

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-

der uitzondering, moet zijn oordeel scherpen door eigen onderzoek, door beschrijving en na-onderzoek van zijn zieken, door literatuurstudie en door de analyse van hun ziektegeschiedenissen. Dat wetenschappelijk werk kan ook wereldkundig gemaakt worden. Daarvoor heeft hij de hulpmiddelen en daarvoor moet hij de tijd maken. Voor artsen die co-assistenten of specialisten opleiden geldt hetzelfde in nog sterkere mate, ook wanneer wij erkennen dat de co-assistenten-affiliatie een noodoplossing is, ontstaan door de beperkte capaciteit van de academische ziekenhuizen, en ook wanneer wij vermoeden dat een ten dele universitaire specialistenopleiding de voorkeur verdient boven een uitsluitend perifere. Wetenschappelijk werk is dus geenszins het prerogatief van academici, en de hoogste vorm van wetenschapsbeoefening vindt men niet zelden bij niet-academici, smalend „hobbyisten” genoemd door degenen die zelf geen weg weten met hun „vrije tijd”.

Een totaal andere zaak, waar ik in de gewraakte alinea van mijn klinische les op doelde, is de beschikbaarstelling van overheidsmiddelen voor klinisch spoorwerk in algemene ziekenhuizen. Bij de huidige krapte aan geldmiddelen is centralisatie van (duur) spoorwerk noodzakelijk, en de Academische ziekenhuizen zijn de aangewezen centra. Dat dient te worden gezegd, want de academische ziekenhuizen worden van alle kanten bedreigd. Ze krijgen te weinig geld en worden gelijkgeschakeld met algemene ziekenhuizen op het punt van beddenkorting en bouwkundige voorschriften, maar worden tegelijk eenzijdig getroffen door de honoringsvoorstellen van de staatssecretaris van O & W. Intussen wordt de mogelijkheid om creatief wetenschappelijk werk in academische ziekenhuizen te verrichten door gebrek aan middelen steeds kleiner.

Dat werken in algemene ziekenhuizen „rijkdom en routinewerk” betekent, is een stelling waar collega BRANDT terecht tegen protesteert; als het specifieke karakter van academische ziekenhuizen geen ondubbelzinnige erkenning vindt, wordt het werken in deze ziekenhuizen straks: armoede en . . . routinewerk.

Amsterdam, september 1977

R. A. CRONE

Professor CRONE schrijft in zijn klinische les (1977) over twee aangelegenheden: over het gebied dat typisch tot zijn vak behoort, de occlusie van de vena centralis retinae en het al dan niet behandelen hiervan, en over een politieke aangelegenheid, namelijk het beleid dat financieel-economisch van overheidswege gevoerd zou moeten worden ten aanzien van personen en instellingen die bepaalde onderzoeksmethoden ten behoeve van patiënten willen toepassen om bepaalde diagnoses en therapieën mogelijk te maken.

Ik vind het wat verdrietig, dat de redactie van het tijdschrift gemeend heeft CRONE's klinische les als zodanig te moeten plaatsen, en hem niet die beperkingen heeft opgelegd die dit artikel, gelet op de feitelijke betekenis van de klinische les, verdiende. Uiteraard heeft niemand het recht prof. CRONE een politieke visie ook ten aanzien van de volksgezondheid te ontzeggen, doch het had m.i. meer in de rede gelegen als hij met zijn politieke opvattingen verwezen was naar de redactie van *Medisch Contact*. De mogelijkheid wordt thans geschapen — ik ben me er bewust van dat ik met dit ingezonden artikel hiertoe bijdraag — dat er een ellenlange discussie over politieke zaken kan ontstaan die papierverslindend is en beter besteed had kunnen worden aan wetenschappelijke stukken.

De opmerking van CRONE, dat moreel en financieel ver-

antwoord klinisch spoorwerk *uniek* de taak is van academische ziekenhuizen, moet vermoedelijk gezien worden als een vrije interpretatie van wat besturen van academische ziekenhuizen gesteld hebben, namelijk dat een algemeen ziekenhuis vooral dient om geneeskundige hulp te bieden naar de huidige stand van de medische verworvenheden. Deze vrije interpretatie zou betekenen, dat medewerkers in de gezondheidssfeer in niet-academische milieus wellicht wel wetenschappelijk geïnteresseerd mogen zijn en zelfs wetenschappelijke vraagstellingen mogen hebben, maar dat daarbij zelfontplooiing *in feite* niet kan worden getolereerd. Dit zou betekenen, dat bv. de chronische patiënt, bij uitstek niet tot het onderzoekerterrein van academische ziekenhuizen behorend, in feite niet of niet meer voor klinisch spoorwerk in aanmerking zou komen. Hierbij denk ik o.a. aan de grote groep psychiatrische patiënten, revalidatiepatiënten, sanatoriumpatiënten en patiënten van andere categorale instellingen. Zelf als internist werkende ten behoeve van de eerstgenoemde categorie patiënten, kan ik prof. CRONE verzekeren dat ook deze groepering in zijn chroniciteit wel degelijk verantwoord klinisch spoorwerk behoeft, waarbij het financieel en moreel onverantwoord zou zijn dit spoorwerk aan universiteiten toe te denken. Dit zou namelijk in feite betekenen dat er niets gebeurt, daar in academische ziekenhuizen eenvoudig geen ervaring te verwachten valt t.a.v. de specifieke problematiek van genoemde groeperingen, alleen al omdat daartoe een patiëntenbestand van redelijke omvang ontbreekt.

De interpretatie van de uitspraak der besturen van academische ziekenhuizen door CRONE komt op mij dan ook wat elitair aanmatigend en dirigistisch over. Potentieel houdt zijn opvatting een miskennis in van wat ik t.a.v. de groeperingen van chronische patiënten stelde, groeperingen die zich met hun eigen problemen kennelijk volledig aan het waarnemingsvermogen van CRONE onttrekken. Bovendien houdt zijn opvatting een blokkade in van wetenschappelijke vermogens en vraagstellingen die buiten de universitaire klinieken aanwezig zijn, respectievelijk ontstaan. Het komt op mij elitair en dirigistisch over, medewerkers aan een niet-academisch ziekenhuis, of van andere instellingen in de gezondheidszorg die met gefundeerde wetenschappelijke vraagstellingen komen, de mogelijkheid te ontzeggen daar zelf ook nog een oplossing voor te vinden door te verwijzen naar de veronderstelde unieke taak van de academische ziekenhuizen. Het is bovendien onjuist omdat iedereen weet dat universitaire ziekenhuizen zelf al met de handen omhoog zitten, niet wetend hoe men de research uit eigen vraagstelling financieel-economisch, en niet in het minst ten aanzien van personeelsbezetting, rond moet krijgen.

Professor CRONE komt mij in zijn uitspraak ook aanmatigend over als hij denkt dat de uitbesteding van klinisch spoorwerk uitsluitend en alleen maar aan universitaire ziekenhuizen financieel-economisch en moreel de meest efficiënte weg betekent voor oplossing van de problemen. M.i. bieden de ruime subsidiëring vanuit de staatsruif en de uitgebreide instrumentele toerusting van academische ziekenhuizen, benevens het aanwezig zijn van het vereiste wetenschappelijke personeel, hiertoe allerminst de beste garantie. Over het bovenstaande valt uiteraard veel meer te zeggen. Wellicht zal ik niet de enige zijn die op CRONE's klinische les, gedeeltelijk politieke beschouwing, reageert. Het enige wat ik vurig hoop is dat een eventuele discussie over dit onderwerp mag leiden tot een wat gevarieerder kijk van CRONE op klinisch spoorwerk, waarbij hij dan tot het inzicht moge komen dat ook elders moreel en financieel verantwoord,