

denten zond de redactiecommissie een manuscript, waarin onverbloemd uiting wordt gegeven van hun kritische instelling ten opzichte van het functioneren van de arts als helper en beschermer van de mens met betrekking tot de stoornissen in zijn welzijn. Daarnaast wordt onder meer kritiek geïfend op het huidige medisch curriculum, welke kritiek een opvallende gelijkenis vertoont met die welke in de afgelopen jaren van de zijde van het N.H.G. werd gegeven.

Het artikel van *Cozijnsen en medewerkers* werd

in dit nummer opgenomen, omdat wij het van belang achten dat de mening — ook al komt deze misschien hier en daar wat ongenueerd over het voetlicht — van deze aanstaande collegae in ruime lezerskring bekendheid krijgt, terwijl het stuk bovendien getuigt van hun intens engagement met een zaak die ook die van het Genootschap is.

Het is juist nu hard nodig dat het Genootschap zich verantwoordelijk toont voor zijn taak. Dit kan slechts met de daadwerkelijke medewerking van vele leden.

H.

Pathologie van het medisch doen en laten

DOOR L. COZIJNSEN, T. JASPERS, G. SCHREIJ EN I. WOLFFERS, MEDISCHE STUDENTEN TE UTRECHT

„Want wij hebben niet te worstelen tegen bloed en vlees, maar tegen de overheden, tegen de machten, tegen de wereldbeheersers dezer duisternis.”

(Efeziërs 6:12)

Probleemstelling. De problemen hopen zich op. Ze zijn zo langzamerhand overbekend: abortus, milieuverontreiniging, toenemende hoeveelheid psychosomatische klachten, grotere openheid, die ook op medisch terrein wordt gewenst enzovoort.

Wij maken ons hierover intens bezorgd! Het is nu 1971. Terwijl de grootte van de problemen exponentieel toeneemt en de aanpak hiervan hoogstens rechtlijnig — en dus niet evenredig — volgt hieruit, dat de discrepantie in 1980 al zo groot zal zijn en in 1985 weer eens zoveel zal zijn toegenomen, dat de problemen onoplosbaar worden, zodat het ons koud om het hart wordt.

Wij vragen ons in alle oprechtheid af waar de mensen, die de verantwoordelijkheid hiervoor dragen en die deze feiten óók onder ogen zien — hiertoe behoort ook het overgrote deel van de Nederlandse artsen — de moed vandaan halen op deze zo weinig adequate manier door te blijven gaan.

Waar kunnen wij de oorzaken hiervoor vinden?

1. In de starheid van ons maatschappelijk systeem.
2. In de kloof, die is ontstaan en — helaas — nog verder uitgroeit tussen wetenschap en het gewone alledaagse leven.
3. In het uiteengroeien van de verschillende disciplines en het gebrek aan coördinatie.
4. In de kortzichtigheid en het eigen belang.
5. In de vrijblijvendheid, waarin de noodzakelijke veranderingen plaatsvinden.
6. In de politieke belangen, die vaak zwaarder wegen dan de maatschappelijke.

Uit deze diepgaande bezorgdheid, een gevoel van medeverantwoordelijkheid en het dringen van

de tijd — er worden steeds meer mensen de dupe — is deze bundeling van kritieken en suggesties tot verbeteringen totstandgekomen. In het hierna volgende worden enkele van de bovengenoemde punten nader toegelicht.

Houding van de huidige arts. Kenmerkend voor de Nederlandse artsenstand is het trachten met kracht de verouderde ethiek te handhaven. Deze ethiek, die verroest is en niet met haar tijd is meegegaan, heeft tot isolatie geleid.

De artsen hebben zich geïsoleerd van de maatschappij. De onvrede bij het publiek neemt toe — lees de kranten. De door onder meer studenten, dolle mina's, kritische artsen en kabouters geleverde kritiek op sociale misstanden, neemt in hevigheid toe, omdat zij terecht bezorgd zijn over de toekomst. Maar de gemiddelde arts trekt zich steeds meer terug uit het maatschappelijk gebeuren. Een pilletje hier, een vertrouwelijk gesprekje daar, maar daarbij blijft het.

De houding van de arts is apathisch, a-kritisch, uit de tijd en betekent een passieve steun aan een opstelling, welke de noodzakelijke veranderingen tegenhoudt. De meeste artsen kennen van nabij de nood van de ongewenst zwangere vrouw; zij weten wat voor gevolgen milieuverontreiniging kan hebben; er is veel geld voor harttransplantaties (nationaal prestige?!); stervende patiënten worden kunstmatig in leven gehouden (stervensverlenging); de ontwikkeling van farmaca is volledig afhankelijk van hun commerciële aantrekkelijkheid. Realiseert de arts zich zijn functie in deze wel?

Er komt echter nauwelijks protest van de zijde van de arts. Het getuigt van gebrek aan werkelijke identiteit: de rol van arts is namelijk gemakkelijk te spelen. Maar medisch handelen is ook maatschappelijk handelen! De arts moet protesteren tegen de sociale misstanden en werkelijke alternatieven zoeken, in plaats van de psychische spanningen —

voortkomende uit deze misstanden — bij zijn patiënten te onderdrukken met Librium en Valium (de ware „soft drugs” van deze maatschappij). Of wil de medische stand dat over tien jaren iedereen aan de Librium en Valium is? De artsen moeten zich opnieuw bezinnen.

Wetenschap en samenleving. Professor De Gaay-Fortman deelde in een rede voor de radio medio oktober 1970 mede, dat wanneer in één jaar in Nederland duizend publikaties verschijnen over verrichte onderzoeken (de cijfers zijn procentueel en gelden voor alle soorten wetenschappelijk onderzoek), hiervoor driehonderd schrijvers/onderzoekers verantwoordelijk zijn. Van die driehonderd schrijvers publiceren er dertig meer dan tienmaal per jaar. Van de publikaties van die dertig zijn er slechts tien die aan de volgende kwalificaties voldoen: 1. op elkaar aansluiten; 2. gericht zijn en niet een toevallige hobby van de schrijver/onderzoeker betreffen; 3. niet een overlap of samenvoegsel zijn van reeds vroeger gedane onderzoeken; 4. bruikbaar zijn voor uitbreiding van kennis en van belang voor onze samenleving.

Wanneer wij deze gegevens wat nader bekijken, dan blijkt hieruit dat ongeveer negentig procent van die jaarlijkse publikaties niet direct onwetenschappelijk is, maar wel van weinig waarde voor de wetenschap! Bovendien blijkt dat tweehonderd-negentig maal X manuren voor het onderzoek (plus het op schrift stellen daarvan) plus de bij het onderzoek benodigde apparatuur letterlijk en figuurlijk voor hetzelfde geld nuttiger hadden kunnen worden besteed.

Er is geen reden aan te nemen dat het onderzoek op medisch gebied met de daaruit voortvloeiende publikaties een uitzondering zou vormen op bovengenoemd cijfermateriaal. Tenminste als die publikaties er al uit voortvloeien. Zelf hebben wij ons ruim twee jaar geleden, samen met honderd andere proefpersonen, voor twee onderzoeken beschikbaar gesteld, namelijk voor de bepaling van de „lean-body-mass” en voor de zwaartepuntsbepaling. Bij navraag onlangs — twee jaar later! — bleek dat er van beide nog geen letter op papier stond. Zelfs over voorlopige resultaten kon men nog niets vertellen; „er was iets met de computer”.

Wat zou nu de oorzaak kunnen zijn van dat geringe resultaat van veel arbeid?

1. Het niet meer functioneel zijn van de wetenschap. De maatschappij en de wetenschap (universiteit) groeien uit elkaar.
2. Het onderzoek wordt vaak niet zo zeer verricht om het resultaat dan wel om de graad, die men erdoor kan verkrijgen.
3. De planning van louter wetenschappelijk onderzoek is in tegenstelling tot die van de grote industrie nagenoeg afwezig. Ook hier weer een vrijblijvende instelling: ieder zoekt het voor zichzelf uit.
4. Echt belangrijke onderzoeken, bijvoorbeeld over het verband tussen hoogbouw en ziekte-

patroon, schijnen te moeilijk en/of te veeleisend te zijn.

De suggesties tot verbetering liggen in hetzelfde vlak als bovengenoemde oorzaken. Conclusie: Het contact tussen samenleving en wetenschappelijk onderzoek is een eerste vereiste.

Maatschappij en patiënt. Beschouwen wij het ziek zijn van de mens als de toestand, waarbij het evenwicht tussen hem en zijn milieu is verstoord, dan zien wij dat een scala facetten van het menszijn hierbij een rol speelt. Wij moeten het zien als een continuüm, waarbij aan de ene kant de somatische betrekkingen staan: het fysische in- en uitwendige milieu in wisselwerking met het organisme; aan de andere kant de psychische betrekkingen: het niet-fysische milieu in interactie met het organisme. De evenwichtsverstoringen — het ziek zijn/worden — variëren tussen deze twee extremen.

Vooral nu de mens tussen zichzelf en het fysisch milieu een maatschappij opbouwt, om de invloed ervan zoveel mogelijk te nivelleren, komen er nieuwe verschijnselen naar voren. Het is van het grootste belang hieraan de juiste hoeveelheid aandacht te besteden. De arts moet daarom bij het bestrijden van ziekten, naast zijn technische vaardigheden, met een duidelijk inzicht in sociale structuren te werk gaan (gezin, woning, godsdienst, contactmogelijkheden, ontspanning, beroep enzovoort).

De samenleving is echter steeds ingewikkelder en onoverzichtelijker geworden als gevolg van onze technische en industriële ontwikkeling. Door deze voortschrijdende ontwikkeling is steeds meer deskundigheid vereist. Er heeft dan ook een toenemende specialisatie en differentiatie plaats. Samenhangend hiermee ontstaan er meer subculturen (eigen leefwerelden) met eigen gedragsregels. Hierdoor heeft de mens niet één, maar verschillende deelleven, hetgeen onherroepelijk tot conflicten leidt. Verder zien wij een doorbreking van de plattelandsgemeenschap en een toenemende verstedelijking, waarmee een toenemende mobiliteit en snelheid in het dagelijks leven samenhangt. In de intermenselijke relaties heeft dit tot gevolg dat door de veelheid van ontmoetingen, de mens tot korte en oppervlakkige contacten wordt gedwongen. Dit heeft een tendens tot anonimiteit en onpersoonlijkheid tot resultaat. Hierdoor krijgt men een functionalisering van de relaties: zij worden meer bepaald en beperkt door de functie dan door het menselijk contact.

De communicatie wordt ook indirecter en gebeurt steeds meer met behulp van technische hulpmiddelen (post, telefoon) en via tussenpersonen. Wij hebben de indruk dat dit de mensen steeds meer uit hun evenwicht brengt. De artsen worden daarmee geconfronteerd. Maar hoe moeten zij hulp bieden? Zij zijn daartoe nauwelijks in staat; zij zijn er niet eens toe opgeleid. De genoemde

situatie is die van vandaag. En wij kunnen statistisch zien dat deze ontwikkeling zich exponentieel voortzet.

Bezorgd vragen wij ons dan ook af, waarom wij — artsen van morgen — hiervan niets in onze opleiding terugvinden. Hoe is het mogelijk, dat men, nu de situatie steeds nijpender wordt, in plaats van dat men de medische voorzieningen gaat uitbreiden, met numerus fixus de basis hiervoor kunstmatig smal houdt! Daarom is het belangrijk om vervolgens de medische opleiding en de gezondheidszorg te belichten.

Medische opleiding en gezondheidszorg. Hoe is de situatie nu? Op het ogenblik is er één huisarts op iedere drieduizend Nederlanders. Achter hem ligt een heel verwijssysteem naar verschillende „klassieke” specialismen. De huisarts neemt hierbij, mede door de wettelijke bepalingen ten aanzien van ziektenkostenvergoeding en dergelijke, een sleutelpositie in.

De opleiding tot deze sleutelpositie duurt circa acht jaar. Gedurende deze tijd ligt de nadruk op de ontwikkeling van de technische kwaliteiten van de toekomstige arts. Iedere patiënt die hij dan ook ziet, wordt meer een ziektebeeld dan een mens voor hem. Bij een huisarts wordt dit wat verzacht, doordat hij zijn patiënten in hun eigen milieu en gedurende een langere periode ziet dan bijvoorbeeld een arts in een ziekenhuis.

Wat is er fout aan deze situatie? Het ziek worden en ziek zijn van de mens is niet alleen maar een fysiek gebeuren. Waarom wordt de student tijdens de opleiding zo weinig inzicht in psychische en psychosociale achtergronden bijgebracht? Zeker in onze producerende en consumerende maatschappij, waarin volgens sommigen vijftientwintig procent van de Nederlandse bevolking psychisch niet juist functioneert en over tien jaren de gehele Nederlandse bevolking zenuwstillende preparaten slikt, zou iets meer aandacht voor onze psychische en sociale gezondheid geen kwaad kunnen, temeer omdat, wanneer deze stoornissen in de geestelijke en sociale gezondheid zich lichamelijk uiten, een arts een te beperkte kennis heeft om zijn patiënten te genezen!

Ook voorzorg op dit gebied zou veel mensen een evenwichtiger bestaan verschaffen. Een arts doet toch ook aan preventieve vaccinatie. Laat hij dan, omdat hij als sleutelfiguur toch een graadmeter is, ook zijn stem laten horen wanneer er milieubedervende maatregelen worden genomen.

Tenslotte vragen wij ons in alle verwondering af, hoe het mogelijk is, dat iemand in die positie als

eenling mag optreden, vrijwel ongecontroleerd en zonder wettelijke bepalingen op nascholing.

De alternatieve arts of hoe het anders zou kunnen. Wij hebben niet de pretentie een pasklaar model voor reorganisatie van de gezondheidszorg gereed te hebben. De medische zorg en opleiding zijn gedurende een paar honderd jaar zo gegroeid. Wij zien echter wel — en het heeft geen zin hiervoor de ogen te sluiten — dat zij niet meer bij de huidige maatschappij passen.

In de eerste plaats moet de gehele gezondheidszorg onder één noemer worden gebracht. Als eenling kan de arts dit echter niet aanpakken. Ook de huidige artsenorganisaties (Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst) zijn er niet op berekend de zorg voor kwaliteitscontrole van het medische werk en de eis tot geregeld nascholing te realiseren. Aan een dergelijk beleid zou een groep maatschappijbewuste mensen met verantwoordelijkheidsgevoel leiding moeten geven (niet degenen die zich verschuilen achter negentienjarige leerlingverpleegsters!).

Ten tweede moet de opleiding veranderen. Splittingen voor de verschillende specialismen kunnen veel eerder plaatsvinden. Er moet een basisjaar aan de opleiding komen, waarin men een algemene indruk krijgt van de medische zorg in Nederland en waarin men ook met patiënten in aanraking komt: niet vanuit de positie van arts, maar vooral vanuit die van de patiënt.

Ten derde zou het artsentekort kunnen worden opgevangen door een wat kortere opleiding te creëren voor iemand, die bepaalde technische kanten van het artsenvak zou kunnen doen, zoals controles, lichamelijk onderzoek en keuringen.

Daarnaast zou men de opleiding tot huisarts zo moeten wijzigen, dat de huisarts zijn sleutelpositie volledig aankan. Deze huisarts-nieuwe-stijl moet worden geïntegreerd in een geheel nieuwe vorm van praktijkvoering: een groepspraktijk in een centraal gelegen gebouw, waarbij hij er vanzelf toe wordt gebracht samen te werken met alle andere gezondheids- en sociale zorgers. Wij noemen onder meer wijkverpleegster, vroedvrouw, fysiotherapeut, psycholoog en maatschappelijk werker. Zeker is het gewenst dat de patiënt een vaste arts heeft, evenwel met behoud van vrijheid voor beiden.

Dit zijn slechts enkele suggesties. Wellicht zullen wijzere en meer ervaren mensen andere mogelijkheden zien. Maar van hen hoorden wij — uitgezonderd wat vrijblijvende artikeltjes over deze materie — tot nu toe weinig of niets. Dit was de aanleiding het bovenstaande onder de aandacht te brengen.