

directe gevolg van de Amerikaanse selectieprocedures aan de medische hogescholen.

Het grootste deel van de Amerikaanse artsenstand bestaat uit „brainless types” of zij die gewiekst genoeg waren om hoge cijfers te halen ondanks een „average intelligence”. Zij die splendorwijze leren en geen moeite hebben tot een medische hogeschool toegelaten te worden, zijn niet altijd beziel met de hoogste idealen. Het maatschappelijke prestige van de arts en zijn financiële potenties zijn vaak de aantrekkelijkste doeleinden voor een groot deel van de medische studenten. Het zou naïef zijn te geloven, dat enig selectieproces dit euvel zou kunnen bestrijden. Natuurlijk kan men in Nederland evenmin zulke studenten weren, maar juist de afwezigheid van elke kunstmatige selectie beperkt het aantal van de slecht gemotiveerde studenten tot een minimum. Men bedenke, dat de wedijver voor een plaats in de medische opleiding zeer groot is, en dat de toelating als een nijptang werkt. Eenmaal gegrepen, blijft men in het gareel en studeert af als medicus.

Dat men ondanks de strenge selectie niet altijd ongewenste elementen kan weren, blijkt uit de lange lijst van disciplinaire veroordelingen, die ieder jaar door de diverse State Boards gepubliceerd wordt.

Tenslotte enige persoonlijke observaties, die natuurlijk subjectief zijn en derhalve aanvechtbaar. De veelvuldige contacten met mijn collegae in drie verschillende staten (New York, Georgia en Texas) over een periode van 16 jaren hebben mij de indruk gegeven, dat qua intellectuele capaciteiten er welhaast geen verschil bestaat met Nederlandse, c.q. Indonesische collegae. Onder de Amerikanen zijn er wel beslist veel minder doktoren, die, wat op leeftijd gekomen, zich niet meer op de hoogte van de vooruitgang in de medische wetenschap stellen. Dit is niet toe te schrijven aan een meer studieuze geest, maar veelal het gevolg van „competition” en de vrees voor een „malpractice suit”, wanneer men een nieuwe en succesvolle behandelingsmethode achterwege laat.

Wat betreft de politieke instelling van doktoren is er een duidelijk verschil. De overgrote meerderheid van de artsen in de Verenigde Staten is conservatief tot ultra-conservatief, behalve merkwaardig genoeg de psychiaters. Een medicus, die socialistisch denkt of zelfs een weinig links van het centrum staat, is een *rara avis*. In de maatschappelijke en beroepsomgang met collegae is de afwezigheid van „compassion”, d.w.z. barmhartigheid voor de patiënten vaak zeer opvallend. Evenzo is de vrouwelijke en meer zachte aardige kijk op het leven moeilijk te vinden in de artsenstand.

Mogelijk dat er Nederlandse collegae zijn, die deze euvels als vermeende euvels beschouwen of er niet veel waarde aan hechten. Persoonlijk vind ik ze als prijs voor een selectie tot toelating aan een medische hogeschool te hoog.

Al mogen de financiële lasten van het toelatingssysteem in Nederland groot zijn, de voordelen wegen hier ruimschoots tegen op. Het gevaar, dat bij een beperking van het aantal studenten, het aantal beschikbare plaatsen atrofieert ten opzichte van de behoeften van het land, is, gezien de Amerikaanse ervaring, lang niet denkbeeldig.

Het Nederlandse toelatingssysteem is het toppunt van democratische grootmoedigheid. Een scholier met diploma middelbaar onderwijs wordt toegelaten tot de universiteit, en kan zijn roeping volgen. De rest hangt van hem af. De medische faculteiten aan de Nederlandse universiteiten dienen ernstig de voor- en nadelen van het Amerikaanse systeem te overwegen alvorens de oude toelatingssystemen te wijzigen.

San Antonio (Texas), 29 mei 1967

R. HAUSMAN

HET RESPECT VOOR EEN OVERTUIGING

De steeds uitstekend verzorgde en weldoordachte „Nuttige notities” gaan in de 46e reeks (1967) over de fobische „horror sanguinis” van de Jehova's getuige. Uitvoerig en met respect refereert de chirurg zijn studie over de metafysisch gefundeerde ethiek van deze andersdenkenden. Het lijkt jammer, dat het team niet is ingegaan op de tip van hun geestelijke verzorger: Deze gaf namelijk als principe aan: „Wat niet weet, dat niet deert” en zo als oplossing de pia fraus voor de arts i.c.: toch bloed geven zonder dat de patiënt of diens familie het weet. Het ware hier onelegant, bijvoorbeeld de psychiater te vragen, over de patiënt een „krankzinnigheidsverklaring” af te geven, al had de belangrijkste vraag („Is de patiënt een gevaar voor zichzelf of voor anderen?”) bevestigend beantwoord kunnen worden. Ook waren er wel gronden om een psychische aberratie bij de patiënt aan te nemen. Het was echter medisch-psychologisch onjuist geweest, de patiënt juist op deze wijze tegen zichzelf en tegen zijn overtuiging te beschermen.

Het lijkt in het licht van bovenstaande overweging wel aanvaardbaar, dat er geen psychiater als consulent bij de patiënt is geweest; minder juist echter, dat de psychiater aan de gerefereerde stafbespreking geen deel had.

Men kan stellen in het licht van de frustratietheorie: De weigerachtige patiënt moest boeten voor zijn overtuiging door de (onbewuste) wraak van de artsen, die hem op de noodzakelijke ingreep hebben laten wachten zonder noodzaak. Het uitstel verminderde bovendien zijn levenskansen.

Daarnaast is er een andere, logisch met de vorige verenigbare situatieanalyse mogelijk: Respect voor andermans overtuiging kan als uiting van besef van eigen beperktheid de basis vormen voor een gezonde democratische houding. Respect voor een overtuiging, die de patiënt zelf schaadt, zonderdat dit respecteren een aanwijsbaar groter goed dient, is gevaarlijk. Een dergelijk respect is psychologisch het begin van een geïnduceerde denkstoornis bij de arts, door diens te sterke identificatie met zijn patiënt.

Ergo: Bij de beoordeling van de overtuiging van een patiënt kan de stafinbreng van een psychiater wel eens bijdragen tot de vergroting van de levenskansen van die patiënt.

Dat een kind recht heeft op bescherming tegen anders onvermijdelijke desastreuze gevolgen van een overtuiging van zijn ouders, staat voor mij vast. Wát er gebeuren moet en hóe, moet de verantwoordelijke medicus met de gerechtelijke instanties uitmaken

Literatuur: Nuttige Notities Nr. 46 (1967) *Ned. T. Geneesk.* III, 950.

Beverwijk, 7 juni 1967

J. H. VAN MEURS

MYASTHENIE BIJ MALIGNIE TUMOREN

De passage „Myasthenia gravis” in het caput selectum over neuro-myopathieën bij maligne processen van VERJAAL en BLOMHERT (1967) noodt mij tot het volgende commentaar:

Het door EATON en LAMBERT (1957) beschreven myasthene syndroom verschilt niet alleen elektromyografisch maar ook klinisch en farmacologisch (zie ook ROOKE e.a. 1961) van de klassieke myasthenie en wel in de volgende opzichten:

1. de zwakte betreft zeer zelden de bulbair en oculaire spieren;
2. de kracht in de aangetaste spieren neemt toe na enige spierarbeid en daarna snel af (parallel aan de elektromyografische bevindingen);
3. de patiënten tonen vaak andere neurologische afwijkingen nl. opgeheven peesreflexen aan de benen, periodieke spieren, paresthesiën in handen en voeten;