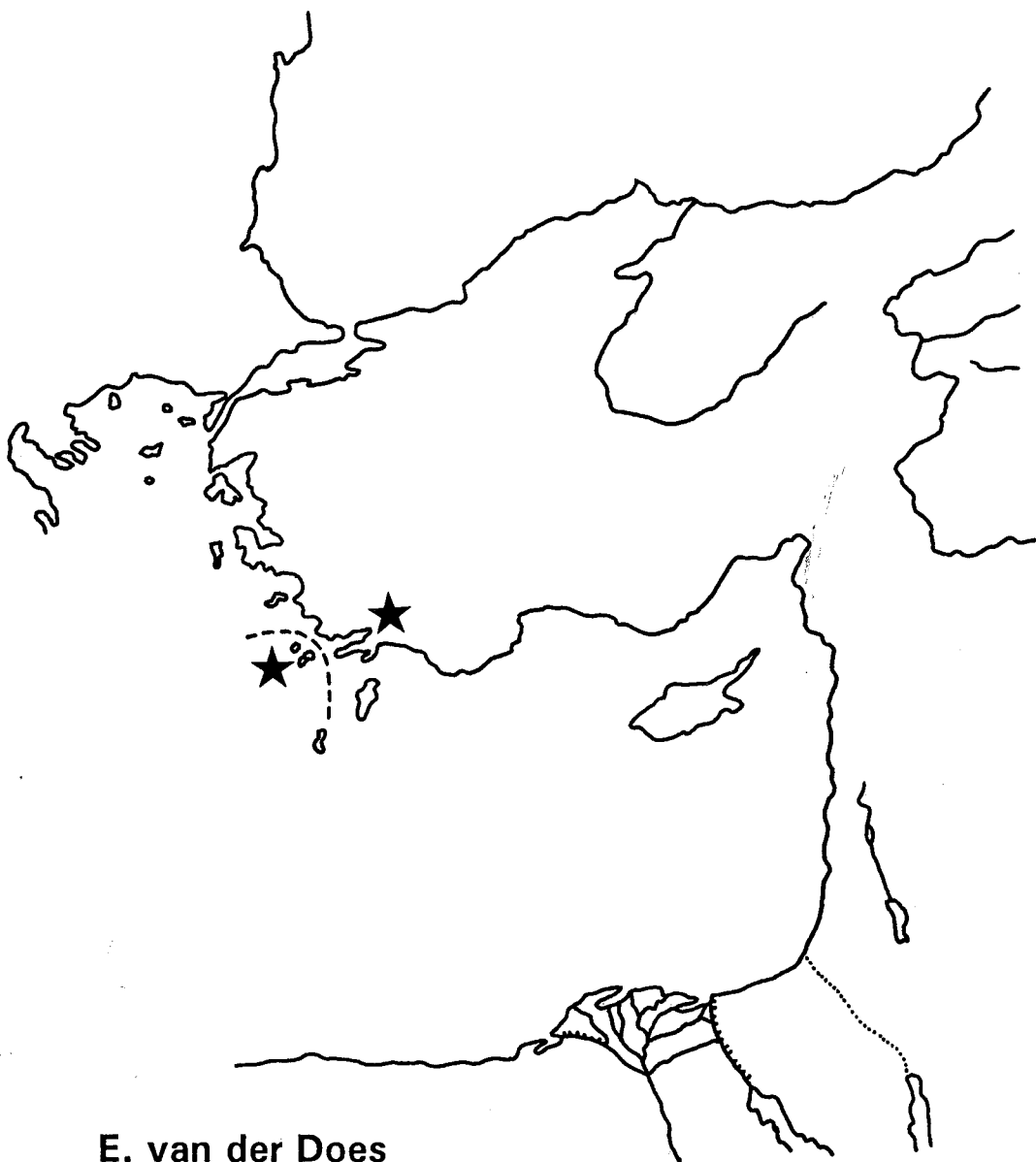


Het leven is kort, de kunst is lang...!



E. van der Does

Het leven is kort, de kunst is lang...!

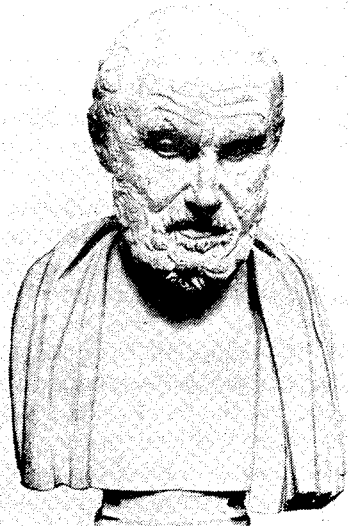
**Afscheidsrede van Prof. Dr. E. van der Does
hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de
Erasmus Universiteit Rotterdam**

**uitgesproken op
19 november 1993**

*Opgedragen aan Sophia,
echtgenote en moeder*

Mijnheer de Rector Magnificus, zeer geachte Toehoorders,

Het leven is kort, de kunst is lang! De titel van dit afscheidscollege is ontleend aan de eerste regels van het boek De Aforismen, een boek uit de zogenaamde Hippocratische collectie. ¹



Hippocrates
± 460 - 377 v. Chr.

Het is slechts aan weinigen op deze wereld gegeven om echt oorspronkelijk te zijn en vaak ontlenen wij dus onze zienswijzen en gedachten aan anderen en zo ook ik. Wat die oorspronkelijkheid betreft, Salomo gaat in het boek Prediker hierin nog verder als hij stelt: *"Er is niets nieuws onder de zon, want wat er is, is altijd geweest en wat komen zal is er reeds"*. ² Hoe dit ook zij, behalve de titel is ook de rest van dit college ontleend aan anderen, zodat ik degenen die hierheen gekomen zijn in de verwachting iets origineels te komen horen, meteen al moet teleurstellen.

Het is Hippocrates, aan wie ik de titel ontleend heb en aan wie de aforismen worden toegeschreven. ^{1,3} Een aforisme is een op zichzelf staande uitspraak, die kenmerkend is voor een bepaalde gedachtengang of geesteshouding. Ik geef u een enkel voorbeeld uit het boek De Aforismen, waaruit blijkt dat deze grote dokter het kijken en luisteren naar patiënten als basis bij de uitoefening van zijn vak had.

Hij schreef: "Moeheid zonder oorzaak betekent ziekte." Deze uitspraak heeft nog niets aan waarde ingeboet. Een ander aforisme is: "Krampen volgend op een verwonding zijn dodelijk." Velen van u zullen hierin het ziektebeeld van de tetanusinfectie herkennen.

Hippocrates wordt beschouwd als de vader van de moderne geneeskunde en ik meen in hem ook de grondlegger van de epidemiologie en de integrale geneeskunde te mogen zien. Voor het onderbouwen van deze laatste zienswijze wil ik een volgend aforisme onder uw aandacht brengen:

*"Niet alleen de dokter moet gereed staan
om zijn plicht te doen, maar de patiënt,
de omgeving en de uitwendige omstandigheden
moeten tot de genezing bijdragen."*

Een typisch integrale benadering, waaruit volgt dat Hippocrates toen al lichamelijke, psychische en sociale factoren onderscheidde bij ziekten en de dokter, om te kunnen genezen, de steun van de patiënt en diens naasten nodig had. Kijken wij naar een moderne omschrijving van integrale geneeskunde, zoals die afgeleid kan worden uit het werk van de Amsterdamse hoogleraar sociale psychiatrie Querido, dan valt de overeenkomst met het aforisme van Hippocrates op.

*"Integrale geneeskunde omvat die wijze van hulpverlening,
waarbij consultvragende mensen beschouwd worden als
mensen met problemen, welke problemen van lichamelijke
en/of psychische en/of sociale aard kunnen zijn." ⁴*

Voor de huisarts is dit in ieder geval een noodzakelijke werkwijze, gegeven diens poortwachtersfunctie en het feit dat psychosociaal onbehagen vaak vertaald wordt in lichamelijke klachten en verschijnselen.

Hippocrates werd, denkt men, geboren op Kos omstreeks 460 jaar voor Christus en stichtte daar een medische school. Zijn leerlingen en volgelingen waren eerder huisartsen dan specialisten; zij gebruikten weinig of geen instrumenten, lieten in principe veel aan het natuurlijk beloop over en hadden als uitgangspunt dat het lichaam de neiging heeft te genezen. Zij ondersteunden dit proces met goede verzorging en leefregels, waaronder voedingsvoorschriften. Nog steeds zeer actueel in onze dagen, indien men denkt aan de adviezen die gegeven worden ter vermindering van het risico op hart- en vaatziekten.

Op het vasteland van Klein-Azië lag, tegenover Kos, een andere medische school, die van Knidos, waar veeleer de specialistische geneeskunde bedreven werd, zoals ik schreef in mijn openbare les in 1978, toen ik het lectoraat Huisartsgeneeskunde aanvaardde. De zienswijze: Hippocrates als grondlegger van de integrale geneeskunde en epidemiologie, is sindsdien nooit door klassieke historici aangevallen, zeer waarschijnlijk omdat deze geleerden mijn openbare les ontgaan is. ⁵ Hoe dit ook zij, Hippocrates keek toen al met grote reserve naar de macht die dokters weliswaar hadden, maar die zij in zijn ogen niet goed gebruikten. Op de macht die dokters hebben kom ik in het vervolg van deze les nog terug.

Eerst wil ik het gehele aforisme, waaraan de titel van dit college ontleend is, met u bespreken.

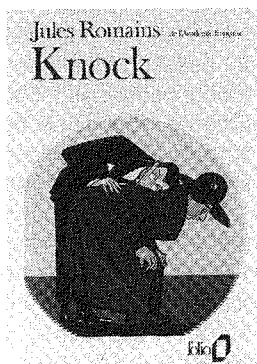
*"Het leven is kort, de kunst is lang
de crisis gaat snel voorbij
het experiment is gewaagd
de beslissing moeilijk."*

Het eerste deel van de eerste zin behoeft geen toelichting; het tweede deel nauwelijks en duidt in mijn geval op de geneeskunst, die lang na mij nog zal bestaan. Je hoopt dat er iets van je inspanningen achter zal blijven in harten en hoofden van leerlingen, ook al zijn het er maar een paar. Over de crisis spreek ik u nog. De derde en de vierde zin zullen elke onderzoeker bekend voorkomen en zijn

hoogst modern. Ik noem als voorbeeld het geneesmiddelenonderzoek. Iedere onderzoeker weet hoe moeilijk het vaak is om dit uit te voeren en de resultaten te interpreteren.

Wij zijn nu van Hippocrates plotseling in het heden bij het geneesmiddelenonderzoek aangekomen, maar ik wil eerst nog even met u terug in de tijd. Niet zo ver meer, ruim 100 jaar, naar 1885, het jaar waarin Jules Romains in de Franse Ardèche geboren werd. Hij ontwikkelde zich tot dichter, roman- en toneelschrijver en schreef in 1925, dat is 2300 jaar na de aforismen van Hippocrates, een toneelstuk getiteld "Knock ou le triomphe de la médecine".⁶ Dit stuk wil ik eerst met u doornemen, omdat het zo actueel is voor onze tijd en er wat dit betreft niets nieuws is onder de zon. De hoofdfiguur is ene Dr. Knock en de spelling van zijn naam is veelzeggend. Met nadruk wil ik opmerken dat Knock niet representatief is voor alleen de huisarts en ook niet alleen voor de specialist. Neen, hij vertegenwoordigt alle verschillende dokters van deze wereld, van Nederland, van Rotterdam. Beginnen wij nu met het verhaal.

In een Zuid-Frans dorpje was reeds twintig jaar een dokter gevestigd temidden van een zuinige, om niet te zeggen gierige en ietwat achterdochtig ingestelde bevolking. De mensen hadden van huis uit de nodige reserve ten aanzien van de humane geneeskunde en probeerden als regel voor zichzelf eerst de middelen uit die de dierenarts voor het zieke vee verstrekt had, alvorens de mensendokter te raadplegen. Dokter heeft dus weinig te doen en houdt zich in leven met vissen en jagen, alsmede met de gaven die de dorpelingen hem op de erkende feestdagen doen toekomen, uit dankbaarheid dat hij zich niet al te veel met hun gezondheidstoestand bemoeit. Op een dag wil dokter toch nog zijn geluk in de grote stad gaan beproeven en biedt huis en praktijk te koop aan. Ene Dr. Knock komt daarop af en neemt de zaak over. Hij merkt al spoedig weinig of niets te doen te hebben. Hij houdt niet van vissen en jagen en moet iets bedenken om toch wat te verdienen. Hij spijkt een bord op zijn deur, vermeldend dat daarachter Dr. Knock spreekuur houdt, iedere werkdag en op maandag gratis. En masse trappen de dorpelingen in deze val en de eerste maandag is de wachtkamer vol mensen. Wij volgen het consult van de eerste patiënt, een grote, struise boerenvrouw. Dokter vraagt eerst honderduit: wie zij is, of zij gehuwd is, hoeveel kinderen er zijn, hoe oud zij is, of er iemand van de naaste familie overleden is. Hoe groot is de boerderij, heeft zij knechts, hoeveel vee, kippen, paarden etc... Alles schrijft dokter op in verband met de hoogte van het honorarium en de vrouw weet weldra niet meer wat er allemaal gevraagd is en wat zij daarop geantwoord heeft.



Dan begint het consult pas echt als Knock vraagt: "Wat scheelt eraan?", waarop zij antwoordt: "Eigenlijk niks." Hij vraagt dan, heel actueel, zoals een moderne huisarts dat tot voor kort meende te moeten doen: "Waarom komt u dan bij mij en waarom nu?." Zij zegt: "omdat het gratis is." "In dat geval", zegt de dokter, "moet ik u grondig onderzoeken." Hij kijkt haar na, beklopt haar, draait haar naar alle kanten, laat haar zuchten tot zij er duizelig van wordt en vraagt en passant iets wat hij al wist: "apropos, hebt u wel eens een flinke val gemaakt?" Zij is bij het appels plukken ooit van een ladder gevallen. "Aha", zegt de dokter, "dat vermoedde ik al" en neemt haar mee naar één der vele wandplaten, die aan de muren van de spreekkamer hangen. Ook dit is modern: patiënt krijgt meteen de nodige informatie. Hij toont haar op een lengtedoorsnede van het ruggemerg twee zwarte stippen, zogenaamde kernen. Deze bewegen zich, zo legt de dokter uit, naar elkaar toe en dat gaat heel langzaam, maar het gaat nog steeds door. Zij vraagt: "...en als ze bij elkaar komen?" Dokter zegt: "Tja, moeilijk te zeggen, maar goed is het nooit." Hij zucht, slaat de ogen ten hemel en maakt een machteloos gebaar. Zij gaan bij het bureau zitten en dokter zegt dat hij wil proberen het proces te stoppen, maar dat kan alleen met haar medewerking en die van haar omgeving. Hij adviseert strenge bedrust, dieet en pillen. Zij knikt en voelt zich ziek en toont ook al zo. Dokter stelt dan een vraag, waarvan hij het antwoord ook al weet: "Uw vader leeft zeker niet meer?" Als zij dat bevestigt, vraagt hij: "Hoe oud was hij toen hij stierf?" "Zesenvijftig", antwoordt zij, waarop Knock opmerkt: "Zo oud nog!"

Met zijn voorschriften verlaat de vrouw strompelend en gebogen de spreekkamer en terwijl zij voor de ogen der verbaasde dorpelingen zich via de wachtkamer naar de uitgang begeeft, speelt dokter zijn volgende troef uit en roept: "U had geen dag later moeten komen." De dokter noteert zijn eerste huisbezoek na twee dagen en de kassa begint zachtjes te rinkelen. En eveneens heel actueel, gaat de dokter samenwerken met de apotheker, die voorraden medicijnen moet maken. Tevens werkt hij samen met de plaatselijke hotelhouder, in wiens localiteit de dokter lezingen gaat houden over ziekten, gezondheidsvoorlichting en opvoeding en waar mensen die ver weg wonen een kamer kunnen huren om een kuur te volgen. En de dokter begint met bacteriologie en virologie en vertelt de mensen op de gratis bijeenkomsten hoe die bacteriën eruit zien. Aan de hand van platen toont hij afschuwelijke monsters met harige poten met klauwen en een bek vol scherpe tanden. Dokter zegt dat er overal bacteriën zijn, die de mens voortdurend belagen en hij strijkt met de vinger over een stoelleuning en zegt dat hij er wel honderdduizend aan zijn vinger heeft zitten en biedt dan zijn hand aan aan iemand op de eerste rij, die verschrikt terugdeinst. En wat zij nooit deden gaan mensen nu doen, namelijk nadenken over ziekte en gezondheid, over leven en dood. Zij registreren alles wat zij voelen, houden er rekening mee dat het ernstig kan zijn en melden zich op het spreekuur bij Dr. Knock. Zij krijgen een leefregels, bestaande uit een karig dieet, niet roken of pruimen, geen alcohol en geen opwindende zoals sex. Dat is toch zeer passend in onze dagen in verband met de vermindering van risico op hart- vaatziekten. Maar de mensen die thans patiënt van Dr. Knock zijn geworden voelen zich zwak door het karige voedsel en de straffe drinkers voelen zich extra beroerd door het plotseling staken van de alcohol.

Zo bevindt zich weldra éénderde deel van het dorp in bed, éénderde zorgt daarvoor en het andere éénderde is kind of werkt op het land en houdt de economie op gang, ondermeer voor de dokter, die in korte tijd een welgesteld man wordt. Maar wat dokter eigenlijk wel zo mooi vindt, is dat hij tot aanzien komt. Iedereen kent hem in het dorp en in het omringend kanton. Hij raakt bekend als kundig arts en

weldoener en iedereen groet hem als hij zijn ronde doet.

Ja, mocht iemand nu opmerken dat Knock toch wel een huisdokter is, dan merk ik op dat Knock zeer wel een specialist kan zijn. In de naaste toekomst gaan wij naar een toenemende thuiszorg toe, waarbij specialisten in consult aan huis komen. Daar worden zij dan apart voor beloond, naast hun mooie vaste salaris, zullen wij hopen.

En het is de dokter die iemand uit het zieke éénderde deel van de bevolking weer genezen verklaart, die dan daarvoor zeer dankbaar is. Een ander kan weer diens plaats innemen. En zo is er evenwicht in de streek; de mensen zijn weliswaar afhankelijk van dokter en diens gezondheidszorgsysteem, maar ze voelen zich veilig. En na een half jaar komt de oude dokter nog eens kijken wat Knock ervan gemaakt heeft.

's-Avonds staan zij beiden voor het raam van het doktershuis en kijken uit over het dorp met de verlichte vensters en de klok slaat tien. "En thans, mijn waarde collega", zegt Knock "wordt bij éénderde van de mensen rectaal de temperatuur opgenomen en worden door die mensen mijn medicijnen ingenomen, totdat ik zeg dat men weer genezen is." En de oude dokter wil de praktijk wel terug hebben, maar Knock zegt: "Dat zou niet goed zijn. Je zou het niet kunnen en de mensen zouden ongelukkig worden."

Het zal, geachte lezer, duidelijk zijn, dat de medische macht gevestigd is in het dorp. Nu wil ik met u in het dorp Nederland kijken hoe het daar met de zieken staat.

Verhoogde bloeddruk:	1.500.000	Diab.mell.:	200.000		
Verhoogd cholesterol:	1.500.000	Ongevallen:	800.000		
CARA:	1.500.000	(incl. geweld/suic.)			
CVA:	100.000	Aangeb. afw.:	2.000		
MS:	10-20.000	RA:	22.500		
Z.v.Park.:	20.000	Kanker:	250.000	WAO-uitkering	900.000
Epilepsie	50.000	Hart-/vaatz.:	42.000	Alle gewr. aand.	300.000
Dementie:	80-100.000	Probl.dr.:	600.000 (?)	Alle psych. stoorn.	425.000
Slaapm.:	900.000	Heroïne:	20.000	Nieuwe AOG/jaar	20 - 30.000
Osteoporose:	5-70%, > 45 jaar	Chron.psych.stoorn.	200.000	Ziekmeldingen/jaar	7.000.000

Uit: De huisarts en het elektronisch medisch dossier. 1991 - 1993. Symposiumverslag.
 Ontleend aan: Epidemiologie van ziekten in Nederland, Grobbee DE en Hofman A (red.), 1989.

tabel I

tabel II

Tabel I geeft weer de aantallen zieken en potentiële zieken in Nederland. ⁷

Voor een deel weten mensen dit nog niet, want Dr. Knock is nog niet lang geweest. Er moeten er nog veel opgespoord worden en vervolgens een etiket opgeplakt krijgen. Er staan echter ook veel nare ziekten op: kijk maar naar CARA, een afkorting voor chronische longziekten zoals bronchitis en astma, waarvan de ernstige vormen heel belastend zijn. Dat geldt ook voor gewrichtsreumatiek of bepaalde psychische stoornissen, zoals chronische vormen van neerslachtigheid of depressie. En dan staat er niet eens alles op deze lijst. Er moet bijvoorbeeld nog een aantal van 900.000 mensen met WAO-uitkering bij (tabel II). Daaronder zijn uiteraard veel mensen begrepen van tabel I, maar onduidelijk is hoe veel. De

aanduiding AO, arbeidsongeschikt, duidt erop dat die mensen allemaal niet gezond zouden zijn. Er staan ruim 20.000 mensen op de lijst met RA (reumatoïde artritis), gewrichtsreumatiek. De bond van reumapatiënten, die zich natuurlijk ook graag sterk wil maken, zegt dat daar alle mensen behoren te staan met gewrichtsklachten, zoals ook arthrose, in de wandeling aangeduid met slijtage. Dus, zegt de bond, die 89 patiëntenverenigingen omvat, komen wij op voor wel 300.000 patiënten.⁸ Zo is ook de kerngroep biologische psychiatrie van mening dat het getal van 200.000 mensen met psychische stoornissen niet klopt. Dit moeten er 425.000 zijn.⁹

Voorts melden zich per jaar 7.000.000 mensen ziek, waarvan er 100.000 na een jaar nog niet beter zijn. Ieder jaar komen er 20 - 30.000 nieuwe arbeidsongeschikte mensen bij. Gigantische getallen en problemen die lijken te noodzaken tot keuzen in de zorg, zoals de commissie Dunning ook stelt.

Gaarne wil ik de genoemde getallen wat relativeren. Er is in deze statistieken veel overlap. Veel mensen hebben meer dan één kwaal. Voorts zullen veel mensen zich niet als ziek gedragen, ook al hebben zij het stempel, maar zullen proberen gewoon door te werken en te leven, ook met die CARA of suikerziekte. Veel mensen zijn alleen risicodragers; dat wil zeggen, lopen een hogere kans om ziek te worden, dan zij die dat risico niet dragen. Van verhoogde bloeddruk of een verhoogd cholesterol merkt men niets en er hoeft bij ontdekken daarvan nog geen schade opgetreden te zijn. Mensen zijn dan niet ziek, ook al hoorde ik onlangs een mevrouw zeggen, die op een feestje een snack afsloeg: "nee, dank u, ik ben cholesterolpatiënt." Risicodragers kunnen zich patiënt gaan voelen als zij medicamenten gaan innemen en geregeld ter controle moeten komen. Bij al deze getallen kan men dus in vele onderscheiden gevallen de vraag stellen: hoe ziek is deze mens? Hoe groot is het risico dat hij/zij loopt? Is er een aanvaardbare manier voorhanden om het risico te verminderen en is dit ook aangetoond op de lange termijn? Dat wil zeggen, als ik nu doe wat er geadviseerd wordt, heb ik dan in de (verre) toekomst kans op een gezonder en langer leven? Het probleem is dat dat lang niet in alle gevallen bekend is, terwijl de aanbevelingen om pillen te slikken wel gedaan worden. Ik beperk mij tot één voorbeeld, hoewel er meerdere te geven zouden zijn.

Ik vind het zorgelijk dat bij licht en matig verhoogd cholesterol de moderne HMGco-A Reductase-remmers worden aanbevolen, terwijl het nog niet aangetoond is dat men, door op deze manier het cholesterol te verlagen, daar op de lange termijn ook de vruchten van plukt in de vorm van een verminderde kans op ziekte en overlijden aan hart- en vaatziekten. Bovendien buigen geleerden zich nog over het probleem hoe het te verklaren is dat in de grote trials, uitgevoerd met de oudere middelen en/of voedingsveranderingen, er in de actief behandelde groep een oversterfte optrad aan gewelddadige dood door ongevallen of suïcide.¹⁰ Op dit moment zou de reclame voor deze indicaties opgeschort moeten worden. Toch laat de farmaceutische industrie in haar advertenties vetdeskundigen van naam verklaren dat, in geval van matig verhoogd cholesterol en triglyceriden een moderne cholesterolremmer van het type statine aan te bevelen is. En dat is te betwijfelen. Maar het middel is nu eenmaal op de markt en heeft dus, wat het lange termijn effect betreft, het voordeel van de twijfel, in plaats van het nadeel van de onzekerheid meegekregen.

Deze onzekerheid over het lange termijn effect geldt overigens voor meer stoffen met andere indicaties, die op grote schaal langdurig voorgeschreven worden. Als deze middelen eenmaal op de markt zijn toegelaten rest ons slechts de zogenaam-

de postmarketing surveillance (p.m.s.), dat is een bewakingssysteem om in ieder geval tijdig ongewenste bijwerkingen en interacties met andere stoffen op te kunnen sporen. De vraag of ook het gewenste einddoel bereikt wordt kan men met p.m.s. echter niet beantwoorden.

Gaan wij nu terug naar de getallen van de zieken, al of niet in de w.a.o. of ziektewet en de risicodragers in Nederland, dan lijkt het hier al bedenkelijk veel op het dorp van collega Knock: éénderde is ziek, al dan niet in bed, éénderde zorgt daarvoor, éénzesde zit op school, hangt op straat rond of voor de buis en éénzesde van de bevolking houdt de economie gaande, ook voor dokters die daardoor allen, zij het tot heel verschillende, graden van welstand komen.

Ik stelde in het voorafgaande dat Nederland lijkt op het Knockdorp wat de getallen betreft. Knock speelde in op de basale angst die iedereen heeft voor ziekte en dood en maakte mensen bewust afhankelijk van zijn systeem van gezondheidszorg. Mensen verloren hun autonomie, dat wil zeggen hun onafhankelijkheid om eigen keuzen te maken, rekening houdend met anderen. Knock wist heel goed dat wij dokters over macht beschikken, veel macht zelfs, als het erop aan komt en de kwaal bedreigend geacht wordt of is. Hippocrates keek al met reserve naar het gebruik van die macht. "Hoe gaan wij daar nu mee om?", is de meest cruciale ethische vraag die wij ons kunnen stellen, mede in het licht van de toenemende toepassing van ingewikkelde technologie in de gezondheidszorg. Een ontwikkeling die de meesten van ons niet kunnen volgen. Zijn er echter op minder ingewikkelde terreinen niet reeds tekenen te bespeuren dat mensen op een bepaalde wijze worden ingesponnen in het web van de medische macht? Dat web heeft een grote kleefkracht waar slecht meer uit te komen is, zodat de doktoren Knock van deze wereld op hun gemak iemand tot patiënt kunnen maken door hem of haar in te spinnen. Uitzuigen hoort u mij niet zeggen, doch daar komt dokter reeds aan voor een check-up, wat niet zelden neerkomt op een cheque-up. Zo wordt er veel onzin bedreven aan mensen die niet beter weten, net als bij Knock. Zinloze bepalingen, zogenaamd aanvullend of opvullend (?) onderzoek, keuringen en controles, waarbij men na eerste aanmelding, opgenomen wordt in het "biomedische circuit".¹¹ Dit bevordert het medicaliseringsproces. Dat proces is er altijd al, maar wordt versterkt als deskundigen mensen aan medische onderzoeken onderwerpen, waarvan niet duidelijk is wat die mensen daaraan hebben, terwijl de verwachting gewekt wordt dat het van belang is voor hun gezondheid. En dat, terwijl geneeskunst uitoefenen een bijzondere morele bezigheid is, zoals De Beaufort opmerkt in haar openbare les (1992).¹² Men moet hierbij tevens bedenken, dat het aantal zaken waarvan het zinnig is om deze te laten meten en waarvoor je anderen nodig hebt, zeer beperkt is. Zolang men geen klachten heeft is het belangrijkste om te letten op de leefstijl en nog enkele zaken. Voor het meeste heb je geen dokters nodig of laboratoria met hoofdhaar- en andere zinloze analyses. Je kunt veel aan het eigen risico doen, maar mensen zouden zich meer bewust moeten zijn van het feit dat het risico nooit nul wordt en dat de enige à priori kans van 100% die men heeft zodra men zijn ogen in de wereld open doet is, dat men ze ook weer voorgoed zal sluiten. Het denken in kansen, in risico is een aangelegenheid die steeds belangrijker wordt, zowel voor dokters in het bijzonder, als voor het mensdom in het algemeen. Dit kan alleen door goede informatie tot stand komen en daar is behoefte aan, zoals ook mevrouw Borst-Eilers dit jaar nog opmerkte in haar oratie "Geneeskunde op recept?"¹³ Dit proces is naar mijn mening op gang aan het komen. Direct hiermee verweven is de informatie-overdracht, die dan ook tesamen met communicatietraining in het medisch curriculaire

lum en/of de specialisatie ingebouwd dient te worden. Dit geldt ook voor vele andere disciplines in de gezondheidszorg.

Gaarne zou ik nu nog even willen stilstaan bij een aantal factoren die van invloed kunnen zijn op het medicaliseringsproces en die dit ten gunste of ten ongunste kunnen beïnvloeden.

1. Dokters dienen zich bewust te zijn van het feit dat zij macht hebben, zoals Hippocrates en Knock. Mensen kennen ons gezag toe op grond van al dan niet aanwezige deskundigheid. Het arts-patiëntcontact is weliswaar gelijkwaardig, doch ongelijk. Mensen komen vaak met een angstige achtergrond op het spreekuur: angst voor kanker, hart- vaatziekten, seksueel overdraagbare ziekten etc... Dokters dienen daarop bedacht te zijn en moeten dit ook benoemen.

2. Na het bewust worden van de macht moet deze op een dusdanige manier aangewend worden, dat mensen zo veel mogelijk hun autonomie behouden, zonder ingesponnen te raken in het systeem. Zoals boven gezegd dienen artsen en hulpvragers dan goed geïnformeerd te zijn over gezondheidsgedrag, risicofactoren, ziekte en wat men er zelf aan kan doen. Veel gebeurt er al op dit gebied en ik heb dat zelf door de jaren heen kunnen meemaken bij de Parkinson Patiënten Vereniging, in het Landelijk Platform Multiple Sclerose, bij de Hartpatiënten Vereniging en in het Integraal Kankercentrum Rotterdam. Nog onlangs heb ik de jubileumdag van de Nierstichting Nederland meegemaakt. Ik heb gezien hoe mensen-patiënten in samenwerking met onder andere artsen, zo autonoom mogelijk door het leven gaan. Het is mijns inziens een must voor dokters om een tijd belangeloos te participeren in, het geeft niet welke, patiënten vereniging om te horen wat onze patiënten echt willen en hen daarbij te helpen.

3. Dokters dienen hun deskundigheid op peil te houden, anders zijn onzekere mensen ook niet goed bij te staan. Bij een onzekere huisarts willen mensen hogerop; bij een ondeskundige specialist gebeuren ongelukken en/of worden onnodige kosten gemaakt. Bij- en nascholing is een morele verplichting.

Onlosmakelijk hiermee verbonden is dat dokters moeten nadenken over en zich bewust zijn van hun eigen normen en waarden, die kunnen veranderen in de tijd, maar ook over de eigen remmingen en belemmeringen. Dit gaat over sexualiteit, over seksueel overdraagbare aandoeningen, over wezensvreemde leefstijlen, over euthanasie, abortus etc... Behalve in het basisonderwijs wordt hier in Rotterdam tijdens de beroepsopleiding tot huisarts aandacht aan besteed, onder meer in de vorm van super- en intervisie. Bij het deskundig beoefenen van het vak kunnen protocollen en standaarden een grote rol spelen. Wat de huisartsgeneeskunde betreft verricht het Nederlands Huisartsen Genootschap baanbrekend werk op dit gebied, van kardinaal belang voor de professionalisering van het vak.¹⁴

4. Een volgende factor die de medicalisering kan beïnvloeden, want daar gaat het nog steeds over, is de noodzakelijkheid voor de huisarts om op twee sporen te werken, gegeven de poortwachtersfunctie die hij nog heeft. Een nette integrale benadering, zoals Hippocrates die al nodig achtte. Indien wij deze kostelijke en ook boeiende functie willen behouden, dan zal daarnaast vooral de continuïteit van zorg met een zo groot mogelijke bereikbaarheid gewaarborgd moeten blijven. Antwoordapparaten dienen langzaam korte, heldere mededelingen af te geven, zo weinig mogelijk gebruikt te worden en waar mogelijk vervangen te worden door doorkiesapparatuur. Dat is ook van belang voor de specialist, indien die ons wil bereiken om over patiënten te overleggen. Ik heb daar bij herhaling klachten over ontvangen. De figuur van de goede en efficiënt werkende huisarts is zo uniek, dat ik vanaf deze plaats de overheid en verzekeraars met klem zou

willen verzoeken: wees zuinig op de huisarts en de huisarts: wees zuinig op je vak. Voor een efficiënte praktijkvoering, waaronder uitvoeren van preventie, is automatisering een belangrijk hulpmiddel. Bezien moet worden in hoeverre praktijkverkleining (tot bijvoorbeeld gemiddeld 2000 zielen) of extra hulp in de vorm van een praktijkverpleegkundige nodig is. Dit klemmt temeer daar ook onderwijs en onderzoek hun plaats in de praktijk moeten hebben. Ook dient overwogen te worden huisartsen die in probleemgebieden werken daarvoor extra te honoreren.

5. Huisartsen en specialisten dienen beter samen te werken. Dit is in de eerste plaats een taak van de huisarts en dat begint bij het niet loslaten, ook niet tijdelijk, van de verwezen patiënt. Huisartsen dienen zo gericht mogelijk te verwijzen met een vraagstelling. Specialist en dienen daarop in te gaan en bij afwijken dat te motiveren. Indien verantwoord dient patiënt zo snel mogelijk terugverwezen te worden naar de huisarts. Elektronische gegevensuitwisseling blijft een hulpmiddel dat belangrijk kan worden voor een snelle en efficiënte berichtgeving, maar dat het gevaar in zich kan bergen, dat verwezen patiënten aan de aandacht van de huisarts ontsnappen. Hoe belangrijk dat verwijzen is blijkt uit onderzoek: huisartsen geven per jaar 6.000.000 verwijskaarten af met een per huisarts enorme spreiding van 300 - 800 per 1000 ziekenfondsverzekerden. Dat is niet met een praatje goed te maken en hangt samen met de beroepsopvatting van huisartsen en met de toenemende stroom mensen die rechtstreeks naar het ziekenhuis gaat en achteraf een verwijskaart komt halen.

Nog een fenomeen dat ik opmerk is, dat verwezen mensen vaak in de ziektewet zijn. Hoe langer de procedures in de tweedelijnduren, hoe groter de kans dat mensen in de w.a.o. komen. Het is bekend dat na 6, 13 en 26 weken ziektewet mensen een kans lopen van respectievelijk 1 op 6, 1 op 3 en 2 op 3 om in de w.a.o. te komen. Verwijzen kan dus tot medicalisering leiden.

6. Het zal duidelijk zijn dat het honoreringssysteem van huisarts en specialist de medicalisering in de (verwijs-)kaart speelt. Mogelijk gebeurt hier nog eens echt wat aan!¹⁵

7. Zeer medicaliserend werkt ook het gebruik van het medisch kanaal door er maatschappelijke misstanden en problemen in te drijven, die vervolgens bij een pier van de dwarswal tot stilstand komen. Eén van die pieren heet de w.a.o. Tientallen jaren hebben politici en beleidsmakers het verschil tussen w.w. en w.a.o. van respectievelijk 70 en 80% uitkering over het laatste loon gehandhaafd. Ook ik moet bekennen dat ik gezonde mensen, die om diverse redenen in de w.w. dreigden te komen in de w.a.o. heb geholpen in samenwerking met sociaal geneeskundigen. Zo zijn er 900.000 w.a.o.-ers, waaronder een deel gezonden. Een ander fenomeen dat ik bij herhaling heb waargenomen was de vervanging van de voormalige controlerend geneesheer (de "controlerende" genoemd) door de sociaal verzekeringsarts. De eerste was vaak een oud-huisarts of specialist; de laatste heeft een opleiding van 2½ jaar. Ter verduidelijking het volgende: patiënt komt na ziekte woensdag op het spreekuur van de "controlerende" en desgevraagd zegt hij (of zij), dat hij denkt a.s. maandag wel weer te kunnen beginnen, waarop de controlerend geneesheer zegt: "Als dat maandag kan, kan dat morgen ook. Ik schrijf u uit op morgen." Dezelfde patiënt komt nu bij de sociaal verzekeringsarts en zegt hetzelfde over zijn werkhervatting, waarop de arts vraagt: "Zou u dat wel doen? Kijkt u maar!" Over de onbegrijpelijke scheiding van behandeling en controle zeg ik niets meer, dat is al eerder gedaan.¹⁶⁻²⁰

8. Er is slechts weinig tijd om iets over farmacotherapie te zeggen.

Per jaar gaan er bij de huisarts 60.000.000 recepten over de toonbank ten

koste van ruim vier miljard gulden, afgezien van kosten op grond van bijwerkingen en interacties. Uitgangspunt behoort te zijn: *farmacotherapie, neen tenzij....* Een opmerking die men door aan de farmaceutische industrie gerelateerde functionarissen hoort maken is dat het zo'n goedkope vorm van therapie zou zijn. Alsof dat de noodzaak tot scherpe indicatiestelling zou verminderen! Nederland steekt gunstig af wat het voorschrijfvolume betreft, maar er zijn sterke aanwijzingen dat het beter kan. Samen met het farmacotherapie-overleg (F.T.O.) heeft de Nederlandse huisarts goede en voldoende schriftelijke bronnen tot zijn beschikking voor bij- en nascholing. Een speciale plaats nemen hierbij het Geneesmiddelenbulletin, het Farmacotherapeutisch Kompas en Medisch Farmaceutische Mededelingen in, die zelfs advertenties en reclame als bron van inkomsten afwijzen. De huisarts zij terughoudend met het op grote schaal langdurig toepassen van nieuwe middelen die mogelijk weer snel verdwijnen. Modell merkte in dit verband ironisch op: "Let us hurry, hurry, use the new drug before it stops curing." Ik wil hier gaarne en dankbaar bij vermelden fraaie doorbraken te hebben meegemaakt, zoals de ontwikkeling van de diuretica, de pil, nieuwe antibiotica etc...

9. Een negende en laatste punt dat ik in verband met de medicalisering wil noemen is de toenemende toepassing (let wel: toepassing) van nieuwe technologie. Daarbij wil ik soms de kanttekening plaatsen: *moeten wij nog verder vooruitgaan of is het zo al erg genoeg?*

Een enkel voorbeeld. Moeten wij vanaf het veertigste jaar botdichtheid gaan meten (de meter is er al) om botbreuken tegen te gaan, die pas vooral tussen het 75e en 80e jaar optreden! En dan moet men eerst nog vallen ook.

Een ander voorbeeld: door toepassing van de technologie hebben wij veel geleerd over de vooruitzichten van zwaar defecte pasgeborenen en comateuze patiënten. Het is zeer de vraag of wij wel de consequenties uit het geleerde willen trekken. Deze problemen met betrekking tot wilsonbekwame mensen zijn onlangs uitvoerig behandeld en neergelegd in een aantal rapporten, uitgebracht door een commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (K.N.M.G.) ²¹

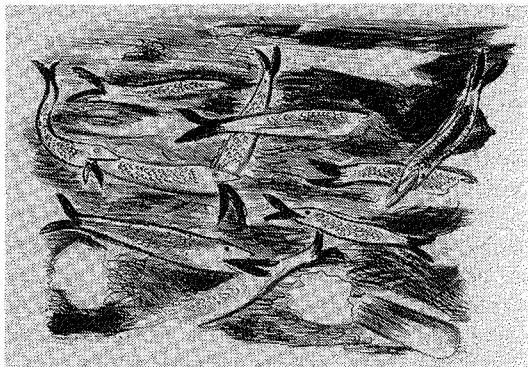
Tot zover, dames en heren, over het korte leven van ons en onze patiënten, waarvoor wij de verantwoordelijkheid dragen volgens de regelen van de lang bestaande kunst. Het gaat er daarbij om de duur en kwaliteit van dat leven medisch zo goed mogelijk te dienen door deskundig advies en eventueel ingrijpen, met in achtneming van een ieders autonomie.

Nog een enkel woord over onderwijs en onderzoek, zoals dat zich in het Huisartsen Instituut ontwikkelt.

Met grote dankbaarheid maak ik gewag van de hulp die wij bij het basisonderwijs van honderden huisartsen mogen ontvangen. Het is te veel om op te sommen. Ik noem slechts de Introductie Cursus Kliniek in het 5e jaar, waarin elke student een maandag in de huisartspraktijk is om observaties te doen, die in de rest van de cursusweek aan de orde komen. Dit is groepsonderwijs en het dient als brug tussen het voorafgaande doctoraal onderwijs en het komende co-assistentenschap. Al bijna 25 jaar lukt het om ieder jaar bijna 200 co-assistenten een stageplaats van vier weken te bezorgen in een huisartspraktijk ergens in onze regio, die reikt van Delft tot en met Zeeuws-Vlaanderen. Dat lukt dankzij onze medewerkende huisartsen en de nimmer aflatende zorg en inspanning van Els van Soest en haar voorgangsters, zonder wie ik zeker allang in de organisatorisch administratieve goot gelegen had.

Uniek in Nederland is dat ons co-assistentschap nauw verweven is met Medische Psychologie en ook, zij het wat losser, met de vakgroep Maatschappelijke Gezondheidszorg.

Ik heb het betrekkelijke voorrecht (of het narecht) gehad om in korte tijd een drietal curriculumwijzigingen mee te maken. Een buitengewoon grote belasting voor vakgroepen, die in veel onderwijsblokken participeren. Bij elke eerste vergadering over een onderwijsdeel van een nieuw curriculum kan men meer of minder openlijk ervaren dat elke deelnemer eenzelfde eigen eerste agendapunt had: "Hoe krijg ik mijn uren binnen?" De prent die als blikvanger de ronde doet voor de Erasmus Grafiektentoonstelling doet mij aan die vergaderingen denken: eten of gegeten worden.



A. Daniëls, litho, 1982

Uit: verzameling Erasmus Grafiek

Onze vakgroep participeert in zestien themablokken. Dit komt ervan met een breed vak als huisartsgeneeskunde. Afgezien van voorbereiding, overleg en uitvoeren van onderwijs is er een grote overhead investering in de vorm van o.a. zestien maal een aantal malen vergaderen. Hier staat geen enkele compensatie tegenover. Ondanks de mindere waardering t.o.v. onderzoek ontvingen wij tweemaal de onderwijsprijs en zijn wij blijven participeren in vele facultaire commissies. Ik ben verheugd dit onderwijs te kunnen overdragen aan Elly Crone-Kraaijeveld als coördinator van het basisonderwijs, bijgestaan door Jaap Brienens, Ingrid Jongejan en Ton Verhoeks als praktiserende huisartsen, zoals dit destijds reeds door de eerste hoogleraar Huisartsgeneeskunde te Rotterdam D. den Haan als een *conditio sine qua non* geacht werd. Ik ben het daar volstrekt mee eens en wij voeren dat principe ook door in de onderwijsgroep die de beroepsopleiding tot huisarts verzorgt, welke opleiding in 1994 tot drie jaar verlengd gaat worden. Er is een evenwichtig curriculum tot stand gekomen met aandacht voor medisch-biologische en psycho-sociale aspecten van klachten en aandoeningen. Dit beroepsonderwijs wordt verzorgd door instituutsmedewerkers: huisartsen, psychologen en onze enige epidemioloog Arno Hoes, aangevuld met expertise van buiten en alles onder de ervaren leiding van Henk van Amerongen. Ik wil hier alleen apart nog noemen de kinderartsen Tati Boeken Kruger-Mangunkusomo en Henk Voorhoeve, die met grote betrokkenheid ervoor zorgen, dat onze arts-assistenten bij het afstuderen hun certificaat Jeugdgezondheidszorg in ontvangst kunnen nemen.

Nog iets over het wetenschappelijk onderzoek. Er is heel veel veranderd in de loop der jaren. Als je in de beginjaren van de universitaire huisartsgeneeskunde binnen de kring van het Interfacultaire Overleg Huisartsgeneeskunde stelde, dat je als vakgroep Huisartsgeneeskunde enerzijds moest samenwerken met populatie-

onderzoekers zoals epidemiologen en anderzijds met de kliniek, omdat de ziektegeschiedenis van de patiënt een continuüm is, kon je een speld horen vallen. Huisartsen waren te druk en nog te kwetsbaar met hun positie aan de universiteit. Dat belette mij niet toch dergelijk onderzoek te doen, samen met Koos Lubsen, onder leiding van Jan Pool, Heert Dokter, Paul Hugenholtz en Olli Miettinen als promotores. Zij stonden aan de wieg van onze hart- vaatlijn, het oudste van onze drie zwaartepunten in het onderzoek. Nu werkt ieder huisartseninstituut met andere disciplines samen ten behoeve van onderzoek. Ook wij hebben geleerd om toe te geven aan de druk om internationaal te publiceren. In 1992 bleek het aantal in het buitenland gepubliceerde artikelen van ons instituut t.o.v. 1989 vervijfvoudigd. Toch heeft juist de huisartsgeneeskunde ook behoefte aan onderzoek dat gerelateerd is aan de specifiek Nederlandse gezondheidszorgstructuur, die dan ook terecht komen in Nederlandstalige tijdschriften. Het ware te wensen, dat deze publicaties de waardering zouden krijgen, die zij op grond van hun kwaliteit verdienen...

Wij vermelden, zonder volledig te zijn, met grote erkentelijkheid de samenwerking met de volgende vakgroepen en instellingen: Cardiologie (Thoraxcentrum), Epidemiologie & Biostatistiek, Kindergeneeskunde en Medische Informatica van de Erasmus Universiteit Rotterdam, het Nederlands Instituut Voor onderzoek van de Eerstelijns gezondheidszorg (N.I.V.E.L.) en de Stichting Thrombosedienst en Artsenlaboratorium Rotterdam (S.T.A.R.). Tevens dient de samenwerking met de Gemeentelijke Geneeskundige Dienst Rotterdam, afd. Epidemiologie vermeld te worden, waarmee onder de stuwende leiding van Barend Middelkoop gestreefd wordt naar de ontwikkeling van een netwerk van geautomatiseerde huisartspraktijken om gezamenlijk research te kunnen doen.

Ik dank alle facultaire werkers, die mij in staat gesteld hebben mijn werk te doen en met velen heb ik een heel plezierige werkband mogen ervaren. Ik noem de medewerkers van het Faculteitsbureau, het Bureau P.A.O.G. (ik denk daarbij ook aan de introductie van het te reanimeren interactief stelsysteem) en het Audio Visueel Centrum, waar ik sterk op geleund heb in de loop der jaren. Zo waren de tekeningen bij het verhaal van Dr. Knock van Cees de Vries.

Dan mijn collegae onderwijsgevers en onderzoekers aan deze faculteit. Met velen uwer heb ik mogen samenwerken tijdens mijn loopbaan, waarin ik ongeveer alle rangen doorlopen heb, behalve de laatste. Ik heb mij in alle posities steeds door u geaccepteerd gevoeld als persoon en mede daardoor met de meesten van u ook goed kunnen samenwerken, een enkele keer ook niet. Ik dank u zeer voor deze samenwerking. Kijk maar eens hoe ik hier sta als emeritus en luister naar het volgende rijm:

*"Wat gij nog zijt
was ik voor dezen
wat ik nu ben
zult gij eens wezen!"*

Dat hoop ik voor u van harte in gezondheid. Blijf als het even kan uit handen van dokters. Dat hoop ik ook voor Ad Prins, die de leiding van het instituut heeft als opvolger van Dokter. Ik was twee jaar alleen interim-beheerder na het vertrek van Dokter. Ik verkreeg daarbij veel steun van ons secretariaat, met name van Anne Marie Turien. Toch zijn die twee jaar ruim genoeg om tegen jou te zeggen dat het

mij respect afdwingt dat je deze functie als sluitstuk van je carrière nog aanvaard hebt. Wijsheid en kracht toegewenst. Je werkt met een toegewijd, enthousiast en nijver team.
Ik heb gezegd.

Literatuur

1. Encyclopedia Britannica. Medicine, History.
2. Bijbel. Oude Testament. Prediker 1 vers 9.
3. Lindeboom GA. Inleiding tot de geschiedenis der geneeskunde. Hoofdstuk 4 en 5. Bohn, Haarlem, 1961.
4. Querido A. Inleiding tot een integrale geneeskunde. Stenfert Kroese, Leiden, 1955.
5. Van der Does E. De huisarts, toegang tot de gezondheidszorg. Rede bij aanvaarding van het lectoraat Huisartsgeneeskunde aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, 1978.
6. Romain J. Knock ou le Triomphe de la Medicine. Ed. Gallimard, 1924.
7. Grobbee DE en Hofman A (ed.) Epidemiologie van ziekten in Nederland. Bunge, Utrecht, 1989.
8. Brochure van de Bond van Reumapatiënten, 1992.
9. Rapport Kerngroep Biologische psychiatrie, 1992.
10. Muldoon MF, Manucks SB, Matthews KA. Lowering cholesterol concentrations and mortality: a quantitative review of primary prevention trials. Br Med J 1990; 301; 309-14.
11. Anonymus. De keuring gekeurd. Graadmeter 9, 8, 1993, 5. Gezondheidsraad.
12. Beaufort ID de. Lieve deugd. Dure plicht. Voorbeeldig ideaal. Over eigen verantwoordelijkheid. Rede bij de aanvaarding van de leerstoel Gezondheidsethiek aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, 1992.
13. Borst-Eilers E. Geneeskunde op recept? Rede bij de aanvaarding van de leerstoel Evaluatie-onderzoek van het klinisch handelen aan de Universiteit van Amsterdam, 1993.
14. Tielens VCL. Standaarden: Het gezicht van de huisarts. Huisarts Wet 1989; 1: 3.
15. Commissie Biesheuvel: Basisinkomen voor specialist in ziekenhuis. NRC-Handelsblad 9/9/1993, pag. 1.
16. Does E van der. Scheiding van behandeling en controle; een achterhaalde zaak? Medisch Contact 1975; 30: 83.
17. Does E van der, Schenk FC. Scheiding van behandeling en controle; een achterhaalde zaak? Jubileum van de Bedrijfsvereniging voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke Belangen. 1976.
18. Knottnerus JA. Werken en niet kunnen werken. 1. De rol van de huisarts. Huisarts Wet 1984; 27: 57-60 (suppl.).
19. Basistakenpakket voor de huisarts. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1983.
20. Crul BVM. De invloed van de huisarts op het kortdurend ziekteverzuim. Huisarts Wet 1982; 25: 102-5.
21. Een viertal discussienota's: Levensbeëindigend handelen bij wilsonbekwame patiënten. Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend Handelen. K.N.M.G., Utrecht, 1993.
 1. Zwaar defecte pasgeborenen
 2. Langdurig comateuze patiënten
 3. Ernstig demente patiënten
 4. Hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten