

De inhoud van de nascholing

L. R. KOOIJ*

Denken over de inhoud van de nascholing kan niet los gezien worden van denken over huisartsgeneeskunde als wetenschap, over plaats en functie van de huisarts in de samenleving en over zijn taken. Wat de huisarts leert en hoe hij functioneert, dient voortdurend aangepast te worden aan de behoeften van degenen die zijn hulp inroepen. Dat geldt niet alleen voor de basisopleiding en de beroepsopleiding tot huisarts, maar ook voor de nascholing.

Huisartsgeneeskunde als wetenschap; functie en taken van de huisarts

Vroeger was alle geneeskunde „huisartsgeneeskunde”. Wetenschappelijke en technische ontwikkeling hebben die geneeskunde gesplitst in een aantal specialismen.

Het ontstaan van medische specialisten en ook maatschappelijke ontwikkelingen hebben geleid tot veranderingen in de plaats en de functie van de huisarts. Het morbiditeitspatroon van nu verschilt met het patroon van enkele tientallen jaren geleden. Ziekte en gezondheid zijn in een ander maatschappelijk kader komen te staan en worden (mede daardoor) ook anders beleefd dan vroeger. De huisartsgeneeskunde heeft moeite gehad een eigen gezicht te bewaren onder deze omstandigheden. Langzamerhand krijgt zij nu een eigen karakter, niet in de laatste plaats doordat de specialistische geneeskunde niet op alle vragen met betrekking tot ziekte en gezondheid een antwoord kan geven. Als begin van de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde tot een zelfstandige wetenschappelijke discipline kan de oprichting van het Nederlands Huisartsen Genootschap in 1956 worden beschouwd. Het NHG stelt zich blijkens de Statuten de bevordering van de wetenschappelijke uitoefening van de huisartsgeneeskunde ten doel.

Vanuit het NHG is de aanzet gegeven tot het oprichten van de universitaire instituten voor huisartsgeneeskunde, waar

men zich behalve met onderwijs ook met wetenschappelijk onderzoek bezighoudt.

In 1978 kwam de discussie op gang over de theorie van de huisartsgeneeskunde: welke paradigma's – denkmodellen – bestaan er in de huisartsgeneeskunde. In het *Paradigmanummer van Huisarts en Wetenschap* beschrijven Huygen, Van Es, Gill en Lamberts hun visie op de diepere achtergrond in het huisartsgeneeskundig handelen.

Het overleg op de Woudschoten-conferentie van het NHG (1959) leidde tot de volgende formulering van de functie van de huisarts: „Het NHG ziet de functie van de huisarts als het aanvaarden van de verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwende individuele mensen en gezinnen. Het ziet deze zorg als het opheffen, in hun uitwerking beperken en waar mogelijk voorkomen van stoornissen in de individuele- of gezinsgezondheid (curatief, revaliderend, preventief)”.

In het rapport *Hoe helpt de dokter* stelt de Werkgroep Takenpakket van het NHG over de plaats van de huisarts in het hulpverleningssysteem: ten aanzien van de overige eerstelijns hulpverleners is het kenmerk van de huisarts dat hij de medische kennis en vaardigheid (de geneeskundige methodiek) hanteert, terwijl ten aanzien van de overige geneeskundigen het kenmerk van de huisarts is, dat hij de geneeskundige methodiek hanteert binnen het raam van het eerstelijns hulpverleningssysteem.

Huygen tenslotte stelt dat de huisarts bemiddelt tussen de vragen van de bevolking en de mogelijkheden van de geneeskunde als professioneel systeem, en dat de huisarts staat op de grens tussen zelf- en mantelzorg enerzijds en professionele zorg anderzijds.

Reeds lange tijd wordt er gezocht naar een voor alle beroepsbeoefenaren aanvaardbare beschrijving van het werk van de huisarts. Een beschrijving van de taken die de huisarts heeft, is van groot belang, enerzijds om de huisarts beter herkenbaar te maken voor de bevolking, anderzijds voor de beroepsgroep zelf, ten behoeve van basisopleiding, beroepsopleiding en nascholing. Verschillende studies en rapporten hierover verdienen vermelding vanwege hun belang voor het denken over de inhoud van de nascholing:

- het *Woudschoten-rapport* van het NHG: de taak van de huisarts wordt onderverdeeld in een twaalfdelig deel, een beschrijving van de functies van de huisarts;

- *A description of the work of the general practitioner*, functie-omschrijving van het werk van de huisarts door de Leeuwenhorstgroep;

- *De taken van de huisarts*, rapport van de Commissie Takenpakket van het LHV: een inventarisatie van de diagnostische en therapeutische bezigheden van de huisarts, waarbij in het werk van de huisarts „hoofdtaken” en „facultatieve taken” worden onderscheiden;

- *Het functioneren van de huisarts*, rapport van de studiegroep Alphen aan den Rijn van het NHG (Kooij): vanuit de taakopvatting zoals de leden van de studiegroep die zien, wordt een aantal stellingen geponeerd over diverse activiteiten van de huisarts.

Kort geleden heeft een Raamplangroep, waarin alle geledingen uit de huisartsenwereld zijn vertegenwoordigd, een globale *Functie-omschrijving* van het werk van de huisarts gepubliceerd. Het is de bedoeling dat deze functie-omschrijving de basis gaat vormen voor een algemeen aanvaardbaar takenpakket.

Organisatiestructuur van de nascholing

In 1973 werd door NHG en LHV de Stichting Nascholing Huisartsen (SNH) opgericht. Doel van de SNH is het coördineren en stimuleren van nascholingsactiviteiten. Uitgangspunt was in het in 1971 door NHG en LHV opgestelde plan van de Werkgroep Organisatiestructuur Nascholing voor Huisartsen (*Van der*

* Huisarts te Zwammerdam.

Leeuw). Dit plan voorzag in de oprichting van plaatselijke werkgroepen, die tot taak hadden de nascholing in hun omgeving te stimuleren.

In 1976 werd de organisatie in beginsel voltooid met de invoering van de regionalisatie: vertegenwoordigers uit verschillende werkgroepen vormen samen een regionale commissie, die wordt bijgestaan door een regionale coördinator (huisarts). De regio's van de SNH vallen ongeveer samen met die van de beroepsopleiding. De SNH heeft een centrale nascholingscoördinator in dienst, die als taak heeft het bestuur te adviseren, de nascholing in de regio's te stimuleren en nascholingsgegevens te evalueren. Tweemaal per jaar vergadert het bestuur van de SNH met de Nascholingsraad, die wordt gevormd door vertegenwoordigers uit alle plaatselijke werkgroepen. Doel van deze bijeenkomst is het beleid van het bestuur van de SNH te bespreken en nieuwe activiteiten op het gebied van de nascholing te signaleren en te stimuleren.

In 1975 werd de Wet Herstructurering Wetenschappelijk Onderwijs ingevoerd. Bij deze wet wordt het postacademisch onderwijs (PAO) opgedragen aan instellingen voor wetenschappelijk onderwijs (universiteiten), die dit zoveel mogelijk in samenwerking met derden (beroepsbeoefenaren en hun organisaties) moeten organiseren. Binnen het door de Minister van Onderwijs en Wetenschappen ingestelde Overlegorgaan Postacademisch Onderwijs Geneeskunde (PAOG) is door de daarin zitting hebbende huisartsen sterk aangedrongen op een PAOG-structuur zoals de SNH die voorstaat; deze structuur is inmiddels wat betreft het PAO voor huisartsen door de overheid geaccepteerd. In 1980 is de Voorbereidingscommissie Postacademisch Onderwijs Huisartsgeneeskunde (PAOH) ingesteld. Deze commissie, paritair samengesteld uit acht vertegenwoordigers van de universiteiten en acht vertegenwoordigers van de SNH, moet de weg effenen voor het door de overheid in te stellen Orgaan PAOH. Het orgaan PAOH gaat vaststellen wat postacademisch onderwijs (= nascholing) voor huisartsen is, terwijl de kosten gedragen zullen moeten worden door de huisartsen zelf.

In deze structuur kunnen de huisartsen invloed uitoefenen via de SNH. Invloed op het beleid van de SNH is mogelijk via nascholingswerkgroepen, via het NHG en de LHV. De SNH zal de steun van het NHG voor wat betreft de inhoud en de methodiek van de nascholing niet kun-

nen missen, evenmin als de financiële steun van het LHV. Indien de SNH niet daadwerkelijk zal worden gesteund door de huisartsen en hun beroepsorganisaties, zal de (inhoud van de) nascholing worden bepaald door de universiteiten.

De relatie tussen basisopleiding, beroepsopleiding en nascholing

Het beoefenen van de geneeskunde betekent levenslang studeren. De medische opleiding kan gezien worden als een continu proces, dat uit drie delen bestaat: de basisopleiding tot arts, de beroepsopleiding tot huisarts, specialist of sociaal geneeskundige, en de nascholing. Basis- en beroepsopleiding behoren een voorbereiding te zijn op het langste deel van de opleiding: de nascholing.

In een *Nota* over de medische basisopleiding constateren de gezamenlijke hoogleraren en lectoren huisartsgeneeskunde dat de huidige artsopleiding in Nederland deficiënties vertoont: zij is te eenzijdig natuurwetenschappelijk en onvoldoende algemeen wetenschappelijk en praktisch vormend; de medische basisopleiding dient een algemene basis te vormen, waarin op evenwichtige wijze aandacht wordt geschonken aan cognitieve aspecten ten aanzien van de natuurwetenschappen, aan klinische en sociale vaardigheden, en aan de ontwikkeling van een grondhouding als medisch en menselijk hulpverlener.

De basisopleiding tot arts heeft als doel een algemeen medische vorming te geven: een stevig fundament waarop de algemeen arts zijn beroepsopleiding kan bouwen. Daarnaast dient zij een algemeen wetenschappelijke vorming te geven: leren studeren, leren kritisch denken, vooral over het eigen handelen, leren doen van wetenschappelijk onderzoek. Het is van groot belang, dat de student tijdens zijn opleiding leert, dat alle kennis tijdelijk is, doordat problemen en inzichten veranderen. Alleen dan wordt een basis gelegd voor een persoonlijke, continue nascholing.

De verplichte beroepsopleiding tot huisarts bestaat in Nederland sedert 1974. De eerste verantwoordelijkheid voor de opleiding tot huisarts ligt bij de huisartsen zelf: voor dezen treedt het College voor Huisartsgeneeskunde op. De verantwoordelijkheid voor het theoretische onderwijs in de huisartsgeneeskunde berust bij de universiteiten. Alle acht medische faculteiten beschikken

hiertoe over een universitair instituut voor huisartsgeneeskunde.

De eisen waaraan de opleiding, de opleiders en de opleidingsinstituten moeten voldoen, zijn vastgelegd in een *Besluit* van het College voor Huisartsgeneeskunde. In 1975 is door de Interfacultaire Werkgroep Specifieke Opleiding Huisartsen een rapport (het SOH-rapport) uitgebracht over de beroepsopleiding tot huisarts. Dit *Rapport* is door alle opleidingsinstituten als basis aanvaard.

De inhoud van de beroepsopleiding wordt voor een belangrijk deel bepaald door de kenmerken van de arts bij de aanvang van de beroepsopleiding. Er vindt geen verticale kennisoverdracht plaats, er wordt op voet van gelijkheid met elkaar gesproken, en het slagen van de opleiding is voor een belangrijk deel afhankelijk van de zelfwerkzaamheid van de arts in opleiding. De nadruk ligt in de beroepsopleiding niet zozeer op het vergaren van kennis, alswel op het ontwikkelen van vaardigheden die de huisarts in de interactie met zijn patiënt nodig heeft. Vanuit een oogpunt van nascholing gezien is het belangrijk dat de inhoud van de beroepsopleiding voor een groot deel bepaald wordt door de eisen, waaraan de huisarts na het voltooiën van de opleiding moet voldoen. In het SOH-rapport wordt de bekwaamheid om nieuwe kennis, vaardigheden en ontwikkelingen in de gezondheidszorg op te sporen, te verwerken en in het dagelijks werk in te passen, als een van de onderwijsdoelstellingen genoemd. De opstellers van het rapport stellen voorts, dat het uiterst belangrijk is, dat er in de opleiding een proces op gang komt, dat de arts in opleiding zo motiveert dat hij zal blijven werken aan de eigen deskundigheid. Aan de nascholing ontleen zij vervolgens de volgende voorbeelden van onderwijsdoelstellingen:

- de aanstaande huisarts moet in staat zijn te beoordelen op welke onderdelen van de huisartsgeneeskunde hij (nade-re) scholing behoeft;
 - de aanstaande huisarts moet, op grond van de door hem vastgestelde behoefte aan nascholing, de juiste mid-delen kunnen aangeven om aan deze behoefte te voldoen;
 - de aanstaande huisarts moet zijn praktijkorganisatie zo kunnen inrichten, dat gelegenheid tot nascholing een onderdeel daarvan vormt;
 - de aanstaande huisarts moet in staat zijn relevante literatuur op te sporen, respectievelijk te doen opsporen.
- Op grond van deze onderwijsdoelstel-

lingen van de onderwijsmethoden die in de beroepsopleiding gehanteerd worden, mag worden gesteld dat de beroepsopleiding een goede basis vormt voor de latere nascholing.

Doelstellingen

De algemene doelstellingen zoals het Overlegorgaan Postacademisch Onderwijs Geneeskunde die voor de nascholing van huisartsen heeft geformuleerd (*Tweede interim rapport*), luiden:

- het aan huisartsen beschikbaar stellen van mogelijkheden om (onder meer door toetsing aangetoonde) hiaten in kennis, vaardigheden en attitude aan te vullen, ten einde bij te dragen aan de kwaliteit van de volksgezondheid;
- het verfrissen en vernieuwen van reeds verworven kennis en vaardigheden, hetgeen zowel het op peil houden van kennis omvat als ook het op de hoogte blijven van nieuwe ontwikkelingen;
- het aanvullen van verworven kennis en vaardigheden met elementen die voor de uitoefening van het beroep van belang zijn en die, vanwege de specifieke relatie met de beroepsuitoefening geen of onvoldoende plaats hebben gekregen in de opleiding tot arts en huisarts;
- het verwerven van nieuwe specifieke kennis en vaardigheden die vereist zijn voor een goede vervulling van zijn functie.

De Leeuwenhorst-groep heeft in haar statement *Continuing education and general practitioners* de doelstellingen als volgt geformuleerd:

- de tijdens basis- en beroepsopleiding verworven kennis, vaardigheden en attitude kritisch in ogenschouw nemen, waarbij wat verouderd is wordt verlaten, en wat nog van waarde is wordt behouden;
- de huisarts helpen lacunes in zijn kennen en kunnen te ontdekken en zich bezig te houden met de moeilijkheden die hij reeds zelf in zijn werk heeft ontdekt, door ervaringen uit te wisselen met huisartsen en andere hulpverleners met wie hij samenwerkt;
- de huisarts helpen nieuwe feitenkennis en ideeën te ontdekken en toe te passen, waarbij de ervaring uit de huisartspraktijk gebruikt wordt om deze op hun waarde te schatten;
- de huisarts helpen creatief te denken en zijn eigen werk kritisch te bekijken, door mee te werken aan onderwijs en onderzoek.

De inhoud van de nascholing

Jarenlang zijn huisartsen en specialisten uitgegaan van de veronderstelling, dat de nascholing voor huisartsen diende te bestaan uit het opfrissen van oude kennis en het verwerven van nieuwe (feiten)-kennis. In deze situatie was de specialist de leermeester van de huisarts en de belangrijkste leverancier van nascholing. Men rechtvaardigde deze gang van zaken door te stellen dat door snelle vorderingen in de geneeskunde medische kennis binnen enkele jaren verouderd zou zijn.

Wanneer men kijkt naar het klachten en morbiditeitspatroon waarmee de huisarts dagelijks wordt geconfronteerd, en naar zijn werkwijze, ziet men dat deze veronderstelling niet geheel juist is. Symptomen veranderen immers bijna nooit (ook al kunnen zij op verschillende wijzen worden geuit) en nieuwe ziektebeelden worden slechts zelden ontdekt. Het morbiditeitspatroon is veranderd, maar dat is voor een belangrijk deel het gevolg van hygiënische maatregelen en maatschappelijke veranderingen. Vorderingen in de geneeskunde hebben vooral te maken met technologische ontwikkelingen, die met name van belang zijn voor de specialistische geneeskunde en in veel mindere mate voor de huisartsgeneeskunde.

Een ander bezwaar tegen deze veronderstelling is, dat de betreffende vorm van nascholing niet gericht is op de werkwijze van de huisarts; zij gaat uit van een ziektebeeld of orgaanafwijking, terwijl het uitgangspunt van de huisarts de mens met een klacht of probleem is. Reeds in 1958 onderscheidde *Groen* de specifieke nascholing in de huisartsgeneeskunde van de algemene nascholing in de geneeskunde: „Schematisch zou men Voortgezet Onderwijs (A) kunnen noemen het onderwijs, dat wordt gegeven om de huisarts op de hoogte te brengen van de vorderingen in de geneeskunde in het algemeen, terwijl het onderwijs, dat de huisarts nodig heeft om zijn eigen vak beter te kunnen uitoefenen Nascholing (B) zou kunnen heten”.

Groen heeft een aantal ideeën over de inhoud van de specifieke nascholing in de huisartsgeneeskunde: het onderling bespreken door huisartsen van alledaagse kwalen en ziektebeelden; gevolgen van ziekte voor het functioneren van het gezin; beloop, erfelijkheid en „epidemiologie” van functionele stoornissen; nascholing in de hulpwetenschappen (psychologie, pedagogiek en dergelijke).

In het *Woudschotenrapport* wordt eveneens over nascholing A en B gesproken. Als elementen die in de specifieke, op de huisartsgeneeskunde gerichte nascholing een plaats moet krijgen, worden genoemd: kennis van het gezin en van de maatschappij met haar pathogenetische invloeden, met haar mogelijkheden van hulpverlening en haar diverse interacties; kennis van de normale psychologie en de normale ontwikkelingsgang van de mens; revalidatie, seksuologie, pedagogiek en maatschappelijk werk.

Waaruit de inhoud van de specifieke nascholing voor huisartsen moet bestaan, is in grote lijnen neergelegd in de doelstellingen, zoals deze in de *Tweede interimrapport post academisch onderwijs geneeskunde* worden genoemd en zoals de Leeuwenhorst-werkgroep deze heeft geformuleerd. Samenvattend: de inhoud van de nascholing voor huisartsen behoort gericht te zijn op de werkwijze van de huisarts, op het soort problemen waarmee hij wordt geconfronteerd, en op zijn kennis, vaardigheden en attitude en de lacunes daarin. Getracht zal worden deze inhoud nader te omschrijven door na te gaan welke aspecten van kennis, vaardigheden en attitude de nascholing zou behoren te bevatten, gezien vanuit de geneeskunde, vanuit het hulpverleningsproces en vanuit de patiënt/hulpvrager.

Wat behoort de nascholing te bevatten wat betreft kennis?

- Gezien vanuit de geneeskunde:

- de mogelijkheid reeds verworven kennis te vernieuwen;
- kennis vergaren omtrent het vóórkomen van ziekten onder de bevolking en de veranderingen die daarin optreden, met als doel de huisarts te leren prioriteiten te stellen en gebruik te maken van waarschijnlijkheden bij het nemen van beslissingen;
- kennis maken met nieuwe inzichten in de geneeskunde, nieuwe methoden van preventie, onderzoek en behandeling, niet alleen om zelf toe te passen, maar ook om de patiënt aard en doel van specialistisch onderzoek en behandeling te kunnen verklaren.

- Gezien vanuit het hulpverleningsproces:

- kennis over de wijze waarop mensen hun klachten beleven, presenteren en beschrijven;
- kennis over de wijze waarop individuen, gezinnen en groepen met ziekte omgaan;
- kennis over de samenhang tussen maatschappelijke omstandigheden/

veranderingen en ziekte/ziektegedrag;
– kennis over de gang van zaken in gezondheids- en welzijnszorg, met name over de mogelijkheden tot consultatie en verwijzing.

- Gezien vanuit de patiënt/hulpvrager:
 - een grondige kennis van de geneeskunde, om te beoordelen of de patiënt adequaat geholpen kan worden door medici;
 - kennis over specialistische methoden van onderzoek en behandeling om de patiënt aard en doel hiervan uit te leggen;
 - kennis over gezondheids- en welzijnzorg.

Welke vaardigheden behoren in de nascholing aan de orde te komen?

- Gezien vanuit de geneeskunde:
 - geneeskundige anamnese;
 - lichamenlijk onderzoek;
 - het toepassen van geneeskundige kennis in de zin van geneeskundige behandeling, heelkunde en verloskunde.
- Gezien vanuit het hulpverleningsproces:
 - vaardigheid de hulpvraag te verhelderen;
 - vaardigheid de huisarts-patiënt relatie te benutten in de hulpverlening;
 - vaardigheid non-verbale communicatie te interpreteren en bespreekbaar te maken;
 - gesprekstechniek, vaardigheid in één of meer methoden om de patiënt te helpen inzicht te krijgen in zijn eigen functioneren of zijn eigen probleem op te lossen;
 - vaardigheid medisch onderzoek en behandeling op begrijpelijke wijze uit te leggen.
- Gezien vanuit de patiënt/hulpvrager:
 - vaardigheid in geneeskundige anamnese, onderzoek en behandeling;
 - vaardigheid in het behulpzaam zijn de vraag of het probleem van de patiënt te verduidelijken;
 - vaardigheid in het voor de patiënt begrijpelijke wijze uit leggen van onderzoek en behandeling.

Welke aspecten van de attitude van de huisarts behoren een plaats te hebben in de nascholing?

- Gezien vanuit de geneeskunde:
 - een zorgvuldige toepassing van geneeskundige kennis en vaardigheden;
 - een preventieve en anticiperende instelling;
 - het bewustzijn dat (onnodig) geneeskundig onderzoek en medische behandeling risico voor de patiënt inhoudt (iatrogeen schade, somatische fixatie).
- Gezien van het hulpverleningsproces:

- zorgvuldigheid in de relatie;
- een kritisch oog voor eigen functioneren;
- begeleiding van de patiënt als mens die een moeilijke periode (ziekte) doormaakt;
- begrip voor de problemen die ziek zijn met zich meebrengt voor het gezin of de groep waarin de patiënt leeft.
- Gezien vanuit de patiënt/hulpvrager:
 - gelijkwaardigheid in de relatie tussen huisarts en patiënt;
 - waarheidsgetrouwheid;
 - respect voor het recht op zelfbeschikking van de patiënt;
 - begrip voor wat ziekte inhoudt voor de patiënt en het gezin (of andere primaire groep) waar deze deel van uitmaakt.

Door wie de inhoud van de nascholing bepaald moet worden, is nog niet aan de orde geweest. Aangezien huisartsen de enige artsen zijn die het werk van de huisarts verrichten, dienen zij zelf de belangrijkste stem te hebben bij het bepalen van de inhoud van de nascholing. Wanneer echter de stem van de huisartsen alleen bepalend zou zijn, bestaat het gevaar dat juist zaken waarin huisartsen te kort schieten, niet aan de orde komen. De lacunes in eigen kennis, vaardigheid of attitude, komt men zelf immers niet altijd gemakkelijk op het spoor.

Het gevolg kan zijn dat de huisarts cursussen kiest, waarvan het onderwerp hem interesseert, en niet cursussen over een onderwerp waarin hij te kort schiet (hetgeen overigens alleen geldt voor de individuele huisarts en niet voor de beroepsgroep in zijn geheel). Het is waarschijnlijk dat dit probleem verdwijnt, wanneer binnen de beroepsgroep onderlinge toetsing wordt ingevoerd.

Andere hulpverleners in de gezondheids- en welzijnszorg zouden een stem kunnen hebben bij het bepalen van de inhoud van de nascholing voor huisartsen, met name in de praktische uitwerking daarvan in een cursus. Deze stem kan echter uitsluitend adviserend zijn. Bij aanbod van nascholing vanuit bijvoorbeeld de specialistische geneeskunde kan alleen de huisarts bepalen wat voor hem bruikbaar is, op grond van zijn ervaring in de huisartspraktijk.

De nascholing voor de huisarts heeft als doel de kwaliteit van het functioneren van de huisarts te behouden en te verbeteren. Een goed functionerende huisartsgeneeskunde is een voorwaarde voor het goed functioneren van onze gezondheidszorg. De nascholing dient

dan ook gericht te zijn op de behoefte van de gezondheidszorg. Deze behoeften zijn echter niet gemakkelijk vast te stellen. Waarschijnlijk sluit de inhoud van de nascholing goed aan bij de behoeften van de gezondheidszorg, wanneer alle aspecten van kennis, vaardigheden en attitude, zoals die eerder werden opgesomd, aan de orde komen.

Miller heeft tijdens de conferentie van de World Health Organisation over *Continuing education of health personnel* (1977) een model gepresenteerd aan de hand waarvan, uitgaande van de behoeften in de gezondheidszorg, de nascholing voor artsen zou kunnen worden gerealiseerd. Het zou te ver voeren daarop nu verder in te gaan; men leze hiervoor de betreffende literatuur (*Tweede interim rapport; Duursma*).

Methoden van nascholing

Er zijn op dit ogenblik verschillende onderwijsmethoden die bruikbaar zijn voor de nascholing. Een aanzienlijk deel van de nascholing voor huisartsen bestaat nog steeds uit verticale kennisoverdracht in de vorm van het aanhoren van een lezing of voordracht. Dit is niet zo vreemd, wanneer men bedenkt dat de basisopleiding tot arts voor een belangrijk deel bestaat uit het aanhoren van colleges: de leermethode waarmee artsen het meest vertrouwd zijn. Er zijn echter grote verschillen tussen de onderwijsfilosofie van de basisopleiding (vooral gericht op het behalen van examens) en de onderwijsfilosofie van de nascholing (gericht op het functioneren als huisarts). Naarmate de huisartsgeneeskunde zich duidelijker profileert, zullen deze verschillen nog toenemen. Aan de lezing als didactische methode zijn verschillende bezwaren verbonden: de spreker bepaalt wat ter sprake komt en relevant is; de luisteraar is passief en moet maar afwachten of datgene wat ter sprake komt, voor hem relevant is; er functioneert één bron van kennis en ideeën, gelegenheid tot feed-back en dialoog is er nauwelijks. Al kan de lezing nuttig zijn voor zuivere informatieoverdracht (mits aan een aantal didactische eisen is voldaan), als methode voor attitudeverandering is zij niet geschikt. Vorming en scholing van volwassenen impliceert vrij, onafhankelijk, niet-directief leren (*Van Trotsenburg*). Wanneer men dit principe wil toepassen op de nascholing voor de huisarts, is het van belang rekening te houden met zijn wijze van functioneren. Vooral explorerende leermethoden met een grote mate van vrijheid en mogelijkheid tot

zelfexpressie komen in aanmerking, zoals taak-georiënteerde methoden en groepservaringen. In dit verband kan in de eerste plaats gedacht worden aan de nascholingswerkgroep van huisartsen onderling, van gelijken („peer-group”). In deze groep zijn er even veel bronnen van kennis en ideeën als er deelnemers zijn (elk fungeert als „resource” voor de anderen), er bestaat een directe feedback met de andere groepsleden. Wanneer men deelneemt, moet men actief deelnemen, passief blijven is niet mogelijk. Er is betrokkenheid op elkaar en op het werk waardoor de kans op attitudeveranderingen (indien nodig) veel groter is dan bij andere methoden van nascholing. Men leert met en van elkaar en men motiveert elkaar tot bijleren, men toetst eigen en andermans kennis, vaardigheden en attitude.

Evaluatie en toetsing

Evaluatie van nascholing is dringend noodzakelijk, al was het alleen maar om te zien of alle energie, tijd en geld die er door velen aan wordt gespendeerd, nuttig is besteed. De belangrijkste reden is echter, dat alleen door middel van zorgvuldig opgezette en uitgevoerde evaluatie het effect van nascholingsmethoden en -cursussen kan worden geobjectiverd. Met het toenemen van de belangstelling voor nascholing wordt de vraag naar het rendement belangrijker. Onderzoek is nodig om nieuwe methoden in de nascholing op hun bruikbaarheid te onderzoeken.

Uit de Nederlandse literatuur is maar weinig evaluerend onderzoek over nascholing voor huisartsen bekend. Van Trommel en Bender en Middelbeek hebben door middel van toetsing vóór en enige tijd na een Warffum-cursus getracht een indruk te krijgen van de verandering in het kennisniveau en het gedrag; zij vonden aanwijzingen dat dergelijke veranderingen inderdaad optraden. De Melker en Neefs organiseerden in 1971 een experimentele Warffum-cursus (Plasmolen-cursus) met als doel via onderzoek na te gaan in hoeverre het volgen van deze cursus leidde tot gedragsveranderingen bij de cursisten. De grote waarde van hun onderzoek berust op het feit, dat zij aannemelijk hebben gemaakt dat er inderdaad gedragsveranderingen werden bewerkstelligd. Doel van de nascholing is het verbeteren van het functioneren van de huisarts om langs die weg de zorg voor de patiënt te optimaliseren. Het meest objectief zou zijn het rendement van de nascho-

ling „aan de patiënt” te meten, hetgeen echter niet goed mogelijk is. Wanneer men echter het rendement „aan de dokter” wil meten, stuit men op het probleem, dat door de nascholing opgetreden gedragsveranderingen moeilijk meetbaar zijn, in tegenstelling tot veranderingen in kennisniveau. Nascholing kan niet zonder toetsing en evaluatie. Toetsing is nodig om lacunes in kennis, vaardigheden en attitude op te sporen. De nascholing zal in deze lacunes moeten voorzien. Door middel van toetsing achteraf kan het resultaat worden geëvalueerd en de effectiviteit van de toegepaste nascholingsmethode op de juiste waarde worden geschat.

Tenslotte

Bergsma, hoogleraar in de medische psychologie, schreef onlangs: „Er is dan ook geen medisch gebied als de huisartsgeneeskunde, waar zo veelvuldig en uitvoerig de nascholing op gang is gekomen. Hoewel het er soms naar uitziet dat de bijscholing haast het karakter heeft van omscholing”.

Misschien heeft Bergsma wel gelijk. Maar ondanks deze positieve uitspraak is er nog veel werk te verrichten. Het is noodzakelijk dat er normen worden opgesteld waaraan de nascholing voor huisartsen moet voldoen. De SNH heeft de steun nodig van alle huisartsen, zowel moreel als materieel. Er moet rekening worden gehouden met de mogelijkheid dat de overheid in de (nabije?) toekomst nascholing voor huisartsen verplicht zal stellen.

Het zou de beroepsgroep tot eer strekken hiertoe zelf het voortouw te nemen, bijvoorbeeld door voorwaarden te verbinden aan het lidmaatschap van het NHG.

Samenvatting. De nascholing voor huisartsen wordt in dit artikel geplaatst in het perspectief van het functioneren van de huisarts, van zijn opleiding en van de organisatiestructuur van de nascholing in Nederland. Uitgaande van een aantal doelstellingen wordt de inhoud van de nascholing nader beschreven: welke aspecten van kennis, vaardigheden en attitude behoort de nascholing te bevatten, gezien vanuit de geneeskunde, vanuit het hulpverleningsproces en vanuit de patiënt/hulpvrager. Daarnaast wordt ingegaan op de methodiek van de nascholing, evaluatie van nascholing en de relatie tussen nascholing en toetsing.

Summary. The substance of postgraduate training.

This article places the postgraduate training of general practitioners in the perspective of the practitioner's functioning, of his training and education, and of the organizational structure of postgraduate training in The Netherlands. The substance of postgraduate training is defined on the basis of a number of objectives: aspects of knowledge, skill and attitude which postgraduate trainings should cover, as viewed in terms of medicine, the therapy/service process, and the patient/client. Also discussed are methods of postgraduate training, its evaluation and the relationship between postgraduate training and medical audit.

Bender, W. en C. Middelbeek. De Warffum-cursus. Gezellig, maar steek je er ook wat van op? (1979) *Med. Contact* **34**, 1347-1349.

Bergsma, J. De huisarts in de storm. (1981) *Intermediair* **17**, nr 20, 1-7.

Continuing education and general practitioners. Statement by the working party appointed by the second European Conference on the Teaching of General Practice. (Leeuwenhorst 1979). 1980.

Description of the work of the general practitioner, A. Statement by the working party appointed by the second European Conference on the Teaching of General Practice (Leeuwenhorst 1974). (1977) *Huisarts en Wetenschap* **20**, 462.

Duursma, S. A. Continuing education of health personnel. (1977) *Ned. T. soc. Geneesk.* **20**, 295-297.

Functie-omschrijving huisarts, opgesteld door de Raamplangroep. (1981) *Med. Contact* **36**, 652.

Groen, J. J. De nascholing van de huisarts: enkele algemene principes. (1958) *Huisarts en Wetenschap* **1**, 125-134.

Hoe helpt de dokter? Interimrapport samengesteld door de werkgroep Takenpakket van het NHG. *Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht*, 1975.

Huygen, F. J. A. Paradigma's voor de huisartsgeneeskunde. (1978) *Huisarts en Wetenschap* **21**, 447-450.

Kooij, L. R. Het functioneren van de huisarts. (1980) *Med. Contact* **35**, 817-820.

Leeuw, J. I. van der. De voorgeschiedenis van de Stichting Nascholing Huisartsen. (1980) *LHV-informatiebulletin* nr 1, 4-6.

Medische basisopleiding, De. Nota van het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde. (1979) *Med. Contact* **34**, 541-554.

Melker, R. A. de, en W. J. Neefs. Evaluatie van een nascholingscursus voor huisartsen. (1973) *Huisarts en Wetenschap* **16**, 407; 412.

Opleidingseisen huisartsgeneeskunde. Besluit van het College voor Huisartsgeneeskunde no. 1-1974. (1974) *Med. Contact* **29**, 1154-1159.

Paradigma-nummer. (1978) *Huisarts en Wetenschap* **21**, 445-500.

Rapport van de Interfacultaire Werkgroep (1982) *Huisarts en Wetenschap* **25**

Specifieke Opleiding Huisartsen (SOH). 1975.

Taken van de huisarts, De. Rapport van de Commissie Takenpakket der LHV. (1977) *Med. Contact* 32, 765-789.

Trommel, M. J. van. Evaluatie van de nascholingscursus „Breedenburg“. (1966) *Huisarts en Wetenschap* 12, 201-203.

Trotsenburg, E. A. van. Didactic principles of continuing education. Voordracht SIMG-seminar Methods of continuing education. 1980.

Tweede interim rapport post academisch onderwijs geneeskunde. PAOG voor huisartsen. 1977.

Woudschoten-rapport, Het. Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het Nederlands Huisartsen Genootschap. (1966) *Huisarts en Wetenschap* 9, 370.

**Vervolg literatuur bij:
Wat betekent voor de huisarts
integrale zorg? (pp. 46-49)**

Querido, A. Inleiding tot een integrale geneeskunde. *De Tijdstroom*. Lochem. 1955 (ongewijzigde herdruk 1973).

Querido, A. Prognose en katamnese. (1959) *T. soc. Geneesk.* 2, 69.

Taken van de huisarts, De. Rapport van de Commissie Takenpakket der LHV. (1977) *Med. Contact* 32, 765.

*Trommel, M. J. van. Integrale geneeskunde: een onmogelijke opgave? (1972) *Huisarts en Wetenschap* 15, 389.

*Veldhuyzen van Zanten, R. C. Naar een integrale geneeskunde. (1959) *Huisarts en Wetenschap* 2, 214.

*Vrij, A. De zorg voor de gezondheid van jeugdigen. (1980) *Huisarts en Wetenschap* 23, 46.

Vroege, N. H. Het Woudschoten-rapport. (1966) *Huisarts en Wetenschap* 9, 372.

*Weel, C. van. De preventieve zorg voor kinderen. (1979) *Huisarts en Wetenschap* 22, 422.

*In de periode 1957-1980 publiceerde *Huisarts en Wetenschap* negen artikelen die „integraal“ of „zorg“ in hun titel voerden. Deze artikelen zijn gemerkt met *.

Vijftientwintig jaar Huisarts en Wetenschap (II)

DR. K. GILL

Het jaaronderzoek: Verloskunde van de huisarts

In 1958, twee jaar na de oprichting van het Nederlands Huisartsen Genootschap, startte het jaaronderzoek *Verloskunde van de huisarts*, waaraan 229 huisartsen-meewerkten. Het betrof een enquête over de zwangerschap, de baring en de eerste zeven levensdagen van de pasgeborenen. Het onderzoek speelde in een tijd, dat er in ons land per jaar bijna een kwart miljoen kinderen – waarvan ruim 73 procent thuis – werd geboren. Kloosterman, die in dit kader sprak van een nationale bezienswaardigheid, adviseerde bij de opstelling van het formulier en de vraagstelling.

Enkele historische gegevens

It is important that we pause periodically to reflect upon our past in order to redirect if necessary the course of our future. It is only this manner that progress will be achieved.

R. A. Lane

De verloskunde stond omstreeks 1958 midden in belangrijke, vooral technologische ontwikkelingen. Enkele daarvan zullen we de revue laten passeren.

• Door Levine was in 1941 ontdekt dat Rhesus-negatieve vrouwen tijdens de zwangerschap antilichamen kunnen maken tegen hun Rhesus-positieve kinderen, waardoor een hemolyse bij het kind optreedt. Vijf jaar later voerde Wallerstein voor deze kinderen de wisseltransfusie in. Desalniettemin bleek uit het jaaronderzoek dat in 11 procent van de gevallen in de stad en in 19 procent ten plattelande geen Rhesus-factor was bepaald. Hierdoor kon de dodelijke afloop van een baring als een verrassing komen en daarmee de tijd van profylactische maatregelen voorbij zijn. De uterus werd een steeds meer doorzichtige verpakking van de ongeborene, toen Liley in 1965 een intra-uteriene transfusie met Rhesus-negatieve erythrocytenstroop in de peritoneaalholte van de foetus verrichtte, waarmee ongeveer 40 procent van deze ernstig zieke kinderen in het leven werd gehouden.

• De kunstmatige inseminatie met behulp van donors was in 1948 in Nederland voor het eerst door Levie verricht;

tot 1960 bedroeg het aantal door donorinseminaties verwekte kinderen ongeveer één op de tienduizend levend geboren.

• Virginia Apgar had in 1952 haar gezondheidswaardering van de pasgeborene op een congres van anesthesisten geïntroduceerd, maar de naar haar genoemde score was nog niet tot het veld van de huisarts doorgedrongen.

• De vacuümextractor volgens Malmström had in 1954 een nieuw tijdperk in de obstetrie ingeluid. Of de resultaten hiermee beter zouden zijn dan met de forceps, moest nog worden bewezen.

• Dat het syndroom van Down op de aanwezigheid van een extra chromosoom berustte, werd een jaar later door Lejeune c.s. aangetoond.

• Twee jaar voor het NHG-jaaronderzoek keurde de Algemene Vergadering van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst een rapport over de prenatale zorg goed. Dat besluit had de oprichting van de prenatale bureaus tot gevolg.

• Donald en zijn medewerkers voerden in 1958 de echoscopie in bij de verloskundige diagnostiek.

• Hoewel de ovulatiereguleerders pas in 1963 officieel in Nederland beschikbaar kwamen, had Paus Pius XII in een rede voor hematologen in 1958 het gebruik als contraceptivum afgewezen.

• Het micro-bloedonderzoek van de foetus, mogelijk geworden door de revolutionaire techniek van de amnioscopie volgens Saling (1961) was in aantocht. Het gaf steun aan de diagnose foetale hypoxie.