

De nascholing van de arts en de inschakeling van deze nascholing in de medische praktijk

DOOR PROF. DR. J. GROEN TE AMSTERDAM*

De positie, het werk en de opleiding van de medicus worden tegenwoordig druk besproken in bijna elk land. Wij staan inderdaad tegenover een paradoxale toestand: juist in de tijd dat de medische wetenschap vorderingen maakt, zoals nooit tevoren, waarin bijna elk jaar betere methoden voor de herkenning, voorkoming en behandeling van ziekten worden ontdekt, voelt de arts zich wat betreft zijn werk en zijn plaats in de maatschappij steeds minder voldaan. Van een leider in zijn beroep en in zijn kring wordt hij een figuur van ondergeschikt belang; de huisarts, eens met eerbied behandeld als een autoriteit, raadgever en vriend, loopt gevaar achterop te geraken in medische kennis en maatschappelijke positie bij zijn meer gespecialiseerde collega.

Doel van deze verhandeling is niet om te komen tot een verdediging van de huisarts, of nog eens de argumenten naar voren te brengen ten gunste van zijn erkenning als een onontbeerlijke soldaat in onze strijd tegen ziekte. Ook zullen wij niet ingaan op de oorzaken van de tegenwoordige achteruitgang van zijn positie en prestige en de maatregelen die zouden kunnen worden genomen om in zijn onbevredigende status verbetering te brengen; wij zullen ons in dit artikel beperken tot een overzicht van de wegen die tegenwoordig te onzer beschikking staan om de medicus in contact te doen blijven met de vorderingen van zijn beroep en hem op deze wijze in staat te stellen zijn taak te vervullen tot tevredenheid van zijn patiënten, hun gezinnen en zichzelf.

Het tweevoudig aspect van de nascholing. De nascholing van de medicus heeft twee aspecten en taken. Het is nodig dit goed voor ogen te houden, omdat veel misverstand en mislukking in het verleden zijn toe te schrijven aan een onvoldoende besef van wat nascholing werkelijk betekent. Voor dit doel stellen wij ons voor, onderscheid te maken tussen:

„A” — Het onderricht aan de medicus in de vorderingen van de verschillende speciale onderdelen van de geneeskunde. Iedere arts moet worden ingelicht

over deze vorderingen teneinde zijn kijk op het geheel te behouden en teneinde hem in staat te stellen patiënten die door specialisten volgens de een of andere moderne therapie zijn behandeld, verder te kunnen bijstaan. Zo moet de medicus horen van de vorderingen in de hartchirurgie, van de mogelijkheden tot totale maagresectie, van electro-encefalografie, enz., ofschoon hij deze vormen van techniek nimmer zelf toepast.

„B” — Veel belangrijker echter is voor hem de nascholing in die vorderingen van de medische kennis, welke van onmiddellijk nut zijn voor zijn eigen praktijk. Er behoeft nauwelijks de nadruk op te worden gelegd, dat het deze vorm van onderricht is, welke de medicus het meest van alles nodig heeft. Maar het is ook duidelijk voor iedereen, die ervaring heeft in de tegenwoordige nascholing, dat de meeste lezingen, demonstraties van ziektegevallen en cursussen, welke aan de medici worden aangeboden in onze ziekenhuizen, meer gericht zijn op nascholing „A” dan op „B”. Het feit alleen al, dat het grootste deel van de nascholing tegenwoordig plaats vindt in de ziekenhuizen betekent, dat het onderwijsmateriaal in hoofdzaak wordt ontleend aan gevallen, die slechts een klein deel vormen van de patiënten die de huisarts in zijn dagelijks werk ziet. De bevolking van de ziekenhuizen geeft in het geheel geen beeld van de drommen mensen die de wachtkamers van de huisartsen vullen. Verder is onze tegenwoordige gewoonte, om bijna uitsluitend ziekenhuisspecialisten met de opleiding van de arts te belasten, niet in overeenstemming met de eenvoudige wijsheid, dat de beste opleider de man is, die werkt dichtbij het werk waarop hij zijn leerlingen voorbereidt.

Wij, die in ziekenhuizen onderricht moeten geven, beseffen dat vele van de symptomen, welke wij aan de arts demonstreren, recente verschijnselen zijn, vaak verkregen door aanwending van uiterst gespecialiseerde methoden. De huisarts echter moet veelal een beslissing nemen op een symptomatologie die verschilt van wat wij als specialisten zien en gebruiken in onze ziekenhuispraktijk. Als wij deze gedachtengang iets verder vervolgen, moeten wij wel tot de conclusie komen, dat nascholing zoals deze tegenwoordig in ziekenhuizen geschiedt door klinische specialisten als opleiders, er noodzakelijkerwijze zeer eenzijdig moet uitzien. De specialist, die teleurgesteld is omdat een huisarts hem een carcinoompatiënt te laat heeft toegezonden, kan bij de

* In een der volgende afleveringen van „huisarts en wetenschap” zal de problematiek van de nascholing zeer uitvoerig worden belicht. Als introductie hiertoe publiceren wij, in overleg met Prof. Groen, dit artikel, naar een lezing, gehouden voor de commissie van nascholing van de Israel Medical Association en de Moatsah Medicinit Kupath Cholim, resp. op 24 maart en 6 april 1954. Het verscheen in het boek „In the footsteps of the pioneers” en droeg tot titel „Postgraduate teaching and its integration into medical practice”.

bespreking van carcinomen veel tijd wijden aan een vroegtijdige diagnose en behandeling, maar daarbij zal hij moeten bedenken dat hij, als specialist, voor het stellen van een vroegtijdige diagnose over middelen beschikt, die de huisarts te enen male ontbreken. Verder ziet hij gewoonlijk niet, dat de huisarts ten minste zoveel tijd en aandacht moet besteden aan patiënten die misschien dezelfde verschijnselen vertonen, maar die geen carcinoom hebben. Hoe hij met deze patiënten moet handelen, vertellen de specialisten hem gemeenlijk niet.

De huidige nascholing in ziekenhuizen vervult, met andere woorden, op uitstekende wijze de taak, hierboven gedefinieerd als nascholing „A”. Zij functioneert echter niet als een geschikte vorm van nascholing „B”. Het is een feit, dat vele practici, die een uitstekende opleidingscursus in een ziekenhuis hadden gevolgd, daarop reageerden, toen zij weer in hun praktijk terugkeerden, niet met gevoelens van verrijkt te zijn, van optimisme dus, doch met gevoelens van frustratie en gedruktheid, omdat zij zichzelf nog onbekwamer vonden, nadat zij zich bewust waren geworden van de enorme mogelijkheden, welke een arts bij het werken in een ziekenhuis worden geboden.

Opleider en leerling. Het is naïef om te menen, dat een specialist zelf geen nascholing nodig heeft. Hij heeft er net zoveel behoefte aan als thans iedere andere medicus, teneinde in contact te blijven met de vorderingen op zijn gebied. Vergeleken met de huisarts is de werker in een kliniek echter in een gunstiger positie. In de eerste plaats werkt de ziekenhuisspecialist niet alleen. Wanneer hij de zaal rondgaat met zijn assistenten, wordt hij door hun tegenwoordigheid gestimuleerd, geregeld zijn literatuur bij te houden en met hen de toepassing te bespreken van hetgeen hij heeft gelezen, in verband met de gevallen welke zij samen behandelen. De vragen die zijn medewerkers hem stellen, onze eigen bijdragen op de stafvergaderingen, leren hem onbewust ten minste evenveel als hij hun leert. Verder krijgt hij door zijn nauw contact met andere specialisten, die met hun verschillende technieken zijn diagnose en behandeling controleren, zoals röntgenologen en patholoog-anatomen, een ongezochte nascholing, *terwijl hij zijn dagelijks werk doet.*

De huisarts daarentegen werkt alleen. Hij heeft zelden het voorrecht, gevallen met zijn collegae te kunnen bespreken; zijn onderricht ontvangt hij niet daar, waar hij geregeld zijn werk doet, doch verwijderd van zijn normale terrein van werkzaamheid, bijvoorbeeld in een ziekenhuis, waar de situatie slechts in de verte lijkt op zijn gewone werkplaats, en waar de gevallen, waarover hij wordt onderricht, niet zijn eigen zijn. De conclusie van deze overwegingen en ervaringen is, dat onze tegenwoordige methode van nascholing in ziekenhuizen moet worden aangevuld met een systeem dat de medicus meer leert over de problemen waarmee hij in zijn eigen praktijk heeft te maken, en dat dit onderricht

aan zijn dagelijkse werk zal moeten worden aangepast. Ons onderricht moet dus meer op de leerling dan op de opleiding worden gericht.

Voor- en nascholing. Een van de oorzaken van het tegenwoordige verkeerd begripen van de taak van de nascholing is dat men ervan is uitgegaan, dat nascholing in de geneeskunde zou kunnen geschieden volgens soortgelijke beginselen als het onderwijs aan studenten. In werkelijkheid zijn er ten minste twee belangrijke verschillen tussen studenten en artsen die voor nascholing naar een ziekenhuis komen. Gedurende zijn opleiding ontvangt de student de basis voor zijn toekomstige medische werkzaamheden. Daar elke groep studenten zich later zal differentiëren in huisartsen, specialisten, medische ambtenaren, researchwerkers enzovoort, moet de opleiding van studenten natuurlijk van een grote veelzijdigheid zijn. Daarom moet en kan deze opleiding geschieden in een veelzijdigheid van onderwerpen en door verschillende specialisten. Het is niet erg indien de student, nadat hij zijn eindbestemming heeft gevonden, een deel van deze onderwijsstof vergeet, wanneer hij er niet mee van doen heeft, doch intussen kan deze zelfde stof dagelijkse kost zijn voor zijn studiegenoot, die zich in een andere richting heeft gespecialiseerd.

Bij nascholing echter kan een benadering van eenzelfde probleem door een combinatie van specialisten nuttig zijn voor opleiding „A”, maar het is onvoldoende voor de opleiding van de huisarts in de problematiek waarvoor hij in zijn dagelijks werk komt te staan. Zelfs als we de huisarts een „dokter voor alles” noemen, is hij inderdaad gespecialiseerd in die zin, dat hij bepaalde problemen zelf oplost, terwijl hij andere naar gespecialiseerde artsen verwijst. De huisarts heeft met bepaalde patiënten te maken zonder hulp, andere behandelt hij tezamen met een specialist, weer andere laat hij voor hun behandeling geheel aan specialisten over. Dit alles vereist net zoveel gespecialiseerde kennis en techniek als elk ander werk in de geneeskunde. Het logisch gevolg hiervan is, dat bij nascholing „B” speciale tijd en aandacht moet worden gewijd aan de specifieke problemen welke de huisarts in zijn dagelijkse praktijk ontmoet. Bij de nascholing zal de opleider dus bij het kiezen van de patiënten voor zijn demonstraties en bij het voorbereiden van zijn lezingen moeten uitgaan van het standpunt van de huisarts. Het is slechts tijd verspillen, indien aan de huisarts gedemonstreerd wordt de nieuwste techniek voor partiële longresectie, of de hematologische diagnose van de L.E.-cel, of de differentiële diagnostiek van het syndroom van Lutembacher, welke alle een plaats innemen bij het onderrichten van studenten. De opleider van de huisarts moet, door in nauw contact te blijven met het werk van zijn leerlingen — en bij voorkeur door zelf enige tijd in hun praktijk door te brengen! — zijn pogingen concentreren op die gevallen en die problemen van diagnose en behandeling, waarop de huisarts is gespecialiseerd. Het denkbeeld, dat nascholing niets anders is dan een herhaling van het onderwijs aan

studenten, is gebleken een te eenvoudige voorstelling van zaken te zijn. Nascholing is een specifieke vorm van onderricht met speciale eisen wat betreft methoden, organisatie en soort van opleiders.

Het tweede verschil tussen het onderricht aan studenten en dat aan huisartsen ligt in hun manier van leren. De meeste studenten zijn jonge mensen, bereid om te leren wat hun leraar meent dat zij behoren te weten; bovendien moeten zij met geregelde tussenpozen hun examens afleggen, bij welke gelegenheid zij moeten tonen begrepen te hebben, hetgeen hun leraar hun wenste te onderrichten. De meerderheid van de studenten gelooft in het gezag van hun leraren en neemt het meeste van wat deze zeggen passief aan, zonder teveel vragen te stellen. De huisarts echter, die luistert naar een lezing of een demonstratie van patiënten bijwoont, is iemand van rijpe leeftijd, die reeds zijn eigen ervaring heeft opgedaan, welke veelal aanzienlijk en waardevol is. Vele specialisten die nascholing geven, zijn niet in voldoende contact met hun leerlingen om de waarde te bepalen van de ondervinding die huisartsen reeds hebben verworven. Het resultaat is, dat een deel van wat de opleider aan zijn gehoor vertelt, reeds aan velen bekend is. Een ander deel van de stof wordt niet door het gehoor opgenomen, omdat de huisarts niet dezelfde passieve, onvankelijke luisteraar is als de student. Hij is een man die werkt en een bedrijvig leven leidt en die, als hij tot niets anders wordt gedwongen dan luisteren en verwerken, weigert, hetzij bewust of onbewust, dit te doen. De manier waarop de meeste huisartsen graag leren is door het stellen van vragen of door aan de opleider de problemen voor te leggen, die zij in hun werk ontmoeten. Voor deze problemen wensen zij een oplossing, welke zij zelf tot uitvoering willen brengen. Met dit verlangen van de huisarts naar actieve deelneming in het hem geboden onderricht is bij de tegenwoordige vormen van nascholing niet voldoende rekening gehouden. Woorden en tijd worden vaak verspild aan lezingen over wat de huisarts al weet of niet nodig heeft, onvoldoende aandacht wordt geschonken aan zijn wens actief deel te nemen aan de wijze waarop de vorderingen van de geneeskunde voor hem en zijn werk beschikbaar worden gesteld.

Enige voorstellen. Welke zijn dan de verbeterde methoden welke voor nascholing aanbevolen kunnen worden? Er bestaat geen twijfel aan, dat voor wat wij hebben genoemd nascholing „A”, lezingen, demonstraties en cursussen in ziekenhuizen hun rechtmatige plaats hebben en zullen behouden. Het is alleen maar te wensen, dat meer omvang worde gegeven in zulk een algemeen leerplan voor nascholing aan de nieuwe gebieden van psychosomatische geneeskunde, psychiatrie, sociale geneeskunde en hun preventieve aspecten. Voor de betere opleiding van de huisartsen voor hun eigen taak zijn echter „B”-discussiegroepen veel heilzamer dan lezingen. Zij geven de leerling gelegenheid zich zijn eigen ervaring te nutte te maken en deze te onderwerpen aan het oordeel van zijn collegae en de raad

te ontvangen van de specialist, die de discussiegroep leidt. Bij zulk een discussie moet de specialist zich bewust zijn van de rijpheid van zijn leerlingen en hij moet zoveel hij kan hun actieve medewerking aanmoedigen.

In Amsterdam heeft men de proef genomen met een groepsbespreking tussen huisartsen zelf, in een poging om een actievere deelneming van de huisartsen in hun onderricht te bevorderen. De leider van de groep (in dit geval de schrijver) nodigde vijf huisartsen uit een groep met hem te vormen. Zij kwamen bij hem aan huis voor een voorbereidende bespreking, waarbij zij zelf de onderwerpen kozen. Bij deze gelegenheid werd het spoedig duidelijk, dat de huisartsen van veel meer op de hoogte waren dan zij zelf hadden geweten en dat zij vooral leiding behoeften in de vorm van opdienen van de kennis en het vullen van hiaten hierin. In het onderhavige geval waren de gekozen onderwerpen: de differentiële diagnose tussen influenza en beginnende pneumonie, de psychogenese van colitis ulcerosa en de behandeling van urticaria. De schrijver hielp een van de deelnemers aan een onlangs uitgegeven leerboek, een ander kwam nog eens op bezoek om enige aanwijzingen te ontvangen over de beste wijze van demonstreren van zijn casus van colitis ulcerosa en van de daarbij behorende röntgenopnamen, de behandeling van urticaria werd geheel overgelaten aan de arts die had voorgesteld, dit onderwerp te kiezen. Op de avond van de groepsbespreking waren ongeveer vijftig huisartsen en enige specialisten aanwezig. Nadat de schrijver een en ander had medegedeeld over het doel van dit experiment, verzocht hij onmiddellijk een van de huisartsen uit de groep te beginnen. Het was interessant te luisteren naar de wijze waarop de arts het leerboek becommentarieerde in verband met de beschrijving van beginnende pneumoniën zoals deze op de tweede, derde en vierde dag na het begin zich tonen aan de ziekenhuisartsen. Daar tegenover gaf hij zijn eigen ervaringen, waarop verder commentaar kwam uit de vergadering. Op dit moment begon onvoorbereid een ander lid uit de discussiegroep kritiek uit te oefenen op de onvoldoende gelegenheid welke er bestaat voor de huisarts om snel een bacteriologische sputumdiagnose te verkrijgen, hetgeen volgens hem het voor de huisarts veel moeilijker maakte om de juiste vorm van antibiotische behandeling te vinden. Hij voegde er echter aan toe, dat hij sedert onze voorbereidende vergaderingen bij de directeur van de Gemeentelijke Geneeskundige Dienst van Amsterdam was geweest; met deze directeur samen had hij een manier uitgedacht, waarop van nu af alle huisartsen het sputum van iedere patiënt, bij wie zij een beginnende pneumonie vermoeden, konden doen toekomen aan het Gemeentelijk laboratorium, en binnen een paar uur op antwoord konden rekenen. Zo, anders dan bij een student, had deze huisarts een tekort ontdekt in zijn manier van behandelen van longontsteking en de weg gevonden om zelf dit tekort te verhelpen. De verhandeling, welke de invloed van psychische

factoren op het ontstaan van colitis ulcerosa critiseerde, werd gevolgd door een levendige bespreking in deze vergadering. De discussie over de behandeling van urticaria gaf een van de huisartsen gelegenheid te fulmineren tegen een onder het gehoor aanwezige collega, die trachtte reclame te maken voor een zeker commercieel preparaat van twijfelachtige doeltreffendheid. Toen deze collega volhield dat dit preparaat — een calcumverbinding — onfeilbaar was bij de behandeling van urticaria, kreeg hij uit de vergadering de welgemeende raad, welke hartelijk werd toegejuicht, het eerst eens met fysiologische zoutsolutie te proberen. De taak van de schrijver bestond in hoofdzaak uit het aanmoedigen van een vrije discussie en zijn oordeel te geven, wanneer daar speciaal om werd gevraagd. Alle aanwezigen waren van gevoelen, dat de avond interessant en stimulerend was geweest. Sedertdien zijn er meer zulke avonden gevolgd.

Een hoogst belangrijke vorm van nascholing kan ter plaatse worden uitgevoerd, namelijk in de werk-kamer van de huisarts zelf of in een polikliniek. In plaats van hun patiënten te zenden, komen bij dit systeem de huisartsen met de specialist samen en brengen hun patiënten mee. Deze vorm van nascholing is ideaal geschikt voor de plattelandspraktijk. Vijf of meer huisartsen vergaderen in de werk-kamer van een hunner, een- of tweemaal per week, bij welke bijeenkomst zij een specialist uit de stad uitnodigen, bij voorkeur verbonden aan een ziekenhuis, waarheen zij regelmatig hun patiënten plegen te zenden. Op deze bijeenkomsten brengen de huisartsen een of twee van hun patiënten mee en demonstren deze zelf aan hun collegae en de consulent. De keuze van de te demonstrenen patiënten wordt aan henzelf overgelaten, maar de consulent moedigt hen aan om ieder type van patiënt mede te brengen en speciaal die, welke moeilijkheden geven, waarvoor de huisarts raad en hulp nodig meent te hebben. Deze methode heeft vele voordelen, waarvan wellicht de belangrijkste is, dat de huisarts uit zijn isolement wordt verlost en dat hem de gelegenheid wordt gegeven, patiënten aan zijn collegae te demonstrenen op dezelfde wijze als ziekenhuisartsen en assistenten dit plegen te doen bij stafbesprekingen. Verder krijgt hierdoor de huisarts gelegenheid om de specialist te dwingen in een discussie te treden over het speciale probleem waarover de huisarts raad wenst. Als hij zulk een patiënt naar de kliniek zou zenden, zou hij wellicht een brief ontvangen van de specialist, maar hem zou de gelegenheid ontbreken, deze brief te bespreken of verdere vragen te stellen. Wanneer de specialist ter plaatse is, is dit consult niet slechts van direct voordeel voor de patiënt, maar de hieruit volgende discussie komt tegelijkertijd ten goede aan de huisarts. Toevalligerwijze heeft deze methode tevens het voordeel voor de specialist hem de gelegenheid te geven, enige typen van patiënten te zien, welke hem anders zelden onder de ogen zouden komen.

In Israel is deze methode ingevoerd door Gottfried en Shapira aan de Marpeah van de Kupath Holim

in Raananah. Soortgelijke zittingen vinden plaats in Beersheba onder leiding van Shatal. Ik heb het voorrecht gehad enige van deze zittingen te bezoeken en ben diep onder de indruk gekomen van het nut van deze werkwijze. Dit is een voorbeeld van een werkelijke aanpassing van onderricht aan praktijk, dat een ruime navolging verdient.

In sommige ziekenhuizen heeft men pogingen gedaan om de huisarts aan de stafvergaderingen te laten deelnemen, als er ziektegevallen werden gedemonstreerd. Bij de gewone ziekenhuispraktijk begint zulk een stafvergadering met een demonstratie van het geval door de inwonende geneesheer, waarna de ouderen hun commentaar geven. Hier en daar zijn proeven genomen met een ander systeem: de huisarts, die de patiënt heeft toegezonden, is de eerste spreker bij de demonstratie. Hij geeft de omstandigheden, de anamnese en de bevindingen betreffende dit geval zoals hij het zag tot het ogenblik, waarop hij besloot de patiënt naar het ziekenhuis te zenden. De inwonende assistent is de tweede spreker. Op deze wijze doet men de huisarts gevoelen dat hij erbij behoort.

Het beseft, dat hij gevraagd kan worden deel te nemen aan de demonstratie van een casus, zal voor hem een aansporing zijn bij het onderzoek en de behandeling van al zijn patiënten. Het zal hem ook stimuleren tot nabehandeling van uit een ziekenhuis ontslagen patiënten, indien hij als het ware deel uitmaakt van het „nazorg-systeem” van een ziekenhuis.

Een ander probleem is hoe we de huisarts ertoe kunnen brengen de medische literatuur te bestuderen. Sommige huisartsen op het platteland hebben vakbladenclubs gevormd, zoals de ziekenhuisartsen dit ook wel plegen te doen. Een verschil, dat de schrijver in een van die clubs heeft opgemerkt, is echter dat de vergaderingen afwisselend plaatsvinden ten huize van elk van de deelnemers en dat de arts hierbij de gewoonte hebben, hun vrouwen mee te brengen, die meeluisteren en af en toe vragen stellen over de tijdschriftartikelen die hun echtgenoten bespreken. Het betrekken van de vrouw van de arts als voornaamste persoon bij het nascholingswerk, namelijk teneinde hem belangstelling in zijn werk te doen houden, is uitermate belangrijk. Niets draagt zoveel bij tot een onverschillige houding van de arts als de omstandigheid dat zijn vrouw niet geïnteresseerd is in hetgeen hij doet! Een klein ziekenhuis in Amsterdam, dat een programma van nascholing verzorgt, organiseert daarom tweemaal 's jaars een vergadering, waarop een algemeen medisch onderwerp wordt behandeld, en waar de deelnemers worden uitgenodigd hun vrouwen mee te brengen.

Vaker dan men gewoonlijk beseft, juichen huisartsen een of andere vorm van researchwerk toe, dat hen stimuleert in hun beroep op de een of andere wijze creatief werk te blijven verrichten. In Nederland zijn professor Hornstra, dr. Zonneveld en de schrijver op het ogenblik bezig een onderzoek in te stellen naar de factoren die de gezondheid op hoge

leeftijd bepalen, met behulp van een groep huisartsen. Aan de artsen die aan dit onderzoek deelnemen, wordt verzocht een groep bejaarden te onderzoeken, die naar willekeur uit hun praktijk zijn gekozen. Zij moeten hiertoe een grondige anamnese opnemen, een uitvoerige keuring verrichten en enkele eenvoudige laboratoriumonderzoekingen doen; zij moeten ook gegevens bijeen brengen betreffende de maatschappelijke en geestelijke toestand van de onderzochten. Op geregelde conferenties worden de resultaten met de deelnemers besproken. Bijna zonder uitzondering verklaarden al de deelnemende artsen dat zij zeer ingenomen waren met deze gelegenheid om te delen in het emotionele van het onderzoek en de voldoening van het samenwerken met collegae als afwisseling van hun routinewerk. De vraag is gesteld, of niet aan de huisarts een of andere graad of teken van erkenning moet worden gegeven, wanneer hij een zeker aantal dienstjaren heeft en aan zekere eisen voldoet. Dit zou voor hem een aansporing kunnen zijn om zijn taak goed te verrichten, nascholingscursussen te volgen, enzovoort. Of deze erkenning moet worden gegeven in de vorm van een of ander diploma of titel (de Engelsen zijn meesters in het zetten van letters achter iemands naam) of in de vorm van een premie of salarisverhoging in landen waar de medische verzorging gesocialiseerd of georganiseerd is, is een kwestie die ter discussie staat. In dezelfde categorie valt de vraag of men een onderscheiding, speciale erkenning of steun moet geven aan die geneeskundigen die zich vestigen in kleine dorpen, vaak in verafgelegen delen van een land, en die daardoor afstand doen van de voordelen van het leven in een centrum van hogere cultuur. Tot nu toe is op deze vragen geen bevredigend antwoord gevonden. Toch is er veel te zeggen voor de stelling, dat de huisarts, zoals ieder menselijk wezen, als hij zijn werk goed moet doen, recht heeft op een zichtbare beloning, naast de dankbaarheid van zijn patiënten en de bevrediging van zijn eigen geweten. Dit is stellig niet het belangrijkste aspect van de nascholing, maar men mag er zeker wel enige aandacht aan schenken.

Is er behoefte aan een aparte instantie voor medische nascholing? Met het toenemen van de belangrijkheid van nascholing is natuurlijk de vraag naar voren gekomen of men van de medische faculteiten kan verwachten, dat zij deze extra taak kunnen dragen. De schrijver is van mening dat een goede medische faculteit zoveel van haar werkzaamheden aan de opleiding van studenten en aan de medische research dient te wijden, dat het onmogelijk is haar daarnaast een derde taak op te dragen. Van hoogleraren en hun medewerkers, die reeds zijn overbelast door de steeds toenemende eisen welke de opleiding van de studenten en het klinische onderzoek aan hen stellen, kan niet worden verwacht, dat zij de geschikte opleiders zullen zijn voor de nascholing. Deze moet daarom bij voorkeur worden gegeven in en geleid door de ziekenhuizen of ziekenhuisafdelingen, welke niet direct zijn verbonden met de opleiding van studenten. Er moeten speciale regelingen worden gemaakt en ziekenhuizen worden gevonden, waaraan (zo nodig na reorganisatie en verbeteringen) de taak van de nascholing kan worden toevertrouwd. Deze ziekenhuizen moeten zich specialiseren in de specifieke taken en aspecten van de nascholing „B” van huisartsen, zoals hierboven in hoofdlijnen is aangegeven. Veel van de opleiding in deze ziekenhuizen moet niet alleen in de zalen plaats vinden, maar ten minste evenveel in de polikliniek of in de eigen werkkamer van de huisarts. Bovendien zullen de jonge en de oudere stafleden van zulk een ziekenhuis naar buiten worden uitgezonden voor de zittingen met de plattelands-huisartsen, zoals hierboven aangegeven. Dit betekent niet, dat een ziekenhuis, dat nascholing geeft, geen contact meer onderhoudt met de Universiteit. Integendeel zou de Universiteit waardevol werk kunnen verrichten door standaarden vast te stellen en toezicht te houden op het peil van de opleiding en research in zulk een nieuw centrum. Er is slechts één gevaar, waarvan zulk een inrichting voor nascholing zich voortdurend bewust moet zijn, namelijk de fout te maken in de eerste plaats specialisten op te leiden, in stede van alle middelen en energie aan te wenden om de huisartsen op de hoogte van de tijd te brengen. Als zulk een school zich eenmaal heeft ontwikkeld, zou deze ook de taak op zich kunnen nemen om te strijden voor het recht van de huisarts, te worden erkend als een waardevol lid van ons moderne corps en vooral om hem weer waardigheid te geven in zijn eigen ogen en in die van het publiek.

Nieuwe Leden N.H.G.	
AANVULLENDE LIJST NR. 9	
G. S. van Dorp, Laan van Meerdervoort 237, Den Haag	nr 795
W. H. Beekhuis, Schoolstraat 21, Eefde	nr 796
G. G. Bergink, Hamersveld bij Leusden	nr 797
C. D. van der Blij, Stationsstraat 43, Gieten	nr 798
H. G. Christiaans, Roden	nr 799
O. C. Frentzen, Meppel	nr 800
W. Ch. Götte, Jac. Obrechtstraat 73, Amsterdam	nr 801
P. J. Grevers, Nassaukade 54, Amsterdam	nr 802
H. C. van Hattum, Nieuwe Boschstraat 28, Breda	nr 803
J. M. A. P. J. Jansen, Dorpsstraat 28, Uithoorn	nr 804
H. de Jonge, Dorastraat 34, Hengelo	nr 805
J. L. A. M. Kortmann, Lovendaalsingel 66, Grave	nr 807
H. Matzinger, Singel 15, Deventer	nr 808
A. D. Molendijk, Hilleliet 122, Rotterdam	nr 809
A. W. Monster, Stationsweg 44, Oostvoorne	nr 810
R. Oostingh, Wehe	nr 811
A. M. v. d. Poel, Kon. Julianaplein 2, Den Hoorn (post Delft)	nr 812
D. Rollingswier, Nieuw Hardinxveld	nr 813
F. F. J. Scheepers, Akerstraat 112, Heerlen	nr 814
Dr E. Solms, Provenierssingel 1, Rotterdam	nr 815
K. C. Sorgdrager, Silvoldseweg 19, Terborg	nr 816
H. J. Suiding, Hoofdweg 100, Blijham	nr 817
A. H. Syrier, Hertspieghelegweg 86, Amsterdam	nr 818
Dr P. N. Tissot van Patot, Schiedamseweg 180, Rotterdam	nr 819
P. A. Visser, Zeeweg 77, Katwijk aan Zee	nr 820
A. A. S. Zijlmans, Sniederslaan 14, Bladel	nr 821
Verhuisd:	
J. H. Wagenaar (nr 293) naar Borssenburg 6, Amstelveen. L.	
F. Bakker (nr 482) naar Alb. Verweystraat 81, Voorburg.	

den met de opleiding van studenten. Er moeten speciale regelingen worden gemaakt en ziekenhuizen worden gevonden, waaraan (zo nodig na reorganisatie en verbeteringen) de taak van de nascholing kan worden toevertrouwd. Deze ziekenhuizen moeten zich specialiseren in de specifieke taken en aspecten van de nascholing „B” van huisartsen, zoals hierboven in hoofdlijnen is aangegeven. Veel van de opleiding in deze ziekenhuizen moet niet alleen in de zalen plaats vinden, maar ten minste evenveel in de polikliniek of in de eigen werkkamer van de huisarts. Bovendien zullen de jonge en de oudere stafleden van zulk een ziekenhuis naar buiten worden uitgezonden voor de zittingen met de plattelands-huisartsen, zoals hierboven aangegeven. Dit betekent niet, dat een ziekenhuis, dat nascholing geeft, geen contact meer onderhoudt met de Universiteit. Integendeel zou de Universiteit waardevol werk kunnen verrichten door standaarden vast te stellen en toezicht te houden op het peil van de opleiding en research in zulk een nieuw centrum. Er is slechts één gevaar, waarvan zulk een inrichting voor nascholing zich voortdurend bewust moet zijn, namelijk de fout te maken in de eerste plaats specialisten op te leiden, in stede van alle middelen en energie aan te wenden om de huisartsen op de hoogte van de tijd te brengen. Als zulk een school zich eenmaal heeft ontwikkeld, zou deze ook de taak op zich kunnen nemen om te strijden voor het recht van de huisarts, te worden erkend als een waardevol lid van ons moderne corps en vooral om hem weer waardigheid te geven in zijn eigen ogen en in die van het publiek.

Noodzakelijkheid van research. Nascholing, in een