

Over de medische basisopleiding

Een interview met Prof. Dr. J. J. Groen

De medische basisopleiding is de titel van een nota van het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde, die in april 1979 werd gepubliceerd in Medisch Contact. Deze nota was het uitgangspunt voor een uitvoerig vraaggesprek dat Prof. Dr. G. J. Bremer had met Prof. Dr. J. J. Groen, hoogleraar „in ruste” te Leiden.

Je hebt Huygen een lange brief geschreven naar aanleiding van de nota van het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde in Medisch Contact. Zou je je commentaar op deze nota nog eens opnieuw willen formuleren?

In de nota worden scherp de voornaamste deficiënties in de tegenwoordige artsenopleiding aan de meeste Nederlandse universiteiten gesteld. Deze zijn achtereenvolgens:

- de opleiding is te overwegend technologisch-natuurwetenschappelijk;
- zij wijdt te weinig aandacht aan de toepassing van de gedragswetenschappen in de geneeskunde;
- het is een massa-opleiding met te weinig individueel contact tussen docenten en studenten en te weinig aandacht voor de persoonlijkheidsvorming van de aanstaande arts;
- de opleiding leert de aanstaande artsen onvoldoende wetenschappelijk denken en onderzoek.

Heb je suggesties hoe wij verder zouden kunnen gaan en – aansluitend bij de vorige vraag – hoe kan je het beste veranderingen in de medische faculteit teweegbrengen? Zijn er geen tendenzen, waarop wij al of niet kunnen inspelen?

Je vragen of ik suggesties heb hoe wij verder zouden kunnen gaan, respectievelijk hoe de voor verbetering van deze toestanden noodzakelijke veranderingen in de medische faculteit kunnen worden teweeggebracht, zou ik op dezelfde wijze willen beantwoorden als wanneer het zou gaan om een wetenschappelijk antwoord op een medische misstand, bijvoorbeeld om een verbetering in de wijze waarop wij een bepaalde ziekte bestrijden. Het is merkwaardig,

dat de meeste artsen en medische faculteiten, wanneer het gaat om het onderwijs, óf hun mening onwetenschappelijk formuleren – zoals: „Ik vind” of „Ik geloof” – óf, al even onwetenschappelijk, zonder onderzoek of toetsing veranderingen aanbevelen of invoeren. In plaats daarvan zou ik willen voorstellen de bovenstaande formulering van de voornaamste deficiënties van het tegenwoordig onderwijs als hypothesen te beschouwen. Daaruit volgt, dat alle voorstellen die ik zou willen doen ter verbetering, aanleiding zouden moeten zijn tot experimenten, respectievelijk pilot studies, zo opgezet dat zij zich lenen voor statistische evaluatie en liefst met controlegroepen. Ik pleit er dus niet voor om reeds nu het gehele onderwijs „op de helling” te zetten, zoals men dat vaak noemt, doch om een aantal circumscripste experimenten uit te voeren en pas wanneer deze inderdaad blijken tot de gepostuleerde verbeteringen bij de experimentele groep te voeren, tot algemene invoering van de aldus getoetste verbetering over te gaan.

Zoals je vraag al aangeeft, zijn er in de meeste faculteiten reeds ontwikkelingen aan de gang, waarop de door mij voorgestelde projecten zouden kunnen „inspelen”. Dit zijn voornamelijk de aan verschillende universiteiten reeds bestaande diensten „Onderzoek van Onderwijs” en „Onderwijs Ontwikkeling” die over waardevolle deskundigen voor zulke projecten beschikken. De hier voorgestelde werkwijze, namelijk van multi-pele experimenten, zal het mogelijk maken de verschillende aspecten van onderwijsverbetering afzonderlijk te toetsen.

Wat de opleiding betreft, zou ik graag je mening over het volgende willen horen. Ben je de mening toegeedaan, dat er bepaalde eigenschappen zijn waarmee iemand beter géén arts kan worden? Niet iedereen wordt tegenwoordig toegelaten tot de studie in de geneeskunde. Wat vind je van de gedachte om ook eerdere activiteiten in de gezondheidszorg, vakantiewerk als verpleeghulp bijvoorbeeld, bij de toelating tot de studie te laten meewegen?

Je vraagt of ik een mening heb – ik zou liever spreken van de toetsbare hypothese – of er bepaalde persoonlijkheidseigenschappen zijn waarmee iemand beter geen arts kan worden. Ik zou dit willen aanvullen met de vraag, of er bepaalde eigenschappen zijn die iemand bij uitstek geschikt maken om arts te worden.

Zulk een hypothese heb ik inderdaad, maar deze is alleen opgesteld op grond van persoonlijke, jarenlange ervaring met studenten en de artsen die uit hen zijn gegroeid. De hypothese is ook niet getoetst en wordt bovendien steeds moeilijker te formuleren nu voor de verschillende specialismen in het artsenberoep deels dezelfde, maar ook zeer verschillende eigenschappen nodig zijn. Toch is de hypothese wel toetsbaar door bijvoorbeeld alle aankomende studenten aan voor dit doel opgestelde toetsen te onderwerpen, deze toetsen tijdens en na de studie te herhalen en te vergelijken met criteria die aan het gedrag en het werk van een goed arts worden gesteld. Het is duidelijk, dat dit een belangrijk onderzoek zou zijn, interdisciplinair van karakter. Het is een onderzoek dat het best nu kan worden begonnen, omdat in dit land de toelating tot de studie tot arts op non-selectieve wijze, door loting, geschiedt en we dus mogen verwachten dat zich ook een aantal voor ons vak ongeschikte studenten in de experimentele groep bevindt!

Hoe dit ook zij, dit onderzoek zou pas over tien à twaalf jaren conclusies toelaten over de geschiktheid voor arts. Het zou echter reeds voordien waardevolle gegevens kunnen opleveren over de geschiktheid tot het afleggen van tentamens en examens, het opgeven van de studie of achterop raken en, anderzijds, het zich als student reeds onderscheiden, bijvoorbeeld door wetenschappelijk onderzoek. Ik zou zulk een project dus sterk willen aanraden. In zulk een project zou dan tevens getoetst kunnen worden wat je al noemt, namelijk of bepaalde hobbies of voorafgaand vakantiewerk als verpleeghulp, maar ook bijvoorbeeld het vervullen van militaire



Prof. Dr. J. J. Groen

Prof. Dr. J. J. Groen werd op 18 november 1903 te Amsterdam geboren. Hij verwierf in 1927 zijn artsdiploma en werkte na zijn studie gedurende twee jaar in biochemische laboratoria bij professor Dodds in het Middlesex Hospital en bij Harrison in het St. Bartholomew's Hospital in London. In 1929 werd hij assistent bij professor Snapper in Amsterdam. Van 1935 tot 1936 werkte hij in het Thorndike Memorial Laboratory van de Harvard Medical School, Boston, als Rockefeller researchfellow.

Na in de periode 1940-1945 zijn werk aan de Universiteit van Amsterdam te hebben onderbroken, was Groen van 1945 tot 1948 geneesheer en hoofd van de afdeling Interne Geneeskunde van het Wilhelmina Gasthuis in Amsterdam en van 1947 tot 1958 hoofd van de door de Rockefeller Foundation gesteunde Psychosomatische Werkgroep. Van 1958 tot 1968 was hij hoogleraar inwendige geneeskunde aan de Hadasah Hebrew University in Jeruzalem. In 1968 keerde Groen terug naar Nederland als hoogleraar psychobiologisch onderzoek te Leiden. Hij verrichtte onderzoeken op het gebied van voeding, stofwisseling, gastro-intestinale aandoeningen, diabetes en psychosomatische aandoeningen en hun invloed op inwendige ziekten. Op het ogenblik is Groen bezig met onderzoek naar de psychosomatische aspecten van de ziekte van Menière.

dienst of een activiteit in dienst van de biologie, zoals vogeltelling of natuurbehoud, of een opleiding tot onderwijzer of een jaar algemene propedeuse, bevorderlijk zouden zijn voor de studieresultaten en het latere functioneren als arts.

Moet de basisopleiding zich bekommeren om de persoonlijkheidsontwikkeling van de student of – je zou het ook anders kunnen formuleren – moet het ontwikkelen van een beroepshouding expliciet in het curriculum worden opgenomen?

Het is inderdaad mijn hypothese, dat, wanneer in de opleiding van de arts nadrukkelijk zowel aan de studie van de geneeskunde als aan de vorming van de persoonlijkheid aandacht wordt gegeven, dit een belangrijke verbetering van de studieresultaten en van het later functioneren als arts zou kunnen geven. Ik zeg dit op grond van indrukken, ontleend aan de functie-uitoefening van een aantal artsen die ik nog ken als vroegere studenten en van sommige klinische hoogleraren die in hun onderwijs, naast techniek en medische ervaring, voortdurend ook de verantwoordelijkheid van de arts tegenover patiënt

en familie, menselijk begrip en het beroepsgeheim ter sprake brachten en zelf een voorbeeld van goede artsen gaven. Maar ook deze hypothese verdient toetsing. Vooral zouden daarbij verschillende methoden om de persoonlijkheidsvorming in de gewenste richting te beïnvloeden, geprobeerd moeten worden.

Bij het opleiden van artsen zitten wij altijd met de vraag: welke criteria hebben wij nu eigenlijk om de kwaliteit van een arts te kunnen beoordelen? Ten slotte moeten ook aanstaande huisartsen hun „briefje” krijgen. Kan je daar iets over zeggen?

De criteria om de kwaliteit van het functioneren van een arts te kunnen beoordelen, zijn inderdaad nog niet zo uitgewerkt, dat wij hiervoor een algemeen aanvaarde norm hebben gevonden. Enkele criteria zijn indertijd bij het bekende onderzoek van *Van der Wielen* voor de Gezondheidsorganisatie TNO gebruikt. Het komt mij voor dat een interdisciplinaire werkgroep best in staat zou zijn om een operationele formulering van zulke criteria vast te stellen, waaraan artsen in het algemeen verwacht worden te voldoen, waaraan wij dan,

eventueel na consultatie met diverse specialisten, enkele speciale criteria voor de verschillende specialisten kunnen verbinden. De validiteit van zulke criteria zou bijvoorbeeld getoetst kunnen worden door een aantal artsen die „algemeen” als goed functionerend worden beschouwd, met deze criteria te toetsen en hetzelfde te doen met een aantal aselect gekozen artsen. Uit vergelijking van de uitkomsten zou dan kunnen blijken, welke criteria bruikbaar zijn en welke niet.

Dezelfde werkwijze zou bruikbaar zijn om operationele criteria voor huisartsen vast te stellen en die te toetsen door een aantal jonge huisartsen tijdens hun opleiding en tijdens hun latere praktijk te beoordelen. Er zou hierover nog wel meer onderzoek te verrichten zijn, bijvoorbeeld door te trachten of men van aselect gekozen patiënten uit de praktijk van huisartsen een ingevulde vragenlijst zou kunnen krijgen, hoe zij hun dokter vinden vergeleken met wat zij van een dokter verwachten. Een en ander uiteraard boven de reeds door *Van der Wielen* gebruikte criteria, zoals het aantal patiënten per spreekuur, het aantal patiënten dat op het spreekuur wordt

onderzocht of zonder onderzoek een recept krijgt, de inrichting van de carthotheek met aantekeningen, het zelf verrichten van eenvoudig laboratorium-onderzoek, de inhoud van de verwijsbriefjes, de wijze van bijhouden van vakkennis en andere door hem niet gebruikte criteria, zoals de aard van zijn recepten en zijn wijze van anamnese opnemen, die in een speciaal enquête-formulier zouden kunnen worden vastgelegd.

Zoals je ziet, ik beantwoord ook deze vraag in de vorm van een op te zetten onderzoek naar de juistheid van een hypothese en niet als een vaststaande mening.

Hoe lang zou een pas afgestudeerde (basis)arts onder supervisie van een meer ervaren arts moeten werken?

Tot mijn grote spijt heb ik in de laatste jaren te weinig contact gehad met de speciale huisartsopleiding om over de eisen van een huisartsopleiding een hypothese, laat staan een mening te geven.

Welke adviezen zou je een jonge, pas beginnende (basis)arts willen meegeven?

Indien men mij dat vraagt geef ik jonge „basis-collegae” soms een advies. Maar dat begint meestal met een gesprek waarin ik veel vraag en veel luister en probeer de jonge collegae al pratende zichzelf te leren kennen en daarna zichzelf te adviseren hoe zij kunnen leren zichzelf te zijn. Wel durf ik bijna alle jonge collegae aan te raden, onverschillig in welk specialisme zij later willen doorgaan, eerst óf een tijd huisarts te zijn óf een tijd naar een zogenaamd ontwikkelingsland te gaan. In beide situaties wordt de jonge arts geconfronteerd met een patiënt die zich tot hem wendt om onderzoek en hulp, die hij naar beste weten en vermogen zelf moet geven. Dit is een scholing in geneeskunde uitoefenen en medemenselijk arts zijn, die niet verkregen wordt, wanneer de arts dadelijk na zijn studie assistent wordt of aan een nieuwe opleiding begint en daardoor zijn ontwikkeling tot zelfstandig verantwoorde besluitneming vertraagt.

Ik wil nog even teruggrijpen op de defecten van het tegenwoordige onderwijssysteem en hoe wij daarin verbetering zouden kunnen brengen. Ter wille van de overzichtelijkheid zal ik een aantal voorstellen noemen, zonder steeds te herhalen dat het gaat om voorstellen voor onderzoekingen op betrekkelijk kleine schaal met controles en evaluatie. Ik zou dan het volgende willen zeggen.

- Bij de benoeming van hoogleraren en lectoren, maar ook van wetenschappelijk medewerkers en assistenten aan universiteitsklinieken dient, behalve aan persoonslijkheden, vakbekwaamheid en wetenschappelijke begaafdheid, ook betekenis te worden toegekend aan didactische belangstelling en motivatie. Dit wordt al te vaak vergeten. Verder moet ieder hoofd van iedere afdeling, naast zijn eigen onderwijstaak, er voortdurend op toezien dat zijn medewerkers en assistenten voldoende aandacht en tijd aan de studenten, respectievelijk co-assistenten geven. Ieder afdelingshoofd dient een systeem te bedenken, waardoor hij voortdurend ingelicht blijft of het onderwijs dat hij en zijn medewerkers geven, door de studenten voldoende gevolgd, begrepen, gewaardeerd en bestudeerd wordt. „Doet een student het verkeerd, dan moeten wij ons eerst afvragen of wij het hem verkeerd hebben geleerd”, zou eigenlijk iedere academisch docent aan de wand van zijn kamer moeten schrijven. De afdeling onderwijsontwikkeling zou hem daarbij kritisch kunnen „begeleiden”.

- Ter voorkoming van de massificatie zou het al nuttig zijn wanneer iedere docent nadat hij het college beëindigd heeft, aanwezig zou blijven om vragen te beantwoorden of afspraken te maken met studenten die hem persoonlijk wat willen vragen. De vorming van niet verplichte werkgroepjes uit de studenten helpt ook mee, mits alle hoogleraren, lectoren en medewerkers gemotiveerd zijn om zoveel mogelijk hun studenten persoonlijk te leren kennen. Hetzelfde geldt voor de zogenaamde keuzepractica.

- De inleiding in de geneeskunde wordt overwegend gegeven door de zogenaamde „theoretici” – anatomen, fysiologen, biochemici (een verkeerde naam, want die vakken hebben allerm minst alleen theoretische betekenis!) – zonder participatie van patiënten. Hetzelfde geldt voor de sociale geneeskunde en de gedragswetenschappen. In de sociale geneeskunde gaat het om groepen, getallen, statistieken; in de gedragswetenschappen die ook vroeg in de studie aan de orde komen, krijgt de student belangrijke hypothesen te horen. Maar wat de jonge student te weinig krijgt, is gelegenheid tot contact met patiënten als medemensen. Het is wat ik eens genoemd heb „de negatieve erfenis van Boerhaave”, dat in de eerste jaren waarin de student met zijn vak kennis maakt, dit gebeurt door theoretische colleges, boeken en practica, maar

niet door contact met de levende patiënt. Dit negatieve aspect van de uiter aard onontbeerlijke en belangrijke pre-kandidaatsstudie moet mijns inziens door vroeg contact met patiënten worden aangevuld. Weliswaar is het in die eerste jaren niet mogelijk de studenten reeds vakkennis bij te brengen van de ziekten waaraan de patiënten die hij te zien krijgt, lijden, maar hij moet ze als mens zien en horen. En dit zou door daarvoor geschikte docenten-clinici en door huisartsen kunnen gebeuren. Er is daarover elders al vrij veel geëxperimenteerd, ook door mijzelf.

- Hoe wij medische studenten het best kunnen leren wetenschappelijk te denken en te onderzoeken, is een nog onopgelost probleem. Een van de moeilijkheden daarbij is, dat de meerderheid van de assistenten en docenten aan de medische faculteit zelf geen wetenschappelijke onderzoekers zijn, maar zeer vakbekwame ervaringstechnici. Een medische faculteit is overwegend een vakschool en de studie der geneeskunde is overwegend een hogere beroepsopleiding. Bij de examens wordt niet naar wetenschappelijk denken, maar naar geheugen-technische en empirische vakkennis gevraagd. Hoe zou een overwegend praktisch-technische vakschool wetenschappelijk denken kunnen onderwijzen, als de meerderheid der docenten geen voorbeeld van wetenschappelijk denken geeft? Indien dit dus werkelijk de bedoeling is – en ik geloof dat het met de ontwikkeling van de geneeskunde steeds meer noodzakelijk zal worden – zullen eerst uit de docenten diegenen gekozen moeten worden, die blijk hebben gegeven zelf in deze richting wat te kunnen. Alleen gepromoveerd zijn is daarvoor uiteraard niet voldoende. Een dergelijke „rompgroep” van wetenschappelijke docenten die men eerst op vrijwillige basis uit de faculteit bijeen zou kunnen roepen, zou men het best de vraag naar de beste methoden ter bevordering van wetenschappelijk denken kunnen voorleggen. Het lijkt mij waarschijnlijk dat deze wetenschappers „vanzelf” met een aantal voor het gestelde doel interessante projecten voor de dag zullen komen. Ik zou daar zelf graag aan meedoen. Trouwens (terzijde) ik zou in het algemeen een onderzoek willen doen naar de mogelijkheden om emeritus hoogleraren (respectievelijk artsen in ruste) te gebruiken voor de opleiding van studenten!

Vroeger heb je belangrijke bijdragen geleverd aan de principia van de nascho-

ling. Ik herinner mij nog steeds een artikel in huisarts en wetenschap (Groen) al meer dan twintig jaar geleden, waarin je sprak over nascholing A en nascholing B. Heb je na die twintig jaar andere ideeën gekregen?

Ik zou inderdaad de eenvoudige indeling in nascholing A en B, die ik vroeger aangaf, willen handhaven. Het zou mij te ver voeren indien ik een overzicht zou willen geven van hoe ik, na mijn vertrek naar Israël in 1958, de principes verder heb ontwikkeld die ik daaromtrent in *huisarts en wetenschap* heb voorgesteld. De daar ontwikkelde methode is sindsdien in Israël voortgezet, later geïntegreerd met de afdeling huisartsgeneeskunde van de universiteit. Een van de belangrijke facetten was de associatie van groepen huisartsen per regio met bepaalde afdelingen in het ziekenhuis, waarbij vooral de interne afdeling de voorkeur bleek te genieten. De huisartsen lieten hun patiënten opnemen op de afdeling(en) waarmee zij geassocieerd waren en waar zij eens per week of eens per veertien dagen een grote visite meemaakten, die speciaal voor hen werd gehouden. Daarnaast stuurde de afdeling de hoogleraar of lectoren eens per veertien dagen naar een centraal punt in de regio, waar de huisartsen die ochtend sommige van hun ambulante patiënten mee naar toe namen en aan elkaar en aan deze consulent demonstreerden. Het lijkt enigszins op de wijze waarop de Leidse afdeling huisartsgeneeskunde met Dr. Kuenen samenwerkt, maar de samenwerking betrof in dit geval de hele afdeling en bijna alle medewerkers.

Welke drie adviezen zou je een docent in de geneeskunde willen meegeven?

Een docent in de geneeskunde is in de eerste plaats arts voor zijn patiënten met alles wat dit meebrengt, ook tegenover hun familie. Hij is in de tweede plaats opleider van studenten en draagt daardoor verantwoordelijkheid voor hun onderwijs in vakkennis en hun menselijke ontwikkeling tot arts. Hij is in de derde plaats wetenschappelijk onderzoeker die tracht, voor zover dat in zijn situatie mogelijk is, mee te helpen aan de uitbreiding of verbetering van de geneeskunde. Wie deze drievoudige taak wil vervullen, kan geen grote praktijk ambiëren en moet ook de financiële voordelen daarvan aan andere collegae overlaten en de eigen bevrediging meer zoeken in de genoemde drie activiteiten. Verder moet hij ervoor waken dat de onontkoombare administratieve en commissoriale activiteiten die aan zijn

docentschap verbonden zijn, hem niet verhinderen om aan deze drie prioriteiten als arts, docent en onderzoeker voldoende tijd en aandacht te geven. Hij moet dus onder andere bereid zijn de „eër en macht van het leiderschap” en van administratieve functies in faculteit en universiteit over te laten aan collegae die dit meer dan hijzelf ambiëren.

In de zoveelste plaats raad ik iedere nieuw benoemde collega aan er voortdurend op bedacht te zijn, dat de voortgang in de geneeskunde thans niet alleen berust op verdere toepassingen van de natuurwetenschappelijke techniek, maar daarnaast ook op de toepassing van de zich thans ontwikkelende gedragswetenschappen, voor zover zij reeds over een exacte methodologie beschikken. En tenslotte, om nooit te vergeten dat je, terwijl je behandelt en onderwijs geeft, ook van je patiënten, assistenten en studenten nog altijd kunt leren!

Welke ontwikkelingen of veranderingen binnen de geneeskunde van de afgelopen vijftig jaar acht je van bijzonder belang?

Vijftig jaar geleden, in 1929, begon ik mijn opleiding in de interne geneeskunde; van de eerste twee jaar na mijn artsexamen in 1927 had ik al vier maanden doorgebracht in een algemene praktijk en anderhalf jaar in een biochemisch laboratorium. De belangrijkste ontwikkelingen sindsdien, acht ik:

– de steeds verdere toepassingen van natuurwetenschappelijk denken, research en technologie, met de enorme voor- maar ook nadelen daarvan in diagnostiek, therapie en preventie;

– de beginnende toepassing in de geneeskunde en psychiatrie van de gedrags-, mens- en hersenwetenschappen die thans nog maar van betrekkelijk bescheiden therapeutisch nut zijn, doch door de betere inzichten die zij ons geven en nog zullen geven, even belangrijk beloven te worden als de natuurwetenschappen; daaronder hoort uiteraard ook de psychosomatische, respectievelijk psychobiologische geneeskunde!

– de bemoeienis van de besten onder de artsen, waaronder vooral huisartsen, om samen met patiënten en hun verenigingen, naast deze wetenschappelijk-technische vooruitgang, de menselijke samenwerking met patiënten en familieleden te behouden en zelfs te verbeteren;

– de toenemende invloed in de volksgezondheid van sociale en politieke bureaucraten met alle voordelen (weinig) en nadelen (vele) daarvan (onder bu-

reaucraten versta ik mensen die, zonder zelf in de arts-patiënt samenwerking werkzaam te zijn (geweest) of zelfs daarvoor opgeleid te zijn, vanuit hun bureau machtsposities bekleden in de organisatie en uitoefening van de geneeskunde);

– de toenemende rol, naast biochemici, biofysici, psychotherapeuten etcetera, van psychologen en sociologen in de geneeskunde, met alle voor- en nadelen daarvan, waardoor de geneeskunde (nog) meer interdisciplinair zal worden;

– de „wedergeboorte” en bloei van de huisartsgeneeskunde, zowel in de praktijk als in haar wetenschappelijke en sociale grondslagen.

Veel jonge artsen kunnen tegenwoordig moeilijk een plaats krijgen. Het lijkt of er hier in West-Europa te veel artsen zijn.

Op andere plaatsen in de wereld heerst er juist een groot tekort aan medisch personeel. Hoe sta je tegenover dit probleem? Moeten er minder artsen worden opgeleid? Moeten onze artsen naar ontwikkelingslanden? Of zeg je: rustig afwachten, tijdelijk verschijnsel?

Wanneer men kijkt naar hun economische positie, zou het kunnen lijken of er in de Westerse landen en ook in ons land, te veel artsen komen. Wanneer men kijkt naar de behoefte aan patiëntenbehandeling, research en onderwijs, zijn er nog steeds te weinig. In Israël is er één arts op circa 400 inwoners. Zij verdienen weinig, maar zijn nuttig werkzaam. Waarom zou dit in Nederland anders zijn? Er zijn verder in de ontwikkelingslanden nog meer artsen nodig dan bij ons. Een werktijd van een Westers arts in een ontwikkelingsland, zou zowel voor de betreffende landen als voor de arts van voordeel zijn. Dit betekent dus geen artsenopleidingstop, maar betere selectie van studenten, uitbreiding tot acht of meer faculteiten en eventueel vermindering van sommige hoge inkomens van enkele artsen ten behoeve van de vele nieuw afgestudeerde collegae, verkleining van praktijken of groepspraktijken.

Ten slotte: er wordt tegenwoordig nogal wat kritiek op de „geneeskunde” gegeven (Illich, Zola, Van der Berg). In hoeverre ben je het daarmee eens?

Zoals veel van de moderne maatschappijkritiek, is veel van de moderne kritiek op de geneeskunde overtrokken, eenzijdig, alleen negatief en vaker een uiting van de agressieve protesthouding van de critici, dan van een wetenschappelijk verantwoord afwegen van de bestaande toestanden en vergelijken met

vroegere toestanden en andere mogelijkheden. Maar dat er naast vooruitgang, misstanden zijn en dat er dus verbeteringen mogelijk en noodzakelijk zijn, leren zowel de dagelijkse ervaring als sommige gerichte onderzoeken. Ik heb de indruk, dat als oorzaken slechts betrekkelijk weinig bewuste kwade wil, egocentriciteit en eigen- of klassebelang, de schuldige factoren zijn, maar meer de Westerse maatschappelijk-culturele, overwegend technologische ontwikkeling. Iedere maatschappij en cultuur heeft nu eenmaal de geneeskunde die bij haar past. Wij kunnen dus van deze critici wel leren hoe wij het beter kunnen doen, maar wij moeten het zelf doen! En vooral samen met onze patiënten en medewerkers uit de aan de geneeskunde grenzende gebieden. Met toepassing van conflictmodellen in de geneeskunde zijn noch de artsen, noch de patiënten, noch de volksgezondheid gebaat.

Groen, J. J. De nascholing van de arts en de inschakeling van deze nascholing in de medische praktijk. (1957) *huisarts en wetenschap* 1, 81-85.

Medische, De, basisopleiding. Nota van het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde. (1979) *Medisch Contact* 34, 541-544.

Wielen, IJ van der. De huisarts en de doeltreffendheid van zijn aandeel in de gezondheidszorg. *Van Gorcum, Assen*, 1960.

Nota Bene

Aan de Assistent van dr. X

23 Juni

drank

laxeertabletten

slaaptabletten

hoofdpijntabletten

harttabletten

druppels voor de duuseligheid

van die kleine blauwe tabletten

oogdruppels groene dop

oogdruppels voor de nacht

Dries komt as woensdag 25 Juni de medicijnen ophalen zorg dat ze klaar staan

anders bromt de baas neem even Dries

zijn bloeddruk op gegroet

D.

(tekst briefkaart)

Heupdysplasie en de betrouwbaarheid van de diagnostiek

J. GUBBELS EN DR. J. VAN EIJK *

Congenitale heupdysplasie komt tamelijk frequent voor en het is daarom de moeite waard nader onderzoek te doen naar de mogelijkheden en het effect van een vroegtijdige behandeling van deze afwijking. Primair rijst dan de vraag, in hoeverre de huisarts in staat is tot het stellen van een betrouwbare diagnose op basis van de klinische verschijnselen.

Inleiding

Registratie van ziektegegevens van neonati in een bepaalde huisartspraktijk gedurende vijf jaar (1970-1975) leverde op 225 geboorten twintig gevallen op van congenitale dysplasie, in ernst variërend van lichte afwijkingen tot ernstiger vormen.

Zowel in buitenlandse publikaties als in de Nederlandse literatuur wordt de indruk gewekt, dat het voorkomen van deze ziekte regionaal bepaald zou zijn. Zo zouden in ons land vooral in Groningen relatief vaak heupafwijkingen voorkomen.

Bij röntgenonderzoek van patiënten bij wie vóór de middelbare leeftijd een heupafwijking wordt vastgesteld, blijkt deze niet zelden het gevolg van een niet tijdig onderkende dysplasie. Gezien de eenvoudige en afdoende behandeling is vroege ontdekking uit preventief oogpunt van het grootste belang.

Deze gegevens waren voor een groep van drie huisartsen (van wie twee tevens consultatiebureau-artsen), twee consultatiebureau-artsen en drie specialisten aanleiding tot het opzetten van een onderzoek; de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het N.H.G. leverde daarbij haar medewerking.

Het onderzoek was gericht op de volgende vragen:

– hoe groot is de overeenkomst tussen de diagnostiek op basis van klinische verschijnselen en de diagnostiek op basis van röntgenonderzoek?

– wat is het effect van de duur van de

huidige, min of meer gestandaardiseerde therapie van vijf jaar?

– bestaat er verband tussen de leeftijd waarop de therapie wordt ingesteld, en de duur van die therapie?

– hoe groot is het percentage afwijkingen en ligt dit bij autochtonen hoger dan bij allochtonen?

Alle kinderen, die vanaf de eerste dag post partum werden gezien en waarvan redelijkerwijs kon worden verwacht dat zij gedurende de looptijd van het onderzoek (vijf jaar) konden blijven deelnemen, werden in het onderzoek betrokken.

Vóór het eigenlijke onderzoek werd eerst een betrouwbaarheidsexperiment naar de diagnostiek van de deelnemende artsen verricht. Van dit experiment wordt hier verslag gedaan.

Diagnostische criteria

Met name de mate van overeenkomst tussen de diagnostiek op basis van klinische verschijnselen en op basis van röntgenonderzoek is bepalend voor de mogelijkheden van de huisarts om zelf de diagnose te stellen. Goede afspraken omtrent diagnostische criteria zijn een dwingende eis.

Bij diagnostiek op basis van klinische verschijnselen zou tot een diagnose besloten kunnen worden als aan een of meer van de volgende criteria, die in het onderzoek nader zijn omschreven, wordt voldaan:

– instabiliteit van het heupgewricht; van instabiliteit is sprake als bij onderzoek volgens de methode-Barlow (of de modificatie daarvan volgens Van der Hoeven) een abnormale beweeglijk-

*Beide auteurs zijn adviseur van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het N.H.G.