

## Een nieuwe dokter, een nieuwe opleiding

Dit is deel 4 van de serie Geschiedenis van de huisartsgeneeskunde. Deze serie is ontwikkeld door de NHG-Werkgroep Geschiedenis Huisartsgeneeskunde en werd geschreven door Esther van Osselen, huisarts en wetenschapsjournalist. De werkgroep bestaat uit: prof.dr. E. Schadé (voorzitter), R.S.M. Helsloot (secretaris), M.J.J. Bergevoet, prof.dr. H.F.J.M. Crebolder, dr. J.A.M. van Eijck, dr. F.J. Meijman, prof.dr. C. van Weel, dr. G.Th. van der Werf en dr. E.A.B. van Zalinge. Corresponderende leden: dr. B.J.M. Aulbers, prof.dr. H.J. Dokter, prof.dr. J. Heyrman, S.F.J. Kleijkers, H. Pellicaan en dr. H. Vink. De financiële middelen werden ter beschikking gesteld door de SBOH.

In de geschiedenis van de opleiding tot huisarts zijn de emancipatie en professionalisering van het huisartsenvak goed te volgen. De Instituten voor Huisartsgeneeskunde ontwikkelden zich van pioniersteams tot professionele organisaties die streven naar evidence-based onderwijs. Het curriculum was aanvankelijk vrijblijvend en weerspiegelde de idealen van de jonge huisartsgeneeskunde. Later verschoof de aandacht naar wetenschappelijk gefundeerde huisartsgeneeskunde.

Jan van Es werd in 1966 de eerste hoogleraar Huisartsgeneeskunde, in Utrecht. Vanaf de oprichting in 1965 was hij directeur van het Nederlands Huisartsen Instituut (NHI), gehuisvest op Mariahoek 4 in Utrecht samen met het NHG.



NHG-Werkgroep Geschiedenis Huisartsgeneeskunde, Postbus 3231, 3502GE Utrecht; E.C.M. van Osselen; dr. E.A.B. van Zalinge; R.S.M. Helsloot; dr. G.Th. van der Werf • Correspondentie: r.helsloot@kpnplanet.nl • Mogelijke belangverstrengeling: niets aangegeven.

Huisartsen in opleiding verwierven een betere rechtspositie, maar moesten ook aan hogere en uniforme eisen voldoen. Enkele van de hoofdrolspelers van de afgelopen veertig jaar vertellen over hun keuzen en overwegingen. Een schets.

### EEN VOET TUSSEN DE DEUR

Bezien vanuit het allereerste begin van de moderne huisartsgeneeskunde was de oprichting van een gespecialiseerde huisartsopleiding niet meer dan logisch. Eén van de belangrijkste grieven van de oprichters van het NHG in 1956 was immers dat de studie Geneeskunde tekortschoot.<sup>1</sup> Over de ziekten die huisartsen zagen, leerden geneeskundestudenten vrijwel niets, laat staan over de psychische en sociale aspecten en over de verstandhouding tussen arts en patiënt. Wie zich vol optimisme vestigde als huisarts, belandde de eerste jaren niet zelden in een persoonlijke crisis, schreef Frans Huygen, een van de oprichters van het NHG.<sup>2</sup>

Just Buma, een van de inspiratoren van de moderne huisartsgeneeskunde, droomde al in de jaren veertig van de huisarts als opleider:

*‘De huisarts-docent kan putten uit de schat zijner persoonlijke ervaringen, een kostbaar bezit dat tot dusver met iedere ervaren huisarts ten grave daalde en door iedere onervarene weer moeizaam moest worden vergaard.’<sup>3</sup>*

Dat na de oprichting van het NHG al snel werd bedacht hoe een huisartsopleiding eruit moest zien, was dus te verwachten. In het eerste ontwerp voor een ‘beroepsopleiding’ voor de huisarts is de ruggengraat van de huidige huisartsopleiding al te herkennen. Jan van Es, de eerste hoogleraar Huisartsgeneeskunde, bedacht eind jaren zestig dat er een stage moest zijn in de huisartsenpraktijk, een klinische stage en wekelijks een terugkomdag. Die terugkomdagen werden gebruikt om te ‘spuien’, casuïstiek te bespreken, medische onderwerpen uit te diepen en de student te begeleiden op het gebied van de arts-patiëntrelatie.<sup>4,5</sup>

De geneeskundestudie duurde des tijds zeven jaar. Het artsexamen gaf toe-

gang tot de algemene praktijk – dus tot vestiging als huisarts. Van Es wilde het laatste jaar van de studie inrichten als huisartsopleiding. Heert Dokter, vanaf 1973 de eerste Rotterdamse hoogleraar Huisartsgeneeskunde, vond dat een slimme zet: ‘Toen hadden we een poot tussen de deur aan de universiteiten. En als je eenmaal binnen bent, kun je ook invloed uitoefenen.’<sup>6</sup>

Het bleek te werken. In 1971 werden in Utrecht de eerste zevendejaars opgeleid tot huisarts. In 1973 veranderde het Academisch Statuut. De studie Geneeskunde leidde voortaan in zes jaar op tot basisarts. Alle medische faculteiten kregen een huisartsinstituut en pas na de eenjarige beroepsopleiding konden men zich inschrijven als huisarts bij de Huisarts Registratie Commissie (HRC). Vanaf het begin was de beroepsgroep verantwoordelijk voor de inhoud van de opleiding. Het College voor Huisartsgeneeskunde (CHG) bepaalde de opleidingseisen; de uitvoering werd aan de universiteiten overgelaten.<sup>5,7</sup>

### EEN NIEUW SOORT DOKTER

De opzet van de huisartsopleidingen weerspiegelde het idealisme van het jonge vak. Er moest een nieuw soort dokter komen. Die zou niet alleen naar de ziekte kijken, maar ook naar de psychische en maatschappelijke context. Het onderwijs moest professioneler. Onderwijskundigen werden ingeschakeld. Huisartsopleiders werden persoonlijk geworven en begeleid. Dokter:

*‘We gingen eropuit. Dus niet de jongste assistent, maar de professor ging op pad om opleiders te benaderen. Wij moesten dat wel zo doen, want het waren allemaal dorpsdokters. Kleine pauzen met onaantastbare posities. Die moesten we niet alleen vragen om assistenten te ontvangen, maar ook om op het instituut te komen, over het opleiden te vertellen en over hoe het voor hen zelf voelde.’<sup>6</sup>*

Ook psychologen en andere gedragswetenschappers werden ingezet (daarover meer in het eerstvolgende artikel in deze serie). Dokter:

*'Je neemt jezelf mee in het vak. Het idee om psychologen te betrekken bij de opleiding van artsen was nieuw. Het hanteren van een arts-patiëntrelatie moest je volgens specialisten maar van je leermeester leren.'*<sup>6</sup>

De manier waarop huisartsbegeleiders en gedragswetenschappers samenwerkten, verschilde per instituut of zelfs van groep tot groep. Centraal stonden destijds de psychosociale aspecten van ziek zijn en de persoonlijkheid van de arts. Vic Tielens, ook een van de pioniers van de huisartsopleiding als voorzitter van het NHG, lid van de CHG en coördinator van de beroepsopleiding in Nijmegen, omschrijft het zo: 'Op die golf van aandacht voor sociale en psychologische aspecten groeide de rol van de gedragswetenschappers. En zoals dat vaker gaat, schiet zo'n beweging wel eens door.'<sup>8</sup>

De nadruk op psychosociale aspecten was geen toeval. Aan de ene kant was de integrale kijk op geneeskunde in de ogen van de NHG-oprichters de kern van het huisartsenvak. Aan de andere kant was er op somatisch gebied nog maar weinig huisartsgeneeskundige kennis. Tielens: 'De gedragswetenschappelijke tak van het vak was veel eerder theoretisch onderbouwd dan de somatische kant.' Op medisch vlak bestond de huisartsopleiding vooral uit het toepassen van wat men van specialisten had geleerd. Wetenschappelijk onderzoek dat de beperkingen van deze benadering aantoonde, was er nog niet.

In de jaren tachtig kwam er kritiek. Ben Bottema, eveneens oud-NHG-voorzitter en opvolger van Tielens als hoofd van de huisartsopleiding in Nijmegen, zegt hierover: 'Er ontstond – ten onrechte – het beeld dat de huisartsen werden opgeleid tot een soort maatschappelijk werkers.'<sup>9</sup> Bottema was in 1973 aspirant-huisarts in één van de eerste groepen van de Utrechtse opleiding. De kritiek op de gedragswetenschappelijke inbreng in de opleiding was deel van een breder debat over de rol van de huisarts: was die vooral dokter of vooral hulpverlener? De dokter won. En dat had zijn weerslag op de huisartsopleidingen,

Arts-assistentengroep van het AMC-UvA, een van de vier (landelijke) experimentele tweejarige groepen (1987-1989). Met streepjesoverhemd Jeroen van der Lugt, van 1988-1990 LOVAH-voorzitter en thans huisartsopleider in Zaandam.



waar vanaf eind jaren tachtig medisch inhoudelijk onderwijs meer aandacht kreeg. Het 'specialisme van de generalist' kreeg vorm.

### LIJN IN HET CURRICULUM

Vooraf in de beginjaren was het curriculum vrijblijvend. Instituten richtten het onderwijs vaak in aan de hand van wat assistenten uit de praktijk inbrachten.<sup>5</sup> Bottema: 'Begeleiders en assistenten vonden samen de opleiding uit. Soms begon de terugkomdag met de vraag: "Wat zullen we vandaag eens gaan doen?"'<sup>9</sup>

Van groot belang voor de ontwikkeling van een gestructureerd curriculum was het Basistakenpakket dat de LHV in 1983 op papier zette. Het was het eerste document waarover huisartsen het min of meer eens waren.<sup>10,5</sup> Bovendien kon het worden vertaald in onderwijsdoelen. Dat deed de Commissie Curriculum Constructie (meerjarige) Beroepsopleiding tot Huisarts (CCBOH), die in 1986 in een serie rapporten de eerste landelijke onderwijsdoelen formuleerde.<sup>11-13</sup> Niet dat vervolgens alle instituten hetzelfde programma aanboden. Bottema: 'Het bleven koninkrijkjes, waarbinnen bovendien docenten en groepsbegeleiders geregeld hun eigen professionele opvattingen lieten prevaleren boven die van de beroepsgroep.'

Helemaal waarde vrij was de CCBOH

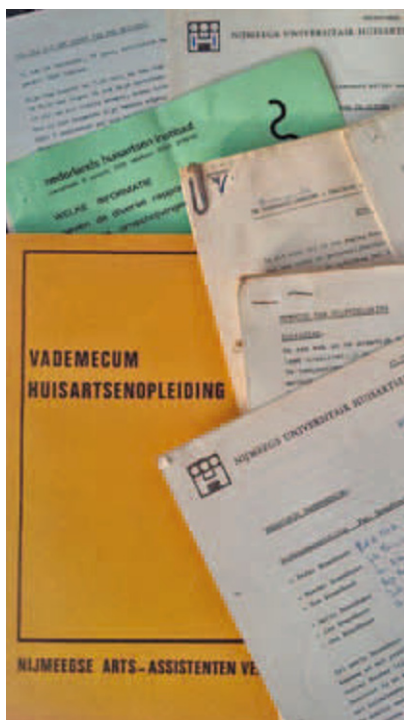
niet aan het werk gegaan: de commissie wilde duidelijk maken dat de eenjarige opleiding te kort was en ontwikkelde een driejarig curriculum.<sup>12</sup> Financieel, maar ook inhoudelijk waren er aanvankelijk bezwaren. Met name de ziekenhuisstage was omstreeden. Assistenten werden volgens critici ingezet voor productie en leerden te weinig huisartsgeneeskundige vaardigheden. 'Van patiëntgerichte vaardigheden en attitude is na de ziekenhuisstage weinig meer over en velen hebben een defensieve houding ontwikkeld ten opzichte van het zelfstandig medisch handelen', schrijft Van Zalinge in haar boek over de geschiedenis van de huisartsopleiding aan het AMC-UvA, waar zij lange tijd werkte en ook enkele jaren hoofd was.<sup>14</sup> Vragen over de ziekenhuisstage – of breder, de 'externe leer-werkperiode' – zouden blijven,<sup>15</sup> maar de strijd ertegen was een achterhoedegevecht. Europese regels stelden vanaf medio jaren negentig een ziekenhuisstage in de huisartsopleiding verplicht.<sup>12</sup> De opleiding werd in stappen verlengd: eerst kwam er een tweejarig compromis, van 1988 tot 1994, daarna werd de duur van de opleiding alsnog drie jaar.<sup>5</sup>

### RECHTSPOSITIE ASSISTENTEN

Door de strubbelingen over de opleidingsduur kwamen sommige huisartsen in opleiding (haio's) in de knel.

Jeroen van der Lugt, huisartsopleider in Zaandam en van 1988-1990 LOVAH-voorzitter, herinnert het zich zo: 'Er was eerst een experimentele tweejarige opleiding, maar daarvoor werd geen salaris betaald.'<sup>16</sup> Deze experimentele tweejarige opleiding was op vier instituten. Voor het tweede jaar was geen financiering, de assistenten namen vrijwillig deel aan het experiment. 'Salaris' was überhaupt een groot woord. De eerste haio's kregen in de jaren zeventig per maand een stagevergoeding van 400 gulden, aangevuld met een renteloze lening van 830 gulden. Dat was zo karig dat veel huisartsopleiders hun haio uit eigen zak bijbetaalden. Jan Schuling, vanaf 1982 hoofd van de opleiding in Groningen: 'Daar waren zelfs informele afspraken over. Je moest als opleider toch wel de helft van de onkostenvergoeding doorgeven aan je assistent.'<sup>17</sup> Opleiders kregen een onkostenvergoeding van 3750 gulden voor zes maanden; in 1979 werd dit 9335 gulden voor twaalf maanden.

Nijmegen, opleidingsjaar 1976-1977. Het curriculum hing in de eerste jaren van de huisartsopleiding nog met stencils en paperclips aan elkaar.



In 1979 kregen de assistenten per maand 600 gulden stagevergoeding plus ongeveer 1200 gulden renteloze lening. De bedragen werden gaandeweg opgetrokken. Van der Lugt: 'Veel opleiders zorgden nog voor extra inkomsten door hun haio's keuringen te laten doen of ze een kamer aan te bieden.'

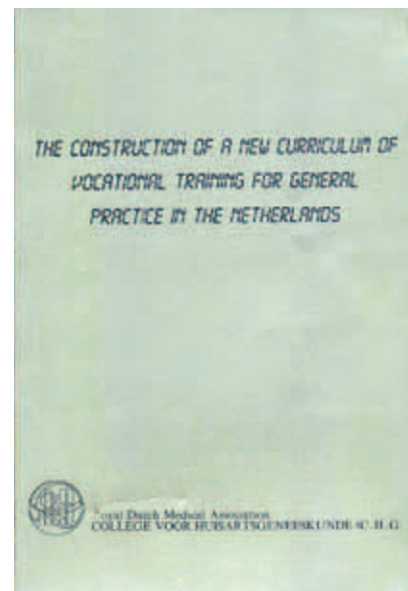
In 1988 ging de tweejarige opleiding op alle instituten van start. De haio ontving nog steeds geen salaris. De oprichting van de Stichting Beroepsopleiding tot Huisarts (SBOH) in 1989 maakte een einde aan de afhankelijkheid. De SBOH betaalde voortaan de salarissen aan assistenten, financierde de instituten en keerde de vergoedingen uit aan de opleiders.

Niet alles was direct koek en ei: het netto salaris lag 400 gulden per maand lager dan de renteloze lening. Van der Lugt, die bij de gevestigde orde weinig oor vond voor de klachten van de haio's, zegt daarover: 'Daar waren we behoorlijk boos over, maar de teneur was: hou je nu maar koest, dan komt het wel goed als je straks gevestigd bent.' Al met al betekende de SBOH een aanzienlijke verbetering van de rechtspositie. Zo kon men aanspraak maken op sociale verzekeringen zoals ziektewet en zwangerschapsverlof. Deeltijdwerk was overigens al vanaf begin jaren tachtig op veel opleidingen mogelijk.<sup>5</sup> Na nieuwe protesten van de LOVAH werd het salaris met 30% verhoogd, om het gelijk te trekken met dat van assistenten in zieken- en verpleeghuizen. Sinds 2001 is er een cao.<sup>18</sup>

#### VAN BASISCURRICULUM TOT EEN LEVEN LANG LEREN

Ondertussen veroverde de huisartsgeneeskunde een volwaardige plaats in de geneeskundestudie. De huisartsgeneeskundige curricula verschilden per universiteit, maar in het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde Basiscurriculum (IOH-B) werkte men van meet af aan aan gemeenschappelijke onderwijsdoelen. Door de verbeterde positie van de huisartsgeneeskunde binnen de UMC's nam de bijdrage aan het medisch onderwijs toe. Het nieuwe basiscurriculum van 1994 had een ste-

Het CCBOH gaf in de jaren negentig de aanzet tot belangrijke herzieningen van de huisartsopleiding.



vige huisartsgeneeskundige inbreng en introduceerde een coschap huisartsgeneeskunde, dat later verplicht gesteld werd.<sup>5,19,20</sup> Het belang hiervan moet niet onderschat worden: door het coschap, waarvoor veel huisartsen in den lande hun praktijk openstelden, kwamen alle geneeskundestudenten in aanraking met de essentie van de huisartsgeneeskunde.

Wetenschappelijk onderzoek begon resultaten op te leveren die vroegen om een werkbare vertaling naar de praktijk - vanaf 1989 verschenen de eerste NHG-Standaarden. De veranderende zorgvraag, het toenemende belang van chronische aandoeningen en de groeiende verwachtingen die de overheid had van de bijdrage die de huisartsgeneeskunde zou kunnen leveren aan goede en betaalbare medische zorg stelden huisartsen voor nieuwe uitdagingen. Dit kreeg in 2004 zijn weerslag in de opvolger van het Basistakenpakket, het *Aanbod huisartsgeneeskundige zorg* van de LHV (herzien in 2009).<sup>21</sup> De opleiding moest mee veranderen. Bottema:

*'Er was in het curriculum meer ruimte nodig voor veelvoorkomende aandoeningen, voor diagnostiek, voor het*

*behandelen van somatisch onverklaarde lichamelijke klachten en voor de samenwerking en organisatie bij complexe chronische aandoeningen.<sup>9</sup>*

LHV en NHG trokken in de jaren negentig de verantwoordelijkheid voor de opleiding naar zich toe. Vanaf 2000 werd in het kader van het Project Vernieuwing Huisartsopleiding – waarin stafleden van alle instituten actief waren – een serie curriculumvernieuwingen ontwikkeld in samenwerking met het College voor Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde. In 2005 verscheen het *Competentieprofiel van de huisarts*.<sup>22-27</sup> Dit profiel vormde de basis voor de in 2009 verschenen eindtermen waarin voor het eerst de zeven kerncompetenties van het CanMEDS-model waren verwerkt.<sup>24</sup>

Voor de huisartsopleiding waren de zeven kerncompetenties voor een deel oude wijn in nieuwe zakken. Lode Wigersma, in de jaren negentig hoofd van de huisartsopleiding van het AMC-UvA en betrokken bij de modernisering van de medische vervolgoopleidingen:

*‘Al die elementen waren al aanwezig in de eindtermen van 2000. En toch is het echt winst. In alle vervolgoopleidingen worden nu dezelfde beginselen gebruikt. In grote lijnen zijn de kwaliteitseisen voor alle dokters daardoor hetzelfde.’<sup>28</sup>*

#### Solliciteren

Tegenwoordig moet men solliciteren voor de huisartsopleiding. Dat spreekt niet vanzelf. Tot 1984 had elke basisarts het recht om de beroepsopleiding te volgen. Dit leidde echter tot lange wachttijden, er waren altijd al veel meer liefhebbers dan plaatsen. Aanvankelijk moest loting dit probleem oplossen. In 1988 kwamen de eerste sollicitatieprocedures. De afgelopen jaren zijn er experimenten geweest met consulten met simulatiepatiënten en met afname van de LHK-toets. Het aantal haio's – sinds 2005 aios, artsen in opleiding tot specialist Huisartsgeneeskunde – steeg voortdurend. In 2000 konden er jaarlijks 360 starten, in 2012 dubbel zoveel. Van een vrijwel exclusieve mannenclub veranderde de aios-populatie in die jaren in een groep waarin vrouwelijke artsen de meerderheid vormen.<sup>5,13</sup>

De huisartsopleiding werd rond 2000 neergezet als stap in een continuüm; ze begint al tijdens de geneeskundestudie en gaat na de registratie door met zelfstudie, nascholing en bijvoorbeeld de NHG-Kaderopleidingen. De huisartsopleiding moest assistenten bijbrengen wat ze in de praktijk nodig hebben en hen vormen tot huisartsen die zichzelf blijven ontwikkelen.<sup>26,29,30</sup>

#### DE RODE DRAAD

Bij het vertalen van alle nieuwe eindtermen en competentieprofielen in concrete lesprogramma's werkten de acht huisartsinstituten steeds nauwer samen. Samen ontwikkelden ze ook een landelijk toetsprotocol. Yvonne van Leeuwen, voormalig hoofd van de Maastrichtse huisartsopleiding, bedacht in 1987 de eerste Landelijke Experimentele Kennistoets, vanaf 1992 de Landelijke Huisartsgeneeskundige Kennistoets (LHK). Zonder strubbelingen ging dat niet. 'Aanvankelijk werden de toetsresultaten zorgvuldig geheimgehouden tussen de instituten.<sup>31</sup> Ook het maken van geluids- en later video-opnamen in de spreekkamer en het gebruik van die opnamen bij toetsen was aanvankelijk zeer controversieel met het oog op de privacy. 'Toch werden er steeds stapjes gemaakt naar meer openheid, ook voor feedback.'

De samenwerking tussen de opleidingsinstituten en de Landelijke Huisarts Opleiders Vereniging (LHOV) mondde in 2007 uit in de oprichting van Huisartsopleiding Nederland. Doel was te komen tot één landelijke huisartsopleiding op acht locaties, gezamenlijk kwaliteitsbeleid en visitaties, met eigen accenten bij de instituten. Huisartsopleiding Nederland en de SBOH streven ernaar om met landelijke initiatieven meer eenheid te brengen in het onderwijsaanbod. Zo heeft de SBOH de START-class ingekocht, de landelijke cursus acute geneeskunde als voorbereiding op de ziekenhuisstage (een onderdeel van de opleiding) die nodig was omdat ziekenhuizen beter voorbereide assistenten eisten. Alle aios nemen hieraan deel. De SBOH faciliteerde dit initiatief en financiert ook onderzoek naar de kwali-

teit van het onderwijs – wat past in het streven naar *evidence-based education*.<sup>23</sup>

En de SBOH betaalt ook de huisartsopleiders. Anders dan bij veel specialistenopleidingen werden die vanaf de beginjaren gericht begeleid. Van Leeuwen: 'Dat is een van de kroonjuwelen van de huisartsopleiding.' Voor Van der Lugt was vooral de intervisie met medeopleiders belangrijk. 'Als opleider ben je toch behoorlijk geïsoleerd. In gesprek met je collega's kunnen dan echt je ogen wel eens opengaan.' De rol van de opleiders veranderde van gelegenhedsgever naar docent en coach.<sup>5</sup> Ze werden ook steeds meer betrokken bij het toetsen van assistenten. Van Leeuwen: 'Veel opleiders hebben daarmee gesparteld. Dat is ook logisch. Ze combineren meerdere rollen zoals docent, stimulator en coach – beoordelen is dan soms lastig.' In de afgelopen jaren werd ook de toetsing van opleiders zelf ingevoerd, in het kader van hun eigen 'opleiding tot opleider'. Van der Lugt: 'Dat ging altijd gepaard met allemaal bezwerende formules.' Aanvankelijk waren toetsen tamelijk vrijblijvend, inmiddels doen ook opleiders de LHK en worden hun resultaten besproken in beoordelingsgesprekken met een staf lid op het instituut.

Aios zijn volgens Van der Lugt overigens in het voordeel bij de LHK, omdat ze de NHG-Standaarden doorgaans beter kennen. 'In het leergesprek neemt de aios de standaard mee. De huisarts komt met zijn ervaring.' Volgens Van Leeuwen is de relatie tussen opleider en aios de rode draad in de geschiedenis van de huisartsopleiding:

*‘De basis van de opleiding is niet veranderd. Het meester-gezelmodel met één opleider en één aios die een intensieve relatie hebben rond het leren. De terugkomdagen zijn leuk en leerzaam, maar de praktijk was het centrum, is het centrum en zal dat hopelijk ook blijven.’ ■*

**Esther van Osselen, Emma van Zalinge, Ron Helsloot, Ger van der Werf**

#### LITERATUUR

Zie [www.henw.org](http://www.henw.org), rubriek Geschiedenis huisartsgeneeskunde.