

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.

4. Het luisteren naar al wat zijn patiënt hem wenst te vertellen.

Het bleek dat de arts in ongeveer 10 pct van zijn gevallen handelingen verrichtte als onder 1; in iets minder dan 40 pct van de gevallen bedreef hij receptuur; in meer dan 50 pct gaf hij uitleg, adviseerde hij in lichamelijke, psychologische en sociale kwesties of luisterde hij naar de patiënt opdat deze zich kon ontladen.

Deze verdeling van de activiteiten van de moderne algemene arts houdt in, dat hij naast de bekwaamheid om de ernst van een ziekte te herkennen en de patiënt voor verdere diagnostiek door te zenden naar de juiste specialist, in het merendeel der gevallen ook moet beschikken over kennis van allerlei sociaal-psychologische problemen die veel meer de gezonde mens en de normale maatschappij betreffen dan voorheen het geval was. Men behoeft daarbij maar te denken aan kwesties als arbeidsverzuim, arbeidsongeschiktheid en de begeleiding van chronisch zieken in de gezonde maatschappij. Niemand zal kunnen loochenen dat kennis van sociologie, sociale antropologie, sociale psychologie, sociale wetgeving en organisatie en vooral ook gesprekstechniek de basis moet vormen van een dergelijke maatschappelijke werkzaamheid. Kennis van de citroenzuurcyclus zal de arts in het merendeel van zijn gevallen niet veel helpen.

Intussen is deze verschuiving van ziek naar gezond en van het individu naar de maatschappij niet de enige verandering die zich in de geneeskunde voltrok. Er vond ook een opsplitsing van taken plaats, in de vorm van de specialismen. Deze opsplitsing in taken heeft tot gevolg gehad dat men niet meer over één soort geneeskunde en over „de arts” kan spreken, en daarom eigenlijk ook niet meer over „één opleiding tot arts”.

SCOTT (1963) besprak op heldere wijze de verschillen tussen huisarts en specialist: „The specialist by definition imposes limits on the kind of disease or the kind of diagnostic or therapeutic problem with which he will be confronted as a physician: the patient must have the right kind of disease.” De huisarts daarentegen moet te allen tijde en onmiddellijk toegankelijk zijn voor de patiënt, bovendien is zijn zorg voor de patiënt ononderbroken. Deze onvoorwaardelijke toegankelijkheid houdt niet alleen in dat hij zich niet kan beperken tot bepaalde ziekten, maar dat hij ook patiënten zal moeten accepteren, die niets mankeren. De „continuity of care”, aldus SCOTT, leidt ertoe dat „the incurable, the uncooperative, the impossible patients before him today will still be his patients tomorrow and the day after, and the general practitioner and his patient have to learn to live with the problem.”

Bij het merendeel van de specialisten staan deze aspecten veel minder op de voorgrond. De specialist heeft naast de „zieke mens” vooral ook met de „ziekte” te maken. Zijn eerste taak is het opsporen, begrijpen en beïnvloeden van de ziekelijke levensprocessen, lichamenlijk of geestelijk. Zijn kennis van fysiologie, pathofysiologie, biochemie, farmacologie, anatomie tot zelfs fysica en elektronica toe moet tegenwoordig zo uitgebreid zijn, dat hij er eigenlijk niet meer komt zonder in teamverband te werken met academici uit andere faculteiten. Zeker is, dat zijn kennis van de basisvakken, althans van dat deel dat betrekking heeft op zijn specialisme, te lang geleden werd verworven en hem te summier werd bijgebracht, terwijl hij toendertijd allerm minst in staat was het belang ervan voor zijn later specialisme te beseffen.

De bovenbeschreven verschuiving van de doeleinden van de geneeskunde en de differentiatie binnen die geneeskunde maken dat er geheel andere eisen aan de opleiding moeten worden gesteld.

Met de geneeskunde veranderden natuurlijk ook de geneeskundigen. Het beeld van de arts die zich met zijn consulent achter een barrière van gefluisterd potjeslatijn in de hoek van de kamer van zijn patiënt terugtrok, is verbleekt. Dat ervaren vooral degenen die zich van die taal trachten te bedienen tijdens een zaalvisite. ELLIS (1963) wees erop dat de patiënt tegenwoordig de taal van de geneeskunde goeddeels verstaat. Het verhaal van de Amerikaanse patiënt die met de *Merck's Manual* in de hand zijn arts een differentieële diagnostiek voorlegt waaruit deze maar een keuze heeft te maken, berust niet op fantasie. Dit alles heeft tot gevolg dat de arts minder behoefte zal hebben aan het magische potjeslatijn dat afstand schept met een waas van overigens geleidelijk aan ontmaskerde geleerdheid, dan aan een gezonde beheersing van de landstaal. Zijn rekening en verantwoording vragende patiënt zal hem daar meer en meer toe dwingen. Misschien zullen in dit verband, de in de lekenpers schrijvende en voor de televisie sprekende collegae nog wel eens worden gezien als pioniers.

Het is wel duidelijk dat de communicatieve aspecten van de geneeskundige arbeid aan een sterke verandering onderhevig zijn. Dit geldt overigens ook voor het contact tussen de artsen onderling. De tijd van de alwetende leermeester die het beste thuis was in het potjeslatijn, en die in staat was een allesomvattend handboek te schrijven, is voorbij. Dergelijke grotendeels op subjectieve belevissen en indrukken berustende werken, waarin vaak ongecontroleerde mededelingen uit vroegere handboeken werden doorgegeven, zijn hoogstens verdacht. De leermeester van thans is veel meer een manager geworden van zijn eigen kennis en van die van zijn staf. Dit heeft tot gevolg dat niet alleen de patiënten hun artsen ter verantwoording zullen roepen, maar ook de artsen elkaar, hetgeen in de openheid van de geneeskunde van tegenwoordig, niet aan de patiënten zal ontgaan. Legt bijvoorbeeld de huisarts voor het vaststellen van een hypertensie en het geven van een zoutloos dieet wel dezelfde maatstaven aan als de internist? Wat heeft het voor zin, iemand wegens hypertensie te verwijzen of zelf te behandelen wanneer de patiënt spoedig wordt geretourneerd omdat hij volgens de internist, naar zijn maatstaven gemeten, géén hypertensie heeft! Een in dit opzicht verantwoorde wijze van werken stelt bijzondere eisen aan de communicatie tussen de artsen onderling.

Dit geldt evenzeer de gelijktijdig door verschillende specialisten aan dezelfde patiënt bedreven therapieën. Men beseft dit o.a. wanneer men in een ziekenhuis wordt geconfronteerd met een met spoed opgenomen patiënt, vergezeld van allerlei flesjes en doosjes met medicamenten waarvan niemand precies weet waarvoor ze dienen en hoe essentieel ze zijn. De basis voor een goede communicatie tussen leermeesters en hun pupillen, ook later wanneer zij reeds praktiseren, en tussen praktiserende geneeskundigen onderling, moet aan de universiteit worden onderwezen. Basisvakken zonder welke men tegenwoordig nauwelijks adequaat kan functioneren, zijn o.a. medische statistiek, registratie en administratie, praktijkvoering, methoden van verwerking van wetenschappelijke gegevens, zonder welke laatste men niet in staat zal zijn uit de overvloed van publikaties een verantwoorde keuze te doen ten einde „bij” te blijven.

Tijdens de opleiding zal men hierbij moeten kiezen tussen het instampen van zoveel mogelijk feiten, inclusief alle onderscheiden syndromen en hun naamgevers — waarvan liefst drie voor ieder syndroom — en het bijbrengen van begrip en inzicht in systemen en processen, waarbij het op verantwoorde wijze vaststellen van symptomen een belangrijke plaats inneemt. In het laatste geval kan bij de diagnostiek het kiezen tussen de syndromen in de toekomst misschien zelfs worden overgelaten aan computers.

BOESCH (1963) wijst erop dat er twee soorten leerprocessen bestaan: „One is the process used in the 'learning' of electronic computers: storing a large number of data, and storing the most usual types of relationships between data. The other is the type of training which produces a man able to construct computers.” Hij merkt hierbij op dat het onwaarschijnlijk is dat er een computer zal worden uitgevonden, die in staat zal zijn een nieuwe computer te construeren, en dat er geen menselijke hersenen zijn met de nauwgezetheid en de snelheid van werken van de computer. Volgens BOESCH kan de computer eventueel differentiëren tussen de syndromen, terwijl de arts zal moeten blijven vaststellen of de symptomen (bv. hypertensie) juist werden waargenomen en niet berusten op een meetfout, en ook zal hij moeten nagaan wat de functionele betekenis is van het symptoom in het kader van de verschillende syndromen.

De hierboven aangegeven veranderingen in de houding van de geneeskundige ten opzichte van de geneeskunde, zijn vakgenoten en de patiënt maken instructie in de eerder genoemde vakken dringend noodzakelijk, waarbij de instructie in de communicatie met patiënten en vakgenoten een belangrijke plaats zal dienen in te nemen.

Aan het einde gekomen van dit betoog is het misschien mogelijk een poging te wagen tot het beantwoorden, nog altijd in vage bewoordingen, van de aan het begin gestelde vragen. In de eerste plaats zou men kunnen stellen dat de basisvakken niet noodzakelijkerwijs alleen maar preklinisch hoeven te worden gegeven. Er valt wel wat voor te zeggen het onderwijs in de basisvakken als anatomie, fysiologie, biochemie enz. zó te organiseren dat ieder vóór zijn arts-examen een kort en betrekkelijk oppervlakkig overzicht krijgt voorgezet, opdat een gesprek tussen de praktiserenden later mogelijk zal blijven. Tijdens de specialisatie kunnen dan die onderdelen van de basisvakken aan de orde komen, die relevant zijn voor het betrokken specialisme. Dat zou enige voordelen bieden: 1. de specialist krijgt werkelijk onderwijs tijdens zijn specialisatie; 2. de basisvakken „blijven” de basis vormen van ieder onderdeel van de geneeskunde; 3. de reeds onmisbare academici uit andere faculteiten, zoals biochemici, fysici, statistici, psychologen, enz., doen nu eerst werkelijk hun intrede in de kliniek, hetgeen de toepasbaarheid van hun kennis slechts zal vergroten en het diletantisme in dit opzicht van de medici zal doen verminderen. Het behoeft geen betoog dat dit voor de docenten een aanzienlijke reorganisatie van hun leerstof zou betekenen. Zij zullen hun taak van onderwijs van een vak in zijn geheel en gedurende een ononderbroken periode moeten opsplitsen, zodat gedeelten op verschillende tijdstippen in de opleiding van de student worden gedoceerd. Intussen kan de student dan op een veel eerder tijdstip leren omgaan met de patiënt, ten einde zo spoedig mogelijk uit te vinden wat deze eigenlijk van hem wil.

Op de tweede vraag zou kunnen worden geantwoord dat kennelijk de basisvakken, die dan niet meer preklinisch zijn te noemen, niet voor alle artsen dezelfde behoeven te zijn. Voor sommigen zullen bepaalde vakken zoals ze thans worden onderwezen, veel oppervlakkiger kunnen worden behandeld, terwijl andere zoals de sociale wetenschappen, aan het studieprogramma moeten worden toegevoegd. Op deze manier zou het mogelijk zijn een aanzienlijk verkorte en oppervlakkiger algemene opleiding te geven, waarna een specialisatie (waaronder ook het specialisme huisarts) volgt met een hernieuwd en verdiept onderwijs in de basisvakken.

Samenvattend zou men op de in de titel gestelde vraag kunnen antwoorden: „Wel een citroenzuurcyclus, maar niet noodzakelijkerwijs preklinisch en misschien ook niet voor iedere arts.”

Literatuur: BOESCH, E. E., J. R. ELLIS en R. SCOTT (1963) *Preparation of the physician for general practice*. WHO Public Health Papers No. 20. — DIJKHUIS, H. J. (1965) Epidemiologische mededelingen. *Ned. T. Geneesk.* **109**, 294. — QUERIDO, A. (1965) De betekenis van de niet-klinische vakken voor de geneeskundige opleiding. *Ned. T. Geneesk.* **109**, 593. — RIJKELS, D. K. (1964) in een rapport over een studiereis naar Ethiopië. — SCOTT, R., J. A. D. ANDERSON en A. CARTWRIGHT (1960) Just what the doctor ordered. *Brit. med. J.* **II**, 293.

Rotterdam, 10 juli 1965

R. GIEL

BERICHTEN BUITENLAND

Engeland

Cijfers van maagkanker in Birmingham. — Een chirurg en twee statistici geven een overzicht van 5441 lijdende aan maagkanker, geregistreerd door de Birmingham Regional Cancer Registry in de jaren 1950-1959, en ter vergelijking van 1802 gevallen in de jaren 1936-1949. In iets meer dan 25 pct werd radicaal geopereerd; van deze laatste groep waren 18,4 pct na 5 jaar in leven. „There was some evidence to suggest that the condition had a greater incidence than was expected in urban areas, and a lower one than expected in rural areas. The most significant prognostic feature was the length of duration of pre-operative symptoms. Patients with the longer history had a higher operability rate and survived the longer. The site of the growth affected the prognosis less, lesions nearer the pylorus being more favourable than those near the cardia. Histological variations did not appear to effect the prognosis, or the duration of symptoms, except for cases of linitis plastica, which were favourable. The mean age of onset of the disease seemed to be rising in both sexes, but more so in women than in men. On the other hand, the mortality rate for the disease showed a slow fall over the 10 years. It can be argued from those two factors that the incidence of the condition is slowly falling. The figures over 25 years did not seem to show any improvement in the result of treatment.” (*Brit. med. J.*, 19 juni, bl. 1577).

Who takes the smear? — Reeds zijn vijf centra werkzaam ter opleiding van „technicians in exfoliative cytology”, zodat de „national cytological service to detect in-situ carcinoma of the cervix” binnenkort op gang zal zijn gebracht. De hierbovengeplaatste vraag is reeds meer dan eens gesteld, doch wordt op verschillende wijze beantwoord. Sommigen rekenen het tot de taak van de huisarts, anderen geven de voorkeur aan „well women's clinics”, die niet het karakter van een gynaecologische polikliniek mogen hebben. Uitsrijkpreparaten kunnen ook in ante-natale adviesbureaus worden gemaakt, maar sommigen achten het van belang te wachten tot ná de bevalling „when the cervical epithelium will have settled down”. Op deze wijze bereikt men ook de multiparae van de sociale klassen IV en V, die door hoge cervixkankercijfers zijn gekenmerkt. De „do-it-yourself” methode wordt eveneens aanbevolen (*Dan. med. Bull.* 1964, **11**, 209). Bij een onderzoek van 9000 vrouwen te Kopenhagen telde men 284 verdachte preparaten en bij klinisch na-onderzoek 12 gevallen van invasieve kanker en 79 gevallen van carinoma-in-situ. (*Brit. med. J.*, 3 juli, bl. 4).

Group-therapy for alcoholism. — De *Lancet* van 10 juli (bl. 75) geeft wederom een bijdrage tot de reeks „Personal Papers”; ditmaal het verslag van de ervaringen van een