

# Huisartsopleiding tien jaar 0204

Vandaag viert het College voor Huisarts-geneeskunde zijn tienjarig bestaan. Deze gebeurtenis is een motief om stil te staan bij enkele aspecten van de beroepsopleiding tot huisarts in Nederland en bij de situatie van de huisartsopleiding binnen de Europese Gemeenschap.

Nederland is het eerste land binnen de EG geweest dat een éénjarige verplichte opleiding tot huisarts in het leven riep; zelfs in de gehele wereld behoorde het daarmee tot de eerste landen die zulks hebben gedaan. De Nederlandse benadering verschilde van die van onder andere Engeland en West-Duitsland, waar men begon met de invoering van een driejarige respectievelijke vierjarige vrijwillige beroepsopleiding. Dit verschil is geheel uit de historische context te verklaren: in Nederland ontstond de mogelijkheid een verplichte beroepsopleiding in het leven te roepen, omdat deze werd gekoppeld aan een herziening van de artsopleiding, die tevens een bekorting met een jaar tot gevolg had. Bij de herziening van het curriculum was ook al rekening gehouden met de in te voeren beroepsopleiding. Dit verklaart ook de vergaande koppeling van de beroepsopleiding aan de universitaire huisartsinstituten, een situatie waarop menig land jaloers is.

In Engeland daarentegen ontstonden aanvankelijk verschillende initiatieven tot het instellen van een beroepsopleiding buiten de 'medical schools'. Deze werd op vrijwillige basis gegeven. Dit bood de vrijheid de experimentele opleidingen af te stemmen op de werkelijke behoeften van aanstaande huisartsen, zonder zich al te veel te laten belemmeren door een beperkte tijdsduur. Bovendien ontstond in de anders gestructureerde ziekenhuissituatie op den duur behoefte aan een uitgebreidere 'house-staff' waaraan ook aanstaande niet-specialisten konden deelnemen, waardoor naast de opleiding in huisartspraktijken ook een deel van de opleiding in ziekenhuizen zou kunnen worden gegeven. Deze ontwikkeling bracht met zich mee dat de beroepsopleiding minder sterk aan de 'medical schools' en meer aan het Royal College of General Practitioners was gekoppeld, hetgeen ook goed past in de Engelse traditie.

De Nederlandse benadering van een verplichte opleiding had het voordeel slechts één soort huisarts te vormen. Het nadeel

**J. C. van Es**

**Gemeenschappelijk belang  
ziekenhuis en  
huisartsopleiding  
bestuderen**

van de Nederlandse opleiding is echter dat de duur sterk beperkt is, waardoor niet aan alle opleidingsbehoeften kan worden voldaan. Inmiddels heeft Engeland echter een grote voorsprong genomen door de driejarige vrijwillige opleiding in een verplichte om te zetten: de opleiding van huisartsopleiders én de beschikbaarheid van opleidingsplaatsen in ziekenhuizen (die daarmee ook geholpen waren) had de opleidingscapaciteit voldoende groot gemaakt. In West-Duitsland is dit niet gebeurd, zodat daar inderdaad verschillende soorten huisartsen zijn ontstaan. Dene-marken heeft vrij geruisloos een Engels model gekozen.

Reeds lange tijd gaan in Nederland stemmen op om de beroepsopleiding tot huisarts meer inhoud te geven. Ook in het kader van de EG is de opleiding tot huisarts reeds jarenlang aan de orde. Er ligt nu een ontwerp ter tafel waarin wordt voorzien in een verplichte beroepsopleiding die twee jaar zal moeten duren. Hoewel het er aanvankelijk op leek dat de ontwerp-richtlijnen ter goedkeuring aan de Europese Commissie konden worden aangeboden, maakten onder andere West-Duitsland bezwaren tegen bepaalde formuleringen, zodat een en ander nog zal moeten worden herzien.

Niets belemmert echter Nederland reeds nu tot een verlenging van de beroepsopleiding over te gaan. Integendeel: enige maanden geleden heeft de Tweede Kamer vrijwel unaniem de motie-Mik\* aangenomen, waarin onder andere voor een tweejarige beroepsopleiding wordt geopteerd. De behoefte aan verlenging van de beroepsopleiding wordt ingegeven door een behoefte aan verbetering van de kwaliteit. De huidige opleiding komt zeker aan een aantal tekorten in kennis en vaardigheid tegemoet, echter niet aan alle. De probleemoplossing in de specifieke huisartssituatie komt goed aan de orde; daar-

binnen wordt aan de relatie tussen patiënt en arts voldoende aandacht geschonken. Dit maakt echter nog niet een complete huisarts. Dit is bepaald niet het geval als inderdaad plannen zullen worden uitgewerkt om de geneeskundige hulp meer naar de eerste lijn te verschuiven. Een deel van de beleidsvoornemens gaat van die versterking van de eerste lijn ook uit: de vermindering van het aantal ziekenhuisbedden is daarvan een goed voorbeeld. Een dergelijke maatregel brengt met zich mee dat er meer behandelingen thuis moeten plaatsvinden en dat patiënten eerder worden ontslagen of minder snel worden opgenomen. Huisartsen moeten dan in staat zijn – in een aantal gevallen in samenwerking met specialisten – deze patiënten adequaat te behandelen. Dit vergt klinische kennis en vaardigheid en het bijhouden daarvan. De huidige opleiding tot basisarts bevat een betrekkelijk korte klinische opleiding; de duur varieert enigszins per medische faculteit, maar beweegt zich toch rondom de anderhalf jaar. In een dergelijk kort tijdsbestek kunnen niet alle voor de huisarts relevante specialismen op een passende manier aan de orde komen; het is zelfs de vraag of één jaar extra daaraan voldoende tegemoet komt. De zogenaamde kleine vakken zijn voor de huisarts grote vakken! Daarnaast moet de huisarts de maatschappelijke situatie en de daarin bestaande hulpmogelijkheden goed kennen om adequate hulp te kunnen bieden.

Het ligt voor de hand naar opleidingsmogelijkheden te zoeken waar ziekenhuizen bij zijn betrokken. Ervaringen in het eigen verleden én Engelse ervaringen nu leren dat een 'gewoon' assistentschap in een ziekenhuis onvoldoende aansluit bij de behoeften van aanstaande huisartsen. Aan de andere kant bestaat er ten gevolge van een afname van het aantal op te leiden studenten bij ziekenhuizen wel behoefte aan hulp van artsen, al zijn er vaak grote bezwaren tegen zogenaamde agnio's: artsen die niet tot specialist worden opgeleid. Wat ligt meer voor de hand dan het instellen van een studiec commissie die nagaat in hoeverre beide behoeften met elkaar in overeenstemming kunnen worden gebracht? ■

\* Medisch Contact 1983; 38: 66.