

## INGEZONDEN

(*Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; deze behoudt zich het recht voor, de stukken te bekorten*)

### DE BETEKENIS VAN DE NIET-KLINISCHE VAKKEN VOOR DE GENEESKUNDIGE OPLEIDING

Het hoofdartikel van Prof. QUERIDO (1965) over de geneeskundige opleiding geeft mij aanleiding tot de volgende opmerkingen.

Het is een historisch feit dat nieuwe organisatie-vormen moeilijk ontstaan en altijd belangrijk in tijd achteropkomen bij de ontwikkeling van de maatschappij. Dat dit verschijnsel ook kan worden waargenomen bij een zo ingewikkeld en traditie-rijk instituut als de geneeskundige opleiding is geen wonder. De vertraging in het ontstaan van deze nieuwe organisatie-vormen in de geneeskundige opleiding is echter vooral verontrustend wegens de stormachtige ontwikkeling die de geneeskunde de laatste decennia doormaakt. Het tempo van deze ontwikkeling lijkt zich zelfs te versnellen, zodat niemand meer weet waarheen wij gaan en het overzicht geheel verloren dreigt te gaan. De achterstand lijkt daardoor groter te worden.

De opzet van de opleiding tot arts is, hoewel door lofwaaardige pogingen in sommige opzichten aangepast aan de nieuwe tijd, toch in grote trekken nog gelijk aan die van voor de oorlog. Het wil mij — al is terugkijken steeds gevaarlijk — voorkomen dat deze opleiding toen in hoofdzaak was gericht op de vorming van de arts als eenling, als zelfstandig individueel werker. Als prototype gold de algemene arts, bevoegd tot het uitoefenen van de gehele geneeskunst in zijn volle omvang. Dezelfde tendens kon men, misschien zelfs nog in versterkte mate, zien bij specialisatie. Deze algemene arts moest dus ook bij zijn arts-examen geacht worden de gehele geneeskunde min of meer te kennen en te kunnen overzien. Misschien was dat in die tijd ook nog wel mogelijk. Zeker is dat de opleiding breed van opzet en voortreffelijk was, en vele uitstekende all-round artsen heeft afgeleverd. Er kleefden m.i. toch twee bezwaren aan deze opleiding, nl. het topzwaar zijn aan feitenkennis en de strenge (bijna sacrosancte) scheiding tussen preklinische en klinische vakken en tussen de klinische vakken onderling. Het gevolg was een bijna encyclopedische kennis van de verschillende vakken op ieder examen-niveau en de noodzaak, het grootste deel daarvan weer zo spoedig mogelijk te vergeten om plaats te maken voor nieuwe feitenkennis. De integratie van preklinische en klinische kennis en van de klinische kennis onderling heeft daaronder waarschijnlijk ernstig geleden.

Het is niet mijn bedoeling, de vele voortreffelijke docenten te laken aan wie ik in mijn opleiding tot arts en specialist zo veel verschuldigd ben. Begaafde docenten zullen de onvolkomenheden ongetwijfeld gevoeld hebben en er aan zijn tegemoetgekomen. Het systeem bracht deze scheidslijnen echter mede. Mogelijk werd het gemis aan wat ik zou willen noemen „de horizontale en verticale doorstroming” van het onderwijs toen minder gevoeld dan nu.

Er valt mij hier een beeld uit de krijgskunde in. Ik zou de pas afgestudeerde arts van vroeger willen vergelijken met een ridder te paard in volle krijgssuitrusting, zwaar gepantserd tegen alle mogelijke eventualiteiten, en voorzien van alle mogelijke uitrustingsstukken om de strijd als eenling te strijden. Een pracht gezicht, maar tegenwoordig onbruikbaar. Hem ontbrak toen al voldoende operationaliteit, gehinderd als hij mij toeschijnt door vooral een teveel aan feitenkennis. Hoeveel minder operationeel moet een dergelijke prachtfiguur nu zijn, nu de feitenkennis zo groot is

geworden dat zelfs een superspecialist zijn vak niet meer kan overzien.

De tegenwoordige arts komt mij meer voor als een gewoon soldaat te voet. Deze moet beschikken over een minimum aan uitrustingsstukken. Iedere ballast is overbodig en hinderlijk voor zijn beweeglijkheid. Waarover hij wel moet beschikken, zijn verbindingsmiddelen. Hij strijdt immers niet meer als eenling, kán niet meer als eenling strijden, maar moet de strijd gezamenlijk met anderen leveren. Hij moet vóór alles weten waar, hoe en wanneer hij hulp en ondersteuning moet vragen. Daartoe dient hij te zijn toegerust met de psychologische en intellectuele verbindingsmiddelen.

Het zal er dus op aankomen, in de opleiding zowel in de basisvakken als in de klinische vakken alle onnodige ballast overboord te werpen en alleen het essentiële te behouden. Dit zal neerkomen op het reduceren van feitenkennis en het opvoeren van het inzicht in de verschillende samenhangen en verbanden, zowel in horizontale als verticale zin.

Het lijkt mij bijvoorbeeld onnodig voor het kandidaats-examen de hele descriptieve anatomie te moeten beheersen, de fysiologie van alle orgaansystemen te moeten kennen of de biochemie van alle stofwisselingsprocessen. Ook als arts heeft men dit in het algemeen niet nodig. Globale kennis van deze vakken zou waarschijnlijk voldoende zijn op de uitdrukkelijke voorwaarde dat op één of enkele problemen zeer diepgaand wordt ingegaan. Ik noem als voorbeeld: de bouw en functie van een gewricht, van een zintuig, van een parenchymateus orgaan, de chemie en fysiologie van bijvoorbeeld de suikerstofwisseling, enz. Er zijn tientallen voorbeelden te geven. Van een dergelijke functionele eenheid zouden dan echter alle morfologische, functionele, biochemische en pathologische aspecten moeten worden behandeld. Ik noem dit de „horizontale doorstroming” van het onderwijs. Maar daartoe zou men zich niet moeten beperken. Aan de hand van eenvoudige doch sprekende ziektegevallen zou de kliniek reeds bij de basisvakken kunnen worden betrokken. Zodoende wordt de dode stof levende werkelijkheid en worden reeds tijdens de preklinische studie perspectieven geopend op de latere levenstaak. Wie één gewricht volledig heeft leren doorgronden, hoeft niet alle gewrichten te bestuderen. Hij weet waarop het aankomt en kan zich snel oriënteren indien dat nodig is. Ik spreek nu gemakshalve als chirurg omdat dit vak het mijne is. De parallel kan gemakkelijk voor de andere vakken worden doorgetrokken.

Hetzelfde geldt m.i. voor het klinisch onderwijs. Bij de behandeling van de klassieke ziektebeelden zouden voortdurend anatomie, histologie, fysiologie, biochemie, bacteriologie, genetica, pathologie, psychologie en sociologie moeten worden betrokken. Dit versta ik onder de „verticale doorstroming” van het onderwijs. Ongetwijfeld zal dit ook al wel hier en daar gebeuren, maar het behoort niet tot het systeem. Dat ook in de klinische vakken, juist als in de latere praktijk als arts, de horizontale verbanden met de nevenspecialisten voortdurend moeten worden gelegd, behoeft nauwelijks betoog. Men kan bijvoorbeeld het galsteenlijden niet alleen van interne of van chirurgische zijde benaderen; het zou gezamenlijk onderwezen dienen te worden.

Op deze wijze wordt voortdurend het zwaartepunt gelegd, niet op kennis, maar op inzicht in de verschillende verbanden. Als de student aan een of enkele uitvoerig uitgewerkte problemen heeft leren zien, hoe deze horizontale en verticale verbanden bestaan en hoe zij werken, heeft hij biologisch leren denken. Hij zal dan van ieder probleem weten hoe hij het moet aanpakken en waar hij de hem eventueel ontbrekende feitenkennis snel kan vinden. Het zwaartepunt dient radicaal te worden verlegd van het leren weten naar

het leren denken. Het is de vraag of hiertoe de klassieke vorm van college-geven wel het meest geëigend is. Er lijkt mij veel voor te zeggen, een deel van de stof in onderling debat en gezamenlijk experiment te behandelen. Dit vereist echter een zeer grote beweeglijkheid van geest en paraatheid van de docent, afgezien van de materiële en personele hulpmiddelen. Ik vrees dat de massa, zoals op zovele gebieden, ook hier alles zal bederven.

Dit alles dient verwezenlijkt te worden in de „kern-opleiding” van Prof. QUERIDO. Deze kern-opleiding behoeft dan niet zo lang te duren. Er is veel voor te zeggen, aan het eind van de kern-opleiding het algemene artsdiploma te laten bestaan. Wanneer men de huisartsen-geneeskunde hoe langer hoe meer gaat beschouwen als een apart specialisme — en alles wijst in die richting — dan zal men ook daaruit de consequentie moeten trekken van een verplichte specialistische opleiding daartoe. Deze zal nog altijd belangrijk korter kunnen duren dan de andere specialistische opleidingen en zich vooral dienen bezig te houden met psychologie, sociologie, preventieve geneeskunde, diagnostiek, farmacotherapie, praktijkvoering, administratie enz.

Het schijnt mij toe dat de gehele geneeskundige opleiding één logisch zwaartepunt heeft, nl. de patiënt, de zieke medemens. De disciplines zijn — uit praktische overwegingen — gedeeld, de patiënt is altijd ongedeeld. Om dit zwaartepunt kan men steeds alle vakken en alle docenten ongedwongen groeperen. Wanneer men, vanaf het allereerste begin van de opleiding — en met de jaren in opklimmende samengesteldheid — de patiënt introduceert en centraal stelt, zal ieder toekomstig arts zijn uiteindelijke doel vanaf het begin voortdurend duidelijk voor zich zien. Het zal hem ook beter doen beseffen, ja hij zal niet anders weten, dan dat iedere patiënt tegenwoordig multidisciplinair moet worden benaderd en dat vrijwel alle geneeskunde tegenwoordig samenwerking van een aantal medici vereist, groepsgeneeskunde is geworden. Het zal hem ook in zijn meest ontvankelijke jaren duidelijk maken dat geneeskunde een humane wetenschap, een wetenschap van de mens is; dat de arts behoeder van het leven en cultuurdrager bij uitstek dient te zijn. Het lijkt mij ook vooral daarom dat filosofische, psychologische en historische scholing in de kern-opleiding node kunnen worden gemist, terwijl men wellicht met voordeel zou kunnen verwijzen naar de schatten die over de zieke mens zijn verzameld in poëzie en romankunst.

Dit alles moge velen te ambitieus, utopisch of zelfs kettters in de oren klinken. De kern-opleiding dient zeker niet te worden verlicht, evenmin het aandeel van de basisvakken daarin. Een goed fundament is nog steeds eerste voorwaarde om te kunnen bouwen. De accenten zouden echter belangrijk kunnen worden verlegd.

Ik besef dat men zeer behoedzaam moet zijn met het wijzigen van een zo belangrijk maatschappelijk en wetenschappelijk instituut als de universitaire geneeskundige opleiding. Toch meen ik dat door gezamenlijk overleg en met goede wil, reeds zeer belangrijke onderlinge verschuivingen in de leerstof mogelijk zouden zijn. Een plaatselijk en in omvang beperkt experiment lijkt mij de aangewezen weg.

Men zal mij voor de voeten werpen dat het gemakkelijker is theorieën te verkondigen dan ze in praktijk te brengen en dat het zelfs aanmatigend is over deze zaken te spreken met slechts een geringe eigen onderwijs-ervaring. Mijn excuus ligt alleen in het feit dat ik over deze kwesties vaak

heb nagedacht en dat het artikel van Prof. QUERIDO uitnodigde tot discussie.

*Literatuur:* QUERIDO, A. (1965) *Ned. T. Geneesk.* 109, 593. 's-Gravenhage, 2 mei 1965

P. J. KUIJER

#### FRACTUREN VAN DE ORBITA

Met belangstelling las ik het artikel van de collegae BLEEKER en Bos (1965) over orbitafracturen. Naar aanleiding daarvan kan ik de volgende casuïstische mededeling doen.

Een huisarts — tevens oogarts — komt met een patiënt in zijn auto bij mij thuis, omdat de jonge man hem opzocht direct na een trauma, bestaande in een val voorover op het stuur van zijn motor. Het was omstreeks 1925 in Semarang. Er was een volkomen blindheid van het linker oog. Ik vond een fractuur van de arcus zygomaticus. Ik had zo iets nog nooit bij de hand gehad en ging met de collega naar mijn bibliotheek en vond de wijze van repositie. Ik stak mijn vinger in de mond, zo hoog mogelijk onder de arcus naar boven, en kon de pas ontstane fractuur door druk naar buiten prompt reponeren, blijkbaar ook intra-orbitaal, want meteen kwam het gezichtsvermogen terug. Er was wel een röntgen-apparaat bij een huisarts elders in de stad, maar een schedelfoto daarmee in die dagen?

Er was later geen enkel onaangenaam gevolg.

*Literatuur:* BLEEKER, G. M., en C. E. Bos (1965) *Ned. T. Geneesk.* 109, 747.

Baarn, 11 mei 1965

M. N. ROEGHOLT

#### INTERMITTERENDE ZWELLINGEN IN DE HALS BIJ KINDEREN

Gaarne maak ik een enkele opmerking aangaande de röntgenopnamen van patiënt A uit de klinische les van Prof. Dr. G. DEN OTTER (1965). De onder figuur 4 gepubliceerde foto's laten juist boven de aortaknop een spiraalvormige impressie van de oesophagus zien, welke op deze plaats sterk doet denken aan de impressie veroorzaakt door een aberrante arteria subclavia dextra. Meestal loopt dit aberrante vat vanaf het punt waar de arcus aortae in de aorta descendens overgaat, retro-oesophageaal naar rechts. Door de slokdarm-impressie kunnen slikstoornissen ontstaan (dysphagia lusoria), vooral bij het snel drinken van vloeistoffen, terwijl zich respiratoire stoornissen kunnen voordoen wanneer tevens een truncus bicaroticus aanwezig is (KLINKHAMER 1962). Is het niet mogelijk dat patiënt A behalve de beschreven achalasie, tevens een aberrante arteria subclavia dextra heeft?

*Literatuur:* KLINKHAMER, A. C. (1962) *Het vaststellen van aberrante arteriën in het mediastinum superius door middel van het oesophagogram*. Proefschrift Leiden. — OTTER, G. DEN (1965) *Ned. T. Geneesk.* 109, 877.

Groningen, 11 mei 1965

C. J. P. THIJN

Inderdaad bestaat de mogelijkheid dat het eerstgenoemde patiëntje tevens een abnormaal verlopende rechter arteria subclavia heeft. Wij hebben destijds dan ook overwogen, hier nader op in te gaan. Daar echter postoperatief alle slikklachten verdwenen en het kind uit zijn deplorabele toestand herstelde, werd het achterwege gelaten, zodat wij deze diagnose nooit definitief gesteld hebben.

Amsterdam, 17 mei 1965

G. DEN OTTER