

KWF-fellowships 1979

De Stichting Koningin Wilhelmina Fonds — Nederlandse Organisatie voor de Kankerbestrijding (KWF) verstrekt fellowships die bestemd zijn voor hen die zich in Nederland willen bekwamen in het kankeronderzoek of de kankerbestrijding. De fellowships zijn bedoeld voor afgestudeerde artsen, biologen, (bio)chemici, (bio)fysici, apothekers of dierenartsen; ook doctorandi in de (dier-)geneeskunde en farmacie kunnen in aanmerking komen. De kandidaat wordt geacht zich na de opleidingsperiode te wijden aan wetenschappelijk onderzoek op het gebied van kanker of aan de bestrijding van kanker in Nederland.

Een uitvoerig curriculum vitae wordt van de kandidaat verwacht, terwijl hij tevens een voorkeur te kennen kan geven waar en bij wie hij de opleiding zou willen ontvangen.

Een fellowship is niet bedoeld voor medewerking aan een wetenschappelijk project van beperkte omvang.

De Wetenschappelijke Raad voor de Kankerbestrijding bepaalt welke kandidaten in aanmerking komen voor een KWF-fellowship. Bij het toekennen van de fellowships wordt voorrang gegeven aan hen die zich willen bekwamen in het epidemiologisch kankeronderzoek. De fellow komt in dienst van het KWF en ontvangt een salaris overeenkomstig de normen van het instituut waarin hij werkzaam zal zijn. De aanstelling tot KWF-fellow is voor één jaar en kan maximaal tweemaal met één jaar worden verlengd.

Aanvragen vóór 1 juli 1978 te richten aan de Wetenschappelijke Raad voor de Kankerbestrijding, p.a. de Lairessestraat 33, 1071 NS Amsterdam. Inlichtingen te verkrijgen bij drs. E. VAN HEEMSTRA-LEQUIN en dr. E. BOELSMA-VAN HOUTE, tel. 020-735575.

INGEZONDEN

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

De opleiding tot algemeen arts. Over een fundamentele ongerijmdheid en de onzaligmakende indeling in „natuurwetenschappelijke” en „psychosociale” geneeskunde

Bij de vraagstelling naar wat het dokterschap precies moet omhelzen en wat de opdracht van dit ambt is, dringt zich al snel de definitie van het begrip gezondheid op zoals die door de Wereldgezondheidsorganisatie is opgesteld. Deze definitie is echter bij nader inzien nauwelijks met het leven verenigbaar en geeft een ideaal beeld van gezondheid weer die zo ongeveer vergelijkbaar moet zijn met de extatische gemoedstoestand die wellicht in het hiernamaals te vinden is. Toch is het achteraf licht te begrijpen dat in de euforische jaren van de na-oorlogse periode overwaardige denkbeelden niet alleen werden geponeerd doch ook voor praktische uitwerking vatbaar werden geacht.

Aangezien de definitie meer een levensbeschouwelijk karakter draagt en daardoor grenzen van wereldlijke aard overschrijdt is te begrijpen dat een voedingsbodem is gecreëerd waarop het gewas is gaan groeien waarvan thans de wrange vruchten worden geplukt, tot uitdrukking komend in de discussie tussen voorstanders van een psychosociale benadering van de geneeskunde en die van een meer natuurwetenschappelijke benadering. Aldus is de gevaarlijke conceptie geschapen waarbinnen twee stromingen elkaar over en weer een te grote eenzijdigheid verwijten, iets wat wanneer het reeds binnen een onderwijssituatie merkbaar is, dunkt mij, ten koste kan gaan van een homogene opleiding.

In de discussie omtrent de vraag naar wat tot de opdracht van een dokter moet behoren wordt weleens voorbijgegaan aan het principiële uitgangspunt van wat tot de opdracht behoort van elke individuele mens. Het is tenslotte toch zo dat iedereen zijn eigen financiële en psychosociale tuintje moet bijhouden en aldus wordt voorkomen dat het onkruid in de ene tuin de ander in zijn zuiverheid gaat bedreigen.

Wanneer van een dergelijk uitgangspunt al te zeer wordt afgeweken ontstaan onhoudbare situaties. We zien dat bij uitstek optreden in de ontwikkelingen van de economische verhoudingen van dit land, waar een steeds kleiner wordende groep van arbeiders een steeds grotere groep van gesubsidieerde werkmensen gaat onderhouden. Een dergelijke situatie impliceert een ernstige onrechtvaardigheid, temeer wanneer men bedenkt dat onder de werkelozen een steeds grotere groep schuilt die al te makkelijk omgaat met een begrip zoals „passende arbeid”. Het zou ook tot een onrechtvaardigheid leiden wanneer al te veel van de capaciteit van de gezondheidszorg ten goede zou komen aan mensen die het niet zo nauw nemen met het onderhouden van hun eigen psychosociale micromilieus, waar anderen in onze samenleving zich wel de moeite toe getroosten. Op deze manier is zo langzamerhand een mogelijkheid geschapen dat sommigen meer gepre-occupeerd zijn met het lot van drugverslaafden en gevangen gezette terroristen dan met het lot van bijvoorbeeld een leukemiepatiëntje dat geboren is uit ouders die zich nou eens toevallig wél inzetten voor een bevredigende huwelijksrelatie en waarvan de echtgenoot nou eens toevallig wél een prettige werkkring creëert en continueert.

De gedachte dat veel klachten van patiënten terugwijzen naar onbewuste conflicten in huwelijk of werk wordt daarmee in een ander licht geplaatst. Immers, men kan evenzeer stellen dat het zo is dat sommigen zich minder voldoende toegankelijk laten zijn voor de feitelijke opdracht van dit bestaan en de verplichtingen daaraan verbonden, iets wat op zichzelf weer met zich meebrengt dat wanneer deze mensen in hun houding worden bevestigd het onrecht jegens de bevolkingsgroep die het omgekeerde doet nog wordt vergroot. Het is daarom nog steeds de vraag of een dokter moet interveniëren in psychosociale conflicten die een mens heeft met huwelijkspartner of patroon in plaats van in het conflict tussen een mens en zijn lichamelijke kwaal.

Ook de overheid komt langzamerhand tot het inzicht dat haar sociale beleid over zijn doel is heengesloten, iets wat tot uitdrukking komt in een herwaardering van de hoogte

van de sociale uitkeringen en een begrip zoals „passende arbeid”. Het zou echter meer toe te juichen zijn wanneer naast deze wat dwangmatige constructies ertoe werd overgegaan de Nederlandse burger weer eens te wijzen op fundamentele uitgangspunten van leven en dat „plicht” daar evenzeer toe behoort als „recht”. In dit kader is echter meer een taak weggelegd voor andere ambtsdragers dan geneeskundigen, hoewel de eerste zich thans groter zorgen maken over neutronenbommen dan dat ze zich inlaten met leed van individuen dat samenhangt met onvoldoende fundament voor het creëren van een evenwichtig en gelukkig bestaan.

In een goede wetenschapsbeoefening staat een met bewijzen gestaafd stelsel van beweringen centraal, alles wat hypothetisch is dient met zo veel woorden als zodanig te worden aangeduid zodat wordt voorkomen dat bepaalde in de lucht hangende veronderstellingen een vaste grond krijgen en wetenschap aldus een meer geloofmatig dan feitelijk karakter gaat dragen. Zo is het mij tot op dit moment nog onduidelijk waarop de veel geventileerde stelling is gebaseerd dat een meer natuurwetenschappelijk georiënteerd arts toch niet geheel onverdacht is in tegenstelling tot een meer psychosociaal gepre-occupeerd arts, noch dringt het tot mij door dat gezondheidscentra in principe betere vormen van gezondheidszorg voor de individuele patiënt zouden waarborgen dan de solistisch gevestigde medicus practicus. Sluitende bewijzen voor dergelijke uitspraken zijn nog lang niet geleverd en dit alles klemmt temeer wanneer deze relativiserende overwegingen niet voldoende tot uitdrukking komen in een onderwijssituatie. Er wordt hier voorbijgegaan aan het principe dat het één het ander nog niet uitsluit, maar bovendien wordt van een student gevraagd, althans de gevaarlijke denkrichting aangereikt, een oordeel uit te spreken over hoe een bepaalde arts meent zijn beroep te moeten uitoefenen. In deze constellatie geraken de juiste verhoudingen wel geheel zoek. Immers, een student studeert om arts te worden en niet om degenen te be- of veroordelen die dat al zijn. Er zij opgemerkt dat, nog afgezien van de kwestie die hier aan de orde is, het in algemene zin onwillevend is een mens in verlegenheid te brengen door hem te vragen een uitspraak te doen over zaken die nog verre van zijn competentie liggen.

Men moet zich nu toch afvragen of de onzaligmakende discussie tussen „natuurwetenschappelijke” en „psychosociale” geneeskundigen niet daarin haar basis vindt dat onvoldoende controle wordt uitgeoefend op de wijze waarop bepaalde niet absoluut vaststaande uitspraken in een al te zeker daglicht worden geplaatst. Met dit al is voor een student het dilemma compleet, omdat tweespalt in een onderwijssituatie dwingt tot een keuze, iets wat de onbevangenheid in de weg staat en de eenzijdigheid in de hand werkt. Het is daarom te hopen dat aan deze onlogische conceptie een halt wordt toegeroepen en het werkelijkheidsgehalte van het onderwijs tot het uiterste wordt bewaard.

Literatuur: JONGKEES, L. B. W. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1345. — SLUITER, H. J. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 2065.

Alkmaar, april 1978

W. G. M. BEEMSTERBOER

Behandeling en profylaxe van endocarditis

De klinische les van SCHOUTEN (1978) vraagt om enig commentaar en aanvullingen. De aanvankelijke behandeling van een door *Streptococcus viridans* veroorzaakte endocarditis met 48 miljoen eenheden benzylpenicilline intra-

veneus is een ruime overdosering. De gevoeligheid van *Streptococcus viridans* wordt niet vermeld; het merendeel van de vergroenende streptokokken, uitgezonderd de enterokokken, zijn echter zeer goed gevoelig voor penicilline (MRC < 0,1 E per ml). In het algemeen wordt aangenomen, dat voor de behandeling van een *Streptococcus viridans*-endocarditis per dag een dosering van 6×2 miljoen eenheden penicilline G parenteraal voldoende is, tenzij de streptokok minder gevoelig is. Deze therapie moet gedurende 4 tot 6 weken gegeven worden (GOSLINGS 1966; WEINSTEIN 1972). Deze therapie kan gedurende de eerste twee weken eventueel gecombineerd worden met 2 × 1/2 gram streptomycine per dag. Op het ogenblik staat ter discussie of bij een dergelijke combinatie de totale therapieduur verkort kan worden (HOPPE 1977). Helaas wordt in de klinische les ook niet vermeld hoe lang de patiënt met de hoge penicilline-dosis behandeld werd, waardoor de reden van de nabehandeling met 2 gram feneticilline (Broxil) onduidelijk is. De hierbij gebruikte dosis is te laag: 6 keer daags 1 gram fenoxymethylpenicilline (penicilline V, Acipen), eventueel gecombineerd met probenecide, is adequaat.

Toediening van hoge doses penicilline is niet zonder gevaar. Het is bekend, dat een zeer hoge concentratie prikkeling van de cortex cerebri kan geven, die zich uit in een epileptisch insult. Het risico hiervoor is groter bij oudere patiënten, die een gestoorde nierfunctie kunnen hebben (de nierfunctie wordt niet vermeld in deze klinische les). Hierdoor is de renale uitscheiding van penicilline vertraagd, waardoor de bloedspiegels zeer hoog kunnen worden.

Tot slot vinden wij het jammer dat in deze klinische les nog niet eens op het probleem van de endocarditisprofylaxe wordt ingegaan. De beschreven patiënt is een goed voorbeeld van het ontstaan van een endocarditis na een tandextractie. In het algemeen geldt dat patiënten met een bekend klepvitium, bij tandheelkundige en andere ingrepen die gepaard kunnen gaan met een bacteriëmie, een antibiotische profylaxe moeten krijgen. Of deze regel ook voor patiënten met sclerotische klepvitia opgaat, is niet geheel zeker, maar in de Amerikaanse literatuur wordt hiervoor wel gepleit (WEINSTEIN en SCHLESINGER 1973).

Het huidige advies voor antibiotische profylaxe bij tandheelkundige ingrepen luidt, dat de patiënt 1/2 uur voor de ingreep 1 flacon bicilline (dit is per flacon 900.000 E procaine-penicilline G plus 300.000 E natrium-penicilline G) intramusculair krijgt, gevolgd door een oraal penicillinepreparaat, bv. om de 6 uur 250 mg fenoxymethylpenicilline (penicilline V, Acipen) gedurende 48 uur. Bij penicilline-overgevoeligheid kan erytromycine gegeven worden en wel 1-2 uur voor de ingreep 500 mg per os en vanaf 6 uur na de ingreep gedurende 2 dagen om de 6 uur 250 mg.

Literatuur: GOSLINGS, W. R. O. (1966) In: *Antimicrobiële therapie*, bl. 398. — HOPPE, W. L. (1977) *Arch. intern. Med.* 137, 1122. — SCHOUTEN, J. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 289. — WEINSTEIN, L. (1972) *J. roy. Coll. Phycns Lond.* 6, 161. — WEINSTEIN, L. en J. SCHLESINGER (1973) *Progress in cardiovascular research*, 16, bl. 275.

Leiden, maart 1978

R. VAN FURTH
J. THOMPSON
H. MATTIE

Uiteraard zijn de aanvullingen van de collegae VAN FURTH, THOMPSON en MATTIE zeer welkom. In een betrekkelijk kort bestek als een klinische les, blijven altijd zaken onbesproken. Wij waren ons ook van de gevaren van hoge penicilline-doses bewust, maar daar staat tegenover de