

develops partly against his will, because the number of behavioural options at his disposal is limited. It is urged that more behavioural options will be created by emphasizing, in training and education, the formation of a less rigid professional image and the acquisition of social skills on which a more methodical procedure can be based.

- Emanuel-Vink, H. Patiënt worden; onvoorziene gevolgen van bevolkingsonderzoek. (1980) *Intermediair* 16, nr. 13.
- Fahrenfort, M. en J. J. Klinkert. Medicalisering – naar een omschrijving. (1978) *huisarts en wetenschap* 21, 412-416.
- Feen, J. A. E. van der. Anticiperende geneeskunde; het parisoordeel. (1977) *huisarts en wetenschap* 20, 117-118.
- Fox, R. C. De medicalisering en ontmedicalisering van de Amerikaanse samenleving. In: W. M. Hirs (red.). Hulpverleners en veranderen. *Van Loghum Slaterus, Deventer*, 1979.
- Holten-Vriesema, J. C. Tompot, H. van Aalderen e.a. Methodisch werken. (1978) *huisarts en wetenschap* 21, 322-335.
- Hoogendoorn, D. Enkele opmerkingen over de betekenis van de veroudering van de bevolking voor de gezondheidszorg. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1639-1643.
- Illich, I. Het medisch bedrijf. *Het Wereldvenster, Baarn*, 1975.
- Kamp, M. van der. Kostenbeheersing in de gezondheidszorg; ook een kwestie van veranderen in de marktstructuur. (1980) *Intermediair* 16, nr. 2.
- Macintyre, S. The management of childbirth: a review of sociological research issues. (1977) *Social Science and Med.* 11, 477-484.
- Navarro, V. Medicine under capitalism. *Prodist, New York*, 1973.
- Persoon, J. M. G. Veranderingen in de patiënt-huisartsrelatie. *Dissertatie Nijmegen*, 1975.
- Poeisz, J. J. Medische specialisten in Nederland 1972-1977. Rapport 78.149. *Nationaal Ziekenhuisinstituut, Utrecht*, 1978.
- Posthuma, B. H. en J. van der Zee. Tussen eerste en tweede echelon. Twee delen. *Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht*, 1977, 1978.
- Strong, P. M. Sociological imperialism and the profession of medicine. (1979) *Social Science and Med.* 13A, 199-215.
- Weel, C. van. Anticiperende geneeskunde. (1977) *huisarts en wetenschap* 20, 2-7.
- Wilson, J. M. G. en G. Jungner. Principles and practice of screening for disease. *Public Health Papers* nr. 34, *WHO, Geneva*, 1968.
- Zola, I. K. De medische macht. *Boom, Meppeel*, 1973.

Fasen in de beroepsopleiding tot huisarts

P. BUITENHUIS EN A. L. SMIT*

De auteurs van deze bijdrage werkten gedurende een jaar samen als respectievelijk arts-assistent en huisartsopleider. Na dat jaar voelden beiden de behoefte aan een zekere structurering van hun ervaringen. Dit verslag heeft uitdrukkelijk geen wetenschappelijke pretenties; wel wordt gepoogd een aantal algemeen voorkomende fasen in de beroepsopleiding bloot te leggen en zo een aanzet te geven tot verdere profilering van de huisartsopleiding.

De arts-assistent

Eenrichtingsverkeer. Na de matching en de introductieweek op het huisartseninstituut begon ik mijn jaar huisartsopleiding met slechts een flauwe voorstelling van hoe dat zou verlopen. Ik vroeg mij af wat er van mij verwacht werd: zou ik meteen voor de leeuwen gegoid worden, of zou ik in het geheel geen eigen verantwoordelijkheid krijgen? De eerste dagen zat ik vooral als toeschouwer bij het spreekuur. Achteraf heb ik bemerkt dat mijn observaties toen gekleurd werden door mijn klinische achtergrond. De wijze van omgaan met patiënten, de ogenschijnlijk ontbrekende systematiek en de wat onbeholpen hulpmiddelen deden in vergelijking met de situatie in de kliniek, allemaal wat amateuristisch aan.

Toen ik zelf voor het eerst spreekuur ging doen, overheerste de angst dat ik niets wist en niets zou kunnen doen. Maar dat viel erg mee. Ook de beperkt beschikbare tijd en het schrikbeeld van een overvolle wachtkamer speelden in het begin een grote rol. Maar de tijd was voorbij dat ik, zoals tijdens mijn eerste co-assistentchap, met het klamme zweet in de handen stond, niet wetend wat ik aan moest met eindeloze levensverhalen. Ik had in de klinische opleiding geleerd hard te zijn, te zeggen: „Goed, luistert u nu eens even, ik stel een vraag en u geeft het antwoord. En dat uw buurvrouw ook al niet goed is, dat zal best, maar dat interesseert me

niet.” Dus dat lukte wel. Ik vertrouwde op wat me geleerd was, ik vertrouwde op de mensen die mij het „vak” geleerd hadden, tegen wie ik op keek en met wie ik mij trachtte te vereenzelvigen, zij het vooral om mijzelf te redden. Ik had de wapens van anamnese, onderzoek, diagnose en therapie vast in handen. Zo werd het begin eenrichtingsverkeer. De medisch-technische benadering was veilig: ik bepaalde wat goed en fout, ziek en gezond was, daar had ik voor geleerd. De mensen kwamen als patiënt binnen en gingen als patiënt weer weg, met diagnose en bijbehorend recept. Soms raakte ik geërgerd wanneer iemand maar niet ergens in wilde passen, maar een differentiële diagnose kreeg iedereen toch wel mee. De klachten werden zo gehoord dat overal een antwoord op was.

De verwarring. Er werd veel weggestopt; gevoelens van twijfel en vragen als „waarom ben ik hulpverlener en wat bereik ik ermee voor de ander en voor mezelf?” bleven ver weg en leden een



...geërgerd wanneer iemand maar niet ergens in wilde passen...

* Respectievelijk arts te Zaandijk en huisarts te Oostzaan.

heimelijk bestaan achter laboratorium-briefjes en röntgenuitslagen. Maar al- lengs was die krampachtige houding niet meer zo nodig; ik werd gemakkelij- ker en meer ontspannen.

Toen liep het, paradoxaal, niet meer zo goed. Meer en meer bekreep mij het idee dat het allemaal natte-vingerwerk was, dat alle mooie diagnoses meer schijn dan realiteit waren. Er was een vakantie voor nodig om die onlustge- voelens te kanaliseren en een oplossing te bedenken: het moest allemaal veel strakker, systematischer en vollediger. Maar juist toen kwam de verwarring. De mensen bleven komen, ondanks de diagnoses en laboratoriumuitslagen. Ze namen de medicijnen niet in, ze wilden eigenlijk heel wat anders. Ik had niet geluisterd, ik had nooit echt gevraagd wat hen bezighield, ik had ze nooit ge- holpen. De wapens ontvielen me, ik had de verkeerde gereedschapskist meege- kregen en ik voelde me verkocht en verraden. Ik kreeg een afkeer van het hele medische circus; ik las geen litera- tuur meer en wantrouwen overheerste. Achteraf gezien is dit de merkwaardig- ste periode uit het opleidingsjaar ge- weest: aan de ene kant familie en vrienden die denken dat je nu echt dok- ter bent, en een verantwoordelijkheid die je inderdaad nu zo maar hebt, en aan de andere kant het beeld van jezelf: een vogelverschrikker met een wapperende witte jas.

De patiënt als mens. Mede dank zij na- besprekingen en trainingen in gespreks- techniek kwam er licht aan het einde van de tunnel. Nieuwe inzichten braken door. Ik begon besef te krijgen van de eigen verantwoordelijkheid van degene die de huisarts consulteert: je kunt iemand niet verder helpen dan hij zelf wil en dan kan je hem nog slechts helpen zichzelf te helpen. Tegelijkertijd begon ik mij bewust te worden van de motiva- tiemechanismen in mijzelf, die maakten dat ik hulpverlener wilde zijn. Ik ont- dekte dat je uit moet gaan van fysiologie en niet primair van pathologie; de op- tiek verschoof van cureren naar preven- tie en begeleiding. Ik leerde dat er gren- zen zijn aan deskundigheid en dat je daar ook duidelijk over kan zijn.

Deze ontwikkeling werd ondersteund door twee belangrijke leerprocessen: het methodisch werken en gespreks- technieken waarbij zaken als exploratie, informatie geven en slecht-nieuwsge- sprek aan de orde kwamen. Ook bij deze leerprocessen stond de eigen ver- antwoordelijkheid en mondigheid van de hulpvrager centraal.



... een vogelverschrikker met een wapperende witte jas.

Stabilisatie. Zo ontstond langzaam een nieuw beeld van de wijze waarop ik als huisarts zou kunnen werken. Ik ontdek- te dat ik dat beeld kon invullen en dat werkte bemoedigend. Opmerkelijk was ook dat ik de medisch-technische kant van het werk leerde herwaarderen, bij- voorbeeld wanneer ik een juiste diagno- se stelde en tot spoedopname besloot. Terwijl die kant eerst centraal had ge- staan, was het nu de integratie van het medisch-technische handelen in het to- tale functioneren, die maakte dat ik tot verantwoorde beslissingen kwam. Dit inzicht heeft veel tijd en energie gekost, naast veel geduld van mijn omgeving (van opleider tot partner). Meer dan eens heb ik mij zeer verlaten gevoeld. Aan het eind van het opleidingsjaar be- gon ik alles te relativieren: mijn eigen houding, het dokter zijn, het patiënt zijn. Een nieuwe fase, die nog niet afge- lopen is, maar wel een die is ingebed tussen alle ervaringen van dit jaar en minder bedreigend is. Centraal staat hierin een aangeleerde affecteloosheid. Ik besef dat er veel redenen zijn om een emotionele afstand te bewaren bij con- tacten met mensen die je consulteren: zelfbescherming, superioriteitsgevoe- lens, het negeren van eigen onmacht, enzovoort. Maar je wordt erdoor be- paald op een manier die mij nog niet duidelijk is. Wat ik zou willen, is meer vorm brengen in het arts-patiëntcon- tact, meer kwetsbaar, maar zonder hier- bij eigen inbreng te verwaarlozen.

De huisartsopleider over de arts-assistent

De voorbereidingsfase. De beginnende huisarts probeert zich voor te stellen hoe hij zal functioneren als persoonlijk- heid die wordt opgedeeld door de ver-

schillende situaties waarin zijn leven zich afspeelt; hij maakt zich een voor- stelling van zijn functioneren als lid van de samenleving met maatschappelijke verhoudingen en politieke geleidingen, maar ook als arts voor zijn patiënten, als medicus-deskundige en als hulpverlener in het apparaat van de gezondheidszorg en als collega van de artsen in de buurt, als vriend in zijn vriendenkring, als part- ner van degene met wie hij samenleeft, als kind van zijn ouders, als lid van zijn familie, als vader van eventuele kinde- ren enzovoort. Al deze onderdelen van zijn persoonlijkheid staan bloot aan ver- schillende vormen van kritiek door de per situatie verschillende eisen die aan hem gesteld worden. In al deze rollen stelt hij ook verschillende eisen aan zichzelf en heeft hij verschillende doel- stellingen.

In de voorbereidingsfase worden alle doelstellingen en eisen nog geheel opge- bouwd uit ideaalbeelden van het eigen functioneren, ter wille van een positief zelfbeeld. Het is een fase van ongefus- treerd, maar kwetsbaar idealisme.

De confrontatiefase. De eerste confron- tatie brengt verwarring en vertwijfeling. De praktijk brengt veel meer proble- men die minder duidelijk afgegrensd op hem af komen, dan hij op grond van de theoretische opleiding had vermoed. Hij vraagt zich af: „Hoe moet ik hierin nu in 's hemelsnaam functioneren?“, „Kan ik eigenlijk ooit deze chaos leren hanteren?“ De principes die hij zich gesteld heeft komen in gevaar, doordat bitter weinig verloopt zoals hij verwacht had. Alles wat hij geleerd heeft, blijkt in de praktijk niet zonder meer toepasbaar en kan slechts als een rode draad dienen. De eisen die aan hem gesteld worden, blijken zwaarder dan was voor- zien. Het voorgenomen ideale functio- neren blijkt niet haalbaar. Het blijkt onmogelijk om alle gestelde doelen in alle verschillende rollen te bereiken en iedereen tevreden te stellen. Bovendien blijkt de rol die hij kan spelen, groten- deels bepaald te worden door de men- sen met wie hij te maken heeft en de situaties waarmee hij geconfronteerd wordt.

Dit was niet de bedoeling. Hij verzet zich tegen een dreigende verloedering en versplintering van zijn persoonlijk- heid. Aan de deelpersoonlijkheden in hemzelf worden tegenstrijdige eisen ge- steld. Hij schiet te kort op het ene of op het andere front. Dit kan zo niet: dit moet veranderen, anders gaat hij er zelf aan onderdoor.

De praktische aanpassingsfase. Met vallen en opstaan ontwikkelde zich bij de arts-assistent een meer op de praktijk gerichte wijze van functioneren zonder dat de eigen principes al te zeer geweld aan werden gedaan. Er was meer duidelijkheid over het eigen kunnen en het eigen onvermogen. Het bleek mogelijk dit over te brengen naar de ander, waardoor de gestelde doelen en eisen duidelijker werden voor beide partijen en er duidelijker gehandeld kon worden (vergelijk „Methodisch werken”). De mythe van de arts als onbegrensde weldoener maakte plaats voor een duidelijk contract met de arts-assistent als een deskundige beroepshulpverlener.

De eerste schreden op weg naar een evenwichtig duidelijk soort praktisch en doelmatig handelen lieten de arts-assistent zien dat het mogelijk is duidelijk afgebakende medische hulp te verlenen, en er ontstond een gevoel bij hem van: „Zie daar, ik heb het door. Nu kan ik allerlei medische problematiek aan en laat ik me niet meer beetnemen.” Ik kreeg de indruk dat de nieuw verworven duidelijkheid en het gegroeide inzicht in de interactie tussen arts en patiënt de arts-assistent een gevoel van zelfvertrouwen gaven en helaas vroeg deze instelling om een gevoelige botsing met de realiteit door verrassingen en tegenslagen.

De frustratiefase. Diagnosen bleken minder juist, therapieën sloegen soms niet aan, mensen bleken ontevreden over de resultaten van het onderzoek of de behandeling; er waren ook situaties die niet duidelijk te maken waren; de patiënt bleek soms grotere invloed op het functioneren van de arts te hebben dan was verwacht: de arts-assistent werd meegesleurd door de emoties van de patiënt of de omstanders, hij werd



... grotere invloed op het functioneren van de arts dan was verwacht...

gemanipuleerd door handige, doortrapte of charmante mensen; eisende mensen bleken grote problemen op te leveren ten aanzien van zijn eigen rol als arts; zijn autoriteit als arts werd misbruikt; zijn adviezen werden anders uitgelegd of verkeerd gebruikt; alles liep in het honderd, ondanks zijn oprechte pogingen alles duidelijk te houden. De arts-assistent dacht: „Alles gaat anders dan ik heb geleerd. De opleiding die ik aan de universiteit kreeg schiet volledig te kort. Zo leer ik het nooit.”

Het was schokkend voor de arts-assistent te ervaren, dat – alle goede bedoelingen ten spijt – alles maar ten dele lukte, alles relatief bleek te zijn. Schokkend ook om te ontdekken, dat deze teleurstellende ervaringen repercussies hadden op zijn andere deel-persoonlijkheden, op andere relationele fronten. Hij ervoer een soort beroepsdeformatie. De reactie van zijn omgeving bleek sterk beïnvloed te worden door zijn eigen optreden en waarnemen. De rollen die hij in zijn leven wilde vervullen, bleken soms strijdig en concurrerend. De werkdag bleek te kort, zijn energie eindig.

Om te overleven moest hij zijn verwachtingen opnieuw aanpassen aan de realiteit. Dus nam hij een slag om de arm, zag alles wat relatiever, hield rekening met mogelijke tegenvallers en calculeerde fouten in. Hij realiseerde zich dat je nu eenmaal steeds keuzen zult moeten blijven maken: om het één te doen zul je het andere moeten laten of uitstellen. Hij veranderde in de ogen van zijn partner, vrienden, patiënten, ouders, zichzelf, zijn collega's en zijn opleider en op ieder front was dat een verschillende verandering. Wat de een een positieve verandering vond, vond de ander negatief.

Dan waren er ook de praktische problemen; de financiële toestand was nijpend; avond-, nacht- en weekeinddiensten vielen tegen en bleken meer door te werken dan alleen tijdens de werkzaamheden zelf; er was tijdgebrek en slaaptkort; de praktijkkeuze bleek een grote moeilijkheid: vestigingsadviezen bleken maar ten dele betrouwbaar, verzekeraars en bemiddelingsbureaus bleken alleen uit op hoge verzekerings- en financieringsregelingen, waardoor hij veel geld zou moeten verdienen en dus overmatig hard zou moeten blijven werken. Wilde zijn partner eigenlijk wel meewerken in de praktijk en in de avond- en weekeinddiensten? Wilden ze eigenlijk wel kinderen? Wanneer en hoe kon dat dan het beste? Waar begon hij eigenlijk aan?

Stabiliteitsfase. Er volgde een verdere uitrijping van zijn rol als huisarts, met realiseerbare verwachtingen en een haalbaar zelfbeeld. Met kleine correcties ging de arts-assistent verder op de weg van continu aanpassen aan veranderende omstandigheden. Met groeiend inzicht en zelfvertrouwen verschildde de arts-assistent nu niet zoveel meer van een volwaardige collega die voortgaat met zich aanpassen aan en instellen op een continu veranderende omgeving, met als doel een optimale hulpverlening op professioneel niveau, helder en duidelijk voor de arts, voor de patiënt en voor alle andere betrokkenen.

De huisartsopleider over zichzelf

De voorbereidingsfase. Mijn gedachten waren als volgt:

„Ik, als huisartsopleider die zelf met schade en schande een praktijk opgebouwd en aangepast heeft, heb een bijna sluitend systeem ontwikkeld, dat dagelijks wordt bijgeschaafd om te voldoen aan de eisen van de klagende medemens die hoge verwachtingen van zijn huisarts heeft. De huisarts is voor hem een bereikbare personificatie van het totale medische kunnen. Dit systeem is tevens zodanig op de realiteit afgestemd, dat ik ook nog een privé leven heb.

Ik heb werkbare relaties opgebouwd, die onderhouden moeten worden. Ik geniet een zeker imago, zoals ik functioneer als huisarts en ook als medemens, vriend, collega, partner, vader, zoon en familielid. Overal geldt een ietwat andere rol, worden andere eisen aan mij gesteld. Ik heb hierbij mijn privétwijfels aan mijn kunnen en handelen op deze fronten en hier en daar zijn er tegenvallers en problemen die nog een oplossing behoeven. Ik word hierdoor beziggehouden en probeer overal optimale oplossingen voor te vinden. Overal bestaat een dynamisch evenwicht, waarin ik word beïnvloed, geboeid, beloond en gefrustreerd. Ik blijf aan veranderingen onderhevig te zijn en moet steeds bijsturen en herzien in mijn uitlatingen, mijn handelingen, mijn conclusies en afspraken; zelfs in mijn doelstellingen en in mijn wereldbeeld zijn er steeds veranderingen.

De verschillende interacties in mijn leven stellen andere eisen aan de rol die ik erin speel. En nu komt er nog de dynamische en aandacht opeisende rol van opleider in een opleidingsrelatie met een nieuwe arts-assistent bij! Een nieuwe rol van de leermeester-collega, waarin ik nog allerlei twijfels en onze-

kerheden heb en waarin ik zelf ook nog in ontwikkeling ben."

De confrontatiefase. Eerst moest ik af-tasten wat voor vlees ik in de kuip had, door de matching en oriënterende gesprekken; duidelijk zien te maken wat ik zelf wilde en wat ik beslist niet wilde, wat ik kon doen en wat niet. Centraal stond hierbij de angst dat ik te weinig instructiefs te bieden had voor de arts-assistent. Ook de angst dat de arts-assistent me zou inpakken en mijn gehele praktijkvoering zou gaan verstoren; de angst dat hij beter in de smaak zou vallen en ik zelf min of meer uitgeran-geerd zou raken, en de angst dat de patiënten het niet zouden accepteren en mijn praktijk zouden verlaten, als ze door de arts-assistent geholpen zouden worden. De angst dat mijn collegae het me niet in dank zouden af nemen, dat ik een arts-assistent in opleiding nam. De angst, dat de arts-assistent grote en onherstelbare fouten zou gaan maken, in mijn naam en met mijn of mijn collega's patiënten als inzet. De angst dat ik, al opleidend, grote kritiek zou ondervinden op mijn eigen handelen als arts, maar ook privé, hetgeen mij zou ontmaskeren als een aftandse, achterge-raakte medicus.

Ik zou na verloop van tijd de verantwoorde-lijkheid toch moeten gaan delen met de arts-assistent, dus hem deels het roer over laten nemen. Met alle angsten was dit een moeilijke stap en dus probeerde ik zoveel mogelijk vertrouwen te krijgen in de arts-assistent door te weten te komen hoe vaardig hij was en hoezeer hij in zijn handelen en mededelingen te vertrouwen was.

Het overdragen van de verantwoorde-lijkheid. Ik zag nog intensief gespannen toe op alles wat in de praktijk omging en ik taste tevoren af, hoe de arts-assistent het allemaal verwerkte. Gaandeweg kreeg ik een vast beeld voor ogen van wat de arts-assistent kon, aankon en nog moest leren. Wie hij was en welk inzicht hij in zichzelf had. Ik ontdekte dat het allemaal wel meeviel, dat hij op kritieke momenten met mij in overleg trad en dat hij grote waarde toekende aan de praktische ervaringen en inzichten die ik hem in de nabesprekingen kon bieden. Het bleek allemaal goed te werken; ik was bang voor niets geweest en er kwam lijn in mijn opleiderschap. Ik wilde verder vertrouwen krijgen in de arts-assistent en zijn samenwerking met mij, in zijn vermogen om uit te maken wat hij geheel zelf kon afhandelen en



...een zekere mate van overmoedigheid...

waar hij mijn advies nog in nodig had. Ik kon het echt aan hem over laten.

De frustratiefase. Na een periode waarin alles steeds meer naar wens verliep, ontstond er een zekere mate van overmoed bij de arts-assistent. Als huisartsopleider ontdekte ik dat het eerst en ik hield mijn hart vast, want ik wist, dat hem een serie frustrerende confrontaties met de werkelijkheid te wachten stond. Ik probeerde hem duidelijk te maken, dat er nog talloze verrassingen op de loer lagen en dat ik zag aankomen, dat hij het gevoelige hoofd zou stoten. Ik wist dat het alleen werkelijk nut zou hebben, als de arts-assistent zijn eigen hoofd zou stoten, zijn eigen vingers zou branden. Maar dat zou dan wel moeten gaan gebeuren met mijn praktijk, in mijn naam, met mijn patiënten!

Dit was een dilemma: ik zag het belang van een echte zelfconfrontatie voor de arts-assistent, maar ik was bang voor de repercussies die dat op mij zou kunnen hebben, doordat men mij kwalijk zou nemen dat ik deze risico's ongevraagd met mijn patiënten nam. Ik had een dubbelrol: die van leraar en die van bewaker van de praktijk (en bovendien van mezelf en mijn toekomst). In het vuur van de leerstofoverdracht moest ik soms ter wille van de instructieve waarde van bepaalde zaken, mijn normale manier van handelen iets wijzigen. Soms betekende dat, dat ik meer deed dan ik normaliter zou hebben gedaan, voordat ik iemand verwees. Als ik een ontoereikende behandeling had ontdekt, liet ik soms zien wat er gebeurde, zonder snel zelf de therapie te verbeteren. Het was ook mogelijk dat de patiënten, nadat de arts-assistent op bepaalde eisen was ingegaan deze gedragslijnen ook verder van mij verwachtten.

terwijl ik er bewust afstand van had genomen. Ik moest soms ook dieper ingaan op zaken die mij allang duidelijk waren, maar die de arts-assistent nog moest verwerken. Ik voelde ongeduld om mijn eigen ervaringen en ontdekkingen als oplossingen aan te dragen en zo over te dragen, terwijl ik merkte dat een werkelijke overdracht pas lukte, als de arts-assistent zelf met het probleem zat en op zoek was naar een oplossing. Alert blijven en de arts-assistent geduldig blijven volgen en begeleiden, was het enige werkzame devies.

De stabilisatiefase. Gaandeweg was mijn vertrouwen in de arts-assistent sterk toegenomen en ik had het gevoel, dat ik praktisch alles aan de arts-assistent kon overlaten. Er ontstond zelfs een zekere gewenning aan de vrijgekomen momenten, die onmisbaar werden. De nabesprekingen waren in groeiende mate zinnig en werkten ook verdiepend op mijn eigen inzichten en op mijn eigen functioneren als arts. De relatie met de arts-assistent was gaandeweg meer verdiept en persoonlijker geworden. Ook het karakter van de nabesprekingen veranderde. De overgedragen informatie kreeg minder het karakter van leerstof en meer van inzichten, ervaringen en achtergronden. Principiële discussies kwamen op gang over uiteenlopende problemen, waarbij wij beiden onze eigen inbreng hadden. Het was een tweerichtingverkeer geworden. De bewustwording van het eigen functioneren en het effect dat het eigen handelen op anderen heeft, was gegroeid. Kortom de relatie met de arts-assistent was uitgegroeid tot een verhouding als met een jongere bevriende collega, dus een volwaardige partner-collega, met wie ik het praktijkgebeuren dagelijks deelde. Uiteindelijk voelde ik als huisarts-opleider, dat ik, strikt als opleider, niet meer nodig was en de opleiding leek voltooid.

Samenvatting. In dit artikel wordt verslag uitgebracht van een opleidingsjaar door zowel de arts-assistent als de huisartsopleider; beiden onderscheiden in dat jaar een aantal fasen. Zij geven aan de hand van persoonlijke ervaringen een beeld van de ontwikkeling van een huisartsidentiteit bij de arts-assistent. Centraal daarbij staan de bewustwordingsprocessen die leiden tot een persoonlijke vormgeving van de huisartsgeneeskunde en die bovendien kunnen bijdragen tot de algemene profilering van de beroepsopleiding.

Summary on page 481.