

Een jaar algemeen ziekenhuisassistent, tevens assistent in een huisartspraktijk

DOOR W. M. PRUIJS*

De uitspraak: „de huisarts is een specialist” wordt steeds meer gehoord en er wordt naarstig gezocht naar wegen om de eerste stap te zetten in de richting van een meer adequate opleiding. Ik heb het genoegen mogen smaken door de directie van een zogenaamd „perifeer” ziekenhuis in staat te zijn gesteld gedurende een jaar een „opleiding tot de algemene praktijk” te ontvangen. Ik zal trachten in een kort verslag te schetsen wat deze opleiding inhield, daarbij wil ik tevens enkele kanttekeningen maken. Vooraf dient te worden opgemerkt, dat dit experiment aansluitend aan het artsexamen werd begonnen, dat wil zeggen op een tijdstip, dat alle academische maatstaven van medisch denken en werken nog vers in het geheugen lagen. Dit is wellicht van belang, omdat juist in het spanningsveld tussen universiteit en praktijk verschuifbare grenzen bestaan ten aanzien van de benaderingswijze van de patiënt.

De opzet van het experiment was als volgt: naast het werk van algemeen ziekenhuisassistent in een zogenaamd perifeer ziekenhuis van 170 bedden met 4500 opnamen en 60000 verpleegdagen per jaar, waar vijftien specialisten alle hoofdspecialismen vertegenwoordigden, kreeg de assistent twee halve dagen per week de gelegenheid om een ochtenden en een middagspreekuur van een huisarts bij te wonen en hem op de daaraan aansluitende visites te vergezellen. De duur van dit assistentschap was precies een jaar. De oorspronkelijke opzet was om zes maanden bij de chirurgie en zes maanden bij de interne geneeskunde werkzaam te zijn, terwijl met de andere specialisten was overeengekomen, dat zij de algemene assistent bij alle voor de algemene praktijk leerzame gevallen zouden trachten te betrekken.

In verband met de toekomstige werkkring van de assistent in een eenmansziekenhuis van de zending met 120 bedden in Transkei (Afrika), waar de beoefening van de algemene praktijk nog de oude totale geneeskunde omvat, werd de opzet van het experiment iets gewijzigd in die zin, dat de chirurgie een groter aandeel zou krijgen dan de interne geneeskunde.

Het werk in het ziekenhuis. Dit omvatte de volgende activiteiten.

* Medical Superintendent, Ganzibe Mission Hospital, Transkei, Afrika (destijds assistent)

Assistentie op de chirurgische polikliniek gedurende vier ochtenden per week van 8.00 uur tot 12.30 uur, dat wil zeggen bijwonen van het onderhoud tussen chirurg en patiënt, onderzoek en diagnose van patiënten voor het onderhoud met de specialisten, verrichten van allerlei zogenaamde kleine chirurgische ingrepen onder supervisie en verantwoordelijkheid van de specialist, zoals incideren, reponeren en excideren, exstirperen, punteren, catheteriseren, bougiseren en verschillende andere medische ingrepen, die tijdens het co-assistentschap voor het artsexamen veelal slechts sporadisch mogen worden verricht, omdat assistenten van velerlei anciënniteit zich daarvoor staan te verdringen.

Preoperatief algemeen onderzoek van alle patiënten, doorgeven van bijzonderheden aan de chirurg en daarna contact met de internist, röntgenoloog en anesthesist.

Assistentie bij operaties gedurende twee of drie halve dagen per week en bij acute operaties. Na een opleidingstijd van ongeveer vijf maanden zelf opereren van appendices, breuken, enzovoort, onder supervisie en bij aanwezigheid van de chirurg.

Assistentie bij verloskundige en gynaecologische operaties gedurende een of twee halve dagen per week.

Het leiden van partussen bij onvoorziene afwezigheid van de gynaecoloog of op diens verzoek in speciale gevallen.

Onderzoek, voorlopige diagnose en opstellen van een onderzoekprogramma van nieuwe interne patiënten onder supervisie van de internist gedurende ruim twee maanden tijdens de vakanties van een van beide internisten.

Regelmatig contact met de röntgenoloog over bijzondere problemen bij interne en chirurgische patiënten.

Na een inwerkperiode waarnemen van de ongevallendienst gedurende drie avonden en nachten per week en van de weekend-ongevallendienst om de week. Tijdens deze wachtdiensten is men als eerste verantwoordelijk voor de behandeling van alle ongevallen en voor de eerste hulpverlening bij acute gevallen van allerlei soort. Afhankelijk van de toenemende ervaring werd door de verantwoordelijke specialisten geleidelijk meer overgelaten ten aanzien van diagnose en behandeling van „kleine traumatologie”, van indicatiestelling tot opname, verwijzing naar of consult van andere specialisten en van contact met de huisartsen.

Het regelmatig geven van verschillende vormen van narcose of anesthesie en geregeld contact met de anesthesist.

Regelmatig contact met de kinderarts en diens patiëntjes.

Tweemaal per maand bijwonen van klinische patiëntdemonstraties en enkele malen zelf demonstreren van medebehandelde gevallen.

Beschouwingen. Hoewel de theoretisch-wetenschappelijke kant van de medische opleiding in Nederland op een hoog niveau staat, schiet de opleiding als geheel tekort voor diegene, die na zijn artsexamen direct een algemene praktijk wil beginnen. Weliswaar zijn de co-assistentschappen na het doctoraal leerzaam en boeiend, maar deze opleidingstijd schiet in een essentieel element tekort namelijk in het leren dragen van eigen verantwoordelijkheid. Bovendien is er te weinig gelegenheid om typisch medische handigheid en handvaardigheid aan te leren, zoals bijvoorbeeld het aanleggen van verbanden, het verlenen van eerste hulp en het verrichten van eenvoudige chirurgische ingrepen. Het gemis aan eigen verantwoordelijkheid in de meeste werkzaamheden van een co-assistent doodt veel initiatief en werkt in de hand, dat hij in een geest van „laissez faire, laissez passer” langs de vele medische problemen heen kijkt. Een en ander hangt ook samen met het feit dat een probleem door de assistenten in opleiding, die in de praktijk van elke dag zijn leermeesters behoren te zijn meestal reeds is opgelost, voordat de co-assistent de tijd heeft gehad om het medische probleem als probleem te zien. Omdat in het oude, vertrouwde systeem van co-assistentschappen waarschijnlijk geen verandering mogelijk zal zijn, lijkt het wenselijk een aanvulling van het bovengenoemde tekort te zoeken in een misschien op de lange duur verplicht te stellen praktijkjaar na het artsexamen voor artsen die in een algemene praktijk willen gaan werken. In de meeste landen buiten Nederland is dit reeds gebruikelijk.

Voor een eventueel te creëren opleiding tot huisarts lijkt een jaar algemeen ziekenhuisassistenten-onmisbaar. Tijdens deze periode wordt een gezonde dosis zelfvertrouwen verkregen uit zelf te dragen, maar door meer ervaren collega's geleide en gedomineerde verantwoordelijkheid en uit eigen verworven ervaring. Direct na het artsexamen waarnemen en vervangen geeft op den duur ditzelfde zelfvertrouwen, maar een algemeen assistentschap maakt sneller wijs met minder schade en schande. Het onthult beter eigen lacunes, leert meer zelfkritiek te beoefenen, corrigeert fout begrepen of te academisch ingestelde kennis en geeft bovendien een goede kijk op intercollegiale verhoudingen en op de factoren die deze verhoudingen kunnen opbouwen of verstoren. Naar eigen opgedane ervaring zijn de hierna volgende punten van definitief belang, wil een algemeen ziekenhuisassistenten-schap maximale vrucht afwerpen.

Desiderata. Het algemeen assistentschap moet worden waargenomen in een niet-academisch ziekenhuis, dat niet te groot mag zijn en waar bij voorkeur geen A-opleiding wordt gegeven. Indien aan deze voorwaarden niet wordt voldaan, komt een algemeen assistentschap te zeer in het gedrang van de concurrentie van evenzeer leergierige assistenten, die voorgaan.

Alle hoofdspecialismen moeten vertegenwoordigd zijn. De verhouding tussen de specialisten onderling moet goed zijn. De specialisten moeten „huisarts-minded” zijn, dat wil zeggen, zij moeten belangstelling weten op te brengen voor de specifieke diagnostische en therapeutische problemen van de huisarts, die nu eenmaal met geringe hulpmiddelen en beperkte mogelijkheden moet werken.

Een algemeen ziekenhuisassistenten-schap moet door de ziekenhuisdirectie in overleg met alle specialisten worden opgezet en wel zo, dat enerzijds voor de assistent een reële functie wordt gecreëerd, maar anderzijds moet hij periodiek onder een bepaalde specialist ressorteren, die dan zijn „hoofdlermeester” is.

De algemeen assistent moet in dienst staan van het ziekenhuis en door het ziekenhuis worden gesalarieerd. Zijn functie in dit ziekenhuis moet deels rendabel zijn, hetgeen inhoudt, dat hij een zelfstandige plaats met eigen verantwoordelijkheid binnen het ziekenhuisbedrijf moet innemen. Wat zijn arbeidsvoorwaarden en zijn plaats binnen de ziekenhuisorganisatie betreft moet hij verantwoording afleggen aan de directie, maar wat zijn specifiek medische werk aangaat aan zijn periodiek wisselende „tutor”-specialist.

In het ziekenhuis, dat aan de genoemde criteria moet voldoen, moeten het liefst tenminste twee algemene assistenten kunnen werken, die zich voor het ziekenhuis vooral rendabel kunnen maken door gezamenlijk een continue eerste hulp en ongevalendienst te verzorgen. Om deze taak voor het ziekenhuis en voor de vermeerdering van eigen ervaring het meest efficiënt te kunnen verrichten, moet er in het ziekenhuis, of binnen vijf minuten van het ziekenhuis verwijderd, een woongelegenheden zijn voor de assistent en zijn gezin, zoals dit bijvoorbeeld voor de „interns” in Engeland is geregeld.

De assistent moet zijn hoofdwerkzaamheden hebben in aaneengesloten perioden bij een specialist. Het algemeen assistentschap moet dus van ongeveer dezelfde opzet zijn als de Amerikaanse „rotating internships”. Deze perioden moeten tenminste vier maanden duren bij voorkeur op de afdelingen voor chirurgie, interne geneeskunde, verloskunde, gynaecologie en pediatrie. Hoewel de assistent bij één specialist is gedetacheerd, moet hij toch de mogelijkheid hebben in bijzondere en leerzame gevallen vrij in en uit te lopen in de diverse afdelingen van de andere specialisten. Bij de specialisten moet een bereidheid bestaan om de aanstaande huisarts nog wat bij te leren en bij de assistent moet de oprechte begeerte bestaan om praktisch te wor-

den bijgeschoold. Hoewel het in de praktijk veelal moeilijk te verwezenlijken zal zijn door de bijzondere verhouding, welke bestaan kan tussen de specialist en zijn patiënten, zou het buitengewoon nuttig zijn als de assistent de verantwoordelijkheid zou mogen dragen, om onder supervisie, een aantal „eigen” patiënten te behandelen.

Het werk in de huisartspraktijk. Twee halve dagen per week kreeg de assistent de gelegenheid om een soort stage in een huisartspraktijk te lopen. Dit hield het volgende in. Elke dinsdag van 13 tot 18 uur en elke vrijdagochtend woonde hij het spreekuur bij, daarna volgde hij de huisarts op zijn aansluitende huisvisites.

In de eerste tijd had de assistent een observerende taak teneinde een goede indruk te krijgen van de wijze van werken, de dagelijkse diagnostische en therapeutische puzzels, de routinewerkzaamheden, het morbiditeitspatroon, de daarmee samenhangende typische huisarts-differentiaal-diagnoses, de dagelijkse contacten met allerlei medische en paramedische instanties, de consulten aan huis met hun mogelijkheden en onmogelijkheden, de gevolgen van een ziekte in het huisgezin met al zijn specifieke sociale en maatschappelijke complicaties en in de laatste maar niet in de minste plaats van het karakter van een werkring, waarin men enerzijds veel thuis is, maar anderzijds juist zoveel afwezig. Deze observerende periode duurde drie maanden. Hierna was er een onderbreking van ongeveer drie maanden, gedurende welke tijd de assistent op de interne afdeling van het ziekenhuis werkzaam was, tijdens de vakanties van telkens een der beide internisten. De laatste maanden werd de regeling getroffen, dat de assistent iedere dinsdag tussen 13 en 18 uur de praktijk zelfstandig waarnam, waarbij de huisarts enkele speciale visites, die leerzaam waren of aanleiding gaven tot puzzels, aan hem overliet.

Het werk bij de huisarts verricht werd beschouwd als onderdeel van het ziekenhuiswerk, dat wil zeggen, de assistent kreeg van de huisarts alleen een kilometervergoeding voor de afstand die hij in eigen auto in de praktijk moest rijden. De huisarts werd voor de ongemakken van een pottenkijker in de eerste periode, later schadeloos gesteld door een extra vrije middag per week.

Beschouwingen. De combinatie ziekenhuis-algemene praktijk is zeer leerzaam en interessant. Het is een zeldzame gelegenheid om een patiënt vanaf de eerste, vaak onspecifieke, symptomen te volgen tot het uiteindelijk verloop, dat kan leiden tot ziekenhuisbehandeling binnen het steeds ingewikkelder wordend raderwerk van specialistische onderzoeken. Door deze combinatie van werkzaamheden is het mogelijk zowel de dilemma's van de huisarts aan het ziekbied thuis als de dilemma's van de specialist met zijn uitgebreide diagnostische hulpmiddelen persoonlijk mee te maken.

Hierdoor wordt bovendien bevorderd, dat diagnose en therapie een ononderbroken eenheid vor-

men. Er vindt geen overdracht van verantwoordelijkheid plaats en er doet zich de interessante mogelijkheid voor om een patiënt thuis te zien en het onderzoek en de behandeling in het ziekenhuis mee te maken. Een en ander geeft bovendien een unieke gelegenheid om een goed inzicht te krijgen in de verhoudingen tussen huisartsen en specialisten en in de vele factoren, die deze verhoudingen bepalen. De splitsing van de medische vakwetenschap in alle mogelijke specialismen heeft een noodzakelijke taakverdeling en gebiedsafperking met zich medegebracht, waarvan juist de patiënt het slachtoffer dreigt te worden.

De zin van het huisartsberoep is reeds ter discussie gesteld. Het is daarom uitermate belangrijk om als toekomstig huisarts een goed inzicht te krijgen in de omvang van eigen verantwoordelijkheid. Het is noodzakelijk dat de huisarts zich bewust wordt dat hij niet een degradatie tot verwijzingsbureau moet aanvaarden, maar dat hij moet trachten al zijn diagnostische en therapeutische mogelijkheden uit te buiten om een patiënt zo lang als verantwoord is, zelf te behandelen. Dit moet uiteraard geschieden binnen de normen die in de loop des tijds zijn gegroeid. Deze normen zijn niet schriftelijk of wettelijk vastgelegd en kunnen van geval tot geval sterk wisselen.

De combinatie ziekenhuisassistent, dat wil zeggen medewerker van de diverse specialisten en huisartsassistent is nuttig, omdat het contact met de raakvlakken huisarts-specialist een beter inzicht geeft in wat kan en wat mag. Deze combinatie leert bovendien inzien, welke betekenis een ziekenhuisopname voor een patiënt vaak heeft. In vele gevallen is het de oplossing van een onhoudbare toestand thuis, in andere gevallen is het slechts een losrukken uit een de levenslust nog intact houdend verband, vooral bij oude mensen. De gevolgde werkwijze kan een schokkend inzicht geven in de egocentrische motieven, die soms aan de door de familie zo aanprezen ziekenhuisopname ten grondslag liggen, vooral als het chronische zieken of zieke oude mensen betreft. Men leert tevens welke niet te onderschatten rol de huisarts vaak speelt in verband met die opname. Hij kan door zijn bijzondere contacten met de specialisten een opname bevorderen, maar ook tegenhouden door zijn kennis van de familie-achtergrond van de patiënt. Ook wordt het zodoende duidelijk, dat van devaluatie van het huisartsberoep geen sprake is. In het algemeen leeft onder de specialisten een zeer positieve instelling ten opzichte van de huisartsen, al bestaat er vaak ook kritiek. Maar een huisarts die zijn werk met ijver en werkelijke liefde voor het vak uitoefent kan zich steeds verzekerd weten van de welgemeende belangstelling van zijn gespecialiseerde collega's.

Algemeen wordt ingezien van hoe groot belang de specifieke, maar ook veelzijdige functie van de huisarts is. Hij moet temidden van een griep epidemie een pneumonie weten op te sporen. Hij moet steeds op allerlei mogelijkheden en onmogelijkheden bedacht zijn en dat gedurende vierentwintig uur

van de dag. Juist deze onbepaalde medische dienstverlening is een specifieke huisartstaak, die van eminent belang is binnen het patroon van de Nederlandse gezondheidszorg. Hierin zal een huisarts onvervangbaar blijven, want hoeveel zakelijker de verhouding tussen huisarts en patiënt ook is geworden, nooit zal een betaalde instantie al die onbetaalde service kunnen bieden, die de huidige Nederlandse huisarts geeft, zijn arbeid verrichtend zonder het begrip overuren te kennen en zonder arbeidstijd beknibbelende tendenties. De huisarts is verder onvervangbaar, niet als verwijfsbureau, maar als sociaal-medisch „verkeersbureau”. Hoewel de moderne patiënt door de indringende macht van allerlei communicatiemiddelen vaak goed op de hoogte is van de vorderingen op medisch gebied, ontbreekt het hem toch veelal aan patho-fysiologisch inzicht om die kennis ten aanzien van eigen ziekte of lijden te verwerken. De huisarts moet als eerste de weg weten temidden van de steeds overstelpender wordende mogelijkheden op specialistisch-medisch gebied. Hij moet als kritische raadgever in staat zijn zijn patiënten daarin op verantwoorde wijze de weg te wijzen. Hij moet dan niet slechts verwijzen, maar samen met zijn patiënt een keuze doen.

In het raakvlak tussen specialist en huisarts komt ook steeds meer naar voren hoezeer een huisarts specialist moet zijn op sociaal-medisch gebied. Sociale problematiek samenhangend met de ziekte houdt een specialist veelal te lang op, zodat de continuïteit van zijn werk daardoor te veel wordt verstoord. De moderne Nederlandse huisarts moet daarom belangstelling weten op te brengen voor de sociale geneeskunde zonder tot ambtenaar uit te groeien. Hij moet steeds meer specialist worden op medisch-psychologisch-geriatriesch en sociaal-geneeskundig gebied.

Desiderata. De huisarts bij wie de stage wordt gelopen, moet als een goede en liefst ervaren arts bij het ziekenhuis bekend staan. Zijn praktijk moet niet te groot zijn, dat wil zeggen, niet meer dan gemiddeld vijftientig visites per dag, omdat er gelegenheid moet bestaan om bepaalde visites uitvoeriger te doen. Als de praktijk te groot is, loopt de assistent de kans alleen als nuttige hulp te fungeren. Het didactisch aspect van de stage moet dus gehandhaafd kunnen blijven. De verstandhouding tussen huisarts en assistent moet goed zijn en bij voorkeur het karakter dragen van collega's, die met goed inzicht wat betreft eigen kennis iets aan en van elkander willen leren. Mijn leermeester-huisarts had de zeer gewaardeerde gewoonte om in bepaalde probleemgevallen (zogenaamd?) mijn advies te vragen. Dit werkte zeer inspirerend en leidde tot leerzame probleemstellingen.

De assistent moet bij elk consult en elke visite goed en duidelijk worden geïntroduceerd. Het beste kan dit geschieden door gewoon te zeggen hoe de werkelijke situatie is, dus bijvoorbeeld: „Mijn collega werkt in het ziekenhuis als assistent bij Dr. N. N., hij wil graag een idee krijgen hoe het in een

huisartspraktijk toegaat”. Dit snijdt meteen allerlei vragen af, zoals: gaat onze dokter de praktijk over doen? Gaat onze dokter met vakantie? Ben ik zo ziek, dat er een tweede dokter moet komen? (niet zelden wordt de assistent als de specialist gezien). Onze dokter moet toch wel een goede arts zijn, dat hij er al een assistent bij moet hebben? Is die dokter al afgestudeerd? Het is overigens frappant om te merken hoe gemakkelijk de patiënten een andere dokter erbij accepteren. Alleen bij oudere patiënten, bij gynaecologische patiënten en patiënten, die om een medisch-psychologisch of een psychiatrisch consult kwamen, heb ik enkele keren zichtbare schroom aangetroffen. In het algemeen kreeg ik de indruk, dat men dubbele aandacht alleen maar waardeerde.

De „observerende” periode, waarin de assistent voornamelijk luistert en kijkt, moet niet langer duren dan hooguit twee maanden. Dit is lang genoeg om een idee te krijgen van de dagelijkse gang van zaken, om vertrouwd te raken met de specifieke huisartsreceptuur en om gewend te raken binnen de praktijk. Hierna moet een periode volgen van drie maanden, waarin huisarts en assistent gezamenlijk spreekuur houden en dan ieder afzonderlijk visites gaan doen, waarbij de huisarts dan een speciaal lijstje opstelt voor de assistent van nieuwe patiënten van die dag en van interessante oude gevallen. Aan het einde van de visites ontmoeten zij elkander weer waarna een eventuele nabespreking volgt. Na deze twee perioden moet de assistent zo ver zijn, dat hij een of twee halve dagen zelfstandig spreekuur en visites waarneemt. Aan het einde daarvan moet hij een verslag van zijn belevenissen kunnen uitbrengen.

Een nadeel van het slechts twee halve dagen per week werken in een huisartspraktijk is, dat het beeld wel eens wat fragmentarisch is, doordat vele problemen zich oplossen of worden opgelost in de dagen er tussen. Dit bezwaar zou kunnen worden verholpen, wanneer de assistent bijvoorbeeld in principe een uur per dag toestemming krijgt om buiten het ziekenhuis te zijn en van de huisarts carte blanche heeft om nog eens extra naar een bepaalde probleempatiënt te gaan kijken.

Als afronding van de stage is het zeer wenselijk om tenminste drie weken achtereen in een andere praktijk te gaan waarnemen of nog liever te gaan vervangen. Een praktische eis is, dat de ziekenhuis-assistent over een adequaat vervoermiddel moet kunnen beschikken.

Een opleiding tot huisarts zou onvolledig zijn als niet extra aandacht zou worden gegeven aan de volgende op de universiteit stiefmoederlijk of niet behandelde vakken. Hieronder vallen de medische psychologie van een huisartspraktijk, dat wil zeggen de psychologie van het huwelijk, van het gezin, van de eenzame mens, van oude mensen enzovoort; geriatrie, revalidatie, chronische ziekten, sociale geneeskunde en maatschappelijk werk.

Deze kennis zou het best kunnen worden aangevuld in de vorm van een drie- of vierweekse cursus aan een sociaal-geneeskundig instituut. Een dergelijke

lijke cursus zou moeten staan onder auspiciën van het Nederlands Huisartsen Genootschap en moeten worden gesubsidieerd door het Rijk. De opzet zou zo moeten worden geregeld dat de aanstaande huisarts, die reeds als arts is afgestudeerd, wordt beschouwd als kostwinner en dus een vergoeding moet ontvangen. Alleen dan is het verplicht stellen van deze cursus binnen het kader van de voortgezette huisartsopleiding redelijk.

Algemene opmerkingen. De Nederlandse huisarts moet worden beschouwd als specialist in zijn vak. De huidige medische opleiding in Nederland, die veelal heet gericht te zijn op de algemene praktijk, is voor de aanstaande huisarts praktisch en theoretisch onvolledig. Bij iedere verandering in de opzet van de opleiding tot huisarts mag de totale opleidingstijd en voorbereidingstijd niet worden

verlengd. Een totale opleidingstijd van zeven jaar plus twee jaar militaire dienst is lang genoeg, eigenlijk te lang. Tenminste een jaar „Internship” in een ziekenhuis na het artsexamen, zoals in de meeste landen geschiedt, lijkt als voorbereiding tot de algemene praktijk verplicht te moeten worden gesteld.

Als suggestie moge het volgende globale studie-program worden genoemd. Een medisch-theoretische studie van vier en een half jaar, afgesloten door het doctoraal examen met inpassing van een systeem van keuzevakken voor de aanstaande huisarts; co-assistentenschappen van anderhalf jaar, afgesloten door het artsexamen; een jaar algemeen „rotating” ziekenhuisassistentenschap met de in dit verslag genoemde mogelijkheden; een cursus van drie weken tot een maand aan een sociaal-geneeskundig instituut en het vervangen gedurende drie weken tot een maand in een huisartspraktijk.

Twaalfde jaarvergadering College of General Practitioners

De twaalfde jaarvergadering van onze zustervereniging in Engeland in november 1964 werd, zoals reeds traditie is geworden, gehouden in de aula van het B.M.A.-House, het hoofdbureau van de British Medical Association in Londen. De eigenlijke jaarvergadering op zaterdagmiddag wordt in de morgenuren voorafgegaan door de uitreiking van een aantal prijzen, en de James Mackenzie lecture, ditmaal uitgesproken door Prof. Richard Scott uit Edinburgh.

De uitreiking van de prijzen is een jaarlijks terugkerende belangrijke aangelegenheid, want behalve de Butterworth Gold Medal (voor het beste essay van het jaar over de huisartsgeneeskunde, voor 1964: De toekomstige plaats van de huisarts in de verloskunde, voor 1965: Diagnose en behandeling van het koortsende kind) en de Foundation Council Award (dit jaar toegekend aan het artsen-echtpaar Graves die samen de „medical recording service and sound library” hebben opgezet) worden elk jaar drie prijzen (van f 1.000,—, f 750,— en f 500,—) beschikbaar gesteld door de Public Welfare Foundation voor bijzondere ziektegeschiedenissen in de huisartspraktijk, geschreven door medische studenten en bovendien zestien tot twintig travelling fellowships, elk van f 2.000,— voor huisartsen, „members of the College, to enable them to carry out a minimum of two weeks postgraduate study at their old teaching hospitals or at any other hospital, clinic, health centre or general practice of their choice in the United Kingdom or Eire”. Deze travelling fellowships, aangeboden door een farmaceutische industrie, worden verdeeld door de College zelf en gebruikt om huisartsen in staat te stellen een bepaald onderwerp, dat hen interesseert, te bestuderen. (Voorbeelden van dergelijke onderwerpen zijn: een kritisch rapport over alle health centres in Engeland, de diagnostische faciliteiten voor huisartsen in ziekenhuis-laboratoria, de rol van de doktersvrouw in de praktijk, de medisch-psychologische studiegroepen, klinische onderwerpen in de huisartsgeneeskunde zoals de behandeling van lage rugpijn, hypertensie, otitis media of het gebruik van electrocardiogram, een onderzoek naar de oorzaken van foetale afwijkingen, duizeligheid bij ouden van dagen.) Deze prijzen vormen een grote stimulans voor individuele nascholing en wetenschappelijk onderzoek door huisartsen, welke in deze vorm in Nederland nog node ontbreekt.

Aan de vooravond van de jaarvergadering, dus op vrijdagavond, houdt het hoofdbestuur, de College-Council, een diner, ditmaal voor het eerst in het fraaie nieuwe hoofdkwartier van

de College, dat in het vorige artikel reeds door Huygen is beschreven*. Dit diner had een officiële tint, omdat behalve de provosts (oud-voorzitters van de faculties, gelijk te stellen aan onze centra), getooid met een soort burgemeestersketting, tevens de ambassades van de drie buitenlandse sprekers waren uitgenodigd voor het Symposium op zondag, te weten de ambassades van Joegoslavië, Israël en Nederland (in de persoon van baron D. W. van Lynden). Door afwezigheid van collega Huygen, die op vrijdagmiddag naar Nederland moest terugkeren om op zaterdag ons eigen congres te kunnen openen, viel de eer te beurt aan schrijver dezes om als waarnemer van de voorzitter van het Nederlands Huisartsen Genootschap (N.H.G.) bij dit diner acte de présence te geven. Wanneer men mocht denken dat deze aanwezigheid ook het spontaan uitspreken van enkele vriendelijke woorden tot de tafelpaeres inhield, rekent men buiten de Engelse code. Er is een speciale toastmaster, die niet deelneemt aan het diner, die de tevoren aangezochte officiële sprekers aankondigt. Zowel de sprekers als zij, die antwoorden, staan vermeld tussen de verschillende gangen van het menu. Deze Engelse „waarneming” kan daarom worden omschreven met de woorden: non locum tenens, sed tenens tabulam. Overigens werd van de aanwezigheid van alle provosts (die met hun dames om het jaar voor een College-diner worden uitgenodigd) gebruik gemaakt om op vrijdagmiddag met het hoofdbestuur te vergaderen teneinde het onderlinge contact te bevorderen en het beleid van de College te bespreken.

Keren wij nu terug naar de in chronologische volgorde te noemen gebeurtenissen: zaterdag 11.00 uur: uitreiking der prijzen; 11.30 uur: James Mackenzie Lecture; 14.00 uur: Opening van de jaarvergadering door de voorzitter (chairman) met een kort resumé van het jaarverslag (een boekwerkje van 120 bladzijden). De College heeft thans 38 faculties. Zij telt 4421 leden (241 toegetreten in 1964), 2610 associate-members (297 nieuw) en 41 corresponding associate members, waaronder 12 uit Nederland. Het totaal aantal huisartsen in Engeland is ongeveer 20.000. De financiële toestand van de College bleek niet rooskleurig te zijn. In tegenstelling tot die van het Appeal Fund dat reeds £ 400.000 bedraagt, voor 16 procent afkomstig van de leden, voor de rest geschonken door stichtingen en industrie. Dit Appeal Fund werd

* (1965) huisarts en wetenschap 8, 16.