



## De karikatuur van de hulpvraagverheldering

‘Wat denkt u er zelf van?’ vraagt Luc van Berkestijn ons nadat hij de knuppel stevig in het hoenderhok van de patiëntgerichte communicatie heeft gegooid.<sup>1</sup> ‘Kan de hulpvraagverheldering niet later in het consult, na de anamnese en het lichamelijk onderzoek?’ Ik denk het niet.

Van Berkestijn heeft gelijk als hij zegt dat veel patiënten dichtslaan bij de vraag ‘Wat denkt u er zelf van?’ Het verbaast mij dan ook dat hij juist met deze vraag – de karikatuur van de vraagverheldering die het zo goed doet op verjaardagsfeestjes – de hulpvraag wil verhelderen. Het is een vraag die inderdaad allergische reacties oproept én maar zeer ten dele de hulpvraag van de patiënt kan verhelderen. Als huisarts wil ik niet alleen weten wat de patiënt denkt over zijn klacht *maar vooral ook wat hij van mij verwacht*. Als dát de intentie van de dokter is, dan kan hij zijn eigen woorden vinden om de patiënt daarnaar te vragen.<sup>2</sup>

Een heldere hulpvraag aan het begin geeft, mét de medische expertise van de dokter, de juiste richting aan het consult. Het is daarnaast meer ontspannen en effectiever communiceren als wederzijdse verwachtingen duidelijk zijn en dokter noch patiënt worden afgeleid door onuitgesproken, storende gedachten.

Van Berkestijn beschrijft treffend tal van manieren waarop het mis kan gaan met de vraagverheldering. En hij heeft gelijk. Het is ook niet gemakkelijk, net zo min als het voor veel huisartsen gemakkelijk is om de eerste minuut alleen maar aandachtig luisteren of goed af te stemmen met de patiënt tijdens de fase van uitleg en advies. Tegelijkertijd is er veel bewijs dat dit soort patiëntgerichte communicatie leidt tot betere resultaten van het consult wat betreft diagnose, therapietrouw, behandelingsresultaat, patiënttevredenheid en dokterstevredenheid.<sup>2</sup> De huisartsopleidingen doceren deze al ruim 30 jaar. Toch zien we dat de toepassing in de praktijk zeer

sterk te wensen overlaat, getuige ook de bijdrage van Van Berkestijn.<sup>3,4,5</sup> Wat is hier toch aan de hand? Fundamenteel onderzoek naar deze vraag lijkt mij urgent en trekt mij meer dan het opgeven van de patiëntgerichtheid in driekwart van het consult.

*Chris Rietmeijer*

- 1 Van Berkestijn LGM. Over de timing van de hulpvraagverheldering: Wat denkt u er zelf van? *Huisarts Wet* 2011;54:100-102.
- 2 Silverman J, Kurtz S, Draper J. Vaardig communiceren in de Gezondheidszorg, een evidence-based benadering. Den Haag: Lemma, 2006.
- 3 Bensing J, Van Dulmen S, Tates K. Communication in context: new directions in communication research. *Patient Educ Couns* 2003;50:27-32.
- 4 Hobma SO. Directed self-learning as approach to continuing professional development [Proefschrift]. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2005.
- 5 Kramer A. Acquisition of clinical competence during postgraduate training in general practice [Proefschrift]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 2003.

### Antwoord

Wat verwacht ik van de fietsenmaker? Dat hij mijn fiets nakijkt en zo mogelijk repareert. Wat verwacht ik van de bakker? Dat hij mij een lekker brood verkoopt. Zo kan ik nog een tijdje doorgaan. In het beroep van degene die ik bezoek is de verwachting impliciet gegeven.

Wat verwacht ik van mijn huisarts? Dat hij aandacht heeft voor mijn klacht, mij nakijkt en zo mogelijk behandelt. Kortom, dat hij gewoon zijn werk doet. Maar het is een beetje gek om als patiënt te antwoorden: ‘Dat u gewoon uw werk doet!’

Ik erken volledig het nut van hulpvraagverheldering. Het maakt de hulpverlening functioneler, zoals collega Rietmeijer terecht betoogt. Maar in de meeste consulten voldoet serieuze aandacht voor de klacht, in de vorm van een goede anamnese en zorgvuldig lichamelijk onderzoek. Als ik aan de patiënt merk dat die daarmee niet tevreden is, dan is er inderdaad wat te verhelderen. Actief en met zorg voor de manier waarop. Het gaat mij om de timing. Het nut van de hulpvraagverheldering an sich staat niet ter discussie.

*Luc van Berkestijn*

## Wat denkt u er zelf van?

De thematiek zoals Van Berkestijn die in zijn supervisiegesprekken met huisartsen (in opleiding) tegenkwam is goed herkenbaar: de dokter intervenueert al snel in het consult en dat roept ergernis op. Volgens Van Berkestijn zou sprake zijn van een relict: de geest van Van Aalderen waart nog rond en dat terwijl ‘medisch-somatische en psychosociale aspecten inmiddels in evenwicht zijn gebracht’. Op dat laatste valt af te dingen – gezien het als paddenstoelen uit de grond schieten van poli’s voor somatisch onverklaarde klachten – en wat het eerste betreft is het de vraag of dat kwaad kan.

Toen Van Aalderen in 1974 met ‘methodisch werken’ kwam sloeg dit in als een bom. In het beeld van die tijd zag men er óf een aanval in op de medische praktijk (Illich!) óf de geboorte van een geheel nieuwe, humanistische geneeskunde. Middels de confronterende uitspraak ‘Wat denkt u er zelf van?’ diende de patiënt te worden opgeroepen tot het nieuwe ideaal. Anderen probeerden de in hun ogen té revolutionaire boodschap te ontkrachten: bij de hulpvraag zou het gaan om de nadere bevestiging van een gerezen vermoeden (namelijk wat de patiënt vreest of hoopt) óf om het vinden van een alternatieve verklaring (geen ziekte, maar spanningen, onwelbevinden et cetera). Deze gedachtegang verwoordt Van Berkestijn wanneer hij het verhelderen van de hulpvraag ziet als het ‘besluipen van wild’: een techniek om de patiënt te verleiden het ‘achterste van de tong te laten zien’.

Door deze tegenstelling verdween het feitelijke doel van ‘methodisch werken’ uit zicht, namelijk het creëren van ruimte voor de patiënt in de beginfase van het consult. Naar de ervaring van Van Berkestijn blijken zowel aios als huisartsen de patiënt deze ruimte niet te gunnen omdat ‘men zo snel mogelijk tot de kern wil doordringen’. In het licht van wat de cognitieve psychologie aan inzichten heeft opgeleverd, doen ze daarmee de patiënt ernstig tekort.<sup>1</sup> Juist

een luisterende, op de inbreng van de patiënt gefocuste aanpak verschaft de dokter de uitgangspositie voor een effectief en efficiënt consult. Zo blijft het paard vóór en niet achter de wagen...

**Ale Gercama**

1 Groopman J. How doctors think. Houghton Mifflin, New York (interview MC 2007;62:1540-2).

### Antwoord

Ik heb destijds methodisch werken totaál niet gevoeld als een aanval op de medische praktijk. Integendeel: ik voelde het als hulp om mij beter te kunnen verplaatsen in de gedachtewereld van de patiënt (waar ik als beginnend arts nog niet zoveel oog voor had, eenzijdig natuurwetenschappelijk geprogrammeerd als ik toen nog was). Verder haalt collega Gercama naar mijn idee vraagverheldering en differentiaaldiagnostiek door elkaar. Ik zal trachten ze te ontwarren.

1) Carl Rogers (exponent van de humanistische psychologie) was de initiator van de non-directieve aanpak.<sup>1</sup> Die werkte alleen bij het soort psychosociale problemen waar generalistische kennis in eerste instantie volstaat. Dit betekende een flinke 'emancipatie' van de eigen ideeën van de cliënt om dit soort problemen op te lossen. Dat was misschien wel revolutionair, maar hulpverleners waren er blij mee omdat het de kans op actief meewerken van de cliënt aan een oplossing verhoogde. Zich verplaatsen in het referentiekader (emoties, gedachten en betekenis of eigen ideeën) van de cliënt/patiënt is essentieel voor een functionele hulpverlening. Dat is ook de essentie van de hulpvraagverheldering in methodisch werken. Vraagverheldering heeft niets te maken met *het vinden van alternatieve verklaringen voor de klachten*, maar wel alles met ruimte voor de patiënt voor het uiten van eigen gedachten en gevoelens. Mijn betoog gaat alleen over het *moment* waarop die ruimte wordt gegeven. Het besluipen van wild slaat op de behoedzaamheid die nodig is om onderdrukte emoties van de patiënt tot bewustzijn te helpen brengen.

2) Het boek van Groopman gaat niet over cognitieve psychologie en even-

min over hulpvraagverheldering. Het handelt over de valkuilen bij diverse methoden van differentiaaldiagnostiek bedrijven. *Terzijde* benadrukt Groopman het belang van het stellen van open vragen vanuit een onbevooroordeelde houding en sympathie voor de patiënt. Helaas behandelt hij dit aspect heel oppervlakkig en heeft hij het in dit verband bijvoorbeeld niet over het verschil tussen sympathie, empathie en tegenoverdracht. Stuk voor stuk belangrijke fenomenen die goed moeten worden begrepen en onderscheiden bij de analyse van de communicatie tussen patiënt en arts.

**Luc van Berkestijn**

1 Van Vliet P. Wat drijft de mens? 2<sup>e</sup> druk. Amsterdam: Boom, 2007.

## Hulpvraag en worteltjestaart

Luc van Berkestijn gooit de knuppel in het hoenderhok van de huisartsopleiding. Het uitstellen van de hulpvraagverheldering tot na de diagnostiek zou de consultvoering verbeteren. Wij zijn het met onze gewaardeerde collega/-docent oneens: deze communicatietechniek zal leiden tot een langere consultduur, over- of juist onderdiagnostiek en minder zicht op het verwachtingspatroon van de patiënt.

*'Heeft u ook worteltjestaart?' vraagt konijn op maandagochtend aan de bakker. 'Nee helaas,' antwoordt de bakker. Dinsdag- en woensdagochtend komt konijn opnieuw de winkel binnen met dezelfde vraag. Woensdagmiddag besluit de bakker worteltjestaart te bakken. 'Heeft u ook worteltjestaart?' vraagt konijn op donderdagochtend. 'Ja,' zegt de bakker blij. 'Vies hè?' reageert konijn.*

De huisarts kan het gesprek met de patiënt efficiënter voeren als hij vanaf het begin het consult stapsgewijs weet af te stemmen met de patiënt. Als hij daarmee wacht tot ná de diagnostiek komt hij in problemen. We laten dat zien aan de hand van casuïstiek uit eigen praktijk.

*Meneer A met keelpijn zit weer voor me, nadat ik het kno-onderzoek heb afgerond. Plots*

*vertelt hij dat de hartklachten van zijn vader ook met keelpijn begonnen zijn.*

*Mevrouw B vertelt mij gedurende ruim 20 minuten, met frequent gebruik van tissues, over de verstoorde relatie met haar vader. Haar enige vraag blijkt een verklaring voor de IBC-groep te zijn om haar studiefinanciering te kunnen verlengen.*

*Adolescent C heeft pijn in zijn knie. Na het onderzoek kleedt hij zich aan en vertelt mij dat zijn moeder vermoedt dat hij een scoliose heeft, die mogelijk de eenzijdige kniepijn veroorzaakt.*

Bij patiënten A en C heeft onderdiagnostiek plaatsgevonden en mogelijk ook overdiagnostiek. Ook bij patiënt B verrichtten we te veel diagnostiek, hoewel we de context van de patiënt nu wel beter kennen. Zeker als intiem lichamelijke onderzoek nodig mocht zijn, is het van belang om de hulpvraag helder te hebben. We leren de huisartsen-in-opleiding af te stemmen met de patiënt en steeds dichterbij de werkelijke hulpvraag te komen, zodat de patiënt zich serieus genomen voelt. Dit item scoorde het hoogst in de recente arts-patiëntenquête van *Medisch Contact*.

En de aios? Ja, die horen te stuntelen in het begin als ze tijdens het exploreren op zoek gaan naar de woorden en de timing die bij hen passen. Langzaam ontwikkelen de aios een eigen repertoire, dat ze kunnen inzetten in alle fases van het consult. Als de bakker op dinsdag of woensdag in zijn eigen woorden had gevraagd wat konijn van worteltjestaart vond, had dat niet alleen tijd, maar ook werkplezier opgeleverd.

**Mirjam Mathot, Margit Vermeulen,  
Sjoerd Zwart**

1 Visser J. Arts en patiënt: geen paar apart. MC 2011;66:321-3.

### Antwoord

De drie voorbeelden van mijn collega's snijden hout. Zij illustreren dat niet kan worden beweerd dat late hulpvraagverheldering altijd beter is. Maar dat wilde ik ook niet suggereren. Ik hoopte met mijn artikel op twee effecten: (1) dat huisartsen de gewraakte zin uit de titel niet meer zouden gebruiken *in de eerste minuut van het consult* (nog voordat er sprake kan zijn van verdieping van het

contact) en (2) dat er minder dogmatisch wordt omgegaan met het tijdstip van vraagverheldering.

De kern van mijn betoog was een protest tegen de te vroeg gestelde cliché-vraag. Of je de vraagverheldering nou in de eerste of derde fase van het consult doet, de exploratie van ideeën rond de klacht moet geschieden vanuit oprechte interesse voor de gedachtewereld van de patiënt, niet uit onmacht of haast. In supervisie blijkt dat juist *ervaren* huisartsen zich hieraan soms bezondigen, aios veel minder.

Overigens vind ik dat mijn collega's de schade van late vraagverheldering overdrijven:

- 1 Hoe vaak komen dit soort voorbeelden voor? Eens per week? Hoe erg is dat?
- 2 In *voorbeeld A*: het is ondenkbaar dat in een normale anamnese niet al duidelijk wordt dat het niet om een gewone keelpijn gaat. En screening van cardiovasculair risico na het keelonderzoek kost toch ook niet meer dan 5 minuten extra?
- 3 Wat betreft *voorbeeld B*: mijn artikel gaat natuurlijk niet over een consult met presentatie van een psychosociaal probleem. Daarbij is het hele eerste consult een grote 'intake'. Dat daar soms een (oneigenlijke) doelvraag achter steekt betekent overigens niet dat er bij de patiënt geen lijdensdruk is die empathie behoeft.
- 4 Bij *voorbeeld C* kan ik me moeilijk voorstellen dat er tijdens de anamnese en het lichamelijke onderzoek zo weinig contact is dat deze vraag niet eerder wordt gesteld, zo beladen met emotie is die niet.

Weet u trouwens hoe het (nogal absurdistische) konijnensprookje verder ging? Bakker: 'Worteltjestaart is helemaal niet vies, hoe kom je daarbij!? Je hebt zeker mijn *carrot cake* nog nooit geproefd. Hier, dit stuk krijg je gratis mee.' Konijn (een dag later): 'Een hele *carrot cake* graag!' De les hieruit: vooringenomenheid bestrijden loont. Misschien toch de moeite waard om de late vraagverheldering eens uit te proberen?

*Luc van Berkestijn*

## Transparantie

De vraag 'Wat denkt u er zelf van?' kan problemen oproepen. Ik heb dat in de opleiding van huisartsen en in de eigen praktijk ook vaak meegemaakt. Van Berkestijn vraagt zich af of de problemen misschien met de timing te maken hebben en of de vraag niet beter na anamnese en onderzoek kan worden gesteld. Ik ben het hier hartgrondig mee oneens en wel om de volgende redenen.

Wij verlangen van patiënten dat zij transparant zijn, alles vertellen over hun ideeën, voorstellingen, angsten et cetera aangaande de klachten die zij presenteren. Zelf zijn wij allermest transparant. Komt er ineens op een totaal onverwacht moment de vraag 'Wat denkt u er zelf van?' Natuurlijk heb je dan grote kans op negatieve reacties, zoals Van Berkestijn die ook signaleert. Wat hier aan de hand is, is niet een kwestie van timing maar van transparantie. Je moet als arts wel aan de patiënt duidelijk maken wat je beweegredenen en bedoelingen zijn.

Sinds ik een aantal keren negatieve reacties heb gekregen heb ik mij aangewend om de reden van die vraag te vermelden. Ik leid sindsdien die vraag in met 'Voordat ik nu verder ga zou ik graag willen weten wat u ervan denkt of wat u van mij verwacht. Dan kan ik daar rekening mee houden.' Na deze verandering in vraagstelling heb ik nooit meer een negatieve reactie op deze vraag gehad. Bij de evaluatie zeiden de meesten dat zij zich begrepen en gehoord voelden.

De reden dat ik vind dat deze vraag wel degelijk aan het begin van het consult moet worden gesteld, is dat patiënten (die niet als arts zijn opgeleid) nogal eens ideeën hebben waar ik als (beroepsmisvormde) arts niet op zou komen. Wat denkt u van de jonge man die bezorgd vraagt of zijn vriendin zwanger kan worden als **zij** geen ejaculatie heeft. Of de vrouw die buikpijn houdt na een hysterectomie en ervan overtuigd is dat de buikpijn wordt veroorzaakt door al het menstruatiebloed dat nu in haar buik ligt te rotten. Ideeën waar ik niet opgekomen zou zijn. Ik kan daar alleen maar achterkomen als ik ernaar vraag

(Wat denkt u er zelf van?). En deze ideeën hebben natuurlijk veel invloed op de inhoud van het consult.

*Peter van Hasselt*

### Antwoord

Mijn protest geldt de niet-ingeleide, plompverloren gestelde vraag. Als de vraag zo wordt ingekleed als collega Van Hasselt voorstelt, is die prima. Incorrecte voorstellingen over hoe het lichaam werkt kunnen in elke fase van het consult worden weerlegd. In een gewone anamnese merk je snel genoeg of daar sprake van is.

*Luc van Berkestijn*

Overige bijdragen aan de discussie staan op [www.henw.org](http://www.henw.org) > Rubrieken > Discussie > Wat denkt u er zelf van?

## PSA-screening

Collega Scholten bekritiseert de auteurs van de grote Europese onderzoeken naar het effect van screening op prostaatkankersterfte.<sup>1</sup> Hij beticht hen van volksverlakkerij door alleen maar in te zoomen op de relatieve risicoreductie. Daarbij komt hij met zeer negatieve aantijgingen aan het adres van de onderzoekers die ik eigenlijk voor dit tijdschrift ongepast vind.

Collega Bangma wordt op zijn beurt verlokend tot de uitspraak dat Scholten de plank volledig mislaat, mogelijk door de aanval op de man (en dus niet op de bal).<sup>2</sup> De inhoudelijke argumenten van Scholten snijden echter wel hout. Hoewel in de ERSPC het effect van screening op de prostaatkankerspecifieke sterfte als positief uit de bus komt, blijkt uit een recente meta-analyse dat dit resultaat nog niet kan worden veralgemeniseerd.<sup>3</sup>

Bangma benoemt dat door het aanbieden van *active surveillance* de diagnose prostaatkanker geen extra stress bij mannen geeft. Hoe sterk dat bewijs is weet ik niet. Ik denk dat hierbij vooral wordt getoond dat er in deze screening geen negatieve feedback van patiënten komt.<sup>4,5</sup> Veel mannen compenseren de last van de controles met de gedachte

dat ze er gelukkig toch op tijd bij waren. Dat de tumor anders nooit aan het licht zou zijn gekomen bedenken ze daarbij niet.

De zeer genuanceerde ERSPC-publicatie, die op de dag van het bewuste NOS-journaal al in de mailbox van alle huisartsen belandde,<sup>6</sup> biedt mij wel een zeer praktische handreiking. Aan patiënten kan klip en klaar worden uitgelegd dat wanneer alle Nederlandse mannen zouden deelnemen aan een screeningsprogramma minder mannen overlijden aan prostaatkanker. Dat daarvoor een groot aantal mannen moet worden belast met aanvullend onderzoek en de diagnose prostaatkanker die klinisch niet relevant hoeft te zijn, is goed over te brengen. Wie de gelukkige overlever is tussen de 48 behandelde lotgenoten, zal men vooraf nooit te weten komen. Na die uitleg zien veel mannen af van een PSA-test.

De resultaten van de ERSPC frustreren mij dus niet, maar ondersteunen mijn dagelijkse praktijkvoering. Daarbij beperk ik me graag tot de inhoud en houd ik me niet bezig met de beeldvorming van respectabele onderzoekers. Dat wens ik Scholten ook toe.

**Marco Blanker**

- 1 Scholten H. Ook zo blij met PSA? Huisarts Wet 2010;53:501-2.
- 2 Bangma CH. PSA-screening deugt. Huisarts Wet 2010;53:503.
- 3 Djulbegovic M, Beyth RJ, Neuberger MM, Stoffis TL, Vieweg J, Djulbegovic B, et al. Screening for prostate cancer: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2010;341:c4543.
- 4 Ransohoff DF, McNaughton Collins M, Fowler FJ. Why is prostate cancer screening so common when the evidence is so uncertain? A system without negative feedback. *Am J Med* 2002;113:663-7.
- 5 Blanker M. Zonder bewijs screenen op prostaatkanker. Huisarts Wet 2003;46:184.
- 6 Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Ciatto S, Nelen V, et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized european study. *N Engl J Med* 2009;360:1320-8.

## Antwoord

Collega Blanker vindt dat mijn argumenten hout snijden maar ergert zich aan de manier waarop ik 'respectabele onderzoekers' bejegen.

Het verheugt me dat veel patiënten na de ongetwijfeld degelijke uitleg van Blanker afzien van een PSA. Ik vermoed dat het aantal nog groter zou zijn geweest

als collega Bangma was afgekomen met z'n onderzoek naar de levenskwaliteit en Blanker daarover ook had kunnen voorlichten.

Zo netjes als het bij Blanker klaarblijkelijk toegaat, gaat het niet overal. Via een groot aantal opdringerige urologiesites kan men via de achterdeur ook aan een PSA komen. Een van deze sites wordt beheerd door onze respectabele onderzoekers.<sup>1</sup> Op deze site richt men zich nu op de ERSPC-controlegroep. Na deze groep eerst te hebben ingepeperd dat door screening de sterfte aan prostaatkanker vermindert, wordt hen nu in overweging gegeven zich alsnog te laten screenen. Veel wollig en empathisch taalgebruik, maar niet het feit dat 48 mannen moeten worden behandeld om na 9 jaar 1 sterfgeval te voorkomen. Het achterwege laten hiervan is de onderzoekers ernstig aan te rekenen. Ik spreek dan ook liever van marketeers die als voornaamste doel hebben de topzware afdeling Urologie van het Erasmus MC in leven te houden over de rug van hardwerkende Rotterdammers die niets mankeren.

**Henk Scholten**

- 1 <http://www.erasmusmc.nl/urologie/actualiteiten/screeningprostaatkanker/>

De discussie kan op onze website desgewenst worden voortgezet.

## Medisch student tijdens de Tweede Wereldoorlog

Naar aanleiding van de bespreking van het boek *Witte Jassen en Bruinhemden* merk ik op dat daarin, evenals in het besproken boek, de rol van medisch studenten onvoldoende uit de verf komt.<sup>1</sup> In het boek is een hoofdstuk gewijd aan de 'Arbeitseinsatz'. Arbeiders werden gedwongen om in Duitsland te komen werken. Ook studenten die de 'loyaliteitsverklaring' niet hadden getekend moesten zich op 6 mei 1943 melden. Vermoedelijk 340 medisch studenten hebben daaraan gevolg gegeven en zijn

grotendeels tewerkgesteld in ziekenhuizen in Duitsland. Ik was één van hen en kwam als eerstejaars medisch student terecht in Frankfurt. Daar moest ik als lijkenknecht werken in het Pathologisch Instituut van de Universiteit. Ik was 17 jaar!

Enkele oudere medestudenten zijn verpleger geworden. Toen zij eind 1943 met verlof gingen en niet terugkwamen, was voor mij de kans op verlof verkeken en heb ik tot april 1945 in Duitsland moeten werken. Dit is ook andere studenten overkomen zoals ik heb kunnen vaststellen in een onderzoek naar hun ervaringen.<sup>2</sup> Veel medisch studenten, zowel in Nederland als in Duitsland, hebben taken vervuld die het bereikte niveau van hun studie te boven gingen, zoals werken als arts terwijl ze slechts doctorandus waren! Zelf ben ik daarvan een sprekend voorbeeld, ik was destijds net met de studie begonnen en was aan het einde van mijn verblijf in Duitsland in staat een obductie zelfstandig uit te voeren.

Voor veel medisch studenten is het verblijf in Duitsland niet al te moeilijk geweest. De terugkeer naar Nederland na de oorlog is hen echter tegengevallen. Om van het voormalige Oost-Duitsland, dat was bezet door de Russen, terug te komen naar het westen hebben zij veel tegenslagen moeten overwinnen. Zelf ben ik met een Amerikaanse legertruck in juni naar huis teruggegaan en kon vrijwel direct daarna mijn studie in Amsterdam hervatten. Sommige medisch studenten hebben daarmee meer moeite gehad; in Groningen was een zuiveringscommissie van studenten nogal streng en sloot een aantal van hen tijdelijk uit van de studie. Een ernstige tegenslag bij terugkeer in het vaderland.

**Heert Dokter**

- 1 Kramer A. Artsen leverden indrukwekkende verzetsbijdrage tijdens de Tweede Wereldoorlog. Huisarts Wet 2011;54:45.
- 2 Dokter HJ, Verhage F, Binneveld JMW. Een onbelicht verleden. De verplichte tewerkstelling van medische studenten in nazi-Duitsland (1943-1945). Assen: Van Gorcum, 2001.