

Rede van Maatschappijvoorzitter G. C. M. van Maarsseveen ter opening van het 21ste ledencongres te 's-Hertogenbosch

Nascholing Nederlandse artsen

Voorzitter G. C. M. van Maarsseveen heeft met de hieronder integraal afgedrukte voordracht over het vraagstuk van de nascholing der Nederlandse artsen het éénnentwintigste Ledencongres van de Maatschappij op donderdag 2 oktober j.l. te 's-Hertogenbosch geopend.

Nascholing vereist

Zoals bij alle beroepen waar zich wijzigende opvattingen voordoen, waar nieuwe methodes worden ontwikkeld en ontdekkingen worden gedaan, is ook voor het medische beroep nascholing onontbeerlijk. Geen enkele arts, of hij nu huisarts is of een specialisme beoefent, kan op verantwoorde wijze werken, wanneer hij zich niet de moeite getroost om zich voortdurend op peil te houden, zich nieuwe werkwijzen eigen te maken, deel te hebben aan besprekingen over zijn eigen vak en zelfs op de hoogte te blijven van ontwikkelingen in de geneeskunde, die niet direct met zijn eigen beroepsuitoefening te maken hebben. Het is duidelijk, dat een en ander niet een incidenteel karakter behoort te hebben. Iedere beoefenaar van het medische beroep dient bij voortdurend een zekere tijd te reserveren om zich op verschillende hem ter beschikking staande wijzen na te scholen.

Definiëring

Alvorens op mijn onderwerp in te gaan, wil ik deze postgraduate opleiding *nascholing* noemen en het begrip *herscholen*, dat in dit raam vanzelfsprekend ook aan de orde kan komen, niet in eerste instantie beschouwen. Herscholen wordt bedoeld voor diegenen, die zich — om welke reden dan ook — enige tijd niet op de hoogte hebben gehouden, geen praktijk hebben gedaan en dus als-het-ware opnieuw eerder in de opleiding de draad moeten opvatten. Evenmin wil ik de *bijscholing* thans aan de orde stellen. Om begripsverwarring te voorkomen: *bijscholen* is die vorm van scholing, waarbij men op de hoogte wordt gehouden van verschillende ontwikkelingen in andere vakken, andere specialismen, dan dat vak of dat specialisme, dat men zelf uitoefent. Op klinische avonden bijvoorbeeld wordt men bijgeschoold over diverse onderwerpen, waarbij men zelf slechts zijdelings is betrokken. Mij beperkend dus tot de zuivere *nascholing*, kom ik thans tot de vraag wie voor het postgraduate onderwijs de verantwoordelijkheid draagt.

Verantwoordelijkheid

Wat dit betreft breng ik in herinnering, dat de belangstelling binnen onze Maatschappij voor nascho-



ling reeds vorm kreeg op 24 november 1951 in de instelling van de Landelijke Artsen Cursus Commissie, bekend als de L.A.C.C. Aan deze L.A.C.C. schreef de Directeur-Generaal der Wetenschappen d.d. 21 september 1966 een brief, waarin hij als zijn mening gaf:

„... dat het voortgezet medisch onderwijs een taak is „van de universiteiten, door deze uit te oefenen in samenwerking met de beroepsorganisaties en aan te passen aan de zich wijzigende behoeften”.

Dit wordt nog eens onderstreept door de minister van Onderwijs en Wetenschappen in zijn schrijven d.d. 29 augustus 1968 aan de voorzitter van de L.A.C.C., waaruit ik het volgende citeer:

„Evenals zulks ten aanzien van andere sectoren van het post-academisch onderwijs het geval is, meen ik dat ook wat het medisch post-academisch onderwijs — zowel na- als bijscholing — betreft, hier een taak ligt voor de universiteiten (de faculteiten der geneeskunde) in nauwe samenwerking met organisaties van beroepsgenoten. De waarborg voor een goede opbouw en ontwikkeling van de na- en bijscholing van de

medicus is, mijns inziens, dan ook gelegen in een loyale samenwerking tussen de universiteiten en de beroepsorganisaties. De noodzaak van deze samenwerking voor het post-academisch medisch onderwijs is onlangs gesteld en erkend in een onderhoud, dat de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid en ik met vertegenwoordigers van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst hebben gehad te mijnen departemente". Tot zover de minister.

Wat de universiteiten aangaat, hoef ik u nauwelijks erop te wijzen, dat de medische faculteiten meer dan ooit in moeilijkheden verkeren door de enorme toeloop van studenten, de grote tekorten in eigen staf en het feit, dat enige faculteiten nog niet zijn uitgebouwd tot de geplande grootte. Is het te verwonderen dat de aandacht van de faculteiten zich moet toespitsen op de opleiding tot arts, die ik in dit kader mag noemen het „undergraduate” onderwijs? Prof. van Es schrijft niet zonder reden in „Wending” van januari 1969:

... aan de universiteiten worden „in toenemende mate eisen gesteld met betrekking tot het postuniversitair onderwijs, met de „continuïng education”, die door de snelle ontwikkeling van de wetenschap meer dan ooit onmisbaar is. Deze vorm van onderwijs vraagt geheel andere methoden, middelen en voorzieningen dan het undergraduate onderwijs. En hoewel het in principe tot de taak van de universiteiten gerekend kan worden dit onderwijs te geven, is er door de huidige problematiek eenvoudig geen denken aan, dat de medische faculteiten op dit gebied ook maar bij benadering een taak naar behoren zouden kunnen vervullen”. - Aldus Prof. van Es.

In dit verband wil ik ook de conclusie aanhalen van het gesprek tussen vertegenwoordigers van alle medische faculteiten met de Boerhaave Commissie over het voortgezet medisch onderwijs, op 13 januari 1969:

Unaniem stelde men „dat er op het gebied van de medische nascholing *veel meer activiteit* zal moeten worden ontplooid. Het voortgezet medisch onderwijs dient te worden gezien als één geheel met de opleiding tot arts en specialist. Het is een continuum. De Angelsaksische wereld spreekt dan ook van „continuïng medical education”. De medische faculteiten zullen er naar streven aan elke universiteit de medische nascholing goed te organiseren”.

Ik citeer hier collega Jongsma, de voorzitter van onze L.A.C.C.

Naast de faculteiten is het dus in principe aan de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst als beroepsorganisatie om aandacht te geven aan de nascholing van de medici in ons land. In artikel 1 van ons Huishoudelijk Regle-

ment heeft de Maatschappij zich tot taak gesteld aandacht te schenken onder meer aan het voortgezet theoretisch en praktisch geneeskundig onderwijs aan artsen. Als voorzitter van de Maatschappij meen ik gerechtigd te zijn thans hierover mijn persoonlijke visie aan u voor te leggen.

Mogelijkheden in Nederland

Als ik dan stilsta bij de *mogelijkheden voor nascholing voor artsen, de moeilijkheden daarbij en de tekorten*, dan zie ik — als specialist — de vele voordelen, die wij als regel hebben boven de huisarts. Tijdens de specialisten-opleiding namelijk wordt bij ieder van ons een basis gelegd voor nascholing, waarop en waaraan wij een levenlang kunnen bouwen. Wij hebben (kúnnen dat althans hebben!) een binding met de kliniek of het instituut, waar wij zijn opgeleid. Wij kunnen en moeten evenwel vanuit deze basis alles zélf opbouwen en organiseren. Mag ik proberen tot een schema te komen van wat op dit gebied in ons land tot stand is gekomen en waarover wij beschikken.

Bij een inventarisatie van een en ander wil ik dan als *eerste punt* noemen: het onderling refereren en andere wetenschappelijke besprekingen met collegae van hetzelfde specialisme, hetzij in het contact met de opleider of een andere wetenschappelijke werker, hetzij regionaal of lokaal opgezet: dus als regel een periodieke uitwisseling van werk van anderen, soms van eigen werk en problemen.

Als *tweede punt* wil ik de mogelijkheid noemen, die verschillenden onzer kunnen hebben „in het horizontale vlak” over bepaalde onderwerpen. Ik zal u hierbij een kleine toelichting geven.

Waar ik onder het eerste punt wil begrijpen het all-round refereren en bespreken van vakliteratuur en algemene vakproblematiek, zie ik hiernaast — in dit tweede punt — het tezamen bespreken, bewerken ook, van omschreven onderwerpen in een team van gespecialiseerden op — of geïnteresseerden in een bepaald onderwerp „in een horizontaal vlak”. Deze uitdrukking, die de laatste jaren meer en meer wordt gebezigd, bedoelt een andere dimensie dan de voor specialisten gebruikelijke contacten in eigen staf. In dergelijke horizontale contacten kan men (laat ik het voorlopig noemen) „geïnteresseerden” elkaar zien ontmoeten van geheel verschillende discipline en uit verschillende instituten.

Als voorbeeld noem ik de besprekingen en de verdieping van inzichten bij een team van mensen, die gezamenlijk de haemodialyse voorbereiden en — als het zover is gekomen — begeleiden. Een team van dien aard, bestaande uit nefroloog, vaatchirurg, uroloog, psychiater, patholoog-anatoom en enkele anderen, raakt geheel thuis in en beheerst als team de nieuwste ontwikkelingen op het gebied van de haemodialyse, moet zich bij voortdurende bijhouden en de leden van het team leren aan zichzelf en aan elkaar alle facetten van een gemeenschappelijk deel-onderwerp.

Een tweede voorbeeld van nascholing in dit „horizontale vlak” is de wijze waarop bacteriologen een microbiologisch onderwerp dikwijls benaderen en behandelen. Deze specialisten kunnen — behalve een artsen-opleiding — vele andere academische opleidingen hebben. Er zijn chemici, farmaceuten, biologen, Delftse en Wageningse ingenieurs, veterinairen, die tezamen met hun eigen achtergrond microbiële (en anti-microbiële!) problemen bewerken en op deze wijze — in voortdurend contact met elkaar — deze nascholing alleen al op praktische gronden niet kunnen ontberen. Ook huisartsen kunnen dergelijke besprekingen hebben. Groepsbesprekingen van huisartsen met psychiaters noem ik in dit verband. Ook cardiologen en huisartsen hebben elkaar in groeps- en/of cursusverband gevonden.

Als *derde punt* in het kader van de inventarisatie der nascholings-mogelijkheden kom ik tot de wetenschappelijke verenigingen, die voor alle specialisten open staan. Overigens kunnen ook de huisartsen in het Nederlands Huisartsen Genootschap hun wetenschappelijke vereniging vinden. Enige malen per jaar gewoonlijk verzamelen de wetenschappelijke verenigingen hun leden en ieder lid heeft dan de gelegenheid zijn hobbies en alles, wat op vakgebied in hem is uitgegroeid tot eigen werk, te brengen. Ieder kan mee-discussiëren, ieder kan luisteren en zich verrijken. Verschillende specialisten kunnen lid zijn van — en zich dus uitleven in — diverse wetenschappelijke verenigingen.

Het *vierde punt*, dat ik u wil noemen als bron voor nascholing, is het meest voor de hand liggende en voor alle academici bereikbare: de vakliteratuur. Een ieder kan en moet zich een eigen bibliotheek inrichten, moet zelf, of met anderen samen, abonnementen nemen op algemene en specialistische periodieken. Velen hebben portefeuilles met kostbare tijdschriften. Ziekenhuizen en andere instituten stellen hun boeken en tijdschriften-bezit altijd voor geïnteresseerden ter beschikking, terwijl de weg naar zeldzame en zeer specialistische literatuur via universiteitsbibliotheken, Koninklijke Academie van Wetenschappen en Koninklijke Bibliotheek voor ieder gemakkelijk is te vinden.

Het *vijfde punt*, waarvoor ik uw aandacht wil vragen, is de vorm van nascholing die men kan vinden in het volgen van en deelnemen aan congressen, symposia en gerichte cursussen. Zeer uitdrukkelijk bedoel ik in dit verband de zuiver-wetenschappelijke congressen handelend over een bepaald wetenschappelijk terrein, de symposia over een deel-onderwerp en cursussen, waar veelal van de deelnemers een eigen inbreng wordt verwacht en die gewoonlijk een meer schoolse opzet hebben.

Als specimen van een cursus, die in ons land tot grote bloei is gekomen, die veel gebieden bestrijkt en voorbeeld is voor andere universiteiten, wil ik met de grootste waardering noemen de Leidse Boerhaave cursussen. Zeer veel medici zullen dankbaar zijn voor het hebben kunnen volgen van cur-

sussen over verschillende onderwerpen. Verschillenden onzer zullen óók met een andere vorm van dank terugdenken aan de cursus, die zij in dit verband zélf hebben mogen geven. De voorbereiding ertoe is een bijdrage tot eigen ontwikkeling hetgeen ik zou willen stellen voor iedere voorbereiding tot een wetenschappelijke lezing.

Welnu, dames en heren, ik wil niet pretenderen dat deze vijf punten volledig zijn en zeker niet, dat ik ze in het mij toegedachte tijdsbestek uitputtend heb kunnen behandelen. Velen zullen — uit eigen ervaring puttend — nog niet genoemde facetten kunnen toevoegen. Ik meen echter — uit eigen ervaring en uit de vele contacten, opgedaan in een praktijk van meer dan 30 jaar — u hier toch in hoofdzaak die punten te hebben genoemd, die tezamen (en niet zo streng gescheiden als ik ze u om wille van de duidelijkheid heb gesteld) onze nascholing uitmaken.

Ik kan mij voorstellen, dat een buitenstaander uit dit alles zou kunnen opmaken, dat als iemand — naast zijn dagelijkse arbeid wel te verstaan — aan al deze activiteiten de nodige tijd schenkt, zijn leven meer dan vol zal zijn en er toch niets meer te wensen over is. Enerzijds dit: een leven, goed georganiseerd en ontwikkeld in een gezond gezinsverband, is nooit vol. Elkaar stimulerend kunnen wij onszelf uitermate veel opleggen, zelfs met ontspanning erbij! Anderzijds: niet ieder van ons heeft een zó grote innerlijke kracht, heeft zóveel innerlijk zout en zóveel kennis van eigen kunnen, dat al deze zaken zich in een zeker evenwicht ontwikkelen. De steun van onze naasten is in dit verband van het allergrootste belang.

Hoewel ik mij er zeer wel van bewust ben, dat de intellectueel zich pas in vrijheid volledig kan ontwikkelen, zie ik de noodzaak van een zekere gebondenheid maar al te goed. En dan nog: niet ieder is zó sterk, dat hij of zij de zware verantwoordelijkheid, die zijn intellect hem oplegt, te allen tijde voelt. Met andere woorden: velen onzer hebben een zekere dwang nodig, voorzichtig en met takt uitgeoefend, waaraan wij onszelf moeten onderwerpen.

Mag ik, deze gedachte ontwikkelend, komen tot een *indirecte dwang*, als enig aanvaardbare methode om individualisten te brengen tot een geestelijke onderwerping? Zal de consequentie van een dergelijke onderwerping niet moeten leiden tot het naar mijn mening enig acceptabele in ons tijdsgewricht, óók voor medici: *de onderwerping en actieve deelname aan een team*? De sterksten onder ons hebben deze dwang niet van node, maar vele niet-zosterken zullen — om ons beroep op verantwoorde wijze te kunnen uitoefenen — tot voortdurende nascholing moeten worden gebracht.

Ik zou u willen meevoeren in mijn gedachten hieromtrent: veel specialisten onderwerpen zich reeds thans aan een kritische beschouwing omtrent hun doen en laten bij de behandeling van een bepaalde patiënt wanneer zij zich tezamen zetten tot klinische besprekingen over die ene patiënt en tot necrologiën.

Medical audit

Als er een goede verstandhouding bestaat, zullen alle betreffende specialisten zich eerlijk uiten en het waarom van hun handelen toelichten. In dergelijke besprekingen dient men wèl te tonen op de hoogte te zijn van moderne wijze van onderzoek en van nieuwe therapeutische mogelijkheden. Men brengt als-het-ware zichzelf en elkaar ertoe om zich na te scholen. De *medical audit* is een sublimatie van deze gedachte en daar wil ik naar toe, *zonder* de bijgedachte van elkaar het leven onmogelijk te maken en elkaar te veroordelen, maar *met* de gedachte elkaar en onszelf te dwingen om *bij* te zijn.

Er is geen goed Nederlands woord voor deze „audit”. Een „audit” is in Amerika een accountants-onderzoek; een „medical audit” houdt in, dat men bereid is zijn werk te laten nakijken. Hierdoor kan men een inzicht krijgen in het gehele (ongeselecteerde) werk in een ziekenhuis. Ik bedoel geenszins in het voetspoor te treden van de Amerikaanse werkwijze, nòch in de Amerikaanse argumentatie voor dit instituut. Dit neemt niet weg dat het „intercollegiale toetsen” in de Nederlandse medische wereld zijn intrede heeft gedaan. „Intercollegiale toetsing” acht ik tot nu toe de enige aanvaardbare vertaling van „medical audit”. Collega Burkens heeft bij het vele werk van de Commissie Ziekenhuisstaven van de Landelijke Specialisten Vereniging reeds enige jaren deze term gebezigd, die beter en vriendelijker aanspreekt dan „medical audit”. Een commissie uit de medische staf van een ziekenhuis organiseert deze intercollegiale toetsingen, waarbij tot nu toe twee wegen mogelijk lijken en wel: via de necrologieën en via de kennisname van ziektegeschiedenissen: dit laatste voorwaar een grote inbreuk op de privacy! Ik zeg u dit volledigheidshalve, er moet nog veel worden georganiseerd in deze.

Een feit is, dat bij deze toetsingen twee dingen voor ogen staan: ten eerste de bereidheid van de medicus zich te laten toetsen en ten tweede de erkenning, dat men naast de eigen, individuele verantwoordelijkheid ook een verantwoordelijkheid heeft als staf lid voor het peil waarop in het ziekenhuis het medisch werk geschiedt. Ik haal hier wederom collega Burkens aan en sta hier ook voor 100% achter. Maar ik gebruik hier de intercollegiale toetsing als indirecte-dwangmethode voor de nascholing. Graag zou ik in dit toetsen ook die specialisten betrekken, die niet in een staf zijn opgenomen en — dit eigenlijk niet in de laatste plaats — de huisarts en alle andere artsen, die bij de patiënt betrokken zijn geweest. Ik ben mij ervan bewust hiermee een dwang op te leggen en een inbreuk te doen op de vrijheid van veler beroepsuitoefening. Ik stel dit evenwel expliciet en ik zou degenen, die deze inbreuk op de individuele vrijheid niet wensen, willen vragen mij met steekhoudende argumenten te benaderen! (niet vandaag uiteraard, maar later).

Hoezeer ik er ook een voorstander van ben de hiervoor genoemde vijf punten van in ons land be-

staande nascholingsmogelijkheden in volle vrijheid te laten groeien en meegaan met de andere ontwikkelingen in het wetenschappelijk niveau, ik meen, dat de *intercollegiale toetsingen moeten worden georganiseerd*. Weliswaar in eigen medische kring, maar zodanig, dat inderdaad alle medici rijp worden gemaakt om in dit apparaat mee te werken. Ik zie hier met name een taak voor onze eigen maatschappelijke verenigingen - en in het bijzonder voor de Landelijke Specialisten Vereniging, uiteraard in coördinatie met de andere maatschappelijke verenigingen en geïntegreerd in het totale werk van de Maatschappij. Dit zou een waardig vervolg zijn op de L.S.V.-bemoeiingen rondom het stimuleren van stafvorming in ziekenhuizen en necrologieën. De Commissie Ziekenhuisstaven heeft hiertoe in 1966 reeds baanbrekend werk verricht. Haar werk heeft allerwege gehoor gevonden en mijns inziens terecht. Ik wil hierop thans niet te ver ingaan, maar alleen — wat de specialisten betreft — willen zeggen: *zij hebben de tools!*

Met opzet heb ik mij in eerste instantie bezig gehouden met wat in hoofdzaak de specialisten ter beschikking staat en de mogelijkheid die van medical audits uit in deze kan worden benut. U vergeve mij dit: ik ben zelf specialist. Ik wil mij hierna echter bepalen tot hetgeen voor huisartsen is ontwikkeld. Ook hierbij zijn in hoge mate de specialisten betrokken.

In het rapport van de Commissie Huisartsen, dat in september 1967 werd uitgebracht aan de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid en aan de minister van Onderwijs en Wetenschappen, kan men onder het hoofdstuk „Opleiding en nascholing van de huisarts” het volgende aantreffen:

„De nascholing van de huisarts heeft betrekking op twee gebieden die niet scherp van elkaar zijn af te grenzen:

- a. Kennis op het gebied van de geneeskunde en aanverwante vakken, die van belang is voor iedere arts.
- b. Kennis en vaardigheid die van bijzonder belang zijn voor de huisarts bij de uitoefening van zijn praktijk. Er is — aldus het rapport — een voortdurend en innig contact nodig tussen degenen, die op deze beide gebieden werkzaam zijn, namelijk tussen de werkers op de universiteit, in de ziekenhuizen en op het terrein van de sociale geneeskunde enerzijds en de huisartsen in hun praktijk anderzijds. Een voortdurende terugkoppeling van ervaringen en gegevens van de beide groepen in de praktijk werkzame artsen naar degenen die de nascholing organiseren is noodzakelijk”.

Deze aanhaling uit het huisartsenrapport kan mutatis mutandis voor specialisten eveneens gelden, voor *alle* categorieën artsen mijns inziens. De problematiek ligt hier wel heel verschillend voor huisartsen en specialisten. Met diverse audiovisuele hulpmiddelen, met de phonodidactische

dienst van het Nederlands Huisartsen Instituut worden veel huisartsen met de neus op de nascholing gedrukt. De Commissie Nascholing van het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft circa 50 studiegroepen in N.H.G.-centra het levenslicht doen zien. Dezelfde Commissie heeft medegewerkt aan verschillende landelijke cursussen. Over het nut in deze van televisie wil ik mij in dit stadium niet uitlaten. De ervaring zal moeten worden opgedaan in eigen land. De huisartsen hebben vanzelfsprekend in hun eigen nascholing een grote stem, maar de uitvoering is veelal in handen van specialisten. In goede verstandhouding tussen de verschillende betreffende groeperingen ontwikkelt zich in vrijheid een net van mogelijkheden. (Ik heb u hiervóór al gesproken over de werkgroepen met psychiaters en de cursussen electro-cardiografie voor cardiologen).

Nu wil ik evenwel een laatste mogelijkheid, naar mijn mening *noodzakelijk* voor ons allen, medici, aan u voorleggen. Een mogelijkheid, die hier in Nederland nog heel weinig kan worden toegepast en die ik als wezenlijk onderdeel voor de nascholing zie en als belangrijk doel voor de nabije toekomst.

Postgraduate medical school

Wat ontbreekt aan de meesten van ons is de gelegenheid om na onze opleiding tot arts, respectievelijk specialist, incidenteel of periodiek opnieuw enige klinische ervaring op te doen bij anderen, die meer weten dan wij, die moderne methoden in de praktijk brengen en die ons uit hun ervaring kunnen en willen leren, de zogenaamde *klinische postgraduate opleiding*. De behoefte hieraan bestaat bij zeer velen. De tijd ertoe vinden is een kwestie van organiseren van eigen leven, waarop ik al eerder ben ingegaan. Mag ik een voorzichtige raming maken en dan als tijd noemen: 14 dagen per jaar? Afhankelijk van het feit of men huisarts dan wel specialist is, zal deze periode aaneengesloten of gespreid over 14 x één dag per week bijvoorbeeld kunnen worden gebruikt. Een dergelijk tijdsbeslag is bij de huidige, stormachtige ontwikkelingen op zóveel gebieden naar mijn mening reëel.

Een ernstig pogen in de richting van klinische postgraduate scholing is de zogenaamde bedside-teaching, die in enige ziekenhuizen in ons land is gerealiseerd. Met name is mij bekend hetgeen de medische staf van het St. Elisabeth's of Groote Gasthuis in Haarlem sinds enkele jaren op dit gebied organiseert op zaterdagochtenden voor huisartsen. De belangstelling is zeer groot. Een vijftigtal huisartsen uit de omgeving volgt deze bedside-teaching met veel animo. Het is een belangrijke bijdrage in de klinische nascholing voor huisartsen, georganiseerd en uitgevoerd door specialisten. Nog eens: de specialisten hebben de tools. Het vraagt kennis en onderwijskwaliteiten en bereidheid van de betreffende specialisten. Alle lof voor dergelijke inspanningen!

Ook voor sommige specialismen bestaan soortgelijke klinische mogelijkheden, maar slechts heel

weinig hiervan is tot nu toe in Nederland tot werkelijkheid geworden. De internisten vormen in deze een uitzondering. Verschillende medische faculteiten organiseren reeds enkele jaren cursussen voor een beperkt aantal deelnemers. Deze ontwikkeling is veel belovend. Zij vindt plaats tot grote tevredenheid van de Nederlandse Internistenvereniging.

Vragen

Zonder op verdere ontwikkelingen vooruit te lopen wil ik enkele vragen in dit kader in uw midden leggen en enkele suggesties doen:

1. Waar de klinische postgraduate opleiding in de kinderschoenen staat en nog alle kanten uit kan, waar voor huisartsen met name regionaal op dit punt veel te realiseren lijkt, heeft het dan zin om landelijk te komen tot één postgraduate medical school, in het bijzonder voor de klinische nascholing van specialisten en in tweede instantie ook voor huisartsen?

Dit is een m.i. belangrijke vraag. Zelf acht ik het realiseren van een dergelijke postgraduate medical school, die — zoals ik in het begin zei — een in wezen ander onderwijs moet geven dan het undergraduate onderwijs, dat in onze bestaande medische faculteiten wordt gebracht, van groot belang. Immers: het onderwijs aan studenten (co-assistenten) en de opleiding van assistenten zijn fundamenteel anders dan het nascholen. M.i. is het onmogelijk in één en dezelfde kliniek undergraduate onderwijs, specialistenopleiding en postgraduate onderwijs in de zin van nascholing te geven.

Een gedachtesprong, dames en heren, een ingreep, die buitengewoon groot is. Enerzijds is de oprichting van een achtste medische faculteit zeker van belang, doch van bepaald niet minder belang ware thans de *totstandkoming geweest van een postgraduate medical school*.

Moeilijkheden bij het realiseren van een postgraduate medical school zijn er ettelijke. Ik denk aan de mankracht: mankracht van elders (uit andere landen!) aantrekken, juist voor postgraduate onderricht aan specialisten, lijkt mij als bijdrage tot de oplossing van dit vraagstuk van groot belang. Financieel ligt een geheel nieuwe problematiek. Ik waag het niet hierover thans een uitspraak te doen. Deze postgraduate medical school zie ik onder het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen. (ik geef u mijn persoonlijke visie).

Ik realiseer mij, dat de medische faculteiten in januari 1969 stelden ernaar te streven aan elke universiteit de medische nascholing goed te organiseren. Ik ben daar blij mee, maar *gelukkig* zou ik zijn met één centraal in het land tot ontwikkeling gekomen postgraduate medical school, uiteraard met affiliaties op diverse plaatsen in den lande.

2. Een tweede vraag, die ik u ter overweging wil meegeven, luidt: is een dwang voor dergelijke klinische nascholing nodig, of moet men vrij zijn zich hieraan te onderwerpen?

Ik zie deze vraag los van hetgeen ik u eerder de-

ze middag stelde met betrekking tot de medical audits. Wij kennen in onze westerse wereld andere ontwikkelingen, verdere en minder verre dan de Nederlandse. Mag ik uit de buitenlandse gegevens het voortreffelijke rapport lichten, dat in 1968 in Groot-Brittannië werd uitgebracht door de Royal Commission on Medical Education, onder voorzitterschap van Lord Todd. Uit het hoofdstuk „Continuing education” geef ik u in mijn vertaling het standpunt van de Commissie weer:

„Het behoort iedere arts vrij te staan die vormen te kiezen, die het best aan zijn behoeften en omstandigheden tegemoet komen. Naar onze mening zou verplichte nascholing niet de ontvankelijkheid van geest teweeg brengen, die nodig is als training doeltreffend wil zijn, vooral op latere leeftijd. Er zijn meer positieve maatregelen nodig om een klimaat te scheppen, waarin bij de arts het verlangen naar voortgezet onderwijs opkomt. Te dien aanzien zijn de opleiding en de mogelijkheid daarna tot professioneel werkzaam zijn van grote betekenis; daarbij moet de arts een trots in de taak, waarvoor hij is opgeleid, worden bijgebracht en het besef, dat toenemende volwassenheid in geen enkel opzicht aan de noodzaak en het nut van methodisch onderwijs afbreuk doet. Zonder die benaderingen kan het goede klimaat voor voortgezet onderwijs niet tot stand komen”.

Ik wil de vraag en het antwoord van het Todd-report met klem in uw aandacht aanbevelen.

3. Een derde vraag voor u, geachte toehoorders — en voor mij — is deze: Hebben de medische faculteiten en de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst tezamen de verantwoordelijkheid en het vertrouwen om tot een zo grote opzet de stoot te geven, de voorbereidingen te treffen en de uitvoering ter hand te nemen?

In de Verenigde Staten geldt, en ik geef u weer wat Dr. Hubbard, dean van de Medical School van Michigan, tijdens de Boerhaave-cursus over „Functions of the future University Medical Center”, gehouden in 1966, dienaangaande opmerkte:

„Onder alle omstandigheden is de leidende rol in de ontwikkeling van het voortgezet onderwijs aan de medische faculteiten opgedragen”.

In Groot-Brittannië is er een samenwerken tussen ziekenhuizen, National Health Service-functionarissen en universiteit. Hierover geeft het Todd-report eveneens uitvoerige informatie. Ik bericht u dit volledigheidshalve.

Onlangs deelde de voorzitter van de Duitse Bundes Aertzekammer mede volledig achter het plan te staan van een academie voor „Continuous Postgraduate Training” in West-Duitsland. De hoorcolleges zijn volgens hem voor postgraduate education volkomen ongeschikt, maar het instituut, waarbij aan beperkte groepen onderricht wordt ge-

geven, juichte hij van harte toe: een instelling met als eerste taak het doorlopend geven van nascholingsonderwijs, die in staat is om kleine groepen huisartsen te instrueren in een beperkt aantal onderwerpen en op verschillende tijdstippen. Een roulerend programma zou deelneming daaraan elke maand of week mogelijk moeten maken. De stad land uitgekozen. De plaatselijke universiteit en de Augsburg is voor deze academie voor West-Duits-plaatselijke ziekenhuizen zetten een en ander tezamen op. Ik lees in de J.A.M.A. (mei 1969) hierover: „the idea is novel, practical and interesting”.

Wat Nederland betreft mag ik u niet onthouden, dat de Commissie Huisartsen adviseert een „Centraal Orgaan” te creëren met vertegenwoordigingen uit verschillende organisaties (universiteiten, huisartsen, ziekenhuizen), gesubsidieerd of gefinancierd van overheidswege, dat voornamelijk een dienstverlenende instelling moet worden. De uitvoering van de nascholing wil deze Commissie overlaten aan universiteiten, wetenschappelijke centra, ziekenhuizen, *afdelingen* van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en centra van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Uiteraard betreft dit de specifieke huisartsen-nascholing. De idee „Centraal Orgaan” evenwel verdient in het kader van mijn onderwerp aandacht.

Onlangs is tot stand gekomen een „Stichting financiering voor nascholing huisartsen”, waarin financieren de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, de faculteiten, de L.H.V. en het N.H.G. Men overweegt om te komen tot een „Stichting voor voortgezet medisch onderwijs”, waaraan de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en de faculteiten deelnemen. Zodra deze laatste Stichting is geëffectueerd, zal de „Stichting financiering voor nascholing huisartsen” haar werkzaamheden beëindigen. Verder wordt overwogen om te komen tot een „Adviesraad voor research van de nascholing”, zulks in samenwerking tussen de faculteiten en de Maatschappij.

Er zijn nog andere vragen, dames en heren, maar deze drie dringen zich in eerste instantie aan mij op.

Slot

Het was mijn bedoeling vanmiddag uw aandacht te vragen voor de nascholing der Nederlandse artsen, een onderwerp met veel facetten en met veel vraagtekens, van het grootste belang voor ons, nu al de onomstotelijke zekerheden van weleer en alles waarop wij hebben gebouwd, alles waarmee wij zijn opgevoed, aan verandering onderhevig zijn gebleken, aan waarde verliezen, nu nieuwe werelden voor ons opengaan en de patiënten, die recht hebben op een optimale behandeling, door ons nu en steeds op verantwoorde wijze moeten worden behandeld. Ik meen dat de medical audits en een postgraduate medical school in ons land kunnen bijdragen tot het opvoeren van het niveau van werken van de Nederlandse artsen.