

INSTITUUT VOOR HUISARTSGENEESKUNDE UTRECHT

Huisarts en medisch onderwijs

Ruim een jaar geleden concludeerde Van der Velden dat in de kolommen van Huisarts en Wetenschap weinig is gepubliceerd over de medische basisopleiding. Hij achtte dit een lacune in de thematiek van het tijdschrift en besloot zijn artikel met de opmerking dat veel lezers en met name huisartsen-docenten schrijvers zouden moeten worden: „De 'zaak', de basisopleiding van toekomstige artsen, is er belangrijk genoeg voor.”¹

Prof. Dr. R. A. de Melker, hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht, neemt de uitdaging aan.

Inleiding

Dat de medische basisopleiding van groot belang is voor alle toekomstige huisartsen, zal door niemand bestreden worden. Gezien de korte duur van de beroepsopleiding tot huisarts zullen verschillende doelstellingen van de opleiding tot huisarts in de basisopleiding gerealiseerd moeten worden. Willen toekomstige sociaal-geneeskundigen en specialisten inzicht krijgen in de eerstelijns gezondheidszorg c.q. de huisartsgeneeskunde, dan zal ook de huisarts een belangrijke stem bij de basisopleiding moeten krijgen.

Naast de beroepsopleiding tot huisarts hebben inhoud en vormgeving van de basisopleiding binnen de UHI's veel aandacht gekregen. Zo hebben de hoogleraren huisartsgeneeskunde in een tweetal nota's duidelijke kritiek geformuleerd op de basisopleiding.^{2,3} De afgelopen jaren hebben de universitaire medewerkers de tijd en mankracht die voor de basisopleiding beschikbaar was, vooral besteed aan het ontwikkelen van onderwijsdoelstellingen en het bepalen van inhoud en vorm van de bijdrage van de huisartsgeneeskunde aan het onderwijs. Het zojuist verschenen, geheel herziene rapport *Kenmerken II*⁴ is daarvan een voorbeeld.

In tegenstelling tot alle andere disciplines binnen de Medische Faculteit, moest de huisartsgeneeskunde zichzelf

waarmaken. Er bestond immers geen universitaire onderwijs traditie. De huisarts werd door specialisten opgeleid. Als nieuwkomers werd ons gevraagd, onderwijsdoelstellingen te formuleren en inhoud en vorm van ons onderwijs nauwkeurig te beschrijven. Hiertoe was het noodzakelijk, de kenmerken van de huisartsgeneeskunde zoals deze in de Woudschoter thesen omschreven waren, in concrete onderwijsprogramma's te vertalen.

Van Es heeft in zijn afscheidscollege de bijdrage van de huisartsgeneeskunde aan het basisonderwijs omschreven als een patiëntgerichte benaderingswijze, waarbij de drie aspecten levensloop-, gezins- en integrale geneeskunde centraal staan.⁵ Bij het introduceren van deze benaderingswijze in het basiscurriculum bestond het probleem dat het bestaande onderwijs vooral ziektegeoriënteerd is opgebouwd. Voor thematisch en geïntegreerd onderwijs, waarbij de kenmerken van de huisartsgeneeskunde duidelijk naar voren komen, kon slechts moeizaam een plaats worden ingeruimd.

Daarbij werden de UHI's met een dilemma geconfronteerd. Enerzijds bestond de behoefte, ook in het basisonderwijs zoveel mogelijk een eigen identiteit op te bouwen. Anderzijds was er een grote behoefte aan deelname aan thematisch en geïntegreerd onderwijs; alleen op deze wijze zou het mogelijk zijn, een ziektegericht curriculum meer tot een patiënt- en klachtengericht onderwijsprogramma om te vormen. Deze moeizame ontwikkeling leidde tot een

zekere afsluiting of introversie: de stafleden van de UHI's waren zo intensief met het basisonderwijs bezig, dat het contact met het „werkveld” verloren dreigde te gaan. Het door Van der Velden geconstateerde hiaat in de thematiek in *Huisarts en Wetenschap* vormt dan ook een weerspiegeling van deze „pioniersfase” van de UHI's.

Er zijn echter redenen om te werken aan een verdere uitbouw van het medisch basisonderwijs, in samenwerking met de beroepsgroep. In dit artikel bespreek ik enkele recente ontwikkelingen die mogelijk voor alle huisartsen van belang zijn. Bovendien zal ik met enkele voorbeelden van bestaande onderwijsprogramma's van de Utrechtse Faculteit aangeven op welke wijze een vakgroep Huisartsgeneeskunde poogt, binnen de huidige beperkte mogelijkheden een aantal kenmerken van de huisartsgeneeskunde voor studenten zichtbaar te maken.

Praktisch medisch onderwijs

Van der Velden constateert dat de universitaire huisartsgeneeskunde behept is met een „negatieve erfenis” van Boerhaave. Hij citeert Groen, die in een gesprek met Bremer pleit voor een medische opleiding waarbij meer aandacht wordt besteed aan het contact tussen patiënt en student.¹ De sterke nadruk op het theoretisch doceren met vrijwel volledige verwaarlozing van de vorming van de persoonlijkheid van de toekomstige medicus, treffen wij aan bij vrijwel alle docenten, inclusief de gedragswetenschappers. Bovendien is het medisch onderwijs steeds meer van de praktijk van de (huis)arts vervreemd.

Het is dan ook begrijpelijk dat bij onderwijsvernieuwing vooral gepleit wordt voor het afstemmen van het onderwijs op de medische praktijk. De toenemende belangstelling voor „probleemgeoriënteerd” onderwijs sluit hierbij duidelijk aan. Door kennis te verwerven aan de hand van het oplossen van medische problemen, wordt de relevantie van deze kennis voor de student veel duidelijker, kan het onderwijs meer op de medische praktijk worden afgestemd en kan de fragmentatie van het onderwijs worden tegengegaan.

Probleemgeoriënteerd onderwijs wordt consequent toegepast aan de Medische Faculteit te Maastricht. In de meer traditionele faculteiten verloopt het proces van de onderwijsvernieuwing veel moeizamer; het verdedigen van verworven posities wordt van meer belang geacht dan een principiële discussie over

* Tenzij uitdrukkelijk anders is vermeld, komen bijdragen in deze rubriek uitsluitend voor rekening van de auteur(s).

doel, inhoud en vorm van het basisonderwijs. Probleemgeoriënteerd onderwijs kan echter zeker ook binnen een meer traditioneel curriculum ingepast worden.

Voordelen van probleemgeoriënteerd onderwijs zijn:

- centrale aandacht voor het proces van analyseren van problemen, het uitlokken van denkprocessen bij studenten, analoog aan processen bij medici die een probleem oplossen;
- het opdoen van kennis van verschillende medische problemen;
- maatschappelijke relevante kennis kan worden opgedaan afhankelijk van de keuze van problemen;
- studenten zelf „leren te leren“;
- studiemotivatie door confrontatie met het einddoel.⁶

Het belang van probleemgeoriënteerd onderwijs wordt vooral duidelijk indien we ons realiseren dat mensen gemiddeld 70 procent van aangeleerde feitenkennis weer vergeten. De herinnering aan concrete voorbeelden blijkt echter in vele gevallen het startpunt van denkactiviteit van de arts.⁶⁻⁸

Deficiënties

In de nota van het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde wordt door de hoogleraren huisartsgeneeskunde een groot aantal deficiënties beschreven, zoals:

- te weinig aandacht voor het leren kritisch denken over het eigen medisch handelen;
- het beschikken over vaak irrelevante, gedetailleerde feitenkennis en het ontbreken van inzicht in basale concepties;
- deficiënties met betrekking tot algemene medische en sociale vaardigheden.²

In een aanvullende nota werd op verzoek van de Adviescommissie Opleidingen Geneeskundigen nader ingegaan op een aantal wensen van de universitaire huisartseninstituten met betrekking tot de basisopleiding:

- De universitaire huisartseninstituten zouden extra mankracht voor het basisonderwijs moeten krijgen. Als generalisme heeft de huisartsgeneeskunde raakvlakken met alle klinische specialisten en de zogenaamde basisvakken. De stafleden zijn zwaar belast met werkzaamheden in een groot aantal onderwijscommissies, subcommissies en stuurgroepen.
- Evenals Groen bepleiten de hoogleraren huisartsgeneeskunde een betere afstemming van het medisch onderwijs

op de geneeskundige praktijk, met name binnen de extramurale zorg. Het huidige onderwijs is te veel gericht op de relatief zeldzame ziektebeelden die binnen de academische klinieken gezien worden. Alle medische studenten zouden in drie studiefasen stages in de praktijk van de huisarts moeten volgen. De eerste stage gedurende het eerste, eventueel het tweede studiejaar, zou vooral als kennismaking met de extramurale gezondheidszorg bedoeld zijn. De tweede stage gedurende het derde of vierde studiejaar, zou gericht zijn op „scholing“ in de praktijk van de huisarts c.q. eerstelijns gezondheidszorg. In een derde stage (vijfde of zesde studiejaar) zou de co-assistent de geneeskunde in de praktijk van de huisarts moeten leren toepassen door middel van een actieve participatie. Op deze wijze kan de student, met een toenemende eigen verantwoordelijkheid, kennismaken met de geneeskunde in de praktijk van de huisarts en deze leren toepassen.

- Tenslotte wordt gepleit voor het ontwikkelen van een eigen „kliniek“ voor de universitaire huisartseninstituten. Evenals specialisten zouden huisartseninstituten over een eigen extramuraal onderzoek- en onderwijsveld moeten beschikken. De eerstelijns gezondheidszorg is in het algemeen onvoldoende ingericht om onderzoek en onderwijs mogelijk te maken. Alleen indien de universitaire instituten over een aantal (groeps)praktijken en/of gezondheidscentra zouden beschikken, zou aan de eisen voor onderzoek en onderwijs binnen de eerstelijns gezondheidszorg voldaan kunnen worden.

Mogelijkheden en beperkingen

Recente ontwikkelingen binnen de medische faculteiten hebben gezorgd voor een opleving van de slepende discussie over het basiscurriculum. Door de invoering van de Wet Tweefasenstructuur worden medische faculteiten gedwongen het onderwijs aan te passen. Vanuit het gezichtspunt van de huisarts kan dit als een positieve ontwikkeling beschouwd worden, omdat op zijn minst de relevantie van het onderwijs opnieuw in discussie komt.

Als gevolg van de bezuinigingen zal elke vakgroep geneigd zijn, vooral de eigen posities te verdedigen. Het dreigend verlies van onderwijsuren betekent immers ook het verlies van posten. Bovendien wordt door het zogenaamde Plaatsen Geld Model de integratie van het onderwijs tegengegaan, doordat extra activiteiten, bijvoorbeeld coördinatie

van het onderwijs, niet „gehonoreerd“ worden. Groepsonderwijs wordt als te duur beschouwd, de nadruk zal weer meer op het college-onderwijs worden gelegd.

Er bestaan voor de huisartsgeneeskunde meer mogelijkheden dan in het verleden. In de Wet Tweefasenstructuur wordt de functie van de propedeuse onder meer omschreven als een oriëntatie op de verschillende medische beroepen.⁹ In het Academisch Statuut wordt in artikel 148 benadrukt dat het doctoralexamen ook de eerstelijns gezondheidszorg omvat.¹⁰ De huisartsgeneeskunde is meer volwassen geworden¹¹ en begint zich los te maken uit de omhelzing van de sociale wetenschappen.¹² Nu de doelstellingen van de beroepsopleiding omschreven zijn, kan de huisarts ook veel duidelijker eisen stellen met betrekking tot de inhoud en vormgeving van het basisonderwijs.

De huisarts kan zich binnen de medische faculteit het duidelijkst profileren door het onderwijs zoveel mogelijk op de praktijk van de huisarts af te stemmen. Ook klinici komen tot de conclusie dat het basisonderwijs meer op het huidige klachten- en ziektenpatroon in de samenleving afgestemd moet worden.^{13,14} De reumatoloog Van der Korst zegt in zijn oratie: „Wij moeten beseffen dat de kliniek niet langer het centrum van de geneeskunde kan zijn. Wij moeten ook beseffen dat de kliniek ongeschikt dreigt te worden als school voor de geneeskunde, omdat de kliniek een soort rariteitenkabinet der medische wetenschap dreigt te worden. Wij moeten bereid zijn onszelf, ons onderwijs, onze specialisatie aan te passen.“¹³ Een en ander kan geïllustreerd worden aan de hand van een aantal recente ontwikkelingen binnen het Utrechtse basiscurriculum (tabel).

Het eerstejaars programma

In de Memorie van Toelichting op de Wet Tweefasenstructuur wordt de functie van de propedeuse omschreven als *oriëntatie, verwijzing en selectie*.⁹ De oriënterende functie houdt onder meer in dat de student aan het einde van het eerste jaar kennis heeft over de verdere studie, kennis van de beroepen waarvoor wordt opgeleid, en studievaardigheden bezit. Dit betekent dat de student de studierichtingen met hun varianten, de voornaamste denkrichtingen en de voornaamste beroepen voor verdere studie moet kunnen omschrijven. Deze formulering gaf ons voldoende argumentatie om een bijdrage van de huis-

artsgeneeskunde als vanzelfsprekend te beschouwen.

Het eerste studiejaar omvat in Utrecht zes blokken: anatomie, chemie, histologie, fysiologie, ziekteleer en gedragswetenschappen. 's Morgens worden colleges gegeven, terwijl de middagen voor practica en stages zijn bestemd.

Het blok Ziekteleer wordt door de vakgroep huisartsgeneeskunde ingeleid met elf colleges. In deze *Inleiding geneeskunde* worden een aantal principes en begrippen in de geneeskunde besproken, zoals:

- wat is ziekte en gezondheid?
- multiconditionaliteit, typen causale verbanden, circulaire causaliteit;
- het natuurlijk verloop van ziekten;
- epidemiologie van ziekten in de wereld (kinder- en zuigelingensterfte);
- medische ethiek;
- ijsberg van ziekten, zelfzorg, ziekten en gezondheidsgedrag, premedische fase;
- wetenschapsbeoefening en hulpverlening.

Tabel. De bijdrage van de vakgroep Huisartsgeneeskunde aan het basisonderwijs van de Medische Faculteit van de Rijksuniversiteit te Utrecht.

1e studiejaar

- 11 college-uren *Inleiding geneeskunde* in blok ziekteleer
- 2 college-uren geriatrie
- 6 college-uren in blok gedragswetenschappen
- praktijkstage in de gezondheidszorg

2e studiejaar

- 2 college-uren in blok seksuologie

3e studiejaar

- geïntegreerd onderwijsprogramma *Praktijk van de gezondheidszorg* (colleges, groepsonderwijs) met vakgroepen Medische Psychologie en Algemene Gezondheidszorg
- 32 college-uren
- mondeling tentamen
- stage in de huisartspraktijk, groeps-
onderwijs
- wetenschappelijke stage (keuze-
programma ± 20 studenten)

5e studiejaar

- bijdrage aan therapiecolloquium

6e studiejaar

- senior-co-assistentenschap (4 weken)*

* Vanaf 1983-84 verplicht voor alle studenten momenteel alleen voor studenten die geen huisarts worden.

Bij dit onderwijs wordt met de praktijksituatie van de huisarts als ingang naar de theorie toegewerkt.

Het laatste college is tevens een inleiding op een stage in de praktijk van de gezondheidszorg. Deze praktijkstage omvat een aantal groepsbesprekingen, een bezoek aan een instelling in de gezondheidszorg en een literatuurstudie met verslaggeving; de studenten kiezen daartoe een bepaald onderwerp binnen een van de volgende arbeidsterreinen van de gezondheidszorg:

- eerstelijns gezondheidszorg;
- geestelijke gezondheidszorg;
- intramurale gezondheidszorg.

Dit houdt in dat een derde van de studenten via een huisartspraktijk kennis zal maken met de eerstelijns gezondheidszorg. Zelfwerkzaamheid staat bij dit programma voorop. Zo moeten de studenten de genoemde praktijkbezoeken grotendeels zelf organiseren, zij moeten literatuur opzoeken, enzovoort. Indien mogelijk, zal dit programma uitgebreid worden, zodat alle eerstejaars studenten met de eerstelijns gezondheidszorg kennis zullen maken.

De vakgroep huisartsgeneeskunde geeft verder een aantal colleges in het blok Gedragswetenschappen, onder meer over *coping behaviour* en ziekte, somatiseren en psychosomatiseren. Tenslotte levert de vakgroep huisartsgeneeskunde samen met andere disciplines een bijdrage aan thematisch onderwijs, onder meer Geriatrie.

Bij onze bijdrage wordt gepoogd, vorm te geven aan een aantal voorstellen ter verbetering van het basisonderwijs zoals die door het IOH geformuleerd zijn. Daarbij kan gedacht worden aan meer nadruk op principes en grondbegrippen, meer zelfwerkzaamheid, studiemotivatie door kennismaking met de praktijk, enzovoort. Het college-onderwijs wordt schriftelijk getoetst met een tentamen met „invulvragen”.

Het derdejaars college-onderwijs

Een tweede verandering heeft betrekking op de inhoud van het derdejaars college-onderwijs huisartsgeneeskunde. In het derde studiejaar worden zesendertig college-uren gegeven, die door een mondeling tentamen worden afgesloten. Daarnaast volgen alle studenten de derdejaars stage huisartsgeneeskunde. Deze omvat negen groepsbijeenkomsten, een observatieperiode in de huisartspraktijk gedurende een week, en een bezoek aan een patiënt en zijn gezin thuis met verslaggeving.¹⁵

Het tentamen omvat:

- het beantwoorden van een aantal schriftelijke vragen (30 minuten);
- de voorbereiding van een casus, waarbij huisartsgeneeskundige problemen en situaties aan de orde komen (30 minuten);
- een mondeling tentamen, waarin aan de hand van een aantal vragen naar aanleiding van de genoemde casus de huisartsgeneeskundige benadering van medische problemen besproken worden.

De leerstof omvat de inhoud van het leerboek *Patiënt en huisarts*, enkele artikelen uit de serie *Huisartsgeneeskundige conferenties* en twee boekjes uit de serie *Practicum voor de huisarts*. De colleges worden voornamelijk benut om de hoofdlijnen van de vrij uitgebreide leerstof aan te geven, aan de hand van de praktijkvoorbeelden. Soms worden daartoe patiënten uit de praktijk van de docenten gevraagd. Dit vraagt relatief veel organisatie en kan voor de patiënt een belasting vormen. Daarnaast worden simulatiepatiënten en videobanden van sprekers gebruikt.

De afgelopen jaren werd bij het college-onderwijs sterke nadruk gelegd op het overbrengen van de specifieke aspecten van de huisartsgeneeskunde en eerstelijns gezondheidszorg. Daarbij werden de adviezen van onderwijskundigen en gedragswetenschappers – eerst doelstellingen formuleren, daarna inhoud en vorm van het onderwijs bepalen – opgevolgd. Hoewel de resultaten bij het tentamen relatief goed waren, werd het onderwijs toch niet als positief ervaren. Studenten bleken bijvoorbeeld huisartsgeneeskunde met medische psychologie te vergelijken en niet met klinische vakken, terwijl de docenten zelf het idee hadden, toch heel duidelijk het „specifieke” van de huisartsgeneeskunde over te brengen.

Een van de jongere stafleden, zelf als student actief in onderwijscommissies en dergelijke, constateerde dat de docenten sterk gepreoccupeerd waren met huisartsgeneeskundige begrippen, waardoor de realiteit van de dagelijkse praktijk van de huisarts onvoldoende tot zijn recht kwam. Het leek er op dat de huisarts te bescheiden was om over bijvoorbeeld hoofdpijn te praten, omdat de neuroloog dit onderwerp toch veel beter kon doceren. Dat hoofdpijn in de huisartspraktijk een heel andere betekenis heeft dan in een neurologische kliniek, was onvoldoende duidelijk voor studenten.

Na uitvoerig overleg in de staf werd

besloten tot een andere opzet, waarbij aandacht wordt besteed aan de volgende thema's:

- De top-20: de twintig meest frequente ziekten in de huisartspraktijk, volgens de Continue Morbiditeitsregistratie van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.
- De benadering van veel voorkomende klachten in de huisartspraktijk, zoals hoofd-, rug-, buik-, borstpijn en moeheid.
- Capita selecta, bijvoorbeeld bejaarden, acute hulpverlening en chronische zieken.

Studenten die het college-onderwijs niet willen volgen, worden verplicht huisartsgeneeskundige literatuur te bestuderen. Door deze verplichting kan de student de huisartsgeneeskundige benadering aan de hand van praktijkvoorbeelden bestuderen.

Bij het college-onderwijs, de literatuur en het tentamen staat „probleem-oplossing” centraal. Met een probleem-georiënteerde benadering blijkt het goed mogelijk de specifieke denk- en werkwijze van de huisarts op studenten over te dragen.

Het afnemen van een mondeling tentamen biedt een groot aantal voordelen. De docent heeft de gelegenheid de student zelf te ontmoeten. Hij kan het resultaat van het tentamen met de student bespreken, waarbij zwakke respectievelijk sterke facetten aan de orde kunnen komen. Op deze wijze is het mogelijk met de student na te gaan hoe zijn studieresultaten verbeterd kunnen worden.

Een ander voordeel is de mogelijkheid om, naast het toetsen van kennis, ook aandacht te besteden aan begrip, inzicht en probleem-oplossende vaardigheden. Door een student een begrip als somatische fixatie te laten toelichten, krijgt de docent een indruk of de student het nodige inzicht heeft in de betekenis van een dergelijk begrip. Daarbij wordt vooral ingegaan op de praktische consequenties voor het medisch handelen. Het is immers zinloos een student een bepaald begrip bij te brengen, zonder dat hij enig idee heeft van de praktische consequenties voor de dagelijkse praktijk.

Tenslotte biedt een mondeling tentamen de mogelijkheid tot doorvragen: de student kan na hulp van de docent een onbeantwoorde vraag alsnog beantwoorden, aanvullen, of corrigeren. Het nadeel van het subjectieve element bij de beoordeling van de studenten wordt op verschillende manieren onder-

vangen. Ten eerste worden de antwoorden beoordeeld aan de hand van tevoren geformuleerde criteria. Ten tweede hebben verschillende observatoren de tentamens bijgewoond en onafhankelijk van de betreffende docent beoordeeld. Daarbij bleek dat de scores van de observatoren in sterke mate met die van de docenten overeenstemde. Bovendien bleek dat de examinatoren ongeveer dezelfde vragen stelden. Tenslotte bleken zowel het gemiddelde cijfer (6,7) als het „zakpercentage” (15 procent) vrijwel gelijk te zijn.

Bij de evaluatie van de tentamens bleken de studenten deze wijze van tentamineren over het algemeen te waarderen. Het meest opvallend is de vergelijking van het tentamen huisartsgeneeskunde met andere examens. Vrijwel alle studenten geven aan dat voor andere vakken alleen feitenkennis vereist wordt. Het oplossen van eenvoudige medische problemen betekent een totaal nieuwe ervaring. Een en ander heeft als positief effect dat studenten het vak huisartsgeneeskunde, in tegenstelling tot eerdere jaren, zeer serieus nemen. Het is de eerste keer dat een beroep gedaan wordt op hun toekomstige rol als medicus/hulpverlener.

Het college-onderwijs draagt, ondanks de probleemgeoriënteerde benadering, toch een meer theoretisch karakter. De derdejaars stage waarbij de student door middel van observaties en verslaggeving de problemen in de praktijk van de huisarts zelf kan ervaren, is dan ook een essentieel onderdeel van het onderwijs huisartsgeneeskunde in de preklinische fase.

Het senior co-assistentenschap huisartsgeneeskunde

Sinds enige jaren is aan de medische faculteit te Utrecht een senior co-assistentenschap huisartsgeneeskunde ingevoerd, voorlopig voor studenten die na hun artsexamen geen huisarts worden. Op grond van een recent besluit van de Faculteitsraad zal dit co-assistentenschap in het komende studiejaar voor alle zesdejaars studenten verplicht gesteld worden. Dit besluit kan als een duidelijke illustratie beschouwd worden van een meer positieve instelling ten opzichte van de huisartsgeneeskunde.

De co-assistenten participeren zoveel mogelijk in de werkzaamheden binnen de praktijk van de huisarts. Op vier terugkomdagen worden aan de hand van opdrachten uit een werkboek patiëntenbesprekingen gehouden over

een aantal *topics* in de huisartspraktijk (gezinsgeneeskunde, samenwerking huisarts-specialist, methodisch werken). Op de laatste terugkomdag worden met een papieren patiëntensimulatie de probleem-oplossende vaardigheden van de co-assistent getoetst.

Om dit co-assistentenschap verder te ontwikkelen zouden de huisartsen-gastheren „huisartsopleiders in het basisonderwijs” moeten worden. Door middel van training en begeleiding zouden een aantal huisartsen op hun taak als opleider in de praktijk van de huisarts voorbereid moeten worden. Evenals in de beroepsopleiding zou de huisartsopleider dagelijks een leergesprek met de co-assistent moeten voeren. Actieve participatie van de co-assistent in bijvoorbeeld spreekuurconsulten, visites is alleen mogelijk bij intensieve supervisie. Dit heeft belangrijke consequenties voor de praktijkvoering van de huisarts, zoals een langzamer tempo van het spreekuur, het toegankelijk maken van het kaartstelsel, belasting praktijkassistente en een extra spreekkamer. Deze ontwikkeling is alleen mogelijk, indien een aantal huisartspraktijken nauw bij de huisartseninstituten en de medische faculteiten betrokken zouden worden en de betrokken huisartsen daartoe een passende honorering zouden ontvangen.

Aan de Medische Faculteit te Maastricht wordt sinds 1974 veel aandacht besteed aan het praktisch medisch onderwijs in de praktijk van de huisarts. Alle vijfdejaars studenten volgen een co-assistentenschap van drie maanden in de huisartspraktijk.¹⁶ Zowel door de duur van de stage als de plaats daarvan in het curriculum blijkt dat de huisartspraktijk door de faculteit als een waardevolle leeromgeving voor medische studenten wordt beschouwd. Daarbij wordt veel tijd besteed aan de voorbereiding en begeleiding van de betreffende huisartsen. Behalve in een aantal informatieve bijeenkomsten worden de huisartsen tijdens een tweedaagse cursus vertrouwd gemaakt met hun onderwijsrol, worden praktische problemen besproken, enzovoort.

De ervaringen van huisartsopleiders en studenten met het praktisch medisch onderwijs in de huisartspraktijk zijn overwegend positief. Indien ook aan de meer traditionele faculteiten deze vorm van praktisch onderwijs tot stand zou komen, zouden alle toekomstige artsen een beter inzicht in de problemen en werkwijze van de huisarts kunnen krijgen.

Een onderzoek- en onderwijsveld

Hoewel de onderwijsprogramma's per faculteit aanzienlijk uiteenlopen, leeft op alle instituten de gedachte dat het basisonderwijs meer op de eerstelijns gezondheidszorg afgestemd zou moeten worden. Natuurlijk kunnen de UHI's de studenten vertrouwd maken met een aantal grondbegrippen en een patiëntgerichte benadering, maar een belangrijk deel van het onderwijs zou dan in de huisartspraktijk moeten plaatsvinden. Een eventuele verplichting voor alle studenten tot het volgen van een drietal stages in de huisartspraktijk zou echter een enorme belasting voor de Nederlandse huisartsen betekenen.

Nu het NHG nieuwe wegen is ingeslagen en zich ook verantwoordelijk voelt voor de basisopleiding, zullen IOH en NHG in nauw overleg de consequenties van een en ander moeten uitwerken. Bij de departementen van Onderwijs en Wetenschappen en Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde bestaan momenteel concrete plannen voor het ontwikkelen van een onderzoek- en onderwijsveld ten behoeve van de universitaire huisartseninstituten. In de toekomst zijn drie soorten relaties tussen huisartsenpraktijk en UHI's mogelijk:

- *Vergoedingspraktijken*: dit zijn praktijken die incidenteel tegen een vergoeding een kleine onderwijsstaak uitvoeren (bijvoorbeeld gastheer voor de eerste of derdejaarsstage). Aan deze praktijken worden geen bijzondere eisen gesteld.

- *Contract- of geaffilieerde praktijken*: dit zijn huisartspraktijken waarmee een gespecificeerd onderwijs- of onderzoekcontract wordt afgesloten. Deze praktijken worden aan de onderwijstaak – bijvoorbeeld voor het senior co-assistentenschap – aangepast (kaartsysteem, extra spreekkamer, extra praktijkassistentie, etc.).

- *Academische Werkplaatsen Eerstelijns Gezondheidszorg*: dit zijn zeer nauw met de vakgroep gelieerde praktijken, waar onder meer de full-time huisartsmedewerkers werkzaam zullen zijn. In deze praktijken zal bijvoorbeeld het praktisch onderwijs in de praktijk van de huisarts verder ontwikkeld worden. Deze praktijken zullen bovendien een taak krijgen met betrekking tot het wetenschappelijk onderzoek, toetsing en evaluatie. Voor het beheer van deze praktijken wordt aan een stichtingsvorm gedacht.

Een aantal huisartseninstituten hebben inmiddels plannen in de betreffende faculteiten ingediend.

Het ontwikkelen van een eigen onderzoek- en onderwijsveld voor de UHI's kan alleen met de beroepsgroep tot stand komen en zal gefaseerd uitgevoerd moeten worden. Wil het NHG hier niet buiten spel blijven staan, dan zal deze discussie over de academisering van de eerste lijn ook tot de kolommen van dit tijdschrift moeten doordringen. Het is opvallend dat vrijwel alle publicaties over dit essentiële onderwerp buiten Huisarts en Wetenschap zijn verschenen.^{5 10 11 17-20}

Het behoort tot de taak van de UHI's om door middel van training en begeleiding huisartsenopleiders op te leiden. Het geven van medisch onderwijs in de praktijk vraagt om bepaalde onderwijskundige vaardigheden. Dit vereist echter een wederzijdse betrokkenheid tussen UHI's en de beroepsgroep, met name het NHG. Hopelijk is dit artikel een aanleiding voor huisartsen die bij het praktisch onderwijs huisartsgeneeskunde betrokken zijn, de pen ter hand te nemen. De betrokkenheid van de huisartsen „in het veld” is voor de universitaire huisartseninstituten een eerste voorwaarde om onderwijs in de praktijk van de huisarts verder te ontwikkelen.

¹ Velden HGM van der. Vijftientig jaar zorgen over de medische opleiding. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 281-6.

² Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde. De medische opleiding. Med Contact 1979; 34: 514-44.

³ Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (aanvullende nota). Med Contact 1980; 35: 547-9.

⁴ Es JC van, Melker RA de, Goosman FCL. Kenmerken van de huisarts II. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983.

⁵ Es JC van. Huisarts en universiteit [Afscheidscollage]. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1982.

⁶ Schmidt H. Probleem-georiënteerd onderwijs: leren aan de hand van problemen. Metamedica 1978; 57: 4-16.

⁷ Elstein AS, Kagan N, Schulman LS, et al. Methods and theory in the study of medical inquiry. J. Med Educ 1972; 47: 85-92.

⁸ Feightner JW, Barrows HS, Neufeld VR, Norman GR. Solving problems: How does the family physician do it? Can Fam Physician 1977; 23: 67-71.

⁹ Dorp C van. Functies van de propedeuse. Universiteit en Hogeschool 1981; 28: 149-64.

¹⁰ Kramer MF. Eerstelijns gezondheidszorg in het wetenschappelijk onderwijs. In: Huisarts, motor of rem in de eerstelijns gezondheidszorg? Mijdrecht: Hoffmann-la Roche, 1982.

¹¹ Everwijn SEM, Melker RA de, Spreuwenberg C. Huisartsgeneeskunde naar volwassenheid. Med Contact 1983; 38: 245-51.

¹² Moll J, Gerritsma JGM. Medisch onderwijs in discussie. Med Contact 1983; 38: 25-8.

¹³ Korst JK van der. De geheimtaal van de kliniek [Oratie]. Leiden: Stafleu, 1976.

¹⁴ Meer J van der. Tachtig internisten per jaar voor de jaren tachtig. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 304-5.

¹⁵ Melker RA de, Earl FA, Everwijn SEM. Kijken naar de huisarts. Huisarts en Wetenschap 1979; 22: 266-77.

¹⁶ Bouhuys PAJ, Brouwer W, Mol AHM. Praktisch medisch onderwijs in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1980; 23: 8-12.

¹⁷ Mulder JD, et al. Academische werkplaats eerstelijnsgezondheidszorg. Med Contact 1982; 37: 761-3.

¹⁸ Brouwer W. Academisering in de eerste lijn een noodzaak. Med Contact 1982; 37: 321-2.

¹⁹ Es JC van. Faculteit en eerste lijn. Med Contact 1981; 36: 179-82.

²⁰ Melker RA de, Pool J. Academisch geneeskundig centrum. Med Contact 1982; 37: 245-9.

Nota bene

Men moet politici die spreken over versterking van de eerste lijn in de gezondheidszorg pas geloven wanneer zij de daaraan verbonden politieke keuzen en de daaruit voortvloeiende financiële gevolgen openlijk voor hun verantwoording nemen.

Mogelijk ligt één van de bezwaren van de bedrijvers van alternatieve geneeskunst tegen wetenschappelijke toetsing in de gedachte dat, indien een alternatieve werkwijze bij toetsing effectief zou blijken, deze werkwijze een wetenschappelijk karakter zou verkrijgen en daarmee haar alternatieve waarde zou verliezen.

Stellingen bij: Oosterhuis WW. Nekpijn, buikpijn, rugpijn. Positieve aanwijzingen uit negatieve bevindingen [Dissertatie Universiteit van Amsterdam]. Utrecht: Bunge, 1982.