

Groeten uit België

Een bezoek aan het Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de Katholieke Universiteit Leuven, 4-9 mei 1981

Een bericht van Prof. Dr. G. J. Bremer, hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de Rijksuniversiteit Groningen.

Inleiding

België (bijna tien miljoen inwoners) heeft zeven universiteiten, vier Vlaamse en drie Waalse, of zo men wil Nederlandstalige en Franstalige. Het geboortecijfer ligt lager dan in Nederland (respectievelijk 12,5 en 12,6), er zijn meer bejaarden (14,1 procent en 11,2 procent boven de 65 jaar), waardoor het sterftcijfer in België ook hoger ligt (11,9 en 8,2) (*Basisstatistieken*).

In Leuven – na de nieuwe gemeentelijke indeling ruim 80.000 inwoners, terwijl de oude kern er ongeveer 30.000 heeft – bevindt zich sinds „de bevrijding uit de frustraties opgekropt tijdens de franstalige voogdij” (*De Standaard* 27 april 1981) de grootste Vlaamse universiteit met ruim 22.000 studenten: De Katholieke Universiteit Leuven. Van dat katholieke heb ik niet meer gemerkt dan dat er wat meer nonnen in de straten lopen dan in Nederland. Sinds die splitsing in 1968 – waarbij het Franstalige gedeelte vertrokken is naar elders (Louvain La Neuve: Université Catholique de Louvain, de medische faculteit naar Woluwe, Brussel) – is de K.U. Leuven stormachtig gegroeid: 46 procent van de Nederlandstalige studenten studeert in Leuven, sinds 1972 was de jaarlijkse toename aan studenten 600, waaronder veel buitenlanders (*Academische Tijdingen*, 1 februari 1981). Op het ogenblik bestaat 13 procent van de studenten in België uit buitenlanders. Ook het percentage vrouwen onder de studenten is hoog: in 1980 ruim 38 procent.

Leuven, op 25 kilometer ten oosten van Brussel gelegen, is een van de oudste universiteitssteden van Europa, de eerste in de Nederlanden. Ik citeer de toeristenfolder: „Eens de hoofdplaats van het Hertogdom Brabant, sinds 1425 één van de belangrijkste universiteitssteden van Europa, door de eeuwen heen steeds een bloeiend handelscentrum,

bezit Leuven een rijk historisch en bouwkundig erfgoed”. Vesalius heeft er onderwijs in de humaniora genoten en er later zijn eerste publikatie geschreven. Het parkeerprobleem is overigens evengroot als elders.

Behalve te veel auto's zijn er ook te veel artsen, maar dat geldt voor geheel België. De plethora op dit gebied is nog overweldigender dan bij ons in Nederland (*Numerus clausus*). België heeft één arts op elke 433 inwoners, de hoogste concentratie van geheel Europa. Aan de medische faculteiten worden momenteel ongeveer 1.300 diploma's per jaar aan Belgen uitgereikt, terwijl de jaarlijkse „afvloeiing” zesmaal kleiner is. Ook het aantal huisartsen is te groot: één huisarts op de 900 inwoners; in de steden ligt de verhouding nog schever, bijvoorbeeld in het gewest Brussel één huisarts op de 590 inwoners. Van alle kanten wordt nu gepleit voor het instellen van een numerus clausus maar de universiteiten worden per ingeschreven student betaald, zodat er begrijpelijke bezwaren tegen een dergelijke maatregel bestaan. Interessant is overigens dat een enorm teveel aan apothekers – België heeft bijna tienmaal zoveel apothekers als Nederland per 100.000 inwoners: respectievelijk 93,4 en 9,5 – geleid heeft tot een sterke daling van het aantal ingeschreven studenten (*Basisstatistieken*). Deze „spontane” daling doet zich bij de studenten in de geneeskunde echter nog nauwelijks voor.

De gevolgen van dit alles zijn ook in Nederland niet onbekend: te veel ziekenhuisbedden, polypragmasie, overconsumptie, stijgende kosten, stijgende premies, alternatieve geneeswijzen. Toch wordt er volgens sommigen nog te weinig aan preventie gedaan en zijn de Belgische artsen veel te veel met alleen „lichamelijke kwalen” bezig (*Numerus clausus*).

De huisartsenopleiding

Niet aan alle Belgische universiteiten zijn instituten voor huisartsgeneeskunde. Leerstoelen bestaan slechts in Leuven (K.U. Leuven), in de U.C.L. (Université Catholique de Louvain), in Antwerpen en in Gent. Aan de andere universiteiten bestaat de huisartsgeneeskunde nog vooral in naam. Het verst is men naar mijn indruk in Leuven (K.U. Leuven), hoewel ook hier de huisartsgeneeskunde pas in het zevende studiejaar aan bod komt.

Sinds de in 1963 geplande universitaire hervormingen wordt geleidelijk een gemeenschappelijk zesjarig basiscurriculum georganiseerd plus een universitair zevende jaar waarin een splitsing is aangebracht in een specialistische richting (meer dan 50 procent van de studenten), een huisartsenrichting (ongeveer 45 procent), een sociaal-geneeskundige richting en een researchrichting. De huisartsenopleiding in het zevende jaar wordt als een eerste jaar beroepsopleiding erkend. Studenten die een andere richting volgden tijdens dit zevende jaar en toch later huisarts wensen te worden, moeten een aanvullende opleiding volgen tijdens de twee jaar durende post-universitaire beroepsopleiding tot huisarts. De algemene bevoegdheid bezit men pas na de zevenjarige studie, dus anders dan bij ons in Nederland. Men mag zich dan vestigen als algemeen arts, maar „huisarts” is een dokter pas als de tweejarige postuniversitaire huisartsopleiding is gevolgd.

Over deze beroepsopleiding, die overigens nog van de grond moet komen, is de laatste tijd veel te doen geweest. Beroepsverenigingen stelden voor dat deze tweejarige opleiding zou bestaan uit één jaar kliniek en één jaar huisartspraktijk. Omdat een dergelijke opleiding in de praktijk moeilijk te realiseren zou zijn – organisatie van stageplaatsen bij weinig gemotiveerde ziekenhuisspecialisten, waarschijnlijk slechte medewerking van gevestigde huisartsen, problemen met de honorering tijdens de opleiding – is men onlangs tot een andere oplossing gekomen. De postuniversitaire beroepsopleiding wordt georganiseerd door de universiteiten, onder het wakend oog van de Hoge Raad voor de erkenning van specialisten en huisartsen, een ministerieel adviesorgaan paritair samengesteld uit de beroepsverenigingen en de universiteiten. Pas na deze opleiding verkrijgt men de „titel” huisarts en mag een hoger honorarium geïnd worden.

Deze beroepsopleiding is als volgt opgebouwd:

• *Praktijk gedeelte.* De pas afgestudeerde arts kan naar keuze nog gedurende enkele maanden, maximum een jaar, stage lopen in erkende klinische diensten van perifere ziekenhuizen, maximaal drie maanden per dienst. Dit kan ook in bepaalde „preventieve centra”. Hij kan ook stage lopen gedurende een of twee jaar in een huisartspraktijk bij een door de Hoge Raad „erkend huisarts of stageleider”, of hij kan onmiddellijk (of na een tijd stagelopen) met een eigen huisartspraktijk beginnen. Tijdens al die verschillende opleidingsmomenten is de „kandidaathuisarts” verplicht geregeld (veertien maal per jaar gedurende drie uur) lokaal of regionaal georganiseerde groepsbijeenkomsten bij te wonen (groeps grootte maximaal vijftien) onder begeleiding van een ervaren huisarts die door de Hoge Raad erkend is, op voorstel van de universitaire huisartseninstituten. Het programma van deze groepsbijeenkomsten wordt bepaald door de groep zelf.

• *Theoretisch gedeelte.* Naast deze begeleide praktijkstages moeten de kandidaathuisartsen nog een theoretische opleiding volgen over onderwerpen die tijdens de universitaire opleiding te weinig aan bod kwamen en belangrijk zijn voor de huisartspraktijk. Hiervoor worden vier driedaagse cursussen georganiseerd (elk van 20 uur), gespreid over twee jaar. De kosten van deze beroepsopleiding komen voor rekening van de aanstaande huisarts, maar zijn niet hoog. Het zevende jaar – het universitaire beroepsopleidingsjaar – is als volgt opgebouwd:

1. Een vier weken durend co-assistentenschap bij bepaalde instituten op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg, in groepen van zes studenten. Deze co-assistentenschappen worden begeleid door een arts-medewerker verbonden aan het huisartseninstituut, dat overigens in Leuven Centrum voor Huisartsgeneeskunde heet.

2. Een twaalf weken durende theoriecursus waarin 54 uur huisartsgeneeskunde gegeven wordt: de zogenaamde beginselen van de huisartsgeneeskunde. Behalve duidelijke „somatick” komen onderwerpen als maatschappelijk werk, rouwprocessen, levensfasen, integrale benadering, schoolgeneeskunde, ter sprake. Er wordt les gegeven in collegevorm. De totale groep (120 studenten) wordt verdeeld in twee groepen van zestig, zes medewerkers aan het Centrum geven de colleges. Dit theoretische gedeelte wordt geëxamineerd.

3. Co-assistentenschappen, totaal vijf maanden waarvan twee maanden bij een huisarts en drie maanden de „kleine vakken”. Hierbij moet ik opmerken dat de „kleine vakken” tijdens het klinische zesde jaar nauwelijks praktisch aan bod komen: er worden co-assistentenschappen gelopen in de „grote vakken”, steeds drie maanden: interne geneeskunde, chirurgie, verloskunde-gynaecologie en kindergeneeskunde.

Voor het twee maanden durende co-schap bij een huisarts heeft men ongeveer 250 gastheren nodig, aan wie nauwelijks eisen gesteld kunnen worden omdat er geen betaling gegeven wordt. (Wel mag een bepaald bedrag fiscaal worden afgetrokken als men opleider is). Tijdens dit co-assistentenschap worden vier terugkomdagen georganiseerd, waarin de studenten in groepen van twaalf onder leiding van een medewerker van het Centrum de problemen bespreken.

4. Voor het co-assistentenschap begint, wordt een vier dagen durende cursus „Inleiding in de huisartsgeneeskunde” gegeven, waarin bijvoorbeeld aan de orde komen: morbiditeit in de huisartspraktijk, psychosomatische klachten, het laboratoriumonderzoek, recepteerkunde, het verwijzen, chronische patiënten, enzovoort. Het gaat niet alleen om hoorcolleges, er wordt vrij veel gebruik gemaakt van videodemonstraties.

5. De Intensieve trainingsweken. Deze training wordt bijna geheel gegeven door de medewerkers verbonden aan de universitaire groepspraktijk. De studenten worden verdeeld in groepen van zes die zeer nauw met een van de artsen blijven werken gedurende totaal 80 uur. De studenten maken spreekuren en huisbezoeken mee. Zeer belangrijk zijn de zogenaamde parallele en autonome „consultaties”, waarbij de student, samen met de arts en alleen, een patiënt „ziet”. De consulten worden op de videoband opgenomen en zeer uitvoerig in de groep besproken onder leiding van een arts en een psycholoog. Globaal bestaan deze weken uit drie gedeelten: het consult, het laboratorium en de praktijkvoering. Bij dit laatste onderwerp komen bijvoorbeeld de patiëntenadministratie en de praktijktas ter sprake. Bovendien krijgen de studenten opdrachten: literatuurstudies, opstellen van behandelingsschema's, enzovoort. Het geheel maakt een bijzonder goeddoordachte indruk en is, omdat alles in de groepspraktijk plaatsvindt, duidelijk geënt op de huisartspraktijk (zie voor een uitvoerige beschrijving van deze In-

tensieve trainingsweken *Vurst e.a.*). Dit gedeelte van de opleiding wordt goed geëvalueerd en kan daardoor ook voortdurend bijgestuurd worden. Interessant is dat men al enige tijd pogingen doet het Methodisch handelen, zoals Van Aalderen c.s. dat hebben beschreven, in te voeren. Dit stuit op nogal wat praktische problemen – de toepasbaarheid blijkt moeilijk te zijn – en men is doende de methode te verbeteren, respectievelijk aan te passen.

De uitgangspunten van het onderwijs – de „basis-filosofie” – staan zeer uitgewerkt vermeld in het rapport *Opleiden tot huisarts*, in 1978 geschreven door medewerkers verbonden aan drie universiteiten en mede tot stand gekomen met subsidie uit wetenschappelijke fondsen. Het rapport (377 pagina's) bestaat uit de volgende hoofdstukken: Achtergronden, De opleiding tot huisarts, Evaluatie en kritische reflectie. Veel, vooral Engelse, literatuur is in het rapport verwerkt en het is goed leesbaar. Interessant zijn de uitgewerkte doelstellingen op de drie terreinen: kennis, vaardigheden en attitudes. Het geheel is ook somatisch goed gedocumenteerd, er staan enkele modellen voor „leerpakketten” in: voor fluor vaginalis, hyperlipidemieën en depressies. Er bestaat van dit rapport een sterk verkorte editie van 81 pagina's.

Professor Boelaert en zijn medewerkers hebben mij zeer hartelijk ontvangen en ik heb gedurende een week hun activiteiten intensief meegemaakt. Zijn wetenschappelijke staf bestaat uit vijf huisartsen (part-time), twee gedragswetenschappers en een psychiater. Drie van deze huisartsen werken in de universitaire groepspraktijk.

Tijdens mijn bezoek heb ik kennis kunnen maken met een terugkomdag van de co-assistenten, met enkele facetten van het zevende jaar, met de gang van zaken in de groepspraktijk en ik heb enkele artsexamens meegemaakt. Er wordt zeer veel met video gewerkt, de besprekingen van deze banden waren zeer instructief, vooral ook omdat zowel het strikt medisch-somatische als het gedrag ter sprake komt. Wat mij opviel, was het slordige, weinig systematische lichamelijk onderzoek dat de student verricht. Het is trouwens de vraag of dat in Nederland nu zoveel beter is. Naar mijn idee worden de studenten bij ons niet zo nauwkeurig geobserveerd. Merkwaardig voor onze begrippen was ook dat alle consulten direct ter plaatse worden afgerekend. De patiënt betaalt 290,- BF (ongeveer f 20,-), waarvan de

verzekering bijna 260,- BF terugbetaalt.

Professor Boelaert examineerde het huisarts gedeelte voor het artsexamen mondeling. Ik maakte zes examens mee. De kandidaten kregen ieder drie problemen uit de huisartspraktijk aangeboden en moesten daar – na ongeveer een kwartier nadenken – een gefundeerde oplossing voor kunnen aanbieden. Zakken was nog niet voorgekomen!

Twee voorbeelden:

Op uw spreekuur komt een vrouw van 50 jaar met diabetes. Zij heeft drie dochters (14, 16 en 17 jaar) en vraagt wat zij zelf zou kunnen doen om te voorkomen dat deze dochters ook diabetes krijgen.

U keurt een man van 36 jaar voor een levensverzekering en vindt bij een lengte van 175 cm en een gewicht van 72 kg een bloeddruk van 160/100. Wat doet u?

Tot zover iets over het onderwijs. Het wetenschappelijk onderzoek is nauwelijks begonnen. Waarschijnlijk komt dat ook door de houding van de medische faculteiten waar een bepaalde opvatting over wetenschappelijk onderzoek bestaat. In de studiegids spreekt men bij de studierichting „wetenschappelijk onderzoek” ook alleen maar van „laboratoriumwerk”. Om te kunnen promoveren moet men zoveel hindernissen overwinnen, dat Belgische huisartsen daar niet aan toe komen. Een van de medewerkers aan de universitaire groepspraktijk, collega *Heyrman*, is in 1975 in Utrecht bij Van Es gepromoveerd.

De universitaire groepspraktijk

Boeiend was voor mij het bezoek aan de universitaire groepspraktijk. In deze praktijk werken vijf artsen, van wie er drie onderwijs geven. Totaal verzorgen zij ongeveer 7.000 patiënten. De praktijk is gevestigd in een groot huis aan de Blijde Inkomststraat waarin in de oorlog de Duitse bezetting een „Werbestelle” voor de Arbeitseinsatz had gevestigd; een gevelsteen herinnert nog aan deze sombere tijd. Het huis is eigendom van de universiteit, de praktijk is eigendom van de artsen; alleen bij het geven van onderwijs zijn zij in dienst van de universiteit. Het werk wordt niet per tijdseenheid maar volgens een soort contract gehonoreerd.

In de praktijk wordt samengewerkt met twee wijkverpleegsters van een kruisvereniging, twee fysiotherapeuten, een part-time psycholoog en een diëtiste.

Over de samenwerking met deze laatste is onlangs een publikatie verschenen (*Van Damme en Quintens*). De samenwerking met het maatschappelijk werk – al jaren geprobeerd – komt moeilijk van de grond. De medewerkers samen hebben onder leiding van collega *Bayens* een boek gepubliceerd onder de titel *Huisarts en integrale patiëntbenadering*.

Het was mij niet duidelijk hoe de onderlinge verhoudingen lagen, noch of er iemand verantwoordelijk was voor de totale gang van zaken. De vroegere informele leider, collega De Smet, was onlangs benoemd tot hoogleraar huisartsgeneeskunde in Gent.

Volgens de artsen stoorde het geven van onderwijs nauwelijks de arts-patiënt relatie. Integendeel, de praktijk groeide gestaag en men overwoog nieuwe medewerkers aan te trekken, vooral ook omdat in de toekomst meer studenten „verwerkt” moeten worden. Ongeveer ten tijde van mijn bezoek waren de artsen bezig met het oprichten van een patiëntenraad, wat blijkbaar niet zo vlot ging. Ik kreeg het eerste exemplaar van een praktijkkrantje aangeboden.

Medisch Centrum Huisartsen

In de parkeergegange waar ik mijn auto neergezet had, waren plaatsen gereserveerd voor bezoekers aan het MCH. Ik vroeg wat MCH betekende. Dat was: Medisch Centrum Huisartsen. Er was een directeur, de heer G. Hendrickx, een „handels-ingenieur”, met wie ik een afspraak heb gemaakt. Hij heeft mij uitgelegd wat dat is, een Medisch Centrum Huisartsen: in 1966 opgericht door twintig huisartsen, een s.v. of samenwerkende vennootschap of coöperatieve vereniging. De bedoeling was „de huisarts uit zijn isolement te halen” en „de huisartsgeneeskunde te revaloriseren”.

Ik heb het centrum bezocht, de heer Hendrickx heeft mij rondgeleid. Een grote hal, receptie met twee dames, aan de muur een groot bord met de aankondiging dat er zeventien specialisten – twaalf specialismen – geconsulteerd kunnen worden. Dit kan alleen na verwijzing door de huisarts. De specialisten behandelen meestal niet, zij onderzoeken de patiënt en sturen deze daarna naar de huisarts terug. Eventueel kan er – na overleg – een ziekenhuisopname uit voortkomen voor een behandeling, maar het principe is: een diagnostisch centrum in bezit van een „vereniging”, geleid door een bestuur, met in dienst een aantal specialisten die voornamelijk

diagnostisch werk voor de huisarts verrichten.

Een groot gebouw, keurig ingericht met de modernste voorzieningen. Eigenlijk een ziekenhuis zonder bedden. Alle gegevens worden gecomputeerd, er is een groot laboratorium aan het centrum verbonden, twee apotheken, een eigen drukkerij, een eigen nascholingsprogramma voor de specialisten en voor de huisartsen, meer dan zestig man personeel. Een eigen medisch tijdschrift. De vereniging heeft de specialisten in dienst, levert personeel, ruimten, administratieve krachten, kortom alles behalve de deskundigheid van de specialist, die daarvoor betaald wordt. De inkomsten bestaan uit de bij de ziekteverzekering gedeclareerde verrichtingen. Het zal duidelijk zijn dat een dergelijke instelling opnamen uitspaart. De „thuisgezondheidszorg” wordt erdoor bevorderd, dat is zeker, en het maakt het werken voor de huisartsen prettiger. Niet bij iedere verwijzing raken zij hun patiënten kwijt. Er zijn vijf of zes van dergelijke centra in België.

Een dergelijke instelling zou in Nederland niet mogelijk zijn, denk ik. Maar wij hebben een gezondheidszorgsysteem waar weer andere verschijnselen merkwaardig aandoen voor een buitenstaander. Zo zit iedereen in het eigen systeem gevangen. Tegenover mijn hotel was een gevangenis voor zwaar gestraften. Op de muur stond met grote letters geschreven: De grootste boef in deze gevangenis is de directeur. Ook een gevangene van het eigen systeem blijkbaar.

Baeyens, H. Huisarts en integrale patiënt benadering. *Acco, Leuven*, 1980.

Basisstatistiek van de gemeenschap. *Bureau voor de Statistiek der Europese Gemeenschappen, Brussel*, 1980.

Damme, J. van en L. Quintens-Buckinx. Twee jaar samenwerking huisarts-diëtist. (1980) *Voeding* 41, 420.

Heyrman, J. M. K. Screening van voedingsgewoonten door de huisarts. *Dissertatie Utrecht*, 1975.

Numerus clausus... ook in België. [Redactie]. (1981) *T. soc. Geneesk.* 59, 101.

Opleiden tot huisarts. Huisartsopleiding Interuniversitair Overlegorgaan. *Acco, Leuven*, 1978.

Vurst, J. van der, J. van Damme en H. Jaspaert. Intensieve trainingsweken voor Leuvense studenten huisartsgeneeskunde. (1981) *Huisarts nu* 10, 12.