

Samenvattend kwamen uit deze discussie de volgende punten naar voren:

- 1 In de opleiding van de huisarts bestaan lacunes.
- 2 In deze lacunes wordt door universitaire en postuniversitaire opleiding, ondanks enkele pogingen daartoe, niet voorzien.
- 3 De geneeskunde van de huisarts moet een even integrerend deel uitmaken van de universitaire opleiding tot algemeen arts als de andere onderdelen der geneeskunde; de opleiding tot algemeen arts moet van de huisartseneeskunde doortrokken zijn, zodat later ook praktizerende specialisten en sociaal geneeskundigen op de hoogte zijn van de typische huisartsenproblemen; hiervoor zal ook een verbreding van de basis-vakken nodig zijn.
- 4 Wil de huisarts op verantwoorde wijze zijn taak vervullen, dan is na het artsexamen nog een theoretische en praktische scholing tot huisarts noodzakelijk.
- 5 Wil een verbetering in de opleiding tot huisarts tot stand komen, dan zal nog veel research moeten worden gedaan op het gebied van de scholings- en nascholingsstechniek (methodiek, zelfwerkzaamheid, opbouwen arts-patiëntrelatie, enzovoort).
- 6 Ook de nascholing en de bijscholing van de reeds praktizerende huisarts zal de nodige aandacht moeten hebben. Daarbij zal niet zijn te ontkomen aan theoretische studie.
- 7 Het meewerken aan de verbetering van de opleiding tot huistars is een taak van alle huis-

artsen, zeker niet alleen van de leden van het N.H.G.

Tenslotte werd er op aangedrongen de gehouden inleidingen en de daarop gevolgde discussie in de centra en studiegroepen te bespreken en te bestuderen. Daardoor zullen de ontwikkelde gedachten in eigen milieu kunnen worden uitgedragen. Hierbij kan worden gebruik gemaakt van de gehouden inleidingen, alsmede van dit overzicht van de gevoerde discussie.

Verslagen van de in centra en studiegroepen gehouden besprekingen en de daaruit voortgekomen suggesties, voorzien van ervaringen van huisartsen, die reeds co-assistenten of assistenten in hun praktijk hebben gehad, zullen gaarne worden ingewacht bij het secretariaat van het N.H.G., indien mogelijk op korte termijn. Wanneer de centra informeren welke huisartsen bereid zijn en zich in staat achten co-assistenten, c.q. assistenten, in hun praktijk te ontvangen en een lijst van deze namen doen toekomen aan het secretariaat van het N.H.G., zou een begin kunnen worden gemaakt met praktisch realiseerbare plannen.

Dit alles zal nodig zijn om te komen tot een opinievorming binnen het Genootschap, die vooral van belang is met het oog op de volgende, in het aanstaande voorjaar te houden, conferentie over dit onderwerp. Aldaar moet onzerzijds immers kunnen worden gesproken namens het gehele Genootschap en moeten wij in staat zijn praktische voorstellen ter tafel te brengen. Een en ander is dus wel zeer urgent! Mogen de centra en de studiegroepen dit dringende beroep verstaan en er gehoor aan geven.

P. den Duyn, secretaris N.H.G.

## CASUÏSTIEK

### *Elk probleem heeft zijn oplossing*

Dikwijls biedt de advertentierubriek in een dagblad interessante stof. Niet alleen in het redactionele gedeelte, doch ook in de advertenties wisselen tragiek en romantiek elkaar af en ook daar kan charlatannerie hoogtij vieren in de diensten, welke helderzienden, psychometristen en somnambules, in bonte rij, te kust en te keur, de goedgelovige lezer aanbieden. „Elk probleem heeft zijn oplossing”, zo wordt de lezer verzekerd en die bewering zou men titel willen laten zijn van deze bijdrage in de rubriek „Casuïstiek”.

Hoe vaak staan wij artsen tegenover problemen, die niet die oplossing krijgen, waarnaar wij zozeer verlangen. Heviger wordt ons verlangen, wanneer de oplossing van een urgent probleem wordt gevraagd.

Onderstaande ziektegeschiedenis is er een frappant voorbeeld van.

Mevrouw X, voor de derde maal gravida, bijna a terme, begon vrij plotseling over pijnen te klagen in het epigastrium links, iets lateraal gelegen van de lijn umbilicus-spina iliaca anterior superior, wisselend in intensiteit en duur, en schijnbaar aanvalsgewijs optredend. Toen ik haar de eerste maal bezocht, liep patiënte rustig in de kamer rond. Zij had niet gebraakt, voelde zich goed, behoudens de af en toe opkomende pijn aanvallen, die meer hinderlijk dan zeer pijnlijk waren. In de urine werden geen afwijkingen gevonden; de bloeddruk bedroeg 120/80 mm Hg; het hemoglobinegehalte was 85 procent (Sicca). Patiënte was Rhesus positief. De ute-

rus reikte tot vier vingers onder de ribbenboog; het voorliggend hoofd was goed ingedaald; de rug lag rechts. Af en toe waren er geringe weeën. Bij inwendig onderzoek bleek er  $1/2$  cm ontsluiting te bestaan, staande vliezen en staande portio. Bij uitwendig onderzoek van de buik werden geen défense musculaire, geen weerstanden en geen drukpijnlijkheid gevonden. De defaecatie was normaal. Het geheel liet een afwachtende houding toe.

Daags na mijn eerste bezoek werd ik met spoed ontboden omdat de pijnen links erger werden. Het herhaalde onderzoek leverde dezelfde resultaten op als de vorige dag. Ik meende toen een consult van een gynaecoloog te moeten adviseren omdat het geheel me niet aanstond. De gynaecoloog vond hetzelfde; reden waarom hij een afwachtende houding volkomen verantwoord achtte.

Het consult had des middags ongeveer vier uur

plaats. Tegen de avond werden de pijnen heviger en begon de goede algemene toestand van patiënte te veranderen, zodat spoedopname volgde. De door de gynaecoloog in consult geroepen chirurg adviseerde laparotomie, omdat hij meende, dat er sprake was van een strangulatie van het sigmoid. Zodra de buikholtte werd geopend zagen wij tot onze niet geringe verbazing een getordeerd linker ovarium met beginnende necrose. Het ovarium werd geëxstirpeerd en het kind per sectio caesarea geboren. Het postoperatieve verloop was ongestoord, zodat patiënte na veertien dagen in goede gezondheid en in gezelschap van een zoontje van zeven pond, het ziekenhuis kon verlaten.

De literatuur, welke ik hierover nasloeg, vermeldt nergens iets over deze blijkbaar zeer zeldzame complicatie tijdens de graviditeit. Over de aetiologie kan men slechts fantaseren.

## *Training in psychologische problemen in een kliniek voor inwendige ziekten\**

DOOR PROF. DR A. JORES\*\*

Psychologische geneeskunde is niet een nieuw specialisme dat zich langzamerhand heeft ontwikkeld zoals bijvoorbeeld de cardiologie, die haar ontwikkeling te danken heeft aan de vooruitgangen in de hartchirurgie en in de diagnostische methoden. Het is een fundamentele heroriëntatie van het medische denken. Op de voorgrond staat de erkenning van het feit, dat gezondheid en ziekte bij de mens in beslissende mate worden bepaald door psychologische factoren.

Het is zeker onjuist deze zienswijze zo te interpreteren, dat psychologische factoren alleen voor de neurosen van belang zijn en dat de ziekten kunnen worden ingedeeld in een psychogene en in een somatogene groep. Als men inderdaad overtuigd is van de vaak geciteerde eenheid van lichaam en geest, dan is het duidelijk dat de psychologische en de somatische geneeskunde twee naast elkaar staande zienswijzen van gelijkwaardige betekenis zijn.

Medici, die de geneeskunde uitsluitend als natuurwetenschap opvatten, kunnen dit dualisme moeilijk inzien, aangezien de psychologische denk- en werkwijze fundamenteel verschilt van de natuurwetenschappelijke. De gehele, omvangrijke medische wetenschap, zoals die thans aan ons bekend is en algemene bewondering afdwingt, is voortgekomen uit de kennis en de toepassing van methodieken, ontleend aan de natuurwetenschappen. Aangezien de

psychologie de wetenschap is, die zich met de on tastbare geest bezighoudt, kunnen deze principes hier niet worden toegepast. Exacte methoden zoals wegen en meten zijn niet mogelijk; de experimentele methode is niet of slechts zeer beperkt bruikbaar, waardoor het bijzonder moeilijk wordt de juistheid van psychologische gegevens aan te tonen. Er zijn derhalve twee hoofdoorzaken te onderscheiden voor de afwijzende houding, die vele artsen — en in het bijzonder de natuurwetenschappelijk ingestelde medici — aannemen tegen het binnendringen van psychologische theorieën in de geneeskunde. In de eerste plaats wordt de vraag gesteld waarom het eigenlijk nodig is psychologische principes te gaan invoeren, als de tot nu toe gebruikte methoden van onderzoek reeds zo bijzonder succesrijk zijn gebleken en voor de toekomst zeker even vruchtbare resultaten beloven. Ten tweede wordt er beweerd, dat de psychologie geen exacte wetenschap is; dat het een systeem is, gebaseerd op postulaten, waarvan de geldigheid niet kan worden aangetoond, en er wordt gevreesd dat het invoeren van psychologische methoden aanleiding zal worden tot een warwinkel van speculaties — hetgeen de natuurwetenschappen nu juist trachten te vermijden en op te helderen.

Deze bezwaren moeten zorgvuldig worden onderzocht, en ook de vraag of het werkelijk nodig is over te gaan tot een nieuwe en geheel andere manier van benadering en onderzoek, terwijl de tot nu toe gebruikte methoden zulke indrukwekkende resultaten hebben opgeleverd.

\* \* \*

\* Voordracht voor de Boerhaave-cursus voor huisartsen over medische psychologie, 7-9 april 1960.

\*\* Uit de tweede afdeling voor inwendige ziekten van de universiteit van Hamburg; directeur: Prof. Dr A. Jores.