

Jaarrede van de voorzitter op het N.H.G.-Congres 1959

De voorzitter van het Nederlands Huisartsen Genootschap, Dr. H. H. W. Hogerzeil, heeft op het zaterdag 21 november jl. te Utrecht gehouden N.H.G.-congres de volgende rede gehouden:

Geachte aanwezigen, gaarne heet ik u welkom op het vierde congres van het Nederlands Huisartsen Genootschap.

Mevrouw en mijne heren afgevaardigden van het Hoofdbestuur der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, ons Genootschap heeft als doelstelling de bevordering der huisartsengeneeskunst. Onze Maatschappij kent als doelstelling de bevordering der gehele geneeskunst. Het heeft ons ten zeerste verheugd in de rede van de voorzitter der Maatschappij op het ledencongres in Arnhem te mogen beluisteren hoe zeer dit de aandacht van het Hoofdbestuur heeft. Indien gij het wenselijk zoudt achten dat ons Genootschap u zou adviseren over de bevordering der huisartsengeneeskunst bij uw plannen, welke de bevordering der gehele geneeskunst betreffen, dan zult gij ons te allen tijde hiertoe bereid vinden. Het komt ons voor dat te overwegen valt of niet een medische coördinatiegroep, samengesteld uit de diverse groeperingen artsen onder uw supervisie en met een adviserende functie bij het Hoofdbestuur, zowel aan het wetenschappelijk onderzoek als aan het post-universitair en universitair onderwijs een belangrijke bijdrage zou kunnen leveren.

Mijne heren afgevaardigden van het Centraal Bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging, onnodig te zeggen hoezeer wij ons met u verbonden voelen. Vanaf de oprichting hebben wij gemeend een nauwe samenwerking met u te moeten nastreven. Nog dit jaar hebt gij ons gesteund door uw bijdrage in de financiering der tentoonstelling. Wij hopen dat de band met u steeds zal blijven bestaan ten voordele van ons gemeenschappelijk doel, de huisarts en zijn geneeskunst te steunen.

Mijne heren specialisten, de huisarts heeft het voordeel u te mogen beschouwen als zijn deskundige adviseurs. Als huisartsen gevoelen wij ons vaak bij u in het debet staan, omdat wij steeds met een vraag om advies bij u komen over zaken, die gij beter weet en kent dan wij. Het besef van dit niet-weten schept voor de huisarts een bijzondere situatie. De ideale arts zou hij zijn, die alle problemen der hedendaagse geneeskunde volledig zou beheersen. Dit is voor geen enkele arts mogelijk en daarom zijn de verschillende taken over verschillende artsen verdeeld.

De huisarts beheerst het terrein, dat de specialist bestrijkt, slechts gedeeltelijk. Een therapeutische situatie zal hij soms aan een op dit gebied specialist-deskundige moeten overlaten.

Ondanks dit feit zal hij toch de relatie met zijn patiënt moeten onderhouden, wil hij binnen dit niet-weten voor deze patiënt arts blijven. De enige mogelijkheid hiertoe is de relatie welke ligt in het intermenselijke vlak naar medische betekenis en die wordt aangegaan met de gehele mens-patiënt. Alleen in deze relatie met het geheel kan de kennis en deskundigheid van het detail ontbreken, omdat zowel in de geschiedenis van de patiënt als in zijn persoon het detail een gevolg blijft van het geheel. Zo bestaat de relatie, die zo typerend is voor de verhouding tussen huisarts, patiënt en zijn gezin, en die alle ruimte laat aan uw grote deskundigheid, maar die soms meebrengt, dat een bepaald advies van u niet in de totaliteit van de patiënt past. De ervaring leert dat dan het gesprek tussen u en ons, steeds tot een positieve oplossing voert.

Mijne heren vertegenwoordigers van het Landsbestuur en met name gij, mijnheer de Directeur der Volksgezondheid, mijnheer de Algemeen Secretaris van de Gezondheidsraad, mijnheer de vertegenwoordiger der Gezondheidsorganisatie T.N.O., mijnheer het Hoofd van de Afdeling Internationale Volksgezondheidszaken en mijne heren vertegenwoordigers der Medische Faculteiten en met name gij, mijne heren hoogleraren, gaarne heet ik u welkom. Het zij mij vergund, mij dit jaar speciaal tot u beide, Landsbestuur en Universiteitsbestuur, te richten.

Het bestuur van de Staat heeft een taak ten aanzien van de gezondheid van zijn burgers. Het draagt ook mede de verantwoording voor functie en taak der universiteit, samen met de uitvoerende medici, de betrokken hoogleraren en staven. De universiteit is een centrum voor de opleiding van de arts en voor de ontwikkeling van de geneeskunde. De opleiding van de arts en de ontwikkeling der geneeskunde aan de universiteit is toevertrouwd aan de gespecialiseerde medici. Huisartsen ontbreken en bij de opleiding van de arts en bij de ontwikkeling der geneeskunde.

Nederland heeft momenteel 242 medische hoogleraren en docenten en 211 medische wetenschappelijke ambtenaren, allen gespecialiseerde medici. Daartegenover telt Nederland ongeveer 4.400 huisartsen, 3.000 gespecialiseerde medici, een groot aantal sociaalgeneeskundigen. Ik noem slechts getallen, zonder verder commentaar. Maar het is duidelijk dat de grootste groep artsen in Nederland, de huisartsen,

geen enkele invloed heeft op haar eigen opleiding en geen enkele mogelijkheid tot eigen research op universitair niveau. De omstandigheid, dat de opleiding en de bevordering der geneeskunst aan de universiteit uitsluitend door de gespecialiseerde medici wordt beoefend, heeft bepaalde gevolgen gehad.

Specialisatie, van welke aard ook, is steeds ergens op gericht, op iets bepaalds. Het terrein van de gespecialiseerde medicus is een duidelijk omschreven terrein en op dit terrein is zijn kennis maximaal.

Het terrein van de niet-gespecialiseerde medicus, de huisarts, is niet omschreven, betreft de algemene situatie, de gehele mens, waaraan telkens weer bepaalde facetten kunnen worden onderscheiden, wisselend naar tijd, situatie, toegebrachte noxe, constitutie, milieu, relaties, kortom dat geheel van factoren dat de mens in de loop van zijn leven ontmoet. Een ander verschilpunt is, dat de huisarts in eerste instantie steeds de patiënt ziet, die slechts weet dat hij zich ziek voelt, maar nog niet weet in welk facet van zijn mens-zijn zich dit ziek-zijn localiseert; de zieke, die nog geen omschreven ziekte is of heeft, of zelfs nooit tot deze status komt omdat voordien de klacht reeds weer verdwenen of genezen is.

De specialist ziet de patiënt steeds in tweede instantie, de universiteit zelfs vaak in derde of vierde instantie. Zij zien de patiënt pas, indien de fase van het ziek-zijn zich post of propter de behandeling van de huisarts niet weer heeft kunnen ombuigen naar de fase van het gezond-zijn en wanneer een toestand is ontstaan, waarbij gespecialiseerde kennis nodig is. De zieke, die door de huisarts zelf volledig wordt behandeld, ziet de specialist nooit en daarom komt hij ook in het patiëntenmateriaal van de universiteit niet voor. Deze groep omvat ongeveer 75 procent van alle zieken van Nederland, zodat alle specialisten tezamen slechts 25 procent van het totale morbiditeitspatroon zien. Hierdoor heeft de specialist en de universiteit naar mijn mening een vertrokken beeld, zowel kwantitatief als kwalitatief van de zieken die de huisarts bezoeken en van de mensen die in Nederland ziek zijn. Gevolg hiervan is, dat ook opleiding en ontwikkeling op een vertrokken beeld van het morbiditeitspatroon worden opgebouwd.

Verder oefenen specialist en huisarts een andere vorm van geneeskunde uit. Niet alleen verschilt hun patiëntenmateriaal, kwalitatief en kwantitatief, ook hun uitgangspunt is verschillend. Werkt de huisarts steeds vanuit het geheel en naar het facet toe, de specialist beperkt zich, moet zich beperken tot een omschreven gebied. De huisarts kent geen chirurgische, gynaecologische of psychiatrische patiënt, doch slechts de mens die op dat moment óók een chirurgische, gynaecologische of psychiatrische afwijking heeft; maar er is altijd meer, omdat de mens meer is dan deze omschreven afwijking. Het probleem van de huisarts is niet het facet, daarvoor kan hij advies vragen aan de specialist. Zijn probleem is de totaliteit van de mens en de verbinding van hier naar het detail, de organisatie van de ziekte door

de zieke. Steeds moet hij zich afvragen of het detail, hetzij dit somatisch of psychisch is, hetzij dit het milieu, de relatie enz. betreft, en zijn begrip hierover klopt met het geheel van reacties van deze mens. Of het detail het ziek-zijn van de mens is, of slechts een onderdeel of een afspiegeling daarvan. Doordat aan de universiteit de huisarts ontbreekt, ontbreekt de mogelijkheid tot een gesprek op universitair niveau tussen huisarts en specialist, tussen algemene geneeskunde en gespecialiseerde geneeskunde. Samenvattend kan men zeggen, dat dan blijkt, dat voor de huidige medische student het patiëntenmateriaal kwalitatief en kwantitatief ontoereikend is voor een adequate opleiding. Dat de huisartsengeneeskunde geen mogelijkheid heeft zich aan de universiteit te ontwikkelen. Dat de huisartsen geen bijdrage of invloed hebben op hun eigen opleiding, hoewel zij verreweg de grootste groep artsen vormen. Dat het gesprek tussen huisarts en specialist aan de universiteit ontbreekt. Dat huisartsengeneeskunde en specialistische geneeskunde twee aparte taken van de gehele geneeskunde zijn.

Zou het daarom niet mogelijk zijn aan de universiteit docenten in de algemene geneeskunde te benoemen met de faciliteiten hieraan verbonden?

Hierdoor zou misschien het kwalitatieve en kwantitatieve beeld van het patiëntenmateriaal aan de universiteit meer de werkelijkheid van het morbiditeitspatroon kunnen benaderen. De specialistische geneeskunde zou wederom beschikking krijgen over voldoende, normaal specialistisch materiaal, hetwelk zowel voor de opleiding van de assistenten als voor de opleiding van de studenten nodig is. Aan de student zou, door specialist en algemeen arts gezamenlijk, de gehele geneeskunde kunnen worden onderwezen. De toekomstige arts, wat hij ook wordt, zou reeds aan de universiteit leren hoe huisarts en specialist kunnen en moeten samenwerken. De student zou leren dat de huisarts een eigen taak in de geneeskunde heeft. De huisarts zou een bijdrage kunnen leveren voor zijn eigen opleiding, afgestemd op de ervaring in de praktijk. De specialist zou in zijn opleiding leren van welke waarde het advies van de huisarts voor hem kan en moet zijn.

Er is nog een voordeel hieraan verbonden. Deze algemene geneeskunde zou enerzijds de mogelijkheid bieden tot een natuurlijke verbinding met de specialistische geneeskunde en anderzijds het contact kunnen leggen met pedagoog, psycholoog, socioloog, maatschappelijk werk, gedemonstreerd aan de natuurlijke behoefte die daaraan bestaat bij het normale patiëntenmateriaal.

Hoezeer ik ook in ons Genootschap geloof, zonder een deelhebben aan de universiteit, zonder een gelijkwaardig gesprek, zonder een universeel en universitair wetenschappelijk denken met de hiervoor beschikbare tijd en faciliteiten, bestaat het gevaar dat de huisartsengeneeskunde het dilettaantisme niet zal ontgroeien.

Nederland heeft eerder de moed getoond in grote beslissingen een risico te durven nemen.

Mijne heren van het Landsbestuur en van het Bestuur der Medische Faculteiten, een ernstige bezorgdheid over de opleiding van de arts, de ontwikkeling van de gehele geneeskunde en die van de huisartsengeneeskunde in het bijzonder hebben mij de moed gegeven deze dingen te zeggen. Het is mijn overtuiging dat hieraan iets gedaan moet worden en dat gij in uw beleid hiervoor mede verantwoording draagt.

Dames en heren genodigden, helaas is het mij onmogelijk u allen persoonlijk welkom te heten. Een uitzondering wil ik maken voor u, mijnheer de Inspecteur van de Militair Geneeskundige Dienst, mijnheer de plaatsvervangend Inspecteur van de Geneeskundige Dienst Zeemacht, mijnheer de vertegenwoordiger der Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, mijnheer de secretaris der Maatschappij voor Diergeneeskunde, en speciaal ook voor u, mijne heren leden van de jury voor de N.H.G.-prijs, professor Prakken en professor Van Deen. Gij hebt beiden in deze jury willen plaats nemen. Wij hebben dit hooglijk gewaardeerd. Wij weten hoezeer uw kunde en kennis u met allerlei functies belast en hoe schaars uw tijd is, nog iets extra's te accepteren. Ik moge hier bekend maken, dat het Genootschap heeft besloten jaarlijks een N.H.G.-prijs ter beschikking te stellen voor het beste door een huisarts geschreven artikel in het blad van het Genootschap „huisarts en wetenschap”. Vanaf 1960 zal deze prijs, groot f 300,—, jaarlijks op dit congres worden uitgereikt. Wij hopen dat de jury een groot aantal publikaties zal moeten beoordelen.

Mijne heren leden van het Genootschap, voor de vierde maal sinds de oprichting houden wij ons congres. Allereerst bestaat er bij ons een gevoel van dankbaarheid. Bij het vorig congres hebben wij gevraagd ons te helpen bij de opbouw van ons Genootschap. Wij mochten deze hulp ruimschoots ontvangen. Op wetenschappelijk gebied van hoogleraren, T.N.O., R.I.V., N.I.P.G., Sociaal Geneeskundige Instituten, tal van specialisten; hulp in vergader- en bibliotheekruimte met name van het Instituut voor Sociale Geneeskunde te Utrecht, waar een begin van de N.H.G.-bibliotheek is gehuisvest, terwijl dit Instituut ons ook op allerlei andere wijzen van advies diende; hulp van de Maatschappij, van tal van regionale ziekenhuizen.

Voor het eerst kunnen wij dit jaar memoreren, dat wij een belangrijke gift ontvingen voor het N.H.G.-Fonds voor wetenschappelijk werk van de firma Pfizer, welke toezegde jaarlijks hierin f 3.000,— te zullen storten. U weet dat dit fonds dit jaar is opgericht om op de duur de kosten van het wetenschappelijk onderzoek geheel los te maken van het N.H.G.-budget. De N.V. Organon zal ons een deel van het zeer kostbare materiaal voor het N.H.G.-onderzoek in 1960, hetgeen de abortus tot onderwerp heeft, ter beschikking stellen.

Ook de bijdragen in „huisarts en wetenschap” van

niet-leden dienen vermeld en de artikelen over het N.H.G. in „Medisch Contact”. Bovenal echter de daadwerkelijke steun van onze adviseurs en de talrijke N.H.G.-leden, die in commissies, landelijke of plaatselijke studiegroepen bijzonder veel productief werk verzetten.

In het driejarig bestaan zijn wij allen meer en meer gaan beseffen dat dit Genootschap een noodzakelijke behoefte van iedere huisarts is, mits wij ons zelf ieder persoonlijk hiervoor inzetten en het gezamenlijk dragen. In dit Genootschap werken wij aan onze vorming als huisarts. Dit Genootschap is meer dan een vereniging, grijpt verder dan een instituut voor wetenschappelijk onderzoek, is ouder dan zijn formele bestaansduur. Niet dat wij er al zijn. Geenszins. Vele N.H.G.-centra functioneren nog matig of slecht. Het aantal nieuwe leden is nog te gering. Het onderzoek over werkelijke huisartsengeneeskunde is nog nauwelijks begonnen. Ondanks dit alles bestaat de overtuiging dat dit Genootschap een goede doelstelling nastreeft en een levend begrip wordt van een vernieuwde huisartsengeneeskunde.

Waarom dit zo is, waarom de huisarts in het medisch gesprek van nu een bijdrage kan leveren, waarom hij zijn geneeskunde bewust moet uitoefenen, wil ik u proberen te vertellen.

Het is u bekend uit de geschiedenis, dat telkens weer een bepaalde culturele situatie een bevolkingsgroep voor mogelijkheden plaatst. Niet de groep schept de situatie en de mogelijkheden, maar de situatie geeft de mogelijkheid een creatieve groep te worden. Wij zien, dat overal ter wereld Genootschappen van huisartsen worden opgericht. Er ontstaat een vernieuwing in het gehele medische denken. Het wereldbeeld van de mens, de manier van in de wereld zijn, en daarmee zijn klacht en zijn wijze van ziek-zijn, zijn veranderd en daarom stelt hij aan de arts andere vragen dan voordien. Door deze verandering moet de arts, en met name de huisarts zich heroriënteren. Ondanks zichzelf en niet omdat hij dit zo graag wil, wordt de arts gesteld voor de vraag van de mens naar zijn existentie.

Kan de huisarts dit? Kan hij de vragen van de mens naar het mens-zijn beantwoorden? Wil hij naast een optimale kennis van het deel een begrip ontwikkelen en hanteren van de mens als geheel? Ik weet het niet, maar er is vermoedelijk geen keus als hij arts wil blijven, want de patiënt dwingt hem er toe, in zijn vraag, in zijn klacht, in zijn ziek-zijn.

Wát is er bij de mens en in de medische situatie veranderd? Karakteristika van de tijd waarin wij, u, ik en onze patiënten leven, zijn de behoefte aan realiteit en aan persoonlijk contact met de ander.

Realiteit en relatie

Deze behoefte aan contact met de ander staat diametraal tegenover die aan individuatie van de voorafgaande decennia. Het samenzijn, de ontmoeting, de ander, u vindt hetzelfde thema terug bij alle he-

dendaagse filosofen, in de literatuur, op het toneel en waar ook. De mens verlaat de individuatie en zoekt de relatie. De persoonlijke relatie met de ander.

Enkele voorbeelden: de parodie: de nozem. De negatie van alles wat formeel is, de identificatie met volwassenheid zonder rijping. Een ander fenomeen is het verminderde kerkbezoek, de saecularisatie, de onvoldoende binding door het dogma en de traditie. Daartegenover een vernieuwd pastoraal besef, de behoefte aan het persoonlijk gesprek met predikant en priester over vaak zeer diep beleefde geloofsinhouden.

Bij het onderwijs — men denke aan de nascholing — komt de discussiegroep het onderwijs vanaf de lessenaar vervangen. De internationale politiek wordt gevoerd door middel van het gesprek, door de persoonlijke ontmoeting. De filosofie wordt steeds meer vervuld van de subjectieve beleving als maatgevend gedachtenpatroon, waarvoor ik u maar hoef te verwijzen naar mensen als Kierkegaard, Sartre, Heidegger, Kurtemeier, Guardini en in ons land Buytendijk, Van Peursen, Van den Berg enz. Hetzelfde geldt voor de psychiatrie. Ik noem het invoelend vermogen waarover Rümke schrijft, de non-directe therapie van Rogers, de klinische les van Carp in het Tijdschrift van 1958, de „*medicine de la Personne*” van Tournier, de geschriften van Von Weiszacker, logotherapie van Fränkl en het werk van Jores; allen wellicht zeer verschillend et bien etonné de se trouver ensemble, maar in wezen van gelijke strekking. Bij allen is er een zoeken naar realiteit en relatie. Ook in de kunst, wonderlijk en bizar soms, neemt men de poging waar tot expressie van de mens als persoon.

Wat de nozem, de ontkerstening, het apostolaat, de psycholoog, de politicus, de kunstenaar, ons vertellen, zijn gedachten en levensuitingen die ook wij en onze patiënten hebben, maar niet tot uitdrukking brengen of formuleren. Deze gevoelens, deze belevissen ontmoet u in uw spreekkamer. Het overgangsgevoel door het loslaten van oude maar niet meer geldende normen, het niet-weten van nieuwe waarden, het universele angstgevoel, het besef van de eigen defecte totaliteit en het verloren besef van het werkelijk Totale, het Numineuze (Guardini). Met deze onzekerheid, deze worsteling naar een nieuwe synthese, wordt de arts geconfronteerd. Te weinig beseffen wij altijd weer, dat wij mensen ontvangen, waarbij de kleine en grote problemen, hun klachten een bepaalde functie geven. Het duurt vaak lang, voordat bij de mens een omschreven symptoom of orgaanziekte duidelijk wordt. De mens leeft meestal op de scheidslijn. Hij wordt niet gezond en niet orgaanziek. En als er al een duidelijk symptoom wordt gevonden, moeten wij ons als huisartsen toch nog altijd weer afvragen, of dit symptoom nu werkelijk het ziekzijn is. Want als wij deze te snelle kortsluiting begaan, is de patiënt niet tevreden met zijn recept, met het klopje op de schouder, met de verwijskaart. Hij blijft komen, hij blijft

de wachtkamer overvullen, tot de arts hem als een geheel wil gaan zien en hem een antwoord geeft, dat hem als mens, als zoekende naar een voor hem mogelijke existentie bevredigt of wel, als de arts te lang weigert hem als een geheel te zien, zal hij de arts verlaten, omdat hij vindt dat de arts hem als mens in de steek laat.

De patiënt van vanmorgen in de spreekkamer, uitgebeeld in het beeld van Zadkine in Rotterdam, zoekt. Hij zoekt wat hij kwijt raakte en verbergt zijn vraag in een klacht, zonder dat hij zelf weet dat hij een vraag stelt. De arts en vooral de huisarts weet, dat hij op een soort kruispunt staat. Hij is onzeker omtrent hetgeen hij zal doen, maar met het besef dat er iets van hem wordt verwacht, zoekt hij zijn medeartsen op en verbindt zich met hen in Genootschappen.

Wat verwacht de patiënt van ons? Allereerst een deskundigheid ten aanzien van zijn omschreven symptomen en ziekten. Het kan niet genoeg worden gesteld, dat de huisarts dient te zorgen een optimale kennis en handvaardigheid te bezitten en deze te onderhouden door middel van artscursussen en nascholing. Daarnaast verwacht de patiënt een persoonlijke relatie waaraan hij de mogelijkheid kan beleven tot het vinden van de ander. Naast deze persoonlijke medisch intermenselijke relatie, vraagt hij een accepteren van zijn zoeken, van zijn trial and error. Hij vraagt van de arts, dat deze hem aanvaardt zoals hij is, met eerbied voor zijn persoonlijke nood en met het geduld hem deze nood te laten en te vertrouwen op zijn eigen groeikracht. Hij verwacht, dat de arts hem niet direct zal catalogiseren, medicineren, ontdekken, duiden, diagnostiseren. Hij vraagt de arts mens te mogen blijven ondanks zijn falen, ondanks zijn oud-zijn, ondanks zijn hysterie, ondanks het feit dat hij niet zo een geweldig succes is in de ogen van zijn medemensen. Hij is bereid deze realiteit van zich zelf te accepteren, maar hij verwacht geen geruststelling, geen goed praten, geen klopje op de schouder, het meest denigrerende wat men de mens kan aan doen. Wel verwacht hij geduld en begrip, welke alleen in staat zijn de realiteit te accepteren en de relatie aan te bieden.

Dit is naar mijn mening de veranderde medische situatie waarin de arts door de gewijzigde cultuursituatie is gesteld. Niet omdat hij dit zelf heeft bedacht. Maar hij staat voor een keuze. Wil hij arts blijven, dan zal hij de positie, waarvoor hij is gesteld, moeten aanvaarden zonder mogelijkheid van een compromis. Zonder dat hij dit wil, zonder dat hij hiertoe is opgeleid, zonder dat hij dit bewust heeft gekozen, wordt de arts geconfronteerd met de geestelijke nood van de patiënt. Niet in psychiatrische zin, maar met de nood van de mens. Dat hij mens is en geen dier en geen God. Hoogmoedswaan-zin moet iedereen hebben, die denkt dat hij iets aan deze mens in zijn nood kan doen. Indien wij allen zouden zeggen: hiervoor ben ik niet opgeleid, hiervoor ben ik geen arts geworden, dit is gewoon op-

lichterij, ik doe het niet en ik wil het niet. Niemand, ook de patiënt niet, die het ons kwalijk zou mogen nemen.

Maar als wij doorgaan met te blijven luisteren naar vragen waarop wij zelf geen antwoord weten, dan kan alleen onze persoonlijke attitude naast de kennis der objectieve dingen, ons helpen: geduld oefenen, de patiënt zijn vrijheid laten, niet altijd iets met hem doen. Een vertrouwen in de patiënt als mens. Een vertrouwen dat hij meer is dan hijzelf en ieder ander van hem denkt. In staat te zijn de nood van de ander als realiteit te zien en te aanvaarden. In hem het geheel te zien, ondanks of juist door het

defect. Alleen in deze relatie is therapie, is existentie therapie, want dat is het eigenlijk, mogelijk. De arts is niet de onderwijzer, niet de rechter, niet de priester van de patiënt, maar zijn persoonlijke begeleider, die er is als hij naar hem vraagt. De arts onderwijst niet, maar luistert; hij oordeelt niet, maar hij accepteert; hij profeteert niet, maar laat de mens zelf de keuze.

Alleen het zien der realiteit en het aangaan der relatie geeft ons als therapeut de mogelijkheid en de moed door te gaan met een beroep, dat in wezen altijd weer een onrealiseerbare realiteit is: arts te zijn van mensen.

Het landelijk abortusonderzoek in de huisartsenpraktijk

DOOR P. A. ROORDA, HUISARTS TE HAARLEM

Er zijn weinig gebeurtenissen in onze praktijk, waar wij zo machteloos tegenover staan, als de bloeding in het begin van de zwangerschap en niet veel ziektebeelden waarbij onze diagnostiek en onze therapie zó weinig steunen op een ondergrond van goede theoretische kennis, als bij de dreigende abortus. En als wij dan, wanneer het tot een abortus komt, met wat meer doelbewustheid kunnen optreden, is dat toch nog altijd met het onbevredigende gevoel, dat wij niet weten of wij in dit geval de abortus hadden kunnen voorkomen of niet.

Geen enkele ziekte, die wij te behandelen krijgen, wordt door de patiënt met zoveel verschillende gevoelens beleefd, als de abortus. Wat voor de ene vrouw de grootst denkbare ramp is, daar heeft de andere zó naar verlangd, dat zij haar gezondheid en haar leven er voor wil riskeren om het te bereiken. Het is begrijpelijk, dat in deze omstandigheden de behandeling een grote variatie vertoont en dat het bijzonder moeilijk is de waarde van een behandeling te meten, daar wat wij behandelen geen ziektebeeld is, maar een symptoom: een bloeding, al of niet gevolgd door het uitstoten van een vrucht.

Over de etiologie is theoretisch wel vrij veel bekend, maar in de praktijk is het voor ons toch zelden mogelijk een bepaald geval aan een bepaalde oorzaak toe te schrijven. Wij spreken van een „dreigende” abortus, maar we weten zelfs niet of er werkelijk wel een abortus dreigt. Juister is het dus om te spreken van een bloeding in de eerste zestien weken van de zwangerschap. Ons landelijk onderzoek heet kortheidshalve „Abortusonderzoek in de huisartsenpraktijk”, maar dit is dus in deze meer algemene zin bedoeld.

Hoe moeilijk dit onderwerp ook mag zijn, vast staat dat het een typisch „huisartsen”-onderwerp is, dat ons elke keer opnieuw intrigeert. Het bestuur van

het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft dit onderwerp uitgekozen als landelijk onderzoek voor het jaar 1960, terwijl het onderzoek is voorbereid door de Studiegroep voor verloskunde en gynaecologie met advies van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek.

Hierbij konden wij profiteren van de ervaringen, die met het verloskundeonderzoek zijn opgedaan. Veel hulp ontvingen wij bij de voorbereiding van Prof. Plate, wie daarvoor hartelijk dank toekomt. Het bestuur heeft tenslotte een werkgroep geïnstalleerd, bestaande uit de collegae Huygen, Ligtendberg, Vasbinder en mijzelf en deze werkgroep zal de verdere leiding van het onderzoek op zich nemen.

De inleiding maakt duidelijk, dat het doel van het onderzoek drieledig is:

- 1 een indruk te krijgen van de frequentie van de abortus en de dreigende abortus ten opzichte van het aantal levend geborenen;
- 2 enig inzicht te verwerven in de gevolgde methode bij de behandeling van de bloeding in het begin van de zwangerschap, en zo mogelijk de waarde van de behandelingsmethoden te vergelijken;
- 3 een overzicht te krijgen van de wijze, waarop de huisarts de abortus behandelt en ook hier zo mogelijk de waarde van de behandelingsmethoden te vergelijken.

Deze drie punten mogen nader worden toegelicht. Het lijkt eenvoudig de frequentie van de abortus en de dreigende abortus te bepalen: Men telt het aantal gevallen, men telt het aantal levend geborenen, men meet de grootte van de praktijk en ziedaar de frequentie, absoluut en relatief. Was het maar zo eenvoudig! Immers, niet alle gevallen komen onder