

Prof.dr. A.W.M. Kramer

**De opleiding tot specialist,
in het bijzonder de huisarts generalist**



**Universiteit
Leiden**

Bij ons leer je de wereld kennen

De opleiding tot specialist,
in het bijzonder de huisarts generalist

Oratie uitgesproken door

Prof.dr. A.W.M. Kramer

bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar in de
Huisartsgeneeskunde, i.h.b. Onderzoek naar Opleiden
aan de Universiteit Leiden
vanwege de Stichting Beroeps Opleiding Huisartsen
op vrijdag 20 januari 2017



Universiteit
Leiden

'Als je de tocht aanvaardt naar Ithaka wens dat de weg lang mag zijn' (J.P.Kavafis)

Mijnheer de Rector Magnificus, Leden van het bestuur van de Stichting Beroepsopleiding Huisartsen, Leden van het Curatorium van deze bijzondere leerstoel, Zeer gewaardeerde toehoorders,

Hartelijk welkom!

Vandaag is een bijzondere dag. Voor u en mij, we zijn niet dagelijks op het Rapenburg, én voor de V.S. en de wereld. Het einde van het Obama-tijdperk en het begin van het Trump-tijdperk, een groter contrast is niet mogelijk. Van een bedachtzame en rationele naar een populistische en emotionele president. Betekent dit het einde van de Obama-care, een poging om de gelijkwaardige toegang tot de gezondheidszorg in de V.S. te verbeteren? Ik hoop het niet voor arme Amerikanen. Wat dat aangaat kunnen we blij zijn met de gezondheidszorg in Nederland. Maar ook hier dreigt deze minder toegankelijk te worden. Er zijn moed en visie nodig om in tijden van stijgende kosten deze gelijkwaardige toegang vast te houden. Het zal u niet verbazen dat ik hierin een grote rol zie voor de eerste lijn.¹

Inleiding

De opleiding tot specialist, in het bijzonder de huisarts generalist, dat is de titel van deze openbare les. Ik geef deze les bij de aanvaarding van de bijzondere leerstoel 'Onderzoek naar Opleiden'. Deze is gevestigd bij de afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde van het LUMC. Ik vervul hem als hoofd van de huisartsopleiding.

We hebben allemaal een beeld bij de specialist, dat is de internist, de chirurg, de oogarts en ga zo maar door; iemand die veel weet van een deel van het lichaam. De huisarts kennen we ook; dat is iemand waar iedereen voor allerlei problemen terecht kan, die de patiënt goed kent, die een beetje weet over veel en als zij het niet meer weet doorverwijst naar de specialist. We noemen dat geen specialist maar generalist. Waarom dan een opleiding tot specialist, in het bijzonder de huisarts generalist? Het praktische antwoord is dat alle artsen die een beroepsopleiding doen 'arts in opleiding tot specialist' heten, dus ook de huisartsen in

opleiding. Maar dat is natuurlijk niet de echte reden waarom mijn oratie deze titel heeft. Ik vind de huisarts 'specialist in generalisme'. In deze tijden van steeds verdergaande specialisatie en toenemende mogelijkheden breek ik een lans voor generalisme als een onmisbaar onderdeel van de geneeskunde. Het komende driekwartier ga ik u vertellen waarom generalisme belangrijk is, wat een huisarts moet kunnen om een goede generalist te zijn en hoe we huisartsen in opleiding daar zo goed mogelijk op kunnen voorbereiden. Ik eindig met een blik op de toekomst. De maatschappij verandert en dat heeft gevolgen voor de gezondheidszorg. Wat is nodig om aanstaande huisartsen, en andere dokters, beter voor te bereiden op die toekomst?

Ik doe dit met mijn ervaring van ruim 30 jaar huisarts in de Utrechtse wijk Ondiep en in medisch onderwijs op verschillende UMC's in den lande. Van het Boerhaaveplein in Utrecht, waar onze praktijk is, naar Boerhaave in Leiden. Boerhaave, een beroemde Leidse generalist die op deze plaats 300 jaar geleden zijn medische studenten toesprak.

3

Waarom is generalisme belangrijk voor de geneeskunde?

Ik noem drie redenen.

Ten eerste is generalisme belangrijk vanuit medisch perspectief. Het zorgt voor toegankelijke zorg voor iedereen en voor bijna alles. Mensen kunnen met allerlei vragen, klachten en problemen bij de huisarts terecht. Die schat vervolgens in wat er aan de hand is. Zij neemt daarbij niet te veel en niet te weinig risico. Te veel is niet goed omdat de ziekte te laat ontdekt wordt en dat de patiënt kan schaden; te weinig is niet goed omdat dan te veel medisch onderzoek gedaan wordt en dat kan de patiënt ook schaden. Bij de behandeling gebeurt hetzelfde, de huisarts schat in wat nodig is en probeert zoveel mogelijk alleen in te grijpen als het medisch noodzakelijk is.

Ten tweede is generalisme belangrijk vanuit menselijk perspectief. De steeds verdergaande specialisaties vanaf het begin

van de vorige eeuw leidden er toe dat steeds minder aandacht ging naar de mens achter de ziekte. Huisarts Buma vergeleek de specialistische geneeskunde met een horlogefabriek waar steeds betere onderdelen voor een horloge geleverd worden. Alleen het horloge doet het niet omdat de onderdelen niet bij elkaar passen. In zijn visie gaat het in de geneeskunde om heel de mens: 'Welke ook de aard van het probleem moge zijn (...) steeds is het de mens die het als totaliteit ondergaat, die ook als totaliteit lijdt en hulp zoekt'.^{2,3} Deze visie gaf een krachtige impuls aan de huisartsgeneeskunde en is nog steeds een van de belangrijkste kernwaardes van de huisarts, niet alleen in Nederland.^{4,5}

Tot slot is generalisme belangrijk vanuit maatschappelijk perspectief. Barbara Starfield toonde aan dat gezondheidszorgstelsels met een sterke eerste lijn zorgen voor een betere gezondheid van de bevolking tegen lagere kosten.^{6,7} De huisarts speelt daarin een centrale rol.²

We hebben dus huisarts generalisten nodig voor toegankelijke zorg, voor de menselijke maat en om de gezondheid van de bevolking te bevorderen tegen een goede prijs.

Ik kom nu bij het tweede deel van mijn verhaal.

Wat moet een huisarts kunnen om een generalist te zijn?

Ik begin met een onderzoek dat wij bij onze patiënten in Ondiep hebben gedaan. Huisarts in opleiding Bram Homan heeft hen gevraagd wat zij vinden dat een huisarts moet kunnen. Patiënten uit Ondiep vinden het belangrijk dat de huisarts simpele woorden gebruikt.

'Weet je wat het is? Ze gaan ook niet van die hele ingewikkelde woorden zeggen, die dokterstermen. Zij praten tegen mij gewoon zoals wij nu ook praten.... Ik heb niet gestudeerd voor dokter.'

Ook willen ze dat de huisarts amicaal is, dat ze haar met de voornaam mogen aanspreken. Dat verkleint de afstand tussen hen en de huisarts waardoor ze vrij uit kunnen spreken.

Ze vinden het belangrijk dat de huisarts hen goed kent; dat schept vertrouwen waardoor ze veel kunnen bespreken, zowel lichamelijke als psychische en sociale problemen. De huisarts heeft dan ook beter door dat je niet goed in je vel zit. Ook kent zij dan je voorgeschiedenis en hoe je leven eruit ziet, zodat je niet steeds alles opnieuw hoeft te vertellen. Dat is prettig, zeker als je dingen niet goed onder woorden kan brengen.

'Als jij binnenkomt, dan ziet hij bij wijze van spreken al hoe de gesteldheid is, omdat je elkaar zo lang kent hè. En hij weet alles van je, want je krijgt een vertrouwensband met hem. En die moet je ook hebben. Dat vind ik heel belangrijk. Ja, want anders ga je met angst en beven naar de dokter. Dat moet je niet hebben.'

Onze patiënten vinden niet alleen iets van hun huisarts maar ook van de praktijk. Voor de assistentes geldt hetzelfde als de dokter: het is fijn als ze laagdrempelig en amicaal zijn en de patiënt kennen. De balie is een belangrijke plek. Mensen komen daar het liefst voor afspraken of vragen. Tegenwoordig heeft iedere huisarts ook de praktijkondersteuners die protocolaire zorg bieden voor bijvoorbeeld suikerziekte. Ondiepers zijn daar blij mee, vooral omdat ze meer tijd hebben dan de dokter. Een gezondheidscentrum met meerdere disciplines in één gebouw wordt zeer gewaardeerd. Het is gemakkelijk en vertrouwd.

Deze interviews laten zien hoe belangrijk het is dat de huisarts haar manier van gespreksvoering en taalgebruik afstemt op de patiënt die tegenover haar zit. Ze laten ook zien wat de rol is van 'elkaar goed kennen' en een vertrouwensband hebben. De interviews zeggen ook iets over de huisartspraktijk; over het contact met de doktersassistentes en de praktijkondersteuners, en over de mogelijkheden die de praktijk biedt. Wil een huisarts een goede generalist zijn, dan gaat het dus niet alleen om hoe je met je patiënten om gaat maar ook over hoe de praktijk georganiseerd is en over de andere medewerkers in de praktijk. Tot slot maken deze interviews duidelijk hoe belangrijk het is als generalist om na te gaan wat de behoeftes en verwachtingen zijn van je patiëntenpopulatie. Ondiep is natuurlijk maar een voorbeeld.

Waar staan we? Ik heb u verteld waarom de huisarts generalist onmisbaar is in de geneeskunde. Ik heb u het perspectief geschetst van een willekeurige patiëntenpopulatie om een indruk te geven wat patiënten verwachten van de huisarts en haar praktijk. We zijn nu aangekomen bij welk soort kennis en vaardigheden een huisarts nodig heeft om een goede generalist te zijn. Grof weg zijn dit er twee. Eén voor de rol als dokter, iemand waar je naar toe gaat met klachten, problemen of vragen. Ik noem dit voor het gemak maar even 'in de spreekkamer', maar het gaat natuurlijk ook over visites bij mensen thuis. De andere soort gaat over kennis en vaardigheden 'buiten de spreekkamer': de organisatie van de praktijk, de samenwerking met collega's in en buiten de praktijk en dergelijke.

Ik begin met de kennis en vaardigheden 'in de spreekkamer'.⁸⁻¹¹ Huisartsen en specialisten stellen allebei diagnoses en maken beleid. Huisartsen doen dat voor 95% van de klachten waar mensen mee naar de dokter komen. Dat komt omdat men eerst naar de huisarts gaat en pas naar de specialist als de huisarts dat nodig vindt. Daarom verschilt de werkwijze van huisartsen en specialisten. Mensen komen naar de huisarts als de klachten nog niet lang bestaan, ze zijn dan nog niet zo specifiek. Neem 3 dagen hoest, dat kan een verkoudheid zijn of het begin van een longontsteking. Mensen komen ook naar de huisarts met klachten waar geen ziekte voor gevonden kan worden, zoals bij hoofdpijn of moeheid. Waarschijnlijk kan meer dan 60% van de klachten bij de huisarts niet verklaard worden door officiële ziektes. Het kan dus nog alle kanten op gaan. Daarom haalt een huisarts niet meteen alles uit de kast om te weten wat er precies aan de hand is. Zij maakt eerst een inschatting welke kant het op gaat. Ze doet dit door in te schatten of het een ernstige ziekte kan zijn of niet (het beroemde pluis/niet-pluis gevoel). Bij pluis kan ze rustig verder zoeken, bij niet-pluis moet ze snel handelen. Het is de belangrijkste en moeilijkste vaardigheid van de huisarts. Je moet namelijk om kunnen gaan met onzekerheid en risico's durven nemen. Uit de interviews van Ondiep kwam duidelijk naar voren dat de huisarts deze inschatting beter kan maken als zij de patiënt

kent. *'Als jij binnenkomt, dan ziet hij bij wijze van spreken al hoe de gesteldheid is, omdat je elkaar zo lang kent hè'*. Om elkaar te kennen is een vertrouwensband nodig. Dat betekent dat je als huisarts continuïteit biedt, dat je goede gespreksvaardigheden hebt en in staat bent je taalgebruik af te stemmen op de patiënt. Het betekent ook dat je inzicht hebt in je eigen rol in het contact. U zult het allemaal herkennen: iedere huisarts is anders en doet de dingen op haar of zijn manier. Daar is geen ontkomen aan en dat is maar goed ook, want patiënten zijn ook verschillend en wat de één fijn vindt aan een dokter vindt de ander niks. Het is goed dat een huisarts zich bewust is van de invloed die hij als persoon heeft op het contact. Wat je als huisarts ook nodig hebt om een goede inschatting te maken, is kennis over de voorgeschiedenis van de patiënt en ziektes die in de familie voorkomen; pijn op de borst bij een jong iemand die vaak met deze klacht bij de huisarts komt en waar nooit een ziekte gevonden is, benader je anders dan een ouder iemand met veel hartinfarcten in de familie. Maar ook kennis over hoe iemand leeft, woont en werkt en welke opleiding iemand heeft en kennis over de wijk of het dorp waar de patiënt woont, helpen een goede inschatting te maken. Uit onderzoek van de GGD kwam naar voren dat in Ondiep veel mensen met heupklachten ten gevolge van artrose niet goed begrepen waar hun klachten vandaan kwamen en wat ze zelf konden doen. Daardoor wilden ze eerder naar de specialist dan in andere wijken of ondernamen steeds minder. We besteden nu meer tijd aan voorlichting en stimuleren meer te gaan bewegen.

We hebben nu drie dingen genoemd die de huisarts moet kunnen 'in de spreekkamer': een goede inschatting maken van wat er aan de hand is, een goede relatie opbouwen met de patiënt en rekening houden met de achtergronden van de patiënt en de wijk. Ik heb er één nog niet genoemd: de behandeling. Want patiënten willen natuurlijk wel van hun klachten af. Ook hier is de variatie groot. Soms is geruststelling of een luisterend oor voldoende; soms is het een recept of een bemoedigend woordje; soms geef je de tijd een kans en zorg je voor een goed vangnet zodat, als de klachten erger worden,

mensen direct gezien kunnen worden; soms behandel je een pijnlijk abcës; soms treed je acuut op bij een hartinfarct; soms begeleid je mensen die suikerziekte hebben of COPD, en dan gaat het niet alleen om behandelen maar ook om leren leven met en gedrag veranderen; soms is het met zijn allen om de tafel gaan bij een gezin waar het niet zo goed loopt of bij een dementerende die steeds moeilijker thuis kan blijven; soms is het een verwijzing naar de fysiotherapeut of specialist; en ga zo maar door. Net als bij de goede inschatting maken helpt ook hier de relatie met de patiënt. Als die goed is, kun je samen met de patiënt bespreken wat de beste behandeling lijkt. Het is namelijk belangrijk te weten wat de patiënt voor ogen heeft. Als die bijvoorbeeld denkt dat een antibioticum het beste is, dat werkte de vorige keer ook zo goed, en de dokter geeft het niet, dan voelt hij zich niet goed behandeld, tenzij hij de dokter vertrouwt en zij goed heeft uitgelegd waarom een antibioticum nu niet nodig is. Rekening houden met iemands achtergrond verhoogt ook de kans op een succesvolle behandeling. Als je wilt dat iemand meer gaat bewegen maar geen geld heeft voor de sportclub, zoek je naar andere oplossingen die passen bij iemands mogelijkheden.

Tot zover de kennis en vaardigheden ‘in de spreekkamer’. Wat moet een huisarts kunnen ‘buiten de spreekkamer’?^{5,10,11} Omdat mensen met zoveel verschillende zaken naar de huisarts gaan, zaken die het lichaam, de geest en de omgeving aangaan, ben je als huisarts een spin in het web. Je hebt te maken met fysiotherapeuten en apothekers, met diëtisten en psychologen, met wijkteams en wijkverpleegkundigen, met thuiszorg en specialisten en ga zo maar door. Je moet een groot netwerk hebben en met al die mensen samenwerken om een goede gids voor je patiënt te kunnen zijn. Dat kan je niet altijd alleen. We zien steeds meer hulptroepen in de huisartspraktijk, zoals dokters-assistentes en praktijkondersteuners. Zij zijn de verlengde arm van de huisarts. Maar dat vraagt wel wat van die huisarts; zoals delegatie van taken en goede afstemming rondom een patiënt maar ook organisatie en sturing. Hoe zorg je dat in een steeds groter wordend team de neuzen dezelfde kant op blijven? Hoe

regel je meer ruimte? En al die jaargesprekken... Hoe richt je de praktijk zo in dat het aansluit bij de behoeftes van je patiënten? Hoe doe je kwaliteitsbeleid, personeelsbeleid, financieel beleid? U hoort het goed, je moet als huisarts kunnen organiseren en managen.

Behalve een goede organisatie van de praktijk, een groot netwerk en goede samenwerking met allerlei hulpverleners is er nog één aspect dat ik wil noemen. Dat is een beetje nieuw, al staat het wel in de toekomstvisie van de huisarts.⁵ Het gaat over wijk- en populatiegericht werken. Er zijn allerlei veranderingen in de zorg gaande, en de verwachting is dat dit nog veel meer gaat gebeuren om de zorg behapbaar en betaalbaar te houden. Een voorbeeld daarvan is de verandering in de jeugdzorg. Gemeentes zijn verantwoordelijk geworden en hebben dit veelal opgelost in wijk- of buurtteams. Het idee erachter is dat een bepaalde wijk of buurt speciale kenmerken heeft en dat je de jeugdzorg zo inricht dat het aansluit bij de problemen en mogelijkheden van die wijk. Diezelfde gedachtes leven bij de gezondheidszorg. Dat betekent dat je als huisarts wijkgericht moet gaan werken en samen met andere gezondheidswerkers de zorg zo moet gaan inrichten dat het aansluit bij wat mensen in die wijk nodig hebben.

We zijn nu bij het derde deel van mijn verhaal beland. Ik heb u verteld waarom generalisme belangrijk is en wat een huisarts moet kunnen om een goede generalist te zijn. Ik ga het nu over de opleiding hebben.

De opleiding tot huisarts generalist.

Ik vertel u niet alleen hoe de opleiding er uit ziet maar ook hoe het uitpakt. Ik heb daar onderzoek naar gedaan. Het volgend voorbeeld laat zien hoe nuttig het is te onderzoeken hoe de opleiding werkt: ik vertelde u al hoe belangrijk het is dat huisartsen leren een goed gesprek te voeren met de patiënt. Daar is in de huisartsopleiding veel aandacht voor. Wij onderzochten het effect van al die inspanningen en wat bleek: de gesprekken die huisartsen in opleiding voerden werden niet beter in de

loop van de opleiding.¹² Leiden in last! Vervolgonderzoek door Geurt Essers toonde aan dat het onderwijs te veel uitging van een standaardmodel van gespreksvoering dat in de praktijk niet altijd werkte.¹³ Door dit onderzoek konden we het onderwijs aanpassen. Onderzoek van onderwijs is dus belangrijk om het onderwijs te verbeteren.

Maar voordat ik verder ga, mag u even praten. U hebt lang genoeg naar mij geluisterd.

Ik wil u vragen met uw buurman of buurvrouw te bespreken wie u het liefst aan uw bed wil hebben: een pas afgestudeerde huisarts of een huisarts met 5 jaar ervaring, en waarom u dat vindt. U krijgt 2 minuten de tijd.

Wie kiest voor de pas afgestudeerde huisarts? Graag uw hand opsteken.

Ik denk dat de meesten van u kiezen voor de ervaren huisarts omdat u denkt dat ervaring je een betere dokter maakt. Uit onderzoek blijkt namelijk dat de meeste mensen voor die ervaren arts kiezen. Dat is een verstandige keus, want ervaren artsen stellen snellere en betere diagnoses.¹² Dat komt, omdat ze veel klachten en ziektes hebben gezien in het echt en daardoor patronen kunnen herkennen. Als kersverse dokter heb je wel veel kennis opgedaan en veel geoefend maar het is moeilijk om dat toe te passen in de praktijk. Leren door ervaring op te doen is dus belangrijk. Daarom speelt het een grote rol in de huisartsopleiding.¹⁵ Huisartsen in opleiding werken 4 dagen per week in de praktijk. Maar ervaring opdoen alleen is niet voldoende, ze hebben meer nodig.¹⁶

Wat is er meer nodig om goede huisartsen af te leveren? Een huisarts in opleiding begint niet blanco. Ze heeft al een studie van 6 jaar achter de rug. Het is belangrijk dat deze vooropleiding niet alleen medische kennis en vaardigheden biedt maar ook de menselijke en sociale kant, en aandacht geeft aan 'wat voor een soort dokter je wil en kan zijn'. Dit is niet alleen belangrijk voor aanstaande huisartsen maar voor alle artsen. Medische studenten ontdekken dan dat er meer is

dan specialiseren. Vanwege de vergrijzing hebben we behoefte aan ouderengeneeskundigen. Voorkomen is beter dan genezen. Daar hebben we sociaal geneeskundigen voor nodig. Door de studenten de volle breedte van de geneeskunde te laten zien, kunnen ze beter kiezen welke soort dokter ze willen worden. Aandacht voor de menselijke en sociale kant is ook belangrijk om een goede dokter te worden. Want of je nou jeugdarts, specialist of huisarts bent, je hebt niet te maken met ziektes en problemen maar met mensen met ziektes en problemen. Het is dus belangrijk om al vroeg in de opleiding ervaring op te doen met echte patiënten.¹⁷ Kort geleden sprak ik medische studenten uit Gent. Derdejaars bachelors gingen een week de wijk in om met patiënten en hulpverleners te praten over ziektes en problemen. Ze keken naar de rol die opleiding, maatschappelijke positie, woonomgeving en buurtvoorzieningen daarbij heeft. Ze maakten een analyse van de wijk en bedachten een interventie om de gezondheid of het welzijn te bevorderen. De studenten waren heel enthousiast. Na 2 jaar aandacht voor medische zaken was aandacht voor de menselijke en sociale kant welkom. Het contact met echte patiënten deed ze goed. Het was een verrijkende ervaring die invloed heeft op welke soort dokter ze willen worden. Dit voorbeeld laat zien hoe belangrijk het is al in de basisopleiding ervaring te hebben met echte patiënten. Boerhaave wist dat al. In zijn tijd werd je dokter door de boeken goed te bestuderen. Hij voerde het praktijkleren in.¹⁸ Nog steeds werken coassistenten in de laatste jaren van de basisopleiding in de kliniek onder begeleiding van een arts. Misschien hebt u wel eens een coassistent meegemaakt, die u uitgebreid ondervraagt en onderzoekt totdat de echte dokter binnenkomt.

Ik ben blij met ons nieuwe, integrale coschap psychiatrie, ouderengeneeskunde, sociale en huisartsgeneeskunde. Achttien weken worden medische studenten ondergedompeld in de psychische, sociale en zorgaspecten van de geneeskunde. Een mooie stap in de richting van een basisopleiding die de geneeskunde in haar volle breedte laat zien. Ik zou graag onderzoeken wat de bijdrage van dit coschap is. Krijgen we daardoor basisartsen die meer openstaan voor de menselijke en sociale kant

en voor zorg of preventie? Nu onderzoek van onderwijs bij het LUMC een krachtige impuls heeft gekregen en onder leiding van de hooggeleerde Dekkers een team van onderzoekers aan de slag is gegaan, zie ik daar alle kans toe.

We zijn nog steeds bij het derde deel van mijn verhaal, de opleiding van huisartsen. Ik heb u verteld over het voortraject, de basisopleiding. Die geeft de huisarts in opleiding bagage mee om de huisartsopleiding in te gaan. Ik heb u verteld hoe belangrijk ervaring opdoen is in de huisartsopleiding. Daarom zijn huisartsen in opleiding 4 dagen per week in de praktijk onder begeleiding van een getrainde opleider. Maar, ik heb het al eerder gezegd, leren in de praktijk alleen is niet genoeg. Daarom is er een 5^e dag op de universiteit, de terugkomdag; bedoeld om collega-huisartsen in opleiding te ontmoeten, om ervaringen uit te wisselen en om te verdiepen, onder begeleiding van een psycholoog en huisarts. De opleiding duurt 3 jaar; in het eerste en derde jaar werken de huisartsen in opleiding in de huisartspraktijk, het tweede jaar in het ziekenhuis, de ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg.¹⁹

Huisartsen in opleiding is een mondvol. Omdat ik het nu veel over ze ga hebben, kort ik het af tot haio.

Wat doet een haio om van de praktijk te leren en wat is de rol van de opleider? Wat voegt de terugkomdag toe? En hoe weten we dat de haio een goede dokter wordt? Graag deel ik met u wat wij de afgelopen jaren geleerd hebben van onderzoek naar de huisartsopleiding.

Greetje Sagasser onderzocht wat haio's doen om te leren van hun ervaringen.^{20,21} Motivatie is essentieel. U weet waarschijnlijk wel hoe moeilijk het is iets te leren dat je niet interesseert. Haio's blijken heel gemotiveerd om een goede dokter te worden. Dat stimuleert hen enorm om van de praktijk te leren. Ze doen dat op diverse manieren, bijvoorbeeld door op internet te grasduinen als een patiënt met een klacht komt waar ze niet zo veel van weten. Vaak lukt het ze zelf om te leren maar ze kunnen niet zonder de opleider en de terugkomdag. Eerder

vertelde ik hoe belangrijk het is dat een huisarts een goede inschatting maakt van wat er aan de hand is. Haio's hebben de opleider daarbij nodig, want dat leer je niet uit de boeken. Opleiders brengen hun ervaring in en laten zien op welke manier wat ze weten over deze patiënt en over hun patiëntenpopulatie meespeelt in hun afwegingen. Dat doen ze in dagelijkse nabesprekingen en als de haio ze om hulp vraagt. Het werkt heel positief dat de opleider er is als de haio een vraag heeft. Haio's kunnen daardoor oefenen in omgaan met onzekerheid, iets wat je als huisarts vaak ervaart en wat echt bij het vak hoort, dus dat moet je leren. Een haio weet dat en oefent daar welbewust in door af te wegen of de patiënt een risico loopt als zij niet precies weet hoe het zit. Lijkt er geen risico dan handelt zij het zelf af. Is er wel een risico dan haalt zij de opleider erbij. De opleider ondersteunt bij de risico-inschatting door ervaring in te brengen en door als rolmodel te laten zien hoe hij omgaat met onzekerheid. Hij maakt de haio zekerder door haar vertrouwen te geven dat ze het kan. Zo bouwt zij in de loop van de opleiding het vertrouwen op dat ze het na de opleiding zelfstandig kan. Om dit proces goed te laten verlopen is het belangrijk dat er een goede relatie is tussen opleider en haio. Dit is vaak het geval, opleider en haio kiezen voor elkaar en werken een jaar nauw samen.

De opleider leert de haio natuurlijk veel meer dan een goede inschatting maken. Zij leert ook allerlei praktische zaken over behandeling en verwijzing, om niets te doen, over samenwerking en organisatie, over omgaan met de patiënt en, niet onbelangrijk, over de persoon van de dokter en wat de beroepsgroep verwacht hoe je je als huisarts gedraagt. Naast dat de opleider een grote rol heeft, wordt de haio ook onderdeel van de praktijk. Dat is op zich al leerzaam. Bovendien leert zij van de andere medewerkers in de praktijk.²²

Tot zover wat we weten over leren in de praktijk. Wat weten we over de terugkomdag? De huisartsopleiding bestaat bijna 50 jaar. De oprichters bedachten, naar Engels idee, de terugkomdag om de 'eenzaamheid' van haio's te doorbreken en opleiders te ontlasten.² De terugkomdag heeft zich in de loop der jaren ver-

der ontwikkeld. Echter, er is nog geen onderzoek gedaan naar de toegevoegde waarde van deze leeromgeving en de wisselwerking met leren in de praktijk.²³ Uit onderzoek van Sagasser blijkt wel dat haio's de terugkomdag waarderen omdat ze zich daar kunnen verdiepen in grote thema's als kindermishandeling en euthanasie.^{20,21} Ze geven echter ook aan dat de terugkomdag het leren in de praktijk kan verstoren omdat ze te veel huiswerk krijgen. Uit gesprekken met haio's blijkt dat ze de terugkomdag te schools vinden en meer ruimte willen om er zelf invulling aan te geven. Hoogtijd dus om de terugkomdag te onderzoeken. Intussen zijn we in Leiden al bezig met haio's, opleiders en docenten om de terugkomdag meer vraag gestuurd in te richten en beter te verbinden met leren in de praktijk.

Waar staan we? Ik heb u verteld hoe de opleiding er uit ziet, hoe haio's leren in de praktijk en wat de terugkomdag toevoegt. We zijn nu bij het laatste onderwerp beland: hoe weten we dat de haio een goede dokter wordt? Dat is belangrijk omdat we uit onderzoek weten dat mensen niet zo goed zijn in zich zelf te beoordelen.²⁴ We hebben daarbij anderen nodig. Ook hier speelt de opleider een grote rol, niet alleen voor de haio maar ook voor de veiligheid van de patiënt. Onderzoek van Sagasser laat zien dat opleiders vooral in het begin goed op letten hoe de haio handelt en of zij leerbaar is.²⁵ Als er na een paar weken voldoende vertrouwen is, laat de opleider los en richt hij zich vooral op de ontwikkeling van de haio. Natuurlijk houdt hij in de gaten wat zij doet maar minder intensief. Observatie lijkt een goede manier om er achter te komen hoe de haio handelt. Els Pelgrim vond dat opleiders daar niet altijd van overtuigd zijn.²⁶ Ook haio's vinden het lastig om geobserveerd te worden.²⁷ Sommigen zetten zich daarover heen, omdat ze beseffen dat het goed is voor hun opleiding. Maar anderen... kennelijk gaat observatie niet altijd vanzelf. Hoe dat komt en wat nodig is om het leerzaam te laten zijn, daar doen wij onderzoek naar.²⁸ Eén keer per 3 maanden beoordelen opleiders de voortgang van de haio. Daarvoor vullen ze een lijst in met alle vaardigheden die een huisarts moet kunnen. Fred Tromp vond dat opleiders in staat zijn met deze lijst de voortgang aan

te geven, zij het dat het ze 'in de spreekkamer' beter afgaat dan 'buiten de spreekkamer'.²⁹

Hoewel opleiders een grote rol spelen bij de beoordeling van de haio, heeft de huisartsopleiding nog meer toetsing.³⁰ Dat is nodig om iets toe te voegen aan het oordeel van de opleiders. Dat oordeel is heel belangrijk maar loopt het risico gekleurd te zijn. Met andere bronnen krijg je een breder beeld. Bovendien is er extra informatie als de opleider twijfelt. Om welke toetsing gaat het? Ik noem de belangrijkste. Ook de huisartsen en psychologen van de terugkomdag beoordelen elke 3 maanden de voortgang van de haio. We beoordelen ze regelmatig op hun kennis en op gespreksvoering, deels gebeurt dat landelijk. Omdat organisatorische aspecten steeds belangrijker worden in de praktijk, beoordelen we ook daarop. Tot slot kijken we naar hun wetenschappelijke vaardigheden, het is immers een wetenschappelijke opleiding. De laatste ontwikkeling is de introductie van het e-portfolio. We onderzoeken hoe het e-portfolio met zijn digitale mogelijkheden bij kan dragen aan het leer- en beoordelingsproces van de haio.

De toekomst

Ik ben bijna aan het einde gekomen van mijn oratie. Ik heb u verteld over het belang van generalisme; ik heb uitgelegd dat de huisarts een specialist is in generalisme en wat zij daarvoor moet kunnen. Tot slot heb ik u meegenomen naar de opleiding van huisarts, hoe haio's leren en hoe we ze beoordelen. Onderzoek heeft ons veel inzicht gegeven in de opleiding. Meer onderzoek is nodig om de huisartsopleiding nog beter te maken. Dat geldt zeker voor de nabije toekomst. Er komen grote veranderingen op ons af. Hoe bereiden we haio's daar op voor? Graag neem ik u nu mee naar die nabije toekomst en naar onze plannen in Den Haag.

Wat zijn die veranderingen? Elektronica, genetica, robotica en social media gaan een grotere rol spelen in de spreekkamer. Toenemende medische kennis en mogelijkheden leiden er toe dat meer mensen al vroeg weten dat ze ziek zijn en dat meer mensen langer leven met veel ziektes tegelijk.

Big data gaan een rol spelen. We hebben meer digitale informatie die we beter aan elkaar kunnen koppelen; informatie van bijvoorbeeld de gemeente, de GGD of de ziektekostenverzekeraar. Met deze informatie kunnen we patronen herkennen in een wijk of dorp en onze zorg daar op afstemmen. Mogelijk gaan we in de toekomst per wijk of dorp betaald worden voor de gezondheidszorg en is het bedrag afhankelijk van de problematiek in de wijk. Tot slot komen er verschuivingen in het aanbod van zorg. We denken nu nog in termen van 0^e tot 3^e lijn. Ik verwacht dat we de zorg meer gaan organiseren op grond van wat een wijk, gemeente of speciale groep nodig heeft.

Deze veranderingen zijn een uitdaging voor de huisartsgeneeskunde. Hoe zorgen we dat we onze diagnostische en therapeutische vaardigheden en ons oog voor de menselijke maat behouden en de gezondheid van de bevolking bevorderen tegen een goede prijs? Uitdagingen die we als beroepsgroep aan moeten gaan maar ook met anderen in de zorg en welzijn. Uitdagingen ook waar we haio's nu al bij moeten betrekken, niet alleen om ze goed voor te bereiden voor de toekomst maar ook omdat we ze als jonge mensen met frisse ideeën hard nodig hebben.

Wat betekent dit voor de opleiding? Ik zie twee grote gevolgen: ten eerste zijn de veranderingen voor iedereen nieuw en ten tweede zullen huisartsen veel meer moeten samenwerken. Voor beide gevolgen geldt dat het vertrouwde meester-gezel model, waar je als jonge dokter leert van de ervaren dokter, minder werkt. Op sommige terreinen hebben jonge dokters zelfs meer ervaring dan hun oudere collega's zoals het gebruik van social media. Soms is er nog geen ervaring en moet uitgezocht worden wat het beste werkt, bijvoorbeeld als iemand de uitslag van een longfoto zelf kan lezen in haar medisch dossier en in het weekend leest dat zij kanker heeft. Tot nu toe vertelde een dokter dit slechte nieuws. Of wat dacht u van 'dokter Watson', een slimme IBM computer die ondersteunt bij de diagnostiek. De dokter stopt er de gegevens in en 'dokter Watson' onderzoekt razendsnel bij welke ziektes dat kan passen. Hoe gebruik je deze informatie naast je klinische blik en wat je weet van deze

patiënt en haar achtergrond? 'Buiten de spreekkamer' verandert er ook veel. Zo worden we steeds ouder. Hoe regel je de zorg zo dat we goed voor onze kwetsbare ouderen kunnen blijven zorgen? Wat is de rol van de huisarts, wat die van de praktijkondersteuner en wat die van de wijkverpleegkundige? Wat heeft de ouderengeneeskundige te bieden, wat de specialist?

Nu het meester-gezel model niet meer voor alles voldoet, moeten we zoeken naar andere vormen van leren. 'Het lerende koppel haio-opleider' en 'interprofessioneel leren' bieden mijns inziens kansen. Onderzoek moet aantonen of dit klopt.

Als eerste het lerende koppel. Ik stel me voor dat haio en opleider samen onderwijs volgen over nieuwe ontwikkelingen zoals big data of genetica. Samen kijken ze wat dit voor de praktijk betekent. Maar het koppel kan ook op onderzoek uitgaan om bijvoorbeeld te achterhalen waarom de samenwerking met de verloskundigen niet loopt en hoe dit te verbeteren. In de lerarenopleiding wordt veel gewerkt met deze vorm van onderwijs.³¹ Ik maak graag gebruik van hun ervaringen en vind het een voorrecht dat we in Leiden het ICLON (Interfacultair Centrum voor de lerarenopleiding, onderwijsontwikkeling en nascholing van de Universiteit Leiden) hebben. Ik zie uit naar de samenwerking met de hooggeleerde Akkerman, hoogleraar Onderwijswetenschappen, die Hoger Onderwijs als focus heeft en onderzoek doet naar hoe op te leiden in tijden van verandering.

Dan interprofessioneel leren. De veranderingen in de zorg brengen met zich mee dat we meer moeten samenwerken, met elkaar in de huisartspraktijk, met hulpverleners in wijk of dorp en met verschillende soorten dokters. Ik zie een opleiding voor me waarin we meer samen leren; natuurlijk met de specialisten ouderengeneeskunde in opleiding, die hebben we in huis. Ik ben ook heel blij met het initiatief van hooggeleerde Van Lith om gynaecologen en huisartsen in opleiding samen te laten leren. Hoe mooi zou het zijn als alle aanstaande specialisten huisartsgeneeskunde in de opleiding hebben! Maar ook samen leren met de wijkverpleegkundigen, de buurtteam medewerkers, de apotheker enzovoort, zoals nu gebeurt in MOVIT MD.

Dit is een vervolg op het MOVIT project, dat is gericht op samenwerking in de zorg voor ouderen, georganiseerd vanuit het afdelingsprogramma AGE.³²

Dit is een mooie aanloop voor het echte slot van mijn betoog. Ik heb u verteld over de veranderingen die ik zie en wat dat betekent voor de huisartsopleiding, en voor de andere medische opleidingen. Ik eindig graag met de enorme kans die ons geboden wordt door het LUMC te experimenteren met een toekomstgerichte huisartsopleiding in de Campus Den Haag.³³ De Universiteit Leiden en het Leids Universitair Medisch Centrum breiden hun activiteiten in Den Haag uit. Als een van de grote steden van Nederland kent Den Haag problematiek die interessant is voor onderzoek, onderwijs, beleid en gezondheidszorg. Een van de activiteiten is een innovatieve huisartsopleiding. We gebruiken daarvoor de tweede helft van de opleiding zodat de haio's voldoende huisartsgeneeskundige basis hebben. We doen het op een manier die past bij verandering en onzekerheid; dus geen van bovenaf dicht getimmerd plan maar samen met betrokkenen kijken wat nodig is om te leren en hoe te leren. Betrokkenen moet u breed zien: huisartsopleiders, haio's en patiënten, daarom heen een schil van zorggroepen, paramedici, wijkteams, ouderen- en sociale geneeskunde, Haagse specialisten en ziekenhuizen. Het afgelopen half jaar hebben we informatie verzameld over wat nodig is om te leren, het komende half jaar gaan we een ontwerp van de opleiding maken om in september te starten met de eerste experimentele groep. Didactisch laten we ons ondersteunen door het ICLON. Ontwikkeling van en onderzoek naar de innovatieve opleiding lopen parallel: door middel van design-based research evalueren we en stellen bij. Op deze manier hopen we inzicht te krijgen in werkzame ingrediënten om haio's en opleiders voor te bereiden op hun toekomstige rol als huisarts generalist in een veranderende gezondheidszorg. Het zal u niet verbazen dat we daarbij steeds de kernwaardes van generalisme voor ogen moeten houden: de goede inschatting maken, de menselijke maat en een goede gezondheid van de bevolking tegen een lage prijs. Het zal u ook niet verbazen dat ik veel vertrouwen heb in de nieuwe generatie dokters. Daarom eindig ik naar Hannah

Arendt: 'ik hoop dat wij met toewijding en zeggingskracht de nieuwe generatie dokters kennis laten maken met het beste van de geneeskunde en de gezondheidszorg en hen de kans bieden daar hun eigen, onvoorspelbare weg in te gaan. Dat is geen gemakkelijke opgave en vraagt om een continue zoektocht. Ik wens ons vertrouwen in onze studenten en artsen in opleiding tot specialist: het onverwachte kan van de mens worden verwacht; iedere nieuwe generatie belichaamt deze hoop'.

Dankwoord

Ik sta hier op de schouders van velen. Zij hebben mij gesteund en gestimuleerd. Ik heb veel van hen geleerd. In het bijzonder noem ik mijn ouders. Alleen al dat jullie hier nog zo lief bij aanwezig zijn, wat een voorbeeld!

Dank aan het bestuur van de Stichting Beroepsopleiding Huisartsen voor het initiatief tot de bijzondere leerstoel 'Onderzoek naar Opleiden'. In het bijzonder wil ik Cees Esser noemen voor zijn niet aflatende inzet om de huisartsopleiding beter te maken. Deze leerstoel getuigt van het belang dat de Stichting ziet in de academisering van de huisartsopleiding. Dank ook voor het in mij gestelde vertrouwen. Daarvoor wil ik ook het bestuur van het LUMC bedanken. Maar bovenal ben ik blij met de instelling van een leerstoel onderwijs. Hiermee onderstreept u het belang dat u hecht aan dit academisch taakgebied.

Beste Mattijs Numans, onze wegen kruisen elkaar vanaf toen we heel klein waren. Toen waren we burens en dat zijn we nu weer als afdelings- en opleidingshoofd. Dank voor je enorme inzet en onvoorwaardelijke steun om deze leerstoel te bewerkstelligen en vorm te geven.

Collega's van de afdeling Eerstelijns geneeskunde van het Radboudumc. Bij jullie heb ik mij tot onderzoeker kunnen ontplooien.

Beste studenten, graag draag ik bij aan het generalisme in het onderwijs en aan een betere aansluiting met de vervolgoopleidingen. Ik weet mij gesteund door een fantastisch team van docenten bij onze afdeling.

Beste artsen in opleiding tot specialist, ik hoop dat wij elkaar steeds meer weten te vinden in onze zoektocht naar toekomstbestendige opleidingen.

Voor de huisartsen in opleiding is dat al heel goed gelukt. Ik kijk uit naar onze samenwerking. Dank voor jullie kritische en opbouwende inzet.

Beste opleiders, ook wij hebben elkaar gevonden. Dank voor jullie open houding en bereidwilligheid mee te denken en doen. Voor het managementteam en de docenten, wij zijn al begonnen aan een toekomstbestendige opleiding, samen met de haio's en opleiders. Dank voor jullie vertrouwen in mij en bereidheid te veranderen.

Beste Henk Thiadens, jij leerde me het vak maar bovenal hoe belangrijk het is plezier te maken als dokter.

Beste Niek de Grunt, maat van het eerste uur, en achter jou het geweldige team Ondiep. Jij leert me de lat niet te hoog te leggen. Dank voor je onvoorwaardelijke steun om dokteren en wetenschap te combineren. Dat geldt ook voor het team. Dankzij jullie ben ik één dag per week echt huisarts.

Beste Lisa Tan, mijn eerste vrouwelijke rolmodel. Jij trok me over de streep om onderzoek te doen en werd mijn co-promotor. Van jou heb ik geleerd door te zetten en stand te houden.

Beste Cees van der Vleuten, promotor, niet alleen tijdens maar ook na mijn promotie. Vele onderzoeksprojecten hebben we samen gedaan. Nog steeds leer ik van je over onderwijskundig onderzoek. Daarnaast ben je mijn rolmodel voor de begeleiding van promovendi: betrokken, stimulerend, kritisch en precies. Dank voor de inspirerende samenwerking al die jaren.

Lieve Carol, mijn steun en toeverlaat en nog veel meer... Jij hebt me, als sociale wetenschapper, mede gevormd als onderzoeker. Talloos zijn onze gesprekken over onderzoek en wetenschap. Ik leer nog steeds van je creatieve en kritische geest.

Ik heb gezegd.

Referenties

- 1 Schäfer WLA. Primary care in 34 countries: perspectives of general practitioners and their patients [proefschrift]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 2016
- 2 Van Es. Een halve eeuw huisartsgeneeskunde. Van ambacht naar professie. Houten: Bohn Stafleu van Logum, 2006.
- 3 Van Osselen E, Helsoot R, Van Zalinge E, Van der Werf G. Ter gelegenheid van 60 jaar Nederlands Huisartsen Genootschap. Geschiedenis van de huisartsgeneeskunde. Utrecht: H&W/SBOH/NHG, 2016.
- 4 NHG-Standpunt Kernwaarden huisartsgeneeskunde. Utrecht: NHG,2011.
- 5 Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022. Utrecht: NHG/LHV, 2013.
- 6 Starfield B. Is primary care essential? Lancet 1994; 344: 1129-33.
- 7 Starfield B. State of the art in research on equity in health. Journal of health politics, policy and law 2006; 31: 11-32.
- 8 Marschal M. Re-thinking the role of general practice. Huisarts en Wetenschap 2014; 57: 580-1.
- 9 Van Weel C. Primary health care and family medicine at the core of health care: challenges and priorities in how to further strengthen their potential. Frontiers in Medicine 2014; 1: 1-5.
- 10 Van der Horst H, Buntinx F, Knottnerus A, Metsemakers J, Van Weel C, redactie. Leerboek huisartsgeneeskunde. Utrecht: De Tijdstroom, 2014.
- 11 Van den Muijsenbergh M, Oosterberg E, redactie. Zorg voor laaggeletterden, migranten en sociaal kwetsbaren in de huisartsenpraktijk. Utrecht: NHG/Pharos, 2016.
- 12 Kramer AWM, Düsman H, Tan LHC, Grol RPTM, Van der Vleuten CPM. Acquisition of communication in postgraduate training for general practice. Medical Education 2004; 38: 158-167.
- 13 Essers G, Van Dulmen S, Van Weel C, Van der Vleuten C, Kramer A. Identifying context factors explaining physician's low performance in communication assessment: an explorative study in general practice. BMC Family Practice 2011; 12:138.
- 14 Norman G, Young M, Brooks L. Non-analytical model of reasoning: the role of experience. Medical Education 2007; 41: 1140-5.
- 15 Yardley S, Teunissen P, Dornan T. Experiential learning: transforming theory into practice. Medical Teacher 2012 Feb; 34(2): e102-15.
- 16 Kalshoven F. Het spel en de knikkers. Laagopgeleiden leren weinig van werken. Volkskrant 2016; 3 september: 27.
- 17 Helmich E. Becoming a doctor. The early emotional and professional development of medical students [proefschrift]. Nijmegen: Radboud Universiteit, 2012.
- 18 Kooijmans L. Het orakel: de man die geneeskunde opnieuw uitvond: Herman Boerhaave 1669-1738. Amsterdam: Balans, 2011.
- 19 <https://www.lumc.nl/org/pheg/onderwijs/dehuisartsopleiding/inrichting-opleiding/>.
- 20 Sagasser MH, Kramer AW, Van der Vleuten CP. How do postgraduate GP trainees regulate their learning and what helps and hinders them? A qualitative study. BMC Medical Education 2012; 12: 67.
- 21 Sagasser MH, Kramer AWM, Fluit CRMG, Van Weel C, Van der Vleuten CPM. Self-entrustment: how trainees' self-regulated learning supports participation in the workplace. Advances in Health Science Education November 2016; 1-19. First published online.
- 22 Lave J, Wenger E. Situated learning: Legitimate peripheral participation. Cambridge,UK:Cambridge University Press, 1991.
- 23 Roermund T. How do postgraduate medical teachers develop their teaching skills? [proefschrift]. Nijmegen: Radboud Universiteit, 2013.

- 24 Kramer AWM, Zuithoff P, Jansen JJM, Tan LHC, Grol RPTM, Van der Vleuten CPM. Growth of self-perceived clinical competence in postgraduate training for general practice and its relation to potentially influencing factors. *Advances in Health Sciences Education* 2007; 135-145.
- 25 Sagasser MH, Fluit CRMG, Van Weel C, Van der Vleuten CPM, Kramer AWM. How Entrustment Is Informed by Holistic Judgments Across Time in a Family Medicine Residency Program: An Ethnographic Nonparticipant Observational Study. *Academic Medicine* November 2016; First published online.
- 26 Pelgrim EA, Kramer AW, Mokkink HG, Van der Vleuten CP. Factors influencing trainers' feedback-giving behavior: a cross-sectional survey. *BMC Medical Education* 2014; 14: 65.
- 27 Pelgrim EA, Kramer AW, Mokkink HG, Van der Vleuten CP. The process of feedback in workplace-based assessment: organisation, delivery, continuity. *Medical Education* 2012; 46(6): 604-12.
- 28 De Jonge LPJWM, Timmerman AA, Govaerts MJB, Muris JWM, Muijtjens AMM, Kramer AWM, Van der Vleuten CPM. Stakeholder perspectives on workplace-based performance assessment: towards a better understanding of assessor behavior. Accepted by *Advances in Health Science Education*.
- 29 Tromp F. How to assess progress in competency-based postgraduate training? [proefschrift]. Nijmegen: Radboud Universiteit, 2014.
- 30 <https://www.huisartsopleiding.nl/aios/toetsing/toetsaanbod>.
- 31 Ax J, Ponte P, Brouwer N. Actieonderzoek in de initiële lerarenopleiding: een verkenning. *Tijdschrift voor lerarenopleiders* 2008; 29: 21-30.
- 32 www.movitmd.nl.
- 33 <https://www.lumc.nl/org/campusdenhaag/>.

PROF.DR. A.W.M. KRAMER



- 2016-heden Bijzonder Hoogleraar Huisartsgeneeskunde, leerstoel 'Onderzoek naar Opleiden', Universiteit Leiden.
- 2015-heden Hoofd Huisartsopleiding, afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde, LUMC.
- 1984-heden Huisarts in Utrecht (Gezondheidscentrum Ondiep).
- 2003-2015 Senior onderzoeker en programmaleider 'Onderzoek van Onderwijs', afdeling Eerstelijns geneeskunde, Radboudumc.
- 2003 PhD. The acquisition of competence during postgraduate training in general practice.
- 1987-2003 Universitair docent. Ontwikkeling, onderzoek en implementatie landelijke toetsing Huisartsopleiding, afdeling Huisartsgeneeskunde UMCU / Stichting Verenigde Universitaire Huisartsopleidingen, Utrecht.
- 1985-1987 Universitair docent Huisartsgeneeskunde, Vumc.
- 1981-1983 Huisartsopleiding, Utrecht.
- 1973-1981 Geneeskundestudie, Utrecht.

De huisarts is specialist in generalisme. We hebben generalisten nodig vanwege de verdergaande specialisatie en toenemende mogelijkheden van de geneeskunde. Generalisme biedt toegankelijke zorg voor iedereen voor een breed palet aan klachten en ziektes. Generalisme staat voor de menselijke maat. Het houdt rekening met de mens achter de ziekte. Tot slot zorgt generalisme voor een goede gezondheid van de bevolking tegen een lage prijs.

Om haar taak als generalist te kunnen vervullen heeft de huisarts diagnostische vaardigheden nodig om het risico in te schatten van veelal specifieke klachten en een groot arsenaal aan therapeutische vaardigheden. Daarvoor moet zij, naast medische kennis en vaardigheden, in staat zijn een goede relatie met de patiënt op te bouwen en rekening te houden met diens achtergrond. Daarnaast heeft een huisarts vaardigheden nodig in samenwerking en organisatie om een praktijk te voeren, om als team te functioneren en om in de wijk eerstelijnszorg te leveren.

De huisarts leert deze vaardigheden in de basis- en vervolgopleiding. Het is belangrijk om al in de basisopleiding aandacht te geven aan generalisme. Dat gebeurt o.a. door studenten vroeg in de opleiding met patiënten in contact te brengen. In de huisartsopleiding leren aanstaande huisartsen vooral door veel ervaring op te doen in de praktijk onder begeleiding van een getrainde opleider die een jaar lang continu beschikbaar is. Daarnaast leren ze op de wekelijkse terugkomdag op de universiteit van ervaringen uitwisselen en verdieping onder begeleiding van huisarts- en psychologie docenten. Beoordeling door opleider en docenten en toetsing zijn nodig om de ontwikkeling van de aanstaande huisarts te volgen en bij te sturen.

Maatschappelijke (b.v. vergrijzing, digitalisering) en medische ontwikkelingen zullen de gezondheidszorg en dus de huisartsgeneeskunde ingrijpend veranderen. Hoe bereid je aanstaande huisartsen hierop voor? In de LUMC Campus Den Haag krijgen wij de kans te experimenteren met een toekomstgerichte opleiding.



Universiteit
Leiden