

ervaren huisartsen en deels door uitmuntende klinici/docenten uit andere medische specialismen en paramedici. Het klinisch profiel kan verder versterkt worden door via de differentiatie in het derde jaar van de opleiding aansluiting te zoeken bij de NHG-Kaderopleiding. Daarin worden vervolgoopleidingen geboden voor relevante klinische deelgebieden. Voor een toekomstige gezondheidszorg waarin de samenwerking tussen medische disciplines sterker zal worden en de onderlinge afgrenzing vervagen, is het buitengewoon aantrekkelijk als assistenten-in-opleiding over die grenzen kunnen kijken en kunnen participeren in andere opleidingsprogramma's. Individualisering van de opleidingsprogramma's maakt de traditionele groepswijze curriculumgang een minder zinvolle organisatievorm.

Vanwege de toenemende betekenis van het wetenschappelijk onderwijs (denk bijvoorbeeld aan het aiotho-programma) en de complementariteit van de basis- en huisartsopleiding is een stevigere integratie van de huisartsopleiding binnen de academische afdelingen Huisartsgeneeskunde nodig. Bovenal gaat het er om, huisartsen op te leiden tot toekomstige klinische leiders van een gezondheidszorg, die nog maar ten dele zal lijken op de inrichting die we nu kennen.

#### Literatuur

- 1 Verheij T, Pieters R, Rutten G, Hoes A. Huisarts, blij bij je klinische leest! Huisarts Wet 2006;49(2):75-7.
- 2 De Melker RA. It takes two to tango. Consultvoering door de huisarts. Huisarts Wet 2001;44:258-9.

# De huisarts is toch echt een clinicus

*Theo Verheij, Ron Pieters, Guy Rutten, Arno Hoes*

In tegenstelling tot wat Van Weel en Crebolder blijkbaar in ons stuk lezen, vinden wij niet dat een meer klinische benadering van de huisartsgeneeskunde de panacee is voor alle problemen in de toekomst. Zij bepleiten een innovatie van de geneeskundige zorg waarbij er meer aandacht is voor de wensen van de patiënt en zijn/haar leefgewoonten en meer aandacht voor de prognose van de patiënt. Afgezien van de vraag of dit nu zo nieuw is, onderschrijven wij dat deze aspecten belangrijk zijn voor alle praktiserende (huis)artsen. In alle scenario's zal de patiënt er echter het meest bij zijn gebaat als de huisarts op de eerste plaats een heel goede clinicus zal zijn. Aandacht voor leefgewoonten en de prognose hoort daar uiteraard bij. Ook de opmerkingen van Van Weel en Crebolder over de huisartsopleiding beschouwen wij als een ondersteuning en zinvolle aanvulling van ons betoog: een sterke huisartsopleiding waarin een klinische oriëntatie en een deugdelijke wetenschappelijke scholing centraal staan zal ook in de toekomst een belangrijke pijler zijn van de huisartsgeneeskunde. Thiadens vindt onze stellingname arrogant en defensief. Boven-

dien zouden wij niet trots zijn op het huisartsenvak. Dat klopt niet: wij zijn juist uitermate trots op de huisartsen, ongeveer de laatste klinici in Nederland met een zeer brede klinische competentie, die efficiënt diagnoses kunnen stellen, prognoses kunnen inschatten, interventies kunnen initiëren en patiënten kunnen begeleiden. Daarbij maakt de huisarts, en we willen het nogmaals herhalen, natuurlijk ook gebruik van zijn eerdere ervaring met de (gezonde) patiënt, zijn kennis over de context en zijn communicatieve vaardigheden. Onze opvatting dat de huisarts primair een clinicus is, is arrogant noch defensief. Wij menen juist dat Thiadens' standpunt – dat huisartsgeneeskunde een principieel ander specialisme is dan alle andere – nogal defensief is. De kern van ons betoog was dat de kern van de huisartsgeneeskunde bestaat uit klinische attitude, kennis en vaardigheden. Daarop moeten onderwijs en onderzoek zich primair richten. Expliciet stelden wij dat aanpalende gebieden zoals ethiek, continuïteit en de arts-patiëntrelatie belangrijke academische domeinen zijn, maar niet uitsluitend, of vooral, door huisartsen uit te voeren. Wij voegden daaraan toe dat ook basaal onderzoek in de huisartsenpraktijk zou moeten worden verricht. Participatie van huisartsen aan onderzoek en onderwijs op deze terreinen is belangrijk. Maar, de zwaartepunten van ons eigen onderwijs en onderzoek liggen naar onze mening op klinisch terrein. Thiadens' eigen keuze voor de vroegdiagnostiek van astma en COPD als onderwerp voor zijn proefschrift, waarvan de inhoud in belangrijke internationale tijdschriften is gepubliceerd, was daar een mooi voorbeeld van. Of betrof het hier een door Thiadens achteraf betreunde, blijkbaar tijdelijke, 'verkoop van zijn ziel aan de duivel'?

#### Auteursgegevens

Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, UMC Utrecht, Postbus 85060, 3508 AB Utrecht: Th J.M. Verheij, hoogleraar huisartsgeneeskunde; H.M. Pieters, hoofd huisartsopleiding; prof.dr. G.E.H.M. Rutten, hoogleraar diabetologie in de huisartsgeneeskunde; prof.dr. A.W. Hoes, hoogleraar klinische epidemiologie in de huisartsgeneeskunde.

Correspondentie: th.j.m.verheij@umcutrecht.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.