

De nascholing van de huisarts in het licht van zijn werk

DOOR K. G. BRÜHL, HUISARTS TE AMSTERDAM*

„Iedere arts, die op verantwoorde wijze mensen, die zich onder zijn behandeling stellen, wil blijven behandelen, heeft behoefte aan nascholing, in de ruimste zin des woords, in de vorderingen der geneeskunde in het algemeen en in dat speciële deel der geneeskunde, dat hij beoefent”¹.

Dat is het devies, dat de Commissie „Nascholing”, ingesteld door het N.H.G., heeft uitgegeven en dat ieder onzer zal willen onderschrijven. Eveneens zal een ieder willen toegeven, dat er toch een nascholingsprobleem bestaat. Dit probleem is uitgangspunt voor dit artikel.

Het probleem van de nascholing van de huisarts is een reeds lang slepende zaak, zowel voor hen die deze nascholing moeten ontvangen als voor hen die haar moeten geven. Het probleem heeft onder andere te maken met gebrek aan tijd en aan financiële middelen²⁰. Het is afhankelijk van de plaats onzer vestiging en daardoor van de organisatie van onze nascholing. Maar het probleem wordt vooral beheerst door de stof van nascholing en de methoden, volgens welke die nascholing wordt gegeven³². Laten wij ons dan eerst afvragen, wat wij onder nascholing kunnen verstaan. In de Angelsaksische literatuur spreekt men over „postgraduate medical education”. Postgraduate duidt op het onderscheid tegenover de primaire opleiding, die door het arts-examen wordt afgesloten. Jongma² merkte op dat wij beter niet kunnen spreken van onderwijs maar van verdere ontwikkeling, eventueel van opvoeding. Velen onder ons zullen zich de recente beschouwing van Prof. Heringa³ in Medisch Contact herinneren over het woord educatie, waarbij hij het rijpingsproces schetste van adolescent tot man, zoals het zich in het organisme, ook psychisch voltrekt. Educatie bracht hij terug tot ducere, leiden. Met educatie wordt niet alleen bedoeld het verschaffen van onderwijs. Het onderwijs is slechts één van haar facetten. Het onderwijs doet kennis verwerven, waardoor men bekwaam, vaardig of geleerd wordt. Niet alleen deze kundigheden worden beoogd, de educatie poogt tevens richting te geven aan de ethische ontwikkeling van de mens en aan de ontplooiing van de menselijke persoonlijkheid. Door educatie wordt er naar gestreefd de mens te leren zich aan te passen aan de veranderingen van de samenleving, veranderingen die steeds plaats vinden met het elkaar opvolgen van generaties en met de vorderingen der techniek.

* Naar een voordracht, gehouden op het N.H.G.-Congres te Utrecht op 30 november 1957.

Tot voor kort waren het kind en de puber de enige objecten van educatie. Tegenwoordig is ook „adult-education” een gangbaar begrip.

De nascholing beoogt leiding te geven aan de „gevormde”, het vooronderstelt niets omtrent de leeftijd, waarop deze leiding wordt ontvangen. Dit is dezelfde conclusie als van de College of General Practitioners, die, indien er over nascholing gesproken wordt, spreekt van „the continuing education of general practitioners”⁴. Een arts ondergaat deze nascholing niet te hooi en te gras, maar bijkans dagelijks bij vele gelegenheden in zijn praktijk, wel eens door schade en schande.

De arts heeft bij de behandeling van zijn patiënt te maken met twee facetten in zijn werk. Wij zijn wel gewend deze te onderscheiden enerzijds als geneeskunde, anderzijds als geneeskunst. Bij de behandeling van vrijwel elke zieke komt zowel de geneeskunde als de geneeskunst te sprake. Welke moeilijkheden ondervinden wij niet voor ons zelf bij de behandeling van de „hopeloze patiënt”, de man of vrouw verkerend in het laatste stadium van kanker⁵. Welke steun kunnen wij bieden aan de ouders van het microcefale kindje, dat zoveel langer blijft leven dan wij eigenlijk verwachtten? De kunst krijgt groter taak naarmate de kunde ons in de steek laat. Maar laat ons vooral niet de kunst verheerlijken boven de kunde. Indien er een rhesusantagonisme bestaat tussen moeder en kind worden wij liever behandeld door een accuraat medicus die dood of idiotie voorkomt dan door hem die ons daarmee kan verzoenen. Kunst en kunde sluiten elkaar niet uit, zij behoren bij elkaar en vullen elkaar aan. Waar wij de nadruk op moeten leggen is afhankelijk van de omstandigheden.

Heeft de geneeskunde meer te maken met β -wetenschappen, die kennis en techniek verschaffen, de geneeskunst beweegt zich op een gebied van nog niet geheel in maat en getal uitdrukbare waarden, dat van de menselijke betrekkingen, de relatie arts-patiënt, waarbij enerzijds de vorming van de arts, anderzijds kennis van de geestelijk hygiënische ontwikkeling van de mens, α -wetenschappen ter sprake komen. Hogerzeil⁶ bracht dan ook bij de installatie van de Commissie Nascholing de volgende probleemstelling naar voren: de nascholing zal aandacht moeten besteden aan kennis, welke deskundigheid kan geven, techniek, welke een hanteren van deze kennis mogelijk maakt en ontplooiing van de persoonlijkheid van de arts, hetgeen hem in staat moet stellen deze kennis en techniek in zijn contact

met de patiënt therapeutisch aan te wenden. Hierbij sluit aan wat Huygen ⁷ tijdens het Maatschappijcongres te Nijmegen stelde: niet alleen bestudering van wetenschap, verzameling van kennis, maar ook observatie en bestudering van de eigen karaktereigenschappen zijn van groot belang. Naast het aanvaarden van een grote verantwoordelijkheid — inherent aan het beroep van arts — zal de huisarts karaktereigenschappen als zelfdiscipline, volhardingsvermogen, toewijding en waakzaamheid in de praktijk zelf moeten ontwikkelen. Talrijk zijn de problemen, waarvoor ook de ervaren arts wordt gesteld en die een zwaar beroep doen op zijn ethisch aanvoelen en zijn menselijk inzicht.

Vragen wij nu een definitie van het doel van nascholing, dan zou ik willen voorstellen: „het doel van nascholing is de huisarts leiding te geven bij zijn poging zijn kunst en zijn kunde op het hoogst bereikbare plan te brengen en te handhaven”.

Laat ons nu gaan inventariseren in welke lacunes de nascholing zal moeten voorzien. Gaan wij uit van de opleiding tot arts zoals de Universiteit die geeft, dan moeten wij erkennen dat de Universiteit er nooit in zal kunnen slagen een student op te leiden tot een dergelijke staat van perfectie, dat deze in de praktijk geen tekortkomingen zal vertonen. Dit tekortschieten zal altijd bestaan, in de geneeskunde, in de economie, in elk vak. De Universiteit geeft de student alleen een basis waarop hij, in de praktijk gekomen, verder moet bouwen.

Gesteld kan worden, dat men wordt opgeleid in en voor het vak, dat men gaat beoefenen. De opleiding moet appelleren aan de later uit te oefenen taak. Voorzover dit niet adequaat kan gebeuren of gebeurd is, om welke reden dan ook, moet hierin door nascholing worden voorzien. Maar meer nog dan bij de opleiding het geval is, is de eis, welke wij huisartsen aan nascholing moeten stellen, dat deze adequaat appelleert aan de taak van huisarts. Uitgaande van de definitie die Huygen ⁷ geeft van de taak van de huisarts, als „een continue integrale en persoonlijke geneeskunde voor de mens in zijn milieu” kunnen wij ons nu afvragen waardoor onmiskenbaar hier en daar lacunes in het door de arts geleverde werk kunnen ontstaan.

1. In de eerste plaats kan dan worden genoemd gebrek aan belangstelling van de zijde van de student voor bepaalde onderwerpen gedurende de opleiding, terwijl juist in de praktijk blijkt dat deze onderwerpen van groot belang zijn. Mogelijk was de student op dat moment nog niet rijp voor deze onderwerpen.

Wij noemen als voorbeeld voedingsleer, een vak dat wel wordt gedecoreerd, doch niet geëxamineerd. Ook zouden wij kunnen noemen de kleine specialismen of superspecialismen zoals orthopedie of urologie, terwijl velen onzer de betekenis van de kunst van het oogspiegelen als student niet altijd voldoende hebben begrepen.

2. Gaan wij verder met inventariseren, dan noemen wij in de tweede plaats dat veel van het onderwezene door ons wordt vergeten. Hier is sprake van een menselijke tekortkoming, waaraan wij allen min of meer lijden. *Capita selecta* en dan speciaal die onderwerpen die blijkens ervaring van huisartsen en specialisten moeilijkheden geven zullen systematisch op het nascholingsrooster moeten verschijnen.

3. Bij de inventarisatie van onderwerpen waar lacunes bij de huisarts kunnen bestaan, noemen wij in de derde plaats de vorderingen der geneeskunde. Door de vooruitgang der wetenschap komen er nieuwe inzichten, onderzoekmethoden en therapieën bij, terwijl andere obsoleet worden. Het is deze categorie waaraan tot nog toe de grootste aandacht werd geschonken bij de nascholing van de huisarts. Het is in ons land speciaal Groen ^{8, 9} geweest die heeft gewezen op de tweevoudigheid van doel en taak van de nascholing voor de huisarts. In het verleden heeft onvoldoende begrip, wat het geven van nascholing werkelijk betekent geleid tot veel misverstand en teleurstelling. Groen heeft daarom voorgesteld een onderscheid te maken tussen een nascholing A en een nascholing B. Nascholing A omvat de nascholing in de specialistisch klinische vakken waardoor de huisarts op de hoogte wordt gehouden van de vooruitgang in de specialismen. Iedere huisarts dient zich op de hoogte te houden van deze vooruitgang ten einde een voldoende blik over de geneeskunde te hebben. Het is immers mogelijk dat hij onder zijn patiënten er enkele kan hebben die door specialisten zijn of worden behandeld met een of andere nieuwe therapie die hij voort moet zetten of waarop hij kritisch toe moet zien. Daarom moet de huisarts horen van de vooruitgang in de hartchirurgie, de mogelijkheden van totale maagsectie, van encefalografie, ook al zal hij deze technieken zelf nooit toepassen. Heeft nascholing A te maken met het onderwijs in de vorderingen der specialismen, nascholing B houdt de huisarts op de hoogte van de vorderingen in de medische wetenschap die hijzelf onmiddellijk kan toepassen. Het behoeft nauwelijks betoog, dat nascholing B het meest nodig is voor de huisarts.

Indien wij bedenken, dat volgens een onderzoek van de *College of General Practice of Canada* ¹⁰ 90 procent van de recepten die daar nu door de huisartsen worden afgegeven twintig jaar geleden niet konden worden geschreven, louter en alleen omdat de daarin verwerkte geneesmiddelen niet bestonden, dan beseffen wij eerst goed hoe nodig het is van deze vorderingen in de geneeskunde op de hoogte te blijven.

Het is duidelijk voor iedereen, die ervaring heeft met de huidige nascholing, dat de meeste colleges, klinische demonstraties en cursussen, die heden ten dage gegeven worden, zich meer bezighouden met nascholing A dan met B.

4. Een volgende rubriek van onze inventarisatie is in de vierde plaats de behoefte aan onderwijs,

dat op de Universiteit niet werd of nog niet wordt gegeven, terwijl dit in de algemene praktijk van groot belang blijkt te zijn. Op het Ledencongres hebben wij een merkwaardige ervaring gehad bij de tentoonstelling sterilisatie in de huisartsenpraktijk. Het blijkt nu dat men nog van mening verschillen kan over wat het meest wetenschappelijk of economisch verantwoord is.

Wij kunnen de commissie tot voorbereiding van deze tentoonstelling niet dankbaar genoeg zijn voor dit oriënterende en haars inziens dan nog te oppervlakkige onderzoek, waaruit ons niettemin duidelijk is geworden dat deze bezigheid uit onze dagelijkse praktijk niet geheel steunt op een wetenschappelijk fundament.

Zouden wij ons niet moeten afvragen of niet nog meer routinewerkzaamheden behoefte hebben aan correctie? Zouden wij dan misschien tot de ontdekking komen dat nog vele andere methoden in de kliniek zonder fouten te maken uitvoerbaar, niet klakkeloos in de huispraktijk zijn toe te passen? Evenzo hebben wij een ander praktisch object kunnen zien. De studiegroep Patiëntenregistratie¹¹ is er in geslaagd een kaart samen te stellen die kan leiden tot uitwisselbare integrale gegevens omtrent patiënten. Verhuizing van de patiënt heeft door deze kaart niet tengevolge dat de behandeling onderbroken wordt. Dit zijn enkele punten die de Universiteit nog niet heeft gegeven. Ons Genootschap vond hier een dankbare taak waarbij het aardig is te constateren dat hier zoals wel steeds een goede vraagstelling leidde tot vruchtbaar onderzoek.

Een heel andere zaak waarop wij onze aandacht nu gaan richten is de lacune in de Universitaire opleiding van de arts die door de Sectie K van de Commissie tot reorganisatie van het Hoger Onderwijs¹² naar voren is gebracht. Het rapport van Sectie K wordt terecht scherp bekritiseerd ten aanzien van de daarin gemaakte onderscheiding tussen huisartsen en specialistenopleiding, die tot devaluatie van de huisarts zou kunnen leiden. De waarde van het rapport ligt echter in de daarin geuite wensen ten aanzien van de verbreding van de basisopleiding van de arts. „Een domein van wetenschappelijk onderzoek, dat een veel groter aandacht verdient dan er tot nog toe aan geschonken wordt, is de studie van de mens zelf: een antropologisch onderzoek in de volste zin des woords*¹³; dat wil zeggen een onderzoek naar 's mensen lichamelijke en geestelijke behoeften, naar zijn reacties op maatschappelijke invloeden, naar de condities voor de heropbouw van de gemeenschap ten einde een wereld te bouwen, die zich beter aan de behoeften van de mens aanpast”. Wij spreken op het ogenblik over de grensgebieden

* Antropologie naar de opvatting van de Harvard University omvat: A.a. anatomische antropologie en biotypologie; A.b. fysiologische antropologie en erfelijkheidsleer; B. psychologie; C. demografie; D. etnologie; E. etnografie en folklore; F. sociologie en godsdienstwetenschap; G. linguïstiek en schrift; H. pre-historie.

van de geneeskunde, met name over het feit, dat de kennis van de mens niet alleen betrekking heeft op zijn somatisch wezen maar ook op zijn persoonlijkheid zoals die gebonden is aan zijn milieu. In de tijd dat een groot deel onzer afstudeerde beperkte men zich bij het opnemen van de sociale anamnese tot globale gegevens als hoeveel de patiënt verdiende, hoe zijn behuizing was en dergelijke. Ook was men geïnformeerd omtrent het aantal kinderen dat hij bezat en mogelijk ook of er spanningen waren met zijn vrouw of kinderen of in zijn werkring. Uit eigen aanschouwing zagen en zien nog vele studenten niet hoe de patiënt leeft en horen nauwelijks buiten zijn ziekte om wat hij denkt.

„Patients have families” van Richardson; „De huisarts en zijn patiënt” van Buma; „De inleiding tot de integrale geneeskunde” van Prof. Querido; het werk van Prof. Hornstra en Prof. Mertens en hun medewerkers, waarbij wij in het bijzonder herinneren aan de voordracht van Doeleman¹³ op het Maatschappijcongres te Nijmegen, brengen ons tot het inzicht dat naast somatische afwijkingen, vaak stoornissen in het psychologische of sociale vlak voorkomen, een waarneming die elke huisarts nu dagelijks doet. Deze laatste terreinen dienen mede betrokken te worden in de diagnostische en therapeutische doelstellingen. Niet alleen omdat op deze terreinen problemen aanwezig blijken te zijn die op zichzelf om oplossing vragen, maar vooral ook omdat blijkt dat zonder integrale beschouwing somatische behandeling niet altijd volledig tot haar recht kan komen en dit ondanks de fascinerende groei van de somatische geneeskunde.

De relatie arts-patiënt is het fundament van alle geneeskundig handelen. De arts moet om zijn werk te kunnen doen, in staat zijn telkens opnieuw deze bijzondere intermenselijke betrekking aan te gaan. De ervaring leert — zoals Prof. Heringa¹⁴ citeert — dat ook al heeft de patiënt verstandelijk inzicht in de oorzakelijke factoren van zijn ziekte, therapeutisch geen succes wordt bereikt indien dit niet wordt begeleid door sentiments-resonantie. Deze resonantie kan door de arts die menskundig inzicht aan tact paart worden bevorderd. Deze kwaliteiten echter worden niet alleen door zakelijk onderwijs bijgebracht. De gehele persoon van de aanstaande arts moet daarvoor een voorbereiding ondergaan die naast een vermeerdering van intellectuele kennis staat. De arts moet leren de mens, die in zijn nood beroep op hem doet ook als mens te benaderen; daarbij in het bijzonder de mens — en niet de nood — tegemoet treden. Het blijkt alleen mogelijk waarlijk in betrekking tot een ander te komen, door zich met zijn volle persoonlijkheid te geven en zich in de ander ten volle in te denken.

De psychologische facetten van het huisartsenwerk die wij hier bespreken zijn een bijzonder aspect van de geestelijke hygiëne, die — zoals Prof. Querido^{15, 16, 29} in een recent artikel opmerkt — soms onvoldoende tot hun recht komen aan de Universiteiten van het continent. Wij nemen in dit verband met belangstelling kennis van het positieve expe-

riment, dat Prof. Mertens¹⁷ te Nijmegen is begonnen, dat mogelijkheden in zich houdt een bijdrage te leveren in de vorming van de student. Onder zijn supervisie worden co-assistenten geplaatst bij huisartsen ter bestudering van sociaal-geneeskundige facetten in de algemene praktijk. Naar het voorbeeld van Dundee¹⁸ worden stafbesprekingen gehouden mede in aanwezigheid van de huisarts, waarbij de co-assistent casuïstiek bespreekt die hij op aanwijzing van de huisarts heeft verzameld. Vorming, opleiding en nascholing komen hier tot hun recht.

5. Wij komen nu aan ons vijfde en laatste punt van inventarisatie, de eigen persoonlijke geestelijke evolutie van de arts, die hem behoefte geeft aan verbreding van eruditie, verdieping van geestelijke ontwikkeling, aan nieuwe menselijke contacten. Dit punt behoeft na het eerder besprokene geen nadere toelichting en kan voor wat betreft de behoefte aan nieuwe menselijke contacten in bespreking worden gebracht bij de methoden van nascholing.

Wij verbinden vrijwel altijd een beperkt begrip aan nascholing indien wij over de vorm van nascholing spreken, de methode van doceren. Dit begrip hangt dan nauw samen met colleges, klinische demonstraties, cursus, spreken tot gehoor, kortom de min of meer massaal georganiseerde nascholing. Indien wij nu tot bespreking van een aantal methoden van nascholing over gaan lijkt het verstandig eerst een aantal punten op te stellen waar wij van uit kunnen gaan. Tijdens de week-end-conferentie van de Commissie Nascholing heeft Groen¹⁹ enige principes voorop gesteld: Het eerste principe is dat wij nog niet over voldoende ervaring beschikken om een gefundeerd oordeel te vellen over de beste vorm van nascholing van de huisarts, d.w.z. dat de tijd nog niet rijp is voor vaste algemene voorschriften en dat wij de gegevens die nodig zijn voor het opstellen van zulke voorschriften eerst zelf moeten verwerven*. Het tweede principe is de onderscheiding in Nascholing A en B. Hij verstaat dan, zoals reeds gezegd, onder nascholing A het voortgezet onderwijs in de specialismen en onder nascholing B het onderwijs dat de huisarts nodig heeft om zijn eigen vak beter te kunnen uitoefenen.

Aangezien het niet tot de taak van het Genootschap behoort zich op wegen te begeven die reeds op voortreffelijke wijze door andere instanties zijn gebaad, zullen wij vrijwel voorbijgaan aan nascholing A. Evenwel moeten wij onthouden dat nascholing A appelleert aan een onzer belangrijke taken als huisarts, namelijk die van uitkijkpost voor de patiënt over de gehele geneeskunde. Wij moeten daarom wel terdege bedenken, dat het bezoeken van afdelings-vergaderingen van de Maatschappij, van vergaderingen van de L.H.V. en van congressen, het deelnemen aan een artsencursus, colleges, klinische en pathologisch-anatomische demonstraties, het volgen van een speciale cursus aan Universitei-

ten, hetzij over algemene onderwerpen — zoals die in Amsterdam, Utrecht en Leiden georganiseerd worden — hetzij over een speciaal onderwerp — bijvoorbeeld de herhalingscursus kindergeneeskunde door Prof. Van Creveld te Amsterdam — dus meestal nascholing A, nimmer geheel kan worden vervangen door nascholing B; beide zijn nodig. Wij mogen wel even apart memoreren wat de Landelijke Artsen Cursus Commissie tot stand heeft gebracht bij de coördinatie van bovengenoemd onderwijs²⁰.

Wij beperken ons dus thans tot de nascholing van de huisarts in zijn eigen vak, voor het werk dus, dat door hem verricht wordt bij de patiënt aan huis of op het spreekuur. Het derde principe is, dat bij de nascholing van de huisarts ruim baan moet worden gemaakt voor de activiteit van de huisarts zelf, dat wil zeggen, dat als het om nascholing van huisartsen gaat, zij voor een groot deel de vraagstelling moeten geven en bij voorkeur de leiding moeten hebben bij de organisatie. Het vierde principe is dat de nascholing zoveel mogelijk geïntegreerd moet zijn in het dagelijks werk, zodat de nascholing van de huisarts dus zoveel mogelijk moet plaats vinden tijdens het onderzoek en de behandeling van eigen patiënten, op analoge wijze als bij de opleiding en nascholing van specialisten.

De inzichten van Groen reiken nog verder, maar alvorens deze verder te behandelen willen wij er eerst op wijzen, dat al deze tot dusver genoemde desiderata verwezenlijkt zijn in het ouderwetse consult. Het consult, het gesprek met een specialist in aanwezigheid van de huisarts in het huis van de patiënt, schijnt in Nederland een steeds in frequentie afnemende gebeurtenis te worden. Waarschijnlijk volkomen ten onrechte. In een goed geslaagd consult krijgt de huisarts op een concrete vraag uit zijn werk voortvloeiend een antwoord van de specialist. Wij kunnen hier spreken van privé-onderwijs. Dit is waarschijnlijk een van de beste methoden voor de huisarts om ten aanzien van ziektegevallen, die hem kennelijk moeilijkheden bezorgen, een opfrissing van zijn kennis te krijgen. Het bijwonen van het optuigen van de anamnese door de ander en het eventueel aanvullen daarvan door ons, het gadeslaan van het onderzoek, het bespreken van de differentiaal diagnose, de voorlopige diagnose, de eventueel aanvullende onderzoeken, de in te stellen therapie, dit alles is in de onderhavige situatie zeer leerzaam. Kunnen wij ons beter klinische demonstratie voorstellen?

Zijn dit voordelen alleen voor de huisarts? Wij menen dat het consult ook wel eens van nut zou kunnen zijn voor de consulent. Hij kan door de huisarts tijdens het consult gewezen worden op milieufactoren van de patiënt die hij nu met eigen ogen kan zien. Zo kan het klimaat van de patiënt van beslissende invloed worden op het adres van de consulent. Hierdoor wordt zijn relatie tot de patiënt meer persoonlijk, hetgeen hij voor zijn eigen werk ook als winst zal ervaren. Het is mijn persoonlijke ervaring, dat in gevallen — waar ik dubieerde in

* Vergelijk Joyce, C. R. B. en M. Weatherall, Controlled experiments in teaching, (1957), Lancet 31 aug.

het vragen van klinische observatie — juist een consult frequent leidde tot het niet opnemen van de patiënt. In die gevallen kon in samenwerking met de specialist de patiënt aan huis worden behandeld, het geheel wel onder supervisie van de specialist (in een verhouding afdelingshoofd-assistent) maar zeer tot mijn genoegen en tot dat van de patiënt. Het consult is slechts één der vele mogelijkheden van contact tussen huisarts en specialist. Elke gelegenheid die zich voordoet om van gedachten te wisselen over patiënten kunnen wij als een mogelijkheid van nascholing benutten. Het moet daarom de huisarts worden aanbevolen zulke gelegenheden aan te grijpen, hetzij telefonisch naar aanleiding van onbegrepen brieven of adviezen, mondeling in de kliniek aan het bed van de eigen patiënt, in de doktorenkamer onder de koffie, in de operatiekamer als toeschouwer, als assistent, als narcotiseur (bij kleine ingrepen), in de polikliniek en zelfs ook bij een obductie. Het bijwonen van stafbesprekingen in plaatselijke ziekenhuizen moet als een uitstekende vorm van nascholing voor de individuele huisarts worden gezien.

Ik wil hiervan een persoonlijke ervaring mededelen die een gevolg was van een louter toeval. Bij het bezoek aan een mijner patiënten in een van de grote klinieken te Amsterdam trof ik mijn patiënt niet aan, aangezien hij juist werd gedemonstreerd tijdens de stafbespreking. Men nodigde mij spontaan uit hieraan deel te nemen. Tijdens deze bespreking bleek dat enige gegevens uit de voorgeschiedenis

van de patiënt, die onbekend waren, de reeds gestelde waarschijnlijkheidsdiagnose konden versterken, terwijl inlichtingen die ik kon verstrekken omtrent het milieu van de patiënt er toe leidden, dat een vroeger ontslag volgde dan was voorgenomen. Hier was sprake van toeval. Als opzet vinden wij hetzelfde didactische voordeel terug in het initiatief, dat Prof. Kummer te Amsterdam heeft genomen en dat wij zeer kunnen toejuichen. Hier wordt de huisarts enige dagen van te voren uitgenodigd deel te nemen aan de stafbespreking, waar zijn eigen patiënt het onderwerp van de discussie vormt.

Welke middelen kan de individuele huisarts verder aanwenden om zich te bekwamen in de praktijk? Een zeer belangrijke methode van nascholing kan het lezen worden geacht. Het kritisch en weloverwogen lezen van medische periodieken, leerboeken en proefschriften werd in een rapport, uitgebracht door de Council on Medical Education and Hospitals op verzoek van de American Medical Association in 1955 ²¹, als de meest efficiënte methode van „bij” blijven beschouwd. Moeilijkheid blijft echter de beperktheid van de voor huisartsen interessante stof in de tijdschriften. Het lezen van meer dan één tijdschrift kan dan ook worden overwogen.

Een praktisch niet duur hulpmiddel, lijkt het samenstellen door een groep huisartsen van een portefeuille van medische tijdschriften, die wekelijks circuleert. Deze methode wordt o.a. toegepast in Den Helder ²², waar men daarmee zeer tevreden



Ook de psychische symptomen van het syndroom van parkinson

worden door Disipal gunstig beïnvloed.

„It is effective as a euphoriant against depression and discouragement and as an energizing agent against weakness, fatigue, adynamia, and akinesia.”

Doshay, L. J. en K. Constable,
J. Am. Med. Assoc. **163**, 1352 (1957)

Dosering: 3-5 tabletten à 50 mg daags

Disipal wordt gewoonlijk op aanvraag voor Ziekenfonds-verzekerden toegestaan



NV KONINKLIJKE PHARMACEUTISCHE FABRIEKEN v/w
BROCADES-STHEEMAN & PHARMACIA
AMSTERDAM

MEPPEL

DISIPAL® B.S. 5930

β -Dimethylaminoethyl
2-methylbenzhydrylaether Hydrochloridum*

• Ned. Octrooien Nr. 64.829 71.895 - 74.951 - 84.468

is. Zij geeft tegelijkertijd een werkmogelijkheid voor een studiegroep, waar de belangrijkste artikelen kunnen worden gerefereerd. Aan het eind van het jaar kunnen de tijdschriften worden gebonden. Een moderne op de belangstelling van de huisarts gerichte plaatselijke bibliotheek zou het resultaat kunnen zijn. Verder moet men bedenken, dat de Universiteitsbibliotheken en andere medische bibliotheken vrijwel altijd bereid zijn literatuur ter inzage te sturen. Soms kunnen zelfs fotokopieën worden betrokken en er bestaat een instantie die microfotokopieën vervaardigt. Als methode van nascholing voor de individuele huisarts kan ook nog het voorbereiden van een promotie worden genoemd. Meestal wordt in zo'n geval slechts een enkel facet van de medische wetenschap bestudeerd, doch het eigen wetenschappelijk onderzoek scherpt de geest. Hetzelfde kan gezegd worden van het deelnemen aan prijsvragen en het deelnemen aan wetenschappelijk onderzoek in het kader van het Genootschap. In dit verband mag zeker het onderzoek naar de verloskundige hulp, dat door het Centrum Zwolle is voorbereid, en dat op het Ledencongres door Verhagen²³ is besproken, worden genoemd. Het onderzoek betreft een zeer belangrijk en buitengewoon interessant deel van ons werk. Men kan er individueel aan deelnemen.

Als laatste methode van nascholing, deze in het bijzonder voor de pas afgestudeerde jonge arts, noemen wij het opgenomen worden door een oudere gevestigde huisarts, zodat hij door hem kan worden ingeleid in de dagelijkse ervaring van de algemene praktijk. Het initiatief in deze richting van Prof. Mertens¹⁷ wordt zodoende op de jonge arts overgebracht en dienovereenkomstig uitgebreid. Het is duidelijk, dat het nut van een dergelijke scholing zowel door de junior als door de senior zal worden ervaren. Er is geen betere methode van opleiding dan het zelf-doceren. Vanzelf zal het feit, door een leerling op de vingers te worden gekeken, de docent dwingen aan zichzelf hogere eisen te stellen en zich van lacunes in zijn kennis en tekortkomingen in zijn handelingen bewust te worden. Ook de ervaring dat de jongere aanstaande collega omtrent moderne feiten beter op de hoogte is dan hijzelf, zal hij tot zijn voordeel kunnen benutten.

Ten Cate²⁴ en Takens²⁵ hebben er verder op gewezen, dat bij het accepteren van een dergelijk leer-assistentenschap de huisarts zou kunnen conditioneren, dat de jonge collega na afloop van de termijn bij wijze van contra-prestatie enige tijd als waarnemer voor hem optreedt. Tegen niet te hoge kosten zouden wij er dan eens op uit kunnen trekken en elders een cursus kunnen volgen.

Bij het vernemen van deze lange opsomming van nascholingsmogelijkheden — waaraan nog wel enkele zouden zijn toe te voegen — kunnen wij ons afvragen: Is bij dit alles wel sprake geweest van nascholing? Laat ons dan nog even het devies herhalen, dat de Commissie „Nascholing” heeft uitgegeven. „Iedere arts, die op verantwoorde wijze mensen, die zich onder zijn behandeling stellen, wil

blijven behandelen, heeft behoefte aan nascholing, *in de ruimste zin des woords*, in de vorderingen der geneeskunde in het algemeen en in dat speciële deel der geneeskunde, dat hij beoefent.” Met de woorden „in de ruimste zin des woords” heeft de commissie te kennen willen geven, dat de huisarts in zijn dagelijkse praktijk allerlei mogelijkheden kan vinden om zich verder te bekwamen. Waar deze mogelijkheden zich voordoen, is het zijn plicht ze te benutten.

In het voorafgaande bespraken wij, uitgaande van het klassieke consult, datgene wat wij als individuele nascholing zouden willen betitelen. Gaan wij thans over tot de bespreking van wat wij meer collectieve methoden zouden kunnen noemen, dan moeten wij aan de vier reeds genoemde principes hier een vijfde toevoegen, namelijk de noodzaak van meer contact tussen huisartsen onder elkaar. In de eerste plaats verdient het aanbeveling andere collegae-huisartsen te bezoeken, hun spreekkamer en praktijkinrichting, apotheek, instrumentarium en andere hulpmiddelen, hun methoden van praktijkvoering aan de eigen te toetsen en omtrent de praktische bruikbaarheid daarvan van gedachte te wisselen.

Het Genootschap heeft van zijn oprichting af de huisartsen geadviseerd deel te nemen aan onderlinge discussiegroepen. De huisarts in Nederland mist vaak het contact met zijn beroepsgenoten en het ontbreekt hem daardoor vaak aan een vruchtbare en stimulerende uitwisseling van ervaringen met andere huisartsen. Hierin staat hij duidelijk in het nadeel in vergelijking met zijn collegae-specialisten voorzover dezen in een ziekenhuis in teamverband hun arbeid verrichten en daarbij elkaar corrigeren en aanvullen. Het bespreken van moeilijkheden, ook aan de hand van casuïstiek, zo vaak als mogelijk is, zal de huisarts — door wederzijdse hulp — in staat stellen de praktijk zo goed mogelijk uit te oefenen. De toetsing aan elkaar kan niet alleen verfrissend werken wat betreft medische kennis, maar meer nog wat betreft de techniek en tactiek van benadering van de patiënt, terwijl ook ethische vorming vooral voor de jongeren van onschatbare betekenis kan zijn. Door praktische en theoretische samenwerking van huisartsen zal ongetwijfeld de kwetsbaarheid verminderen van de solitaire huisarts van voorheen, die zo onbeschermd stond ten opzichte van zijn patiënt op een voorpost in de geneeskunde^{7, 10}.

Aan de discussiegroep kan dan nog een element worden toegevoegd, namelijk het demonstreren van elkaars patiënten door huisartsen. Lenglet²⁶ heeft op het Ledencongres over de ervaring hiermee in het Centrum Oost-Brabant gesproken, zodat wij er nu niet meer op in zullen gaan.

Een andere vorm van nascholing is het introduceren van een specialist in deze discussiegroep. De rol van de specialist is daarbij dan niet die van spreker tot gehoor, maar van deelnemer in een discussie, waarin de huisarts zijn eigen patiënt en zijn eigen problemen ter bespreking stelt.

In de korte tijd die het Genootschap bestaat, zijn op enkele plaatsen in het land kleine studiegroepen van huisartsen ontstaan die in samenwerking met een psychiater psychosomatische problemen in de algemene praktijk zijn gaan bestuderen. Takens²⁷ heeft hier reeds uitvoerig over gesproken. In Rotterdam²⁸, Amsterdam en Utrecht zijn dergelijke groepen werkzaam, waarbij dit laatste team bovendien wordt uitgebreid met een psycholoog. Groen^{8, 9} heeft omtrent deze nascholingsmethode grote ervaring in Israël en deze ervaring is neergelegd in uitvoerige rapporten. In Israël wordt dit thans zo georganiseerd dat een of andere ziekenhuisspecialist eenmaal per week of eenmaal in de veertien dagen naar een dorp of kleine stad reist en daar in een polikliniek met de huisartsen uit de omgeving samenkomt. De huisartsen brengen ieder hun eigen patiënt mee en demonstreren deze aan de collegae. Groen was er door getroffen hoeveel goede raad de huisarts die een patiënt voorstelde in eerste instantie kreeg van zijn collegae huisartsen. De demonstratie is dan ook in de eerste plaats bedoeld als onderlinge discussie van de huisartsen zelf. De aanwezigheid van de specialist heeft daarbij voordelen, want zo nodig kan hij eens een ander licht op het geval laten schijnen. Eventueel kan hij alsnog bepaalde onderzoeken of een nieuwe behandeling voorstellen. De volgende keer kan dezelfde patiënt weer worden besproken, zodat ieder gelegenheid heeft het vervolg, bijvoorbeeld het betrekken van laboratoriumgegevens of de resultaten van het nieuwe onderzoek in de voorgestelde behandeling mee te maken.

Wij zouden deze vorm van nascholing een reizende academie kunnen noemen. In het aan streekziekenhuizen rijke Nederland met zijn korte afstanden zal deze methode gemodificeerd kunnen worden. De huisartsen zouden hier gebruik kunnen maken van de polikliniek en in samenwerking met de daaraan verbonden specialisten hun patiënten kunnen demonstreren of bespreken.

Verwant aan deze in Nederland nog weinig gebruikelijke didactische techniek van groepsdiscussies zijn de bij ons wel reeds bekende rondetafelconferenties, forum-discussies, klinisch-pathologische conferenties, vragenuurtes. Deze verschillen slechts hierin, dat de primaire discussie zich afspeelt in de kleine bij het onderwerp meer direct betrokken groep, terwijl het grotere gehoor in de discussie hetzij alleen secundair dan wel alleen incidenteel betrokken wordt.

Bij de inventarisatie van de behoeften aan nascholing zijn wij diep ingegaan op problemen voor de huisarts die liggen buiten de specifiek somatische sfeer. Problemen, die hem een behoefte gaven aan enige kennis van de sociologie, psychologie en pedagogie, in het bijzonder de leer der intermenselijke relaties, de gespreks- en interviewtechniek. Het is een opvallend feit, dat de opleiding van verscheidene paramedische beroepen als wijkverpleging, arbeidstherapie en sociaal werk ten aanzien van deze vakken meer vooruitstrevend georiën-

teerd is. In haar lesrooster neemt de psychologie een niet onbelangrijke plaats in.

Het is begrijpelijk, dat het moeilijk is in de opleiding van de arts voor deze vakken een plaats in te ruimen. De exacte opbouw van de propedeuse is sinds Boerhaave klassiek en stelt in verband met de vlucht der fysica en chemie en de toenemende betekenis van deze vakken voor de praktische geneeskunde steeds grotere eisen. Niettemin wordt de behoefte aan enige scholing op het gebied van de genoemde α -wetenschappen algemeen en in het bijzonder in de kringen der huisartsen gevoeld. Wat dus in de opleiding zelve niet of nog niet tot haar recht kan komen zal in de nascholing aan de orde moeten worden gesteld. Wel is het duidelijk dat deze behoefte zeer verschillend zal worden gevoeld, zodat in het bijzonder op dit terrein individualisering van de nascholing noodzakelijk zal zijn. Dit doet de vraag opwerpen wie deze vakken zal moeten doceren. Licht bestaat het gevaar dat de vak-psycholoog of de vak-socioloog neiging zal hebben de huisarts te belasten met zaken die buiten zijn praktisch toepassingsgebied liggen. De geschiedenis der geneeskunde wijst ons hier de weg. Samenwerking met niet-medici hebben wij op het gebied der exacte vakken reeds lang leren waarden (biochemici, biofysici, biologen, statistici). Op het gebied van de bedoelde α -wetenschappen zal iets dergelijks tot ontwikkeling moeten komen. Uit deze samenwerking zullen op den duur de docenten worden gekweekt aan wie een steeds sterker wordende behoefte bestaat. Wij zagen reeds dat in de psychosomatische werkgroep te Utrecht een psycholoog werd geïntroduceerd. Mogelijk zullen ergens anders in het land groepjes huisartsen kunnen worden gevonden, die in samenwerking met een sociaal geneeskundige en een sociale werkster een studie gaan maken van de menselijke problemen, die zich in de huisartsenpraktijk voordoen (vergelijk (1957) *The Practitioner*, 179, 120).

Een vorm van nascholing, die van meer dan een zijde, vrijwel tegelijkertijd en onafhankelijk van elkaar naar voren is gebracht, is de adoptie van huisartsen door een ziekenhuis of een ziekenhuisafdeling. In het R.K.-Artsenblad werd de voordracht gepubliceerd van de Tilburgse internist Dr. J. B. Stolte³⁰ voor de faculteitsvereniging te Nijmegen gehouden ter gelegenheid van het eerste lustrum van die vereniging. Onder de titel „Samenwerking van de specialist met de huisarts” ontwikkelde Stolte het volgende experiment. „Het lijkt de moeite waard om een proef te nemen, waarbij de specialistische staf van een ziekenhuis met de daarmee samenwerkende huisartsen formeel gecoördineerd zouden worden voor de totale curatieve gezondheidszorg van hun patiënten. De huisarts zou daarbij in het ziekenhuis regelmatig contact moeten houden met zijn opgenomen patiënten en ook tot op zekere hoogte ingeschakeld moeten zijn bij het werk en zeker bij de beslissingen. Vooral bij de overgang van de patiënt van uit het ziekenhuismilie naar

zijn eigen omgeving zou zulks van buitengewone betekenis zijn. Bovendien zou hij degene kunnen zijn, die de „menselijke noot” in het geheel brengt ter compensatie van het technisch-mechanistisch karakter, dat toch veelal het ziekenhuiswerk aankleeft. Omgekeerd zal de huisarts zich van de steun verzekerd kunnen weten van laboratorium, bloedtransfusiedienst en eventueel vliegende brigades voor acute geneeskundige hulp naar het voorbeeld van Birmingham, voor het werk bij de patiënt aan huis”. Tot zover Stolte.

Onafhankelijk hiervan kwam Groen tijdens voorbereidende besprekingen van de Commissie Nascholing en tijdens een aan de nascholing bestede weekend-conferentie met in principe dezelfde plannen ter tafel; men zie daarvoor de desbetreffende publikatie in dit nummer.

Het volgende plan werd uitgewerkt: Een zes tot achtstal huisartsen zou door een ziekenhuisafdeling kunnen worden „geadopteerd”. Na één jaar zouden dezen door andere worden vervangen. Indien deze huisartsen opname vragen, zouden hun patiënten zo mogelijk in dit ziekenhuis worden geplaatst. Eenmaal per week zouden de huisartsen een visite meemaken, die speciaal voor hen zou worden gehouden, d.w.z. dat daarbij speciaal voor hen belangrijke facetten zouden worden besproken. Deze visite zou dan betrekking hebben op patiënten, die zij reeds kennen en die zij bovendien na ontslag weer ter behandeling zullen krijgen. In de tweede plaats is het de bedoeling dat éénmaal per week een patiëntendemonstratie voor deze huisartsen zou worden gehouden, waarbij zij zelf een actief aandeel hebben aan het voorstellen van de patiënten.

Evenals vroeger bij het consult en bij de stafbespreking is opgemerkt, zal ook bij deze contacten tussen huisartsen en specialisten wellicht kunnen blijken, dat de door huisartsen aangebrachte gegevens voor de specialisten belangwekkende nuances in de beschouwing van de patiënt kunnen aanbrengen. Als consequentie kan uit dit contact volgen, dat het tijdstip van ontslag en de nabehandeling door de huisarts, gemeenschappelijk vastgesteld wordt, met alle voordelen daaraan verbonden.

Tijdens het Ledencongres van de Maatschappij te Deventer heeft voorzitter Festen³¹ de verrijkende betekenis, die dergelijke initiatieven voor de nascholing van huisartsen zou kunnen hebben wanneer zij maar met vereende krachten worden gerealiseerd, met nadruk naar voren gebracht. Bedenkt men dat een dergelijk plan als „pilot-study” door Groen in concreto was uitgewerkt, dan begrijpt men dat wij, hoewel wij ons verheugen in zijn benoeming tot hoogleraar te Jeruzalem, in onze kring zijn vertrek naar Israël als een groot verlies ervaren. Het is hier de plaats hem hartelijk te danken voor wat hij reeds voor ons heeft gedaan. Wij vertrouwen dat hij ons bij ons verder streven met zijn advies zal willen blijven bijstaan.

Wij hebben het probleem van de nascholing van de

te bewerken stof uit ter sprake gebracht. Wij hebben daarna gesproken vanuit de methoden en zijn geëindigd met het schetsen van enige concrete mogelijkheden. Evenals collega Festen, in zijn reeds aangehaalde Congres-rede, is het ons wel duidelijk, dat hetgeen ons als ideaal voor ogen staat alleen door vereende krachten kan worden benaderd. Wij zijn echter ten aanzien van de tijd, die nodig is om dit te realiseren, meer optimist dan Festen, die meende dat voor een oplossing van het probleem een mensenleven nodig zou zijn.

Het komt ons voor, dat, indien wij voldoende overtuigingskracht, energie en samenwerking weten op te brengen, er voldoende mogelijkheden voor ons liggen om met de realisatie op verschillende punten onmiddellijk een aanvang te maken.

Wij durven nog meer te zeggen! Het Nederlands Huisartsen Genootschap is in feite en met vertrouwen op de toekomst reeds op verschillende wijzen met de nascholing intensief bezig.

GERAADPLEEGDE BRONNEN

- ¹ Notulen eerste vergadering Commissie Nascholing.
- ² Jongasma, M. W. (1956) Belgisch Geneesherenblad. 53, 786.
- ³ Heringa, G. C. (1957) Medisch Contact. 12, 564.
- ⁴ Fourth Annual Report College of General Practitioners (1956), Practitioner 177 supplement.
- ⁵ Groen, J. (1955) Psychologische Aspecten van het Kankervraagstuk.
- ⁶ Hogerzeil, H. H. W. Rede bij installatie Commissie Nascholing, wordt nog gepubliceerd.
- ⁷ Huygen, F. J. A. (1956) Medisch Contact. 11, 730.
- ⁸ Groen, J. (1956) J. med. Educ. 31, 181.
- ⁹ Groen, J. (1956) In the Footsteps of the Pioneers.
- ¹⁰ Hunt, J. H. (1957) Brit. med. J. I, 5927.
- ¹¹ Studiegroep Patiëntenregistratie (1958) „huisarts en wetenschap”. 1, 86.
- ¹² Rapport van de Staatscommissie tot reorganisatie van het Hoger Onderwijs, bijlage G. blz. 307.
- ¹³ Doeleman, H. (1956) Medisch Contact. 11, 691.
- ¹⁴ Heringa, G. C. (1957) Medisch Contact. 12, 788.
- ¹⁵ Querido, A. (1957) Maandbl. Geest. Volksgez. 12, 205.
- ¹⁶ Huygen, F. J. A. (1957) „huisarts en wetenschap”. 1, 10.
- ¹⁷ Huygen, F. J. A. (1957) „huisarts en wetenschap”. 1, 71.
- ¹⁸ Mair, A. (1957) Practitioner. 178, 583.
- ¹⁹ Groen, J. (1958) „huisarts en wetenschap”. Zie dit nummer pag. 00.
- ²⁰ Jongasma, M. W. (1955) Medisch Contact. 10, 546.
- ²¹ Volland, D. D. (1955) J. Amer. med. Ass. 157, 703; 157, 912; 157, 1302; 157, 1492; 158, 39; 158, 184; 158, 395.
- ²² Vroom, M. G. mondelinge mededeling.
- ²³ Verhagen, H. A. J. (1957) Voordracht Congres N.H.G. 1957 wordt nog gepubliceerd.
- ²⁴ Ten Cate, R. S. (1955) Medisch Contact. 10, 500.
- ²⁵ Takens, H. (1957) Medisch Contact. 12, 502.
- ²⁶ Lenglet, P. J. A. (1957) Voordracht Congres N.H.G. 1957, wordt nog gepubliceerd.
- ²⁷ Takens, H. (1957) Voordracht Congres N.H.G. 1957, wordt nog gepubliceerd.
- ²⁸ Hofmans, A. (1957) huisarts en wetenschap, febr. 1957, 26.
- ²⁹ Brant, C. S. en B. Kutner (1957) J. med. Educ. 32, 703.
- ³⁰ Stolte, J. B. (1957) R.K. Artsenblad. 36, 160.
- ³¹ Festen, H. (1957) Medisch Contact. 12, 719.
- ³² First Annual Report College of General Practitioners (1953).