

Het antwoord op de vraag of wij op de goede weg zijn is voor mij niet moeilijk, dit is „neen”. Ik constateer dat we in Nederland politiek, moreel en sociaal evenmin op de goede weg zijn. Bijna 50 jaren geleden begon ik mijn studie aan de Utrechtse Universiteit in een bepaalde stijl, o.a. gebracht door in onze ogen beroemde leden van de Medische Faculteit als HIJMANS VAN DEN BERGH, RÜMKE, SILLEVIS SMIT, LAMÉRIIS en DE SNOO om me maar tot de clinici te beperken en dan nog onvolledig. In mijn praktijk als huisarts (1940-1955) heb ik, dank zij een kritische instelling mij door bovengenoemde leermeesters bijgebracht, gelegenheid gehad de in Utrecht opgedane kennis in praktijk te brengen, daarbij steeds denkend aan de wijze woorden van LAMÉRIIS: de arts heeft tot taak te trachten het leven te verlengen en te ver-aangenamen; immers zonder het laatste is het eerste minder zinvol.

Nogmaals, wij zijn niet op de goede weg, maar hoe het ge-tij te keren? Het is natuurlijk niet goed noch verstandig het verleden te idealiseren, maar als ik bv. lees dat de huisartsen tegenwoordig „problem solving met het hometeam” bedrijven dan vraag ik me af of we op de goede weg zijn. Wij achten het als huisarts gedurende 24 uur per etmaal onze plicht om problemen op te lossen alleen of met behulp van echt-genote, wijkverpleegster, pastor en anderen die ik onbewust tot het „hometeam” rekende hoewel dat woord toen nog niet uitgevonden was. En daarmee raken we ook een euvel van deze tijd: Met alle relatieve waardering van gedragswetenschappers en alle „... ogen” vrees ik dat hun jargon, bedoeld om onzekerheid te verbloemen veel kwaad gedaan heeft. Ik heb veelal het gevoel dat gedragswetenschappers weinig meer doen dan nieuwe woorden en termen verzinnen, denkende dat ze iets verklaren.

Aan de in het Hoofdartikel aangevoerde waardering van de geneeskunde en de geneeskundigen hebben de artsen voor een deel zelf schuld, afhankelijk van de attitude, hoewel de artsen ook slachtoffers van hun tijd zijn. Maar voor het grootste deel heeft de onderwaardering te maken met de alom aanwezige gevoelens van onbehagen, onlust, onvrede, onzekerheid en beduchtheid voor de toekomst. Deze gevoelens, die zo velen verontrusten, zijn te vergelijken met het onbehagen van het verwerende kind voor hetwelk, door al zijn wensen vervuld te krijgen, de weg tot verwerven als middel tot zelfverwerkelijking werd afgesneden. En evenals het verwerende kind, gaat de verwerende wereld de oorzaken van zijn onbehagen verwijzen naar allerlei uitwendige omstandigheden in plaats van het verwerend zijn als zodanig te onderkennen als de ware oorzaak. De Nijmeegse filosoof VAN MELSEN heeft zeer terecht de verminderde prikkel tot werken en de mogelijkheid tot vlucht in de ziekte de negatieve effecten van de sociale verzekering genoemd. En hiermee ben ik bij de functie welke ik de laatste 10 jaren uitoefende: medisch adviseur van het G.A.K. Bij de uitoefening van de verzekeringsgeneeskunde — voor een zeer belangrijk deel arbeids-geneeskunde — heb ik steeds gepleit voor een beter begrip van de medici voor het belang van werken voor de mens. De sociale wetten maken het de mens veel te gemakkelijk; voor elke klacht moet een oplossing komen, dus onderzoek en behandeling ingesteld met als gevolg veel te veel onderzoekingen en ondanks negatieve bevindingen het instellen van medicamenteuze en andere therapieën. Vooral het instellen van fysiotherapie in de vorm van massage voor de geringste rugklacht is berucht in dit opzicht.

Het nummer van het Tijdschrift waarin het besproken Hoofdartikel geplaatst werd, bevat een uitstekend betoog van de psychiater VERBEEK over het behoud van de weten-

schappelijke psychiatrie. Hierin is een soortgelijke cri de coeur te horen. Niet lang geleden trof ik in *NRC-Handelsblad* een serie artikelen over „ervaring” aan. Eén van die artikelen was van de hand van prof. LIEVEGOED. Hij releveerde de overdreven medezeggenschap, ook wel aangeduid met het vreemde woord „inspraak”. LIEVEGOED drukte zijn bezwaar plastisch uit zeggende dat een opeenhoping van kortzichtigheden geen vergezicht oplevert!

Kunnen we nog wat redden? Agressie, decadentie en degeneratie zijn in opmars. Hoe dit te keren? U hoopt op antwoorden; welnu hier is er één, al geef ik uiteraard geen oplossing. Ik hoop dat u de diverse antwoorden kunt bundelen tot een leesbaar verhaal en verder hoop ik dat het Tijdschrift voortgaat een voorbeeld te geven en de jongeren voor te houden dat we op de verkeerde weg zijn. In ieder geval mijn hulde en waardering voor het feit dat de brandende vraag „Zijn we op de goede weg” gesteld is.

Blonay (Zwitserland), september 1977

H. DOELEMAN

In zijn hoofdartikel stelt prof. JONGKEES problemen aan de orde die het wezen van het medisch handelen raken en biedt hij een mogelijkheid tot discussie die naar ik hoop in brede kring zal aanslaan. De veranderende arts-patiënt-relatie, zoals in het artikel wordt gesignaleerd, dwingt tot een keuze, een positieve naar de patiënt toe, of een negatieve naar de professie toe. De kern van het vraagstuk ligt al bij de interpretatie die van de definitie van gezondheid wordt gegeven: „een toestand van volstrekt lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden” kan niet worden verstaan als alles wat de verschillende deskundigen op hun terrein in dit verband kunnen aandragen, maar als de toestand waarnaar de geïnformeerde patiënt zelf streeft als het voor hem in zijn levens-situatie optimale. Wanneer men de patiënt werkelijk in het beleid rondom zijn eigen persoon betreft, zal blijken dat dit niet tot buitensporigheden leidt, integendeel, dat het regelmatig een vereenvoudiging zal betekenen van te overwegen maatregelen.

Een dergelijke open benadering, waarbij de patiënt als volwaardig mens zijn verantwoordelijkheid wordt gelaten, blijkt in de praktijk goed te werken. Het vraagt bereidheid van de arts tot het verstrekken van goede informatie, een bereidheid zijn oordeel ter discussie te stellen tegenover een niet deskundig maar wel zeer direct bij het probleem betrokken persoon, en het vraagt als consequentie van deze bereidheid een hoop tijd en soepele tijdschema's.

Het is de vraag of van de arts met zelfstandige praktijk een dergelijke tijdrovende benadering mag worden verwacht; het is te hopen dat de mogelijkheden hiertoe in de toekomst zullen toenemen, maar wat wel reeds mag worden verwacht is een open oog voor het feit dat het menselijk leven en al wat hieraan inhoud geeft zich op veel gebieden afspeelt en niet alleen in het anatomische lichaam met zijn somatische klachten en afwijkingen. Niet alleen de medische wetenschap, ook de menswetenschappen hebben een grote vlucht genomen, waarbij een belangrijke vooruitgang is het groeiende inzicht dat somatische afwijkingen en vooral de klachten die zij veroorzaken, niet op zichzelf staan maar een wezenlijke interactie vertonen met alles wat inhoud geeft aan het leven van de patiënt.

De grote technische en wetenschappelijke vorderingen worden door de zieke mens minder gewaardeerd dan verwacht had mogen worden. Enerzijds zal dit liggen aan de wijze waarop diagnostische methoden en therapie worden gepresenteerd en aan het feit dat veel, vaak minder aange-

naam onderzoek, zich t.o.v. de patiënt niet in evenredige therapeutische mogelijkheden waarmaakt. Anderzijds kan de mens-patiënt zich in zijn wezen te kort gedaan voelen waar zoveel zwaar geschut op een deelgebied wordt gericht zonder dat de interactie binnen zijn persoon in het beleid wordt betrokken. De lichamelijke klachten en afwijkingen leiden geen geïsoleerd bestaan, zodat een eenzijdige benadering onvrede bij de patiënt moet wekken, waarvan hij zich de ware achtergrond zelden bewust zal zijn: de patiënt weet eigenlijk niet precies wat hij de arts verwijt. Wanneer deze onvrede leidt tot een reactie bij de artsen zich verder in hun deelgebied terug te trekken, is de vicieuze cirkel gesloten.

Een uitweg kan de patiënt zelf bieden. Bij voldoende aandacht en informatie kan hij een actieve rol spelen in het beleid rondom zijn persoon, waarmee niet alle problemen worden opgelost (de patiënt verwacht dit zelf in de regel ook niet) maar de wrevel bij de patiënt en het gevoel van onderwaardering en ondankbaarheid bij de arts zullen verdwijnen. Bij een dergelijke open benadering van de patiënt zal vaak blijken dat er t.a.v. de levensomstandigheden en de aanpassing van de patiënt daaraan, meer problemen zijn dan de somatische klachten deden vermoeden; problemen die wél de kleur van de somatische klachten mede bepalen en belangrijk zijn voor het resultaat van de therapeutische benadering.

Geen mens kan deskundig zijn op alle mogelijke gebieden. Van iedere medewerker in de gezondheidszorg mag echter worden verwacht dat hij in het contact met de mens-patiënt ook open staat voor signalen die op problemen wijzen buiten zijn directe deskundigheid. Hoe groter de mogelijkheid voor contact, hoe duidelijker deze signalen zullen zijn. Dit impliceert de bereidheid in overleg met de patiënt zonodig andere deskundigen in te schakelen, de bereidheid in teamverband met deze deskundigen samen te werken en delegatie van verantwoordelijkheid. Deze bereidheid en de ingrijpende consequenties ten aanzien van te investeren meestal niet gehonoreerde tijd vraagt weinig minder dan een professioneel gewetensonderzoek bij de benadering van elke patiënt.

Zij zullen een wezenlijke en steeds onmisbaarder bijdrage vormen tot het behoud van de goede arts-patiëntrelatie.

Middelbeers, september 1977

C. V. M. JURGENS

In het volgende nummer volgen meer brieven. Het lijkt mij onjuist de brieven van kritisch commentaar te voorzien. Ik heb mijn zegje gezegd, nu de anderen.

Amsterdam, oktober 1977

L. B. W. JONGKEES

### *Klinisch speurwerk: de unieke taak van academische ziekenhuizen?*

Als internist heb ik met belangstelling de boeiende klinische les van professor CRONE gelezen (1977). Minder gelukkig echter ben ik, als opleider van a.s. specialisten in een algemeen ziekenhuis, met de laatste kolom van zijn artikel. Daarin onderstreept collega CRONE de opvatting van de besturen van de academische ziekenhuizen dat klinisch speurwerk de unieke taak is van deze ziekenhuizen. Het artikel waarin deze opvatting is neergelegd (1976) en de daaraan voorafgaande discussie tussen JONGKEES (1975) en

ROELINK (1975b), naar aanleiding van de nota van laatstgenoemde over de toekomstige taak, plaats en functie van academische ziekenhuizen (1975a) hebben mij weinig bevredigd. De neiging om te reageren heb ik destijds onderdrukt, omdat het mij ondoenlijk leek tegen de stroom op te roeien. Nu collega CRONE de tegenstelling kort samengevat via zijn klinische les, weer ter tafel brengt en kennelijk de discussie weer wil openen, laat ik mij thans wél verleiden te reageren.

Collega CRONE verdedigt de stelling dat een algemeen ziekenhuis dient om geneeskundige hulp te bieden naar de huidige stand van de medische verworvenheden, en dat verrichten van klinisch speurwerk de unieke taak is van het academische ziekenhuis. Hij gaat daarmee blijkbaar voorbij aan het feit dat een niet onaanzienlijk aantal algemene ziekenhuizen een belangrijk aandeel heeft in de gedeeltelijke of algehele opleiding van artsen tot specialisten. Een belangrijk facet van de opleiding is klinisch speurwerk. Naar onze ervaring is het mogelijk om ook in een algemeen ziekenhuis deze activiteit te ontwikkelen. Dat iets dergelijks in ons land nog steeds als een zonderlinge vorm van hobbyïsme wordt gezien is een betreurenswaardig en, vergeleken met de gang van zaken in andere landen, een uitzonderlijk standpunt. Dit heeft tot gevolg dat onze overheid de geldstroom bestemd voor klinisch speurwerk nog steeds uitsluitend naar de academische ziekenhuizen dirigeert.

Ik geef toe dat ik bij de bepaling van mijn standpunt „besmet” ben door een jarenlange samenwerking met de „perifere” speurder SCHALM die in zijn rede, nadat hem de Hijmans van den Bergh-penning was uitgereikt door de universitaire speurder BORST, een lans brak voor klinisch speurwerk in het algemene ziekenhuis (1971).

Ik ben bang dat de opstelling van collega CRONE een schisma oproept tussen de algemene ziekenhuizen — al dan niet met opleiding — en de academische ziekenhuizen. Ik dacht dat samenwerking, ook op het gebied van speurwerk, noodzakelijk is en vruchtbaar kan zijn. De door collega CRONE geciteerde Staatssecretaris van Onderwijs en Wetenschappen sprak onlangs in een televisieuitzending naar aanleiding van het kabinetsbesluit inzake de honorering van universitaire werkers tot een uitspraak over algemene ziekenhuizen die van weinig inzicht getuigt. Wat te denken van zijn opmerking dat de universitaire werker die geen genoegen neemt met het nieuwe honoreringssysteem dan „maar” naar een algemeen ziekenhuis moet gaan alwaar hij, zij het dan verstoken van klinisch speurwerk, een groot inkomen kan vergaren? Ik heb mij daarna afgevraagd waarom algemene ziekenhuizen dan wél goed genoeg zijn om hun — onmisbare — aandeel te leveren in de opleiding tot specialisten en, niet te vergeten, tot artsen.

*Literatuur:* Basisfilosofie en intentieverklaring (1976) *Med. Contact (Amst.)* 31, 1389. — CRONE, R. A. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1193. — JONGKEES, L. B. W. (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 478. — ROELINK, H. (1975a) *Med. Contact (Amst.)* 30; 917; (1975b) *Ned. T. Geneesk.* 119, 684. — SCHALM, L. (1971) *Folia med. neerl.* 14, 42.

Arnhem, augustus 1977

K-H. BRANDT

Collega BRANDT maakt bezwaar tegen de stelling dat klinisch speurwerk de unieke taak is van de academische ziekenhuizen. Lichte ergernis is wel begrijpelijk als hij uit mijn paar zinnestjes wil lezen dat de universiteitsklinieken elke wetenschappelijke benadering van de geneeskunde willen monopoliseren. Zo heb ik het niet bedoeld. Iedere arts, zon-