De kunst van het haalbare

De verwezenlijking van de beroepsopleiding tot huisarts, 1956-1973

E. RUNIA
R. VAN HERK

Het verkrijgen van een eigen opleiding markeert een belangrijke fase in het professionaliseringsproces van elke beroepsgroep. Voor de huisartsgeneeskunde was het jaar 1966 in dat opzicht een 'annus mirabilis'. Het was niet alleen het jaar waarin het slepende hononariumconflict tussen huisartsen en ziekenfondsen een uiterst gunstige wending voor de huisartsen nam, het was ook het jaar waarin vast kwam te staan dat er een beroepsopleiding tot huisarts zou komen. Enkele jaren later werden op alle universiteiten huisartseninstituten opgezet. De eersten van degenen die in 1966 in Utrecht aan de nieuwe opleiding waren begonnen, studeerden af in 1971, en degenen onder hen die huisarts wilden worden, begonnen in de herfst van dat jaar aan de beroepsopleiding. Vanaf 1972 was het ook in Rotterdam mogelijk een opleiding tot huisarts te volgen. In 1973 volgden de beide Amsterdamse universiteiten, in 1974 Groningen, Nijmegen en Maastricht. Leiden kwam in 1975 als laatste over de streep.

Runia E, Van Herk R. De kunst van het haalbare. De verwezenlijking van de beroepsopleiding tot huisarts, 1956-1973. Huisarts Wet 1991; 34(3): 117-23.

Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut, Mathenesserlaan 264a, 3021 HR Rotterdam; telefoon 010-408.7631/408.7613.
Eelco Runia, psycholoog, historicus; Ruud van Herk, historicus.

Inleiding

In 1965 stelde de toenmalige directeur van het Nederlands Huisartsen Instituut, Van Es, voor om een aparte beroepsopleiding tot huisarts te creëren.[1] Reeds een jaar later werd duidelijk dat een dergelijke opleiding er waarschijnlijk wel zou komen: in 1966 bereikten de medische faculteiten in het Interfacultair Overleg Geneeskunde overeenstemming over een herziening van het medisch curriculum. Er zou een basisopleiding van zes jaar moeten komen, aangevuld met een beroepsopleiding van een jaar voor degenen die huisarts wilden worden.

De snelheid waarmee men tot zaken kwam is opvallend, te meer daar men het in de jaren daarvoor in huisartsenkringen bepaald niet eens was over de wenselijkheid van een specifieke beroepsopleiding tot huisarts. Een dergelijke opleiding werd zelfs betrekkelijk weinig genoemd in de discussies die sinds de jaren vijftig werden gevoerd over de lacunes in de scholing van de huisarts. Dat de opleiding van huisartsen sterk verbeterd zou moeten worden, stond buiten kijf, maar de teneur was dat dit het best kon gebeuren door de medische studie meer op het werk van de huisarts toe te snijden.[2] Ook vond men vrij algemeen dat huisartsen betrokken zouden moeten worden bij het opleiden van aanstaande huisartsen.[3]

Volgens *Van Weel* 'lijken vooral pragmatische overwegingen ertoe te hebben geleid, dat men zich vooral op de beroepsopleiding heeft gestort'.[2] In dit artikel vragen we ons af of dit inderdaad het geval is geweest. Bovendien hebben we geprobeerd na te gaan welke omstandigheden ertoe hebben bijgedragen dat de plannen om tot een beroepsopleiding tot huisarts te komen, zo snel werden verwezenlijkt.

De aanloop

De meeste professionaliseringstheoretici stellen dat het verkrijgen van een eigen opleiding een belangrijke fase in het professionaliseringsproces markeert. De professionalisering van het artsenberoep gaat terug tot in de Middeleeuwen, maar raakte, ook in Nederland, halverwege de 19e eeuw in een stroomversnelling. Mijlpalen waren de oprichting van de Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst (1849), de geneeskundige wetten van Thorbecke (1865) en de Hooger Onderwijs-wet van 1876. De laatste wet bepaalde dat voortaan alleen academisch opgeleide geneesheren bevoegd zouden zijn de geneeskunde uit te oefenen. Men sprak van een 'eenheid van stand': wie met goed gevolg het artsexamen had afgelegd, mocht in heel Nederland zowel de heel-, de genees- als de verloskunde beoefenen. Uit oogpunt van professionalisering is van belang dat het medici, in casu de medisch hoogleraren, waren die de inhoud van de opleiding en de exameneisen vaststelden.

Toenemende kennis leidde er aan het eind van de 19e eeuw toe dat de 'eenheid van stand' een fictie werd. Formeel bleef zij weliswaar gehandhaafd, maar in feite was er sprake van 'professionalisering binnen de professionalisering': er ontstonden organisaties van specialisten die met succes monopolies claimden over bepaalde kennisgebieden en aparte specialistische opleidingen ter hand namen. Daar de wet in dit soort opleidingen niet voorzag, en de artsen, vooral degenen onder hen die de algemene praktijk beoefenden, weigerden de eenheid van stand op te geven, werden de specialistische opleidingen collegiale aangelegenheden; dat wil zeggen dat zij buiten het academische kader plaatsvonden. Pogingen om naast de traditionele universitaire medicijnenstudie (die zou moeten voorbereiden op een specialistische vervolgopleiding) een aparte beroepsopleiding tot algemeen arts te creëren, strandden.[4] Zo ontstond de situatie dat na de tweede wereldoorlog de algemeen artsen, getalsmatig nog steeds in de meerderheid, qua professionalisering een ronde achter lagen: zij waren een restgroep geworden.

In de vijftiger jaren werd een groep huisartsen zich pijnlijk van deze situatie bewust. De status van het beroep was aan verval onderhevig en men beschikte niet over een duidelijk afgebakend wetenschappelijk domein. De moeilijkheid was dat men als algemeen arts niet een monopolie over een bepaald kennisgebied kon claimen, terwijl men toch een soort terrein moest afbakenen voor een professionalisering die de

vergelijking met die van de specialisten kon doorstaan. De oprichting van het Nederlands Huisartsen Genootschap (1956) had tot doel in deze behoefte te voorzien. De oprichters vonden dat het NHG zich moest richten op taken die de Landelijke Huisartsen Vereniging, die de meer materiële belangen behartigde, liet liggen: de afbakening van een wetenschappelijk werkterrein, het optimaliseren van de praktijkvoering en het tot ontwikkeling brengen van op de huisarts toegesneden vormen van na- en bijscholing.

Buma (1950) en *Van der Wielen* (1960) deden in hun dissertaties de eerste pogingen een wetenschappelijk gebied af te bakenen.[5 6] *Buma* inspireerde vele huisartsen met zijn filosofisch getinte proefschrift, waarin hij teruggreep op Hippocrates en Paracelsus en een lans brak voor de gedragswetenschappen. Het groeiend zelfvertrouwen bleek tijdens de befaamde conferentie te Woudschoten in 1958, waar kenmerken en taken van de huisarts in de gezondheidszorg werden geformuleerd. *Hogerzeil*, *Prakken* en *Huygen* stelden dat de huisarts verdiende om beter opgeleid te worden.[7-9] *Huygen* beschreef hoe slecht de beginnende huisarts geprepareerd was op de eisen die de praktijk stelde.[10] Hij somde op waar het allemaal aan ontbrak:

- 'de student komt niet door eigen aanschouwing met het werk van de huisarts in aanraking,
- de student leert te weinig omtrent de normale mens, zowel wat somatische als wat psychische en emotionele ontwikkeling betreft (...),
- de student leert te weinig van de mens als gemeenschapswezen (...) zowel wat gezinsontwikkeling, gezinsfysiologie als gezinspathologie betreft (...),
- de opleiding is vrijwel geheel op specialistische, curatief ingestelde ziekenhuisgeneeskunde gebaseerd (...); geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijk werk, revalidatie en preventieve gezondheidszorg zijn belangrijke lacunes,
- de opleiding schenkt onvoldoende aandacht aan de persoonlijkheidsvorming van de toekomstige arts, gericht op het kunnen leggen en hanteren van relaties met patiënten en op het zelf kunnen dragen van verantwoordelijkheid,
- de opleiding geeft onvoldoende praktische vorming en vaardigheid,
- de opleiding geeft onvoldoende vorming in wetenschappelijk opzicht.'

Huygen vond vooralsnog dat deze lacunes in het gewone curriculum opgevuld moesten worden: 'Misschien is het ontbreken van een specifieke na-opleiding tot huisarts op zichzelf wel de belangrijkste lacune. Ik zal mij nu echter beperken tot de opleiding tot aan het artsexamen'.[10]

Begin 1960 stelde de KNMG, op instigatie van het NHG, de 'Commissie-Colenbrander' in. Deze commissie moest nagaan of de kritiek van Huygen c.s. terecht was. Zij constateerde dat dit inderdaad het geval was en kwam in haar rapport (1962) volledig tegemoet aan de wensen van de huisartsen. De commissie bepleitte onder meer: meer aandacht voor gedragswetenschappen, vervroeging van het contact met patiënten, meer nadruk op de co-schappen, minder uitgaan van zeldzame en ernstige ziekten, instelling van een co-schap huisartsgeneeskunde voor alle medisch studenten, inschakeling van huisartsen bij het onderwijs en stichting van universitaire huisartspraktijken. Tevens werd gesteld dat huisartsen-in-spe een speciale opleiding tot huisarts van node hadden.[11] Eind 1963 nam de KNMG dit standpunt over.

De strijd binnen de medische faculteiten

Dat de KNMG een advies van een door haar zelf ingestelde commissie overnam, mag weinig opzienbarend lijken, het was het wel degelijk. Juist de KNMG had zich vijftien jaar lang, om precies te zijn sinds 1949, verzet tegen op grote schaal voor wenselijk gehouden veranderingen in het medisch curriculum. In 1949 had de (Staats)commissie-Reinink geconstateerd dat de Nederlandse medische faculteiten klem zaten tussen een technologisch-wetenschappelijke achterstand op het buitenland en een sterke stijging van de studentenaantallen. In een voor Nederlandse begrippen revolutionair rapport uit 1949 bepleitte de commissie studentenstops, tweemaal zoveel hoogleraren, sterke uitbreiding van het aantal geaffilieerde ziekenhuizen, meer aandacht voor 'sociale geneeskunde' en de 'jaarlijkse opstelling van een doelmatig onderwijsprogramma'. Bovendien wilde de commissie een apart doctoraalexamen introduceren, alleen bestemd voor degenen die wilden promoveren of een specialistische opleiding wilden volgen. De specialistenopleidingen tenslotte zouden bij de universiteiten moeten worden ondergebracht.[12]

De KNMG liet weten tegen de voorstellen van de commissie te zijn, niet eens zozeer omdat men ze niet vond deugen, maar vooral omdat men van mening was dat de overheid zich niet met het medisch curriculum te bemoeien had. Hierbij zal een rol gespeeld hebben dat de modale huisarts, binnen de KNMG in de meerderheid, in de jaren veertig en vijftig zijn identiteit nog voor een belangrijk deel ontleende aan de mate waarin hij zich deel voelde uitmaken van een grote, ongedeelde medische familie. Tornen aan de eenheid van stand was pas acceptabel op het moment dat de huisarts een eigen identiteit had gevonden. Invoering van plannen als die van de commissie-Reinink werd tenslotte ook bemoeilijkt door het feit dat er een wetswijziging voor nodig was. Het uit 1921 daterende Academisch Statuut schreef pijnlijk gedetailleerd voor uit welke vakken het medisch curriculum moest bestaan, en was, hoewel door velen als een keurslijf ervaren, nog steeds van kracht. Over 'huisartsgeneeskunde' of 'de algemene praktijk' werd in het Statuut niet gerept.

Voorwaarde voor verregaande veranderingen binnen het medisch curriculum was de bereidheid daartoe bij de medische faculteiten. Vier factoren speelden hierbij halverwege de jaren zestig een rol: de machtspositie van de medisch specialisten, de opkomst van de studentenbeweging, het streven de verschillende onderdelen van het medisch curriculum tot een didactisch verantwoord geheel te maken, en de veranderingen in de universitaire en facultaire bestuursstructuur. Binnen de medische faculteiten bestond de gevestigde orde uit grofweg twee categorieën: de clinici en de pre-clinici. De positie van de clinici was gebaseerd op het succes van de bio-medische wetenschappen en leek uiterst comfortabel.

In de jaren zestig kreeg de specialistische

geneeskunde echter, misschien voor het eerst in haar bestaan, te kampen met hevige kritiek. De strekking van de kritiek was steevast dat de geneeskunde zich blind staarde op technologie en in politiek, maatschappelijk en psychologisch opzicht gevaarlijk naief was. Meestal luidde de remedie dat een injectie sociale wetenschappen de geneeskunde goed zou doen.

Deze kritiek ging veel verder dan de wensen van de huisartsen, maar sloot er wel op aan. De specialisten zagen er weinig in. Zij hadden geen behoefte aan een heroriëntatie op de algemene praktijk en waren veeleer geneigd hun expansie richting prekliniek te zoeken. Zij voelden er weinig voor de huisartsgeneeskunde als een soort *paard van Troje* voor de sociale wetenschappen te laten fungeren.

De kritiek op de al te technocratische geneeskunde en de wensen van de huisartsen gingen in dezelfde richting als de ideeën van de medisch studenten. Dreigende studentenstops hadden begin jaren zestig geleid tot de oprichting van de Studenten Vakbeweging die ook, of misschien wel juist, op de medische faculteiten aanhang kreeg. Deze groepen 'formuleerden hun visies vanuit een geheel ander perspectief dan de medische studentenbeweging van de jaren vijftig, die veelal de latere beroepsuitoefening tot centrum van haar denken had gemaakt en daarmee vaak op een lijn zat met de overheid en de KNMG'.[12] De studenten wilden vooral goed en praktijkgeoriënteerd onderwijs. Eén van de eerste herprogrammeringsvoorstellen waarin plaats was ingeruimd voor een specialisatie tot huisarts, was dan ook afkomstig van een werkgroep van Amsterdamse medisch studenten.[13]

In dezelfde periode valt 'de intocht van de onderwijskundigen': de medische faculteiten begonnen rond 1965 functionarissen aan te stellen die zich full-time met onderwijszaken bezig gingen houden.[13] Deze onderwijskundigen waren beroepshalve van mening dat goed onderwijs inhield: onderwijs dat duidelijk en adequaat voorbereidt op de latere beroepsuitoefening. Hun diagnose van wat er schortte aan het medisch onderwijs, verschilde niet noemenswaardig van de diagnose van de huisartsen, terwijl zij ook met betrekking tot mogelijke oplossingen elkaars natuurlijke bondgenoten waren.

Vierde factor van importantie was de bestuurskracht van de medische faculteiten. Voor een betere coördinatie van wat er binnen de faculteiten aan onderzoek en onderwijs plaatsvond, waren rond 1960 'faculteitsbureaus' in het leven geroepen. In de jaren daarna ontstond er een gecompliceerd netwerk van besturen, raden en commissies. Halverwege de jaren zestig waren de oude machtsstructuren, waarin de hoogleraren het binnen hun vakgroepen volledig voor het zeggen hadden, in het ongerede geraakt. De nieuwe boden mogelijkheden voor diegenen die wisten wat ze wilden. De nieuwe bestuursstructuur maakte het mogelijk kosten en baten gelijkmatig te verdelen over de verschillende faculteiten en, binnen de faculteiten, over de verschillende afdelingen.

Om de besluitvaardigheid en de coördinatie in het medisch onderwijs te bevorderen, werden er eind zestiger jaren landelijke overlegstructuren gecreëerd: het Interfacultair Overleg Geneeskunde (IOG), het Interfacultair Capaciteits-Overleg (ICO), het Interfacultair Begrotings-Overleg (IBG), de Interfacultaire Onderwijs Commissie (IOC) en later, in de zeventiger jaren, het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (IOH). Voor een ingrijpende operatie als het herzien van het medisch curriculum waren de omstandigheden tussen halverwege de jaren zestig en halverwege de jaren zeventig relatief gunstig: enerzijds nieuwe machtsstructuren (die nog niet te veel de gevestigde belangen verdedigden) en anderzijds een zeker centralisme, dat het mogelijk maakte op landelijk niveau veranderingen te initiëren en af te dwingen.

Van 'micro-sociale geneeskunde' naar NHI

Sociaal-geneeskundigen hebben een belangrijke rol gespeeld in de emancipatie van de huisarts. Vanuit hun stevige, zij het enigszins marginale positie binnen de faculteiten, konden zij als bruggehoofd voor de huisartsgeneeskunde fungeren. Hieraan zal niet vreemd zijn geweest dat rond 1960 vele hoogleraren sociale geneeskunde (Nijmegen, Utrecht, Groningen, VU) ex-huisartsen waren. Velen van hen deelden de mening van de huisartsen dat de basisartsopleiding te kort schoot als voorbereiding op het beroep van huisarts. Sommigen probeerden er iets aan te doen. In Nijmegen werd door Mertens een co-schap sociale geneeskunde ingesteld, dat ook bij een huisarts kon worden doorgebracht. De animo om van deze mogelijkheid gebruik te maken was zo groot, dat Mertens een coördinator aantrok om de contacten met de huisartsopleiders te verzorgen: de huisarts (en latere hoogleraar) Huygen. Eenzelfde mogelijkheid bestond in Amsterdam. Zo kreeg de Amsterdamse huisarts Dokter (later eveneens hoogleraar) co-assistenten huisartsgeneeskunde toegewezen via de sociaal-geneeskundige Drogendijk.

In Utrecht promoveerde Van Es bij Hornstra, ex-huisarts en hoogleraar sociale geneeskunde. Van Es was van het begin af aan betrokken geweest bij het in 1956 opgerichte NHG en werd na zijn promotie (in 1959) vice-voorzitter van het bestuur. Samen met Hornstra deed hij in 1962 een poging een leerstoel 'micro-sociale geneeskunde' (een bedekte term voor huisartsgeneeskunde) op te richten. Hornstra, die secretaris van het faculteitsbestuur was, kreeg gedaan dat het faculteitsbestuur zich achter het initiatief opstelde. Het plan werd echter getorpedeerd door de minister van Onderwijs, Cals, die het advies van zijn adviseur Brutel de la Rivière navolgde. Het ministerie van Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen was in 1962 nog een onoverkomelijke hindernis.

Nadat deze poging was mislukt, richtte het NHG, overeenkomstig een grotendeels door Van Es gemaakt ontwerp, in 1964 het Nederlands Huisarts Instituut (NHI) op. Via het NHI hoopte het NHG de huisartsgeneeskunde wetenschappelijk cachet te geven. Er zou wetenschappelijk onderzoek gedaan moeten worden en er zouden opleidings- en nascholingsactiviteiten ontwikkeld moeten worden. De financiering van dit 'extrafacultaire instituut' kwam rond via sponsoring door de farmaceutische industrie en een gift van een kapitaalkrachtige vriend van Van Es, de eerste (part-time) directeur. In de begindagen bestond het NHI, behalve uit een directeur, uit een

secretaresse en twee faculteitsmedewerkers, die uit de staf van Hornstra waren gerecruteerd. Hornstra's instituut verleende bovendien onderdak.

De financiële basis van het NHI was smal. Daarom stelde het NHI, gesteund door het NHG, pogingen in het werk om overheidssteun te verkrijgen.

Het toeval wilde dat er in 1963 net een nieuw kabinet was aangetreden. Hierin had voor het eerst sinds 1953 een staatssecretaris voor Volksgezondheid zitting, de KVP'er Bartels. Bartels, een econoom die negen jaar de functie van directeur van het Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg had bekleed, droeg het NHI een warm hart toe en plaatste in 1964 een subsidie voor 1965 op zijn begroting.

De positieve opstelling van Bartels was, op zijn minst gedeeltelijk, te verklaren uit het feit dat hij goed bevriend was met de staatssecretaris van Defensie uit hetzelfde kabinet, vice-admiraal b.d. A. van Es, een oudere broer van J.C. van Es. De directeur-generaal van Volksgezondheid had echter nogal wat bedenkingen tegen Bartels' gulheid. Dat wekte enige verbazing, want van deze directeur-generaal, de exhuisarts Muntendam uit Hollandsche Veld, was bekend dat hij de medische opleiding graag meer op het werk van de huisarts zou willen oriënteren.

Mogelijk taxeerde Muntendam de situatie anders dan de pleitbezorgers van het NHI. Van Es c.s. dachten dat de huisartsgeneeskunde via het NHI een voet tussen de deur van de universiteiten zouden kunnen krijgen, Muntendam achtte het wellicht niet ondenkbaar dat een goed draaiend NHI veranderingen binnen de medische faculteiten overbodig zou maken. Daarbij kwam dat Muntendam, naast ambtenaar ook buitengewoon hoogleraar aan de Leidse Universiteit, nieuwe ontwikkelingen mogelijk liever in Leiden zag plaatsvinden dan in Utrecht. Hierbij had hij wellicht het in Leiden gevestigde Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde (NIPG) op het oog, waar na Buma, De Kock van Leeuwen directeur was geworden.[14]

Muntendam kon bovendien slecht overweg met zijn staatssecretaris. Hij was (in het laatste kabinet-Drees) zelf een aantal jaren staatssecretaris van Volksgezondheid geweest en daarna op hetzelfde departement directeur-generaal geworden – zonder dat er een nieuwe staatssecretaris benoemd werd. Bartels' komst zinde Muntendam niet[15] en toen hij merkte dat er dingen buiten hem om gingen gebeuren, vertrok hij. Kenmerkend is dat de subsidie voor het NHI uiteindelijk werd geregeld op een moment dat Muntendam met vakantie was.

De strijd bij de overheid

De belangrijkste externe determinant van het medisch onderwijs wordt gevormd door de overheid, i.c. de ministeries van Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen en van Sociale Zaken en Volksgezondheid. De belangen van de betrokken ministeries lopen niet altijd parallel, nu niet, destijds ook al niet.

Het onderwijsveld was in de jaren zestig flink in beweging. Vanaf de oprichting in 1918 tot de Tweede Wereldoorlog had het ministerie van Onderwijs zich voornamelijk bezig gehouden met distributief beleid: men financierde, zonder te willen sturen. Na 1945 probeerden de minister en zijn ambtenaren in toenemende mate richting te geven aan de onderwijsontwikkelingen.[16] Dit hield in dat men niet ongenegen was tamelijk vergaande wijzigingen te entameren, maar alleen als men zelf greep kon houden op wat in gang werd gezet. Men voelde er derhalve weinig voor vakministeries beroepsopleidingen te laten financieren.

Voor de huisartsgeneeskunde zou dit een probleem gaan vormen: de voorstanders van een beroepsopleiding tot huisarts waren vooral te vinden op het departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid, terwijl men voor bestuurlijke daadkracht afhankelijk was van het ministerie van Onderwijs.

Eind 1965 presenteerde Van Es een plan voor een experimentele beroepsopleiding tot huisarts aan het bestuur van het NHG.[1] Dit plan belandde bij het ministerie van Volksgezondheid en opnieuw was Bartels bereid geld op de begroting vrij te maken. Opnieuw ook zette OKW de pleitbezorgers van de huisartsgeneeskunde de voet dwars, net als bij de poging een leerstoel microsociale geneeskunde op te richten. 'Onderwijs' had vooral bezwaren tegen financiering van het huisartsenonderwijs (en evenredig verlies van verantwoordelijkheid) door een vakministerie als Volksgezondheid.

Om een uitweg uit het conflict te vinden en om de problematiek van de huisartsenopleiding in een breder kader te plaatsen, besloten de beide ministeries aan het Interfacultair Overleg Geneeskunde te vragen een commissie in te stellen met als opdracht: 'een voorstel te doen inzake de opbouw van de medische studie waarbij plaats en duur van de opleiding tot huisarts dienen te worden aangegeven in relatie tot het totaal van het door de medische faculteiten te geven onderwijs en waarbij tevens met de wenselijkheid van studieverkorting rekening gehouden zou worden'.[17] De laatste zinsnede maakte duidelijk in welke richting een deal gezocht moest worden die ook voor OKW aanvaardbaar was.

De ministeriële commissie besloot bij haar beraadslagingen uit te gaan van een zojuist verschenen interimrapport van een andere commissie, de 'Commissie Huisartsen'. Deze Commissie Huisartsen, ingesteld in 1964, verdient nadere toelichting.

Muntendam vond het, toen hij nog directeur-generaal Volksgezondheid was, tijd worden de verschillende partijen een gezamenlijk standpunt over de huisartsenproblematiek te laten formuleren. Staatssecretaris Bartels was het hiermee eens, stelde een commissie in en benoemde Muntendam tot voorzitter. Met het instellen van deze commissie was het pleit in feite al ten voordele van de huisartsen beslecht. Negen van de veertien leden waren (ex)-huisartsen, onder wie Van Es, Huygen en Muntendam. Van de huisartsen in de commissie waren er drie aangewezen door het NHG en twee door de KNMG, onder wie Frese, de voorzitter van de LHV. De afgevaardigde van Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen, Brutel de la Rivière, was eveneens huisarts geweest. Brutel, ex-voorzitter van de KNMG, had tijdens de Tweede Wereldoorlog een belangrijke rol in het artsenverzet gespeeld en was medeoprichter van de verzetsorganisatie 'Medisch Contact'.

Tot de Commissie Huisartsen behoorden verder een internist, een dermatoloog, een longarts, een oogarts en een zenuwarts. Deze laatste, De Kock van Leeuwen, werd gevraagd vanwege zijn werk als directeur van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde en zijn kennis over conflictbeheersing.

Tijdens de installatie motiveerde Bartels de eenzijdige samenstelling van de commissie als volgt: 'Toch meenden wij er de voorkeur aan te moeten geven een groep van medische deskundigheden te formeren, die in staat is in een geheel eigen klimaat aan het denkproces inhoud te geven'.[18] In de onderzoeksopdracht stond al aangegeven in welke richting de commissie het zoeken moest: 'Meer dan in vroeger jaren beseffen wij dat de mens als sociaal wezen gevoelig is voor sociale invloeden en relaties. Welke plaats heeft hij in het gezin, hoe zijn de verbindingen in de groep waarin hij werkt, studeert, zich ontspant enz. De beoordeling van de gezinssituatie en van de aard van vele andere maatschappelijke relaties kan de huisarts somtijds niet klaarspelen zonder inschakeling van de dienstverlenende, niet geneeskundige functionarissen'.[18]

Dat de staatssecretaris voor de huisartsen zou doen wat in zijn vermogen lag, blijkt uit de woorden die Bartels bij de installatie sprak: 'De politiek is voor een minister en staatssecretaris de kunst van het haalbare en misschien kan het nuttig zijn, Mijnheer de Voorzitter (i.e. Muntendam), dat u daar al enigermate rekening mee houdt'.[18]

Problemen ontstonden pas toen de commissie, alvorens zich over de hoofdprobleemstelling te buigen, eerst rapport uitbracht over een deelprobleem. In 1966 verscheen het interimrapport 'betreffende de opleiding van de huisarts'. De stelling luidde dat de bestaande opleiding niet voldeed, dat er derhalve een specifieke beroepsopleiding gecreëerd zou moeten worden, dat die te zijner tijd verplicht gesteld zou moeten worden en aan zou moeten sluiten bij de opleiding tot basisarts. Het hele curriculum zou toegesneden moeten worden op een dergelijke beroepsopleiding. In de overgangsfase zou de verantwoordelijkheid voor de stage die de huisarts in opleiding in het ziekenhuis zou doorbrengen, moeten liggen bij een organisatie waarin faculteiten, KNMG en NHG vertegenwoordigd zouden moeten zijn. Voor zover de experimentele opleiding in de huisartspraktijk plaats zou vinden, zou de verantwoordelijkheid in handen van het NHG moeten liggen.[18]

Brutel de la Rivière was het met dit interimrapport niet eens. In een brief aan de minister schreef hij het onjuist te vinden over een opleiding te praten als het wetenschappelijk gebied waarop die opleiding gebaseerd zou moeten zijn, nog niet was gedefinieerd. Bovendien leek het hem toe dat de resultaten van het onderzoek al bij voorbaat vaststonden.[18]

Muntendam pareerde deze aanval door erop te wijzen dat de minister van Onderwijs snelle rapportage wenste in verband met de bij de faculteiten levende wens tot verandering van het curriculum. De faculteiten hadden gezegd rekening te willen houden met de conclusies van de Commissie Huisartsen. Ook het snel groeiende tekort aan huisartsen (eveneens bestreden door Brutel) maakte, aldus Muntendam, een snelle rapportage noodzakelijk.

Brutel bracht een minderheidsadvies uit en werd vervangen door Wester.

In theorie had Brutel natuurlijk gelijk: wil men een opleiding creëren, dan moet eerst het wetenschappelijk domein zijn afgebakend. De rest van de commissie besloot zich echter opportunistisch op te stellen. Men had zijn zinnen gezet op een verbetering van de medische studie, maar was het nog reëel om te veronderstellen dat huisartsen ooit voldoende inbreng in het gewone medische curriculum zouden kunnen krijgen? Een eigen specifieke beroepsopleiding was weliswaar niet precies wat men zich al die jaren gewenst had, maar lag hier niet een unieke kans?

Noch de medische faculteiten noch de betrokken departementen leken onoverkomelijke bezwaren te hebben. Dat het traditionele medisch curriculum niet te handhaven was, was voor iedereen, ook voor de faculteiten, duidelijk. Op het ministerie van Volksgezondheid begon men zich zorgen te maken over het feit dat er, met name in de grote steden, een tekort aan huisartsen dreigde te ontstaan; het ontbreken van een beroepsopleiding zou een negatieve invloed hebben op de status van het beroep. Ook het ministerie van Onderwijs vond dat er nu iets moest gebeuren – al was het maar uit bezuinigingsoverwegingen. Het interimrapport verscheen op het juiste moment.

Het toeval wilde dat in dezelfde periode de bezwaren die in EEG-verband zouden kunnen rijzen over 'concurrentievervalsing', minder acuut leken te gaan worden. In een eerder stadium was men bang geweest voor het Europese Hof gedaagd te zullen worden, als men als enige EEG-lid een beroepsopleiding tot huisarts verplicht zou stellen. Artsen uit andere lidstaten die zich in Nederland zouden willen vestigen, konden immers stellen dat zij onmogelijk aan deze eis konden voldoen. Deze angst werd minder klemmend toen vast kwam te staan dat Denemarken EEG-lid zou worden, aangezien Denemarken al een twee jaar durende huisartsenopleiding kende.

De opleiding 1966-1973

Het jaar 1966 was voor de huisartsgeneeskunde een *annus mirabilis*. Het was niet alleen het jaar waarin het slepende hononariumconflict tussen huisartsen en ziekenfondsen een uiterst gunstige wending voor de huisartsen nam, het was ook het jaar waarin vast kwam te staan dat er inderdaad een beroepsopleiding tot huisarts zou komen.

De IOG-werkgroep die vanwege de onenigheid tussen de ministeries van Onderwijs en Volksgezondheid was ingesteld, nam de ideeën van de Commssie Huisartsen grotendeels over. De dekanen die regelmatig overlegden en goed op de hoogte waren van elkaars standpunten, werden het snel eens en brachten nog in 1966 het 'Raamplan Huisartsenopleiding' uit. Hoeksteen van het plan was een wijziging van het Academisch Statuut. Voorgesteld werd de algemene opleiding tot zes jaar terug te brengen. De opleiding zou moeten worden afgesloten met een assistent-artsexamen; bevoegd om zelfstandig als arts te werken zou men pas zijn na een vervolgopleiding, voor de huisartsen een eenjarige beroepsopleiding.

Belangrijk was de verandering dat de

inhoud van de vakken niet meer exact in het statuut werd vastgelegd. Het curriculum bevatte nu een aantal globaal omschreven pijlers die 'geïntegreerd' en 'keuze-' onderwijs mogelijk maakten. De faculteiten bepaalden zelf uit welke eenheden zij pijlers opbouwden, combineerden of uitsplitsten. Er werd ook een pijler 'sociale wetenschappen' geïntroduceerd, hetgeen op sommige faculteiten leidde tot de invoering van vakken als medische psychologie en medische sociologie.[17]

Het feit dat het curriculum verkort werd, maakte het plan voor het ministerie van OKW acceptabel – al was nog allerminst duidelijk in hoeverre 'Volksgezondheid' zich via bijvoorbeeld de financiering van de huisartsenopleiding op territorium van OKW zou gaan begeven. Nu ook het ministerie van Onderwijs over de streep was, stond niets een wijziging van het Academisch Statuut meer in de weg. Deze verandering kreeg in 1968 zijn beslag.

Utrecht wachtte de parlementaire goedkeuring niet af en voerde reeds in 1966 het nieuwe curriculum in. Deze 'illegale' stap kon doorgang vinden, doordat de Utrechtse hoogleraren er achter stonden en staatssecretaris Bartels bereid was het 'experiment' te financieren. Voor Van Es was dit het *point of no return*. De Utrechtse beslissing werd gevolgd door het voorstel Van Es te benoemen tot 'buitengewoon hoogleraar in de geneeskunde van de huisarts', hetgeen in 1967 geschiedde. Utrecht werd zo de eerste universiteit waar men, na het nieuwe assistent-artsexamen maar vóór het artsexamen, in een gedifferentieerd zevende jaar een beroepsopleiding tot huisarts kon volgen.

Toen de andere universiteiten ook hoogleraren moesten gaan benoemen ten behoeve van de nieuwe opleiding, kwam pijnlijk aan het licht dat nog lang niet vast stond wat 'huisartsgeneeskunde' nu precies was. Leerstoelen 'huisartsgeneeskunde' waren er nog niet, men sprak van 'de algemeen geneeskundige praktijk', 'de geneeskunde van de huisarts' en 'de toepassing van de geneeskunde in het gezin'. En welke eisen moest men stellen aan te benoemen hoogleraren? Moesten zij huisarts zijn? Of was het voldoende als zij het ooit geweest waren of 'er affiniteit mee hadden'?

De gang van zaken in Leiden is illustratief. Men benaderde er eerst Huygen, maar toen die weigerde (hij wilde zijn huisartspraktijk niet opgeven), stelde men Dijkhuis aan, controlerend geneesheer bij het Arnhems ziekenfonds, zeer ervaren in beleidszaken, maar op dat moment niet praktizerend huisarts.

Huygen was er tot 1968 nog allesbehalve gerust op. Hij had vooral weinig fiducie in de faculteiten. Niet overal was het zo geregeld als in Utrecht, waar Van Es zitting had in de onderwijscommissie van de faculteit, een positie die hem in staat stelde de huisartsgeneeskunde ook in de basisopleiding een plaats te geven. Huygen vreesde dat de faculteiten het gedifferentieerde zevende jaar zouden gaan invullen met co-schappen in ziekenhuizen. Het feit dat huisartsen-inspe in die beginjaren de helft van hun opleiding in een ziekenhuis door moesten brengen, versterkte zijn onbehagen nog aanzienlijk. Voor Huygen gaf de instelling van het College Huisartsgeneeskunde, in 1973, op instigatie van de KNMG, de doorslag. Dit college ging landelijk normen vaststellen over de inhoud van de opleiding.

Behalve de faculteiten wisten ook opleiders en opgeleiden aanvankelijk nauwelijks wat ze met de opleiding aan moesten. Behoefte aan nascholing bleek al te gemakkelijk vertaald te zijn in pleidooien voor een specifieke, op huisartsen gerichte scholing. Men had onderschat dat nascholing individueel, 'op recept' was, terwijl de beroepsopleiding een algemene grondslag voor elke huisarts zou moeten bieden. Bovendien stuitte men op het probleem dat alleen praktijkervaring aan het licht brengt wat men mist. Veel huisartsen-in-opleiding bleken – tot verbijstering van de oude rotten die zich voor een beroepsopleiding hadden ingezet – niet het gevoel te hebben veel te missen. Het was bepaald geen uitzondering als assistenten-in-opleiding na een co-schap van zes weken bij een huisarts, de praktijk wel meenden te kennen. De invulling van het zevende jaar, het beroepsopleidingsjaar, vergde derhalve een grote inspanning, niet alleen inhoudelijk, maar ook qua motivering.

In het vernieuwde Academisch Statuut zat nog een lek. Ook wanneer men niet de specifieke beroepsopleiding had gevolgd, kon men zich na het artsexamen als huisarts vestigen. Hieraan kwam in 1973, net op het moment dat de eerste lichting studenten het nieuwe curriculum had doorlopen, een einde door een tweede verandering van het Academisch Statuut. De voorstellen van de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening, die in 1971 een interimrapport had uitgebracht waarin werd voorgesteld de basisopleiding definitief terug te brengen tot zes jaar, werden opgevolgd. De opleiding tot huisarts veranderde van een preartsopleiding in een post-artsopleiding. De titel 'huisarts' werd beschermd door het oprichten van een register voor huisartsen: alleen erkende huisartsen kregen contracten met ziekenfondsen.

De financiering kwam nu ook rond. De overheid wendde een klein deel van het geld dat zij bespaarde met de curriculumverkorting, aan voor het opzetten van de huisartsenberoepsopleiding, terwijl Volksgezondheid de honorering van de huisartsen-in-opleiding voor haar rekening nam.

Om het onderwijs in de huisartsgeneeskunde te verzorgen werden in het begin van de zeventiger jaren op alle universiteiten huisartseninstituten opgezet. Het grootste probleem hierbij was, behalve de financiering, het vinden van huisartsopleiders en stageplaatsen.

De eersten van degenen die in 1966 in Utrecht aan de 'experimentele' opleiding waren begonnen, studeerden af in 1971, en degenen onder hen die huisarts wilden worden, begonnen in de herfst van dat jaar aan de beroepsopleiding tot huisarts. Vanaf 1972 was het ook in Rotterdam mogelijk een (proef) opleiding tot huisarts te volgen. In 1973 volgden de beide Amsterdamse universiteiten, in 1974 Groningen, Nijmegen en Maastricht. Leiden kwam, de aanwezigheid van Muntendam ten spijt, in 1975 als laatste over de streep.

De beroepsopleiding tot huisarts was een feit.

Dankbetuiging
Voor dit artikel is mede gebruik gemaakt van interviews met Prof. dr. H.J. Dokter (20 april 1990), Dr. J.A.C. de Kock van Leeuwen (27 april 1990), Prof. dr. J.C. van Es (2 mei 1990) en

Prof. dr. F.J.A. Huygen (9 mei 1990). Wij danken hen hartelijk voor de bereidwilligheid waarmee zij ons te woord hebben gestaan.

Literatuur

1 Van Es JC. Ontwerp voor een postuniversitaire beroepsopleiding tot huisarts. Utrecht: NHI, 1965.
2 Van Weel C. Schrijven over de beroepsopleiding. Huisarts Wet 1982; 25: 239-43.
3 Van Nieuwenhuijzen MG. Mogelijkheden tot verbetering van de opleiding tot huisarts na het artsexamen. Huisarts Wet 1961; 4: 11-3.
4 Festen H. 125 jaar geneeskunst en maatschappij. Utrecht: KNMG, 1974.
5 Buma JT. De huisarts en zijn patiënt. Grondslagen van het medisch denken en handelen. Amsterdam: Jasonpers, 1950.
6 Van der Wielen Y. De huisarts en de doeltreffendheid van zijn aandeel in de gezondheidszorg. Assen: Van Gorcum, 1960.
7 Hogerzeil HHW. Jaarrede van de voorzitter op het NHG-congres 1959. Huisarts Wet 1959; 3: 78-82.
8 Prakken JR. De studie der geneeskunde en de opleiding van de huisarts. Ned Tijdschr Geneeskd 1960; 104: 1273-5.
9 Huygen FJA. Huisarts en opleiding I, II, III, IV. Huisarts Wet 1957-58; 1: 10-1, 71-2, 214-8; 1958-59; 2: 138-41.
10 Huygen FJA. Lacunes in de opleiding van de huisarts. Huisarts Wet 1960; 3: 433-7.
11 Commissie opleiding van de huisarts. Rapport. Utrecht: KNMG, 1963.
12 Goudsmit J. Anderhalve eeuw dokteren aan de arts. Geschiedenis van de medische opleiding in Nederland. Amsterdam: SUA, 1978.
13 Thung PJ. Beleid en werkelijkheid: de artsenopleiding tussen 1945 en 1985. Med Contact 1986; 41: 948-50.
14 Van Herk R. De verwezenlijking van de beroepsopleiding tot huisarts 1956-1973. Rotterdam: RUHI, 1990.
15 Muntendam P. Zestig jaar in de gezondheidszorg Assen: Van Gorcum, 1984.
16 Boekholt PThFM, Booy EP. Geschiedenis van de school. Assen: Van Gorcum, 1987.
17 Interfacultair Overleg der Nederlandse Faculteiten der Geneeskunde. Raamplan huisartsenopleiding, 1966.
18 Commissie Huisartsen. Rapport aan het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, 1967. ■

De onderhandelingen tussen huisartsen en ziekenfondsorganisaties in Nederland na 1945

Vervolg van pagina 110.

6 Fisher R, Ury W, Patton B. Excellent onderhandelen. Een praktische gids voor het best mogelijke resultaat in iedere onderhandeling. Utrecht, Antwerpen: Veen, 1987.
7 Mastenbroek WFG. Onderhandelen. Utrecht: Het Spectrum, 1987.
8 De Jonge R. De binnenkant van een professie. De huisarts en zijn beroepsgroep. Tilburg: Tilburg University Press, 1988.
9 Fisher R. Probleem oplossen bij interculturele onderhandelingen. Negotiation Magazine 1990; 2: 189-96.
10 Stolte JB. Conflict en staking in de gezondheidszorg. Lochem: De Tijdstroom, 1977. ■