gezondheid in longitudinale, dynamische zin. Hij staat in zijn werk zeer dicht bij de mens, zoals deze zich van zuigeling tot grijsaard ontwikkelt, maar hij leert in zijn opleiding te weinig omtrent deze ontwikkeling. Ik denk hier aan wat men elders „child development" noemt, aan ontwikkelingspsychologie. Hij leert ook te weinig omtrent de involutie, en daarbij gaan mijn gedachten bijvoorbeeld naar de gerontologie. Toch zijn dit alle zaken, die hem dagelijks van pas zouden komen. Wanneer hij meer omtrent deze hele ontwikkelingsleer zou weten, zou hij ziekte veel gemakkelijker leren zien niet als een toestand op zichzelf, maar als een ontsporing in de ontwikkeling. Hij zou deze ontsporing wellicht eerder opmerken en beter kunnen helpen redresseren en voorkomen.
Wat integraal betreft: het is voor iedere arts — dus ook voor de huisarts — noodzakelijk dat hij primair zijn volle aandacht schenkt aan het soma, waarmee de patiënt bij hem komt. Ik kan op deze noodzaak niet genoeg nadruk leggen. Tegelijkertijd is het echter — zeker voor de huisarts, die immers met de mens in zijn natuurlijke omgeving te maken heeft — even noodzakelijk dat hij met de psychische en sociale aspecten rekening houdt bij iedere patiënt, die zijn hulp inroept. Wat de somatiek betreft wordt de student natuurwetenschappelijk goed onderlegd; de onderlegdheid op psychisch en sociaal gebied laat echter te wensen over. Dit belet de huisarts niet alleen zijn patiënten volledig recht te doen wedervaren wat zijn diagnostiek en therapie betreft, het belemmert hem ook bij de, voor hem zo noodzakelijke, samenwerking met anderen op het brede terrein van de gezondheidszorg. Ik denk hier aan medisch opvoedkundige bureaus, aan bureaus voor huwelijks- en levensmoeilijkheden en vele andere bureaus, aan heel het maatschappelijk werk in al zijn verschillende vormen. Wanneer het ideaal van integrale geneeskunde inderdaad wil worden benaderd, zal niet kunnen worden volstaan met het aanbreien of invoegen van meer onderwijs in psychologische en sociale wetenschappen, maar zal dit ook geïntegreerd moeten geschieden. Er is niet alleen een basiskennis van deze wetenschappen noodzakelijk, waarop later kan voortgebouwd worden, maar de student zal ook moeten leren patiënten en gezonde mensen veelomvattend te beschouwen. Dit betekent niet alleen eenzijdige, individuele belichting, maar ook gecombineerde veelzijdige belichting van gedemonstreerde patiënten door verschillende, ook niet-medische specialisten.

Wat het derde kenmerk, persoonlijk, betreft: de interpretatie van dit woord in deze tekst vooronderstelt niet alleen kennis van de persoonlijkheid van de patiënt, maar ook een vorming van de persoonlijkheid van de huisarts zelf. Ik sprak reeds eerder over de noodzaak voor de huisarts, zijn patiënten als persoonlijkheden te beschouwen en te respecteren en de daaruit voortvloeiende noodzaak, in zijn opleiding de mens als volledig menselijk wezen te leren kennen. De huisarts heeft echter een zeer persoonlijke relatie met zijn patiënten, ook in die zin, dat hij zelf persoonlijk nauw betrokken is bij de behandeling en de omgang met zijn [illegible] het meest werkzame therapeuticum, waarover de huisarts beschikt, is hijzelf, is zijn eigen persoonlijkheid. Om deze te kunnen hanteren en doseren is persoonlijkheidsvorming noodzakelijk, die vrijwel alleen praktisch is te bereiken. Aan deze vorming wordt tot nu toe in de opleiding vrijwel geen systematische aandacht besteed. Dit is een andere belangrijke lacune in de opleiding, waarin naar mijn mening niet gemakkelijk te voorzien zal zijn. Een zekere scholing in gesprekstechniek en in eenvoudige vormen van psychotherapie zou echter reeds een grote winst betekenen.

* * *

De omschrijving van Woudschoten spreekt van het aanvaarden van verantwoordelijkheid. Van de opleiding mag men in dit verband verwachten, dat deze opvoedt tot het zelf dragen van verantwoordelijkheid. Hiervan komt in de universitaire opleiding weinig terecht. Ook dit is een klacht, welke men herhaaldelijk door huisartsen hoort uiten. De studenten mogen te weinig zelf doen, waardoor zij niet voldoende vaardigheid ontwikkelen.
Naast deze ontwikkeling van vaardigheid, waarover ik in het begin reeds als een lacune sprak, leidt het zelf dragen van verantwoordelijkheid ook tot een emotionele rijping. Over deze lacune sprak ik zo juist bij de persoonlijkheidsvorming. Het aanvaarden van verantwoordelijkheid in zijn functie van beoefenaar van wetenschap vooronderstelt echter nog iets anders, namelijk een wetenschappelijke vorming in de zin van geleerd hebben zelfstandig wetenschappelijk te denken. Dit is zeker nodig voor de huisarts, die op zijn voorpost betrekkelijk alleen

en geïsoleerd staat. Bij discussies in het bestuur van het Genootschap is herhaaldelijk naar voren gekomen, dat men meende, dit in de artsopleiding onvoldoende te hebben geleerd. In de medische opleiding blijft het te veel bij een passieve overdracht van feitenkennis, terwijl de student te weinig wordt genoopt zelf actief wetenschappelijk werk te verrichten, bijvoorbeeld in de vorm van scripties en dergelijke. Daardoor leren de studenten ook onvoldoende de weg vinden in de literatuur en in bibliotheken en komen zij ook niet gemakkelijk tot eigen publikaties en proefschriften. Het belemmert hen bovendien bij de zo noodzakelijke voortdurende zelfstudie om bij te blijven in de vorderingen van de wetenschap. Dit zou ik toch ook een belangrijke lacune in de opleiding willen noemen.

* * *

De conferentie van Woudschoten heeft gesteld, dat de taak van de huisarts drievoudig is: curatief, revaliderend en preventief. Is zijn opleiding voldoende op deze drievoudige taak gericht? Van het curatieve aspect leert hij veel, al is het zo, dat dit voornamelijk de ziekenhuisgeneeskunde betreft en dat in de gehele opleiding de nadruk onwillekeurig meer ligt op de diagnostiek dan op de therapie. Van het revaliderende aspect — waarbij de nadruk dus niet ligt op het defect op zichzelf, maar op datgene van de patiënt wat nog intact is, op een het defect relativerende instelling (Buma) — leert hij te weinig. Ook dit is een belangrijke lacune. Wanneer de huisarts zou leren niet alleen aandacht aan het defect te wijden, maar ook zou leren helpen met een defect te leven en daarvan te maken wat er nog van te maken is, zou niet alleen zijn werk gemakkelijker worden, maar zou hij ook zijn patiënten en de gehele volksgezondheid groter diensten kunnen bewijzen.
Naast deze gebreken, die grotendeels in het psychische vlak liggen, zijn er gebreken in het praktisch-somatische vlak. De student leert bijvoorbeeld zeer weinig omtrent de fysische therapie in al zijn vormen, terwijl hij deze als huisarts toch moet laten toepassen bij zijn patiënten. Hij moet de juiste indicaties weten, hij moet aanwijzingen geven aan heilgymnasten en fysiotherapeuten en hierover supervisie houden, terwijl hij hiervan gewoonlijk weinig of niets weet. Ook in de geriatrie, waarmee de huisarts steeds meer te maken krijgt door de veroudering van de bevolking, speelt de revalidatie een belangrijke rol.
Hetzelfde, wat ik zojuist zei over de fysiotherapeuten, geldt trouwens ten aanzien van de wijkverpleegsters. De huisarts wordt geacht hen aanwijzingen te geven, maar hij weet zelf te weinig van verpleging. Hij weet dikwijls niet eens wat de wijkverpleegster — en zeker niet wat de districtverpleegsters van de verschillende diensten — weten en kunnen. Hun opleiding is in sommige opzichten veel moderner dan de zijne.
Wat de preventie betreft: ook hiervan leert de huisarts te weinig. Ik vermeldde dit reeds toen ik er op wees, dat de huisarts zoveel dichter bij de gezondheid staat. Ik zou er nog aan kunnen toevoegen, dat de huisarts een belangrijke taak heeft bij de individuele gezondheidsvoorlichting en opvoeding van zijn patiënten, maar dat hij daarop niet is voorbereid.
Hiermede heb ik een hele lijst van lacunes opgesomd, hoewel ik getracht heb mij toch slechts tot de hoofdzaken te beperken. Het zal u misschien een beetje duizelen. Laat ik daarom proberen het geheel nog eens kort samen te vatten. Gezien vanuit het standpunt van de huisarts heb ik de volgende lacunes in de opleiding opgesomd:

1 De student komt niet door eigen aanschouwing met het werk van de huisarts in aanraking;
2 de student leert te weinig omtrent de normale mens, zowel wat somatische als wat psychische en emotionele ontwikkeling betreft; hij leert de mens onvoldoende als volledig menselijk wezen kennen;
3 de student leert te weinig van de mens als gemeenschapswezen; een belangrijke lacune voor de huisarts is daarbij gebrek aan onderricht in kennis van het gezin, zowel wat gezinsontwikkeling, gezinsfysiologie als gezinspathologie betreft; enige kennis van sociaal-psychologische, sociologische en pedagogische wetenschappen lijkt hierbij onmisbaar;
4 de geneeskundige opleiding van de student is vrijwel geheel op specialistische, curatief ingestelde ziekenhuisgeneeskunde gebaseerd, waardoor hij onvoldoende van andere gebieden op het gehele brede terrein van de gezondheidszorg leert; geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijk werk, revalidatie en preventieve gezondheidszorg zijn hier wel de belangrijkste lacunes;
5 de opleiding schenkt onvoldoende aandacht aan de persoonlijkheidsvorming van de toekomstige arts, gericht op het kunnen leggen en hanteren van relaties met patiënten en op het zelf kunnen dragen van verantwoordelijkheid;
6 de opleiding geeft onvoldoende praktische vorming en vaardigheid;
7 tenslotte geeft de universitaire artsopleiding onvoldoende vorming in wetenschappelijk opzicht.

Met deze samenvatting in zeven stellingen zou ik deze beschouwing willen besluiten. Voor dit besluit zou ik er echter nogmaals op willen wijzen, dat deze gedachten werden ontwikkeld vanuit het standpunt van thans praktizerende huisartsen, die zelf reeds geruime tijd geleden zijn afgestudeerd. Inmiddels is er aan de universiteiten ongetwijfeld veel veranderd. Wij, huisartsen, kunnen moeilijk beoordelen hoe deze opleiding op dit ogenblik is. Het is duidelijk dat in universitaire kringen reeds wordt gestreefd naar bijvoorbeeld integratie bij het onderwijs en dat op verschillende plaatsen reeds in hierboven geformuleerde lacunes gedeeltelijk wordt voorzien.