

Van Prof. EERLAND vernemen wij, dat hij vroeger een exlibris had, dat de spreuk „inserviendo consumidor” bevatte. Later kreeg hij een tweede exlibris ten geschenke van Prof. ENK, de bekende latinist te Groningen, die zeide, dat de spreuk moet luiden: „in serviendo consumidor”.

Amsterdam, 26 juli 1965

REDACTIE

HET MEDISCH ONDERWIJS IN SCANDINAVIË EN GROOT-BRITANNIË

Naar aanleiding van het hoofdartikel in dit *Tijdschrift* van 10 juli jl. zou ik willen proberen, een paar aanvullende opmerkingen te maken ten aanzien van de situatie in Noorwegen. Objectieve waardering van het eindproduct van de Nederlandse opleiding, de afgestudeerde arts, lijkt onmogelijk, maar toch kan een subjectieve vergelijking van de kennis en capaciteiten van pas afgestudeerden in een ander land met die van het Nederlandse eindproduct, gezien door de ogen van de laatste, misschien zijn nut hebben. Ik was hiertoe in de gelegenheid doordat ik onmiddellijk na mijn artsexamen in Noorwegen ging werken, aanvankelijk in een kliniek en later zelfstandig in een district.

In een Noors ziekenhuis werken, zoals werd beschreven, de artsen, die hun laatste theoretische examen (na 5 jaar studie) afgelegd hebben, als „kandidaat-artsen”, tweemaal een half jaar, resp. op een chirurgische en een interne afdeling. In deze periode doen zij in alle opzichten het werk van de jongste assistent en hebben ook volledig de economische en sociale status hiervan. Deze mensen zijn dus eigenlijk in een fase van hun opleiding die met het co-assistentchap in Nederland te vergelijken is, of liever gezegd, te vergelijken zou moeten zijn. Wat nu het meest opvalt, is, dat deze mensen, wier theoretische kennis wel ongeveer gelijk is aan die van de doctorandus in Nederland, zo veel beter beslagen ten ijs komen op therapeutisch, handelend gebied, dan de pas afgestudeerde Nederlandse arts. Een vergelijking met de Nederlandse doctorandus, die nog aan zijn co-schappen moet beginnen, en met wie men hen eigenlijk zou moeten kunnen vergelijken, valt nog ongunstiger uit.

Ik moet hier direct aan toevoegen dat dit slechts het zuiver praktische terrein betreft. Iets anders, dat ook opvalt is, dat de mentaliteit van deze jonge, efficiënte werkers, hun houding tegenover de mens die ziek is en zich ziek voelt, zeer veel te wensen overlaat. Dit vindt misschien wel gedeeltelijk zijn oorzaak in het feit dat zij gemiddeld veel jonger zijn, gedeeltelijk ook juist in de nadruk die er tijdens hun opleiding op het handelen, het „stukwerk”, gelegd wordt, en de geringe nadruk op de follow-up.

Na deze verplichte assistentschappen bestaat voor de Noorse arts, voor hij zelfstandig praktijk mag gaan uitoefenen, de verplichting, gedurende een half jaar als assistent in een grote districtspraktijk te werken. Ook hier is hij weer geen meeloper of toekijker, maar krijgt eenvoudig de helft van deze praktijk zelfstandig te doen, waarbij hij dagelijks de oudere collega om raad kan vragen. Deze, voor Nederland vrij ondenkbare regeling, moet men zien in het licht van de Noorse verhoudingen: een districtspraktijk wordt in het algemeen slechts een paar jaar door een zelfde arts gedaan. Zowel in als buiten de ziekenhuizen, verhuizen de artsen dikwijls en er wordt vaak van werk gewisseld. De patiënten zijn daardoor vrijwel nergens aan een vaste arts-patiëntrelatie gewend.

Ik heb het bovenstaande bepaald niet bedoeld als kritiek op de Nederlandse opleiding, ik signaleer slechts het voor de pas afgestudeerde Nederlandse arts in het oog springende

verschil. In welk van beide landen de volksgezondheidsverzorging op het hoogste niveau staat, en hoeveel dit met de verschillen in de opleiding te maken heeft, is een geheel andere zaak.

Hierover acht ik mij wel tot vermoeden, doch niet tot oordelen bevoegd.

Kjøpsvik, 16 juli 1965

H. R. FOLMER

WEL OF GEEN PREKLINISCHE CITROENZUUR-CYCLUS?

Nu Rotterdam een medische faculteit gaat krijgen, heeft de door QUERIDO (1965) geopende discussie over de „preklinische” of „basisvakken” nog aan belang gewonnen. Het preklinische onderwijs zal daar nog geheel moeten worden opgezet en biedt dus alle mogelijkheid tot vernieuwing.

Geen praktiserend arts, maar ook geen wetenschappelijk werker zal zich graag opnieuw geconfronteerd zien met de opgaven die hij indertijd bij zijn propedeutisch en kandidaatsexamen met succes oploste. Ook al weet hij zich op dit moment een kundig arts en ook al erkent hij het nut van de basisvakken voor zijn huidige praktijk. Menig internist zal overigens wel eens verzuchten dat hij nu met meer belangstelling en met meer vrucht een cursus over stofwisselingsprocessen zou volgen.

Wanneer men dit erkent, zal men zich ten aanzien van de basisvakken het volgende kunnen afvragen:

1. Wat is het juiste tijdstip waarop ze met de meeste vrucht kunnen worden onderwezen?

2. Wat zijn eigenlijk „de” basisvakken?

Deze vragen zijn niet goed te beantwoorden zonder een bezinning op de veranderingen die de geneeskunde en de geneeskundigen in de loop der tijden hebben ondergaan. De situatie waaraan de geneeskunde in Nederland in vroeger tijden het hoofd had te bieden, is misschien het beste te demonstreren aan de hand van het ziektepatroon zoals dit in de ontwikkelingslanden nu nog bestaat. Men kan bezwaar maken tegen de vergelijking met een tropisch land, maar dient daarbij te bedenken dat bijvoorbeeld malaria en ook lepra in Nederland eens endemisch waren.

Zo werden in Nederland in 1964 slechts 19.800 gevallen van een besmettelijke ziekte gemeld (DIJKHUIS 1965). In Ethiopië met ongeveer 21 miljoen zielen daarentegen veroorzaakte een malaria-epidemie in 1958 ongeveer 3 miljoen gevallen, met een sterfte van ongeveer 150.000 personen. Het aantal lepralijders wordt er geschat op 200.000, terwijl alleen al in de hoofdstad Addis Abeba 50.000 patiënten met een geslachtsziekte werden geregistreerd, van wie ongeveer de helft met lues was besmet. Deze cijfers, die zijn ontleend aan RIJKELS (1964), laten de enkele duizenden gevallen van vlektyfus per jaar, gele koorts en parasitaire ziekten zoals amoebiasis nog buiten beschouwing. Ook al zal in onze gematigde streken het ziektepatroon in vroeger tijden wat minder dramatisch zijn geweest, toch zal men moeten aannemen dat de werkzaamheden van de Nederlandse algemene arts zich gaandeweg sterk hebben gewijzigd. Men vraagt zich af, waarmee hij zich, nu de meeste besmettelijke ziekten hem zijn ontvallen, dan wel bezighoudt. SCOTT (1963) onderzocht hetgeen zich afspeelde tijdens de bezoeken van een reeks patiënten aan hun huisarts. Hij classificeerde de bezigheden van de arts als volgt: -

1. Handelingen waarbij hij zijn handen en eventueel eenvoudige instrumenten gebruikt.

2. Het schrijven van een recept of van de een of andere geneeskundige verklaring.

3. Het voeren van een gesprek met zijn patiënt.