

hoger geplaatsten, maar dat het ook anders kan. Zo ried hij ook de huisarts aan het oor te luisteren te leggen bij wijkverpleegsters en sociale werkers, een principe, dat een van de pijlers geweest is op de cursus in Nijmegen over „Sociale facetten in gezondheid en ziekte” (1961). Milikowski, socioloog bij de afdeling kindergeneeskunde van het Academisch Ziekenhuis te Leiden, stelde in zijn proefschrift over „Sociale aanpassing, niet aanpassing en onmaatschappelijkheid”: „Het menselijk handelen heeft kwalitatief twee verschillende aspecten: aanpassen en niet-aanpassen tegelijkertijd. De mens moet uitgaan van de gegeven situatie, dat is een onvermijdelijk aanpassen, om te komen tot een veranderen van de situatie, dat is het niet-aanpassen aan de gegeven situatie.”

Wat Jongsma in zijn inleiding heeft gezegd, is nog in hoofdzaak aangepast aan de gebruikelijke situatie bij de nascholing van huisartsen.

De oprichting van het N.H.G. mag worden beschouwd als een uiting van de niet aanpassingsbehoefte van huisartsen, van de behoefte getuigenis af

te leggen van de waarde van het eigen werk van de huisarts of wel van de behoefte gezamenlijk wegen te zoeken tot verbetering van de praktijkuitoefening. De in N.H.G.-verband gevormde studiegroepen van huisartsen zijn broeinesten van het niet-aanpassingsproces. Met Milikowski is het N.H.G. tot het inzicht gekomen, dat men moet uitgaan van de gegeven situatie, een onvermijdelijk (wederom) aanpassen, om te komen tot een verandering van de situatie.

Wij prijzen ons derhalve gelukkig, dat wij onze medewerking mogen verlenen aan een universitaire artsencursus. Men zal ons, mede door het grote enthousiasme van zovele N.H.G.-leden, die de cursus bezoeken en aan deze cursus actieve medewerking verlenen, niet euvel duiden, wanneer wij onwillekeurig blijk geven van een zekere mate van niet (meer) aangepast zijn. Wij verheugen ons over het feit, dat Prof. Deenstra, de organisator van deze cursus, zich als adviseur van de commissie nascholing vrijwillig heeft laten meeslepen in de smeltkroes van het aanpassingsproces en wij hopen, dat de discussie over nascholingsmethoden zich aan onze gedachtengang zal aanpassen.

## *Discussie over nascholingsmethoden voor de huisarts\**

Deelnemers: ongeveer honderd cursisten en twaalf docenten. Algemeen discussieleider F. H. C. Gaymans, huisarts te Made.

Er is groepsgewijze gediscussieerd in twaalf groepen, elk bestaande uit een discussieleider, een docent en acht cursisten.

Vier onderwerpen werden ter discussie gesteld.

A Voor- en nadelen van de gebruikelijke artsencursussen als nascholingsmethode voor de huisarts. Discussieleiders: Dr F. Vriesendorp, huisarts te Dordrecht en K. G. Brühl, huisarts te Amsterdam.

B Voor- en nadelen van klinische demonstraties als nascholingsmethode voor de huisarts. Discussieleiders: W. P. C. Knuttel, huisarts te Apeldoorn en A. E. Denekamp, huisarts te Hengelo.

C Voor- en nadelen van studiegroepen als nascholingsmethode voor de huisarts. Discussieleiders: E. van Westreenen, huisarts te Rotterdam, E. M. Jansen, huisarts te Utrecht, P. A. Roorda, huisarts te Haarlem en Dr R. L. Cornelissen, huisarts te Maarsse.

D Voor- en nadelen van de huidige medische opleiding als opleiding tot huisarts. Discussieleiders: Dr J. C. van Es, huisarts te Apeldoorn, Dr F. J. A. Huygen, huisarts te Lent, Dr A. Rijpperda Wierdsma, huisarts te Nijmegen en Dr J. D. Mulder, huisarts te Noordwijk.

Ter inleiding van de discussie sprak M. W. Jongsma,\*\* directeur van het Academisch Ziekenhuis te Leiden, oud huisarts en adviseur van de commissie nascholing van het Nederlands Huisartsen Genootschap, over Gedachten over medische nascholing. Dr A. H. van Lidth de Jeude,\*\*\* huisarts te Zeist, gaf in Opmerkingen naar aanleiding van de inleiding van Jongsma, een aanvulling op deze inleiding. Ten slotte brachten vier eindrapporteurs verslag uit aan de vergadering.

A Voor- en nadelen van de huidige artsencursussen als nascholingsmethode voor de huisarts. Rapporteur: W. J. Moggré, huisarts te Hilversum.

Als nadelen van de artsencursus kwamen naar voren:

1 De passieve rol van de huisarts in de artsencursus.

2 De als minder gewenst beschouwde docent-leerling situatie.

3 Een in vele gebieden te veel aan nascholingsactiviteiten, die niet voldoende zijn gecoördineerd.

4 De onderwerpen zijn soms onvoldoende aangepast aan de behoefte van de huisarts.

5 Het is voor de huisarts moeilijk enige dagen uit zijn praktijk te gaan, zowel door het probleem van de vervanging als door de financiële consequenties.

Voordelen van de artsencursus.

1 Een grote cursus biedt financiële voordelen

\* Gehouden op de Utrechtse artsencursus, mei 1963.

\*\* (1963) huisarts en wetenschap 6, 402.

\*\*\* (1963) huisarts en wetenschap 6, 407.

voor de organisatie, waardoor het mogelijk wordt goede docenten aan te trekken.

2 De artsencursus betekent een stimulans voor hernieuwde belangstelling voor de behandelde onderwerpen; er blijken na een artsencursus vele boeken te worden besteld over het behandelde onderwerp.

3 De artsencursus dwingt de cursist weer systematisch universitair te denken, door het voorbeeld en de wijze, waarop goede docenten hun onderwerp plegen te behandelen.

4 De artsencursus biedt door contact met docenten en medecursisten mogelijkheid tot gedachtenwisseling.

5 Wanneer in de cursus ook huisartsen worden ingeschakeld, dwingt dat de huisarts-docent zich over het te behandelen onderwerp terdege in te werken.

Wensen ten aanzien van artsencursussen.

1 Het is gewenst bij het opstellen van de programma's van de cursussen en het kiezen van docenten, huisartsen in te schakelen.

2 Er wordt bij het opstellen van het programma rekening gehouden met het morbiditeitspatroon van de huisartspraktijk.

3 Als gunstigste maanden voor het organiseren van artsencursussen werden genoemd de maanden september, oktober, november, maart, april, mei en juni.

4 Het is gewenst rekening te houden met de financiële remmen, die het bezoek aan de cursus kunnen beperken.

B Voor- en nadelen van klinische demonstraties als nascholingsmethode voor de huisarts. Rapporteur: J. M. Deveer, huisarts te Utrecht.

Als voordelen worden opgesomd:

1 De klinische demonstratie (K.D.) biedt de mogelijkheid lacunes in de kennis van de huisarts op te vullen; dit geldt vooral voor de aanwinsten op het gebied van de specialistische geneeskunde.

2 De K.D. is ook in kleinere centra te verwezenlijken en daardoor binnen het bereik van vrijwel alle huisartsen te brengen.

3 De K.D. kan zich voltrekken in een kring van elkaar reeds bekende personen, de huisarts, de specialist, vaak ook de patiënt.

4 De K.D. kan worden verlevendigd met dia's, filmpjes en dergelijke.

5 Er kunnen patiënten worden gedemonstreerd, die wegens de bijzonderheid van hun verschijnselen anders nooit binnen ieders bereik komen.

6 De K.D. bevordert het contact huisarts-specialist, vooral in kleinere centra.

7 De huisarts krijgt een inzicht in de werkwijze, de gedachtegang en de persoonlijkheid van de demonstrerende specialist.

8 De specialist wordt gestimuleerd door het contact met de huisarts.

9 De K.D. is voor elk specialisme mogelijk.

10 De K.D. kan de kwaliteit van de verwijzingen bevorderen.

Als nadelen van de klinische demonstratie (K.D.) werden genoemd:

1 Ten aanzien van de K.D. is de huisarts passief, zowel wat de voorbereiding als de uitvoering betreft.

2 In het algemeen is de K.D. te specialistisch en correleert te weinig met het morbiditeitspatroon van de huisartspraktijk.

3 Men is vooral in kleinere centra beperkt in het materiaal.

4 Specialisten hebben soms de neiging te veel rareiteiten te demonstreren.

Desiderata ten aanzien van de klinische demonstratie (K.D.).

1 De K.D. dient te worden gehouden op een vaste plaats, vaste tijd en met regelmatig rappel.

2 De mogelijkheid van een informeel contact met de specialist na de demonstratie.

3 Het inschakelen van huisartsen bij het voorbereiden en uitvoeren van de K.D.

4 Rekening houden met actuele onderwerpen ten aanzien van de huisartspraktijk.

5 Het demonstreren van technieken, die de huisarts zelf kan toepassen.

6 Een regelmatige follow up van de gedemonstreerde patiënten.

7 Een goed geleide discussiemogelijkheid na elke demonstratie.

C Voor- en nadelen van de studiegroep als nascholingsmethode voor de huisarts. Rapporteur: S. van der Kooy, huisarts te Voorschoten.

Er blijkt in het algemeen een grote belangstelling voor de studiegroepen als methode van nascholing. Als voordelen werden gezien:

1 Het meedoen aan een studiegroep verlost de huisarts uit zijn isolement.

2 Het meedoen aan een studiegroep bevordert goede collegiale verhoudingen.

3 De subjectieve ervaring van iedere huisarts wordt door het contact met zijn collegae geobjectiveerd.

4 De persoonlijkheidsontwikkeling in de studiegroep bevordert een goede vorming van de arts-patiënt relatie.

5 Het meedoen aan een studiegroep geeft nieuwe inspiratie voor het werk in de eigen praktijk; men krijgt weer meer plezier in het dagelijks werk.

6 Men leert elkaars praktijk kennen, althans wanneer de groepsbijeenkomsten bij toerbeurt bij de leden van de groep thuis worden gehouden; men kan elkaars praktijkinrichting, administratie en dergelijke dan leren kennen.

7 De zelfwerkzaamheid wordt gestimuleerd.

8 Men leert kritiek van anderen accepteren.

9 In de groep heeft men gelegenheid specifieke huisartsproblemen te behandelen; andere nascho-

lingsmethoden zoals cursussen en klinische demonstraties geven hiertoe niet of nauwelijks gelegenheid.

10 Indien in de studiegroep een of meer specialisten worden opgenomen, bevordert dit het contact met de specialist en het inzicht in elkaars problemen en werkwijzen.

11 Tenslotte kunnen de studiegroepen bijdragen tot de mogelijkheid van wetenschappelijk onderzoek van typische huisartsproblemen.

De volgende nadelen kwamen naar voren:

1 De zelfverzekerdheid van de huisarts wordt op de proef gesteld, hetgeen in de meeste gevallen educatief zal zijn, maar in sommige gevallen ongewenste consequenties kan hebben.

2 De aanwezigheid van een specialist in de groep kan bij sommige huisartsen de insufficiëntiegevoelens versterken of de neiging doen opkomen specialist in het klein te worden.

3 In de studiegroep kan een soort clanvorming optreden, waar collegae, die niet in de groep worden opgenomen, buiten komen te staan; de neiging kan bij de groepsleden opkomen op niet-groepsleden neer te zien; hiermee hangt samen het ontstaan van een zekere vergenoegdzaamheid bij leden van de groep, hetgeen een gevaar kan zijn en zeker een rem voor verdere ontwikkeling van de groepsactiviteit.

4 De mogelijkheid, dat andere nascholingsmethoden in het gedrang komen (men was in het algemeen van mening, dat artsen, die voor studiegroepswork voelen, ook belangstelling hebben voor andere nascholingsmethoden, zodat dit bezwaar als laatste wordt genoemd).

Desiderata en aanbevelingen ten aanzien van de studiegroep als nascholingsmethode voor de huisarts.

1 De bijeenkomsten moeten strak worden georganiseerd. Groepsbijeenkomsten moeten op een vaste tijd met vaste tussenpozen en een vaste tijdsduur worden afgesproken. Tijdens de bijeenkomst moet strikt zakelijk worden gesproken. Frekwentie: eenmaal per veertien dagen of drie weken. Eens in de maand is waarschijnlijk te weinig frequent en beperkt daardoor een goede groepsontwikkeling.

2 De leden van de studiegroep moeten geografisch niet te ver van elkaar wonen.

3 De gezelligheid mag wel worden bevorderd, maar dient streng gescheiden te blijven van de zakelijke besprekingen. Bijvoorbeeld van acht tot tien uur vergaderen en daarna enige tijd de gezelligheid dienen.

4 De groep kan bestaan uit zes tot 12 personen; sommigen achten zelfs vijftien groepsleden mogelijk.

5 Het is waarschijnlijk gunstig niet steeds dezelfde discussieleider te hebben, hoewel vaak wisselen van discussieleider ook niet is aan te bevelen. Een vaste organisator, die zich met convocatie en dergelijke belast, is aan te bevelen.

6 Belangrijk is goed rapporteren, liefst in de

vorm van een gestencild verslag, dat aan de leden wordt toegezonden.

7 De aanwezigheid van een of enkele specialisten in de groep heeft vele voordelen; het bevordert het onderlinge begrip tussen huisartsen en specialisten; het verhoogt in het algemeen het peil van de groepsbespreking.

D Voor- en nadelen van de huidige medische opleiding als opleiding tot huisarts. Rapporteur: Dr O. J. ten Thije, maag-darm arts.

De vier groepen, die zich met dit onderwerp hebben bezig gehouden, zijn in grote trekken tot dezelfde conclusie gekomen.

Als voordeel werd genoemd:

De basisopleiding wordt in het algemeen als volwaardig beschouwd, mits daaraan wordt toegevoegd: psychologie en sociologie. Sommige groepen wilden hier nog aan toevoegen: statistiek, ethiek, filosofie en antropologie.

Als nadelen werden aangemerkt:

1 De medische student wordt in het algemeen onvoldoende opgeleid in kritisch denken en onvoldoende getraind in het dragen van verantwoordelijkheid; misschien hangt dit ten dele samen met het feit, dat de opleiding vaak geschiedt door betrekkelijk jonge assistenten, die nog niet de rijpheid hebben leiding te geven aan de hun toevertrouwde pupillen.

2 Er wordt te weinig aandacht besteed aan bedside teaching.

3 Het materiaal, dat in de universitaire kliniek beschikbaar is voor het onderwijs, geeft een onvoldoende beeld van het morbiditeitspatroon zoals dat in de huispraktijk wordt gevonden.

4 De medische student leert vrijwel niet de weg te vinden op wat men noemt de sociale kaart, waar hij als huisarts straks mee te maken zal krijgen.

5 De medische student wordt niet georiënteerd in de preventieve taken, die de huisarts heeft te vervullen en die in de toekomst een steeds belangrijkere rol zullen gaan spelen, zowel somatisch als psychisch.

6 Er is onvoldoende oefening in enkele praktische zaken zoals de therapie-receptuur, eenvoudige chirurgische technieken en gesprekstechniek.

7 Te weinig weet de huisarts van gezinsleer, daarin onder meer begrepen de kennis van het normale kind en de normale grijsaard.

Een desideratium was: De basisopleiding is aan de lage kant; men zou de algemene opleiding, zoals die thans is, liefst na correctie van een deel der bovengenoemde bezwaren, als basisopleiding voor de huisarts wel willen accepteren. Het merendeel der bezwaren kan echter pas goed worden opgelost door de toekomstige huisarts na zijn artsexamen nog een tot twee jaar speciaal te scholen, deels door cursussen in een hiertoe op te richten instituut, deels door assistentschap bij een huisarts.

Jhr. Dr A. H. van Lidth de Jeude