

Gedachten over medische nascholing*

DOOR M. W. JONGSMA, ARTS

„Medical education is not so much a matter of medicine as of education”

(Abraham Flexner)

De opdracht, welke ik enkele maanden geleden van de Commissie Nascholing van het Nederlands Huisartsen Genootschap ontving, was op deze cursus het onderwerp „Postgraduate Medical Education” in te leiden. Dit ter voorbereiding van, naar ik hoop, een vruchtbare discussie over het onderwerp „Nascholing van de huisarts”.

Nu dekken naar ik meen de begrippen „Postgraduate Medical Education” en „Nascholing” elkaander niet volledig. Het eerste is mijns inziens veel meer omvattend dan het tweede.

Er is over de term „postgraduate” enige verwarring ontstaan, die hier niet onbesproken mag blijven. In Engeland verstaat men hieronder het totaal der opleidingen na het artsexamen, inclusief de opleiding tot huisarts of specialist. In de Verenigde Staten van Amerika is destijds door *Vollan* onderscheid gemaakt tussen de „undergraduate education”, dit is de opleiding tot het artsexamen; de „graduate education”, de opleiding tot huisarts of specialist en de „postgraduate education”, de nascholing en bijscholing, die men als huisarts en specialist kan krijgen. In verband met deze verwarring heeft de Amerikaanse Council on Medical Education and Hospitals van de American Medical Association in december 1960 de term Postgraduate Medical Education vervangen door Continuing Medical Education. Hieronder wordt verstaan het complex der activiteiten waardoor het mogelijk wordt gemaakt dat iedere arts in zijn werk gebruik kan maken van de moderne medische kennis, die bij voortdurend ter beschikking komt, alsmede om zijn opgedane kennis op te frissen, aan te passen en te corrigeren aan de hand van veranderde inzichten.

Reeds vroeger heb ik er voor gepleit de term „postgraduate medical education” te vertalen door voortgezette ontwikkeling (opleiding) van de arts, huisarts zowel als specialist. Het woord „continuing” past heel goed in deze gedachtengang. Het begrip „education” is afgeleid van educare, dat is opvoeden, grootbrengen, opkweken, opfokken, oefenen, africhten, trainen of educere, dat is opleiden, optrekken. Volgens de bekende Amerikaanse Webster's New World Dictionary is education: „train or develop the knowledge, skill, mind, or character”. „Education” is veel meer dan scholing of onderwijs.

* Voordracht, gehouden op de Utrechtse artsencursus, mei 1963.

Het is een groei en rijpingsproces waarbij de ontwikkeling van kennis en kunde in wisselwerking met de ontwikkeling van geest en karakter inhoud en kwaliteit bepalen. De algemene culturele ontwikkeling is minstens van even groot belang als het onderwijs, dat gericht is op een bepaald beroep.

„There are two kinds of education. One is given to you by other people. Much more important is the education you give to yourself” (Gibbon). Het Duitse begrip „Ärztliche Fortbildung” dekt naar mijn smaak ook meer dan nascholing of voortgezet onderwijs aan artsen.

In het vervolg van mijn betoog zal ik de termen voortgezette medische ontwikkeling, voortgezet medisch onderwijs en nascholing naar gelang van het begrip gebruiken.

Na deze begripsbepaling wil ik verder ingaan op de doelstelling van de „continuing medical education” om deze term nog eenmaal te gebruiken. Het uiteindelijke doel van het complex der activiteiten van de voortgezette ontwikkeling is het mogelijk maken, dat iedere arts zich die medische kennis en kunde verschaft, welke hij nodig heeft voor de juiste uitoefening van zijn praktijk volgens de voortdurende ontwikkeling der moderne geneeskunde en, zo men wil, geneeskunst. Dit betekent, dat iedere arts zal moeten deelnemen aan op zijn specifieke artsentaak afgestemd voortgezet medisch onderwijs, waaraan zijn ervaring, kennis en kunde kunnen worden getoetst en waardoor hij kan komen tot een analyse van zijn werk en van zichzelf.

Voortgezet medisch onderwijs zal de vorderingen der klinische en basiswetenschappen moeten omvatten, die nodig zijn om de door de arts opgedane kennis aan te vullen en te verbeteren. Alle voortgezette ontwikkeling zal het kritisch onderzoek en het weloverwogen oordeel, de kenmerken van de ware arts en wetenschapsmens, moeten stimuleren. Uit dit alles vloeit voort, dat iedere arts kan medewerken aan de ontwikkeling der geneeskunde en zelfs moreel hiertoe verplicht is.

Op deze fundamenten is het Nederlands Huisartsen Genootschap gebouwd. Evenals de twee voorafgaande draagt ook deze cursus, die in samenwerking met het N.H.G. is georganiseerd, de ondertitel „Bijdrage tot de ontwikkeling der huisartsgeneeskunst”. De huisarts zal als leerling maar ook als docent van het voortgezet medisch onderwijs in hoge mate kunnen bijdragen tot zijn eigen medische ontwikkeling en die van anderen.

Uit de doelstelling van de voortgezette medi-

sche ontwikkeling volgt heel duidelijk dat deze noodzakelijk is om een goede volksgezondheid te waarborgen. De vraag is gesteld of de tegenwoordige arts in het algemeen voldoende op de hoogte is van de moderne ontwikkeling der geneeskunde, die nodig is om zijn praktijk up to date uit te oefenen. *Van der Wielen* geeft een overzicht van de activiteiten der huisartsen op het gebied der voortgezette medische ontwikkeling. Minder dan de helft van zijn onderzochte groep volgde artsencursussen. Een correlatie tussen voortgezet medisch onderwijs en doeltreffendheid der praktijkvoering geeft hij niet. In het bekende onderzoek van *Peterson e.a.* was een der conclusies dat er geen relatie bestond tussen het volgen van cursussen, voordrachten, klinische demonstraties en het lezen van medische periodieken door artsen en de kwaliteit van hun werk. Zoals bekend mag worden verondersteld, werd in deze studie het werk van 88 huisartsen in North Carolina zeer uitvoerig op de kwaliteit van hun werk geanalyseerd. Het rapport eindigt met de opmerking dat de vage („nebulous”) invloed van de „postgraduate study” op het werk van de huisarts een herwaardering van de methoden, toegepast bij het voortgezet medisch onderwijs, hoogst noodzakelijk maakt.

Een andere conclusie uit hetzelfde rapport is dat een inadequate klinische training de belangrijkste factor is voor de mindere kwaliteit van het werk van de huisarts. Hoe meer training in interne geneeskunde hoe beter huisarts. Dit wordt toegeschreven aan het feit, dat de interne geneeskunde zo veel omvattend is en de nadruk legt op de fundamentele diagnosetechnieken. „It is the core of medical practice”. De vraag rijst of het feit dat de observaties in dit North Carolina-onderzoek, in hoofdzaak door twee bekwame internisten verricht, invloed heeft gehad op de conclusie.

Ik wil nog eens terugkomen op een van de doelstellingen van de voortgezette ontwikkeling van de arts, namelijk hem die kennis en kunde te verschaffen, die nodig zijn voor een juiste uitoefening van zijn praktijk volgens de laatste ontwikkelingen der geneeskunde. Dit impliceert dat de opleiding tot arts, de specialisatie tot huisarts of specialist, de praktijkvoering en de voortgezette ontwikkeling niet van elkaar zijn te scheiden. De tijd vanaf het begin der medische studie tot het neerleggen van de praktijk moet gezien worden als één geheel, waarvan de onderdelen onverbreekelijk met elkaar zijn verbonden. Dit betekent ook, dat de lacunes in de opleiding, waarop *Huygen* in zijn rede op het N.H.G.-congres in 1960 heeft gewezen, in de latere voortgezette ontwikkeling zullen moeten worden aangevuld. Dit geldt nog temeer zolang er geen aparte opleiding — specialisatie — tot huisarts bestaat. *Prakken* heeft er onlangs op gewezen dat het een fictie is te geloven dat de universiteit tot huisarts zou opleiden.

De grondbeginselen van het voortgezet medisch onderwijs.

Organisatie. Wil het voortgezet medisch onderwijs

werkelijk effectief zijn, dan is in de eerste plaats een goede organisatie nodig. In de Wet op het Wetenschappelijk onderwijs wordt het voortgezet onderwijs niet genoemd. Mogelijk is het te vinden in artikel 2 van de Wet, waarin wordt opgemerkt, dat universiteiten en hogescholen mede aandacht schenken aan de bevordering van het maatschappelijk verantwoordelijkheidsbesef. In de laatste jaren is evenwel een toenemende verheugende belangstelling voor het voortgezet onderwijs te constateren. Niettegenstaande een overbelasting van de leden der medische faculteiten is juist in deze faculteiten de belangstelling het grootst. Voor een volledige ontplooiing van dit onderwijs zijn nodig goed geschoolde en geïnteresseerde opleiders, die de mogelijkheid krijgen hieraan een groot gedeelte van hun tijd te besteden. Dit betekent dat er ruime fondsen ter beschikking moeten komen voor dit werk alsmede ruimte en patiënten voor voortgezet onderwijs.

De programma's van het voortgezet onderwijs zullen met zorg moeten worden opgesteld in samenwerking en onder medetoezicht van de meest vooraanstaande figuren in de geneeskundige wereld. Voor het opstellen van de programma's der huisartsencursus zullen huisartsen moeten worden ingeschakeld. Ik denk hierbij in de eerste plaats aan het N.H.G. In de universitaire en andere grotere centra zullen in navolging van de angelsaksische landen (dean or director of continuation medical education) voor de nascholing verantwoordelijke personen moeten worden aangesteld, die in nauwe samenwerking met faculteiten, ziekenhuisstaven en wetenschappelijke verenigingen van specialisten en huisartsen zorgen voor de „planning” en coördinatie en organisatie van het voortgezet onderwijs. Dat de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en speciaal haar afdelingsbesturen hierbij een stimulerende, eventueel subsidiërende taak hebben spreekt haast vanzelf.

Financiering. Voor een goede opzet is veel geld nodig. Het lijkt mij ondenkbaar dat de kosten kunnen worden bestreden uit de cursusgelden. Aangezien hier een volksgezondheidsbelang van de eerste orde aanwezig is, is financiële steun van het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, eventueel van Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen een redelijk verlangen.

Hulp van de farmaceutische en medisch technologische industrie, zoals deze ook in andere landen gebruikelijk is, kan dankbaar worden aanvaard, mits de organisatie vrij blijft in de samenstelling van de programma's. Eerlijkheidshalve mag worden gememoreerd, dat vele cursussen van hoge kwaliteit niet mogelijk waren geweest zonder hulp van de industrie.

Onderwijs. Het onderwijs zal moeten worden gegeven door ervaren docenten, die belangstelling en toewijding hebben voor dit werk. Dit geldt voor elk, maar wel in het bijzonder voor het voortgezet on-

derwijs, waar het auditorium uiteraard meer kritisch is ingesteld en aan de docent hogere eisen stelt. Goede docenten zijn schaars, want goed doceren is een kunst apart. Oefeningen in spreektechniek zijn voor sommige docenten onmisbaar.

De docenten — het lijkt overbodig dit te zeggen — dienen op de hoogte te zijn van de wetenschappelijke grondbeginselen van gezondheid en ziekte en hun toepassing in de preventie, diagnose en behandeling, of wel van het „waarom” en het „hoe”. Ook de huisarts zal — zoals reeds door mij is opgemerkt — meer dan tot nu toe moeten worden ingeschakeld als docent. De tendens om de huisarts in te schakelen bij het basisonderwijs is bijna in alle universiteiten aanwezig. In het voortgezet medisch onderwijs zullen zij zeker volgen.

Bij het theoretisch onderwijs zal van de hulpmiddelen een doeltreffend gebruik moeten worden gemaakt. Projectie van tabellen, afbeeldingen, röntgenfoto's, microscopische preparaten, elektrocardiogrammen, enzovoort, is onmisbaar, maar alleen van waarde als iedere cursist kan zien wat geprojecteerd wordt. Vaak wordt vergeten dat het vervaardigen van dia's voor wetenschappelijk onderwijs vakwerk is.

Bij het onderwijs aan het ziekbed zullen de gegevens over de patiënt aanwezig moeten zijn: brieven van de huisarts, ziektegeschiedenis, laboratoriumuitslagen, röntgenfoto's, enzovoort. Dat de klinische docent midden in de praktijk moet staan, is vanzelfsprekend. In het voortgezet medisch onderwijs zal meer dan tot nu toe aandacht moeten worden besteed aan de psychologische en sociale achtergronden van gezondheid en ziekte. De overweldigende toeloop van huisartsen naar cursussen over medische psychologie en sociologie — Boerhaavecursussen in Leiden 1960, 1962 en 1963 en de huisartsencursus 1961 in Nijmegen met tezamen ruim duizend deelnemers — is een bewijs voor de grote belangstelling. Met nadruk wil ik ook wijzen op het belang van de basiswetenschappen in het voortgezet medisch onderwijs.

Het lijkt uitgesloten dat de universitaire centra, althans in hun tegenwoordige bezetting, in staat zijn in de werkelijke behoefte aan voortgezet medisch onderwijs te voorzien. Dit geldt vooral voor het voortgezet klinisch onderwijs, dat tot nu toe in Nederland nauwelijks aan bod is gekomen. Het Engelse voorbeeld van de postgraduate medical school annex ziekenhuis zal in Nederland moeten worden nagevolgd. Vanzelfsprekend aangepast aan de Nederlandse omstandigheden en behoeften, waarbij ik in de eerste plaats denk aan de huisarts.

Programma. Het programma vereist een zeer zorgvuldige samenstelling, die lang vóór de te houden cursus moet beginnen. De voorbereiding van een goed programma kost veel tijd, zowel voor de organiserende instantie als voor de docenten.

Een varia-programma van weinig of niet met elkaar in betrekking staande onderwerpen moet wor-

den afgeraden. Het is veel beter een onderwerp uit te diepen of wel een aantal nauw met elkaar samenhangende onderwerpen te behandelen. De onderwerpen moeten zo mogelijk worden afgestemd op de noden en wensen van de deelnemers. Een belangrijke plaats zal moeten worden ingeruimd voor de nieuwe ontwikkelingen in de geneeskunde, die voor de deelnemende groep van belang zijn.

Methoden. In het bekende Vollan-rapport wordt als resultaat van een op grote schaal gehouden enquête het lezen van medische literatuur (tijdschriften, leerboeken en monografieën) beschouwd als de belangrijkste methode om op de hoogte te blijven. Ik wil niet nalaten in dit verband te wijzen op de laatste ontwikkelingen op het gebied van „learning” en „teaching” machines. In „Science” heeft *Deal Wolfe* onlangs een uitspraak aangehaald van Edward L. Thorndike uit 1912: „If by a miracle of mechanical ingenuity, a book could be so arranged that only to him who had done what was directed on page one would page two become visible, and so on, much that now requires personal instruction could be managed by print.” Dit principe is thans verwezenlijkt. Momenteel zijn namelijk in de Verenigde Staten van Amerika enige tientallen „learning” en „teaching” machines in de handel, in prijs variërend van enkele tot duizenden dollars. Het wordt de eerste belangrijke technische verbetering in onderwijs- en leermogelijkheden geacht sinds de ontdekking van de boekdrukkunst. Er zijn reeds verschillende systemen uitgedacht waaraan de namen van de hoogleraar in de psychologie aan de Harvard University, Skinner en die van Crowder, eveneens een psycholoog, zijn verbonden. De efficiency van een machine zou groter zijn dan van het gewone onderwijs. Skinner spreekt in sommige gevallen zelfs van zes weken machine in plaats van zes maanden gewoon onderwijs met hetzelfde resultaat. Het is nog te vroeg om een antwoord te geven op de vraag of hierin voor het voortgezet medisch onderwijs ook mogelijkheden zitten. De experts in Holland, die met de ontwikkeling van de leermachines bezig zijn, geven evenwel goede hoop. Het programmeren is hier, evenals bij de computers, de belangrijkste menstaak.

Door velen wordt het contact over patiënten met collega's huisartsen en specialisten als de belangrijkste mogelijkheid tot voortgezette ontwikkeling beschouwd. *Fox* schrijft in zijn bekende artikel „The personal doctor”: „Even reading the journals, I fear would not quite make up for the lack of daily contact over patients.” The College of General Practitioners in Engeland beschouwt dan ook het medewerken in een groepspraktijk, waarbij dagelijks intensief contact der groepsleden bestaat, als één van de meest waardevolle mogelijkheden tot verdere ontwikkeling.

Zeker is ook een bespreking met de specialist over een naar hem verwezen patiënt van zeer groot belang. De hier en daar in universiteitsklinieken bestaande gewoonte de huisarts al of niet op zijn ver-

zoek bij de ontslagbrief documentatiemateriaal, overdrukken, afdrukken van röntgenfoto's, elektrocardiogrammen, enzovoort toe te zenden, wordt over het algemeen door de huisarts zeer op prijs gesteld. Toch meen ik dat het nog beter kan. De kloof tussen ziekenhuis en huisarts is te groot. Waarom verzamelt de clinicus bij het bed van de patiënt wel de super-specialisten, de radioloog, de patholoog-anatoom, de longfysioloog, enzovoort en niet de huisarts? Hij zal bij zijn patiënt in het ziekenhuis de specialist als consulent kunnen bijstaan, om dan na het ontslag van de patiënt de gehele verantwoordelijkheid weer op zich te nemen. Huygen heeft het zo goed uitgedrukt in een voordracht op het Ledencongres van de Maatschappij in Nijmegen in 1956: „De beste stimulans voor de ontwikkeling en ook voor het bijhouden van zijn kennis ligt voor de huisarts in het zelf dragen van de verantwoordelijkheid.”

Het resultaat van kleine discussiegroepjes van huisartsen, al of niet gesteund en bijgewoond door specialisten, kan, mits goed geleid, groot zijn. In dit verband vraag ik me af of het min of meer geregeld deelnemen aan lunchbijeenkomsten van anderhalf uur van niet te grote groepen huisartsen en specialisten niet moet worden gestimuleerd. Een of twee zeer korte voordrachten of mededelingen met daarop volgende discussie zouden bij dergelijke bijeenkomsten regel moeten zijn. En dan op tijd beginnen en op tijd eindigen. Ik trek hier een vergelijking met de Rotary en Lions lunches.

Tenslotte is nog een der belangrijkste methoden van voortgezette medische ontwikkeling de kwaliteit van het eigen praktijkwerk zo hoog mogelijk op te voeren. In dit verband moet worden gewezen op het belang van een goede registratie en documentatie van patiëntengegevens. Het lijkt mij ondenkbaar, dat de genoemde methoden de cursussen, die door de universitaire en andere grote medische centra worden gegeven, overbodig zouden maken. Integendeel meen ik, dat juist de universiteiten de aangevonden instellingen zijn om de arts voortdurend op de hoogte te houden van de nieuwe ontwikkelingen in de geneeskunde. Zoals ik reeds heb opgemerkt zal het onder de gegeven omstandigheden niet mogelijk zijn in de universitaire centra voldoende faciliteiten te creëren voor voortgezet klinisch onderwijs aan het ziekbed. Daarvoor zullen ofwel betere voorzieningen aan de universiteiten moeten worden getroffen of, indien dit niet uitvoerbaar is, elders mogelijkheden moeten worden geschapen. Supervisie en hulp van de medische faculteiten aan de op te richten „postgraduate medical schools” is zeer gewenst.

Het theoretisch voortgezet medisch onderwijs kan veel grotere groepen bestrijken en de eisen, hieraan verbonden, zijn geheel anders dan die voor het onderwijs in de kliniek. Toch moet ook de extra belasting, die het theoretisch onderwijs met zich brengt, voor hoogleraren en hun staven niet worden onderschat.

De ervaring heeft geleerd, dat een cursusduur van anderhalve of tweeënhalve dag aan het eind van de week het meest geschikt is. Het dragen van badges met de namen der deelnemers moet worden aanbevolen. Na de diverse voordrachten moet er voldoende tijd zijn voor discussie. Een goede leiding van de discussie is noodzakelijk, vasthouden aan het tijdschema evenzeer. In grote zalen kan het gebruik van microfoons, die over de zaal zijn verspreid, worden aanbevolen. Bovendien heeft dit het voordeel, dat de discussie op de band kan worden vastgelegd. Ook het organiseren van discussies in kleine groepen naar aanleiding van de onderwerpen, is over het algemeen zeer belangrijk. Een informeel contact van deelnemers en docenten op een der cursusavonden is zeer waardevol en wordt door beide partijen meestal zeer op prijs gesteld.

Men is wel eens geneigd de waarde van de grote cursussen in twijfel te trekken. Ik meen echter dat dit onjuist is. De ervaring, opgedaan met de Boerhaave-cursussen, wijst in een andere richting. Hoewel de evaluatie een uitermate moeilijke zaak is, kan met zekerheid worden aangetoond, dat de interesse voor de gedoode onderwerpen belangrijk toeneemt. Het is een feit dat het oprichten van „Balint”-groepjes en andere discussiegroepen door een cursus wordt gestimuleerd. Het is mij ook bekend dat na een Boerhaave-cursus de vraag naar boeken over de behandelde stof sterk stijgt.

De belangstelling voor dit voortgezet medisch onderwijs neemt toe. De vroeger wel eens verkondigde stelling, dat altijd dezelfde artsen komen, gaat niet meer op. Het totaal aantal inschrijvingen voor drie Boerhaave-cursussen over een psychologisch of sociaal onderwerp in 1960, 1962 en 1963 was 845 met ruim 700 namen.

Toch blijft het probleem: hoe bereiken we zoveel mogelijk artsen? Het vormen van goede teams van docenten, die bereid zijn en in staat de meer afgelegen gebieden te bezoeken om daar een halve of een hele dag onderwijs te geven, moet naar mijn mening worden gestimuleerd. De ervaringen in Amerika met deze reizende teams zijn vooral in Kansas en Californië heel goed. De docenten en leerlingen zijn over het algemeen zeer enthousiast.

De activiteiten van ziekenhuisstaven en van de afdelingen van de Maatschappij voor Geneeskunst zijn voldoende bekend. Ik zal hier dan ook niet nader op ingaan. Het is een bekend feit dat in plaatsen waar de organisatie van klinische demonstraties in artsenbijeenkomsten goed is, de opkomst der artsen het grootst is.

Tenslotte nog iets over de audio-visuele hulpmiddelen bij het onderwijs, waarover reeds eerder is gesproken. De kwaliteit moet goed zijn. „The medical exhibit”, eventueel te vertalen met medische tentoonstelling, maakt in Nederland te weinig opgang. Diagrammen, foto's, tekeningen, statistieken over een bepaald onderwerp, aaneengeregen met een pakkende verklarende tekst, zijn uitermate waardevol. De samenstelling eist vakman- en zelfs kunstenaarschap.

De gesloten circuit-televisie, al of niet gekleurd, kan worden gebruikt voor het uitzenden van operaties, alsmede voor demonstratie van patiënten. Dit laatste heeft het voordeel dat de patiënten niet behoeven te verschijnen voor een geheel gevuld auditorium. Vanzelfsprekend moet toestemming aan de patiënt voor televisie-demonstratie worden gevraagd. Aan de docent worden wel bijzondere eisen gesteld in verband met de camera-techniek.

Hoewel er nog weinig bekend is over de effectiviteit van de film, heeft zij als hulpmiddel bij het onderwijs zeker haar plaats verworven. De film zal over het algemeen de docent niet kunnen vervangen. Daarom is ook een inleiding vooraf meestal noodzakelijk. Een of meerdere onderbrekingen van de film met een discussie en een nabespreking kunnen de waarde voor het onderwijs sterk verhogen.

In ons land heeft de combinatie film, filmstrip, dia, grammofoonplaat of tekst op een bandrecorder voor de individuele arts, voor zover mij bekend, niet veel opgang gemaakt. In minder dicht bevolkte gebieden in Amerika en Engeland bestaat hiervoor wat meer belangstelling. Een proefneming met een artsenkursus over de algemene televisie op een voor het publiek onaangekondigd laat uur, is mijns inziens de overweging waard. Dat hieraan zekere consequenties zijn verbonden, is duidelijk. Een nader onderzoek van deze mogelijkheid is gewenst. De conservatieve Lancet heeft, na een aanvankelijk cynisme over de postacademiale televisie-uitzendingen voor artsen in Schotland, erkend, dat er weinig reden is tot kritiek - (1963) *Medisch Contact* 18, 206.

Evaluatie van het effect van voortgezet medisch onderwijs zal moeilijk zijn. Zelfs een examen over het geleerde zal het effect niet kunnen waarderen. Vooralsnog zal ons voortdurend streven gericht moeten zijn op hoge kwaliteit. De deelnemers zullen na elke cursus naar huis moeten gaan met het gevoel een betere arts te zijn geworden. Voor de huisarts zullen zijn activiteiten op het gebied der voortgezette medische ontwikkeling er toe bijdragen zijn onzekerheid en twijfel aan zichzelf te overwinnen, om zo in staat te zijn werkelijk verantwoordelijkheid te dragen. „Each physician must continue to learn in order that others may live, but also to live in peace with himself” (*Hillebrand*).

Samenvatting. Het doel der medische nascholing (voortgezette medische ontwikkeling) is de mogelijkheden te scheppen waardoor iedere arts in zijn werk gebruik kan maken van de moderne medische kennis, die voortdurend ter beschikking komt, alsmede om zijn opgedane kennis op te frissen, aan te vullen en te corrigeren aan de hand van veranderde inzichten.

Iedere arts heeft de plicht deel te nemen aan op zijn specifieke artsentaak gericht voortgezet onderwijs en mede te werken aan de ontwikkeling der geneeskunde (dit is één der grondbeginselen van het Nederlands Huisartsen Genootschap).

De opleiding tot huisarts of specialist en de voortgezette medische ontwikkeling van de arts vormen één geheel. Lacunes in de opleiding moeten worden aangevuld door nascholing. Dit geldt in het bijzonder voor de huisarts zolang er geen aparte opleiding (specialisering) tot huisarts bestaat.

De grondbeginselen van het voortgezet medisch onderwijs zijn: een goede organisatie, ervaren en enthousiaste docenten, die kunnen beschikken over de meest moderne hulpmiddelen bij het onderwijs en een zorgvuldig voorbereid programma,

afgestemd op de noden en interesse der deelnemers. De huisarts zal bij het onderwijs moeten worden ingeschakeld. Een goede opzet is kostbaar. In het belang der volksgezondheid zullen de middelen hiervoor ter beschikking moeten worden gesteld.

Sommigen beschouwen het lezen van medische literatuur, anderen het contact met beroepsgenoten als de belangrijkste methode om op de hoogte te blijven. Verder worden genoemd cursussen over bepaalde onderwerpen in universitaire en grote medische centra, onderwijs aan het ziekbed, de klinische demonstraties, de kringavonden, discussiegroepen, medische films met toelichting, de closed circuit-televisie, de „medical exhibit” enzovoort.

De evaluatie van het effect is evenals die van elk onderwijs uitermate moeilijk.

Summary. The purpose of continuing medical education is to create the possibilities by which every doctor in his work can apply the medical knowledge which constantly becomes available and also to refresh, to fill up and to correct his existing knowledge according to new opinions.

Every doctor is obliged to participate in continuing medical education which aims at his specific task and also to take his part in the development of medicine. This is one of the principles of the Dutch College of General Practitioners.

The education of general practitioners and specialists and the continuing medical education of them are inseparable. Deficiencies in the primary education should be filled up in the continuing education. This is of particular importance for the general practitioner as long as there is no special education for the general practitioner.

The principles of the continuing medical education are a good organization, experienced and enthusiastic teachers and a carefully prepared program, according to the needs and interest of the participants. The general practitioner should take part in teaching.

A good organization is expensive. Funds for this purpose should be available in the interest of Public Health. Reading of medical periodicals, books etc. and contact with colleagues, both are considered as the most important method for continuing medical education. Other methods are courses on special subjects in university and large medical centers, bedside teaching, clinical conferences, meetings of medical societies, medical films, closed circuit-television, medical exhibits etc.

The evaluation of the effectiveness is extremely difficult as it is of all kinds of education.

Fox, T. F. (1960) *Lancet* I, 743.

Hillebrand, W. B. (1954) *Gen. Practit.* 9, 161.

Huygen, F. J. A. (1956) *Medisch Contact* 11, 730.

Huygen, F. J. A. (1960) *huisarts en wetenschap* 3, 433.

Jongsma, M. W. (1956) *Medisch Contact* 11, 506.

Peterson, O. L., L. P. Andrews, R. S. Spain en B. G. Greenberg (1956) *J. med. Educ.* 31, 12.

Prakken, J. R. (1963) *Ned. T. Geneesk.* 107, 233.

Ruhe, C. H. W. (1961) *J. Amer. med. Ass.* 177, 381.

Vollan, D. D. (1955) *J. Amer. med. Ass.* 157, 703, 912, 1119, 1302 en 1492; 158, 39, 184 en 395.

Wielen, J. van der (1960) *De huisarts en de doeltreffendheid van zijn aandeel in de gezondheidszorg.* Van Gorcum en Comp, Assen.

Wolffe, D. (1962) *Science* 135, 503.

ABONNEMENTSPRIJS

Het bestuur van het N.H.G. ziet zich op grond van prijs- en loonontwikkelingen genoodzaakt de abonnementsprijs van „huisarts en wetenschap” met ingang van januari a.s. te brengen van f 17,50 naar f 20,— en de prijs van studentenabonnementen, thans f 7,50, te stellen op f 10,—. Voor abonnementen in het buitenland, thans f 20,—, zal in den vervolg f 25,— in rekening moeten worden gebracht. Het bestuur vertrouwt gaarne bij de lezers begrip te vinden voor deze maatregel.