

NIJMEEGS UNIVERSITAIR HUISARTSEN INSTITUUT

Onderwijsontwikkeling in de beroepsopleiding tot huisarts

Vrijblijvendheid in de beroepsopleiding tot huisarts leidt tot vrijblijvendheid in de beroepsuitoefening door huisartsen. Deze opvatting vormt het uitgangspunt voor een tamelijk rigoureuze reorganisatie van de beroepsopleiding tot huisarts aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut. R. Grol en V. Tielens, respectievelijk als psycholoog en als huisarts aan het instituut verbonden, berichten over de nieuwe ontwikkelingen.

Inleiding

Vanaf de oprichting is door het Nederlands Huisartsen Genootschap gewezen op het belang van een goede opleiding tot huisarts. In feite is het streven naar verbetering van de opleiding een van de redenen geweest om het Genootschap op te richten. Het is dan ook niet verwonderlijk dat in *Huisarts en Wetenschap* bij tal van gelegenheden geschreven is over de tekorten van de bestaande opleiding tot arts en de wenselijkheid te komen tot een specifieke opleiding tot huisarts.¹⁻⁴

De argumenten die gebruikt werden voor het pleidooi voor een specifieke beroepsopleiding tot huisarts, waren van verschillend gewicht. Zo werd aangevoerd dat de bestaande opleiding tot arts geen adequate voorbereiding bood op de taak van de huisarts en niet gericht was op diens specifieke vakgebied en verantwoordelijkheid. De snel toenemende omvang van de medische wetenschap en de daarmee gepaard gaande specialisatie vormden een ander argument om te pleiten voor het overbrengen van een deel van de te onderwijzen stof naar een specifieke beroepsopleiding. Het aanzien van de gehele beroepsgroep zou toenemen door een eigen opleiding, vergelijkbaar met die van de specialist of sociaal-geneeskundige. Van een eigen specifieke opleiding tot huisarts werd verder verwacht, dat deze zou leiden tot een duidelijker en meer uniforme taakopvatting bij de huisartsen, waardoor herstructurering

van de gezondheidszorg gemakkelijker uit te voeren zou zijn. Tot slot werd gewezen op het economisch belang van een goed opgeleid huisartsenbestand, dat in staat zou zijn mee te werken aan een efficiënt gebruik van bestaande gezondheidszorgvoorzieningen.⁵ Het is wonderlijk te ervaren, dat deze argumenten uit het begin van de zestiger jaren in feite nog steeds gelden. Na bijna tien jaar specifieke beroepsopleiding tot huisarts zijn ze eerder nog in gewicht toegenomen.

Nieuwe ontwikkelingen

Intussen heeft een aantal nieuwe ontwikkelingen ertoe geleid, dat het vakgebied van de huisarts nader omschreven en wetenschappelijk meer onderbouwd is. De plaats van de huisarts in het geheel van de gezondheidszorg is nader aangegeven.⁶⁻⁸ Studies zoals uitgevoerd in Ommoord, het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut en de peilstations van het Nederlands Huisartsen Instituut maken de eigen epidemiologie van het huisartsenvak steeds duidelijker. Methoden en technieken als *Methodisch werken*⁹ en *Preventie van somatische fixatie*¹⁰ maken het mogelijk de eigen werkwijze van de huisarts te analyseren en geven richtlijnen voor een verbetering daarvan.

Deze nieuwe ontwikkelingen, die direct of indirect mede op gang zijn gebracht door of ten behoeve van de beroepsopleiding tot huisarts, maken de noodzaak van een adequate en aangepaste opleiding tot huisarts alleen maar groter. Van de beroepsopleidingen in Nederland, die jaarlijks een paar honderd

nieuwe huisartsen opleveren, mag men verwachten dat ze in de genoemde ontwikkelingen voorop lopen of deze op zijn minst op de voet volgen.

De vraag is of de beroepsopleidingen in Nederland aan deze verwachting kunnen voldoen. Om ons tot de Nijmeegse opleiding te beperken: een jaar of acht geleden is op betrekkelijk willekeurige wijze gekozen voor een opzet van deze opleiding en voor bepaalde onderwijsmethoden. De jaren erna werd – al experimenterend – gezocht naar een acceptabele onderwijsvorm. Toch bleef er, ondanks allerlei discussies, een vrijblijvendheid en onduidelijkheid bestaan, die in alle facetten van de beroepsopleiding doorwerkte.

Dit heeft er na jaren van intensief discussiëren en experimenteren toe geleid dat in 1981 gekozen is voor een duidelijke richting waarin de beroepsopleiding tot huisarts aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut zich zou moeten ontwikkelen.

De Nijmeegse keuze

De keuze die in Nijmegen is gemaakt, houdt in dat in de komende jaren op gerichte en systematische wijze gewerkt zal worden aan de ontwikkeling van het opleidingsprogramma en aan het scheppen van de voorwaarden om dit te realiseren. Globaal gaat het hierbij om de volgende zeven aspecten:

De doelstellingen van het onderwijs. Hoewel de in het SOH-rapport¹¹ genoemde globale doelstellingen in feite nog steeds gelden, behoeven deze wel nadere uitwerking en aanvulling; terecht is het ontbreken van geformuleerde onderwijsdoelen als een groot tekort gesignaleerd.¹² Het formuleren van concrete onderwijsdoelen zal dan ook veel aandacht krijgen.

De inhoud van het onderwijsprogramma. Vanuit de visie van het instituut op het kenmerkende van het werk van de huisarts wordt het programma inhoud gegeven. Centraal in deze visie staan vier basale vaardigheden (ontleend aan een onderzoek naar het handelen van de huisarts¹³), die arts-assistenten zich in de loop van het opleidingsjaar eigen dienen te maken:

- gericht en systematisch werken, dat wil zeggen het opbouwen van een hulpverleningscontact op een logische, weloverwogen en expliciete wijze;
- somatisch handelen, dat wil zeggen adequaat medisch-technisch handelen en het vermijden van zowel te veel als te weinig medisch handelen;

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

– psychosociaal handelen, dat wil zeggen op adequate wijze ingaan op de niet-somatische aspecten van de aangeboden klachten;

– hanteren van de huisarts-patiënt relatie, dat wil zeggen zorgen voor een open, veilige en zoveel mogelijk gelijkwaardige relatie, waarin de voorwaarden voor een actieve deelname van de patiënt worden geschapen.

De vertaling van deze basisvaardigheden in concrete onderwijsprogramma's zal een hoge prioriteit krijgen.

Opbouw en structuur van het onderwijsprogramma. Het jaar wordt globaal gesplitst in twee delen, die geleidelijk in elkaar overgaan: een hoofdzakelijk leergericht eerste en een meer werkgericht tweede halfjaar. Hiermee is tevens gekozen voor een veel sterkere invloed vanuit het instituut op het leerproces van de arts-assistent in de beginfase van het jaar.

In deze beginfase zal de nadruk vooral liggen op het goed leren waarnemen en observeren en op het overdragen van huisartsgeneeskundige kennis en vaardigheden waarmee in de opleidingspraktijk geëxperimenteerd kan worden. Later in het jaar kan het zelfstandig werken, het ontwikkelen van een eigen stijl, met daaraan gekoppeld onderlinge toetsing en intervisie, meer nadruk krijgen. Een dergelijke structurering van

het opleidingsjaar betekent, dat het instituut moet aangeven welke programma-onderdelen tenminste aan bod moeten komen en in welke volgorde (*tabel*).

Onderwijsmethoden. Naast het werken in onderwijsgroepen van twaalf arts-assistenten zal geëxperimenteerd worden met andere vormen van onderwijs, zoals zelfstudie, werken in groepjes van drie of vier, met of zonder begeleiding. Het functioneren van de leergroep als groep zal een minder centrale rol krijgen dan tot nu toe het geval was. Er zal veel meer aandacht besteed worden aan het op elkaar afstemmen van het onderwijs tijdens de terugkomdagen en het onderwijs in de opleidingspraktijk.

Rol en taak van de onderwijsgeevenden. Na de eerste experimentele jaren zal een nadere afstemming op elkaar van de taken van de onderwijsgeevenden nastreefd worden. De huisartsopleider zal moeten veranderen van „gelegenheidsgever” tot docent, die in staat is de specifieke voordelen van de „person to person”-leersituatie ten volle te benutten.¹⁵ De huisartsbegeleider zal meer dan voorheen in het eerste halfjaar een sleutelrol moeten krijgen in het overdragen van de huisartsgeneeskundige kennis en vaardigheden in de breedste zin. Dat betekent dat hij zich intensief moet bezighouden met het trainen van

nieuwe programma-onderdelen en met reflectie op zijn eigen rol in het didactisch proces. De gedragswetenschapper of de agoog-begeleider van de leergroep zal meer dan voorheen een bijdrage moeten leveren bij het bedenken en overdragen van onderwijsmethoden. Bovendien zal hij bijzondere aandacht geven aan het persoonlijk functioneren van de arts-assistent en aan de evaluatie van diens vorderingen.

Evaluatie van het onderwijs. Zowel een effectmeting van de beroepsopleiding in zijn totaal als een evaluatie van de vorderingen van iedere individuele arts-assistent zal nodig zijn. Een wetenschappelijk verantwoorde evaluatie van de beroepsopleiding kan – terecht – gezien worden als een toetssteen voor het proces van onderwijsontwikkeling.¹²

De bestuurs- en overlegstructuur. De keuze voor een meerjarenplan gericht op systematische onderwijsontwikkeling, leidde vanzelf tot de vraag, of en hoe de bestaande bestuurs- en overlegstructuur van de afdeling hieraan aangepast moest worden. De voorgenomen veranderingen vragen immers vooral om meer onderling overleg over de inhoud van het onderwijs.

Na uitvoerig beraad is besloten vrij drastische wijzigingen aan te brengen. Alle organisatorische en beheerstechni-

Tabel: Voorbeeld van een onderwijsprogramma voor huisartsen in opleiding.

	Algemene kenmerken van het handelen van de huisarts	Specifieke huisartsgeneeskundige kennis en vaardigheden	Persoonlijk functioneren als huisarts
Introductie (1e maand)	In voor cursus kennismaking met vier basale huisartsgeneeskundige vaardigheden. Vervolgens een week gestructureerde observaties in de opleidingspraktijk en nabespreking hiervan.	Voorbereiding op het werken in de praktijk (spoedgevallen); observaties in opleidingspraktijk en nabespreking hiervan (met name receptuur).	In voor cursus: onderlinge kennismaking, groepsvorming, bespreken normen en waarden ten aanzien van werk. Bespreking eerste ervaringen met zelf werken als huisarts.
Basispakket (2e-5e maand)	Verdere kennismaking met en ervaring opdoen met de vier basale vaardigheden: gericht en systematisch werken, hanteren van de relatie, somatisch handelen en psychosociaal handelen.	Overdragen van specifieke kennis en leren hanteren van specifieke vaardigheden op het gebied van (vooral somatisch) handelen in concrete praktijkgevallen (met behulp van medische protocollen en GOV's).	Bespreking van ervaringen met het zelf werken als huisarts. Bewustmaking van de invloed van persoonlijke factoren (opvattingen, behoeften, normen, angsten) op het werken als huisarts.
Evaluatie (5e-7e maand)	Onderlinge toetsing c.q. evaluatie van het functioneren als huisarts aan de hand van de vier vaardigheden (via bandjes).	Onderlinge toetsing c.q. evaluatie van specifieke kennis en vaardigheden (met behulp van bandjes en medische protocollen).	Evaluatie van het persoonlijk functioneren als huisarts (onder andere op basis van bandjes).
Verdieping (7e-11e maand)	Verdieping van het leren hanteren van vier vaardigheden, met name aan de hand van casuïstiek.	Verdieping van specifieke kennis en vaardigheden via aanbieden van somatische en niet-somatische thema's (obligate en naar keuze).	Werken aan het oplossen van persoonlijke belemmeringen bij het werken als huisarts (via persoonsgerichte training of supervisie).
Evaluatie en afsluiting (11e-12e maand)	Onderlinge toetsing c.q. evaluatie van het functioneren als huisarts aan de hand van de vier vaardigheden (met behulp van bandjes).	Onderlinge toetsing van specifieke kennis en vaardigheden (met behulp van bandjes en medische protocollen).	Evaluatie van het persoonlijk functioneren als huisarts (onder andere op basis van bandjes).

sche zaken zijn opgedragen aan een (uit vijf stafleden bestaand) „dagelijks bestuur”, dat eens per kwartaal verantwoording aflegt aan een „sectorraad”, waarin alle stafleden en afvaardigingen van arts-assistenten en huisartsopleiders vertegenwoordigd zijn. Op deze manier is de weg vrijgemaakt om in een aantal andere overlevormen (docentenoverleg, taakgroepen) daadwerkelijk met de inhoudelijke aspecten van de opleiding bezig te zijn.

Een veranderingsproces

De huidige situatie is gegroeid uit een in de loop der jaren steeds toenemende onvrede bij stafleden, huisartsopleiders en arts-assistenten. Deze onvrede betrof zaken als het ontbreken van onderlinge overeenstemming tussen de docenten over de inhoud van het onderwijs, het ontbreken van een duidelijke lijn en opbouw in het opleidingsprogramma, een slechte afstemming van de inhoud van de terugkomdagen op het werk in de opleidingspraktijken, het ontbreken van criteria voor de opleiderskwaliteiten van huisartsopleiders, een slechte afstemming van somatische en niet-somatische onderdelen van het programma en van de inbreng van gedragswetenschappers en huisartsen in de opleidingsgroepen op elkaar en het ontbreken van aansluiting bij zowel het basisonderwijs als bij de resultaten van onderzoek op het gebied van de huisartsgeneeskunde.

De behoefte aan verandering en verbetering van de opleiding resulteerde in de vorming van een aantal werkgroepen, waarvan er een de opdracht kreeg losse onderdelen van het programma (onder meer gesprekstaining, methodisch werken, medisch handelen en preventie van somatische fixatie) beter op elkaar af te stemmen. Aan deze werkgroep Integratie werd ook deelgenomen door stafleden uit de onderzoekssector.*

Snel werd duidelijk dat elke wijziging in het bestaande programma grote consequenties zou hebben voor alle betrokkenen en ook voor de organisatiestructuur. In feite moest er een keuze gemaakt worden tussen het aanbrengen van enige marginale verbeteringen in de programma's en het creëren van een ideaal model, dat pas op de lange duur en mogelijk met veel moeite gerealiseerd zou kunnen worden.

* De werkgroep Integratie bestond uit J. van Eijk, R. Grol, F. Huygen, R. Jacobs en H. Vlamings. Later aangevuld met W. Becking, W. Alting van Geusau en V. Tielens.

Gekozen werd voor het ideale model. Dit betekende dat op een aantal centrale vragen een antwoord gegeven moest worden. Waarop moet de aandacht en energie van de huisartsopleiding vooral gericht worden, op rechtstreekse beïnvloeding van de arts-assistent of op indirecte beïnvloeding via opleiding van de huisartsopleiders? Moet in het begin van de opleiding de nadruk liggen op het overdragen van medische kennis en vaardigheden of op het overdragen van een algemene visie op de basisprincipes van het huisartsenwerk? Moet de arts-assistent vanaf het begin van de opleiding meewerken in de opleidingspraktijk of moet er eerst een ruime „leerfase” zijn? Moet er een strakke lijn en structuur in het jaarprogramma komen of moet er veel ruimte zijn voor individuele behoeften en creativiteit van docenten, opleiders en arts-assistenten? Hoe moet de onderwijstaak verdeeld worden tussen huisarts-begeleider, gedragswetenschapper en huisartsopleider? Aan welke voorwaarden moet een bestuurs- en overlegstructuur voldoen om veranderingen te realiseren?

Gedurende een jaar (begin 1979-begin 1980) werd over dit soort vragen van gedachten gewisseld. Dit leidde uiteindelijk tot een rapport onder de titel *Naar een beroepsopleiding nieuwe stijl*, dat in de wandelgangen al snel werd omgedoopt tot *het blauwe boekje*. De voorstellen tot verandering in dit rapport zijn eerder in dit verhaal aan de orde geweest.

Kritiek

In een eerste bespreking van het concept-voorstel door stafleden van de beroepsopleiding en vertegenwoordigers van arts-assistenten en huisartsopleiders werd vooral lof toegezwaaid aan de suggesties rond uniformering en aanpak van het onderwijs en de „vier vaardigheden” als basis voor een gestructureerd onderwijsprogramma. Daarnaast waren er kritische commentaren op en regelrechte bezwaren tegen bepaalde onderdelen van de voorstellen. Besloten werd het blauwe boekje onder alle betrokkenen bij de beroepsopleiding ter discussie te stellen.

Gedurende bijna driekwart jaar werden meningen gepeild en discussies gevoerd. Dit leverde naast ondersteuning van de plannen veel kritische reacties op:

De huisartsbegeleiders van de opleidingsgroepen bleken vooral problemen te hebben met de extra eisen die aan hen gesteld zouden gaan worden. Ze ervoe-

ren in toenemende mate een spanningsveld tussen de eisen vanuit hun docentschap en de eisen vanuit hun huisartspraktijk, met alle organisatorische en financiële problemen daaraan verbonden.

De gedragswetenschappers hadden met name moeite met de voorgestelde taakverschuiving van groepsbegeleiding naar meer onderwijsondersteuning. Ze uitten de vrees dat dit ten aanzien van de „persoonsvorming” van de aanstaande huisartsen zou leiden tot een ongewenste inperking.

De arts-assistenten discussieerden over de plannen in hun leergroepen. Hun belangrijkste kritiek gold de taakverschuiving tussen huisartsbegeleiders en gedragswetenschappers. Ze achtten een verminderde inbreng van de gedragswetenschappers bij onderdelen als introductie van de basale vaardigheden, bij onderlinge toetsing en „persoonsvorming” absoluut onaanvaardbaar.

De huisartsopleiders tenslotte discussieerden over het blauwe boekje in groepen van opleiders en op een overlegdag voor alle opleiders. Daarnaast vulden zij een vragenlijst in over deze plannen.¹⁶ Zij stonden zeer positief tegenover hun nieuwe taken in een veranderde beroepsopleiding, maar verwachtten daarbij wel veel meer en vooral een gerichter ondersteuning vanuit het instituut.

Onrust

In het voorjaar 1981 werd de balans opgemaakt van twee jaar, soms stormachtige ontwikkelingen en werd het sein op groen gezet voor de daadwerkelijke realisering van een aantal onderdelen van de plannen.

Hoewel inmiddels een onmiskenbare behoefte aan verbetering van de opleiding en een duidelijke lijn in het programma was ontstaan, verliep het veranderingsproces niet altijd even vlot en voorspoedig. De plannen voor een beroepsopleiding-nieuwe-stijl brachten spoedig onrust. Men kreeg het gevoel dat wat men tot dan had gedaan, niet meer voldeed, terwijl er nog geen concrete alternatieven waren voor de invulling van het onderwijsprogramma.

Dit gebrek aan houvast zorgde ervoor dat individuele docenten op zeer uiteenlopende wijzen gingen experimenteren met programma's, hetgeen van tijd tot tijd aanleiding gaf tot chaotische situaties en tot spanningen tussen stafleden onderling en tussen stafleden en arts-assistenten. Sommige betrokkenen dreigden de bevrediging in het werk te

verliezen. De vrees ontstond dat men het in een nieuwe opzet veel moeilijker zou gaan krijgen, dat er grotere en wellicht onredelijke eisen aan het functioneren gesteld zouden gaan worden en dat er een zo strakke structuur zou komen, dat men alle persoonlijke speelruimte en eigen creativiteit zou gaan verliezen. De voorstellen van de werkgroep werden soms ervaren als werkstukken uit een ivoren toren, verafstaand van de dagelijkse realiteit. Binnen deze onbevredigende situatie openbaarde zich nog een ander belangrijk manco, namelijk in de beleids- en overlegstructuur van de beroepsopleiding, vooral waar het de inhoudelijke kant betrof. Het was vaak niet duidelijk waar en door wie beslissingen genomen moesten worden en tijd voor inhoudelijk overleg over het onderwijs was er nauwelijks.

Deze periode overziende kan men zeggen dat de beroepsopleiding duidelijk in beweging was. Er broeide werkelijke verandering onder de oppervlakte, met soms alle pijn en frustratie van dien, maar tevens met stimulerende momenten. Immers: „in weerstand zit de kiem van de energie die nodig is om voldoende motivatie en strijdbaarheid op te brengen. Geen verzet, ongeïnteresseerdheid en matheid is frustrerender”.¹⁷

Tenslotte werd besloten geleidelijk te gaan werken aan de realisering van de plannen. De aandacht zou in de eerste periode op de volgende onderdelen gericht zijn:

- het uitwerken van de inhoud van het jaarprogramma voor arts-assistenten met als kern de vier basisvaardigheden en met veel aandacht voor het persoonlijk functioneren;
- het geven van extra aandacht voor de huisartsopleiders door het vormen van vaste groepen van opleiders die zich systematisch richten op onderlinge toetsing en het ontwikkelen van de vaardigheid in het opleiden;
- het invoeren van een nieuwe beleids- en overlegstructuur waarin meer aandacht voor overleg over de inhoud van het onderwijs via een „docentenoverleg”.

Onderwijsontwikkeling en het docentenoverleg

In een aantal kleine werkgroepen worden onderwijsprogramma's voorbereid, zowel ten behoeve van arts-assistenten als voor hun huisartsopleiders. Er is een globaal jaarprogramma voor arts-assis-

tenten opgesteld, waarin een integratie van kennis, vaardigheden en persoonlijk functioneren is nagestreefd, waarin de vier basale vaardigheden een centrale plaats innemen en waarin de arts-assistent via onderlinge toetsing en supervisie zicht houdt op zijn eigen leerproces. Binnen dit globale programma zijn de details voor de eerste en voor de tweede tot en met vijfde maand uitgewerkt, evenals allerlei programma-onderdelen als receptuur, registratie, normen en waarden en signaleren van psychosociale informatie.

Ook voor de huisartsopleiders is een programma opgesteld. Na een periode waarin ze onder meer kennis hebben gemaakt met programma's voor de arts-assistenten en geoefend hebben in het beter voeren van leergesprekken met de eigen assistent, zullen ze gedurende anderhalf jaar intensief bezig zijn met onderlinge toetsing.

Deze programma's komen uitvoerig aan de orde tijdens het „docentenoverleg”, maandelijks een hele dag, bijgewoond door alle stafleden van de beroepsopleiding. De ochtend wordt meestal besteed aan het gezamenlijk commentaar geven op en het oefenen van programma-onderdelen uit het onderwijs voor arts-assistenten. Daarbij wordt ook ruime aandacht besteed aan de wijze van presenteren van deze programma's. De middag wordt de ene maand besteed aan „intervisie” van de docenten: het analyseren, toetsen en zo nodig wijzigen van de rol en functie van de docenten en van de samenwerking tussen gedragswetenschappers en huisartsbegeleiders in de groepen. De andere maand wordt het middagdeel besteed aan overleg van de docenten met een afvaardiging van huisartsopleiders en arts-assistenten over het beleid op langere termijn ten aanzien van de inhoud van de opleiding (zoals nieuwe eisen te stellen aan huisartsopleiders, training van huisartsopleiders, evaluatie van de beroepsopleiding).

Het functioneren van het docentenoverleg wordt tot nu toe ervaren als zeer positief, vooral omdat, anders dan voorheen, huisartsen en gedragswetenschappers gezamenlijk bezig zijn met de inhoud van het onderwijs en de onderwijsmethoden. Ook is het mogelijk op deze manier een zekere mate van eenvormigheid in het onderwijs voor alle groepen van arts-assistenten te bereiken.

Overigens is het spanningsveld tussen het streven naar zo'n eenvormigheid en het vrij laten van de creativiteit van de verschillende docenten een terugkerend

probleem. De onderwijsontwikkeling die wij nastreven, beoogt ook niet dit spanningsveld op te heffen, maar probeert juist de energie uit dit spanningsveld te benutten. Dat dit een kwestie is van geven en nemen, zal duidelijk zijn. Wij verwachten dat door deze systematische aandacht voor de onderwijsontwikkeling de opleiding tot huisarts langzaam maar zeker beter onderbouwd zal worden en daardoor beter aan zijn doelstellingen zal gaan beantwoorden. Of deze verwachting ook zal uitkomen, zal moeten blijken uit een evaluatie-onderzoek, waarmee wij binnenkort hopen te beginnen.

Samenvatting. Uit onvrede met een zekere mate van vrijblijvendheid en onduidelijkheid in de beroepsopleiding tot huisarts hebben de medewerkers van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut een aanvang gemaakt met een systematische onderwijsontwikkeling ten behoeve van de beroepsopleiding. In dat kader wordt aandacht besteed aan de doelstellingen van het onderwijs, de inhoud van de programma's, de opbouw van een jaarprogramma, de onderwijsmethoden, de rol van de onderwijsgeevenden en de evaluatie van het onderwijs. In deze bijdrage wordt tevens ingegaan op het veranderingsproces dat nodig was voor deze nieuwe aanpak, en op de gevolgen die een en ander heeft gehad voor de organisatie en het functioneren van de afdeling.

Summary. Education development in vocational training of general practitioners.

Discontent with a degree of non-commitment and vagueness in the vocational training of general practitioners has prompted staff members of the Nijmegen University Institute of General Practitioners to start systematic education development for the benefit of vocational training. In this context attention focuses on aims of teaching, programme contents, the composition of an annual programme, teaching methods, the role of the instructors and evaluation of teaching. This article also discussed the process of change required for this new approach, and the implications for the organization and functioning of the department.

¹ Huygen FJA. Lacunes in de opleiding tot huisarts. Huisarts en Wetenschap 1960; 3: 433-7.

² Huygen FJA. De opleiding van de arts voor zijn werk in de gemeenschap. Huisarts en Wetenschap 1962; 5: 225-9.

Levensloopgeneeskunde en de diagnostiek van de huisarts

DR. J. C. VAN ES*

Voordracht gehouden op het zeventwintigste Wetenschappelijk Congres van het Nederlands Huisartsen Genootschap, op 12 november 1982 in De Koningshof te Veldhoven.

Inleiding

Het stellen van een diagnose is een bij uitstek medische handeling. Hierin komt de deskundigheid van de arts tot uiting. Een medische diagnose kan alleen door een arts gesteld worden. Aan dit vermogen wordt wel geknabbeld: door fysiotherapeut en psycholoog. Maar toch wordt alleen aan de arts de bevoegdheid toegekend deze handeling te verrichten. Andere professies kennen ook wel enigerlei vorm van diagnostiek; dit is dan echter een analogie van de medische diagnostiek. Het is dus een professionele handeling. In het medisch onderwijs staat het leren diagnostiseren centraal. Met de kennis die de student in de preklinische vakken verwerft, dient hij uiteindelijk een diagnose te kunnen stellen. In vergelijking met de diagnostiek wordt aan de therapie in de basisopleiding slechts geringe aandacht besteed. Dit wordt hoofdzakelijk aan de beroepsopleiding en de specialistische opleiding overgelaten. Het ideaal van de geneeskunde is het stellen van een oorzakelijke diagnose. Gehoopt wordt dat men hierop een oorzakelijke behandeling kan laten volgen. Dit is lang niet altijd mogelijk. Dan worden de kanonnen van de research daarop gericht. Als niet dé diagnose gesteld kan worden, is slechts een symptomatische behandeling mogelijk. Ondanks alle tegenslagen wordt in de geneeskunde steeds gehoopt ooit die causale behandeling te kunnen vinden. Zo optimistisch is de geneeskunde nog steeds.

Belang diagnostiek

Het stellen of uitsluiten van een dia-

gnose is om verschillende redenen van belang:

- Uit hetgeen gezegd is, volgt dat de diagnose de grondslag voor de therapie moet vormen. Dat houdt onder andere in, dat het stellen van een diagnose waarvoor geen enkele behandeling mogelijk is, een onaantrekkelijke bezigheid is. In medisch opzicht heeft dit dan ook geen enkele zin.

Wat zien we dan gebeuren? Een arts stelt bij voorkeur die diagnose waarvoor hij wel enige behandeling in huis heeft. Er bestaat daardoor vaak een preoccupatie in de diagnostiek. Aangezien de mogelijkheden per specialisme kunnen wisselen, kunnen bij een patiënt verschillende diagnoses gesteld worden. Als bijvoorbeeld een patiënt met lage rugpijn een neuroloog, een orthopedisch chirurg of een psychiater raadpleegt, zal die klacht van verschillende diagnoses worden voorzien. Dit is niet alleen een gevolg van de beschikbaarheid van uiteenlopende therapeutische mogelijkheden; ook het diagnostisch arsenaal is anders.

Het effect van de gerichtheid en van de onderzoeksmogelijkheden gaat echter verder. Wulff laat in zijn boekje *Rational diagnosis and treatment* zien hoezeer een ziektebeeld verandert door het invoeren van nieuwe diagnostische criteria. Daardoor worden op den duur andere onderscheidingen gemaakt, terwijl de te hanteren kenmerken van een ziekte kunnen veranderen. Het is niet ondenkbaar dat deze van specialisme tot specialisme andere accenten hebben.

- Het stellen van een diagnose is niet alleen van belang voor de vaststelling van de behandeling, maar ook voor de secundaire preventie. Als eenmaal een diagnose is gesteld, kan men trachten

³ Huygen FJA. Huisarts en universiteit. Jaarrede van de voorzitter van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Huisarts en Wetenschap 1962; 5: 353-6.

⁴ Huygen FJA. De toekomst van de huisarts in Nederland. Huisarts en Wetenschap 1963; 6: 314-8, 347-53.

⁵ Werkgroep Scholing van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Huisarts en universiteit [Interimrapport]. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1968.

⁶ Structuurnota Gezondheidszorg. Leidschendam: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1974.

⁷ Werkgroep Takenpakket van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Hoe helpt de dokter [Interimrapport]. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1975.

⁸ De functie-omschrijving van de huisarts. Rapport van de Landelijke Vereniging van Huisartsen. Med Contact 1981; 36: 1474-6.

⁹ Holten-Vriesema J, Tompot C, Aalderen H van, e.a. Methodisch werken. Huisarts en Wetenschap 1978; 21: 322-35.

¹⁰ Smits A, Eijk J van, Grol R, Huygen F, Mierlo G van, Mekkink H. Preventie van somatische fixatie II. Een theoretisch model en onderzoekgegevens. Huisarts en Wetenschap 1978; 21: 366-9.

¹¹ Rapport van de Interfacultaire Werkgroep Specifieke Opleiding Huisartsen. z.p.: SOH, 1975.

¹² Leeuwen Y van. Toetsstenen en struikelblokken. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1982.

¹³ Grol R, red. Huisarts en somatische fixatie. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1981.

¹⁴ Mekkink H, Smits A, Grol R. Prevara: een observatie-instrument voor het handelen van de huisarts in het kader van processen van somatische fixatie. Ned Tijdschr Psychol 1982; 37: 35-50.

¹⁵ Byrne PS, Long BE. Leren zorgen. De huisarts als opleider. Utrecht: Oosthoek, Scheltema en Holkema, 1975.

¹⁶ Grol R. Een nieuwe taak voor de huisartsopleider. Resultaten van een enquête. Huisarts en Wetenschap 1981; 24: 384-9.

¹⁷ Voort H van der. De invoering van toetsing. Een zaak van moed, beleid en trouw. Huisarts en Wetenschap 1980; 23: 150-8.

Vervolg literatuur p. 48

¹⁰ Wulff HR. Principes van klinisch denken en handelen. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1980.

¹¹ Grol R, red. Huisarts en somatische fixatie. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1981.

¹² Rens TJG van. Cervicale syndromen. Tijdschr Soc Geneeskde 1980; 58: 830-5.

¹³ Ree JW van. Behandeling herpes zoster met diadynamische stroom. Huisarts en Wetenschap 1977; 20: 135-8.

¹⁴ Projectgroep Tilburg. De tenniselleboog. Huisarts en Wetenschap 1981; 24: 300-3.

* Oud-hoogleraar huisartsgeneeskunde.