

In zijn klinische les (1977) vraagt SLUITER zich af, of zijn les een pleidooi is voor wat men wel „technische geneeskunde” of „het somatisch model” noemt. Bovendien voegt hij eraan toe, dat hij niet zo goed raad weet met deze termen, zoals hij ook moeite heeft — naar zijn zeggen — met begrippen als „de totale mens” en „de integrale geneeskunde”. Dit laatste hangt wellicht samen met een merkwaardige incongruentie in zijn les, waar ik dadelijk op terugkom.

Zijn vraag kan wat mij betreft in positieve zin beantwoord worden, gezien de eenzijdige benadrukking door SLUITER van de natuurwetenschappelijke vakbekwaamheid van de arts. Zo lijkt mij de uitspraak „Geneeskunde is een natuurwetenschappelijk vak en behoort dit te blijven” beslist onjuist. De geneeskunde is in de eerste plaats een kunde en zij richt zich (c.q. moet zich richten) op de totale mens, die meer is dan een fysisch-chemisch systeem en die daarom niet te begrijpen is in een natuurwetenschappelijk kader. Dat de geneeskunde geen louter natuurwetenschappelijk vak is, leert ons ook de geschiedenis: de geneeskunde is al zo oud als de mensheid, terwijl de opkomst van de natuurwetenschappen hooguit van enkele eeuwen terug dateert. Verder lijkt mij het oude adagium omtrent de taak van de medicus „guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours” ook heden ten dage zijn waarde niet verloren te hebben.

Merkwaardig genoeg onderkent SLUITER dit wel degelijk, zoals blijkt uit andere passages in zijn klinische les. Zo behoort het volgens hem tot de taak van de arts „een deel van de begeleiding van de patiënt en zijn familie” op zich te nemen. Verder spreekt hij over „de medische zorg, waartoe ook het medeleven met de patiënt behoort” en over het behandelen van mensen in nood „met alle respect voor de patiënt”. Welnu, dit alles heeft niets met natuurwetenschappen te maken en ik vraag mij dan ook af, of het hierboven gewraakte citaat niet aan de pen van de schrijver is „ontschoten”.

Door haar natuurwetenschappelijke basis heeft de geneeskunde grote vorderingen gemaakt en in dit kader acht ik het ook belangrijk, dat de hedendaagse arts goed geschoold (en nageschoold) is op dit gebied. Het lijkt mij echter ongewenst deze natuurwetenschappelijke bekwaamheid eenzijdig te benadrukken, want het is zeker niet deze „technische” deskundigheid alleen, die een maat is voor het peil van de gezondheidszorg.

*Literatuur:* SLUITER, H. J. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 2065.

Nijmegen, december 1977

W. DEKKERS

Met veel interesse heb ik de klinische les van SLUITER (1977) gelezen. Na het klinische gedeelte volgt een wonderlijke reeks ontboezemingen over ontwikkelingen in de geneeskunde en gezondheidszorg. „Het bewijs dat bij re-allocaatie van beperkte middelen winst in de eerste lijn opweegt tegen verlies in de tweede lijn, moet nog geleverd worden”, zegt SLUITER. Dat is natuurlijk waar. Het ligt dan wel voor de hand om je bij deze vage constatering af te vragen wat winst is, en wat verlies. Bovendien: het omgekeerde is eveneens waar. Is het bewijs geleverd dat door de jarenlange ruime financiering en ontwikkelingskansen van de vooral technologische aspecten van de klinische geneeskunde, de verkregen winst in een redelijke verhouding staat tot de gedane investeringen? En dan nog: wat is die winst? En: wat is het verlies? SLUITER meent dat ten aanzien van een volksziekte als CARA de huisarts de aangewezen cen-

trale figuur is. Hoe hij die rol ziet, geeft SLUITER niet duidelijk aan. Over de behandeling en begeleiding van CARA bestaat in het geheel geen eensgezindheid. En wat is CARA precies? Is het een „aspecifieke” verzameling van chronische luchtwegobstructies? Zijn er niet zodanige differentiaties in deze verzamelnaam dat daaruit ook consequenties voor de behandeling en begeleiding uit voortvloeien (FLETCHER e.a. 1976)? Uit een recent veldonderzoek van HUYGEN e.a. (1977) in een huisartspraktijk blijkt hoe moeilijk het is het begrip CARA te vangen in een bruikbaar, methodologisch verantwoord onderzoekmodel. En ook blijkt hoe dubieus de waarde is van hygiënische adviezen en medicamenteuze therapieën.

Het zou te ver voeren de begrippen „totale mens” en „integrale geneeskunde”, waar SLUITER moeite mee heeft, te gaan uitleggen en beschrijven. In het *Leerboek Huisartsgeneeskunde* van VAN ES (1974) is er een en ander over te vinden. Ook de stelling dat „geneeskunde een natuurwetenschappelijk vak is en dit behoort te blijven” getuigt van een verontrustende eenzijdigheid. Geneeskunde (om over geneeskunst maar niet te spreken) is zeker *niet alleen* een natuurwetenschappelijk vak. Daarmee zou aan vele excellente beoefenaren (vanaf HIPPOCRATES tot heden van dit vak (?)) onrecht worden gedaan.

Ik ben het overigens geheel eens met SLUITER waar hij stelt dat de medische zorg effectiever wordt naarmate de deskundigheid van de arts groter is en dat hij zich derhalve dient in te spannen om — ook op natuurwetenschappelijk gebied — bij te blijven.

*Literatuur:* ES, J. C. VAN (1974) *Patiënt en huisarts. Een leerboek huisartsgeneeskunde*, bl. 90. Oosthoek, Scheltema & Holkema, Utrecht. — FLETCHER, C., C. TINKER en F. E. SPEIZER (1976) *The natural history of chronic bronchitis and emphyseem*. Oxford University Press, Londen. — HUYGEN, F. J. A., J. VAN EIJK, H. VAN DE HOOGEN e.a. (1977) *Huisarts en Wetenschap* 20, 435. — SLUITER, H. J. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 2065.

Venlo, december 1977

H. F. J. M. CREBOLDER

Ik ben de drie inzenders erkentelijk voor hun commentaar. Er blijkt een grote mate van eenstemmigheid te bestaan ten aanzien van de beide hoofdthema's: de arts als vakkundig en fatsoenlijk vakman, én de noodzaak van voortdurende scholing. Collega LATHOUWERS kan zich in grote lijnen vinden in mijn afbakening van de geneeskunde als natuurwetenschappelijk vak, maar de collegae DEKKERS en CREBOLDER tekenen hiertegen bezwaar aan. Herlezing van mijn les en lezing van de commentaren geeft mij geen aanleiding van mijn mening te herzien.

Vaktechnische kennis en kunde zijn voor mij de basis van de geneeskunde; de stormachtige ontwikkelingen van de laatste decennia zijn vrijwel geheel uit de natuurwetenschappen voortgekomen. Natuurlijk is „de mens meer dan een fysisch-chemisch systeem”, ik heb dat naar ik meen ook duidelijk laten uitkomen. Het adagium „guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours” geldt echter, met uitzondering van het eerste gedeelte, voor vele tussenmenselijke relaties en is geen prerogatief van de arts.

Collega CREBOLDER gaat nog op een aantal andere zaken kort in. Ik ben het met hem eens dat in de geneeskunde zaken als winst en verlies niet altijd gemakkelijk kwantificeerbaar zijn. Ik ben overtuigd van de noodzaak van een goede eerste-lijns-geneeskunde (= het aandeel van de eerste-lijns-arts in de gezondheidszorg); ik maak mij grote