

- Deen, K. J. van (1952) Arbeidsanalyse in een plattelandspraktijk. Academisch proefschrift, Groningen.
- Es, J. C. van (1959) Gezinnen met zwakzinnige kinderen. Van Gorcum & Comp., Assen.
- Goshen, Ch. E. (1963) Arch. gen. Psychiat. 9, 168.
- Habets, J. J. G. M. (1961) Katholiek Artsenblad 40, 1.
- Hinkle, L. E. (1961) Psychosom. Med. 23, 289.
- Hinkle, L. E. (1961) Psychosom. Med. 23, 289.
- Hinkle, L. E. e.a. (1958) Psychosom. Med. 20, 278.
- Howells, J. G. (1962) Practitioner 188, 370.
(1963) Publ. Hlth. 77, 368.
- Huygen, F. J. A. (1948) Lobaire pneumonie als besmettelijke ziekte. Academisch proefschrift, Utrecht.
(1962) huisarts en wetenschap 5, 258.
- Kellner, R. (1963) Family ill health. Mind and medicine monographs. Tavistock Publications, Londen.
- Kempe, C. H. (1953) J. Amer. med. Ass. 151, 1472.
- Kuenssberg, E. V. en G. A. Sklaroff (1962) Practitioner 188, 253.
- Kuyer, H. J. M. (1961) Het kind en zijn ouders. Het Spectrum, Utrecht.
- Marschall, A. G., E. O. Hutchinson en J. Honisett (1962) Brit. med. J. I, 1.
- Meyer, R. J. en R. J. Haggerty (1962) Pediatrics 29, 539.
- Miller, F. J. W., S. D. M. Court, W. S. Walton en E. G. Knox (1960) Growing up in New Castle upon Tyne. Oxford University Press, Londen - New York - Toronto.
- Nieuwenhuijzen, M. G. van (1961) Persoon en milieu van de ulcus duodeni-lijder. Academisch proefschrift, Utrecht.
- Peachy, R. (1963) G. P. (Kansas) 27, 82.
- Queen, S. A., R. W. Habenstein en J. B. Adams (1961) The family in various cultures. Lippencoth, New York.
- Querido, A. (1955) Inleiding tot de integrale geneeskunde. Stenfert Kroese, Leiden.
- Richardson, H. B. (1948) Patients have families. Commonwealth Fund, New York.
- Roodijn, L. (1960) J. Hyg. (Lond.) 58, 1 en 11.
- Ruhe, H. A. M. (1957) Een huisartsenpraktijk in 1938 en 1954. Van Gorcum & Comp., Assen.
- Silver, G. A. (1963) Family medical care. Harvard University Press, Cambridge-Massachusetts.
- Simpson, G. (1960) People in families. Thomas Y. Crowell Comp., New York.
- Spence, J., W. S. Walton, F. J. W. Miller en S. D. M. Court (1954) A thousand families in New Castle upon Tyne. Oxford University Press, Londen - New York - Toronto.
- Stallijbrass, C. O. (1931) The Principles of epidemiology and the process of infection. George Routledge & Son, Londen.
- Trimbos, C. J. B. J. (1961) Gehuwd en ongehuwd. Paul Brand, Hilversum.
(1962) Samenleven in huwelijk en gezin. Paul Brand, Hilversum.
- Wermeskerken, W. van (1961) T. soc. Geneesk. 39, 349.
- Weyel, J. A. (1961) Medische psychologie. Erven J. Bijleveld, Utrecht.
- Wilner, D. M., R. P. Walkley, Th. C. Pinkerton en M. Tack (1962) The housing environment and family life. Johns Hopkins Press, Baltimore.
- Young, M., B. Benjamin en C. Wallis (1963) Lancet II, 454.

Medical education

Het medisch onderwijs was onderwerp van de van 16 tot 19 september jl. in Leiden gehouden Boerhaave-cursus. Dit uitermate moeilijke thema, dat overal in de wereld in de afgelopen jaren herhaaldelijk in discussies en publikaties aan de orde werd gesteld, werd hier van verschillende zijden uiterst deskundig ingeleid en daarna in panel besproken. Het was duidelijk dat uit deze conferentie geen universeel patroon voor het medisch onderwijs, dat in alle landen zou kunnen worden nagevolgd, kon resulteren. De opzet was, zoals Mulder (Leiden) het in zijn inleiding formuleerde, elkaars standpunt te leren kennen, waarbij werd verwacht dat uit de discussies nieuwe denkbeelden zouden opkomen.

De inleider bracht in herinnering dat nog vrijwel overal ter wereld de ongeveer 250 jaar geleden door Boerhaave geformuleerde vier stappen voor de medische opleiding worden nagevolgd, te weten: (1) natuurwetenschappen; (2) menselijke anatomie en fysiologie; (3) farmacologie, algemene ziektekunde en theoretische klinische geneeskunde en (4) praktische klinische geneeskunde. Sinds 1900 blijkt in toenemende mate, door de voortschrijdende specialisatie, dat deze medische opleiding niet meer is dan een studium generale. Wij zijn nu zo ver, dat men zelfs moet erkennen dat dit studium generale alleen, onvoldoende beantwoordt aan de behoeften van de toekomstige huisarts.

Snapper (New York) opende als panel-voorzitter de eerste dag de discussie met de opmerking dat in elk land, overal ter wereld, ten aanzien van twee zaken het chauvinisme zeer sterk is ontwikkeld, namelijk het onderwijs en de geneeskunde. Mogelijk, zo zei hij, is dat de reden waarom het geneeskundig onderwijs zo'n moeilijk gespreksonderwerp is en veranderingen daarin zo moeizaam op gang komen!

Na inleidingen over selectie van aanstaande studenten door Fleming (Glasgow) en de grondslagen voor het geneeskundig onderwijs door Querido (Leiden) gaven op de tweede dag Waldenström (Zweden), Lundbaeck (Denemarken), Fleming (Schotland), Rosenheim (Engeland), Stahl (Frankrijk) en London (Verenigde Staten) ieder een overzicht van de algemene medische opleiding in hun land.

Numerus clausus, respectievelijk selectie voor de medische studie blijkt voornamelijk een rol te spelen in die landen, waar een uitgesproken wanverhouding bestaat tussen aanbod van aanstaande studenten en beschikbare plaatsen aan de medische faculteit. In de op de voordracht van Fleming volgende discussie bleek duidelijk dat men deze normen afwees wanneer in het desbetreffende land de verhouding aangepast was, terwijl de grondslagen waarop men meende te moeten selecteren, uiterst aanvechtbaar werden gevonden. De vraag van King (New York) „Could one select a man who could be a good doctor?“, bleef dan ook onbeantwoord evenals de vraag wat een goede dokter is, hoewel ter illustratie van de laatste vraag diep in de collegezaal-anecdotes werd gedoken en leerling Querido en leermeester Snapper samen de zieke Turkse atleet van de Amsterdamse Olympiade 1928 in de herinnering riepen, die een uit Bremerhaven opgetrommelde Turkse scheepsarts boven de Amsterdamse hoogleraar in de interne geneeskunde bleek te prefereren.

Querido (Leiden) brak een lans voor het behoud van de basis-wetenschappen (niet klinische vakken), zoals morfologie, biochemie, fysiologie, bacteriologie, genetica, medische statistiek, psychologie, farmacologie en pathologie. Het onderwijs in deze vakken diende door alle fasen van de medische opleiding te worden voortgezet!

Wat de opleidingen in de verschillende landen betreft, slechts een enkele notitie over de Amerikaanse. Verlaat de aanstaande student met zeventien jaar „high school“ dan bezoekt hij vier jaar een „college“, waar onder meer biologie, chemie en fysica worden gedoceerd. Na het „college“ volgt dan de „medical school“ gedurende vier jaar, waarna een jaar „internship“ (verplicht om te mogen praktiseren) en ten slotte een of meer (meestal drie) jaar „residency training“ volgen, welke „residency training“ vereist is wil men als praktiserend arts (en dat geldt ook voor de „general practitioner“) in de staf van een ziekenhuis worden opgenomen. Als men niet tot de staf van een ziekenhuis behoort houdt dat in, dat men er geen patiënten kan behandelen, hetgeen ook voor de „general practitioner“ een grote handicap betekent.

Amerika heeft 85 „medical schools” voor een bevolking van 140 miljoen, waarvan eenkwart miljoen artsen. Ook hier blijkt dat het programma overvuld en tevens in een te groot aantal delen is gesplitst. Daarnaast bestaat er te weinig gelegenheid tot ontwikkeling van de creatieve talenten van de student. De inleider gaf een overzicht van de veranderingen, welke men in de afgelopen vijftien jaren in de verschillende „medical schools” had ondernomen om het onderwijs te moderniseren. Enkele van zijn aanbevelingen om het aantal artsen te kunnen vergroten en hun kwaliteit te verbeteren waren: vergroting van het aantal „medical schools”, zodat per „school” per jaar niet meer dan honderd studenten aankomen; een basis-studie welke dient als fundament, zowel voor de aanstaande practicus als voor de wetenschappelijke werker - hierna kan hij uit verschillende richtingen kiezen, afhankelijk van zijn eigen aspiraties; het bevorderen van interdepartementaal onderwijs; uitbreiding van de medische faculteiten, waardoor men tot „small group teaching” kan geraken en ook de wetenschappelijk onderzoek-mogelijkheden groter worden, wat deelname van de studenten daarin ten goede kan komen; integratie van de „medical school” in andere disciplines (natuur en sociale wetenschappen)!

Uit de discussie over dit onderwerp een enkele kernachtige uitspraak: Elke faculteit moet van het feit overtuigd zijn, dat het onderwijs nimmer ideaal is. Er dient een comité te zijn, dat steeds alert is het onderwijs-systeem te wijzigen (London). Gedurende de gehele medische studie dient de student van zijn toekomstige verantwoordelijkheid te worden doordrongen (Veene:laas). De integratie van de basiswetenschappen in de klinische geneeskunde kan het best worden gerealiseerd door de goed geïntegreerde wetenschappelijke werker (London).

De methoden van het klinisch onderwijs werden uitvoerig door Snapper besproken. Het professorale college, gegeven door een ervaren wetenschappelijk klinikus is nodig om de grondslagen van de kennis van de student te verbreden en hem tevens een onvergetelijke ervaring te geven. Onbewust leert hier de student klinische ervaring begrijpen. Anderzijds moet men de educatieve waarde van deze colleges niet overschatten; de colleges mogen onder geen beding worden beschouwd als de enige pilaar, waarop de medische vorming steunt.

In tegenstelling tot Amerika, waar men na het Flexner-rapport (1908-1913) het professorale college afschafte, heeft men tot nu toe in Europa gemeend dat men het klinisch onderwijs met uitsluitend colleges kon afdoen. Geregelde „bedside teaching” in kleine groepen dient in de plaats te komen van de patiënten-demonstraties voor een groot auditorium. De „bedside teaching” dient echter eveneens door ervaren klinici te worden gegeven, maar jammer genoeg ontbreekt daaraan —

ook in Amerika, waar dit systeem op de „medical school” uitgebreid in zwang is — vaak veel. Een verplicht assistentschap na het artsexamen, waarin men met de nodige verantwoordelijkheid wordt belast, werd als onmisbaar beschouwd voor een goede medische opleiding.

Tijdens de discussie over dit zeer belangrijke punt kwamen zeer veel brandende kwesties ter sprake, zoals bijvoorbeeld het probleem van het tijdens de medische opleiding niet geconfronteerd worden met het doen van wetenschappelijk werk; men vroeg zich af of onderwijs-deskundigen niet als adviseur moesten worden aangetrokken; de grote aandacht, welke tijdens de medische opleiding voor ziekten wordt gevraagd en de geringe belangstelling welke men voor de zieke toont; de geringe verantwoordelijkheid van de student tijdens de opleiding in ons land.

Scott (Edinburgh) en Huygen spraken over de problemen van de specialisatie van de toekomstige huisarts. Hierbij kwam ook de noodzakelijkheid ter sprake om de huisartspraktijk voor alle medische studenten als studie-onderwerp te gebruiken.

Nadat Dankmeijer had gesproken over de aanpassing van de medische opleiding aan de toekomstige functie van de medische student, besloot Snapper de conferentie met enkele beschouwingen, waarvan hier zij genoemd de in de geschiedenis der geneeskunde geleerde ervaring dat een wijziging in het medisch leerplan slechts na een revolutie tot stand komt. Ook de beschouwing over een wijziging van het medisch leerplan — onder het motto verkort de opleiding en maak haar beter — verdient hier te worden gememoreerd: Er kan twee jaar studieduur worden bespaard door ten eerste het prope-deutisch jaar af te schaffen en ten tweede gedurende vijf jaar elk jaar twee-en-een-halve maand vakantie op te offeren (van de vier maanden vakantie van juni tot oktober houdt men dan nog zes weken vakantie over). De studie bestaat dan uit twee jaar waarin de kandidaatsvakken worden gedoceerd, gevolgd door twee jaar „clerkships”, waarin weinig colleges worden gegeven, maar voor het merendeel „small group teaching” door goede, ervaren docenten. Ten slotte volgt een jaar „rotating internship”.

Het was slechts mogelijk in dit verslag enkele punten aan te stippen uit de overvloed van gegevens, gedachten en voorstellen in zake het medisch onderwijs, op deze zo voortreffelijk georganiseerde conferentie ter sprake gebracht. Het initiatief van de Leidse medische faculteit kan — dunkt mij — niet genoeg worden gewaardeerd en het is dan ook de enige teleurstelling van deze conferentie geweest dat onder de 130 deelnemers slechts een enkele hoogleraar van de vijf andere medische faculteiten in ons land aanwezig was.

H.

REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

64-6r. The work of the general practitioner. Lees, D. S. en M. H. Cooper (1963) *J. Coll. gen. Practit.* 6, 408.

Dit artikel is een poging 37 rapporten van individuele en groepsonderzoekers naar de morbiditeit van de Engelse bevolking te analyseren en onderling te vergelijken. De onderlinge vergelijking levert al direct vele moeilijkheden op, doordat reeds veelal bij de opzet van het onderzoek een niet scherpe doelstelling werd gegeven, zodat de verkregen gegevens zonder enige samenhang worden gepubliceerd. Bovendien zijn de begrippen waarmee wordt gewerkt voor velerlei uitleg vatbaar. Zo worden bijvoorbeeld de gegevens gerelateerd op een bevolkingsgroep, waaronder de ene keer het totale aantal ingeschreven patiënten wordt begrepen en een andere keer het aantal patiënten dat wordt gezien (at risk). Toch bleek het mogelijk uit deze gezamenlijke studies enige conclusies te trekken:

1 Het totale aantal patiënten dat de huisarts per jaar van

zijn totaal aantal ingeschreven „zielen” ziet, bedraagt circa 60-70 procent.

2 Het aantal verrichtingen per patiënt per jaar (consultingrate) wisselt zeer sterk, zowel bij onderlinge vergelijking, als ook in één praktijk van jaar tot jaar. Het meest frequent wordt een getal tussen de 3 en 5 gegeven.

3 De verhouding tussen spreekuur- en visiteverrichtingen lijkt vooral door de ligging der praktijk (stads-platteland tegenstelling) te worden beïnvloed.

4 Naar leeftijd en geslacht verdeeld bleken de gegevens onderling zeer goed vergelijkbaar door een ongeveer gelijke uitkomst. Bij mannen bleek de groep van 15-45 jaar de arts het minst te consulteren; bij vrouwen daarentegen bleek de „consultingrate” met de leeftijd toe te nemen! De groep ouder dan 65 jaar vroeg het meeste aantal verrichtingen. Ook de verhouding visite-sprekuur volgde dezelfde lijn, dat wil zeg-