

ARTS, MENS, MAATSCHAPPIJ

Voordracht gehouden ter afsluiting van het 22ste Ledencongres der Maatschappij door K.N.M.G.-voorzitter Dr. L. van der Drift

Mij is gevraagd de bespreking van het congres-thema af te ronden door te pogen de rode draden uit de betogen van de vorige sprekers aaneen te knopen tot een meetsnoer voor de rol van de arts in de gezondheidszorg van morgen. In de uitwerking van deze opdracht is met het oog op de ingewikkelde aard van het onderwerp sterke beperking noodzakelijk. De keuze van deze beperking wordt bepaald door de doelstelling, welke bij de conceptie van het congres-thema voor ogen heeft gestaan: namelijk belangstelling te wekken voor de ontwikkeling van de geneeskunde en de gezondheidszorg in de nabije toekomst. Geen vrij-blijvende belangstelling — maar als een persoonlijke opdracht voor iedere arts om met alle gaven van gemoed en verstand actief bij te dragen tot de vormgeving aan een optimale gezondheidszorg in een snel veranderende wereld.

Regeren is vooruitzien. Den Haag is de zetel van de regering. Terecht heeft de congrescommissie voor het ledencongres in Den Haag van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst een thema gekozen, dat op dit vooruitzien betrekking heeft. Nauta heeft in zijn rede voor het ledencongres te Groningen op indringende wijze gepleit voor het tot ontwikkeling brengen van de futurologie binnen het kader van de Maatschappij. Ik onderstreef dit als een noodzaak en als een plicht.

Polak noemt in zijn voordracht, gehouden ter gelegenheid van de tentoonstelling „Medica 69” drie belangrijke redenen waarom wij ons moeten gaan bezig houden, niet alleen met de bestudering van de toekomst, maar vooral met de besturing van de toekomstontwikkeling: schaalvergroting, acceleratie, revolutionaire ontwikkelingen in wetenschap, techniek en samenleving.

Schaalvergroting zien wij in de vorm van fusies in het bedrijfsleven. Wij zien het ook in de vorming van grotere bestuurlijke en staatkundige eenheden en in het toenemen van de communicatie. Hierdoor beleeft ieder mens als van nabij wat elders in de wereld gebeurt. Deze ontwikkeling wordt door McLuhan gekenschetst als het ontstaan van „one global village”.

Acceleratie wijst op de steeds korter wordende tijd, die verloopt tussen het doen van een uitvinding en de toepassing daarvan. Dit heeft tot gevolg, dat zich meerdere malen ingrijpende veranderingen zul-

len voltrekken binnen één generatie. Dit maakt continue aanpassing van het individu noodzakelijk.

Revolutionaire ontwikkelingen in wetenschap, techniek en samenleving dragen als het ware dagelijks bij tot een steeds sneller veranderend wereldbeeld. De spectaculaire ontwikkelingen in de biologische wetenschappen doen vermoeden, dat wij aan de vooravond staan van fundamentele doorbraken. Hierdoor lijkt de beïnvloedbaarheid van allerlei levensprocessen op cellulair en zelfs moleculair niveau binnen het bereik van het mogelijke te komen, inclusief verregaande beïnvloedbaarheid van het menselijk gedrag.

Tegenover deze ontwikkelingen kan de arts niet onverschillig blijven staan en maar afwachten hoe het uitpakt. Wetenschap en techniek leveren immers niet alleen nieuwe mogelijkheden van onderzoek en behandeling maar bovendien werktuigen en werkwijzen, waarmee men kan proberen deze onoverzienbare massa van mogelijkheden te besturen en te leiden tot projecten, die dienen tot heil van de mensheid. Met andere woorden: de artsen zijn mede verantwoordelijk voor de richting waarin deze ontwikkeling wordt gestuurd. Deze verantwoordelijkheid verplicht tot diepgaande bestudering en ontwikkeling van de leer der prognostica in de geneeskunde.

De sprekers op dit congres hebben tot dit doel in hun voordrachten de nadruk gelegd op bepaalde ontwikkelingslijnen naar de toekomst. Sir Max Rosenheim stelde in een toespraak tot de Europese Commissie van de World Health Organization: „that if medical research were to stop, we could still make great progress through the next twenty years by merely securing full application of present knowledge”. Het magisch jaar 2000 kan men nauwelijks benaderen zonder te vervallen in denkwijzen van science fiction. Doortrekken van ontwikkelingslijnen, die voortkomen uit extrapolatie van wat thans bekend is, biedt mogelijkheden om te spreken over de ontwikkeling van de gezondheidszorg in de zeventiger jaren zonder het contact met de werkelijkheid te verliezen.

De rode draad in het betoog van Dr. Kruisinga wijst op de toenemende plicht van de overheid zich met steeds meer onderdelen van de gezondheidszorg bezig te houden omdat de vraag naar zorg is geëvolueerd tot een recht op zorg voor iedere burger. De toenemende betekenis van het welzijn betekent in de gezondheidszorg een accentverlegging van „cure” naar „care”. Voor dit welzijn schadelijke neveneffecten van het leven in een hoogontwikkelde

welvaartsstaat dienen tijdig te worden gesignaleerd en onderzocht. Ik noem slechts geluidshinder of de psychische gevolgen van het wonen in hoogbouw-flats. Het lijkt niet langer verantwoord de welvaart alleen in economische parameters uit te drukken.

Tromp heeft vanuit zijn grote encyclopedische kennis een panorama geschilderd van de vele bijdragen, die de natuurwetenschappen en de techniek hebben geleverd aan de ontwikkeling van de curatieve en preventieve geneeskunde; deze bijdragen moeten bijna alle nog operationeel worden gemaakt voor toepassing in de praktijk. Zij zullen een belangrijke uitbreiding betekenen van de mogelijkheden voor diagnostiek, massa-onderzoek en therapie; om hun toepassing mogelijk te maken zullen misschien ingrijpende wijzigingen in de structuur van de gezondheidszorg nodig zijn. Dit zal tevens nodig zijn om de grotere stroom van gegevens optimaal te verwerken.

Querido heeft in zijn voordracht van deze mogelijkheden enkele sprekende voorbeelden gegeven. De ontwikkeling lijkt er toe te zullen leiden, dat de arts steeds minder voor een academicus oneigenlijke werkzaamheden zal behoeven te verrichten. De opleiding in de geneeskunde zal door dit alles ingrijpend worden beïnvloed.

Kuypers heeft laten zien hoe door intensieve multidisciplinaire samenwerking verrassende vorderingen zijn gemaakt bij de studie van de biologie, inclusief de humane. Nieuwe mogelijkheden voor ingrijpen in en veranderen van levensverschijnselen zijn hiervan het gevolg.

Door goede communicatie kan de mens zelf deel gaan uitmaken van deze ontwikkeling. Anderzijds zal het nodig zijn bij het onderwijs in de geneeskunde meer aandacht te besteden aan de opleiding van wetenschappelijke onderzoekers.

Speyer gaat in zijn voordracht uit van het veelvuldig voorkomen van psycho-sociaal dysfunctioneren van de mensen in onze huidige samenleving. Meer inzicht is volgens deze spreker nodig in de psychohygiëne - dit is dat deel van de gezondheidsleer, dat zich bezig houdt met vraagstukken als emotionele stabiliteit; ontplooiing van de persoonlijkheid en opbouw van harmonieuze intermenselijke relaties.

De arts van morgen zal in toenemende mate worden geconfronteerd met vormen van psycho-sociaal dysfunctioneren. Het is dan van belang, dat hij meer inzicht heeft in het dysregulatie mechanisme van de agressie, in de betekenis van arbeid en vrije tijd, in de ontwikkeling van relatiepatronen en de gevolgen daarvan voor neurotische en psychosomatische symptomen.

Opleiding van onderzoekers en inrichting van laboratoria zijn dringend nodig om het grotendeels nog onontgonnen terrein van de psychohygiëne in kaart te brengen en begaanbaar te maken.

Alvorens dieper in te gaan op de rol van de arts in de gezondheidszorg van morgen lijkt het mij nodig eerst nog stil te staan bij de vraag wat onder gezondheidszorg kan worden verstaan. Gezond-

heidszorg is de zorg voor de gezondheid, maar wat is dan gezondheid?

Nog niet zolang geleden was men algemeen van mening, dat gezondheid kon worden omschreven als de afwezigheid van ziekten en gebreken... In deze conceptie paste de overwegende rol van de curatieve geneeskunde. Als gevolg van deze conceptie is het onderwijs in de geneeskunde in sterke mate gericht op de curatieve taak - ook nog in het nieuwe curriculum.

Na de laatste wereldoorlog is echter een steeds ruimer wordende uitbreiding gegeven aan het begrip gezondheid. De definitie van gezondheid in de preambule op het statuut van de World Health Organization luidt: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”. Dit is dus een positieve benadering, gericht op optimaal welzijn. In het licht van deze definitie is het voor de gezondheidszorg een legitieme vraag, welke de medisch-student Paul Juffermans boven een artikel van zijn hand in de Nieuwe Linie stelt: „De maatschappij maakt de mensen ziek, maar wat doet de dokter daaraan?”

Maar niet alleen in kringen van medische studenten houdt men zich bezig met zulke fundamentele vragen. In Arts en Sociale Wetgeving schrijft J. H. A. van der Pas over de moeilijke positie, waarin de verzekeringsgeneeskundige verkeert als hij iemand geschikt moet verklaren voor „de grauwe massa van arbeid in loondienst, die als zinloos, onaantrekkelijk, monotoon, frustrerend, stompzinnig, mensonwaardig wordt ervaren”. „Als verzekeringsgeneeskundige — zo zegt hij — ervaren wij dagelijks de tegenzin van vele verzekerden tegen deze arbeid, het legitimeren van ziekte om aan deze arbeid zo vaak en zo lang mogelijk te ontkomen.” „Is het geschikt verklaren voor deze arbeid uit een oogpunt van individuele of maatschappelijke gezondheidszorg medisch en/of ethisch nog van ons te eisen?” Wie meent, dat deze auteur overdrijft, wil ik wijzen op het jaarlijks stijgende aantal ziekmeldingen - in 1969 bijvoorbeeld 16%. In de geruchtmakende artikelen van Van Urk en Bouricius in Medisch Contact komt eveneens het onbehagen tot uitdrukking over de rol van de arts in bepaalde maatschappelijke gebeurtenissen, zoals keuringen.

De Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde hield in april van dit jaar een jubileumcongres met als thema „De mens in zijn milieu”. In de discussiegroepen van de deelnemers waren vele stemmen te beluisteren, die getuigden van een meer maatschappij-gerichte opvatting van begrippen als geneeskunde en gezondheidszorg.

Recente studies, zoals van Oliemans, over het morbiditeitspatroon in de huisartspraktijk tonen aan dat in een zeer groot percentage voor de klachten van de patiënt geen somatisch korrelaat wordt gevonden. Toch noemen wij deze hulpzoekenden „patiënt” en wordt de hulp aan hen verleend nog steeds ervaren als uitoefening van de geneeskunde. De opleiding tot arts was — en is nog — bijna

uitsluitend gericht op de behandeling van patiënten van wie de klachten en het ziektebeeld wel een somatisch korrelaat hebben. Geen wonder, dat de bijna uitsluitend voor de behandeling van patiënten met somatische ziekten opgeleide huisarts weinig arbeidsbevrediging ondervindt als hij wordt geconfronteerd met zoveel niet somatisch geconditioneerde ziektebeelden. Tijdens zijn opleiding heeft hij hierover op zijn best horen spreken in termen als neurotische of psycho-sociale dysregulaties; de ervaren werkelijkheidswaarde van deze in fraaie woorden gehulde beschouwingen staat meestal gelijk aan: „flauwe kul”, „aanstelleritis” en dergelijke.

Het zou op zichzelf een interessante studie zijn na te gaan waarom psycho-sociale dysregulaties zo vaak worden gepresenteerd in de vorm van klachten, die in de eerste plaats een somatisch korrelaat doen veronderstellen. Mogelijk zal blijken, dat dit in belangrijke mate moet worden toegeschreven aan een psychologisch begrijpelijk neveneffect van het feit, dat gedurende zeventig jaar de arts de sleutelfiguur is geweest bij de toegang tot de begeerlijkheden der sociale verzekeringswetten.

Wat hiervan zij, het is duidelijk, dat gezondheid meer is dan afwezigheid van ziekte. Het wordt tijd dat wordt onderzocht wat hiervan de consequenties zijn voor de opleiding in de geneeskunde en voor de organisatie van de gezondheidszorg. Mogelijk kan vervanging van de oude indeling in zieken en gezonden door een driedeling van „zieken, ongezonden en gezonden” bijdragen tot het ontstaan van het nodige inzicht.

De veranderende opvattingen over gezondheid staan in nauwe relaties tot bepaalde aspecten van de veranderingen in de wereld. Belangrijk is dat de voortgaande mechanisering en automatisering van het productieproces er toe zal leiden, dat de mens zijn vrije tijd niet langer zal behoeven te ervaren als herstelfase tussen twee arbeidsperioden. Hij zal deze kunnen zien als tijd, waarin men vrij is om de in aanleg aanwezige eigen potenties tot ontwikkeling te brengen, onbekommerd door de zorg voor het dagelijks brood. Mogelijk zal hierdoor het begrip gezondheid evolueren tot de toestand van optimale ontplooiing van deze individuele ontwikkelingspotenties. Inherent hieraan is tevreden zijn met eigen ontwikkelingsmogelijkheden en tolerant zijn ten opzichte van personen met andere ontwikkelingsmogelijkheden. In deze conceptie is bevordering van de creativiteit een daad van positieve gezondheidszorg. Men behoeft waarlijk geen aan de religie ontleende termen te gebruiken om paradijselijke vergezichten te beschrijven.

Keren wij nu weer terug tot de werkelijkheid van vandaag om van daar uit de blik te slaan op ontwikkelingslijnen van geleidelijkheid. Het lijkt mij dan van belang aan te knopen bij hetgeen Tromp en Querido hebben opgemerkt omtrent toepassing van geautomatiseerde productie en verwerking van gegevens in de uitoefening van de geneeskunde. Multi-fase screening technieken zijn reeds operationeel in diverse centra. Zo beschreef Morris

McCallen in 1965 de met behulp van de Kaiser Foundation tot ontwikkeling gebrachte onderzoekcentra in Oakland en San Francisco, waar toen reeds 2000 personen per maand een zeer uitgebreid schematisch onderzoek konden ondergaan. Inmiddels zijn in Engeland het Cavendish en het Bupa Centre tot ontwikkeling gebracht en te Wiesbaden de „Deutsche Klinik für Diagnostik”. Deze instellingen zijn voornamelijk ontwikkeld om periodiek geneeskundig onderzoek of massakeuringen te verrichten. Er is weinig fantasie voor nodig zich voor te stellen wat het zou kunnen betekenen wanneer dergelijke onderzoeksfaciliteiten ter beschikking zouden komen van de huisarts. Zijn diagnostiek zou op slag de mogelijkheden van de gemiddelde internist overtreffen. Maar ook de beoordeling van de resultaten van zulk een onderzoek wordt vergemakkelijkt door de computer daar deze tevens een lijst kan leveren van de differentiële diagnose in volgorde van de mate van waarschijnlijkheid, daarbij tevens aangevende welke aanvullende onderzoeken zijn geïndiceerd.

Met behulp van deze technieken zal het mogelijk zijn sneller en met meer zekerheid de vraag te beantwoorden of de vage klachten van de patiënt een somatisch korrelaat hebben. Gesteund door de objectieve zekerheid van de resultaten van zulk een onderzoek kan de huisarts des te meer aandacht wijden aan de klagende mens. Hiertoe zijn meer auditieve en verbale bekwaamheden vereist dan waarin hij thans wordt onderwezen.

Medische specialismen kunnen ruwweg worden onderscheiden in een groep waarin handvaardigheid een hoofdkenmerk is en in een groep waarin dit niet of minder het geval is - de zogenaamde niet snijdende specialismen. Een groot deel van de werkzaamheden van deze specialismen is van dien aard dat ze kunnen worden gekenschetst als een computer-functie. Wanneer *echte* computers ter beschikking komen en dit werk gaan uitvoeren kan het niet anders of dit moet diep ingrijpende gevolgen hebben voor de wetenschappelijke functie en de maatschappelijke positie van de betrokken specialisten, zowel kwalitatief als kwantitatief. Hun werk zal zich meer kunnen ontwikkelen tot speurwerk en tot adaptatie van verworven kennis in programma's die in de computer kunnen worden verwerkt. Dit zal hen ongetwijfeld een grotere arbeidsbevrediging geven dan de huidige bemoeienissen met te veel routine zaken beneden het niveau van hun kunnen. Een ander gevolg van de toepassing van computers in de geneeskunde zal mogelijk kunnen zijn dat de dan op het niveau van de algemene internist werkende huisarts weer zal kunnen worden ingeschakeld in de medische functie van het ziekenhuis van morgen.

Terecht kan men zich afvragen of de toepassing van alle mogelijkheden die wetenschap en techniek bieden, niet zal leiden tot een sterke verzakelijking van de patiënt-arts-relatie, met als gevolg dat de mens verkommert terwijl zijn organen floreren. Wijlen Professor Duyff schreef in april van dit jaar in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde een

hoofdartikel over computers: „Het succes van welke behandeling dan ook, hangt grotendeels af van de persoonlijke relatie tussen de arts en de patiënt.” „Het persoonlijk charisma van de arts is één van de belangrijkste factoren, die de mate van welslagen van de behandeling bepalen.” „Een arts van wiens schouders, domme, vervelende en tijdrovende taken zijn afgenomen kan beter zijn deels magieke functie als geneesheer vervullen.”

Alle sprekers op dit congres hebben in hun voordracht op enigerlei wijze opmerkingen gemaakt met betrekking tot de gevolgen voor het onderwijs van de door hen besproken ontwikkelingen. Wanneer al deze gewenste veranderingen even zoveel toevoegingen zijn aan de leerstof, die men paraat moet hebben om met succes het arts-examen te kunnen afleggen, valt te vrezen, dat de eerlang afstuderende arts een grijsaard zal zijn.

Querido heeft er met nadruk op gewezen dat vooral het academische deel van de opleiding meer toekomst moet zijn gericht. Als ik het in mijn woorden mag vertalen: enerzijds meer gericht op het bijbrengen van de noodzaak en de methode om gedurende het gehele verdere leven zelfstandig en kritisch kennis te blijven verwerven omtrent de voordeelingen van de wetenschap en de mogelijkheden tot toepassing daarvan, anderzijds meer gericht op de methodiek van het probleem solving process in de geneeskunde. Met het oog op de steeds groter wordende verschillen tussen de diverse sectoren waarin de geneeskunde en de gezondheidszorg wordt beoefend zal reeds vroeg in de opleiding differentiatie nodig zijn.

De medische faculteiten zijn in ons land autonoom. Eén van de gevolgen hiervan is, dat de faculteiten nog al geïsoleerd zijn komen te staan en dat de ontwikkelingen in het veld van de beroepsuitoefening veelal aan hun aandacht zijn ontsnapt. Dit heeft er bijvoorbeeld toe geleid, dat het lang, te lang heeft geduurd voor de faculteiten tot het inzicht kwamen, dat het eindprodukt van hun onderwijs — de arts — niet meer identiek was met de functionaris, die in ons gezondheidsbestel de rol van huisarts vervult.

Een van de oorzaken van deze trage en late erkenning is geweest, dat er geen voldoende feedback vanuit de praktijk naar de opleiding heeft plaats gevonden. De lering hieruit voor de toekomst is de constatering, dat de verantwoordelijkheid voor de opleiding een tripartite affaire behoort te zijn van overheid, faculteit en beroepsorganisatie: de overheid voor het beschikbaar stellen van de middelen; de faculteiten voor het onderwijsdeskundig realiseren van de doelstellingen van de opleiding en de beroepsorganisatie voor de feedback op deze doelstellingen en de mate waarin zij worden gerealiseerd. Dit zal zelfs een vijfvoudige verantwoordelijkheid moeten zijn wanneer men patiënten en studenten mede verantwoordelijk acht voor het tot stand komen van optimale voorzieningen.

De World Medical Association heeft deze stelling onlangs opgenomen in haar rapport ter voorberei-

ding van de vierde wereldconferentie over opleiding in de geneeskunde - in 1972 te Kopenhagen. Er is dus hoop, dat in de zeventiger jaren een organisatorische vormgeving aan deze meervoudige verantwoordelijkheid tot stand zal kunnen worden gebracht. Zonder een dergelijke ontwikkeling kan men weinig hoop koesteren, dat nieuwe curricula inderdaad nieuwe wijn in nieuwe lederzakken zullen blijken te zijn. Op het terrein van de nascholing lijkt een dergelijke ontwikkeling binnenkort te zullen worden gerealiseerd.

Het is moeilijk te overzien wat de gevolgen zullen zijn voor de praktijkuitoefening en de organisatie van de gezondheidszorg van de invoering op grote schaal van automatic data processing enerzijds en van de evolutie van het begrip gezondheid anderzijds. Het lijkt mij dringend noodzakelijk, dat overheid, beroepsorganisatie en maatschappelijke instellingen op het terrein van de gezondheidszorg zich hierover gezamenlijk gaan beraden. Een gemeenschappelijk onafhankelijk planbureau zou hiervoor de fundering kunnen vormen. Anticiperende studies en experimenten zullen nodig zijn om de ontwikkeling zinvol te kunnen leiden. Gebeurt dit niet dan valt te vrezen dat intussen onstane belangen en verkregen rechten zich zullen verzetten tegen het à tempo doorvoeren van noodzakelijke aanpassingen aan gewijzigde omstandigheden.

Er zijn gelukkig reeds enkele stappen in deze richting gezet, zoals het experiment in de Flevo polders, de experimentele groepspraktijken, waarvan enkele gelieerd aan gezondheidscentra. De vorming van medische staven in ziekenhuizen lijkt een veelbelovende ontwikkeling in de richting van een verantwoorde synthese van algemeen belang en eigen belang.

Waarschijnlijk zal het nog veel hoofdbreken kosten de befaamde lappendeken van de vele instellingen van maatschappelijke gezondheidszorg te transformeren van een folkloristisch interessant patroon tot een efficiënte dekking voor de consument, cliënt of patiënt, of hoe men de hulpvragende mens in die sector ook moge noemen. De steeds grotere investeringen, die nodig zijn om de in ziekeninrichtingen te geven zorg op peil te houden dwingen tot het formeren van grotere eenheden bij de exploitatie daarvan. De bereidheid hiertoe van besturen, directies en medische staven zal onder de druk van de onlangs aangenomen Wet ziekenhuisvoorziening wel toenemen, al blijft het te betreuren dat het particulier initiatief de boot van de zelfordening op dit gebied heeft gemist.

Het is niet mogelijk deze voordracht te eindigen zonder een beschouwing te wijden aan de rol van de artsenorganisatie in de gezondheidszorg van de zeventiger jaren.

In ons land bestaat één beroepsorganisatie van artsen, onze Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Vanaf de oprichting is deze Maatschappij sterk betrokken geweest bij allerlei maatschappelijke aspecten van de gezondheidszorg. De enorme ontwikkeling van de

curatieve geneeskunde heeft ook voor deze Maatschappij een accentverschuiving naar dit terrein betekend. Het getuigde bijvoorbeeld destijds van een vooruitziende blik toen de Maatschappij het initiatief nam tot de instelling van een specialisten register. Een ontwikkeling, die nog steeds doorgaat, zoals moge blijken uit vergevorderde plannen voor de instelling van een huisartsenregistratie. Kon de Maatschappij in 1932 op eigen gezag een specialisten register instellen, in 1970 is voor de instelling van een huisartsenregistratie een goed samenspel met overheid en medische faculteiten onontbeerlijk.

Deze ontwikkeling is illustratief voor het feit, dat in de huidige samenleving niemand en ook geen enkele instelling iets tot stand brengen kan zonder de medewerking van mede belanghebbenden. De medewoorden openheid en inspraak zijn tevens de sleutelwoorden tot een zodanige harmonieuze samenwerking, dat elke deelnemer de hem of haar toekomstige verantwoordelijkheid in de juiste proportie krijgt te dragen.

De ingewikkeldheid van de samenleving maakt dat onze Maatschappij op weinig terreinen van de gezondheidszorg nog een alleen-verantwoordelijkheid heeft - daarentegen is er een groeiende plicht tot medeverantwoordelijkheid. Deze medeverantwoordelijkheid sluit het ontwikkelen van initiatieven niet uit, integendeel. In de naam van de Maatschappij ligt dit zelfs imperatief opgesloten. „Bevordering van” wijst meer op activiteit dan op reactiviteit, meer op creativiteit dan op hoeden van belangen. „Geneeskunst” duidt op de bemiddelende taak, die de arts heeft om de kennis van de wetenschap aan de patiënt of de samenleving ten goede te laten komen door deze toe te passen. Voor alle sectoren van de geneeskunde geldt het „Salus aegroti, suprema lex”. Bevordering van de geneeskunst betekent dus dienstbaar zijn aan het heil van de zieke.

De beleidslijn voor de Maatschappij is dus duidelijk. Enerzijds moet zij toetsen of bepaalde ontwikkelingen de geneeskunst bevorderen, anderzijds moet zij zelf initiatieven tot dit doel ontwikkelen. Dit laatste aspect is sedert de oorlog niet de sterkste kant van het beleid geweest. In dit verband is het interessant er aan te herinneren dat aanvankelijk het leven van de Maatschappij zich voornamelijk afspeelde in de afdelingen. Dit was in een tijd toen de problematiek plaatselijk nog kon worden overzien. De taak van de algemene ledenvergadering en van

het hoofdbestuur was in die tijd voornamelijk een canoniserende. De met schaalvergroting, communicatie en acceleratie te kenmerken veranderingen van de samenleving, doet de gedachte rijzen, dat de taak van het hoofdbestuur in toenemende mate een stimulerend karakter moet krijgen, tot uitdrukking komende in creatieve en anticiperende beleidsconcepties. Het weekblad Medisch Contact krijgt dan de natuurlijke functie deze beleidsvorming aan de leden en het publiek mee te delen en ze begrijpelijk en aanvaardbaar te maken.

Door ook zo te functioneren kan de Maatschappij afkomen van het haar ontsierende odium alleen op te treden als hoedster van de belangen van een voornamelijk curatief werkzame artsenstand; zo ook kan zij weer evolueren tot het niveau van een adequate en gewaardeerde gesprekspartner voor overheid, faculteiten en instellingen van maatschappelijke gezondheidszorg.

Om niet in vage algemeenheden te blijven steken wil ik ter illustratie eindigen met enkele concrete suggesties van terreinen waarop zulk een creatieve, stimulerende en anticiperende beleidsvorming zou moeten plaats vinden:

1. het mobiliseren van de in de maatschappij aanwezige deskundigheid om op adequate wijze de geclaimde mede verantwoordelijkheid voor het onderwijs in de geneeskunde tot gelding te kunnen brengen;

2. bezinning op de wijze, waarop de artsenorganisatie een bijdrage kan leveren aan de oplossing van vraagstukken van milieubeheersing en welzijnsbevordering;

3. last but not least een kritisch en continu onderzoek van de structuren van onze gezondheidszorg op hun doelmatigheid. Onder doelmatigheid versta ik in dit verband de vraag of zij bevorderen, dat de verworvenheden van wetenschap en techniek à tempo ter beschikking komen van de hulpverlening aan mensen in nood. Hierbij past de moed ook het onkruid in eigen tuin te wieden . . .

Voor onze Maatschappij, die nog steeds vrijwel alle artsen in ons land verenigt, ligt een groot aantal taken te wachten. Taken in het belang van ons gehele land en van ons gehele volk. Taken die wij met verbeeldingskracht en met volharding moeten aanvatten. Laten wij de hand aan de ploeg slaan.

Onderzoek beroepskeuze-motivatie medische studenten te Leiden

De grootste veranderingen in de toekomstplannen van de medische student treden op in de eerste jaren van de studie. Gedurende de eerste vier jaren neemt het percentage af van hen die zeggen later huisarts te willen worden. In de tweede fase van de studie verandert er minder. Ook wat betreft de waardering voor de opleiding bestaat er verschil tussen beide fasen. De eerste studiejaren betekenen

meestal een teleurstelling. Het ideaalbeeld waarmee men begint krijgt veelal een knak vanwege het theoretische en schoolse karakter van de kandidaatsopleiding. Dit ondanks het feit, dat de gedachte dat zoveel mogelijk op de medische belangstelling van de aankomende student moet worden ingehaakt steeds meer postvat.

Hoe ontwikkelt zich de medische belangstelling in