

# Congresrede van de voorzitter der K.N.M.G.

## Prof. Dr. Th. Vossenaar

De voorzitter van de K.N.M.G., Prof. Dr. Th. Vossenaar, heeft het Ledencongres te Rotterdam toegesproken met een rede, welke hieronder integraal wordt gereproduceerd:

Zoals van een hoogleraar bij het aanvaarden van zijn ambt wordt verwacht dat hij een rede zal houden waarin hij zijn gehoor op begrijpelijke wijze inzicht geeft omtrent zijn eigen ideeën met betrekking tot zijn vakgebied, zo is de voorzitter van de Maatschappij krachtens traditie verplicht tijdens het jaarlijkse congres te oren en een persoonlijke visie te geven omtrent de problemen waarmee de Maatschappij wordt geconfronteerd.

Het zal u niet verbazen te horen, dat ik mij heb afgevraagd of ook deze traditie nog voldoende zin heeft om die dit jaar weer voort te zetten. Afgezien echter van de omstandigheid, dat de ontwikkelingen rond onze Maatschappijcongressen ertoe zullen leiden, dat die gelegenheid zich in de toekomst niet of minder frequent zal voordoen en daarom thans nog moet worden benut, ben ik van mening dat het gerechtvaardigd is toch nog een kort beslag op uw tijd te leggen, omdat een aantal problemen waarmee ik in de loop van dit voorzittersjaar ben geconfronteerd ook uw aandacht ten volle waard zijn.

Men hoeft niet diep te graven om deze problemen te vinden. Ik zal voorbijgaan aan de science fiction literatuur, waarin ik onlangs de volgende zinsnede tegenkwam: „Toen de medische professie tegen het einde van de 20ste eeuw werd afgeschaft, waren het vreemd genoeg alleen de dokters die verbaasd waren.” Hierin liggen reeds voldoende uitgangspunten voor een rede verscholen. Laten wij echter meer bij de werkelijkheid blijven. Wanneer men er één avond voor uittrekt om de nummers van de lopende jaargang van Medisch Contact door te bladeren, vindt men stof ten over.

Wanneer men zich abstraheert van feitelijkheden dan distilleert men uit de geschriften, die zich bezig houden met de wijze van functioneren van de arts, de rol van de patiënt en de patiënt-arts-relatie in de eerste plaats een gevoel van onzekerheid, onvrede en beduchtheid voor de toekomst. Gevoelens die vaak verscholen gaan onder fraseologie maar die bij nuchtere ontleding toch in essentie aanwezig blijken te zijn.

Het tempo waarin maatschappelijke ontwikkelingen zich voltrekken, ontwikkelingen die van wezenlijke invloed zijn op onze positie en ons handelen, zijn voor een belangrijk deel de oorzaak van het ontstaan van deze gevoelens. Ik kan niet nalaten hier te citeren wat ik onlangs in een ander verband

reeds eerder deed: „We have to run very fast, in order to stay in the same place.” Hardlopen lijkt echter nog niet eens voldoende te zijn.

Een tweede aspect van algemene aard dat naar voren komt, is dat wij, getuige de niet aflatende stroom van mededelingen over dit onderwerp, steeds knapper en vindingrijker worden ten aanzien van de diagnostiek van falende of vermeend falende aspecten van ons systeem van functioneren van de gezondheidszorg. Of anders gezegd, dat wij steeds beter de oorzaken menen te kunnen aanwijzen van de vaak onbevredigende toestand op het gebied van de volksgezondheid. Maar men kan zich dan tevens niet aan de indruk onttrekken dat onze therapeutische toepassingsmogelijkheden hierbij achterblijven. Hoewel ik niet dan met schroom Schiller aan wil halen, dacht ik dat zijn uitspraak: „Wer gar zuviel bedenkt, wird wenig leisten”, in deze praatgrage en op vergaderen beluste maatschappij meer in gedachten zou moeten worden gehouden.

Nog een ander aspect trof mij. Het komt mij voor dat bij de benadering van de huidige problematiek te veel aandacht wordt besteed aan incidentele aspecten en sterk individualistisch gekleurde benaderingswijzen waarbij het algemeen belang soms in het gedrang lijkt te komen. Bij schaalvergroting van individuele problematiek kunnen heel andere patronen en oplossingen ontstaan dan die, welke in het brein van de individuele onderzoeker het meest voor de hand lijken te liggen. Ik heb dit zelden zo aardig horen illustreren als door Van der Blij in zijn diesrede in 1971 als rector magnificus van de Utrechtse universiteit. Sprekend over het feit, dat kleine kwantitatieve verschillen speciaal bij instabiele toestanden ook kwalitatieve verschillen oproepen, laat Van der Blij zijn toebehoort de keuze doen tussen  $f$  0,10 of een perzik. Waarschijnlijk kiest ook u de perzik en als ik u vervolgens de keuze laat tussen  $f$  0,20 en twee perziken, zult u ook wel voor twee perziken opteren. Maar als ik u nu de keuze geef tussen  $f$  10.000,— of 100.000 perziken kiest u naar ik aanneem... het geld. Waar, zo vraagt Van der Blij, heeft de omslag plaats? Een vraag waarop niet gemakkelijk een antwoord kan worden gegeven. Wel staat vast dat door schaalvergroting een kwantitatief probleem kan omslaan in een kwalitatief probleem, waarmee men dan als individu vaak geen raad weet. Dit is veelal de grondslag van het door mij gememoreerde gevoel van onzekerheid, onvrede en beduchtheid voor de toekomst.

Het sterke individualisme waarover ik sprak, uit zich onder meer ook hierin dat een aantal artsen te kennen geeft geen vrede meer te hebben met de

structuur en de organisatie van onze Maatschappij Geneeskunst en met de wijze waarop de Maatschappij haar taak vervult. Soms blijkt dit te berusten op een gebrek aan kennis of inzicht omtrent de wijze waarop een bepaald probleem is behandeld. In andere gevallen bestaat er onbehagen over de gehele structuur en haar wijze van functioneren. Afgezien van het feit, dat in onze Maatschappij tal van wegen open staan om actief kritiek te laten doorklinken — ik kan u verzekeren dat ik voor iedere opbouwende kritiek ontvankelijk en dankbaar ben — ben ik van mening dat juist zij, voor wie de Maatschappij in elk geval leeft, althans bestaat, ook al hebben zij kritiek op de organisatie of het beleid, als leden van deze Maatschappij aan een verbetering moeten meewerken. Overigens mogen ook zij niet uit het oog verliezen dat een organisatie, wier leden vaak sterk verschillende opvattingen hebben, in het praktische vlak dikwijls een beleid moet voeren dat als voorzichtig kan worden gekenmerkt. Bovendien heeft de Maatschappij het op het gebied van de volksgezondheid niet alleen voor het zeggen en mag van haar in vele gevallen de bereidheid worden gevraagd mede te werken aan regelingen die het algemeen belang lijken te dienen.

Tot slot krijgt men bij alle tegenstrijdigheid, die er lijkt te bestaan bij het zoeken naar nieuwe vormen, de indruk dat ook hier sprake is van een generatieconflict, een conflict dat wel in alle tijden zal blijven bestaan. Naast de nieuwe generatie die — om het eens zwart/wit te stellen — zegt alles beter te weten en die de pretentie heeft radicaal, zo men wil revolutionair, alle problemen op eigen wijze en op korte termijn te willen en eventueel ook te kunnen oplossen, zijn er velen uit de oudere generatie, die eveneens van mening zijn dat de oude gevestigde, om het modewoord te gebruiken „paternalistische instelling” van de arts aan veranderingen toe is, maar dan veranderingen die zich langs wegen van geleidelijkheid dienen te voltrekken. Het is het probleem van „toekomst en traditie” een probleem waaraan Van der Does de Willebois een uiterst lezenswaardige monografie wijdde en waaruit ik citeer: „Wie leven en werken van de voorafgaande generaties buiten beschouwing laat, en slechts aan zijn eigen tijd de volheid van levensmogelijkheden, van historisch en levensbeschouwelijk „gelijk” wil toekennen, die plaatst zich buiten de historische tijd, buiten het zich verwerklijkende leven. Hij wordt, tegen wil en dank levensvijandig.” Met de erkenning van de omstandigheid dat de maatschappelijke problemen waarmee wij worden geconfronteerd urgenter en heftiger lijken als gevolg van de zich steeds versnellende stroom der ontwikkelingen, wil ik toch pleiten voor ontwikkelingen langs wegen van evolutie, zij het dat deze evolutie zich snel zal dienen te voltrekken. Anderzijds, nalaten de kaart tijdig te verkennen, heeft menige reiziger in gevaar gebracht en als wij een vat willen houden op de toekomst in plaats van het slachtoffer ervan te worden, zullen wij flexibel moeten denken en bereid moeten

zijn situaties te accepteren, die in de ogen van sommigen onzer niet lijken te passen in de tradities van onze, laten wij het eerlijk zeggen, naar conservatieve neigende professie.

Dikwijls laat men ons een keuze doen tussen oude wijn in nieuwe zakken of jonge wijn in oude zakken. Beter komt het mij voor te kiezen voor jonge wijn in nieuwe zakken. Wanneer ik mij nu toch op het terrein van de vinecultuur begeef en een vergelijking mag maken, die ik ergens las, dan is dat deze: zelfs de maître de chai aarzelt, zolang de druif nog aan de wijnstok zit, te voorspellen wat de kwaliteit van de nieuwe oogst zal zijn. Daarbij zijn de variabelen waar hij mee te maken heeft maar klein vergeleken bij het spectrum van factoren, die van betekenis zijn bij de ontwikkeling van de geneeskunde.

Toch zijn er wel degelijk enkele factoren aan te geven die van betekenis zijn bij het vormen van onze inzichten omtrent onze positiebepaling en de ontwikkelingen die zich zullen voltrekken. Stallworthy in een rede voor de Royal Society of Medicine (Proc. Royal Soc. Med 63 491, 1970) noemde er drie:

1. Steeds meer komt de nadruk te liggen op de patiënt als lid van de gemeenschap waarin hij in toenemende mate is blootgesteld aan milieu-invloeden, die van betekenis zijn bij het ontstaan van adaptatie-stoornissen; deze stoornissen kunnen zich manifesteren in klachten die hem tot de arts voeren.
2. Het werken in teams op elk niveau is een onmisbare voorwaarde voor vooruitgang.
3. De invloed van de intramurale gezondheidszorg neemt toe. Ik wil hierbij persoonlijk opmerken dat ik deze ontwikkeling niet toejuich en daarom gaarne instem met de plannen die een betere samenhang tussen de intramurale zorg en de extramurale zorg beogen.

Ik zou overigens hieraan twee stellingen willen toevoegen:

4. Het wordt steeds duidelijker dat er een systeemrelatie bestaat tussen het universitaire onderwijs, zowel aan studenten als aan artsen in hun verdere opleiding, en het praktisch toepassingsveld, de gezondheidszorg. Ik wil volstaan met op te merken dat deze relatie moet worden uitgediept.
5. De stijging van kosten in de gezondheidszorg dwingt ons om na te gaan of er wegen te vinden zijn, die zonder dat de kwaliteit van de verleende diensten in het gedrang komt, toch de ontwikkeling van de daaraan verbonden kosten in de hand kunnen houden.

Over deze vijf punten zou ik graag uitvoerig met u van gedachten willen wisselen, maar ik vrees dat onder meer het kleiduivenschieten in het gedrang zal komen en ik zou niet graag onze journalistieke vrienden de kans willen ontnemen om de fiolen van

journalistieke hoon over dit, in mijn ogen bijzonder onschuldige en genoeglijke vermaak, te kunnen uitstorten. Ik zal mij dan ook beperken tot een enkele beschouwing over de door mij genoemde invloed van het milieu en over samenwerking in teamverband.

U zult er begrip voor willen opbrengen dat ik als patholoog-anatoom, zij het dan sinds een week emeritus in dat opzicht, niet dan met schroom de problematiek van de aanpassing van de mens aan zijn milieu ter sprake durf te brengen. Bij de behandeling van dit thema in de afgelopen dagen, gecentreerd op de grote stadsproblematiek, waar de knelpunten en conflicten het hevigst lijken, is overduidelijk gebleken hoe multifacettair en ingewikkeld deze problematiek is. Zonder in staat te zijn met inachtneming van alle plus- en minpunten de relatie tussen gezondheidstoestand en het wonen in de grote stad te kunnen kwantificeren is het wel duidelijk dat de leefomstandigheden in de grote stad voor de huidige mens steeds ongeschikter worden. Men heeft in dit verband wel gesproken over „the inhuman city” (Doxiadis, *Cibasymposion: the health of mankind*). Aangezien niet te verwachten is dat aan de groei van de grote stad paal en perk kan worden gesteld, zullen wij moeten trachten binnen de bestaande mogelijkheden zodanige omstandigheden te scheppen dat het milieu toch leefbaar wordt. Een opgave waarbij de rol van de arts van slechts beperkte omvang zal kunnen zijn. Maar een opgave, die wel voor hem de mogelijkheid opent om in constructieve samenspraak met anderen tot een analyse van mogelijkheden en wenselijkheden te komen en ook bij de uitvoering daarvan mede een rol te kunnen spelen.

Aan deze problematiek zijn echter meer facetten verbonden dan die welke ik hier signaleerde. Dit is onlangs door Julius in het jaarverslag 1970 T.N.O. zeer indringend uiteengezet. Laat ik trachten hier de essentie samen te vatten. Julius vergelijkt het gevoel van onbehagen dat ons bezielt met het onbehagen van het verwende kind dat door *krijgen* de weg tot *verwerven* als middel tot zelfverwerkelijking heeft afgesneden. Evenals het verwende kind, zo stelt hij, gaat nu ook de verwende wereld de redenen van zijn onbehagen naar uitwendige omstandigheden verwijzen, in plaats van zijn verwend zijn als de ware grond van zijn onbehagen te onderkennen. De bewustwording van de omstandigheid dat de nevenverschijnselen van wetenschappelijke verworvenheden onbehagen veroorzaken en uiteindelijk tot existentie-bedreiging zullen kunnen leiden, geschiedt langzaam. Tegenover de niet te stuiten vooruitgang van de wetenschap staat de aantasting van de leefbaarheid van ons milieu. De vooruitgang is beladen met een intrinsieke tweeslachtigheid. Maar moeten wij ook leren leven met de aantasting van de leefbaarheid of is het niet veeleer zo dat wij ons moeten blijven verzetten tegen deze aantasting?

Daaruit vloeit tevens voort dat een negatief gearde protesthouding ten opzichte van wat wij om

ons heen waarnemen geen zin heeft maar dat wij allen, ook als artsen, individueel en collectief, onze dienende taak ten opzichte van de gemeenschap voorop zullen moeten stellen en van deze instelling naar buiten toe blijken zullen moeten geven.

Het onderwerp noodt tot verdere uitwerking. Met het oog op de tijd wil ik terug gaan naar één van de uitgangspunten. Het bloed kruipt echter toch weer waar het niet kan gaan en ik kan de verleiding niet weerstaan om een enkele opmerking te maken over het begrip ziekte, en vooral daarom, omdat men in toenemende mate de neiging ontmoet om bij de kleinste deviatie in het als normaal geachte patroon over ziekte te spreken en dan tevens naar de oorzaken te gaan speuren.

Bij het nagaan van het begrip ziekte in historisch perspectief wordt men getroffen niet alleen door de merkwaardige wijze waarop ziekten kunnen veranderen — Gestaltwandlung klassischer Krankheitsbilder, zo luidt de titel van een monografie waarin het onderwerp wordt besproken — maar vooral ook door de veranderlijkheid van onze opvattingen omtrent het diepste wezen van ziekte en de betekenis die aan uiteenlopende ziekteverwekkende factoren en omstandigheden in de loop der tijden is toegekend. Men kan zich bij het verdiepen in deze problematiek niet onttrekken aan de opvatting dat oorzaak en wezen van ziekte sterk cultuurgebonden zijn en dat cultuurveranderingen vaak een parallel verschijnsel zijn geweest met veranderingen in het beloop en ook in het begrip van ziekte. U zult hieruit kunnen afleiden dat ik wil pleiten voor een zekere mate van relativering bij het aanwijzen van exacte onveranderlijke ziektemakende factoren. Teneinde misverstanden weg te nemen bij mijn toehoorders, die mij ervan zouden willen verdenken dat ik in mijn professionele instelling de betekenis van de structuur van „the person behind the disease” (Bauer) zou willen veronachtzamen kan ik u verzekeren dat dit verre van mij is. Ik wil er echter wel voor pleiten vooral met de benen op de grond te blijven staan en niet zonder meer mee te gaan met hen, die proclameren dat de ziektemakende factoren in deze tijd van een zodanige multidimensionale omvang zijn, dat dientengevolge de rol van de individuele arts aan betekenis zou moeten inboeten en dat slechts multidisciplinaire benadering van de patiënt tot een optimale behandelingswijze kan leiden. Ik kan de verleiding niet weerstaan om nogmaals te citeren en wel een in 1850 gedane uitspraak van Dr. J. Bigelow op de Harvard Medical School: „In modern times the constituent branches of medical sciences are so expanded that they are not acquired by any physician in a lifetime and still less by students”. U ziet, de problematiek is niet alleen van deze tijd.

Vergrote actualiteit heeft de plaats en het functioneren van de huisarts in het zogenaamde, nieuwe modewoord, „eerste echelon” aan de orde gesteld. Er kan, dacht ik, geen twijfel bestaan omtrent de beantwoording van de vraag, dat voor een goed functioneren van ons gezondheidszorgsysteem de aan-

wezigheid van de goed geschoolde huisarts essentieel is. Het is te betreuren dat de ideeën, die in de kringen van opleiders en beroepsbeoefenaren bestaan om door een voortgezette opleiding van bijvoorbeeld twee jaar de a.s. huisarts beter voor te bereiden op de taken die hem wachten, in de praktijk nog steeds niet zijn gerealiseerd. Bij de bestaande mogelijkheid ziet men als een voor de hand liggende ontwikkeling, dat huisartsen komen tot onderlinge samenwerkingsverbanden. In Engeland is deze ontwikkeling reeds veel verder voortgeschreden dan in ons land het geval is. In Engeland werkt namelijk ongeveer de helft der huisartsen in groepsverbanden. In Denemarken zien wij een gelijke ontwikkeling. In ons land werkt slechts een 100-tal huisartsen in groepsverband.

Voor de verklaring van deze trage ontwikkeling wordt vaak verwezen naar de hoge kosten die aan het stichten van groepspraktijken of gezondheidscentra zijn verbonden. Ik vraag mij af of het ook niet onze vaderlandse zucht tot het verkrijgen van de hoogst mogelijke vorm van perfectie is, die maakt dat deze ontwikkeling zo langzaam voortgang vindt. Het moet naar mijn stellige overtuiging mogelijk zijn — vooropgesteld dat de wil tot samenwerken aanwezig is — om langs eenvoudige wegen tot afspraken en samenwerkingsverbanden te komen, die niet noodzakelijkerwijze behoeven te leiden tot excessief hoge investeringen en die wel zullen bereiken dat de huisarts beter kan functioneren dan thans veelal het geval is. In dit verband zou ik tevens willen pleiten voor onderzoek naar nauwere relaties tussen de specialisten in de ziekenhuizen en de huisartsen in het eerste echelon. De koppelingsmechanismen met betrekking tot informatieverstrekking tussen het ziekenhuis en de algemene praktijk zijn aan een facelifting toe. Het nuttig rendement van de vormen van communicatie zoals die op het ogenblik plaats vinden en die voor het grootste deel langs schriftelijke weg geschieden, is naar ik dacht klein. Ook in het voortgezet onderwijs aan de huisarts zouden de ziekenhuizen naar mijn mening een grotere rol kunnen spelen dan thans in vele plaatsen het geval is.

Dames en heren, veel van wat ik u had willen zeggen zal onbesproken moeten blijven. Ik heb reeds te lang en te veel van uw aandacht gevergd. Ik wil tenslotte nog wel even terugrijpen naar wat ik in het begin al heb aangeroerd, n.l. de betekenis van een professionele organisatie. Wanneer wij afgaan op wat er in de publiciteitsmedia — vox populi — over de medische stand wordt gezegd, zou het mij, met voorbijgaan aan de prijzende woorden die in incidentele gevallen aan personen worden gewijd, niet verwonderen wanneer in brede kringen onder de beroepsbeoefenaren een gevoel van verongelijkheid bestaat in de geest van: „niemand houdt meer van

ons”. Wanneer men zich dit realiseert, dringt zich direct en onverbiddeijk de vraag op of dit waar is, hoe dit dan komt en wat wij er aan kunnen doen. De zaak die in het geding is, is er een van vitale betekenis, niet alleen voor de artsen-groep, maar ook voor de relatie tot diegenen voor wie wij onze krachten en kennis dienend moeten inzetten. Het is mijn stellige overtuiging — ik heb dit hierboven reeds aangeduid — dat het essentieel is dat wij ons vertrouwd zullen moeten maken met de idee dat wij meer en meer zullen moeten gaan functioneren in teamverband. Dit tast niet de opvatting aan dat er voor de solist altijd een plaats zal blijven. Maar wel lijkt het voor de hand te liggen dat de rol van de solist relatief kleiner zal worden.

Dit houdt in dat wij ons zullen moeten bezinnen op onze plaats in de teams die zich met de gezondheidszorg zullen bezighouden. Het gevaar is niet denkbeeldig dat, indien wij deze ontwikkeling niet tijdig genoeg onderkennen, anderen dit voor ons zullen doen met alle risico's die daaraan zijn verbonden. Wij zullen er ons voor moeten hoeden te willen blijven leven in de schaduwen van gisteren, hoe onaantrekkelijk voor sommigen van ons de schaduwen van morgen lijken te zijn. Ik dacht, toen ik bij het schrijven van deze voordracht hier was aangeland, uiteraard aan Huizinga die zijn in 1935 gepubliceerde boek begon met de aanhef: „Wij leven in een bezeten wereld”. Ik tref er echter ook weer het relativerende element in aan. Een element waarvan ik de betekenis niet zwaar genoeg kan beklemtonen. De aanwezigheid hiervan is namelijk doorslaggevend bij de koersbepaling. Het is van de grootste betekenis voor de vraag of wij onze visie en houding harmonieus aan de maatschappelijke ontwikkeling zullen kunnen aanpassen. Huizinga schrijft: „Het ontbreekt aan gelijkwaardigheid tussen onze onttrokken visie op het verleden en onze verwarde kijk op het gebeuren van de eigen tijd waarin wij zelf betrokken zijn”. Omzichtigheid bij onze plaatsbepaling is derhalve een dwingende eis. Aan de andere kant kunnen wij ons niet veroorloven de loop der gebeurtenissen af te wachten. De grote maatschappij toont steeds meer belangstelling voor de rol van de arts in de gezondheidszorg. Wij, als leden van de medische professie, zullen moeten trachten het met elkaar eens te worden over de vraag hoe onze „medische politiek” zal moeten luiden. Het is onvoldoende deze beleidsbepaling geheel en al over te laten aan een groep zoals het hoofdbestuur of aan de voorzitter. Wij zullen daartoe slechts in staat zijn als onze professionele organisatievorm hecht gedragen wordt door de actieve belangstelling van diegenen, voor wie deze organisatie in stand wordt gehouden. Met andere woorden, wanneer iedereen bereid zal zijn op individuele basis mede de verantwoordelijkheid te helpen dragen.