

Rede van de voorzitter,

GEHOUDEN OP HET DERDE N.H.G.-CONGRES

De voorzitter van het Nederlands Huisartsen Genootschap Dr. H. H. W. Hogerzeil heeft op het N.H.G.-congres 1958 te Utrecht op 29 november, de volgende rede gehouden:

Mevrouw de voorzitter der Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en gij vertegenwoordigers der L.H.V., L.S.V. en L.A.D.: namens het Nederlands Huisartsen Genootschap heet ik u hartelijk welkom op ons derde ledencongres. Het congres van vandaag geeft u een aantal voordrachten, gebaseerd op een stuk onderzoek en experiment en gericht op nieuwe medische methodieken en denkwijzen. Ook de tentoonstelling vertoont dit experimentele karakter.

Het streven van ons Genootschap is het devies van u en onze Maatschappij, namelijk de bevordering der geneeskunst. Wij menen dat dit het allerbelangrijkste is voor de arts en zijn patiënt en dat dit de kracht en de macht is, die onze gehele Maatschappij verbindt. Wij hopen dat gij ons in de toekomst zult blijven steunen, dat gij ons in ons streven zult willen blijven stimuleren en dat gij als hoogste colleges der artsen begrip wilt hebben voor de research die hiervoor nodig is. Wendt al uw kennis aan en gebruikt al uw invloed en gezag om de medische research in Nederland in mensen, materieel, apparatuur, financiën op te bouwen. Deze research is en voor onze patiënten en voor ons artsen een levensbelang.

Mijne Heren hoogleraren, vertegenwoordigers der Medische Faculteiten, hoogleraren in de Sociale Geneeskunde en vertegenwoordigers van de Wetenschappelijke Verenigingen, mijnheer de waarnemend directeur van het Nederlands Instituut voor Preventieve Geneeskunde, wij hebben als huisartsen een grote behoefte aan een gesprek met u om ons enthousiasme, dat voortkomt uit een zien van mogelijkheden te toetsen aan uw ervaring. Wij menen dat de huisartsen misschien in hun geneeskunde iets zeer oorspronkelijks hebben bewaard en verwachten daarom dat wij u in dit gesprek ook iets kunnen aanbieden, maar wij willen dit combineren met methoden en technieken van wetenschappelijk onderzoek, die wij nog onvoldoende kennen, maar die gij bezit en daarvoor vragen wij uw raad en bijstand.

Het spijt ons zeer dat Prof. Muntendam, directeur van de Volksgezondheid en Dr. Wester, voorzitter van de Gezondheidsraad op het laatste moment ver-

hinderd waren. Wij hadden er bij hen op aan willen dringen, overtuigd als wij zijn van hun goede intenties ten aanzien van ons Genootschap, om de Overheid er op te wijzen, dat zowel universitaire als post-universitaire studie nodig is om de geneeskunst van de huisarts te bevorderen, opdat de Nederlandse bevolking de gezondheidszorg krijgt, die zij nodig heeft en die mogelijk is. Dit vraagt echter van de Overheid grote investeringen aan mensen en apparatuur.

Mijnheer de Inspecteur van de Geneeskundige Dienst Zeemacht en mijnheer de vertegenwoordiger der Geneeskundige Inspectie Landmacht, gaarne heten wij u hier welkom.

Mijne Heren redacteurs der medische en der algemene pers, het doet ons groot genoegen dat gij telkenjare ons congres bijwoont. Wij willen ook op u een beroep doen om in uw verslagen over dit congres zowel bij onze collegae als bij de bevolking te wijzen op het belang voor hen zelf der medische research en op de bittere noodzaak mogelijkheden te scheppen voor denkend en scheppend medisch bezig zijn.

Geachte aanwezigen, niet iedereen kan ik persoonlijk welkom heten, maar wij zijn u dankbaar dat gij in zo groten getale gekomen zijt! Ik heb de vrijheid genomen op u allen een beroep te doen ons te helpen de medische research en wel speciaal die in de huisartsengeneeskunde mogelijk te maken en ik moge u hierover nog een hoofdartikel memoreren uit de Lancet van september 1958 waarin staat: „In this country, we have no lack of talent, but without more financial encouragement and more facilities for research, we shall lose our best workers and gradually the standards of medicine even at a practical level will decline.” Een gezond volk, werkelijke geneeskunde en goede artsen, verkrijgt men alleen door grote geestelijke en materiele inspanning.

Mijne Heren leden van het Nederlands Huisartsen Genootschap, vanmiddag wilde ik met u praten over de ontwikkeling van onze huisartsengeneeskunde. Deze ontwikkeling en de uitoefening hiervan is immers de primaire taak van het N.H.G. en zijn leden. In iedere medische situatie vindt men de arts, de patiënt, het ziek-zijn van de mens en de klacht en het symptoom, de ziekte, die arts en patiënt tot

ontmoeting brengen. Tegenover de geweldige uitdaging, die dit ziek-zijn van de mens ons stelt, zullen wij allen onze gezamenlijke denkkraft, energie en fantasie moeten zetten. Wij zullen ons ten sterkste moeten inspannen en als collegae moeten samenwerken, met vermindering van persoonlijke ambities, omdat wij allen gezamenlijk geroepen zijn één groot doel na te streven, namelijk de ontwikkeling en de uitoefening der geneeskunst ten behoeve van de zieke mens.

De tijd is kort, het geneeskundig probleem groot, het aantal beschikbare krachten soms klein. Laten wij er zuinig mee zijn en geen tijd verdoen aan zaken, die niet essentieel zijn. Wanneer u de voordracht van vanmorgen heeft bijgewoond en de tentoonstelling heeft bezocht en wanneer u de twee voordrachten van vanmiddag beschouwt, dan ziet u wat een veelheid van onderwerpen de huisarts passeren. Collega Mulder spreekt over zijn massa-onderzoek op diabetes mellitus, de studiegroep onder leiding van collega Buma zal ons haar ervaringen vertellen over de mogelijkheden, die er bestaan om een bepaalde probleem-patiënt, dat wil zeggen iemand, die op een of andere manier in een bepaalde situatie is vastgelopen, weer op gang te brengen. Twee volkomen verschillende methoden: massa-onderzoek door één arts en de meest individuele behandeling van één patiënt door een groep artsen. Twee facetten van geneeskunde, die zich aan de huisarts presenteren. Twee technieken, waarvan hij de merites moet trachten te overzien en moet beoordelen, of hij deze in eigen behandeling kan inpassen.

De huisarts begint de laatste jaren zeer bewust te denken over zijn geneeskunst en over zijn taak als arts. Juist voor deze nieuwe oriëntatie heeft hij alle mogelijkheden voor groei en van vrijheid nodig: geen taakomschrijving, geen terreinafbakening. Grenzen trekken vooraf, belemmert de fantasie en de creatie van de toekomst. De huisarts moet zich laten leiden door de problemen, die de patiënten hem stellen en wanneer hij dan bewust en kritisch zijn werk doet, zal zijn geneeskunst zich vanzelf vormen. Als een antwoord. Een antwoord op de door de patiënt gestelde problemen.

Laat hem vechten met zijn geneeskundige problematiek. Laat de patiënt hem allerlei problemen voorleggen, maar laten wij er ons voor hoeden hem een medisch gedragpatroon voor te schrijven, waarbinnen hij alleen handelen mag. Als hij arts wil zijn, zal hij de hem geboden problematiek functionerend verwerken en steeds weer zijn geneeskunst vorm en inhoud geven. Taak van ons Genootschap is alleen dit werken en denken en vechten van de huisartsen met het functioneren als huisarts, te stimuleren en te voorkomen, dat dit en de ontwikkeling en vormgeving van onze geneeskunst, onwetenschappelijk, kritiekloos of te weinig overdacht zou gebeuren. Hoe verwachten wij dan, dat deze geneeskunst zich zal ontwikkelen? Het is mij bekend, dat sommigen zich hebben verbaasd en hun ongerustheid hebben

getoond of uitgesproken over de mate van aandacht, die ons Genootschap heeft geschonken aan datgeen, wat men momenteel pleegt te noemen de niet-somatische facetten, die aan het ziek-zijn zijn verbonden. Men refereert hierbij in gedachten aan artikelen in „huisarts en wetenschap”, voordrachten namens het N.H.G., rapporten enz. Aan gezien juist deze aandacht van direct belang is voor de groei en de ontwikkeling van onze geneeskunde en het Bestuur hierbij een richtingbepalende en stimulerende invloed kán uitoefenen, wil ik hierover nu graag met u spreken.

Wanneer een arts door een patiënt wordt geraadpleegd, kan hij bij deze mens verschijnselen of zogenaamde fenomenen waarnemen, die hij kan onderscheiden naar de verschillende gebieden, waarin de mens functioneert en door middel waarvan hij zich aan ons openbaart. Zo ziet de arts somatische verschijnselen, psychische verschijnselen, verschijnselen van de relaties tussen de patiënt en de verschillende milieu's om hem heen, de basispersoonlijkheidsstructuur met de daaruit gegroeide vigerende persoonlijkheid en tal van andere verschijnselen of combinaties hiervan. Bij het ziek-zijn van de mens en bij iedere ziekte of afwijking van de gezondheid die wij diagnostiseren, vinden we een aantal van deze verschijnselen of fenomenen. Deze fenomenen, die bij de verschillende ziekten naar intensiteit, uitgebreidheid en combinatie wisselen, stellen de ziekten, zoals wij die bij de patiënt waarnemen, samen. Bij ieder ziek-zijn moet ieder van deze verschillende fenomenen steeds zoveel aandacht van de arts ontvangen als juist bij deze vorm van ziek-zijn nodig is. De mens kan immers op tal van manieren zo zijn, dat wij hem ziek noemen, dan wel, dat hij zichzelf ziek noemt. Denkt u eens aan schizofrenie of psoriasis, aan een schedelbasisfractuur of aan mazelen. Totaal verschillende beelden, die niet met elkaar vergeleken mogen worden, behoudens op één punt en dat is dit: dat al deze mensen een arts raadplegen en tegen hem zeggen: dokter, ik voel mij ziek en dat de arts zich met al deze soorten van ziek-zijn en vormen van ziekte bemoeit.

De arts zal, als de mens zegt: ik ben ziek, de fenomenen, die hem worden vertoond, moeten waarderen en moeten trachten die fenomenen, die het gevoel van ziek-zijn veroorzaken, te diagnostiseren en daarna te bestrijden. Niet de arts schrijft aan de patiënt de manier van ziek-zijn voor, maar de patiënt vertoont aan de arts een reeks klachten en symptomen, die door de arts in verband gebracht moeten worden met het gevoel van ziek-zijn van de patiënt. Wanneer de arts hierbij fenomenen vindt van niet-somatische aard, moet hij de realiteit betrachten en accepteren, dat het deze verschijnselen zijn, die de ziekte vormen, waarin de mens zijn ziek-zijn demonstreert. Wij mogen de patiënt niet een lijst van klachten en symptomen voorschrijven, waarbinnen hij alleen maar ziekten mag vertonen. Dit is, naar mijn mening, èn niet medisch, èn niet

wetenschappelijk. Alleen de klacht en het symptoom mag ons denken en handelen leiden. Hiervoor moeten wij kritisch trachten een oorzaak te vinden en dan de therapie instellen.

Geneeskunde is luisteren en kijken naar de patiënt. Geneeskunde is niet de patiënt dwingen in een door ons voor hem bedacht en voor ons hanteerbaar ziektebeeld. Geneeskunde is in liefde voor de medemens, met zelfdiscipline in een nooit aflatende twijfel denken; met ogen en handen kijken, en vooral met oren en je eigen persoonlijkheid luisteren. Geneeskunde is niet een klacht ergens inschuiven en dan op de volautomatische knop drukken. Zo wordt ziekte het stellen van een vraag door de patiënt. Zo wordt therapie het antwoord hierop door de arts. Zo kan de vraag een ontstoken appendix en het antwoord een operatie zijn. Of de vraag een langdurige temperatuurverhoging en het antwoord een chemotherapeuticum. Of de vraag een vastgelopen milieu-relatie en het antwoord een gesprek, of de vraag een onoplosbaar probleem en het antwoord begrip.

Telkens keert in onze beschouwingen het uitgangspunt terug: er zijn vele manieren van ziek-zijn en bij de verschillende ziekten treden de verschillende samenstellende factoren in wisselende intensiteit en uitgebreidheid en combinatie op. De huisarts neemt dit dagelijks waar in zijn werk. Hij onderscheidt de echt somatische ziektebeelden, de relatiestoornissen van de patiënt met zijn milieu, afwijkingen in de psychische kwaliteiten en mogelijkheden, onvolgroeidheden in de persoonlijkheidsstructuur en onbevredigdheden van de mens over het functioneren van zichzelf en uiteraard weer vele mengvormen. Van vele van deze fenomenen begrijpt hij het ontstaan, de diagnose en de therapie, maar soms is dit niet het geval. Bij een eenvoudige registratie in een aantal huisartsenpraktijken, bleek dat 20% der patiënten klachten had, waarvoor geen organische oorzaak kon worden aangegeven. Als wij dit als huisarts opmerken, wat kunnen we dan doen? We kunnen zeggen: deze klachten zijn functioneel en hysterisch, met als therapie een sedativum, een jolig gebaar van een vlotte dokter, of een praatje, zoals dit nu eenmaal in de mode is, of wel we zeggen tegen de patiënt, dat het niets is en wel weer overgaat, of — en zo zal het moeten — we trachten ook bij deze 20% een exacte diagnose te maken, zoals steeds in de geneeskunde vereist is, alvorens een therapie mag worden ingesteld.

Maar al te vaak bedrijven wij echter bij een klacht, waarvoor geen organisch substraat gevonden wordt, een therapie zonder diagnose. Denkt u zich eens in, dat wij 20 % van onze „somatische” patiënten zouden behandelen, zonder diagnose! Denkt u zich eens in dat 20 % van onze patiënten een ziekte had met koorts, een te hoge BSE of een anemie, zonder dat men hiervoor een diagnose had. U en ik, de Overheid en de gehele bevolking zouden moeite noch kosten sparen om etiologie en therapie te vinden.

Een volkomen gelijke situatie bestaat momenteel voor ons artsen ten aanzien van de zojuist genoemde groep. Deze 20 % is een uitdaging aan ons artsen (!) en dwingt onze Maatschappij en de Overheid, met haar neven-organen, de allerbesten van ons te vragen, dit probleem aan te vatten en hen de volledige beschikking te geven over alle aanwezige medische ervaring, denkkraft, wetenschappelijke methodieken, instituten, organisaties en financiën. Juist daarom heb ik in mijn welkomstwoord een beroep gedaan op u allen en op uw steun om de research te bevorderen en met ons te denken. Altijd heeft de arts de uitdaging die de ziekte stelt, aanvaardt, hetzij pokken, operatie-risico's, bedrijfs-hygiëne of wat dan ook, steeds heeft de arts gezocht tot hij diagnose en therapie gevonden had. Nooit heeft hij van tevoren gezegd een oorzaak, die voor een bepaalde klacht verantwoordelijk zou blijken te zijn, niet te zullen aanvaarden in zijn therapeutische consequenties.

Wij zullen niet van tevoren moeten vragen of een klacht wel een gediagnostiseerd organische oorzaak zal hebben. Indien de patiënt komt met een klacht, is de arts geroepen deze klacht te begrijpen als vraag en deze vraag therapeutisch te beantwoorden. Indien hij het diagnostisch begrip niet heeft en het therapeutisch antwoord niet kan geven, moet hij ernaar zoeken.

Laten wij het probleem van deze 20 %, dat zeker te laag is, niet onderschatten. Weer waart een epidemie rond en vreet aan de wortels van ons bestaan. Deze epidemie is alleen nog geniepigter dan een pestepidemie omdat we haar niet direct en duidelijk opmerken. De tijd van geliefhebber en van ridiculiseren is echt voorbij. Het is een schijnbaar goedkope maar zeer gevaarlijke oplossing de ogen te sluiten voor problemen die er zijn. Het is tijd dat de arts het probleem, dat de patiënt hem hic et nunc stelt, tegemoetreedt en er een oplossing voor vindt.

De arts moet het antwoord geven aan de patiënt, niet omgekeerd. De huisarts zal over dit antwoord moeten kunnen beschikken, wil hij als huisarts kunnen blijven functioneren. Hij zal voor iedere klacht van de patiënt een exacte diagnose moeten kunnen maken, alvorens hij een therapie zal mogen instellen. Indien deze diagnose in het niet-somatische vlak ligt zal hij de techniek en de methodiek van de therapie hiervan moeten kennen.

Wij menen daarom als N.H.G.-bestuur, dat het niet alleen volkomen verantwoord maar zelfs noodzakelijk en urgent is onze aandacht evenveel aan de niet-somatische als aan de somatische facetten der geneeskunde te wijden om de geneeskunde in deze tijd als realiteit in therapie te kunnen uitoefenen als een geneeskunde van de mens. De mens in zijn ziek-zijn en de daarmee gepaard gaande ziekten van de patiënt bepalen onze aandacht, welke consequenties dit ook zal geven.

Tot slot nog iets over deze consequenties. Mijn opleiding tot arts en het hiermede gepaard gaande natuur-wetenschappelijk denken, bracht met zich mede, dat het mij tijd heeft gekost alvorens ik er van overtuigd was dat ook niet-somatische klachten en ziekten wetenschappelijk benaderd en onderzocht konden worden. Ik meende, dat behandeling van de patiënt in het medische vlak alleen mogelijk was, indien er een klacht was die veroorzaakt werd door een somatische afwijking. Zoals iedere arts schrok ik er voor terug, een ander oordeel over de patiënt te geven dan een medisch oordeel en dit medisch oordeel koppelde ik expliciet aan het vinden van een somatische stoornis. Pas langzamerhand begreep ik uit literatuur en eigen ervaring dat deze mening op een te eenzijdige interpretatie der waargenomen fenomenen berustte. Ik zag en leerde dat bij de psychische functies van de patiënt en bij de relaties die er zijn tussen de patiënt en zijn medemens, zich gelijksoortige wetmatigheden voordeden als bij de somatische functies. Ik merkte dat stoornissen in de psychische functies of in de intermenselijke relaties zeer exact en objectief aantoonbaar en diagnostiseerbaar waren.

Juist als de somatische verschijnselen of fenomenen zijn ook de relatie- en psychische fenomenen in medische zin diagnostiseerbaar, beschrijfbaar, herkenbaar en doceerbaar. Het zijn objectieve fenomenen, die men medisch kan benaderen, beoordelen en behandelen. Een zuiver somatische stoornis kan men als een object, een ding behandelen. Dit kan men ook indien men een stoornis behandelt in een intermenselijke relatie of een stoornis in een psychische functie. Bij de mens is het mogelijk, dat de klacht van een patiënt berust op een somatische, een relatie- of een psychische stoornis, dan wel een combinatie hiervan. Zolang de medicus ten opzichte van de patiënt een medische instelling bewaart, is beoordeling en behandeling van al deze fenomenen in het medische vlak mogelijk en blijft men in een objectieve onpersoonlijke geneeskunst met haar vaste wetten, banen, kenbaarheden en op ervaring berustende herhalingen vastgelegd in objectieve fenomenen.

Het kunnen hanteren en interpreteren der klachten en symptomen en gevonden stoornissen in hun objectieve fenomenen, bepaalt onze deskundigheid als arts. Ik ben er dan ook van overtuigd, dat binnen afzienbare tijd onze opleiding tot arts en onze post-universitaire studie, zich op de diverse menselijke functies, waarin de mens zijn klachten, symptomen en stoornissen vertoont, zullen evolueren, tot een volledige antropologische geneeskunde, om deze optimale deskundigheid te verkrijgen.

In het begin sprak ik er over, dat het ziek-zijn van de mens arts en patiënt tot ontmoeting brengt. In deze ontmoeting spelen naast de besproken rationale, objectieve fenomenen, irrationele, subjectieve, persoonlijke fenomenen een wezenlijke rol. De X-foto zegt ons iets over de fractuur, het ulcus, de caverne, over een object, een ding, een onpersoon-

lijk fenomeen dat de mens vertoont, maar vertelt ons pas als wij de gehele mens zien iets over het ziek-zijn van de mens. De objectieve fenomenen, de dingen van de mens zeggen over de patiënt als mens, als eenmalige persoonlijkheid maar zijdelings iets. Zij cirkelen als satellieten om de eigenlijke persoonlijkheid van de mens heen, deze tegelijkertijd verhullend en openbarend. De persoonlijkheid tegelijkertijd beïnvloedend en er uit voortkomend. De patiënt met een acute maagbloeding demonstreert hiermede iets over zijn ziek-zijn als mens. Hij braakt zijn eigen bloed uit. Hij brengt de maagbloeding als verschijnsel naar buiten, anderzijds beïnvloedt de maagbloeding het ziek-zijn van de mens en bedreigt hem in zijn mens-zijn. Zo heeft ieder fenomeen een dualiteit in zich. Merkwaardige typische menselijke dualiteit van alles wat wij aan de mens waarnemen, altijd tegelijkertijd op de mens inwerkend en vanuit de mens gevormd wordend.

Wat doen wij als arts met die mens die daar achter die objectieve fenomenen zit?

Er is een groot stuk van de mens, dat wij met onze objectieve diagnostiek niet vatten, maar wat wel een enorme rol speelt in zijn ziek-zijn en de belevenis hiervan. Het lijden van de mens in zijn ziek-zijn of om iets, liefde, afgunst, angst, nederigheid, trouw; specifieke menselijke attitudes tegenover welke situatie dan ook, maar niet objectief aantoonbaar.

* * *

Ongeveer een maand geleden was ik in Parijs. In deze inspirerende stad heb ik getracht iets van wat ik vanmiddag wilde zeggen op papier te zetten. Toen ik daar rondliep en een hoeveelheid schoonheid indronk die tot op het bot intoxicceert, zag ik twee dingen, die direct verband houden met het zijn van arts. Allereerst dit: datgeen waardoor een schilder, een beeldhouwer, een balletdanseres of een dirigent ons ontroert en emotioneert, is onafhankelijk van tijd, plaats of technische vormgeving. Het is de relatie die ontstaat tussen ons en een medemens of misschien wel „de” medemens door middel van de kunstenaar die ons hem toont. Niet de deskundigheid, de ongeëvenaarde techniek van een man als Rodin fascineert ons, maar de visionaire gedachte die boven dit alles uitgrijpt en die soms doet vloeken om weer een objectief wetenschapsbeoefenaar te worden als wij overwonnen worden door een emotie. De bewogenheid van de medemens, de eigen gebrokenheid, het zien van de medemens, van de ander en dit ergens in kunnen neerleggen, het weten over zich zelf en het zien der overeenkomst met de ander. Weer die merkwaardige dualiteit van de mens. In het werk van een begenadigd kunstenaar ziet u de emotie, het leven en de attitude van maker en zijn object beide. Daarom is zijn werk zo menselijk en grijpt het ons als mens zo aan omdat wij het zelf zijn.

Ten tweede dit: schoonheid, volwassenheid, rijpheid, weten, gaat zelden gepaard met volmaaktheid,

volledigheid, perfectionisme. Altijd loopt er ergens een barst of tragiek doorheen. Een pinup-girl met een geaccepteerd lijden om een onoplosbaar probleem is een onmogelijkheid; evenmin als een elektronen denkmachine iemand van een zorg om een kind zal kunnen verlossen.

In het arts-zijn vinden wij beide terug: het visionaire uitstijgen boven de techniek, waarbij deze altijd voorwaarde sine qua non blijft en het weten van de schoonheid en de barst die er bij hoort, onverbreekelijk. Door deze twee eigenschappen kan de arts in staat zijn een situatie net zo aan te voelen dat de mens zich bevrijd voelt ondanks een bestaand en blijvend probleem. Deze combinatie geeft een gevoel van relativiteit en bescheidenheid ten aanzien van eigen mogelijkheden, een machtig geloof in het herstel van de mens als natuurlijk wezen en in de natuur van de mensheid, een grote ootmoed en bewondering voor alles waartoe de mens geschapen is, naar zijn ongelooflijke gevarieerde schoonheid en onvoorvoelde nuanceringen.

Zo staat de arts in zijn praktijk. Wegend en wikkend, altijd op de tweesprong. In de ene hand: optimale deskundigheid, die hem een gesloten geheel geeft voor iedere klacht en stoornis, waterdicht en objectief volkomen wetenschappelijk verantwoord. In de andere hand: een gevoel van relativiteit, een weten van de dood, van het lijden van de mens in welk menselijk vlak ook en de volslagen onmacht van de arts er ook maar iets aan te doen, een zich persoonlijk verbonden weten als mens met de medemens.

Geen arts is een waar arts die niet beide nastreeft. Optimale deskundigheid door een steeds weer zich bekwamen, twijfelen en research. Een zo groot mogelijke belangstelling, liefde en begrip voor de patiënt, die zich als een eenmalig mens persoonlijk tot de arts als persoon wendt.

Geachte Collegae,

Ik ben er mij van bewust u vanmiddag met problemen te hebben geconfronteerd, die kritiek en discussie mogelijk maken. Indien mijn betoog op de realiteit berust, zal het duidelijk zijn, dat wij aandacht zullen moeten hebben voor de problemen en de vragen die de patiënt ons stelt en de antwoorden die wij hierop moeten geven. Onbevooroordeeld, eerlijk en volgens medische normen, zullen wij de problemen als artsen moeten benaderen.

Genezen door de arts is: het subjectieve lijden van de patiënt in zijn objectieve fenomenen bestrijden, waarbij de arts bereid is dit subjectieve lijden te onderkennen en zonder oordeel of norm te aanvaarden. Misschien zullen wij voor sommige klachten, symptomen en stoornissen andere wegen moeten inslaan dan de tot nu toe gebruikelijke, zonder dat wij als arts zullen verschillen van de artsen die ons in de loop der eeuwen zijn voorgegaan.

Zelfkritiek, wetenschappelijke normen en fantasie zullen ons moeten blijven leiden in een nooit aflatende belangstelling en liefde voor de mens in nood die zich tot ons wendt.

Entgemeenschap

Hoewel „huisarts en wetenschap” er niet naar streeft om actuele berichten uit het binnenland in haar kolommen op te nemen, kunnen zich soms gebeurtenissen voordoen, die van dusdanige importantie zijn voor de algemeen practicus, dat niet stilstaan bij zo'n evenement als een ommissie zou moeten worden aangetekend.

De plannen om, in navolging van de op 1 december 1952 gestarte inentingten te Tilburg, in heel het land entgemeenschappen op te richten zijn in een ver gevorderd stadium, zoals in Medisch Contact van 14 november 1958 uitvoerig is uiteengezet. Door Royaards werd zeer scherp geformuleerd, dat de huisartsen in deze entgemeenschappen een zeer voorname plaats aan het front van de preventieve maatregelen zullen innemen.

Het is wel eens nuttig om bij een dergelijk feit als de instelling van entgemeenschappen even stil te staan en zich ervan bewust te worden waarom bepaalde zaken op dit moment blijkbaar rijp zijn om te kunnen worden gerealiseerd. Uiteraard zijn hierbij vele factoren in het spel en hoewel het interessant zou zijn, om ze stuk voor stuk te analyseren, wil ik mij beperken tot het citeren van enkele zinnen uit het rapport van de commissie van Rooy (1952, Commissie inschakeling huisarts en huisarts-gemeente-arts in preventief en positief gezondheids-werk).

„Het aantal mensen, dat momenteel door het preventieve werk bereikt wordt, is nog niet bevredigend. Een aanzienlijke verbetering zou tot stand kunnen worden gebracht door een goede samenwerking tussen overheid en huisartsen. Belangrijke factoren voor het werk zijn: propaganda, organisatie en financiering, naast de praktische uitvoering.

Ondanks een van Overheidswege gevoerde propaganda is het toch de huisarts, die bij de patiënten aan huis, dus in de gezinnen de meeste overredingskracht zal kunnen uitoefenen. Een enkel woord van de huisarts zal in vele gevallen meer succes hebben, dan een reeks pamfletten of courantenartikelen.

Optimale resultaten zullen alleen kunnen worden bereikt bij een samenwerking, waarbij ieder zijn taak scherp ziet.”

In de entgemeenschap zal de huisarts kunnen bewijzen, dat hij deze nieuwe taak volledig op zich neemt.

Van dichtbij heb ik kunnen meemaken welk een enorme hoeveelheid arbeid door I. A. van Goor, huisarts te Tilburg, is verzet om de gedachte van de entgemeenschap tot een realiteit te helpen maken; een woord van erkentelijkheid namens de huisartsen in Nederland lijkt mij geenszins overbodig!

H.