

## MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

### *British Council scholarships, fellowships and bursaries*

Applications are invited for the following:

#### *Fellowship (two to three years)*

Tenable from October 1978, for postgraduate studies leading to a higher degree (preferably at PhD level), or for postgraduate research at a similar level. At the time of application, applicants should have the status of „Doctorandus” or equivalent, and should be under 35 years of age. The holder of a British Council Fellowship will be entitled to claim a dependants' allowance if accompanied by his family.

#### *Scholarships (one academic year)*

Tenable at universities and other educational institutions in Great Britain for the academic year October 1978 to July 1979. At the time of application, applicants should normally have the minimum status of „Kandidaat”, or an equivalent professional qualification, and should be between 21 and 35 years of age.

#### *Bursaries (one to six months)*

Applicants should be over the age of 25 and fully trained, with experience in their field. Awards are also available for a period of less than one month.

Particulars and application forms may be obtained from the British Council, 343 Keizersgracht, Amsterdam-C., and

completed applications must be received not later than 15 November 1977.

### *Financiële steun van de Stichting „De Drie Lichten”*

De Stichting „De Drie Lichten” nodigt gegadigden uit vóór 18 november 1977 hun aanvragen in te dienen bij haar secretaris.

Steun kan worden verleend aan Nederlandse artsen ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek op medisch gebied. Zulk een steun betrefte bij voorkeur levensonderhoud van hen, die een onderzoek zouden willen verrichten, doch daarvan door financiële omstandigheden worden weerhouden. Bovendien bestaat de mogelijkheid gelden ter beschikking te stellen voor te maken onkosten, exclusief apparatuur. Voorts kan worden overwogen iemand in de gelegenheid te stellen hulppersoneel in dienst te nemen.

De aanvragen dienen een nauwkeurige omschrijving te geven van de doelstelling en vergezeld te gaan van aanbevelingen.

Prof. dr. A. SCHABERG, *secretaris*,  
Pathologisch Laboratorium,  
Wassenaarseweg 62,  
Postbus 9603,  
2300 RC Leiden

## INGEZONDEN

*(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten)*

### *Zijn wij op de goede weg?*

Naar aanleiding van mijn hoofdartikel in dit tijdschrift (1977, bl. 345) heb ik verheugend veel reacties gekregen. Zoals meestal het geval is, waren de betuigingen van instemming kort, veelal ook telefonisch en mondeling. Ik zal ze hier verder niet ter discussie stellen tenzij om een enkele kritische opmerking er uit te lichten, want ik stelde vragen en het gaat om de antwoorden, dat is niet hetzelfde als het in de politieke discussie zo populaire tussenwerpsel „een goede vraag”.

De meeste brieven waren van medici — huisartsen, klinische specialisten, maar ook sociaal geneeskundigen en administratieve artsen. Ik zal in enkele nummers van dit tijdschrift proberen de essentie van de ingezonden reacties tot uiting te laten komen hoewel het onmogelijk is alles te publiceren — er zijn ontboezemingen en betogen bij die 7 à 8 kolommen druks zouden vragen.

Interessant is het wellicht te beginnen met het ingezonden stuk van een niet-medicus, fysiotherapeut en beoefenaar van enkele alternatieve geneeswijzen, de heer A. M. M. SCHOO:

Naar mijn mening verkeert de schrijver in het gunstigste geval in een identiteitscrisis, die zoals hij aan het eind laat zien gelukkig toch wel enige openingen heeft. Enerzijds zit hij met het geestelijk en sociaal welbevinden van de patiënt in zijn maag, anderzijds merkt hij vertwijfeld dat met name psychiaters in de hoek zitten waar vaak de klappen vallen.

Natuurlijk is het waar dat de geneeskunde evenals vele andere wetenschappen de laatste decennia een enorme ontwikkeling heeft doorgemaakt; echter dit is niet alleen primair aan dienstbaarheid aan de mensheid toe te schrijven, maar dikwijls prevaleert allereerst het eigen belang van de onderzoeker. Dit laatste verschijnsel, wat een normaal iets mag heten door diverse maatschappelijke en culturele factoren, mag echter niet debet zijn aan een niet voor vol aanzien van de patiënt, omdat we hem door een bepaalde bril zien.

Volkomen terecht merkt de schrijver op dat verschillende delen in de geneeskunde een hoge vlucht hebben genomen. Maar hoe zit het met de acceptatie en de communicatie? Hebben we wel eens verder gekeken dan ons eigen terrein, of lopen toch nog velen van ons met oogkleppen op?

De vroegere onderlinge samenwerking tussen huisarts en o.a. pastoor is, indien ze aanwezig was, zeker nu nog van toepassing, maar zal nu meer afhangen per patiënt per

situatie, gezien de vigerende maatschappelijke en religieuze toestanden. Alleen wanneer daadwerkelijk de klachten onder ogen gezien worden, kan de patiënt adequaat geholpen worden, door — wanneer zulks noodzakelijk geacht wordt — deelspecialismen in te schakelen, zonder hierbij te denken aan een gefrustreerde uitroep als „kwakzalvers”.

Voorts is het vanzelfsprekend dat in dit licht gezien, en de patiënt behoeft daar allerminst ontgoocheld door te zijn, bepaalde medicijnen niet voorgeschreven worden wanneer dit niet nodig geacht wordt, alhoewel het iets meer tijd zou kosten dit te expliceren. Ik denk dat door op deze manier de verantwoording te dragen, de behandelaar en de patiënt hiermee gediend zijn, alhoewel ik me er terdege van bewust ben dat er zeker nog gecompliceerde probleemgebieden op het gebied van de ethiek liggen.

Kerk-Avezaath, september 1977

A. M. SCHOO

Onder de inzenders bevinden zich ook een sociaal geneeskundige, een arbeidsgeneeskundige en een revalidatiearts. Hun brieven volgen hier.

De weg die wij als geneeskundigen begaan, wordt steeds breder, steeds drukker bevolkt met collegae en andere weggebruikers, steeds bonter versierd met ontelbare artikelen en franje, straatmeubilair, richting- en waarschuwingborden, zodat wij ons doel moeilijker ontwaren, de vele gedragspatronen van anderen niet meer herkennen of begrijpen, de informaties onvolledig opnemen. Het gevaar bestaat dat men de weg verlaten wil, de steeg naar de ivoren toren inslaat, dan wel de landweg die voert naar de rust van eigen omgeving te midden van geestverwanten verkiest en in beide gevallen geïsoleerd raakt ten opzichte van de anderen, individueel of in groepen op deze weg wandelende medescheepsels.

De taak van de arts is toch simpelweg om deze mensen te helpen, wanneer zij menen dat hun geestelijk of (en) somatisch evenwicht bedreigd wordt. Is dit evenwicht binnen de mens verstoord in de organische systemen of in de psychische reguleringssystemen in hun dynamiek en onderlinge dependentie, dan beleeft men dit als een verstoring van het welbevinden („la santé c'est le silence des organes”) en men noemt zo iemand „ziek”. Hoe vaak ontstaat dit beeld niet op een bodem waar langdurig inwerkende sociale tegenspoeden de mens in zijn streven naar „sociaal welbevinden” (dat vage woord van de WHO) niet kan groeien en bloeien.

Nu ben ik het eens met prof. JONGKEES dat een ideaal welzijn voor en welbevinden van iedereen gedurende langere tijd een utopie zal blijven, maar dit mag geen reden zijn om als arts niet te streven naar een maatschappij waarin ieder naar zijn aard en incasseringsvermogen zo min mogelijk beschadigd kan worden, met andere woorden gezond kan blijven.

Juist de wisselwerking tussen de invloed van het macro-milieu en meso-milieu op het micro-milieu van het fenomeen mens is het veld van onderzoek dat door de medici mede bestudeerd dient te worden en geëxploreerd is door sociaal geneeskundigen van velerlei soort. Wanneer ik nu lees dat JONGKEES schrijft (zie bl. 1346 bovenste helft) „de geneesheer is in deze zaken even deskundig of ondeskundig als de schoenmaker, enz.”, miskent hij de feitenkennis die verzameld is op milieu-hygiënisch, toxicologisch bedrijfs-geneeskundig gebied (van arbeidsbelastbaarheid en andere gevaren van het werk) van de invloed van mentale belasting en emotionele stress, kortom van al datgene wat medische sociologie genoemd kan worden. Hij doet dan onrecht aan

al het werk dat talloze geleerde vakgenoten in binnen- en buitenland op dit gebied hebben verricht, onderzocht en gepubliceerd.

De bescherming van het gezonde bestaan loopt — om een greep te doen uit de vakbeoefening van enige mede-wandelaars-medici op de brede weg — van de nucleaire geneeskunde, via de psychosomatiek en de bestrijding van verslavingsgewoonten als roken, alcoholisme en drug-addicts, tot de ruimtevraagstukgeneeskunde. En zouden deze artsen geen zinnige inbreng kunnen geven bij vele gezondheidsproblemen waarvoor in de maatschappij naar oplossing wordt gezocht? Het is juist het onderlinge contact dat niet verloren mag gaan tussen de velerlei soorten van medici.

Wij zijn m.i. niet op de verkeerde weg, maar dienen ons moeite te getroosten niet te verdwalen. In onze westerse maatschappij is de tijd gekomen dat de arts om der wille van het kunnen bereiken van zoveel mogelijk jaren op het levenspad in onbeschadigde toestand van lichaam en geest voor elk individu, niet alleen zijn helpende functie door kennis van de farmacologie, de interne geneeskunde of chirurgie weet toe te passen, maar zeker ook door zijn kennis — die wel degelijk bestaat — in te brengen bij verbetering van het leefklimaat en sociale structuren, op preventief geneeskundige gronden.

De aandacht voor de persoonlijke belevenissen en het verwerken van klachten door de patiënt geuit dienen bij de begeleiding van de in nood verkerende hulpzoekende volledig aanwezig te blijven. Het is toch van ouds mede de taak van de arts om te voorkomen dat de mens in probleem-situaties geraakt. Wanneer de arts in deze faalt de mens in nood aandacht te geven, loopt de patiënt naar de kwakzalvers, ongeacht de spectaculaire successen van de geneeskunde op ander gebied.

Waar JONGKEES schrijft over het euvel van onnodige medicatie en overdreven diagnostisch onderzoek, daar denk ik dat dit veelal eerder geschiedt uit innerlijke onzekerheid t.a.v. eigen kunnen en kunde dan uit angst voor bedreiging met een juridisch proces en claims op schadevergoeding.

Men moet wel in teamverband gaan werken nu de gezamenlijke feitenkennis in de geneeskunde zo groot wordt, en hierbij zal m.i. de inbreng van de sociaal geneeskundige steeds minder gemist kunnen worden. Bij het onderzoek naar de vele oorzaken die tot klachten over hun gezondheid, hun welbevinden bij de patiënten leiden, vinden wij vaak geen defineerbare afwijkingen, maar wel is de klacht een symptoom van onbehagen. De klager is als „de arme”, ook al heeft hij geld voor zijn onontbeerlijke levensbehoeften.

Zoals ds. DE ROS in zijn afscheidspraak, bij zijn vertrek als directeur van Kerkelijk Sociale Arbeid te Rotterdam op 22 augustus 11. in de Laurenskerk zeide: „in het algemeen is het woord „armen” hetzelfde als: mensen zonder mogelijkheden, zonder kansen, zonder invloed, zonder macht, zonder welzijn, zonder geluk.” En zou de arts deze mensen niet willen helpen? Dat wordt wel van hen verwacht. Hij dient zich mede op die taak voor te bereiden. In deze tijd betekent dat mijns inziens: zich bezinnen op de bijdrage die de arts kan leveren op het gebied van de omgang in deze maatschappij met de meest essentiële en existentiële problemen waarmede de mensheid wordt geconfronteerd: zijn bestaan, zijn levensmogelijkheden en menswaarde, zijn plaats in de maatschappij, het respect voor zijn individualiteit.

De weg is de brede boulevard van het leven en is fout noch goed, maar de arts dient geen oogkleppen te dragen, dan is er genoeg te beleven en te verrichten.

Arnhem, september 1977

J. VEENENBOS