

huisarts en wetenschap



MAANDBLAD

VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

*De opleiding van de arts voor zijn werk in de gemeenschap**

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

Deze conferentie werd georganiseerd door het Regionale bureau voor Europa van de Wereldgezondheidsorganisatie. Er werd aan deelgenomen door afgevaardigden van Oostenrijk (1), België (1), Bulgarije (1), Tsjechoslowakije (1), Denemarken (1), Finland (1), Frankrijk (2), Duitsland (1), Griekenland (1), Ierland (1), Italië (1), Nederland (1), Noorwegen (1), Polen (1), Portugal (1), Spanje (1), Zweden (1), Zwitserland (1), Turkije (1), Sovjet-Unie (3), Groot-Brittannië (4) en Joegoslavië (1). Het merendeel van deze afgevaardigden was medisch hoogleeraar (16), van wie verschillenden in de sociale geneeskunde; verder waren verscheidene specialismen, waaronder ook de preklinische vakken, vertegenwoordigd. Drie deelnemers waren huisarts en twee verpleegster. Als observator van de conferentie was Dr W. Brinkman, sociaal-psycholoog van het sociaal-pedagogisch instituut te Amsterdam, aanwezig.

De conferentie werd gehouden in een modern hospitaal voor studenten — Holland house — waar de deelnemers ook aten en sliepen. Het gebouw was hiervoor zeer geschikt, doch had tot nadeel dat men 's morgens aan het ontbijt reeds begon te discussiëren en hiermede praktisch ononderbroken tot 's avonds doorging. Bijna elke avond was er een of andere ontvangst voor de deelnemers in de stad Edinburgh. Het geheel was uitstekend georganiseerd, maar bleek in de loop van deze negen dagen toch wel veel uithoudingsvermogen van de deelnemers te vergen.

Het schema van de conferentie was: zeven voordrachten, waarnaar in plenaire zitting werd geluisterd en waarop gelegenheid tot het stellen van verhelderende vragen volgde. Daarna splitste het gezelschap zich telkens in vier vaste discussiegroepen, welke onder leiding van een moderator stonden en

voor welke functie vier van de inleiders waren uitgekozen. Dit had tot nadeel dat zij uiteraard persoonlijk bij hun eigen onderwerp waren betrokken. Bovendien hadden de meesten van hen geen ervaring als discussieleider, wat soms storend was. Zij spraken meestal zelf teveel en konden onvoldoende verhinderen, dat bepaalde deelnemers te vaak en te lang aan het woord waren ten koste van het aandeel van mindere dominerende deelnemers. Elke discussiegroep benoemde een rapporteur, drie van hen steeds dezelfde, één telkens een ander. Deze rapporteurs brachten in de daaropvolgende plenaire zitting verslag uit van de groepsdiscussies in een gesprek, dat geleid werd door Dr Buckle van de Wereldgezondheidsorganisatie. Daarna ontspan zich telkens een algemene discussie onder leiding van de voorzitter van de conferentie, de sociaal-geneeskundige Prof. Brotherston uit Edinburgh, geassisteerd door Prof. Aujaleu uit Frankrijk en Prof. Knobloch uit Tsjechoslowakije, die ieder een dag voorzaten. De conferentie was tweetalig, Engels en Frans. Er was voorzien in een simultane vertaling door middel van een koptelefooninstallatie.

Van het schema van de conferentie werd afgeveken, doordat de Sovjet-afgevaardigden op hun verzoek gelegenheid kregen, een uiteenzetting te geven over de toestanden in hun land. Daarop volgden een aantal anderen, die hetzelfde verlangden en verkregen, zoals Bulgarije, Tsjechoslowakije, Zweden, enzovoort. Dit maakte het programma wel wat overladen.

De eerste voordracht, „The work of the doctor in the community”, werd gehouden door de leider van de huisarts „teaching-unit” van de Edinburghse universiteit, Dr R. Scott. Hij betoogde, dat het onmogelijk is aan te geven, hoe de arts voor zijn werk in de gemeenschap moet worden opgeleid, zonder rekening te houden met de omstandigheden waar-

* Verslag van de W.H.O.-conferentie, gehouden te Edinburgh van 21 tot 29 september 1961.

onder hij zijn werk moet verrichten. Op het gebied van de gezondheidszorg in de gemeenschap is sprake van snelle en diep ingrijpende veranderingen. De specialisatie heeft geleid tot een scherpere differentiatie tussen de verschillende takken van de geneeskunde, zoals deze in het ziekenhuis wordt uitgeoefend, maar in nog veel sterker mate tussen ziekenhuisgeneeskunde en gemeenschapsgeneeskunde. Het kenmerk van de algemene praktijk in de gemeenschap is, dat men daarin heeft te maken met ongedifferentieerde problemen. De huisarts mag niet de geneeskundige en sociale problemen, waarvoor de patiënt zijn hulp inroept, predetermineren zoals de specialist dit per definitie doet.

Dr Scott meende, dat er twee karakteristieken waren, waardoor de praktijk van de algemene arts (of huisarts) zich onderscheidde van die van alle andere artsen: a de patiënt heeft directe en ongekwalificeerde toegang tot de arts: hij kan zich met elke klacht of ziekte tot hem wenden; b de patiënt heeft continu toegang tot zijn persoonlijke dokter: continuïteit van persoonlijke medische zorg.

Uitgaande van deze karakteristieken ontwikkelde Dr Scott de volgende functies van de algemene arts die in de gemeenschap werkt:

1 Hij heeft een bijzondere verantwoordelijkheid voor de vroege diagnostiek van ziekten.

2 Hij is bij uitstek degene, door wie aanwinsten in diagnostiek en therapie in de gemeenschap kunnen worden toegepast ter besparing van onnodige ziekenhuisopnamen.

3 Hij moet verantwoordelijkheid aanvaarden voor een continue gezondheidszorg en heeft niet alleen te maken met patiënten, die niet naar het ziekenhuis behoeven te gaan, maar ook met patiënten, waarvoor ziekenhuis en specialist weinig meer kunnen bieden.

4 Hij moet verantwoordelijkheid aanvaarden voor het gebruik van bestaande medische diensten ten behoeve van zijn patiënten.

5 Hetzelfde geldt ten aanzien van sociale diensten.

6 Hij moet voldoende op de hoogte zijn van de ontwikkeling van medische en sociale diensten om de rol van integrator te kunnen vervullen en zal daarbij de kunst van consulteren, samenwerken en teamwork moeten leren.

7 Daar hij in bijzondere mate wordt geconfronteerd met de sociale „oorzaken” en gevolgen van ziekten, zal hij zelf steeds meer activiteit moeten ontwikkelen op een werkterrein, dat gemeenschappelijk is, zowel voor de geneeskunde als voor de sociologie.

8 Een belangrijk deel van zijn werk is niet alleen aan diagnostiek en behandeling, maar ook aan preventie gewijd.

9 In de bevolkingsgroep die tot zijn praktijk behoort kan hij bijdragen leveren op het gebied van de epidemiologie.

Veel van wat vandaag in het ziekenhuis wordt gedaan, zal morgen in de algemene praktijk in de gemeenschap kunnen worden gedaan. De algemene arts heeft ook tot taak tolk te zijn tussen patiënt en specialist, en om ziekenhuisgeneeskunde te integreren met gemeenschapsgeneeskunde. Hij kan geen scherpe lijn trekken tussen curatieve en preventieve geneeskunde en zelfs niet tussen geneeskunde en sociologie. Hij moet daarom speciale vaardigheden ontwikkelen in integratie en samenwerking met medische, paramedische en niet-medische deskundigen. Tenslotte heeft de algemene arts verantwoordelijkheid bij de vooruitgang van de medische kennis op zijn terrein. Hij moet niet alleen nieuwe kennis, ontleend aan andere takken van de geneeskunde, aanleren en toepassen, maar hij moet deze aanpassen aan de veranderende omstandigheden van de praktijk. Bovendien moet hij zijn eigen bijdrage leveren ter uitbreiding van de kennis in het medisch-sociale veld.

Uit de discussies na deze voordracht bleek, dat de situatie in de verschillende landen uiteenliep, maar dat toch alle landen een dokter kennen, die het eerste contact met patiënten legt, sommigen daarvan zelf behandelt en anderen zo nodig doorstuurt naar gespecialiseerde medische instanties. Daarenboven heeft deze frontlijndokter van land tot land verschillende taken wat betreft de preventieve geneeskunde en gezondheidsvoorlichting en opvoeding. In sommige landen zijn gedeelten van deze taken overgenomen door specialisten. Er was algemeen overeenstemming, dat bij de artsopleiding rekening moet worden gehouden met deze drievoudige functie (curatief, selectief en preventief) en dat de frontlijndokter, algemene arts, huisarts of hoe men hem ook wil noemen, behoefte heeft aan een voortdurende nascholing.

De tweede voordracht werd gehouden door de Franse hoogleraar in de sociale geneeskunde, Senault, over „The training of the doctor”. Prof. Senault wees erop dat de gedachte, dat geneeskunde geleerd en beoefend kan worden op dezelfde wijze zoals dit in het verleden gebeurde verlaten moet worden. Er bestaan grote variaties tussen de verschillende landen en er is sprake van diep ingrijpende wijzigingen ten gevolge van de snelle ontwikkelingen. De medische educatie moet zich aan deze veranderingen voortdurend kunnen aanpassen en zal daarom niet te strak en rigide georganiseerd kunnen zijn. Het is niet meer voldoende de student op te leiden tot een goed clinicus; hij moet daarenboven als gezondheidsadviseur kunnen fungeren en met openbare gezondheidsdiensten samenwerken. De studenten van vandaag moeten denken in termen van gezondheid. Bij de opleiding moeten twee gevaren worden gemedend. Enerzijds het streven naar een encyclopedische kennis, die tegenwoordig alleen maar kan leiden tot een oppervlakkig worden van het onderwijs; anderzijds het streven naar een overdreven specialisatie. De training van de toekomstige dokter moet een training van

zijn geest zijn en niet een verzadiging van zijn geheugen. De preventieve benadering dient meer op de voorgrond te komen.

Wat de methoden van onderwijs betreft, waar schuwde Prof. Senault voor een te strenge academische opzet. Hij bracht verslag uit van pogingen die in Frankrijk zijn ondernomen, om te komen tot een meer gecoördineerd onderwijs, waarbij gebruik wordt gemaakt van samenwerking tussen docenten onderling en van moderne methoden om te komen tot beter persoonlijk contact met de studenten.

In de discussies na deze voordracht werd kritiek geleverd op de huidige medische opleiding. Deze kritiek kan als volgt worden samengevat:

1 De studenten moeten teveel leren van sommige onderwerpen en er wordt teveel in details afgedaald. Dit geldt niet alleen voor oudere vakken als anatomie, maar ook voor nieuwe vakken als biochemie.

2 Anderzijds meende men dat te weinig psychologie werd geleerd, zowel wat de normale als wat de zieke mens betreft.

3 De kennismaking van studenten met de medische praktijk is dikwijls niet voldoende realistisch. Men was unaniem van mening, dat er zoveel en zo vroeg mogelijk contact tussen studenten en patiënten moet bestaan. De huidige opleiding is teveel gebaseerd op het ziekenhuis, met als consequentie een te sterke nadruk op de relatief zeldzame, ernstige ziekten en te weinig aandacht voor andere aspecten van de levensgeschiedenis van de patiënt. Het onderwijs door specialisten bergt het gevaar in zich van te weinig aandacht voor de verbanden tussen de verschillende sectoren. Huisartsen zouden kunnen worden ingeschakeld zowel bij het onderwijs zelf, als bij de opzet van de curricula.

4 De studenten moeten worden aangemoedigd zo vroeg mogelijk te leren onafhankelijk te denken en te oordelen over de voorgestelde behandeling van patiënten.

5 Het tijdstip van specialisatie moet in de loop van de opleiding van land tot land worden bekeken.

6 Teamwork in de opleiding werd aanbevolen, waardoor een betere samenwerking tussen de verschillende afdelingen tot een betere integratie bij het onderwijs zou kunnen leiden. Er werd op gewezen dat het aantal docenten meestal veel te klein is in verhouding tot het aantal studenten. De holistische benaderingswijze van de patiënt moet worden aangevuld met een holistische benaderingswijze van de student.

De derde voordracht, „What are the remedies?“, werd gehouden door de internist Dr John Ellis uit Londen, die uiteenzette dat er in grote lijnen drie methoden zijn om de opleiding te verbeteren.

1 De toevoeging van telkens nieuwe onderwerpen en de uitbreiding van bestaande onderwerpen naar gelang van de uitbreiding van onze kennis. Het

is duidelijk dat deze optelmethode leidt tot een steeds verder uitdijend curriculum.

2 Trachten een evenwicht te bereiken door nieuwe toevoegingen te combineren met het weglaten van minder nuttige, oude onderwerpen. Het zal moeilijk zijn door middel van deze optel- en aftrek-methode in de praktijk een zeker evenwicht te handhaven, al was het alleen doordat er vrijwel geen docenten zijn, die vinden dat van hun onderwerp best iets, laat staan veel, kan worden weggelaten.

3 Een aparte opleiding voor de verschillende takken van de geneeskunde.

Alle drie methoden werden door hem verworpen. In plaats hiervan pleitte hij voor een vervanging van de oude methode van opleiding door een nieuwe methode, bestaande uit een „undergraduate education“, die erop is gericht de student de principes te leren, waarop de uitoefening van een goede geneeskunde berust, en die hem in staat zal stellen met vrucht een „postgraduate training“ te volgen in die tak van de geneeskunde, die hij kiest.

In de hierop volgende discussie zei Ellis dat hij persoonlijk dacht over een opleiding in drie etages, undergraduate, graduate en postgraduate. Hij achtte een zekere introductie in alle onderwerpen nodig voor alle studenten, die daarna een keuze zouden kunnen maken welke onderdelen zij als hoofdonderwerpen verder willen bestuderen.

Het komt mij voor dat deze opvatting van Ellis een diepingrijpende wijziging betekent van de gangbare medische opleiding, maar dat zij inderdaad op een gezonde gedachtengang berust. Een dergelijk drastisch middel lijkt me aangepast aan de grootte van een alom gevoelde kwaal. De consequentie hiervan zou zijn, dat de artsopleiding in twee delen uiteenvalt. a een gemeenschappelijk, verkort, algemeen vormend gedeelte, waardoor de student bij wijze van spreken algemeen medisch leert denken, en b daarop gesuperponeerd een gespecialiseerd gedeelte, waarin de student speciale kennis en vaardigheid verwerft. Dit impliceert naar mijn mening dat het vrij vage begrip van „de algemene arts“ komt te vervallen. De opleiding tot huisarts zal in deze gedachtengang eveneens als een specialisatie moeten worden gezien.

Het kwam mij voor dat Ellis degene was, die van de aanwezigen over een vernieuwing van de artsopleiding het meest had nagedacht. Hij heeft reeds jarenlang deelgenomen aan studies en discussies over dit onderwerp; het is veelzeggend dat aan hem is gevraagd het rapport van deze conferentie samen te stellen. Ik kreeg de indruk dat de draagwijdte van de ideeën van Ellis door het grootste gedeelte van de aanwezigen niet voldoende werd beseft. In de discussies — die niet direct in aansluiting, maar pas na de volgende inleiding werden gehouden — werd hieraan althans betrekkelijk weinig aandacht besteed.

De vierde inleiding werd gehouden door de Belgische hoogleraar in de biochemie, L. van den

Driessche, en droeg de titel „The role of physiology, biochemistry and the basic sciences in the training of medical students”. Deze inleider sprak over de plaats van de basisvakken in de medische opleiding. Aan de hand van voorbeelden uit de fysiologie en de biochemie nam hij de waarde van deze vakken voor de verwerving van praktische kennis onder de loep. Hij toonde aan hoe op deze wijze de opvatting van de studenten over de geneeskunde kan worden beïnvloed en hoe de ingewikkeldheid en de eenheid van levensverschijnselen begrijpelijk kunnen worden gemaakt. Het is mogelijk op deze wijze de capaciteiten van de studenten om te leren denken te bevorderen en hen wetenschappelijke methoden en onafhankelijkheid in werkwijze te leren. De inleider gaf een overzicht van de verschillende methoden van theoretisch en praktisch onderwijs, waarbij hij aandacht besteedde aan organisatorische problemen. Hij vestigde de aandacht op de grote opvoedkundige waarde van persoonlijk onderzoek in de basiswetenschappen.

In de hierop volgende discussie werd door de aanwezigen een groot aantal desiderata naar voren gebracht. Belangrijke punten hiervan waren: een vrijer curriculum met keuze- en researchmogelijkheden; meer multilaterale belichting; meer aandacht voor de psychologie; meer aandacht voor de ontwikkeling en rijping van de studenten; betere examineringsmethoden; een veel groter aantal docenten, die in coördinatie met elkaar moeten optreden en die meer van pedagogische psychologie moeten weten en misschien zelfs wel een speciale opleiding moeten krijgen in het doceren. Deze discussies werden in belangrijke mate beïnvloed, doordat een voordracht was ingelast van Prof. Boesch, een pedagogisch psycholoog uit Duitsland. Deze gaf een buitengewoon verhelderende uiteenzetting van psychologische beschouwingen over het gehele proces van de educatie, toegepast op de medische opleiding.

De vijfde — dus in feite de zesde voordracht — werd gehouden door de Deense hoogleraar in de psychiatrie, Villars Lunn, over „Ways of educating students through the medium of psychiatry”. Hij deed een poging vanuit het standpunt van de psychiatrie drie belangrijke vragen van deze conferentie te beantwoorden.

1 Is het mogelijk te achten, dat in Europese landen alleen specialisten aan de bevolking datgene verstrekken, wat de geneeskunde kan en behoort te bieden? Deze vraag werd door hem in ontkennende zin beantwoord. Wanneer de psychiatrie een optimale bijdrage wil leveren dan moet deze door al het medische werk worden verbreed. Aan de hand van een Deens onderzoek toonde hij aan dat de zorg voor patiënten met hoofdzakelijk psychiatrische stoornissen, in de praktijk voor een groot gedeelte door niet-psychiaters wordt verleend. Hij somde een aantal argumenten op om te bewijzen, dat de huisartsen een sleutelpositie innemen bij de bestrijding van ziekten in de ruimste zin van het woord

en dat het met name vanuit psychiatrisch gezichtspunt bijzonder moeilijk zou zijn de huisarts te vervangen.

2 Worden de artsen goed opgeleid voor hun taak? Prof. Lunn somde een aantal redenen op voor de constatering, dat in psychiatrisch opzicht de artsen niet adequaat worden voorbereid op hun taak. Er is een duidelijke discrepantie tussen de behoefte van de bevolking en de psychiatrische scholing van de artsen.

3 Welke verbeteringen zouden kunnen worden aangegeven? Spreker gaf aan hoe men de studenten de psychiatrie als een klinische discipline zou kunnen leren. Het meest belangrijk achtte hij echter de bijdrage die de psychiatrie in de preklinische jaren aan de studenten zou kunnen bieden, met ze te helpen tot het bereiken van een holistische benaderingswijze en menselijke houding tegenover hun toekomstige patiënten en hen tegelijkertijd voor te bereiden op een klinische training in de psychiatrie.

Deze voordracht van Prof. Lunn genoot algemeen bijval en in de discussie kwam de vraag naar voren in hoeverre in een gedeelte van de desiderata van Prof. Lunn door psychologen zou kunnen worden voorzien. De meerderheid van de aanwezigen meende dat het de voorkeur verdiende, wanneer de psychologische bijdrage werd geleverd door artsen, die psychologisch waren getraind. Het belang van teamwork tussen psychologen en psychiaters werd nog eens onderstreept, evenals het belang van het gecombineerd doceren. Aandacht werd ook gevraagd voor de studie van gezonde personen, voor de medische psychologie, en voor de preventieve aspecten van de geneeskunde.

De zevende voordracht werd gehouden door de Zweedse hoogleraar in de sociale geneeskunde, Berfenstam, en droeg tot titel „Ways of educating students through the medium of social medicine”. Deze pleitte voor meer aandacht in de opleiding voor het menselijk gedrag, in het bijzonder in de dokter-patiënt-relatie; voor de interactie tussen individu en groep in gezondheid en ziekte; voor de structuur van de gemeenschap, in het bijzonder wat de sociale diensten betreft, en voor het morbiditeitspatroon van de bevolking. Bovendien wees hij op de wenselijkheid bij de student een gevoel van verantwoordelijkheid ten opzichte van de gemeenschap te stimuleren. Prof. Berfenstam meende dat de toekomstige taak van de huidige medische student veel breder was dan alleen een zuiver medische en dat de student daarop dus beter diende te worden voorbereid. Hij wees op het grote belang van een nauwe samenwerking tussen de klinische docenten en de afdeling voor sociale geneeskunde. Hoewel formele colleges over onderwerpen als sociologie, antropologie, sociale psychologie en dergelijke tot op zekere hoogte nodig zullen zijn, meende hij, dat de beste resultaten kunnen worden verwacht van onderwijs aan het ziekbed, mits de docenten voldoende zijn doordrongen van het belang van de genoemde onderwerpen en daarin ook zijn geschoold.

In de discussie na deze voordracht wekten de vele betekenissen van de term „sociale geneeskunde” enige verwarring. Kennis van sociale geneeskunde is van bijzonder belang voor huisartsen. Het huidige onderwijs is vrijwel geheel gebaseerd op ziekenhuisgeneeskunde, waarbij de sociale aspecten minder duidelijk aan de orde komen. Daarom werd gepleit voor het inschakelen van de huisartsen bij het onderwijs.

De achtste voordracht werd gehouden door Dr W. Hobson van de Wereldgezondheidsorganisatie en droeg tot titel „The production of change in Europe”. De inhoud hiervan was hoofdzakelijk van technische aard. Er werd een uitvoerig overzicht gegeven van methoden en middelen, die op het ogenblik worden gebruikt en die zouden kunnen worden toegepast om veranderingen in de medische opleiding te bewerkstelligen. Een en ander laat zich niet kort samenvatten.

In de discussies werd overeenstemming bereikt over de volgende punten:

Bij de selectie van hoogleraren en andere stafleden van medische hogescholen dient meer aandacht te worden besteed aan hun kwaliteiten als docent. De docenten zouden beter op hun taak kunnen worden voorbereid door een systematische studie van het leer- en opvoedingsproces. Het zou gewenst kunnen zijn dat medische faculteiten hiertoe gebruik maken van pedagogen. De conferentie noemde een aantal onderwerpen, waaraan de Wereldgezondheidsorganisatie bij haar werk op dit gebied verder hulp zou kunnen bieden. Belangrijk leek me hierbij de vraag naar de bevordering van de oprichting van een Europese vereniging voor de studie van de medische educatie en de uitgave van een blad over dit onderwerp. Er werd ook gevraagd om nauwer contact met de ministeries van Onderwijs, voor zover deze verantwoordelijk waren voor medische scholing.

Aan het eind van de conferentie gaf Ellis, die het rapport zal opstellen en dit tevoren aan alle deelnemers zal toezenden om hun reactie hierop te vernemen, een samenvatting van zijn persoonlijke indrukken. Hij memoreerde hoe de conferentie werd gekenmerkt door een sfeer van warme coöperatie. Als definitie van het werk van de dokter in de gemeenschap somde hij op: diagnostiek en behandeling, preventie en wetenschappelijk onderzoek van ziekten in de gemeenschap. Hij legde er de nadruk op dat het ziekenhuis pas was begonnen haar zorgen in de gemeenschap uit te strekken. Hij constateerde, dat de conferentie zich akkoord had verklaard met de opvatting van de noodzaak van de algemene prakticus, als de persoonlijke dokter, waaraan iedereen zijn ongedifferentieerde klachten kan voorleggen.

Onder de deelnemers was in de loop van de negen conferentiedagen meer eenheid van opvatting merkbaar geworden wat betreft de wensen voor de

opleiding van deze dokter, dan wat het concrete beeld van deze dokter betreft. Ten aanzien van het ideaal beeld van deze arts bestond wel eenheid van opvatting. Men was het er tevens over eens dat de huidige curricula te overladen waren, dat de inhoud hiervan gedeeltelijk verouderd was en niet berekend op de taak van de algemene prakticus. Iedereen was zich meer bewust geworden, dat de medische educatie als zodanig vele problemen met zich meebrengt. De inleiders hadden door hun voordrachten belangrijke bijdragen geleverd ter oplossing van deze problemen. Deze verdienden daarom te worden gepubliceerd en verspreid.

Als belangrijke punten noemde Ellis de volgende:

1 De deelnemers aan deze conferentie realiseerden zich, dat de basiswetenschappen inderdaad onmisbaar zijn als grondslag om op voort te bouwen.

2 Het is nodig dat er een verschuiving optreedt in de richting van de holistische mensbeschouwing.

3 De opleiding moet worden verbreed door de klinische docenten, die de hiervoor nodige elementen, zoals bijvoorbeeld psychologie en psychiatrie, in hun onderwijs moeten opnemen. Theoretische instructie alleen is niet genoeg; ook praktische oefeningen zijn noodzakelijk. Verwerving van kennis, technische vaardigheid en het wetenschappelijk kunnen denken moeten in de opleiding worden versmolten.

Ziekenhuispatiënten zijn niet meer voldoende als het enige uitgangspunt van het medisch onderwijs. Er zullen meer verbindingen met de wereld buiten het ziekenhuis tot stand moeten worden gebracht. De weg naar verbetering van de opleiding van de huisarts is moeilijk, onduidelijk en lang, maar zal toch spoedig moeten worden afgelegd.

Op deze conferentie — handelend over de opleiding van de huisarts — deed zich de eigenaardige situatie voor, dat veel over hem en voor hem werd gesproken, maar grotendeels buiten hem en slechts weinig door hem zelf, daar slechts drie van de achtentwintig deelnemers zelf huisarts waren.

De conferentie heeft geen opzienbarende ontdekkingen of revolutionaire aanbevelingen gedaan. Wat naar voren kwam, waren voornamelijk gedachten, die reeds lang in de kring der huisartsen leven. De gedachten van Ellis leken mij wel min of meer revolutionair, maar zijn wensen zullen juist daardoor bijzonder moeilijk te verwezenlijken zijn in het onwillekeurig naar behoudzucht neigend academische milieu.

Ik vraag mij af of deze conferentie waarneembare resultaten zal opleveren, doch geloof niettemin, dat een dergelijke bijeenkomst nuttig was voor een gedachtenwisseling en voor verdere meningsvorming en verbreiding van ideeën. Men was het er algemeen over eens dat de huidige artsopleiding niet adequaat was aangepast aan de eisen die de gemeenschap aan de huisarts stelt. Er zal echter nog wel heel wat tijd verstrijken eer werkelijk grondige wijziging in deze opleiding komt.