



OFFICIEEL ORGAAN  
VAN DE KONINKLIJKE  
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ  
TOT BEVORDERING  
DER GENEESKUNST

# Medisch Contact

## REDACTIONEEL

### EEN EINDHOVENS CONFLICT

De kern van het conflict in het Binnenhuis-ziekenhuis te Eindhoven is van structurele aard. De aan dit ziekenhuis verbonden cardiologen, chirurgen en pulmonologen hebben verklaard, dat voor een medisch verantwoorde uitoefening van de hartchirurgie naast kundigheid en ervaring ook is vereist de geschiktheid en de

bereidheid om samen te werken met allen die bij deze operaties zijn betrokken. In het verleden heeft de aan het Binnenhuis ziekenhuis verbonden hartchirurg Dr. P. J. van der Schaar er volgens genoemde collegae blijk van gegeven deze geschiktheid en bereidheid niet te bezitten. Zij achten het daarom medisch niet verantwoord verder met Dr. Van der Schaar samen te werken. De medische staf van het Binnenhuis ziekenhuis is vrijwel unaniem van oordeel, dat het ziekenhuisbestuur bij het bepalen van zijn beleid de verklaring van de cardiologen, chirurgen en pulmonologen als uitgangspunt had dienen te aanvaarden.

In vele organisaties en ondernemingen waar nauwe samenwerking is geboden komen conflicten tussen medewerkers voor. Het Binnenhuis ziekenhuis vormt hierop geen uitzondering. Wel uitzonderlijk is de consequentie van het steeds hoger oplopen van het onderhavige conflict (de standpunten zijn zo verhard dat een verzoening vrijwel uitgesloten lijkt), namelijk dat de hartchirurgie moest worden stopgezet.

In deze situatie zou men overigens beter van een falend bestuursbeleid kunnen spreken. Het behoort immers tot de taak van het bestuur om zodanige werkomstandigheden te scheppen, dat een conflict in een vroeg stadium kan worden herkend en gelokaliseerd. Vaak is bijsturen dan nog mogelijk. Een ziekenhuisbestuur kan zich op het standpunt stellen, dat een conflict binnen de staf maar door die staf zelf moet worden opgelost. Dit houdt dan wel in dat het bestuur die oplossing moet erkennen, en niet zoals in het Binnenhuis ziekenhuis is gebeurd

27e jaargang — no. 45 — 10 november 1972

#### INHOUD

Een Eindhovens conflict .....	1189
„Godsvrede” in het Binnenhuis ziekenhuis te Eindhoven? .....	1192
Praktijkperikelen .....	1194
Deelname aan Stichting Medische Registratie in 1972 .....	1195
Vragen en antwoorden inzake pensioenregeling (II) .....	1198
Doelstellingen voor de gezondheidszorg ..	1199
Teleac-nascholing huisartsen .....	1204
De benadering van de abstracte problematiek met name die van de geestelijke gezondheidszorg .....	1205
Van het Centraal Bestuur L.A.D.: Bestuursvergadering d.d. 8 september 1972 .....	1211
Personalia .....	1212
Brieven aan de redactie .....	1213
Varia .....	1215

Hoofdredacteur: F. A. Bol, arts.  
Redactie: J. J. van Mechelen (secr.), C. C. G. Jansens  
en R. A. te Velde.

Colofon op bladzijde 1216

voor kennisgeving aannemen en een andere oplossing voorstaan.

Anderzijds heeft de medische staf van het Binnenziekenhuis een grote verantwoordelijkheid op zich genomen door het conflict in eigen kring zo te laten uitgroeien. Het is niet waar, zoals in een televisie-uitzending werd beweerd, dat de arts bij uitstek de persoon is die de oorzaak van een communicatiestoornis kan aangeven. Conflictuologie is een specialisme dat door anderen dan medici wordt bedreven. Wel is, als lid van de staf, de medicus bij uitstek de persoon die het achterwege blijven van samenwerking binnen die staf kan signaleren.

Natuurlijk staan de goede bedoelingen van bestuur en staf voorop. Het blijkt weer eens niet voldoende te zijn. Structuren als die in het Eindhovense Binnenziekenhuis, waarvan de ondernemingsraad zegt dat deze op verouderde, autoritaire opvattingen steunen, opvattingen die naar de mening van de raad het accepteren van een „Godsvrede” volslagen onmogelijk maken, dergelijke structuren zijn het die een werkelijke oplossing van het conflict in de weg staan.

Het is van groot belang, dat in de relatie ziekenhuisbestuur — stafbestuur de verantwoordelijkheden duidelijk vastliggen. In een inleiding voor een bijeenkomst met de ziekenhuisstaven heeft op 17 januari 1970 de toenmalige voorzitter van de Landelijke Specialisten Vereniging, Dr. J. van Mansveldt, hierover reeds belangrijke opmerkingen gemaakt (M.C. nr. 5/1970, blz. 105). Een goed functionerende medische staf is nodig vanwege de noodzakelijke, steeds verder gaande afsplitsing van specialistische deelgebieden. De behandeling van de individuele patiënt wordt alleen dan optimaal gediend, indien deze specialistische deelgebieden geïntegreerd tot een evenwichtig samengesteld behandelingspakket kunnen worden aangeboden. Het individualistisch ingestelde staflid zal moeten erkennen, dat hij zijn patiënt slechts goed zal kunnen helpen met hulp van andere stafleden. Er zullen dus samenwerkingspatronen moeten worden geschapen, waarin ieder individu lid zich zal dienen te schikken. In plaats van de vroegere verticale behandeling zal — juist in het algemene ziekenhuis — een meer horizontale behandelingswijze noodzakelijk zijn. Het is het stafbestuur dat hiervoor verantwoordelijk is op grond van een stafreglement. Zo'n stafreglement dient dan ook onvermijdelijk aan het toelatingscontract specialist/ziekenhuis te zijn verbonden.

Over de taken van het bestuur en van de di-



## ONCOLOGISCHE RICHTINGAANWIJZERS (XVI)

(Naar: „70 aanwijzingen voor de diagnostiek en behandeling van kwaadaardige gezwellen”, Universitair Kanker Centrum Groningen.)

Universitair Kanker Centrum Leiden

### Houding

Pijn en angst zijn de grootste vijanden van de patiënt die aan kanker lijdt.

### Gynaecologie

Contactbloeding, bijvoorbeeld na de coïtus, is een zeer frequent verschijnsel bij cervix carcinoom. Verder onderzoek is noodzakelijk.

Ook een **kleine** baarmoeder kan een carcinoom herbergen.

rectie kunnen wij in het korte bestek van dit commentaar niet ingaan. Enkele opmerkingen over de relatie tussen bestuur, directie en staf kunnen in dit verband echter wel zinvol zijn. De Commissie Ziekenhuisstaven van de Landelijke Specialisten Vereniging houdt zich hiermee intensief bezig. Gesteld moet worden, dat geen van drieën zonder de ander goed kan functioneren. Dit geldt overigens evenzeer voor de andere disciplines binnen het ziekenhuis. Die onderlinge samenwerking is momenteel al te vrijblijvend en teveel afhankelijk van persoonlijke relaties en initiatieven. Een meer gereglementeerde vorm van samenwerking is noodzakelijk. In de reglementen van bestuur, directie en staf zou deze samenwerking moeten worden vastgelegd. Hieraan in de praktijk vorm te geven is mede een taak die bovengenoemde commissie zich heeft gesteld. Dat deze reglementering tot dusverre verstek heeft laten gaan, betekent niet dat zo'n samenwerking feitelijk niet reeds nu van de grond zou kunnen komen. Men stelle zich hiervan op de hoogte bij het bureau van de L.S.V.

Gewezen zij daarenboven op enige spelregels die de werkgroep inzake de relatie tussen be-

stuur, staf en medische directie in het algemene ziekenhuis van de Commissie Ziekenhuisstaven inmiddels heeft opgesteld (zie M.C. nr. 17/1972, blz. 469). Inachtneming van een aantal van die spelregels had Eindhoven wellicht voor een hele reeks zorgen kunnen bewaren. Wij citeren:

— regelmatig contact ( ) tussen bestuur, staf en directie, waarbij de staf wordt vertegenwoordigd door het stafbestuur, dat echter te allen tijde stafleden ( ) ter vergadering mee kan brengen;

— het contact tussen medische staf en bestuur loopt in beginsel via de directie. Slechts in bijzondere gevallen dient de staf zich rechtstreeks tot het bestuur te wenden, maar dan onder mededeling daarvan aan de directie;

— de agenda voor de besprekingen tussen bestuur, directie en staf wordt verzonden door de secretaris van het bestuur, waarbij elk der partijen punten voor deze agenda kan aanbrengen;

— gevraagd en ongevraagd zal de medische staf op alle terreinen van het ziekenhuisgebeuren advies kunnen uitbrengen of informatie kunnen verlangen;

— naast deze geregelde bijeenkomst tussen bestuur, directie en staf dient er een geregelde bespreking te zijn tussen stafbestuur en directie ( );

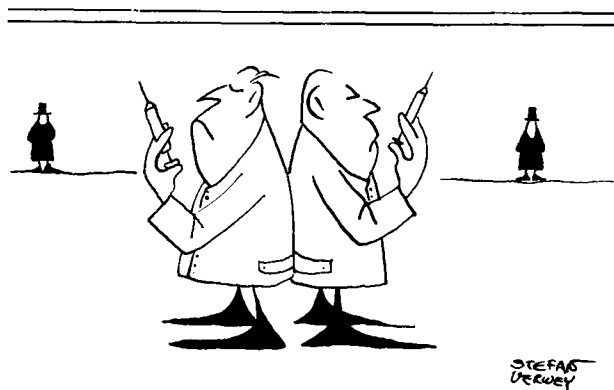
— naast de verplichting tot het houden van deze geregelde bespreking dient in de diverse reglementen ook te worden opgenomen in welke kwesties het bestuur altijd is gehouden om overleg te plegen met de medische staf ( ).

Het conflict in het Binnenziekenhuis te Eindhoven is goeddeels terug te brengen tot het ontbreken van een goede communicatie tussen bestuur, directie en medische staf. Uiteindelijk is het bestuur daarvoor verantwoordelijk. Van daar dan ook, dat wij spraken van een falend bestuursbeleid.

\*  
\*\*

Tot slot nog een paar opmerkingen over de publiciteit rondom deze affaire.

In zijn voordracht voor de 160ste Algemene Vergadering der K.N.M.G. heeft Mr. W. B. van der Mijl onder meer gesteld (M.C. nr. 44/1972, blz. 1165), dat de wetgever aandacht zal heb-



ben „voor het gevoel van onzekerheid van de bevolking, met name het gevoel van onzekerheid dat bij het ingewikkelde patroon van medische zorg vele patiënten kennelijk beklemt.” Indien men in de publiciteit treedt, is het van belang met dit gevoel van onzekerheid rekening te houden. Tijdens een conflict dient men zich in zijn voorlichting tot de hoofdlijnen en achtergronden te beperken.

Bij het conflict in het Binnenziekenhuis ging het er niet om, of er wel of niet experimenteel zou zijn gewerkt. Waar het wel om ging is, dat voor de uitoefening van een superspecialisme een goede samenwerking met anderen een absolute voorwaarde is. Het waarom van deze voorwaarde zou in de publiciteit duidelijk kunnen worden belicht.

Men moet er tevens op bedacht zijn, welke publicitaire methode wordt gehanteerd. In een radio-uitzending van „Hier en Nu” over het conflict in Eindhoven is gebruik gemaakt van een op de band vastgelegd telefonisch interview. Wij achten het ronduit onbehoorlijk, indien een interviewer niet tevoren zou vermelden dat een telefoongesprek op de band wordt opgenomen en dat gedeelten ervan voor een uitzending zullen worden gebruikt. Niet volstaan kan worden met de mededeling, dat het interview is bedoeld voor een radorubriek.

Wij hebben niets tegen openheid, mits de zaak waar het om gaat er mee is gediend. Wij zijn tegen een openheid die slechts sensatie verwekt en de polarisatie op ondergeschikte punten in de hand werkt.

B.

## „Godsvrede” in het Binnenziekenhuis te Eindhoven?

Op 28 oktober jl. werd namens het bestuur van het Binnenziekenhuis te Eindhoven het volgende perscommuniqué verstrekt:

„Het bestuur zal aan Dr. P. J. van der Schaar de opdracht geven om de totstandkoming van een zelfstandig cardio-chirurgisch centrum van topklasse in Eindhoven voor te bereiden, in welk centrum hij een belangrijke rol zal kunnen vervullen. Het centrum zal moeten worden opgezet volgens de stringente eisen van de „commissie-Nieveen” en wel zodanig, dat het te zijner tijd in het kader van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen erkenning zal kunnen vinden.

„Dr. Van der Schaar zal, voordat het cardio-chirurgisch centrum tot stand is gekomen en in chirurgisch en cardiologisch opzicht volledig zelfstandig zal kunnen functioneren, niet in het Binnenziekenhuis als chirurg werkzaam zijn. Dr. P. J. van der Schaar aanvaardt deze beslissing, teneinde de mogelijkheid te openen de rust in het ziekenhuis te doen wederkeren. Het bestuur zal — mede in verband met bovenvermelde opdracht — Dr. Van der Schaar alle medewerking verlenen om te zorgen, dat hij in de periode van nu tot de opening van het hartchirurgisch centrum in een ander ziekenhuis de hartchirurgie zal kunnen blijven uitoefenen.

„Het bestuur heeft — na een zeer dringend advies van minister Stuyt, hangende het onderzoek van de Inspectie voor de Volksgezondheid — besloten, de hartoperaties tijdelijk op te schorten. De gespannen situatie die in het Binnenziekenhuis ontstaan is, maakt adequaat functioneren onmogelijk. De belangen van onze patiënten brengen ons er toe deze duidelijke aanwijzing van de minister te volgen.

„In deze periode zal door het bestuur worden onderzocht, of in het ziekenhuis de voorzieningen inzake personeel en apparatuur voldoende zijn om tot aan de komst van een hartchirurgisch centrum de hartchirurgie te doen voortzetten. Hierbij zal het bestuur ook rekening houden met al hetgeen terzake zal blijken uit het rapport dat de Inspecteur voor de Volksgezondheid hierover zal uitbrengen.

„Deze besluiten zijn genomen in overeenstemming met directie, stafbestuur, Dr. Van der Schaar en de ziekenhuisraad van het Binnenziekenhuis.”

\*\*

Deze besluiten vormen de (voorlopige) afronding van een geruchtmakende conflictsituatie, eind augustus in de openbaarheid gekomen, doch reeds geruime tijd langer bestaand in het Binnenziekenhuis te Eindhoven, over enerzijds de plaats van de hartchirurgie en anderzijds de bemanning van deze afdeling in genoemd ziekenhuis.

Relevanter voor de typering van de aard van het conflict dan de door enkele betrokkenen in de publiciteit gebrachte — doch hier niet te herhalen — persoonlijke verwijten en beschuldigingen is de tegenstelling van opvattingen over de opzet van de thorax-chirurgie en van een eventueel cardio-chirurgisch centrum in het Binnenziekenhuis te Eindhoven. In die tegenstelling van opvattingen, waarbij overigens de persoonlijke controversen — die hier eveneens zo min mogelijk zullen worden gereleveerd — zeker niet mogen worden onderschat, raakten de standpunten zodanig verhard, niet in het minst vanwege alle publiciteit rondom het conflict, dat een complete impasse intrad.

Die impasse was zo ernstig dat het ziekenhuisbestuur een beroep moest doen op de bemiddeling van een vertrouwensman, in dit geval oud-minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Dr. G. M. J. Veldkamp. Deze kenschetste de problematiek als volgt: „Het is moeilijk een objectief beeld te tekenen van de problematiek, die tot de impasse heeft geleid. Ik geloof dat zou kunnen worden vastgesteld, dat in de kern aan de problematiek een zakelijk meningsverschil ten grondslag heeft gelegen. Dit zakelijke meningsverschil is buiten zijn proporties gegroeid door de persoonlijke stellingname van vele betrokkenen en door de feitelijke in de Nederlandse gezondheidszorg — en dus ook in het Binnenziekenhuis — heersende verhoudingen.”

Men zou er hier (de staf van het Binnenziekenhuis doet dat niet) van kunnen uitgaan, dat de problemen van Dr. Van der Schaar primair moeten worden toegeschreven aan het feit dat hij als hartchirurg zou moeten werken binnen en afhankelijk van de afdeling algemene chirurgie, in plaats van te kunnen streven naar de vorming van een eigen autonome afdeling voor thorax-chirurgie, geheel los van de algemene heelkunde. Dit streven zou voortkomen uit de overtuiging van Dr. Van der Schaar dat de instelling van een nieuw specialisme, en wel dat der thorax-chirurgie, in Nederland noodzakelijk is, terwijl hij als zijn wens te kennen zou hebben gegeven, dat uit de bestaande afdeling thorax- en vaatchirurgie, zoals die al meer dan tien jaar functioneerde binnen de algemene heelkunde toen hij als associé werd opgenomen, de vaatchirurgie zou moeten verdwijnen, zodat een afdeling thorax-chirurgie voor Dr. Van der Schaar alleen zou overblijven.

De overtuiging dat een nieuw specialisme thorax-chirurgie zal moeten worden ingesteld blijkt Dr. Van der Schaar met de meeste cardio-chirurgen van Nederland te delen. Zij verstaan onder dit nieuwe specialisme niet alleen de chirurgie van het hart en van de grote vaten in de thorax, doch ook van de longen, van het mediastinum en van de borstwand.

Er zijn argumenten vóór en tegen een dergelijk nieuw specialisme aan te voeren. Zo zou men van opvatting kunnen zijn dat men evengoed tot een specialisme hart-chirurgie sec kan komen, dat dan juist als vele andere — bijvoorbeeld de hersenchirurgie — een zuiver orgaanspecialisme is. Het laatste woord zou hier voorlopig nog niet over zijn gezegd.

De tegenstrevers van Dr. Van der Schaar stellen, dat het evenwel onnodig is om op de ontwikkelingen vooruit te willen lopen - juist voor Dr. Van der Schaar onnodig, omdat hij reeds deel uitmaakt van een afdeling thorax- en vaatchirurgie, een opzet die in de Nijmeegse Universiteit is overgenomen en die tot snelle successen blijkt te kunnen voeren. Diezelfde tegenstrevers:

„Dr. Van der Schaar wilde blijkbaar in Eindhoven dezelfde situatie als waaraan hij te Leiden gewend was geraakt. Men kan vanzelfsprekend de bestaande situaties in de academische klinieken niet zonder meer verplaatsen naar de periferie. In tegenstelling tot de universiteit, waar de geneeskunde gedifferentieerd van opzet is met strenge disciplinaire verhoudingen, moet men in de periferie de geneeskunde geïntegreerd hanteren in collegiale samenwerking van deskundigen, die ieder hun bijzondere interesse en verantwoordelijkheid hebben, doch die tezamen het gehele chirurgische terrein bestrijken en die voor elkaar kunnen waarnemen. Ook de universiteiten beginnen langzaam naar dit patroon toe te groeien.”

Zoals hierboven al werd signaleerd, is de staf van het Binnenziekenhuis te Eindhoven het niet eens met de vele berichten in de pers waarmee de indruk wordt gewekt dat de moeilijkheden op het gebied der cardio-chirurgie in het Binnenziekenhuis zouden zijn te wijten aan het feit dat Dr. Van der Schaar als hartchirurg moet werken binnen en afhankelijk van de afdeling van de algemene chirurgie. De argumenten van deze staf luiden ongeveer aldus:

Dr. Van der Schaar werd enige jaren geleden aangehouden om de tot dan binnen een aparte afdeling thorax- en vaatchirurgie verrichte cardio-chirurgie verder uit te bouwen. Hij ging een associatie aan voor de praktijk der thorax- en vaatchirurgie. Om vele redenen van praktisch belang (betreffende onder meer het zo goed mogelijk gebruik maken van de aanwezige chirurgische mankracht; de opleiding van toekomstige chirurgen; de administratieve organisatie) werd reeds vroeger de afdeling thorax- en vaatchirurgie weer in nauwe relatie gebracht met de afdeling algemene heelkunde. Slechts in de universiteitsklinieken bleek een aparte autonome afdeling levensvatbaar. Er is op het ogenblik landelijk veel discussie gaande over deze autonome afdelingen. In de staf van het Binnenziekenhuis en ook onder de betrokkenen wordt hieromtrent een genuanceerd standpunt ingenomen. De vraag of het ene of het andere standpunt wel zo wezenlijk is kan worden opgeroepen door het feit, dat de cardio-chirurgie in de grootste afdeling op dit gebied van

## **Thorax-chirurgie in A.Z. Utrecht**

De medische faculteit van de Rijksuniversiteit te Utrecht heeft in haar vergadering van donderdag 26 oktober jl. besloten, dat de beoefening van de hartchirurgie binnen het Academisch Ziekenhuis te Utrecht een plaats zal behouden en dat dit de thorax-chirurgie zal zijn. Zij acht dit van vitaal belang voor de andere disciplines binnen de faculteit.

Het besluit werd niet genomen in overleg met het Gemeenschappelijk Coördinerend Bestuur, maar het G.C.B. (voorzitter: oud-premier P. S. J. de Jong) is er wel van in kennis gesteld.

De medische faculteit reageert hiermee op een onlangs gepubliceerd voorstel van de zijde van het Academisch Ziekenhuis te Utrecht. Dit voorstel behelst de lokalisatie van de hartchirurgie in het Utrechtse Antonius-ziekenhuis, terwijl het A.Z.U. zich zou richten op de vaatchirurgie en de experimentele chirurgie.

De faculteit hoopt, dat de bestaande goede werkverhoudingen met het Antonius-ziekenhuis niet door het thans genomen besluit zullen worden geschaad. De procedure voor de benoeming van een thorax-chirurg moet nu op gang worden gebracht. Over namen van eventuele kandidaten kunnen uiteraard geen mededelingen worden verstrekt.

Aldus een persbericht d.d. 27 oktober 1972 van de afdeling Public Relations, Voorlichting en Documentatie van de Rijksuniversiteit te Utrecht.

ons land wordt bedreven door een groep van chirurgen in teamverband vanuit de algemene chirurgie. Het is dus onjuist dit punt als het „breaking point” naar voren te brengen, aldus de argumentatie van de staf van het Binnenziekenhuis, die volhoudt dat de controverse wordt bepaald door de persoon van Dr. Van der Schaar. Dus toch een kwestie van „incompatibilité d'humeur”?

Hoe dan ook, behalve Dr. Veldkamp werd eveneens de minister van Volksgezondheid en Milieugezondheid, Dr. L. B. J. Stuyt, geraadpleegd. In een bespreking met een delegatie van het bestuur van het Binnenziekenhuis te Eindhoven heeft de minister naar voren gebracht, dat hij van mening is dat het conflict te Eindhoven niet los kan worden gezien van de landelijke situatie met betrekking tot de open hartchirurgie. Dr. Stuyt stelde voorop dat het belang van de patiënten vereist, dat enerzijds alles wordt gedaan om voldoende mogelijkheden te waarborgen voor operatieve behandeling wanneer deze nodig is, anderzijds dat aan deze behandeling de allerhoogste eisen worden gesteld.

De minister gaf als zijn mening te kennen dat hij — teneinde het aantal hartoperaties in Nederland te

kunnen opvoeren, zoals wordt aangegeven in het desbetreffende rapport van de Gezondheidsraad (interim-advies van de Commissie Hartchirurgische Centra, de „commissie-Nieveen”) — allereerst denkt aan het uitbouwen van die centra waarin reeds thans een geïntegreerde aanpak van de diagnostiek en de cardio-chirurgische behandeling regelmatig plaatsvindt, te weten de centra in Amsterdam, Leiden, Rotterdam, Utrecht, Nijmegen en Groningen.

Voorzover het betreft de academische centra zal een en ander uiteraard geschieden in overleg met de minister van Onderwijs en Wetenschappen. Een belangrijk punt van overweging daarbij is, dat aldus voldoende rekening kan worden gehouden met de aan de moderne hartchirurgie te stellen kwalitatieve en kwantitatieve eisen. De hoge eisen die een moderne cardio-chirurgische afdeling stelt aan voorbereiding van de operatie en nazorg van de patiënten vereist een uitgebreid team van specialisten, die in dit werk een volledige dagtaak vinden. Een dergelijk team zal om goed te kunnen functioneren een voldoende mate van zelfstandigheid dienen te bezitten.

Blijkens de Staatscourant verheugt het de minister in dit verband dat het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten zich momenteel beraadt over de instelling van een zelfstandig specialisme cardiochirurgie\*. Hierdoor zal naar de mening van de bewindsman een belangrijke bijdrage kunnen worden geleverd aan de oplossing van de conflicten die zijn gerezen ten aanzien van het functioneren van een cardio-chirurgische afdeling naast de andere chirurgische activiteiten in een ziekenhuis.

Het bestuur van het Binnenziekenhuis te Eindhoven heeft aan de minister medegedeeld, dat het

voornemens is — overeenkomstig de aanbeveling van het rapport van de Gezondheidsraad — een beleidsplan te ontwerpen om te komen tot een cardio-chirurgisch centrum dat aan de bovengenoemde stringente eisen voldoet. De minister heeft zijn bereidheid betoond dit plan van het bestuur te ondersteunen, teneinde te zijner tijd ook in Eindhoven een cardio-chirurgisch centrum in het kader van de Wet ziekenhuisvoorzieningen te kunnen aanwijzen.

Tot zover de opvattingen (in het algemeen) van de minister, die in grote lijnen op dezelfde golflengte uitkomt als Dr. Veldkamp, die zich op zijn beurt eveneens conformeert aan het advies van de commissie-Nieveen. Volgens Dr. Veldkamp zou, in afwachting van definitieve beslissingen (ref.: het perscommuniqué van het ziekenhuisbestuur d.d. 28 oktober jl.), een „Godsvrede” moeten worden gesloten. Een van de voorwaarden daartoe moest zijn, dat alle partijen „for the time being” (dus in afwachting van definitieve voorzieningen) de strijdbijl zouden begraven. Gezien het tijdstip van dit advies — de grote persrel moest toen nog uitbreken — is het duidelijk dat van de door Dr. Veldkamp voorgestelde „Godsvrede” weinig is terechtgekomen, tenzij alle bij het conflict betrokkenen inmiddels hebben kunnen instemmen met de besluiten van het bestuur van het Binnenziekenhuis, zoals omschreven in het communiqué, weergegeven in de aanhef van dit overzicht.

\* Van de zijde van het Centraal College wordt evenwel meegedeeld, dat vooralsnog alleen maar is te verwachten dat de Nederlandse Vereniging voor Thorax-chirurgie een voorstel zal indienen betreffende de instelling van een afzonderlijk specialisme thorax-chirurgie.

## PRAKTIJKPERIKELEN

### **Het periodiek preventief geneeskundig onderzoek**

*Steeds vaker ontmoeten huisartsen mensen, die zich willen onderwerpen aan een periodiek preventief geneeskundig onderzoek. Het initiatief ligt o.a. bij de werkgever, ook de overheid, bij de levensverzekeraar van de patiënt, of bij de patiënt zelf, die, mogelijk bang door de vele publiciteitscampagnes, graag eens een algemeen onderzoek wil.*

*Er is de laatste jaren regelmatig geschreven over deze wijze van preventie. Overwegend luidt de conclusie, dat op dit ogenblik een p.g.o. voor de gehele bevolking of voor een bepaalde groep met een verhoogd risico geen haalbare kaart is. Binnen het bereik van de*

*huisarts zou de beste preventie bestaan uit een goed onderzoek van iedere patiënt die de arts raadpleegt. Dit onderzoek zou dan moeten worden uitgebreid met een zogenaamde surveillance ten aanzien van afwijkingen, die bij de groep waartoe de patiënt behoort vaak worden gevonden. Ook deze beperkte vorm van preventie is voor de meeste huisartsen nog een utopie.*

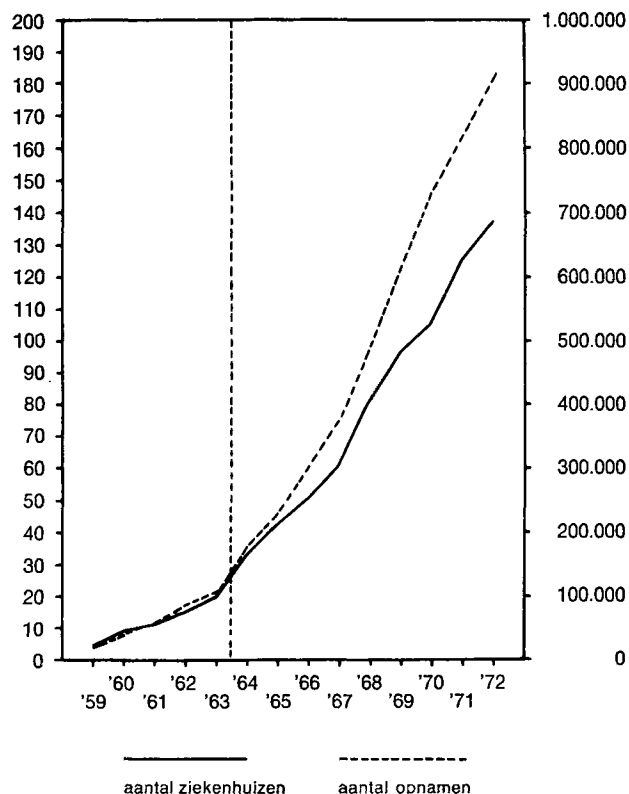
*Men kan stellen dat voorzieningen ten behoeve van de gezondheidszorg binnen ieders bereik behoren te zijn. Het lijkt daarom ongewenst om in te gaan op incidentele verzoeken om een p.g.o., tenzij de angst van een patiënt er door weg te nemen is.*

## Deelname aan de Stichting Medische Registratie in 1972

Aan de registratie, uitgevoerd door de Stichting Medische Registratie, wordt deelgenomen op basis van vrijwilligheid. Dat echter voor deze vorm van dienstverlening ten behoeve van de ziekenhuizen belangstelling bestaat, valt af te leiden uit de ontwikkeling van het aantal deelnemers, zoals weergegeven in grafiek 1.

grafiek 1: Ontwikkeling van het aantal deelnemende ziekenhuizen aan de Stichting Medische Registratie.

1959—'63 = project Hoogendoorn  
1971, '72 = geschat aantal opnamen



Sinds het tot stand komen van de stichting, eind 1963, gaf de deelname een regelmatige groei te zien. Per jaar meldden zich gemiddeld 13 nieuwe ziekenhuizen aan, met een gezamenlijk aantal opnamen van circa 90.000. Het aantal deelnemers is hierdoor in 1972 gestegen tot 137, met een geschat aantal opnamen van circa 915.000. In het hierna volgende wordt de huidige deelname nader geanalyseerd, waarbij tevens naar voren zal komen welke ziekenhuizen tot dusver nog niet deelnemen.

### Deelname t.o.v. land, provincies en drie grote steden

Van het totaal aantal Nederlandse ziekenhuizen, dat 252 bedraagt, neemt thans 54% deel aan de medische registratie. Doordat meer grote ziekenhuizen deelnemen dan kleine, ligt het percentage opnamen dat binnen de registratie valt hoger, namelijk op 72. Voor de afzonderlijke provincies worden deze cijfers weergegeven in tabel 1 en grafiek 2.

tabel 1: Deelname S.M.R. naar provincie.

provincie	ziekenhuizen			opnamen		
	% SMR	aantal SMR	aantal totaal	% SMR	aantal totaal	aantal totaal
Groningen	63	5	8	87	45.305	52.293
Friesland	60	6	10	76	30.970	40.736
Drenthe	60	3	5	58	14.550	25.057
Overijssel	63	10	16	83	76.333	91.551
Gelderland	41	14	34	68	99.362	146.587
Utrecht	59	10	17	79	66.652	84.902
N. Holland	59	34	58	72	160.338	223.071
Z. Holland	53	28	53	69	193.962	280.735
Zeeland	10	1	10	14	4.376	31.868
N. Brabant	58	15	26	70	126.379	180.908
Limburg	67	10	15	81	87.607	108.414
NEDERLAND	54	136	252	72	905.834	1.266.122

Voor grafiek 2 zie de volgende bladzijde

Als grondslag van deze cijfers werd uitgegaan van de huidige deelname aan de Stichting Medische Registratie en van de laatst beschikbare landelijke gegevens over ziekenhuizen, die samengevat zijn in de „Voorpublicatie van het overzicht van de gegevens van de ziekenhuizen in Nederland over 1970” (uitgave van de Geneeskundige Hoofdingspectie van de Volksgezondheid, in samenwerking met N.Z.I., N.Z.R. en C.B.S.; nr. 3 Verslagen en rapporten Volksgezondheid 1972).

De ziekenhuisgegevens uit deze publicatie zijn op een enkel punt aangepast in verband met later opgetreden samenvoegingen (Bethesda St. Joseph Ziekenhuis, Vlissingen en Emmakliniek/Bronovo, Den Haag).

In de cijfers van de Hoofdingspectie zijn de militaire hospitalen niet opgenomen, zodat het Militair Hospitaal Dr. Matthijssen te Utrecht, dat met ingang van 1972 deelneemt aan de registratie, in deze analyse verder buiten beschouwing blijft.

Het is voorts goed erop te wijzen dat de cijfers algemene, academische, kinderziekenhuizen en overige categorale ziekenhuizen betreffen, doch niet de

psychiatrische ziekenhuizen, sanatoria en verpleeg-  
inrichtingen.

In de percentages deelname aan de medische regi-  
stratie wordt uitgegaan van de huidige aanmel-  
ding van ziekenhuizen. De werkelijke cijfers gere-  
gistreeerde patiënten kunnen hierbij iets achter blij-  
ven, wanneer niet alle ziekenhuizen in staat zijn  
volledig in te zenden.

Uit de cijfers per provincie is te zien, dat vooral  
Zeeland nog bijna een blinde vlek op de registratie-  
kaart vormt; misschien echter dat met het zieken-  
huis dat zich in 1972 heeft aangemeld, thans ook in  
deze provincie de opmars is begonnen.

In de overige provincies liggen de cijfers minder  
ver uiteen. Het laagste percentage deelnemende zie-  
kenhuizen wordt hier gevonden in Gelderland (41),

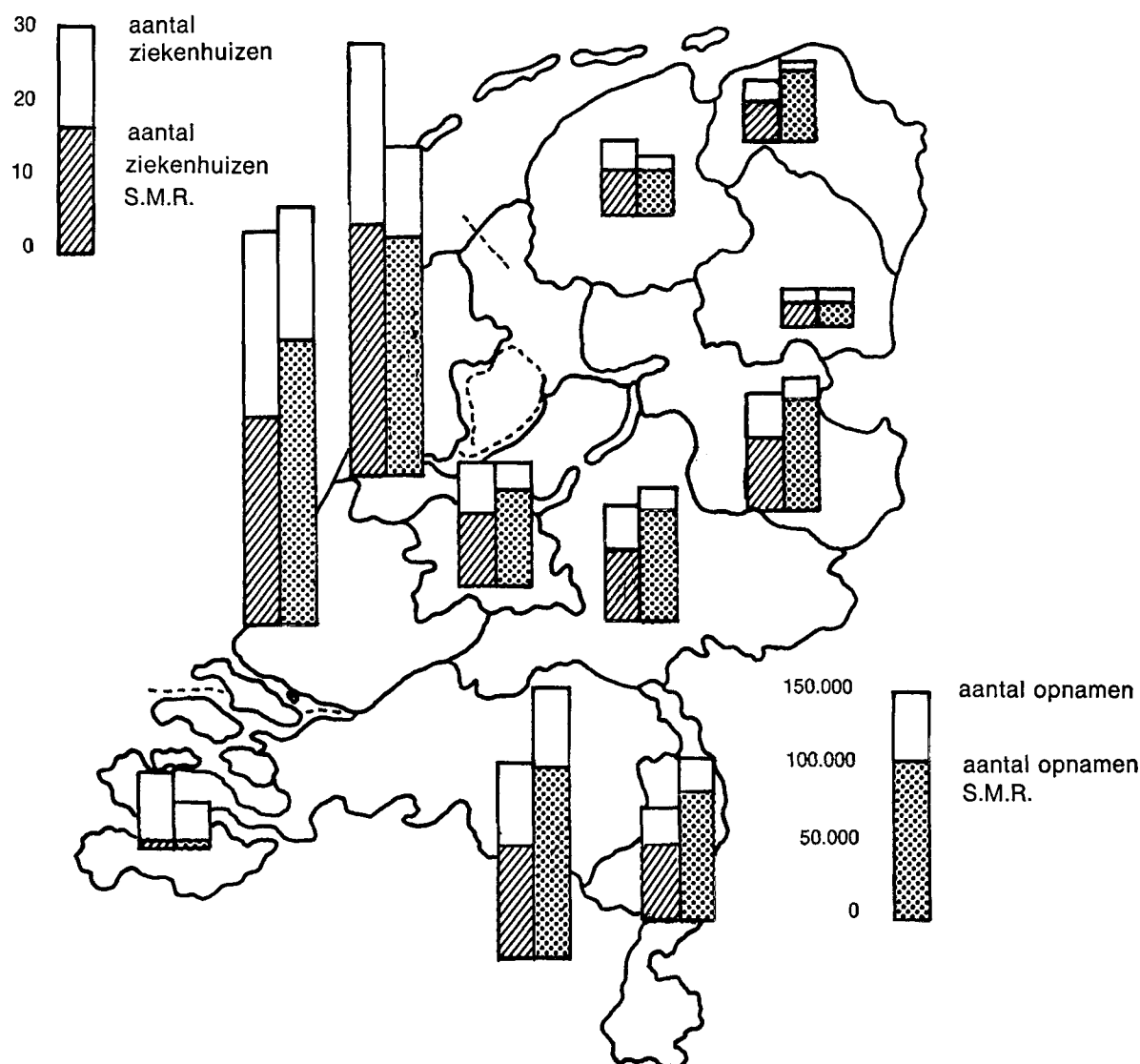
het hoogste in Limburg (67). Bij de opnamen  
wordt het hoogste percentage gevonden in Gro-  
ningen (87), het laagste in Drenthe (58).

In tabel 2 wordt de situatie weergegeven voor de  
drie grote steden.

tabel 2: Deelname S.M.R. 3 grote steden.

stad	ziekenhuizen			opnamen		
	% SMR	aantal		% SMR	aantal	
		SMR	totaal		SMR	totaal
Amsterdam	40	10	25	48	43.696	90.788
Rotterdam	33	5	15	48	40.147	84.499
Den Haag	55	6	11	70	39.293	56.233

grafiek 2: Aantal ziekenhuizen en deelname S.M.R. per provincie.



In Rotterdam en Amsterdam blijkt de deelname nog achter te blijven in vergelijking met het landelijk gemiddelde.

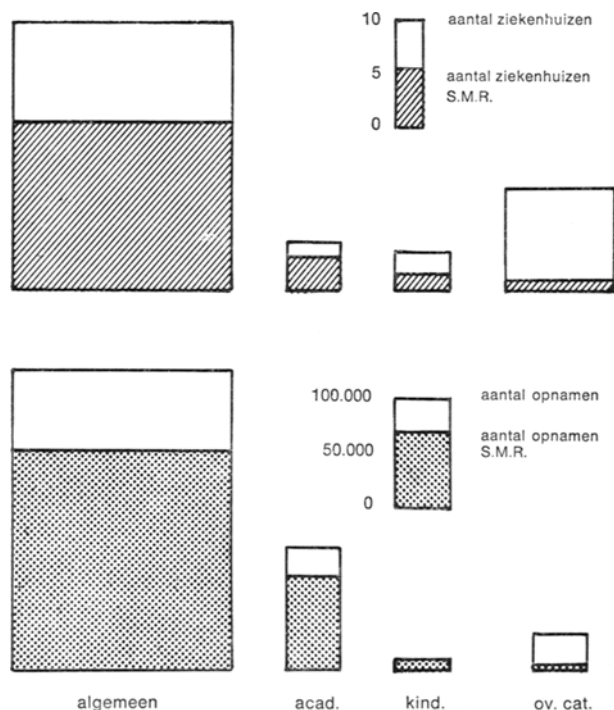
#### Deelname naar soort ziekenhuis

In tabel 3 en grafiek 3 worden aantallen ziekenhuizen en aantallen opnamen gegeven naar de „bestemming” van het ziekenhuis: algemeen, academisch, kinderziekenhuis of ander categoriaal ziekenhuis.

tabel 3: Deelname S.M.R. naar bestemming van het ziekenhuis.

bestemming	%	ziekenhuizen		%	opnamen	
		SMR	totaal		SMR	totaal
algemeen ziekenhuis	62	123	198	73	806.185	1.111.814
academisch ziekenhuis	67	6	9	77	85.586	110.570
kinderziekenhuis	43	3	7	92	8.399	9.135
overig categoriaal ziekenhuis	11	4	38	16	5.664	34.603
TOTAAL	54	136	252	72	905.834	1.266.122

grafiek 3: Deelname S.M.R. naar soort (bestemming) van het ziekenhuis.



De groep overige categoriale ziekenhuizen omvat revalidatie-inrichtingen, epilepsieklinieken, oogziekenhuizen en dergelijke. De deelname van deze ge-

specialiseerde ziekeninrichtingen, met over het algemeen een beperkt patiëntenbestand, aan de medische registratie is nog gering.

Bij de kinderziekenhuizen is eveneens een aantal gespecialiseerde. Doordat de grote kinderziekenhuizen deelnemen, ligt het percentage opnamen dat geregistreerd wordt, hier zeer hoog. De afwezigheid van de kleine gespecialiseerde inrichtingen verklaart de discrepantie tussen de percentages deelnemende ziekenhuizen en opnamen. Gerekend naar het aantal ziekenhuizen, is de deelname het grootst bij de algemene en bij de academische ziekenhuizen. Door hun grootte dragen de academische ziekenhuizen niet onbelangrijk bij in het totaal aantal opnamen.

#### Deelname naar grootte

Uit de cijfers in de voorgaande tabellen is reeds gebleken dat de grotere ziekenhuizen frequenter aan de registratie deelnemen dan de kleinere ziekeninrichtingen.

In tabel 4 wordt dit nader geanalyseerd.

tabel 4: Deelname S.M.R. naar grootte van het ziekenhuis.

aantal opnamen	ziekenhuizen		
	% SMR	aantal SMR	totaal
- 2.499	19	14	73
2.500 - 4.999	52	39	75
5.000 - 7.499	80	40	50
7.500 - 9.999	77	23	30
10.000 -	83	20	24
TOTAAL	54	136	252

Duidelijk blijkt hieruit dat de deelname onder de kleinste ziekenhuizen het geringste is: van de ziekenhuizen met minder dan 2.500 opnamen per jaar neemt slechts 19% deel.

De ziekenhuizen met 2.500 - 4.999 opnamen vormen een overgangsgroep. Boven de 5.000 opnamen ligt het percentage deelname rond de 80, maar uit deze opstelling blijkt tevens dat ook van de grootste ziekenhuizen een aantal nog niet aan de registratie deelneemt.

W. Ekker

#### Rectificatie

Boven het artikel „Planning en ethiek” in Medisch Contact nr. 42 van 20 oktober j.l. (blz. 1109) stond als auteur vermeld Dr. J. Jacobs, psychiater. Dit moet zijn: Dr. D. Jacobs, psychiater.

## Vragen en antwoorden inzake pensioenregeling (II)

**Vraag:** Is een kapitaalverzekering niet voordeliger dan een lijfrenteverzekering uiteraard onder voorwaarde dat de premie ook dan volledig fiscaal aftrekbaar is?

**Antwoord:** De fiscus geeft geen fiscale faciliteiten met betrekking tot deze vorm van verzekering, ook niet in een collectief pensioensysteem. Dit is in artikel 1 van de ~~wet~~ Fiscale begeleiding van verplichte deelneming in bedrijfs- of beroepspensioenregeling ook duidelijk gebleken. Het heeft daarom weinig zin om hierop nader in te gaan.

**Vraag:** Bepaalde pensioenplannen die verzekeraars in de privé-sfeer aanbieden zijn goedkoper dan de collectieve pensioenregeling van huisartsen. Hoe is dit mogelijk?

**Antwoord:** Dit is niet mogelijk. De verzekeraars hebben in het kader van de pensioenregeling van de Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen en de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten tarieven aangeboden die belangrijk lager liggen dan de tarieven in de individuele sfeer.

**Vraag:** Hebben de pensioenfondsden bij hun beleggingen niet de grote opgang in onroerend goed gemist?

**Antwoord:** De belegging in vastgoed kan een bepaalde dekking tegen inflatie bieden. Maar dat is met andere vormen van beleggingen ook mogelijk bij een dynamisch beleggingsbeleid. Het totale rendement op het gehele vermogen is uiteraard van belang. En hier komen de pensioenfondsden van huisartsen en specialisten goed voor de dag. De in Medisch Contact gepubliceerde en nog te publiceren jaarverslagen laten hierover geen twijfel bestaan. Tenslotte kan worden medegedeeld dat ook de artsenpensioenfondsden in vastgoed beleggen voorlopig middels een deelname in een beleggingsinstelling die door een aantal pensioenfondsden voor dit doel is opgericht.

**Vraag:** Waarom moeten jonge huisartsen meebetalen aan de backservice van oudere collegae die zelf gewoon voor hun pensioen hebben gespaard?

**Antwoord:** Het beleid van de Landelijke Huisartsen Vereniging is erop gericht om de gevolgen van de geldontwaarding zoveel mogelijk op te vangen. Veel artsen hebben hun voorzieningen voor de ouderdag en voor hun nabestaanden als sneeuw voor de zon zien verminderen door de geldontwaarding. Bovendien is de honorering pas sedert 1967 op een aanvaardbaar niveau gebracht; voordien waren de mogelijkheden voor het treffen van een oudedagsvoorziening beperkt. Hierbij speelde de slechts geringe

fiscale tegemoetkoming ook een rol. Het nu aanvaarde pensioenplan is een totaal pakket met de volgende pluspunten:

1. een goede voorziening van ouderdoms-, weduwen- en wezenpensioen die bovendien aangepast wordt aan de gevolgen van de geldontwaarding;
2. volledige fiscale aftrek van de hiervoor op te brengen premie boven datgene wat men in de privé-sfeer aan fiscale tegemoetkoming reeds heeft;
3. een belangrijk element is in de honoraria opgenomen bestemd voor de collectieve pensioenregeling waardoor de netto lasten van de huisartsen van beperkte omvang zijn;
4. een backservice-regeling voor hen die de gevolgen van de geldontwaarding in hun huidige voorzieningen aan den lijve ondervinden.

**Vraag:** Hoe groot is de premie voor backservice?

**Antwoord:** Voor huisartsen f 4.200,— en voor specialisten f 2.156,—. Deze bedragen gelden bij een volledige premiebetaling en zijn in de totale premie verwerkt.

**Vraag:** Een arts, die bij het begin van de pensioenregeling 40 jaar is, legt de praktijk bijvoorbeeld op 50-jarige leeftijd na 10 volle deelnemersjaren neer. Hoe worden zijn rechten vastgesteld?

**Antwoord:** Het tot de datum van neerleggen der praktijk opgebouwde pensioen blijft volledig in stand. Ook de waardevastheidsbescherming op het opgebouwde pensioen wordt niet aangetast. Voorts zullen eventuele backservice-rechten van kracht blijven naar verhouding van het aantal jaren dat de arts als deelnemer premie heeft betaald. In de gegeven veronderstelling bouwt de arts 10 volle pensioenjaren op dat wil zeggen (in guldens 1973):

een huisarts:  $10 \times 12 \times 60 = f\ 7.200,—$

een specialist:  $10 \times 12 \times 42 = f\ 5.040,—$

Zou deze huisarts vanaf zijn 30e jaar ononderbroken vrije praktijk hebben uitgeoefend tot 1 januari 1967 dan wordt bovendien waardevastheidsbescherming over het volgende bedrag gegeven (de bedragen zelf dus *niet*):  $4 \times 12 \times 36 = f\ 1.728,—$ .

De pensioenregeling voor de specialisten kent een dergelijke regeling ook doch hier wordt vanaf de 35e verjaardag tot 1 januari 1968 gerekend. Bij 4 backservicejaren zou de waardevastheidsbescherming dan worden gegeven over  $4 \times 12 \times 28 = f\ 1.344,—$ .

Bovendien bestaat dan nog een aanvullend pensioenrecht indien gelden door de ziekenfondsden op naam van een huisarts of specialist zijn gestort bij de Stichting Voorlopig Beheer van Pensioengelden voor Huisartsen respectievelijk de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten. Dit is afhankelijk van de hoogte van het gereserveerde bedrag en van de leeftijd van de arts en wordt individueel vastgesteld.

# Doelstellingen voor de gezondheidszorg

Door Dr. J. T. Buma, onderwijscoördinator K.U. Nijmegen

*„Als ik mij afvraag, waarom deze kwestie dringender is dan enige andere, dan antwoord ik, dat dit zo is vanwege de daden waartoe zij verplicht”.*

(A. Camus: Le mythe de Sisyphe)

De redactie van Medisch Contact vraagt mij, mijn visie te geven op „de doelstellingen van de gezondheidszorg” en vestigt bij haar verzoek mijn speciale aandacht voor het artikel van Van Mansveld d.d. 4-8-1972. Deze pleit daarin voor „een doelstelling als conditio sine qua non voor een doelmatige structuur van de gezondheidszorg”. Hij ziet dit niet als een taak alleen, zelfs niet als een taak die primair aan artsen toevalt, maar ook aan deskundigen uit andere vakgebieden die er qualitate qua toe zijn geroepen te werken aan individuele en volksgezondheid via hun aandeel in de gezondheidszorg. Hiermede kan ik van harte instemmen. En: zonder duidelijk doel voor ogen hollen we voort als kippen zonder koppen, en het is zeker niet het privilege van de arts dat doel te expliciteren, noch ook het gestelde doel in praktijk te brengen.

Eerste uitgangspunt voor het volgende is dan ook dat gezondheidszorg niet uitsluitend een zaak is van medische kunde en bedrijvigheid, en zeker niet wanneer men daarbij alleen denkt aan curatief medische activiteiten. Dit gebeurt nog al te veel. Kuiper (1971) wees op dit verschijnsel in verband met de vorig jaar verschenen reeks artikelen in Medisch Contact.

Het begrip „gezondheidszorg”, spontaan ontstaan naast „geneeskunde”, is niet meer weg te denken uit ons vocabularium. Het markeert mijns inziens het begin van een ontwikkeling, die er toe zal leiden dat naast een „geneeskundige wetenschap”, een „gezondheidskunde” (zie hiervoor Kuiper 1972) tot ontwikkeling zal komen. Mijns inziens terecht wees Kuiper er op dat we wat dit alles betreft in een voor-wetenschappelijke fase verkeren. Onze opgave is nu, deze „voor-wetenschappelijke”, nog vrijwel geheel impliciete inhouden van het begrip gezondheidszorg te expliciteren. En dan niet via een vrijblijvend spel van woorden, waarin ieder die daarin lust heeft aan het begrip zijn eigen inhouden toekent, maar om gezamenlijk tot een soort beginselverklaring te komen, tot een polariserend principe, voor allen die in het complexe veld van „de gezondheidszorg” werken, een bindende formulering, die ons gezamenlijk tot gijzelaars maakt in die zin, dat ze ons onze taken duidelijk maakt, ons „tot daden verplicht”.

Het formuleren evenwel van een doelstelling of een pakket van doelstellingen voor een zo vaag bekend, complex gebied van actie waarop de confrontatie plaatsvindt, c.q. zou moeten plaatsvinden tussen alle deskundigheid die de mens in zijn totaliteit en subsystemen tot object heeft, enerzijds, de veelkleurige menselijke gezondheidsproblematiek anderzijds, kan nauwelijks binnen de mogelijkheden van één mens liggen. Veeleer zie ik het als een ontwikkelingsproces, waaraan velen langere tijd geduldig zullen moeten werken en samenwerken. Met onze stijgende bewustwording zullen onze opgaven ons duidelijker voor ogen komen te staan, onze formuleringen concreter en, wat het belangrijkste is, meer indicaties inhouden voor ons gezamenlijk beleid.

Doelstelling, het (zichzelf) stellen van een doel, betekent het in woorden zo nauwkeurig mogelijk componeren van onze bedoelingen, hier ten aanzien van de zorg voor menselijke gezondheid. De eisen die men aan die zorg voor menselijke gezondheid kan stellen, de inhouden die men er aan kan toe-kennen, wisselen met de situatie: van individu tot individu, ze zijn verschillend voor beide geslachten, veranderen met de levensfase, zijn afhankelijk van het (volks-)gezondheidsniveau en daarmee van maatschappelijke normen. Eén doelstelling, die met dit alles rekening zou moeten houden, kan alleen vaag blijven, een soort grootste gemene deler vormen, te algemeen om er indicaties voor een gedetailleerd beleid aan te kunnen ontlelen voor concrete individuele of collectieve situaties.

Mijns inziens kunnen we hier lering trekken uit de lange discussie die enkele jaren geleden plaats vond in het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde over het begrip „sociale geneeskunde”. Hetzij uit vermoeidheid van de geesten, hetzij omdat er werkelijk communis opinio groeide, resulteerde uit deze activiteiten tenslotte een definitie, die naar mijn smaak zo algemeen en vrijblijvend is geworden, dat er geen enkele indicatie voor een praktisch beleid aan valt te ontlelen. Zij verplicht niet tot daden. De uiteindelijke winst voor de volksgezondheid van dit alles is mij dan ook niet duidelijk geworden.

Op grond onder andere van deze ervaring zou ik er ter overstaan van het begrip „gezondheidszorg” de voorkeur aan willen geven onze energie niet (langer) te steken in een soortgelijke scholastische discussie, maar ons voorlopig liever te beperken tot wat voorwerk, bijvoorbeeld door een poging te doen tot het in kaart brengen van het taakgebied, naar een opsomming te streven van daaraan te ontlelen

gedetailleerde taak-opdrachten die elk in een subdoelstelling zijn te vangen.

Iedere doelstelling op dit gebied, ook van subdoelen, dient mijns inziens een twee-ledige inhoud te tonen, omdat ze slaat op een activiteit (c.q. complex van activiteiten) die is bedoeld te zijn gericht op een kwaliteit van het menselijk leven (gezondheid, c.q. gezondheidsaspecten). In het bewustzijn van de complexiteit, zowel van deze kwaliteit, van het begrip „gezondheid”, als van de activiteiten op het gebied van de zorg daarvoor, meen ik dat voorlopig beter kan worden afgezien van pogingen één centrale, alles omvattende doelstelling te formuleren. Geconstateerd zij slechts, dat aan haar als centrale eis mag worden gesteld, dat ze impetus zou moeten geven aan het totale complex van activiteiten, die gezamenlijk bedoeld zijn bij te dragen tot het tot ontwikkeling doen komen, het onderhouden, en waar nodig het herstellen van een optimaal niveau van menselijk functioneren aan alle fronten van menselijk leven. Waarbij de aanknopingspunten voor gezondheidszorg ten dele liggen in de mens zelf en de mogelijkheden zijn functies lichamelijk en geestelijk te beïnvloeden, te conditioneren, ten dele vooral ook in de uitwendige condities waarin de mens, in een continu samenspel met de lasten, beperkingen en uitdagingen die het milieu extérieur hem oplegt, zich heeft te ontplooiën en handhaven naar eigen aanleg en desiderata.

Het is mijns inziens ook duidelijk dat een dergelijke algemene en ruime doelstelling, gebaseerd op het dialoogachtige karakter van menselijk leven (van alle leven), tendeert naar een ruimere, namelijk van welzijnszorg. Waarmede een nieuwe mogelijkheid tot scholastische discussies is gegeven over de vraag betreffend grenzen en interrelaties tussen welzijns- en gezondheidszorg.

Liever dan hier verder op in te gaan, zou ik me hierna willen bezighouden met deel- of zo men wil met sub-doelstellingen, die qua formulering minder moeilijkheden opwerpen en mijns inziens meer mogelijkheden inhouden tot explicitering van indicaties voor praktisch beleid. Ook om meer algemene redenen lijkt het zinnig te pogen de deeldoelstellingen te bundelen. Het ontbreken van een kaart van de totaliteit van deelgebieden van gezondheidszorg, die elk hun eigen, onderling zeer verschillende eisen stellen, eigen indicaties opwerpen voor een beleid, heeft er toe geleid dat bepaalde deelgebieden veel, mogelijk te veel aandacht kregen, waardoor andere in de schaduw bleven, terwijl het stellen van prioriteiten niet mogelijk was. De enorme ontwikkeling van de curatieve zorg is hiervan een voorbeeld. De 13 artikelen in Medisch Contact van 1971, quasi handelend over „gezondheidszorg”, realiter zich vrijwel geheel beperkend tot het deel-gebied „curatieve zorg”, vormen hiervan een getuigenis. Dank zij de spontane, vrije, vrijwel onbelemmerde groei en bloei van de in toenemende mate gespecialiseerde curatieve zorg zijn we nooit gesteld voor de vraag betreffende de prioriteiten, van het ontwikkelen van indicatoren voor de mate van maatschappelijke re-

## ADVERTENTIES

*Opgaven van advertenties dienen ter bespoediging van de plaatsing rechtstreeks te worden aangeboden aan:*

**Uitgeversmaatschappij Kruyt b.v.**

**Groot Hertoginnelaan 28,**

**Bussum**

**(Telefoon: 02159 - 1 62 41)**

levantie van onze activiteiten. Aan deze vrijwel ongeremde groeiprocessen lijkt nu een abrupt einde te komen. In verband met het prioriteitenprobleem, dat zich mijns inziens in steeds dwingender mate zal stellen, lijkt het van groot belang met voorbereidend werk te beginnen, door gezamenlijk te pogen de deelgebieden van gezondheidszorg in kaart te brengen en de daarop gerichte deel-doelstellingen te formuleren.

### *Deelgebieden en deel-doelstellingen van gezondheidszorg*

Deel- of sub-doelstellingen, die de inhoud aan-geven van de door ons geëxpliciteerde bedoelingen ten aanzien van homogene onderdelen van het totaal dat gezondheidszorg heet, bieden de mogelijkheid meetbare grootheden in te bouwen, zonder welke evaluatie van ons werk, het meten van het effect van onze activiteiten, nooit mogelijk is. Zonder dergelijke meetbare grootheden kunnen we niet uitmaken in welke mate we ons gestelde doel hebben bereikt, in hoeverre we doelgericht hebben gewerkt; noch ook of we via bepaalde methoden die tot het gestelde doel moeten leiden doel-matiger werken, of deze een betere output hebben, met minder kosten, energie, tijd, middelen en risico's voor de mens, meer effect hebben.

De arbeidsgeneeskunde, juister te kwalificeren als „hygiëne van de arbeid” heeft aan de realisatie van haar doelstellingen waar mogelijk methoden ten grondslag gelegd, die het meten van effecten in maat en getal mogelijk hebben gemaakt. Decennia lang heeft zij zich ontwikkeld buiten universitair verband en men constateert dat de lessen die zij leert nog steeds zeer onvoldoende zijn doorgedrongen in andere velden van gezondheidszorg, met name in de kliniek. Ware dit wél het geval geweest

dan zou de klinische geneeskunde zich met meer recht van spreken mogen identificeren met gezondheidszorg dan nu nog het geval is.

— Het stellen van *sub-doelen* waarin een soort eindsituatie wordt beschreven, waarheen zal worden gewerkt en waardoor het bewijs kan worden geleverd dat het gestelde doel niet een wensdroom bleef, maar dat de doelstelling metterdaad is uitgevoerd, het doel geheel of ten dele is bereikt;

— het aangeven van *meetbare grootheden* in verband met

— de vraag betreffende de mate van *doelgericht* werken (in welke mate werd het doel bereikt?) en in verband met

— de vraag betreffende de *doelmatigheid* (efficiency, economie\*) waarmede is gewerkt (met welke inspanning, kosten, methode het beste resultaat), vormen mijns inziens het basisstramien voor een werkwijze ten aanzien van de structurering van een facetsgewijze opbouw van de gezondheidszorg. Vanzelfsprekend is met deze eerste stap nog weinig of niets gedaan aan een harmonische compositie van het geheel uit de onderdelen, noch ook aan het prioriteitenvraagstuk. Maar ik zie voorshands geen andere weg dan deze om daartoe tenslotte te komen.

Als één der mogelijkheden tot een eerste aanzet voor het schematisch aangeven van sub-doelen voor een all-round gezondheidszorg zou men bijvoorbeeld kunnen uitgaan van drie fasen waarin in principe de curve van menselijk leven zich afspeelt:

I die van de ontogenese, van de opbouw van het functionele apparaat van ei-cel tot volledige biologische, psychologische en maatschappelijke maturiteit van het individu;

II die van de „steady state”, van het vloeiend evenwicht tussen opbouw en afbraak, de volwassen fase;

III die van afbraak en van functionele regressie, eindigend met de individuele dood.

---

\* De curatieve zorg tendeert hier en daar onder de heersende omstandigheden naar het tegendeel van economisch werken: Ten overstaan van een steeds groeiend aantal mensen met „welzijnsproblematiek” en sociale aanpassingsstoornissen wordt via de curatieve aanpak, via steeds kostbaarder middelen (o.a. ongericht specialistisch onderzoek) veelal gering effect bereikt. Zelfs wordt de vraag gesteld, of de iatrogene schade aan deze groep mensen toegebracht niet veel groter is dan het nuttig effect dat mogelijk hier en daar wordt bereikt. Het medisch kanaliseren van mensen met levens- en gezinsproblematiek en het tot „patiënt” maken van mensen met welzijnsproblemen tendeert tot het tegendeel van „gezondheidszorg”!

„Wie de natuur wil beheersen” zegt Claude Bernard ergens, „moet haar leren gehoorzamen”, met andere woorden heeft van doen met haar wetmatigheden. Het is de taak van de biologie de wetten te formuleren die de opbouw van het organisme bepalen. Ik kan op grond van o.a. deze overweging de biologie niet anders zien dan als de belangrijkste basiswetenschap voor alle medisch handelen. En ik zou het dan ook in hoge mate betreurenswaardig achten, wanneer in het voor de medische studie verplichte vakkenpakket voor het V.H.M.O. biologie niet langer zou compareren. In ieder van de genoemde fasen spelen zich biologische of zo men wil fysiologische processen af met kans op ontsporing in het pathologische. De zorg voor een optimaal, „normaal” verloop van deze processen en het daarvoor voldoen aan „basic needs” zie ik gebaseerd op „gezondheidskunde”, deze op haar beurt op humane en meer algemene biologie. Het optreden in geval van aberraties in het „normale” gebeuren zie ik gereserveerd voor de „geneeskundigen”.

Naarmate de gezondheidskunde wordt ontwikkeld en haar wetten worden toegepast via „gezondheidszorg” zal op geneeskunde minder beroep hoeven te worden gedaan. Deze nogal simpele overwegingen zijn bedoeld om hun complementaire karakter toe te lichten, vooral ook om te onderstrepen hoe weinig reden er is, bij wijze van pars pro toto, gezondheidszorg identiek te stellen met geneeskunde.

De ontoereikendheid van een dergelijke interpretatie van het begrip gezondheidszorg neemt nog met een dimensie toe met de mate van specialisatie van de functionaris die haar toepast. „Hoe meer gespecialiseerd de „gezondheids”deskundige adviseur is, des te minder men van hem mag verwachten, dat hij een voldoende parallactische kijk heeft op menselijke gezondheidsproblemen” en „des te meer een zeker voorbehoud op zijn plaats is ten aanzien van de waarde van zijn gezondheidsadviezen” (Reitsma 1970). Mijns inziens terecht stelt Reitsma dan ook, dat op dit gebied naast de inbreng van gespecialiseerde deskundigheid ook de functie van de generalist nodig is bij de besluitvorming; zeker waar het, zoals hier, het stellen van gezondheidskundige aanbevelingen betreft.

Dit neemt niet weg dat bij onze stand van wetenschap over elk deelaspect van menselijk leven en van menselijk functioneren zoveel specialistische en super-specialistische, medische, psychologische en andere deskundigheid voorhanden is, dat bij het opstellen van deeldoelstellingen, die tezamen het totale domein van de gezondheidszorg moeten bestrijken, deze inbreng van hooggekwalificeerde facetdeskundigheid conditio sine qua non is. Bij de aanpak van het prioriteitenprobleem evenwel zal de generalist eerder een centrale rol spelen. Hier zie ik één van de centrale taakopdrachten gelegen voor „de sociale geneeskunde”.

Voor het componeren van een harmonisch geheel van doelstellingen zijn mensen nodig die het totale domein van menselijke groei en ontwikkeling, van menselijk functioneren en van menselijke regressie

kunnen overzien. En met deze categorie is het (nog) mager gesteld. Hier toont zich een zwakte van een zich divergerend, centrifugaal ontwikkelende, in toenemende mate zich specialiserende geneeskunde. Een hoopvol fenomeen is het elan waarmee de huisartsgeneeskunde bezig is haar plaats in het (universitaire) gesprek te vinden. De stem van de sociaal-geneeskundige wordt helaas nog te weinig gehoord. Onder de nog heersende omstandigheden ten onzent zijn het vaak meer collectief gerezen of gemobiliseerde vrijzwevende emoties die de prioriteiten bepalen wat investeringen betreft, dan rationele, sociaal-medisch ontwikkelde argumenten.

Het zou hier te ver voeren gedetailleerd in te gaan op de onderverdeling van het totale domein van gezondheidszorg tot onderdelen die zich ieder lenen tot een duidelijke doelstelling. Dat is zaak van nadere uitwerking. Ik volsta met enkele algemene opmerkingen over de drie bovengenoemde fasen:

*ad fase I: Gezondheidszorg tijdens de groei- en opbouwfase.*

Centrale opgave voor de gezondheidszorg is hierin de bewaking en begeleiding van de (functionele) ontwikkeling van voor de conceptie (het genetisch advies, onderzoek voor het huwelijk e.d.) tot en met de volwassenheid. Deze ontwikkeling is gekenmerkt door een soort trapsgewijze opbouw, waarbij sub-systemen van lagere orde als het ware worden ingebed in sub-systemen van hogere orde tot daaruit het uiteindelijke, totale systeem resulteert, dat tot vitale opgave heeft all-round te functioneren en daarbij zijn identiteit te bewaren, zich te handhaven, ondanks een continue uitwisseling van materie, energie en informatie, al dan niet „systeem-vreemd” (Zielhuis 1967).

Indertijd (Buma 1952) deed ik een poging de fasen in de ontwikkeling tot volwassenheid biologisch, psychologisch en maatschappelijk te schetsen. Deze schets lijkt mij nog steeds de nodige aangrijpingspunten te bieden voor de basisdiscussie over een facetsgewijze gezondheidszorg voor deze groeifase. Nu, twintig jaar later, acht ik het onverminderd aantrekkelijk te poneren dat de condities en uitdagingen, die tijdens de ontogenese de ontwikkeling van ééncellig wezen tot een met rede begaafd sociaal, menselijk wezen achtereenvolgens hebben bepaald, ook in de individuele ontwikkeling in dezelfde volgorde een rol zouden kunnen spelen, zowel bij theorievorming als in de praktijk van de aan elke deelfase van de groei gebonden aspecten van de gezondheidszorg daarvoor.

Wederom duikt hier de biologie op als basiswetenschap voor gezondheidskunde. Wanneer immers op de daartoe geëigende momenten in de ontwikkeling bepaalde prikkels, nutriënten, uitdagingen of andere milieufactoren ontbreken, zou er volgens deze stelling ook geen normale ontwikkeling tot stand kunnen komen. Uiteraard kunnen hier „systeemvreemde factoren” (rubella in de eerste maanden van de graviditeit, röntgenstralen, „medicamen-

ten” enz.) een ontsporende rol spelen. Preventie hiervan houdt een aantal deeldoelstellingen van gezondheidszorg in. Er zijn voorbeelden te over om deze stelling toe te lichten, voor zover dat nog nodig mocht zijn. Een jong kind, dat in de daartoe gevoelige fase geen verbale contacten heeft, haalt deze achterstand later niet meer in (de zogenaamde „Wilde van Aveyron” en andere voorbeelden getuigen hiervan), met andere woorden te zorgen dat dergelijke, voor een gezonde ontwikkeling noodzakelijke verbale uitwisselingsmogelijkheden er wel zijn zie ik als voorbeeld van een sub-doelstelling voor gezondheidszorg.

Ander voorbeeld: wanneer een jong kind een vaste moederfiguur ontbeert gedurende de periode waarin het voor zijn emotionele ontwikkeling deze het meest nodig heeft, zal het blijvende defecten houden in zijn emotionele ontwikkeling en daaruit resulterende sociale contacten. Over de psychische validiteit van de mens wordt in de kinderjaren beslist. Maatschappelijke mislukkingen worden in de prille jeugd „gemaakt” als resultaat van onvoldoende „gezondheidszorg” in de vroege jeugd. Haar mogelijkheden en beste kansen liggen in deze fase. Ik volsta met deze algemene opmerking en voorbeelden over fase I.

*ad fase II: Gezondheidszorg voor de volwassen mens* (houdt hier in principe in: consolidatie, bewaking en waar nodig verhoging van het functieniveau).

Wanneer de mens zijn lichamelijke en geestelijke volwassenheid heeft bereikt en maatschappelijk als zodanig functioneert, „in goede gezondheid”, staat het functionele apparaat bloot aan de lusten en lasten van het leven dat de mens leidt. Een „gezond leven” eist, om deze lichamelijke, psychische en sociale lasten te kunnen dragen, een bepaald niveau van lichamenlijk en geestelijk geconditioneerd zijn. Een optimaal conditieniveau komt echter niet spontaan tot stand, en voorzover dit in de eerste fase tot ontwikkeling kwam eist het onderhoud. Voor dit onderhoud op optimaal niveau dient er voor te worden gewaakt dat bepaalde functionele belastingen de grenzen van het toelaatbare niet overschrijden. Overbelasting, vooral op langere duur en niet afgewisseld door ontspanning en voldoende rust, dient voorkomen. Maar al evenzeer is het handhaven per functie van een bepaalde minimum belasting (Burger, de arbeidshygiënist, sprak van een „onderhoudsdosis”) van het functionele apparaat conditio sine qua non voor het handhaven van de conditie. Bewuste, gedoseerde conditietraining is zaak van gezondheidszorg tijdens deze fase.

Maar in de hedendaagse leef- en vooral arbeidsomstandigheden wordt de mens veelal zodanig eenzijdig belast (meest eenzijdig perceptief overbelast, en daarnaast lichamenlijk onderbelast) dat zich alomdaling van het functie- en conditieniveau manifesteert door deze onvoldoende en onvoldoend harmo-

nische belasting van lichaam en geest. Deze situatie leidt op grote schaal tot klachten, die vaak bij de bedrijfsarts thuishoren maar die bij ontstentenis van deze of omdat hij niet wordt ingeschakeld volgens het bij ons geldend maatschappelijk patroon aan de behandelend medicus worden gepresenteerd en dan volgens het diagnostisch-therapeutische model „behandeld”.

In dergelijke gevallen — een grote ervaring leert het — zouden hier vormen van „gezondheidszorg”, zoals het ergonomisch aanpassen van de arbeids-situatie en compensatoire maatregelen bijvoorbeeld via herstructurering van het werk, meer aangewezen zijn dan medische ingrepen. Voor de curatieve vakbroeders is er pas een rol wanneer duidelijk geledede functies deze hulp vragen. Voorselectie en juiste kanalisatie van de klagers zijn hier essentieel. Het kan niet de bedoeling zijn meer in detail op deze materie in te gaan. Slechts zij gesteld dat gezondheidszorg tijdens fase II, in de zin van het waar nodig terzijde staan van de mens ter handhaving van diens vermogen tot optimaal functioneren, mijns inziens in twee, complementaire hoofdgebieden uiteenvalt:

- te zorgen voor een zoveel mogelijk harmonische, optimale belasting van waar mogelijk iedere lichamelijke en geestelijke functie, met speciale aandacht voor „achtergebleven gebieden” enerzijds. Onderdeel hiervan is de zorg voor een ergonomisch ritme van het menselijk leven, waarin goed gedoseerde inspanning, ontspanning en rust hun evenredige plaats hebben, leidend tot optimale belastbaarheid.
- het creëren van levens- en arbeidsomstandigheden waarbinnen een gezond menselijk leven = optimaal functioneren, lichamenlijk, geestelijk, maatschappelijk mogelijk is. Een dergelijke band van levensomstandigheden met adherente belasting, ligt tussen een belastingsbovengrens die niet straffeloos mag worden overschreden en een belastingsminimumgrens die evenmin langere tijd mag worden overschreden op straffe van conditieverlies.

Gezondheidszorg is mijns inziens slechts te funderen op dit dialoogachtige karakter van het menselijk leven (of zo men wil dit „belastingsmodel”), op het harmoniseren van belastbaarheid en belasting der onderscheiden functies. Stress kan pathogeen zijn, het ontbreken van stress niet minder!

Toegepast op de klinische situatie waarmee nog steeds (en mijns inziens niet steeds terecht) het bed en verplichte bedrust centraal staan, betekent een en ander dat daarbij niet alleen (curatieve) zorg aan de geledede organen en functies dient te worden gegeven, maar evenzeer „gezondheidszorg” aan niet-geledeerde functies, omdat die door gedwongen rust kunnen worden geleded en, de ervaring leert het dagelijks, ook worden geleded, waardoor iatrogene schade tot invaliditeit toe kan ontstaan door gebrek aan bewust gegeven „gezond-

heidszorg”. Curatieve en gezondheidszorg zijn in de „klinische” situatie nog te weinig in elkaar geïntegreerde aspecten van het medisch werk. Men mag mijns inziens, wanneer men curatieve zorg bedoelt, pas van gezondheidszorg spreken wanneer deze integratie volledig tot stand is gekomen. Tot zover fase II.

*ad fase III: Gezondheidszorg voor „de ouder wordende” mens tijdens de fase van functie-niveaualing.*

Het verouderingsproces, waarvan men zeker niet voor alle lichamelijke en geestelijke functies nauwkeurig kan vaststellen wanneer en waardoor het begint, houdt in dat iedere lichamelijke functie na een zeker niveau te hebben bereikt een teruggang gaat vertonen. Ook op psychisch terrein bestaat er zoiets als een prestatiecurve die ergens een dalende tendentie krijgt. In de praktijk nemen we aan dat rond de veertiger jaren iedere functie zijn hoogtepunt is gepasseerd. Een belangrijke, maar niet beantwoorde vraag is of dit een noodlottige gang van zaken is dan wel of het niet geheel of gedeeltelijk artefact is, en of een zorgvuldig gedoseerd trainingsprogramma niet in staat is het conditieniveau langere tijd te handhaven, de teruggang ervan te vertragen of uit te stellen. Er zijn vele aanwijzingen voor de stelling dat hier zeker voor een deel sprake is van verwaarlozing van mogelijkheden en dat een ontijdige aftakeling van functies door een juiste belasting kan worden uitgesteld. Hiermede zou dan een belangrijke sub-doelstelling van fase III zijn gegeven.

De biologische wet dat ook bij ouderen het functionele apparaat een minimum onderhoudsdosis aan belasting nodig heeft voor het functioneel op peil blijven wordt nog te weinig consequent op zijn waarde onderzocht en toegepast. Doordat zinvolle arbeid wegvalt, mede-menselijke contacten wegval-len, dreigt lichamelijke en geestelijke verwaarlozing. De Duitse geriater Jokl (1954) toonde aan dat ook bij oudere mensen lichamelijke prestaties meer worden bepaald door de trainingstoestand dan door de reële leeftijd. Door oudere mensen aan een systematische conditietraining te onderwerpen nam niet alleen hun lichamenlijk prestatievermogen toe maar werden ze ook minder frequent ziek. „Aftakeling” zou volgens deze opvatting voor een deel, mogelijk zelfs voor een belangrijk deel, gebrek aan „onderhoud”, met andere woorden inactiviteitsatrofie zijn.

Niet alleen zien we aftakeling door onvoldoende bezigheid: omdat de arbeidsbelasting over het algemeen niet tijdig wordt aangepast aan de dalende belastbaarheid in de evolutieperiode, zien we bij vele vijftigers een discrepantie ontstaan tussen de dalende draagkracht en een arbeidsbelasting die vaak veeleer toeneemt met de jaren dan afneemt. Het tijdig aanpassen van de arbeidsbelasting aan de dalende potenties van de ouderwordende mens is een vorm van gezondheidszorg die voorlopig nog een utopie is. Men werkt nog steeds met „leeftijds-

loze" werknemers. De stem van de arbeidshygiënisten klinkt op dit deelgebied van gezondheidszorg nog zeer onvoldoende door, veeleer werkt hier nog vaak het Peter-principe door tot en met de lichamelijke of geestelijke debâcle (Peter 1972), omdat vaak leidinggevend blijven stijgen op de hiërarchische ladder tot het moment waarop ze de daar aanwezige belasting niet aankunnen, met alle gevolgen van dien. Tot zover mijn opmerkingen naar aanleiding van Fase III.

Wij beschikken over een vrijwel verpletterende hoeveelheid kennis over elk deelaspect van menselijk leven. Helaas kan men voor het voeren van een praktisch beleid behalve over te weinig informatie ook over een teveel beschikken. Misschien is het de tragiek van onze situatie, zo men wil van onze cultuur, dat de „vooruitgang", i.c. in kennis en inzicht, een eigen leven gaat leiden in plaats van in dienst te staan van een praktisch i.c. volksgezondheidsbeleid. Niet het ontdekken van nieuwe kennis op dit gebied is hoogste urgentie, maar het toepassen van hetgeen we weten is ons grootste probleem in de gezondheidszorg:

- het ordenen van kennis en inzicht per deelaspect van menselijke gezondheid en van gezond menselijk leven en werken,
- het formuleren van een theoretisch gefundeerd maar vooral praktisch gericht sub-doel per deelaspect,
- het creëren van een adequaat, economisch werkend en voor ieder bereikbaar net van voorzieningen per deelaspect,
- het ervoor zorgen dat de artsen deze tijdens hun opleiding leren kennen en spelen,
- het ervoor zorgen dat „het volk", de consumenten beter worden voorgelicht over de mogelijkheden, vooral ook wat betreft de eigen verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid, zodat zij niet wachten met het denken daarover tot zij reeds tijdelijk of blijvend functioneel of organisch letsel oplopen.

Ziedaar de mijns inziens voor ons liggende opgaven.

#### LITERATUUR:

- 1 Buma J. T. De sociale kindhygiëne in Nederland. Uitg. van Gorcum, Assen. 1952.
- 2 Jökl, E. Alter und Leistung. Uitg. Springer Verlag, Leipzig. 1954.
- 3 Kuiper, P. J. Doelstelling van de gezondheidszorg. Medisch Contact nr. 23/1972, blz. 631.
- 4 Kuiper, P. J. Geneeskunde en gezondheidskunde. Medisch Contact nr. 29/1972, blz. 783.
- 5 van Mansvelt, J. Doelstelling in de gezondheidszorg. Medisch Contact nr. 31/1972, blz. 835.
- 6 Peter, L. en Hull, R. Het Peter Principe. Uitg. Kluwer, Deventer. 1971.
- 7 Reitsma, F. E. Gezondheidszorg en democratie. Tijdschr. Soc. Geneesk. 48 (1970) pag. 681.
- 8 Zielhuis, R. L. Theoretisch denkraam van hygiënisch beleid. Tijdschr. Soc. Geneesk. 45 (1967) pag. 345.



## ONCOLOGISCHE RICHTINGAANWIJZERS (XVII)

(Naar: „70 aanwijzingen voor de diagnostiek en behandeling van kwaadaardige gezwellen", Universitair Kanker Centrum Groningen.)

Universitair Kanker Centrum Leiden

### Algemeen

Premaligne aandoeningen zijn:

1. hyperkeratotische huidlaesies.
2. leucoplakie van de slijmvliezen.
3. poliepen in neus, blaas, darm.
4. chronische ulcera, w.o. röntgen-ulcera.
5. lupus- en brandwond littekens.

Behandeling c.q. controle is noodzakelijk.

### Gynaecologie

Op iedere uteriene bloeding in de menopauze moet een curettage volgen.

Maligne degeneratie bij kraurosis vulvae is geen zeldzaamheid. Regelmatige controle is derhalve geïndiceerd.

## Teleac-nascholing huisartsen

In de met ingang van 24 oktober begonnen uitzendingen door Teleac van de zesde serie televisieprogramma's in het kader van de post-academische nascholing van huisartsen, volgt op dinsdag 14 november de vierde en laatste uitzending. Het onderwerp van deze uitzending is fluor- en cervixdiagnostiek. Uitzending geschiedt na beëindiging van het journaal op Nederland I. Op dezelfde zender wordt op zaterdag 18 november een herhaling gegeven van 10.00 tot 10.30 uur.

Met betrekking tot het in deze laatste uitzending te behandelen onderwerp stellen de organisatoren van de cursus dat de oorzaak van de pathologische fluor in de meeste gevallen gemakkelijk is op te sporen. Dit programma is onder meer bedoeld om de techniek van het fluoronderzoek te demonstren. Bij de diagnostiek van cervixafwijkingen is de situatie anders. Hier is men in belangrijke mate aangewezen op cytologisch onderzoek, waarvoor in het algemeen opsturen van een uitstrijkje naar een laboratorium noodzakelijk is.

Dit programma werd voorbereid in samenwerking met J. M. J. Dony, arts, verbonden aan de afdeling gynaecologie en verloskunde van de R.K. Universiteit te Nijmegen, en met medewerking van R. A. de Melker, huisarts.

# De benadering van de abstracte problematiek met name die van de geestelijke gezondheidszorg

*Door Dr. H. K. Scheffer, arts te Den Haag*

## 1. Stelling

Na zorgvuldig overwegen wordt gemeend als medicus practicus te moeten stellen: de benadering — ontleding, beoordeling en aanpak — van alle abstracte problematiek vertoont kenmerken die als tekortkomingen van fundamenteel-structurele aard dienen te worden beschouwd.

Voor deze verstrekkende uitspraak wordt over sterke zakelijke argumenten beschikt. Deze zijn ontleend aan bepaalde ontwikkelingen en toestanden in de huidige samenleving, die naar mijn mening in nauwe samenhang staan met de ontwikkelingsgang van het denken, zowel concreet (stoffelijk) als abstract („in het dagelijks leven veelal opgevat als om tastbaar, onstoffelijk” — Van Dale).

## 2. Ontwikkelingsgang van het denken

De primitieve mens denkt vrijwel uitsluitend concreet. Tot abstract denken is hij niet of nauwelijks in staat. Al het ontastbare wordt op simpele wijze gematerialiseerd en gepersonifieerd door het toekennen van magische krachten aan voorwerpen, respectievelijk vage wezens: demonen, geesten en goden. De beleving is deels zakelijk, deels emotioneel, niet of nauwelijks ethisch. Dat „angst” als vrees voor het onbekende daarbij een grote rol speelt, is alleszins aannemelijk. Doch de oorzakelijkheid is afdoende verklaard, wordt bovendien unaniem aanvaard, schept geen problemen.

2.1. Het stoffelijk denken heeft zich tot grote hoogte ontwikkeld. De doeltreffendheid wordt desniettemin benadeeld door twee factoren. In de eerste plaats door de hand over hand toenemende hoeveelheid kennis; de overdracht moet noodgedwongen plaats vinden via conditioneren. In de tweede plaats doordat de aard van het abstracte denken objectieve retrospectie en synthese met het concrete in de weg staat.

2.2. Het abstracte denken, dat zich gaandeweg heeft ontwikkeld, is subjectief-subjectiverend. Daarmee treedt het in verbinding met de gehele persoonlijkheid, inclusief geldingsdrang en instinct tot zelfbehoud. Daarmee doen verdeeldheid en vooringenomenheid, vooroordeel en emotionaliteit hun intree, doet het affect zijn invloed gelden. Rümke<sup>1)</sup> heeft daaromtrent opgemerkt: „Zelfs geleerden van wereldnaam oordelen in affect even stompzinig als

de domste medemens”. Het „chronische” affect van een vaste overtuiging belemmert op duurzame wijze de vrijheid in benaderen.

Animisme en polytheïsme ontwikkelden zich tot vormen van monotheïsme. Wat vroeger „geloof” was, werd „bijgeloof”, doch handhaafde zich gedeeltelijk. De kern van het abstracte denken, het religieuze, bleef ondanks alle ontwikkelingen ongewijzigd primitief: magisch-mystisch-mythisch-metafysisch veronderstellen, getuige het handhaven van begrippen als geest, ziel, hemel, hel en duivel. Angst bleef een (hoofd)wortel. Daarentegen wijzigde de beleving zich grondig. De gehele westerse cultuur kwam sterk onder de invloed van het westerse christendom, een invloed die echter primair beangstigend is — ge zijt een zondaar — en eerst secundair verblijvend. De vrijheid in denken wordt extra aan banden gelegd, gehoorzaamheid wordt afgedwongen door onder „geloven” te verstaan: „aanvaarden op gezag”.

Zakelijke retrospectie en onpartijdigheid werden en worden, nog meer dan bij het concrete denken, belemmerd door conditioneren en moraliserend indoctrineren. Het aangeleerde — de leer — wordt tot conventionele wijsheid; Posthumus<sup>2)</sup> heeft daarover opgemerkt, dat deze „het gesprek tussen deskundigen mogelijk maakt; ze verschilt van echte wijsheid slechts hierin dat zij niet weet dat ze niets weet. Daarom schenkt zij geen aandacht aan afwijkende inzichten. Zij woont in een heilig huisje. Daarom is ieder, die twijfelt in haar ogen ketter, doordraver en doordrijver”.

2.3. Kortom, de huidige mens wordt op continue en multi-pele wijze geconditioneerd en moraliserend geïndoctrineerd, allicht meer ten negatieve dan ten positieve. (Van Emde Boas<sup>3)</sup> spreekt, ten aanzien van de aanstaande arts op seksueel terrein, van „dubbel negatief geconditioneerd zijn”).

## 3. Andere fundamenteel-structurele tekortkomingen

Alle abstracte benadering ondervindt de nadelen van de geschetste ontwikkelingsgang van het denken. Het verschil tussen de schematische som van al het positieve en al het negatieve — het nadelig saldo — is gemeten langs de abscis niet groot. Doch door de bestaansduur, gemeten langs de ordinaat van de tijd, is het verwerken en beleven tot een gewoonte, een semi-automatisme geworden.

Daardoor is men er zich tevens onvoldoende van bewust. Dit verklaart het blijven bestaan van de te noemen tekortkomingen.

3.1. De objectiviteit, de werkelijkheid — in de vorm van het natuurlijk reageren van de stof — wordt in meerdere of mindere mate ondergeschikt gemaakt aan de subjectiviteit van overtuiging, theorie of ik-idee, in plaats van omgekeerd.

3.2. Het mensbeeld is meer negatief dan positief, is zelfs defeatistisch.

3.3. De begripsomschrijving is onvoldoende zake-lijk of ontbreekt, suggereert probleemloosheid of schept problemen.

3.4. De taal is gekenmerkt door gebrek aan een-  
voud en begrijpelijkheid, is daarentegen vol vage  
en desondanks als „kreten” gehanteerde vaktermen,  
schone woorden en fraaie volzinnen.

3.5. De falende medemens wordt keurend be- en  
vooral veroordeeld, als een voorwerp zonder ziel.  
In het dagelijks leven: hij is lui, slap, te beroerd om  
zich in te spannen, een mislukkeling; in het wester-  
se christendom: ge zijt een zondaar; in de academi-  
sche psychiatrie-psychologie: ge weert af, ge ver-  
dringt, ge streeft naar zelfvernietiging. Ook deze  
vaktermen suggereren gebrek aan goede wil, op-  
zettelijkheid en schuld bij de daarvoor door de  
eeuwen heen gesensibiliseerde mens. Rümke<sup>4)</sup>  
merkte hierover op: „Dergelijke woorden dringen  
zich tussen de onderzoekende arts en de patiënt:  
dan is het alsof ik hem „doorheb”, hetwelk het hem  
„begrijpen” in de weg staat”.

3.6. De benadering qua diagnostiek en aanpak is  
symptomatisch in plaats van causaal. Ze is meer  
gericht op het „waarom” dan op het „waardoor”  
(van het waarom) of op het geleefd worden door  
natuurlijke vol-automatismen en cultureel semi-  
automatismen. Oorzaken en gevolgen worden niet of  
onvoldoende gekoppeld.

3.6.1. Ook na een voortreffelijke analyse van de  
symptomatologie c.q. van veronderstelde tekort-  
komingen in andermans denkbeelden vormt het ad-  
vies inzake aanpak gewoonlijk een ware anticlimax:  
of een oratio pro eigen discipline, doorgaans van  
„nietes-welles” gehalte, of een „we moeten” zonder  
meer.

#### 4. Individuele gevolgen

Voor de enkeling ontstaan nadelige gevolgen.  
Aannemelijk is bovendien dat de door bepaalde  
religieuze en moraliserende opvattingen geconditio-  
neerde angst verstoring inwerkt op het evenwicht  
tussen natuurlijke levensblijheid en levensangst, niet  
in sterke mate doch constant, chronisch. Bedoelde  
gevolgen zijn:

4.1. Innerlijke spanningen door conflicten tussen  
het aangeboren geërfde en het nadien verworvene,  
veroorzaakt door ongezond negatief-neurotiserend  
gedrag van de naaste omgeving. De ervaring leert  
dat zulks dusdanige vormen kan aannemen, dat de  
leer „sterker is dan de natuur”: de echte of pri-  
maire frustratie.

4.2. Vervolgens onwillekeurige doch onjuiste ne-  
gatieve zelfbeïnvloeding, resulterend in secundaire  
of pseudo-frustratie: opgeschroefde wensen en ver-  
wachtingen; het beleven van gevoelens als teleur-  
stelling, twijfel, onzekerheid, schuld, onmacht, een-  
zaamheid, ongelukkig zijn, gebrek aan voldoening,  
contact en liefde; vrees en angst voor de aardse en  
bovenaardse toekomst; en voorts onjuiste, negatieve  
rationalisatie van eigen gedrag („ik ben het toch  
zelf, die niet wil”).

4.3. Toenemende oordeelszwakte door emotio-  
nele betrokkenheid, versterkte geldingsdrang, on-  
zekerheid, onverdraagzaamheid en dergelijke.

4.4. Een „draagkracht” die absoluut of relatief  
achterblijft bij de „draaglast”, die toeneemt met het  
gecompliceerder en jachtiger worden van de samen-  
leving.

4.5. Alle nadelen van angst, vernauwend inwer-  
kend op bloedvaten en geestelijk blikveld.

4.6. Het geestelijk onvolwassen blijven, de doel-  
treffendheid van alle benadering benadelend, zij het  
te goeder trouw.

4.7. Al het voorgaande „verleidt” tot bewust han-  
delen tegen beter (ge)weten in, te kwader trouw: het  
„autopsychopatiseren” van het gedrag, met als vor-  
men schijn-eerlijkheid en schijn-heiligheid.

#### 5. Sociale gevolgen

Vooropgesteld wordt, dat de sociale gevolgen in  
feite secundair zijn. De mens is, doch in betrekking  
tot zijn omgeving. Bovendien is een samenleving  
geen aangeboren (natuurlijke) doch een verworven  
(cultureel) factor. Haar invloed is echter des te  
groter naarmate de enkeling meer onvolwassen is.

5.1. Automatische schaalvergroting, als genoemd  
sub 4.4.

5.2. Autopsychopatisch gedrag door het stellen  
van het eigen belang en/of dat van eigen groep  
boven het algemeen belang.

5.3. Stijgende kwantiteit aan informatie die ten  
koste gaat van de kwaliteit, getuige het met bijna  
paddestoelachtige snelheid verrijzen van allerlei  
„logieën” en „gedrags- en menswetenschappen”  
zonder dat (diepgaand) aandacht wordt besteed aan  
het waardoor van het menselijk gedrag, hetwelk  
terughoudendheid niet bevordert.

5.4. Accentverschuiving van plichten naar rechten, van vergroting van draagkracht naar draaglastvermindering, van werkelijke preventie naar pseudo idem.

5.5. Dalend welbevinden, absoluut en relatief achterblijvend bij het materieel welzijn: toename van ziekteverzuim, psychosomatische klachten, het gebruik van al of niet „geestverruimende” drugs en van middelen die door geneeskundig voorschrift promoveren tot wat ze niet zijn: „genees”middelen.

5.6. Toename van onsportief, laf, weerzinwekkend vandalisme, geweldpleging en misdaad.

5.7. Ontaarding van de aloude eerlijke „vernieuwingsdrang”, voerend tot gedragingen die veelal ernstiger terroriserend zijn dan de gewraakte.

## 6. Nadelige gevolgen op medisch terrein

6.1. Onvoldoende en/of onjuiste opleiding van de aanstaande arts en psychiater: te veel gericht op de grote psychiatrische ziektebeelden; te veel gebaseerd op zich onvoldoende vernieuwende theoriën; te veel gericht op het functioneren van het „onbewuste” als een zelfstandigheid die opzettelijk misleidt en waarvan de bedoelingen tegengesteld zijn aan de uitingen, althans als iets dat men moet „doorhebben”; te veel gericht op het detail, de indruk wekkend van „weten”; te weinig gericht op de werkelijkheid van het natuurlijk of tot onmacht vervormd reageren; te weinig zich bezighoudend met de geestelijke noden, de problemen van alledag, met fundamentele begrippen als „kunnen” (in staat zijn tot, het vermogen bezittend), „moeten” (in de zin van niet anders kunnen dan), „wensen” (pseudo-willen, geleefd worden) en „willen” (bewuste meningsvorming, in het besef van zelfdwang of innerlijke discipline bij de uitvoering).

6.1.1. Onvoldoend onderzoek naar stemming en beleving, onvoldoende navraag naar de mening van de betrokkene.

6.2. Vertroebeling van de relatie arts-patiënt(consultant), daar waar bij de arts het soma of een theorie op de voorgrond staat.

Een voorbeeld ter illustratie van beide punten. Bastiaans<sup>5)</sup> citeert, misprijzend, twee behandelende psychiaters die dezelfde patiënte als volgt kwalificeerden: „een rancuneuze, fallische persoonlijkheid, een vrouw die alle mannen, wellicht (sic!) ook de artsen en haar verloofde, zou willen castreren, respectievelijk een ambitieus meisje met een geweldige „struggle for power”, terwijl ook de veel misbruikte term viel van een masochiste die zich uiteindelijk te gronde zal richten”.

6.3. Symptomatische „diagnostiek” en aanpak, een symptoombehandeling die niet zelden jarenlang („domweg”) wordt voortgezet.

6.4. Inzake de oorzakelijkheid wordt het accent verschoven van de individuele naar de maatschappelijke factoren. Dit is ook het geval inzake de „preventie”.

6.5. Het niet denkbeeldige gevaar, dat bij de hulpverlening de aandacht meer wordt gericht op de belangen van de organisatie c.q. de organisator dan op die van de hulpzoekende.

6.6. Mede-oorzakelijkheid van het verschijnsel kwakzalverij, met groot gebrek aan „ziekte-inzicht”.

6.7. Oorzakelijkheid van het verschijnsel, te betitelen met „medische kwakzalverij”: het op onzorgvuldige wijze voorschrijven van symptomatica, met name psychofarmaca, vooral indien gesprekstherapie achterwege blijft. (Deze uitspraak — ten aanzien van ambulant behandelen — vindt steun bij Trimbos<sup>6)</sup>, die ten aanzien van klinisch behandelenden spreekt van „drogeren”, „hospitaliseren”, „invalidatietechnieken” en „eliminatieprocedures”!)

6.8. Zowel de huisarts als de psychiater is veelal niet in staat, niet primair door gebrek aan tijd, te zijn hetgeen hij kan zijn: de geneesheer van de ondeelbare, de gehele mens, lichaam en „geest” — de enige consulent die de patiënt/consultant volledig kan benaderen.

## 7. Gevolgen voor de geestelijke gezondheidszorg

Op grond van het voorgaande wordt geconcludeerd: de huidige benadering van de abstracte problematiek, in het bijzonder die van de geestelijke gezondheidszorg, is op min of meer verlamme — althans inadequate — wijze gesubjectieerd. De daaruit voortvloeiende differentiatie is niet alleen noodgedwongen, doch vergroot de „verwarring des geestes” meer dan deze te verkleinen. De benadering blijft bovendien „hopeloos” achter bij die van de technologieën en de somato-technische gezondheidszorg. Zij lost niets wezenlijks op, zij mist de aansluiting met de werkelijkheid. Kortom, de zorg voor de individuele en georganiseerde geestelijke gezondheid wordt op te vermijden wijze nadelig beïnvloed.

7.1. De onmisbare samenwerking met andere disciplines kan van groter na- dan voordeel zijn en houdt het gevaar in de individuele verantwoordelijkheid te doen opgaan in een collectieve.

## 8. Eigen benadering op stoffelijke grondslag

Zulks te stellen zou niet gerechtvaardigd zijn, indien niet een benaderingswijze zou kunnen worden aangegeven die de geschetste nadelen omzet in pluspunten. De eigen benadering is gebaseerd op ervaringen: de aloude, zich telkens weer bevestigende, en de wetenschappelijke, zich vernieuwende, aangevuld met een zo gering mogelijk aantal ver-

onderstellingen. (Uiteraard weet de mens niets. Alle „wetenschap” is „veronderstelschap”, waarvan de kans op juistheid toeneemt met het aantal bevestigde waarnemingen, uitgekomen voorspellingen en de duur van de observatieperiode.)

8.1. Het uitgangspunt is: de stof, het molecuul, het atoom(deeltje) leeft. De zogenaamde dode stof heeft althans kenmerken van leven: vertoont beweging, bezit energie en reageert op de omgeving door het aangaan van „verbindingen”. Deze reacties spelen zich speciaal af in de stof van bepaalde zenuwcellen, niet te beleven als overmacht van bijvoorbeeld duivelse aard „als te zijn bezeten van een boze geest” doch als honderd procent menselijk reageren, preventief en therapeutisch te beïnvloeden.

8.2. Het er-zijn van de stof is leven, in ontelbare vormen gedifferentieerd. De „natuur” is het overerbare, in tegenstelling tot al het verworvene: het cultureel, de „cultuur”. Uit het anorganische leven is, al of niet sprongsgewijs, het organische ontstaan, met als voorlopig eindstadium de (huidige) mens.

8.3. Behalve de tastbare behoeftes of onmisbare levensvoorwaarden aan zuurstof, water en voedsel, bestaan er kennelijk behoeftes op ontastbaar, geestelijk niveau. De twee belangrijkste lijken te zijn: die aan zekerheid gevende „veiligheid” en die aan met onzekerheid gepaard gaande „ontplooing”. Het ter bevrediging aangeboden is geestelijke voeding. Door exogeen „wangedrag” in gedragskundige zin wordt deze gemakkelijk tot wanvoeding door een teveel, een te weinig of een te onevenwichtige samenstelling. Indien remming of vervorming optreedt, is eigen wangedrag het automatische gevolg.

8.4. Al het reageren of het functioneren vindt plaats in de cel, in de van moment tot moment bestaande moleculaire zijnstoestand. Deze bestaat uit het aangeborene en het verworvene aan indrukken, functioneert als reagens en als agens. Hoekstra<sup>7)</sup> stelde: „In elk geval staat vast dat alle bekende fysische wetten, de thermodynamica inbegrepen, opgaan in alle organismen”. Aan al het menselijke — al het reageren, het denken en voelen — ligt een organisch substraat van moleculaire samenstelling ten grondslag. Deze levende zijnstoestand reageert — en snel — op exogene en endogene prikkels, waaronder het denken en voelen.

8.5. Alle reageren of functioneren is in eerste instantie een kwestie van „kunnen”, van „moeten” in de zin van niet anders kunnen. De eerste reactie is volautomatisch, voorgevormd: de mens als homo automaticus. Tevens reageert de pasgeborene direct ook als homo suggestivus, uiterst gevoelig voor de aard van het exogene gedrag, voor sfeer en voorbeeld. Bovendien reageert hij als homo suggestorius. Deze twee reacties kunnen worden gevolgd

door een derde: het zich min of meer bewust worden hoe te hebben gereageerd, hetzij door „aanvoelen” als instinctieve of onbewuste homo sapiens, hetzij bewust door de ondervonden schade en schande. De vierde reactie, zo die kan volgen, is die van de bewuste, werkelijke homo sapiens: het willen wijzigen van eigen gedrag door zelfaankpak en opvoeding, met of zonder hulp.

8.6. De moleculaire zijnstoestand bepaalt de stemming: het gesteld of gestemd zijn van de moleculen. Stemming vertolkt, als elk gevoel, de betekenis, die (een wijziging in) de zijnstoestand heeft voor de gehele mens in de onderhavige situatie. Gedrag in gedragskundige zin is niet alleen het uiterlijke gedrag — de wijze waarop men zich gedraagt (Van Dale) — doch omvat ook het innerlijke, ontastbare gedrag. Gedrag is „de som van alle levensuitingen”. (Deze simpele waarheid wordt in de praktijk met voeten getreden; uiterlijk en innerlijk gedrag worden ontkoppeld, evenals symptoom en oorzaak.)

8.7. Geaardheid, karakter, persoonlijkheid, mentaliteit, geest en ziel corresponderen met de moleculaire zijnstoestand. Al deze begrippen fungeren in het dagelijkse leven als synoniem voor een kleiner of groter deel van het gedrag in gedragskundige zin. Zij zijn gesubjectiveerd zonder objectivering van de achtergronden. Zij worden bovendien magisch beleefd.

8.8. Religiositeit is, voor zover niet een inherent vermogen van de stof, en uiting van het denk- en gevoelsleven. Het is alsdan een verworven, cultureel veronderstellen, te goeder (of te kwader) trouw. De behoefte daaraan is groot, even groot als de mens klein is. De veronderstelling dat de mens een „onsterfelijke” ziel bezit is juist, voor zover hij voortleeft in de door hem teweeggebrachte indrukken.

## 9. *Consequenties van de stoffelijke visie*

In wezen bevat deze visie niets nieuws, hoogstens in het zich consequent distantiëren van het subjectiverend veronderstellen van ongewild of gewild tendentieuze aard. Zij tracht objectiverend door te dringen tot de oorzaak van het symptoom, tot het waardoor van onwizigbaar-natuurlijke en wizigbaar-cultureel factoren die het gedrag bepalen.

9.1. Zij verduidelijkt het ontstaan en blijven bestaan van de geschetste kenmerken van benadering zonder schuldig verklaren. Zij neemt alleen dan een zekere mate van schuld aan, waar sprake is van welbewust handelen te kwader trouw — een enorm verbreid euvel.

9.2. Zij verduidelijkt dat de uitgroei van „vermogens in aanleg” onder invloed staat van het milieu, min of meer zoals bij een zaadkorrel: hoe

sterk ook van aanleg, in een armetierig milieu is het resultaat armetierig. Voor een samenleving kan het resultaat schematisch worden verdeeld in drie groepen:

- a. „van huis uit”, letterlijk en figuurlijk, op blijvende wijze meer wel dan niet opgewassen tegen de deel-situaties;
- b. omgekeerd, van huis uit meer niet dan wel enz.; afgezien van de aanleg, de leer was sterker dan de natuur.
- c. de grootste groep, van huis uit aanvankelijk meer wel dan niet, doch vroeger of later toch niet blijvend opgewassen tegen de situatie(s).

9.3. Hij, die adequaat kan reageren, ondervindt daarvan het gunstige sneeuwbaaleffect. Het is geen verdienste, hij ervaart zonder al te veel moeite te kunnen, zonder te weten hoe. Omgekeerd is het sneeuwbaaleffect ongunstig, als sub 4.2. gesteld. Een gedachte c.q. het begeleidende gevoel heeft als het ware „hormoonkracht”, positief (gunstig) of negatief (ongunstig).

9.4. Al het geestelijke, met name het denken en voelen, is gebonden aan stoffelijke (re)acties, met name in bepaalde hersencellen. De zenuwcel is het enige bekende contactorgaan met het milieu, is het orgaan waardoor de mens is. In deze visie zijn „onbewust” en „bewust” kenmerken van elk innerlijk gebeuren: een twee-eenheid, een verhouding van het aantal wel en niet „ingeslepen banen”, het aantal wel en niet daarbij optredende associaties. Elk gebeuren, elke beleving is eveneens een verhouding van somato-organisch en psycho-organisch reageren, is psychosomatisch of zo men wil somatopsychisch, gepaard gaande met een trias van meer positieve of meer negatieve verschijnselen: gewijzigde orgaanfuncties met begeleidende sensaties (vegetatieve reacties) en de stemming als totaal-gevoel. Elke reactie staat in wisselwerking met de moleculaire zijnstoestand.

De positieve vragen krijgen nauwelijks aandacht, de negatieve des te meer. Zij veroorzaken bij de betrokkenen nieuwe spanningen, bij de niet-begrijpende onderzoeker ongeloof, ongeduld, geprikkeldheid, als projectie van diens onmacht en angst voor het onbekende-overmachtige. In zijn „bezweren” is hij de primitieve medicijnman (met het grote verschil dat de laatste nimmer kwetst). Hij reageert conform de primitieve mens.

9.5. Naar analogie met de organische „psychosomatosen” is het aannemelijk dat deze „osen” ook bestaan op ontastbaar, moleculair niveau: moleculaire psychosomatosen of somatopsychosen, in lichte graad reversibel, in verdere stadia moeilijker reversibel.

9.6. De metafysica, het bovenzintuiglijk veronderstelde, wordt gesteld op de plaats die het per definitie toekomt: na (volledige uitbuiting van) de fysica.

Deze visie laat een ieder volkomen vrij daaraan zelf zin en inhoud te geven en vergemakkelijkt het verlenen van een primair bemoedigend karakter aan de mens(levens)beschouwing.

9.7. Ofschoon amoreel, dat wil zeggen vrij van ontworpen moraal, bezit deze visie het kenmerk van (christelijke) liefde: zij veroordeelt niet, zij oordeelt zacht. Zij toont bovendien op logische wijze de juistheid en onontkoombaarheid aan van één der hoogste christelijke geboden: „Hebt de naaste lief als uzelve”. Wie meer neemt dan geeft, verbreekt een evenwicht en staat daarmee eigen geluk en welbevinden in de weg, ook al blijkt dit eerst later.

9.8. Schijnbaar kil door logica, is deze visie hartverwarmend. Zij mobiliseert de twee grootste menselijke krachten: blijmoedigheid en bewustwording.

9.9. Zij volstaat niet met een „we moeten” of met een „nietes-welles”-aankpak, doch houdt ten volle rekening met de werkelijkheid: de natuur van de stof, van de mens en de huidige toestanden.

9.10. Zij beschouwt „gezondheid” en „ziekte” als dynamische zijnstoestanden, door de medemens beoordeeld op wel-zijn, door de betrokkene op welbevinden. Gesteld kan worden: „Gezond respectievelijk ongezond is of reageert hij, die wel respectievelijk niet in staat is of denkt te zijn op eigen kracht — zonder menselijke of stoffelijke hulp — zijn gewijzigd welbevinden (gewoonlijk gedaald, soms te zeer gestegen) te normaliseren”.

9.11. De preventie wordt verdeeld in primaire preventie: die in gezinsverband, en secundaire of sociale preventie.

9.11.1. De primaire preventie zal zich, meer dan thans, richten op het bewerkstelligen van een evenwichtige verhouding tussen „beveiligen” en „ontplooiën door belasten”, op het stimuleren van denken in vrijheid gebonden aan verantwoordelijkheid, een en ander gecombineerd met het noodgedwongen — doch zo beperkt mogelijk — conditioneren, liefdevol gericht op een adequate aanpassing aan een samenleving: opvoeding door sfeer en voorbeeld.

9.11.2. De secundaire preventie zal steun verlenen aan de primaire. Zij zal zich eveneens richten op het primair vergroten van de individuele draagkracht, alsmede op het signaleren en bestrijden van aperte misstanden. De sociale consequenties van deze visie zijn ingrijpend. Met name de „beroepsbemoeier met de medemens” zal zich meer dan thans bewust dienen te zijn van zijn grote verantwoordelijkheid, alsook van het feit dat cultuur in gedragskundige zin niet automatisch alleen positieve waarde heeft doch evenzeer, en niet onwaarschijnlijk grotere, negatieve.

De opleiding van artsen, psychiaters, psychologen,

theologen, juristen en anderen zal dienen te staan in het teken van gedragskunde op stoffelijke basis, gebaseerd op het „waardoor” van het reageren. De aandacht zal meer „patiënt-centered” dan „organisation-centered” dienen te zijn.

9.12. De therapie van gestoord welbevinden zonder aantoonbare of vermoedelijke organische oorzaak is even „hard” als het oordeel „zacht”: zelf-aanpak na therapeutische voorbereiding. Deze bestaat uit gesprekstherapie, na medisch onderzoek naar organische oorzaken, doorgemaakte ziekten of ongevallen, gevolgen en veronderstellingen daaromtrent bij de patiënt/consultant. Het gesprek, in tweerichtingsverkeer, werkt specifiek ontlastend en is specifiek gericht op zelfherkenning. Het streeft naar het geven van inzicht, het vatbaar worden voor meer gezonde opvattingen en indrukken, die als het ware de aanwezige doen verbleken. Dit resulteert in het zich kunnen openen, in herbeleven en zelfherkenning.

De benadering is zo direct mogelijk, echter met een behoedzaamheid die als regel recht evenredig is met de mate van niet positief kunnen reageren en van „lijden”. Onder hetzelfde voorbehoud wordt aangemoedigd te komen tot een primair verblijdende al of niet religieuze levensbeschouwing, tot het verrichten van lichamelijke oefeningen met een positieve invloed op het welbevinden en tot het wijzigen van onhygiënische gewoonten inzake voeding, roken en alcoholgebruik.

Psychofarmaca worden beschouwd als symptomatica van vooralsnog hoogstens (zeer) tijdelijk nut, met (kans op) tenminste vijf nadelen: het bevorderen van een passieve instelling; het activeren van andere symptomen dan de onderdrukte; het niet leren aanvaarden van symptomen, laat staan het deze leren waarderen als signaal en als sanerende afvloeiing van spanningen ter voorkoming van desintegratie; het dempen of vergiftigen van „geestkracht”; en, vooral, het bevorderen van het afzien van gesprekstherapie (hetwelk het voorschrijven van psychotrope middelen in beginsel tot een schadelijke, zo niet onverantwoorde handeling maakt).

De therapie van de symptomen is derhalve indirect, gericht op het bewerkstelligen van werkelijke ontspanning c.q. het verkleinen van het conflict tussen „natuur” en „cultuur”.

9.12.1. Hoeveel voetangels en klemmen er liggen, leert de ervaring: „neurasteen-hysterische” klachten als eerste stadium van onder meer hersentumor, het

optreden van een organische aandoening bij een reeds jarenlang „klagende”, en de enorme marge tussen aantoonbaar en onaantoonbaar: bij congenitale algemene analgesie, een zeldzaam klinisch ziektebeeld met afwezigheid van pijnzin voor alle sterke prikkels, ook licht en geluid, zijn bij autopsie nooit morfologische afwijkingen gevonden (mededeling van Voorhoeve<sup>8</sup>).

## 10. Slotbeschouwingen

Vele belangrijke onderwerpen werden afgedaan in enkele regels. Desniettemin vormt de geschetste benadering een afgerond geheel, betreft oorzaken tot ver in het verleden, betreft gevolgen die weer tot oorzaken worden, betreft de collectieve voorgeschiedenis — het natuurlijke deel van de mens — en diens persoonlijke voorgeschiedenis en de beleving daarvan — diens culturele deel. Zij beoogt „de” werkelijke, de objectieve gedragskunde te zijn. Zij maakt elke andere benadering tot een onvolledige, een subjectiviteit, een ik-idee. Zij bewees bij toepassing haar aanvaardbaarheid en haar „aanspreekbaarheid”.

De consequenties van deze visie zijn even simpel als revolutionair. De visie is realistisch, schopt tegen alle heilige huisjes, ontziet niets maar beschuldigt niemand, behalve de „autopsychopaat” in de mens. Haar kracht is tevens haar zwakte: eenvoud, zo simpel dat het hinderlijk en beschamend is. De uitspraak van Bok<sup>9</sup>): „Gezien de eenvoud van de gedachtengang, die tot deze conclusie voert, is de betrouwbaarheid ervan zeer groot”, geldt hopelijk ook voor deze visie.

## Literatuur

1. Prof. Dr. H. C. Rümke. Nieuwe studies en voordrachten over psychiatrie. Amsterdam 1958.
2. Prof. Dr. K. Posthumus. Rectorale rede. Universiteit en Hogeschool, oktober 1963.
3. Prof. Dr. C. van Emde Boas. De arts in de schaduw der normen. (Bespreking in M.C. nr. 15/1971, blz. 415)
4. Prof. Dr. H. C. Rümke. Tussen normaliteit en psychose. Amsterdam 1963.
5. Prof. Dr. J. Bastiaans. Psychische aspecten van hoofdpijn. huisarts en wetenschap, 1971/4.
6. Prof. Dr. C. J. B. J. Trimbos. Perspectieven en wensen in de sociale psychiatrie. Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid 6/1970.
7. Prof. Dr. Joh. Hoekstra. Wegwijs in de scheikunde. Utrecht 1966.
8. Prof. Dr. P. E. Voorhoeve. Neurofysiologische aspecten van pijn. *Medicinae scientia donat*, nr. 7/1969.
9. Prof. Dr. S. T. Bok. Het ontstaan van het leven. Utrecht 1963.

## Bestuursvergadering d.d. 8 september 1972

*Mededelingen naar aanleiding van de vergadering van het centraal bestuur van de L.A.D. gehouden op vrijdag 8 september 1972. Voor publikatie vrijgegeven in de vergadering van het college van gedelegeerden van de L.A.D. d.d. 12 oktober 1972.*

Voorzitter: H. Voorzanger.

*De structuur van de K.N.M.G.* zal worden bestudeerd door een door het hoofdbestuur der Maatschappij in te stellen commissie, waarin ook vertegenwoordigers van groeperingen van artsen die tegen zekere aspecten van de organisatie van de K.N.M.G. bezwaar hebben zullen worden opgenomen. De L.A.D. zal door J. J. R. Buirma en Dr. F. A. Nelemans worden vertegenwoordigd.

*De rechtspositie van de assistent-geneeskundigen* wordt besproken. Het Pensioenfonds voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke belangen (P.G.G.M.), het bedrijfspensioenfonds voor werknemers in dienst van privaatrechtelijke ziekeninrichtingen, heeft bepaald, dat de regelingen van dit fonds voor de assistent-geneeskundigen in dienst van de genoemde ziekenhuizen van toepassing dienen te worden geacht. Dit is in overeenstemming met een desbetreffend verzoek van het centraal bestuur der L.A.D., opgesteld in overleg met en op verzoek van het hoofdbestuur der Landelijke Vereniging van Assistent-Geneeskundigen (L.V.A.G.). Tegen de verplichtstelling worden nu bezwaren vernomen van verschillende direct en indirect hierbij betrokkenen. Het centraal bestuur meent, dat in het algemeen een goede oudedagsvoorziening en vooral een goede risicodekking ook voor assistent-geneeskundigen van groot belang dient te worden geacht. In dit kader lijkt de verplichtstelling van het P.G.G.M. voor assistent-geneeskundigen juist.

De door het bestuur der Vereniging tot behartiging der belangen van Nederlandse Longlijders voorgenomen sluiting van de „Eugenia-kliniek” te Davos komt aan de orde. Een lid van de L.A.D. heeft het centraal bestuur der L.A.D. de vraag voorgelegd, of het centraal bestuur de door Mr. J. J. Witteveen ondernomen actie om een buitengewone vergadering van de Vereniging bijeen te doen komen, juist acht. Het centraal bestuur steunt deze actie onvoorwaardelijk, omdat deze onvermijdelijk wordt geacht in het raam van de arbeidsrechtelijke belangenbehartiging van enkele leden, zijnde een der belangrijkste taken van de L.A.D.

*Het accountantsrapport over 1971 en de concept-begroting voor 1973* worden besproken aan de hand

van een toelichting van de penningmeester van het centraal bestuur, J. H. van Dalen. Het centraal bestuur verenigt zich met de concept-begroting voor 1973, op grond waarvan de contributie voor de L.A.D. niet zal worden verhoogd.

*De personeelsbezetting van het bureau der L.A.D.* wordt door het centraal bestuur voor uitbreiding vatbaar geacht. Op grond van een notitie van de voorzitter en de medisch adviseur, waarin duidelijk naar voren komt dat het bureau in toenemende mate wordt overbelast, wordt besloten uit te zien naar een medewerker van academisch niveau.

Het centraal bestuur wordt geconfronteerd met een tweetal toekomstige *wijzigingen in de samenstelling van het bestuur*, omdat de voorzitter, H. Voorzanger, en de onder-voorzitter, W. C. de Boer, de wens hebben te kennen gegeven per ultimo 1972 af te treden. Zowel de voorzitter als de onder-voorzitter kan de mate waarin van hen momenteel tijd wordt geleverd voor activiteiten in L.A.D.-verband, niet langer verenigen met hun functioneren als arts in dienstverband.

*Het functioneren als officier-arts* wordt besproken naar aanleiding van een notitie, opgesteld in overleg met enige officieren-arts door het bureau der L.A.D. Deze officieren-arts zullen worden uitgenodigd voor een bespreking van de door hen gesignaleerde problemen, liggende onder meer op het gebied van de onafhankelijkheid van het medisch handelen in dienstverband en op de rechtspositie als militair arts.

Aan het 25-jarig jubileum van de L.A.D. zal in mei 1973 in bescheiden mate aandacht worden besteed.

*De honorering van het wetenschappelijk corps der medische faculteiten*, waaromtrent de „Commissie Smallenbroek” heeft gerapporteerd, vormt wederom een onderwerp van bespreking. Aan de minister voor Wetenschapsbeleid is opnieuw gevraagd, in een gezamenlijk schrijven van K.N.M.G. en L.A.D., terzake een standpunt te formuleren. Het centraal bestuur meent, dat op een dergelijk standpunt nauwelijks nog langer zal mogen en kunnen worden gewacht, nu het al weer bijna twee jaar is geleden, dat de Commissie Smallenbroek rapporteerde.

Het centraal bestuur houdt zich bezig met de vraag, of het wenselijk is dat *duplicaten van keuringsrapporten* aan de huisartsen van de gekeurden worden toegezonden. Deze vraag werd aanhangig gemaakt in aansluiting op artikelen in Medisch

Contact van de hand van Dr. H. Doeleman (M.C. d.d. 19 november 1971, blz. 1210) en van A. M. van Dongen (M.C. d.d. 1 oktober 1971, blz. 1028). Het centraal bestuur stelt zich op het standpunt, dat dergelijke duplicaten slechts met instemming van de patiënt aan zijn huisarts dienen te worden verzonden en dat een duplicaat niet zal behoeven te worden verzonden aan de huisarts wanneer er geen bijzonderheden tijdens de keuring naar voren zijn gekomen.

**MC**

**PERSONALIA**

#### *Nieuwe leden*

F. Beaumont, Rincon z/n Bonaire, Ned. Antillen  
 E. van der Berg, De Reiger 66, Hoogeveen  
 N. H. M. van Bergen, Postelse Hoeflaan 222, Tilburg  
 R. H. Booy, Schaperstraat 22, Dordrecht  
 Mevr. B. M. T. Bredero-Schalken, Beneluxlaan, Boxtel  
 H. Chiang Ching Tsai, Malvert 60-91, Nijmegen  
 J. T. Collet, Korte Heul 121, Bussum  
 H. J. M. Cools, Emmastraat 3, Rijswijk  
 D. H. Dijkstra, Laan van het Kinholt 133, Emmen  
 M. T. Falkenberg, Tukseweg 105, Tuk/Steenwijk  
 L. J. Fijn van Draat, Duinstraat 19, 's-Gravenhage  
 J. van der Gaag, Pioenweg 3, 's-Gravenhage  
 G. A. M. van Gaal, Uranusstraat 3, Nijmegen  
 P. Gans, Moleneind 82, Kortenhoef  
 W. B. Goslinga, Lijsterbeslaan 18, Oostvoorne  
 A. van de Griek, 1e Jan Steenstraat 67, Amsterdam  
 A. M. Hemmes, Sao Paulodreef 45, Utrecht  
 F. F. Hofman, 356 Reamerplace Oberlin, Ohio, U.S.A.  
 Mej. D. M. van der Horst, Achtersekamp 6, Stadskanaal  
 M. J. van der Horst, Mariaplaats 22, Utrecht  
 Mej. E. T. Hoving, Ws Colocasia, Herengracht t/o 65, Amsterdam  
 P. L. Keesmaat, Eikstraat 25, Utrecht  
 J. H. Klasens, Da Costakade t/o 74, Utrecht  
 Dr. M. Kocourek, A. Nobellaan 585, De Bilt  
 H. M. Kuypers, Molenweg 10, Sittard  
 H. G. K. Liem, Harpstraat 15, Nijmegen  
 H. J. van der Linden, Jansdam 5 bis A, Utrecht  
 Mevr. L. J. Meijer-Spijker, P. Breughelstraat 29 bis, Utrecht  
 D. J. Muller, Theemdsdreef 436, Utrecht  
 W. J. Noordanus, Gooioord 188, Amsterdam  
 Dr. N. J. A. Noorduyt, Rijksstraatweg 27, Sleeuwijk  
 R. P. Ovink, Oude Kamp 3, Utrecht  
 W. Paul, Thorbeckelaan 30, Amstelveen  
 Dr. B. A. de Planque, Vijverweg 23, Dordrecht  
 P. H. J. Puttiger, Mr. van Damweg 16, Renkum  
 Mej. M. J. E. v. Puyenbroek, Mozartlaan 675, Tilburg  
 W. H. Puyn, Terrahof 14, Tilburg  
 F. S. Rachmat, Bergen IJendoorn, Park 1, Gouda  
 Mevr. A. van Rossum-Kaminski, Engelandlaan 404, Haarlem  
 D. J. Scholten, Groenezoom 10, Badhoevedorp  
 A. C. L. G. van Soest, Eikenweg 40, Schagen  
 H. J. J. Spierings, Tollensstraat 15, Oss  
 R. G. M. Stalpers, Tolhuis 35-14, Nijmegen  
 B. A. J. M. Steenaert, St. Annastraat 580, Nijmegen  
 G. H. Sterringa, Zutphenseweg 43, Vorden



## **ONCOLOGISCHE RICHTINGAANWIJZERS (XVIII)**

(Naar: „70 aanwijzingen voor de diagnostiek en behandeling van kwaadaardige gezwellen”, Universitair Kanker Centrum Groningen.)

**Universitair Kanker Centrum Leiden**

### **Houding**

Begeleid niet alleen de patiënt, maar ook zijn familie.

### **Gynaecologie**

Voor de menopauze dienen alle ovariumtumoren met een doorsnede van meer dan 6 cm. te worden verwijderd; na de menopauze geldt dit voor alle tumoren.

Bij bloedverlies per vaginam in de zwangerschap denke men, behalve aan obstetrische complicaties, aan carcinoom.

A. P. M. van Strien, Einsteinstraat 119, Nijmegen  
 H. J. Stijnen, Groenstraat 12, 3761 Neerharen, België  
 Mevr. K. N. Tan-Lim, Nijhofflaan 4, Uithoorn  
 A. F. Tempelaar, Maj. v. Swietenlaan 2, Frederiksoord  
 T. Y. The, Prof. Huybersstraat 129, Nijmegen  
 R. E. Thieme, Berkenrodelaan 17 hs, Amstelveen  
 T. A. Thomas, Beerze 11, Zwolle  
 J. Troost, Breedendamlaan 4, Beusichem  
 P. H. E. van der Veen, Ws. Orcka Beyummerweg 5, Noorderhoogebrug  
 A. A. M. Venmans, Ringbaan Oost 28, Tilburg  
 J. C. J. Verhulsdonck, Thorbeckelaan 68, 's-Gravenhage  
 A. P. H. van der Vet, Baarnseweg 64, Den Dolder  
 Mej. V. I. M. H. Wagenaar, Javastraat 3, Nijmegen  
 C. H. G. Wels, Frans Erensstraat 16, Tilburg  
 J. W. Wiers, Kon. Emmalaan 74, Leerdam  
 H. A. W. J. van der Wissel, Prof. Hoogveldstraat 27, Nijmegen  
 E. C. R. Wijffels, Corduenerstraat 21, Tilburg  
 Mevr. A. M. J. W. Wijffels-Teeuwen, Corduenerstraat 21, Tilburg  
 T. K. Yap, Spicaring 12, Dordrecht

#### *Overleden:*

Mej. A. Blonk, Kijkduinsestraat 994, 's-Gravenhage  
 Dr. Th. B. J. Heinemann, Fred. Hendriklaan 19, 's-Gravenhage  
 A. Marseille, Hengelosestraat 84, Enschede  
 Dr. S. Schaafsma, Boerhaavelaan 50, Leiden

*Plaatsing van brieven in deze rubriek houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich overigens het recht voor de te publiceren brieven in te korten.*

#### GEEN ECHTE VROUWEN??

Het is een goede zaak te noemen, dat collega Jansma zich bezint op de ontwikkeling welke gaande is in de geboorteregelingmethodieken (M.C. nr. 41/1972, blz. 1099). Jammer is, dat hij zich daarbij laat leiden door argumenten die een reële discussie onmogelijk maken.

I. „Liefde zonder vrees” mag dan niet een direct medische indicatie zijn tot sterilisatie, gezien in een breder gezichtsveld en op langere termijn is zij beslist wel een indirect medische indicatie (ofwel een sociaal-medische) door de positieve invloeden die ervan kunnen uitgaan:

- a. op de mogelijkheid van verdieping van wederzijdse waardering en aanhankelijkheid door het samen genomen besluit tot definitieve sterilisatie;
- b. op de verdere beleving van de seksualiteit als één der uitingsvormen van de onderlinge liefde;
- c. op de reeds bestaande kinderen.

Juist bij sterilisatie van de man krijgen deze invloeden de meeste kans door het ontbreken van de biologische noodzaak, waardoor een eenzijdig gerichte (voornamelijk door de vrouw gedragen) beslissing tot de onmogelijkheden behoort. Dit vormt tevens het argument dat de suggestie van collega Jansma weerlegt, dat vasotomie de promiscuïteit zou moeten indammen (óf heb ik deze passage verkeerd begrepen?). Immers, juist door het samengaan in het verzoek om sterilisatie is de gedachte aan promiscu gedrag weinig waarschijnlijk. Juist deze mensen dragen dus niet bij aan de indamming van de promiscuïteit.

II. Een ronduit belachelijk argument voert collega Jansma aan, als hij verklaart niet te kunnen aannemen dat een echte vrouw zich tot een steriele man kan voelen aangetrokken. Ik ben op thuisreis van het congres van de K.N.M.G. dat als thema had: „Het kinderloze huwelijk”. Een derde deel van de onvrijwillige kinderloosheid komt voor rekening van de steriele man. Kennelijk ging er van deze mannen toch wel aantrekkingskracht uit, die

óók nog werd beantwoord en naar ik aanneem niet nadat de desbetreffende vrouwen zich hadden overtuigd van de vruchtbaarheid van deze mannen. Hoeveel sterker zal dan de aantrekkingskracht en de beantwoording daaraan zijn als de steriliteit het gevolg is van een besluit genomen in wederzijdse liefde, die (in de meeste gevallen) ook al zichtbare uitdrukking heeft gekregen in een of meer kinderen.

Zwolle, 14 oktober 1972

P. C. van der Burg-Beijk (vrouw)

#### DE PENSIOENREGELING VOOR ARTSEN

Als een patiënt tegen zijn arts zegt: „Dokter, dit drankje smaakt zo naar! Heeft u niet een middel dat lekker smaakt en me direct beter maakt?”, krijgt hij te horen: „Man, wie heeft er geneeskunde gestudeerd, jij of ik? Ik heb heus het beste met je voor”. Nu de dokter zelf ziek is aan zijn oudedagsvoorziening, heeft hij specialisten geraadpleegd: financiële en fiscale specialisten, juristen en economen. En wat is zijn commentaar op hun advies? „Uw drankje smaakt zo naar (duur)! Heeft u niet iets wat goedkoper is en beter helpt?” Uit het betoog van collega Eppens (M.C. nr. 42/1972, blz. 1130) valt af te leiden, dat hij bovendien denkt: „Ze zitten me te bedonderen! Die andere specialisten (de deskundigen van de privé - voorzieningen) hebben een lekkerder (goedkoper) drankje!”

Om de vergelijking door te trekken: onze oudedagsvoorzienings-ziekte wordt veroorzaakt door twee zeer virulente virussen: fiscus en inflatie. Die bestrijden we niet met gebedsgezegen of bezweringen of enquêtes. Nuchter en zakelijk laboratoriumwerk, intensieve studie en koel logisch denken, dat hebben we nodig, en dat is in de afgelopen jaren verricht. Emotionele kritiek kan het resultaat alleen bederven; zie de punten van collega Eppens (s.v.p. zijn artikel hiernaast leggen):

1. Onjuist. Het is pure logica-economie dat collectieve voorzieningen lagere premies inhouden. Vanwege de concurrentie is het in de praktijk ook het geval. De pensioenregeling heeft onder meer geen acquisitie-kosten.

2. Dat nu het tegendeel van een voordelige voorziening uit de bus is gekomen, is een subjectieve mening zonder argumenten. Voordelig is niet identiek met goedkoop.

3. Ten dele juist. Als ik me niet vergis is er inderdaad beloofd, dat het inbrengen van bestaande verzekeringen verlaging van de premie zou opleveren. Dat dit niet mogelijk bleek, zal op goede gronden berusten. a) De fiscus accepteert geen belastingvrijstelling van verzekeringen die afgesloten zijn als onderpand voor een krediet, en de financieringsinstellingen hebben hierbij vaak onnodig dure verzekeringen opgedrongen in plaats van de goedkope risicoverzekeringen. b) Het ligt voor de hand dat alle bestaande polissen zo'n diversiteit in voorwaarden, risico-, kosten- en winstberekeningen vertonen, dat het herleiden daarvan tot de lagere collectieve premie praktisch onuitvoerbaar is, mede door de tegenwerking van de commercie, die zich niet in de kaart zal laten zien. En het is logisch en billijk, dat alleen die herleide lage premie zou mogen worden aangewend als mindering op de verplichte premie.

4. Volkomen er naast. Geen enkele offeren die de inflatie dekt. Backmaatschappij kan een verzekering service en inflatiedekking zijn als Siamese tweelingen, niet van elkaar los te maken. Inflatiedekking is alleen mogelijk met een omslagstelsel, hetgeen essentieel inhoudt de verplichte deelneming van alle belanghebbenden. Ook de fiscale vrijstelling van privévoorzieningen is niet te realiseren wegens de vele mazen in de wet waardoor slimmeriken kunnen glippen met voordeeltjes, ten koste van de anderen. Zelfs in de huidige wetgeving zitten nog vele mazen.

5. De premie voor praktijkfinanciering kan niet worden ingebracht; dat is juist. Maar: 1e, de financieringsverzekering is vaak onnodig duur; 2e, de huidige premie komt neer op circa f 3.000,— verlaging van het verteerbare inkomen. De kosten van een auto voor vrouwlief zijn circa f 4.000,—; zij zal zich nu met een Eendje moeten zien te redden.

6. De premie stijgt nadat het inkomen is gestegen, bovendien met een lager percentage (volgens de index). Wegens de fiscale aftrekbaarheid en de progressieve tarieven levert dit een klein voordeeltje op, dus het tegendeel van een bezwaar. Dat de geldontwaarding door de winstdeling wordt gecompenseerd is een „grote leugen”. Reken maar na, het is niet zo moeilijk. De maatschappij die die leugen durft vol te houden zou aan de kaak moeten worden gesteld.

7. Deskundigen zijn altijd in de grote minderheid. De pensioenregeling is

een beslissing van deskundigen en van collegae die door jarenlange bestudering van deze materie wel zo deskundig zijn geworden, dat zij tot beslissen bevoegd zijn. Een enquête onder de artsen zou zijn waarde verliezen door emotionele en/of ondeskundige antwoorden. Aan zo'n enquête mogen alleen collegae deelnemen die door studie (ik schat minimaal 3 maanden economie en belastingrecht) en het afleggen van een examen van deskundigheid blijk geven. Men zendt toch ook geen enquête aan juristen met de vraag, hoe dik een platina kabel moet zijn waarmee een 100 pk elektromotor aan een 3-fasen stroombron van 380 V wordt verbonden? En uit de resultaten te concluderen, dat de meerderheid gelijk heeft? . . .

8. De citaten uit de Telegraaf zijn kennelijk ontleend aan een ingezonden stuk van een collega. Ik vind zijn argumenten ook onwettelijk. Collegae Van Rijn, Eppens, wij allen weten eigenlijk wel, dat die stroom van informatie door vele collega's direct de prullenbak in wordt geleid. Zij begrijpen de eenvoudigste fiscale termen niet, en hebben tijd noch interesse om het ooit te leren. Dat hoeft ook niet. Maar breek niet met propagandaleuzen: „Het is zo duur!” (leus afkomstig van de commercie) een mooi en degelijk werk af, als je er niets van begrijpt.

9. Ik geef me op voor bovenbedoeld examen. Wie volgt?

10. Indien de maatschappijen van de privé-voorzieningen het werkelijk goed menen met de artsen, zullen zij de lijfrenteverzekeringen, verbonden aan een financiering en mitsdien niet inbrengbaar, omzetten in een veel goedkopere risicoverzekering met afnemend verzekerd bedrag, die dezelfde zekerheid biedt. Door de pensioenregeling zijn die lijfrenteverzekeringen overbodig geworden, zeker in het geval dat de premielast ondraaglijk zwaar is. Welke maatschappij geeft het voorbeeld? Die lijfrenteverzekering kan dan premievrij worden gemaakt en ingebracht. Collegae, dring er op aan en blijf volhouden! Het zijn gladde kerels, die van de privé-voorzieningen. Pas na een maand — gelukkig niet te laat — kwam ik er achter, dat zij ook mij bij de neus hadden genomen!

Utrecht, 26 oktober 1972

Dr. J. Ph. Buschkens, anaesthesist

*Naschrift redactie:* Zie ook M.C. nr. 39/1972, blz. 1021, M.C. nr. 42/1972, blz. 1101, en M.C. nr. 43/1972, blz. 1133.

#### KIJKDICHTHEID

We zitten weer mooi midden in een aanval van histerie van de publiciteitsmedia. Natuurlijk moeten er meer hartoperaties worden gedaan. Maar ik heb nu al verschillende keren op „het scherm” de suggestie gezien dat er per jaar 56.000 hartinfarcten voorkomen in Nederland, dat de helft daarvan een dodelijke afloop heeft en dat dit alles een gevolg is van het feit dat er te weinig hartoperaties worden verricht. Zo althans komt dit over bij het publiek. Kortom er is een hekzenjacht aan de gang. Het schijnt voor de omroepverenigingen nu eenmaal een heel goed nummer te zijn om een „schandaal” uit de medische wereld te onthullen, en dan is zo'n ruzie tussen specialisten natuurlijk een bijna avondvullend onderwerp. Er zijn kennelijk nog altijd naïevelingen onder de medici die niet in de gaten hebben dat ze door de diverse verslaggevers op geraffineerde wijze tegen elkaar worden uitgespeeld. De kijkdichtheid vaart er wel bij. Bij dit soort verslaggeving rijst dan wel de vraag wanneer de grens tussen oprechte bezorgdheid en heimelijk leedvermaak wordt overschreden.

Slidrecht, 26 oktober 1972

J. H. Bade

#### PREVENTIE VAN TANDCARIES

Sinds 1960, toen het rapport van de Gezondheidsraad getiteld „Cariëspreventie met fluoriden” verscheen, is het zwaartepunt van die vorm van preventie steeds weer gelegd op de drinkwaterfluoridering — het verhogen van het fluorgehalte tot 1 mg per liter water. Nog door de fluorcommissie in 1960 nog gesproken over massamedicatie, al spoedig werd — zonder een zweem van bewijs — de fluor tot nutriënt verheven en was er dus van een geneesmiddel geen sprake meer. In navolging van Amerika en Canada heeft een werkgroep van T.N.O. vanaf 1953 in de plaatsen Tiel en Culemborg respectievelijk met en zonder gefluorideerd water een vergelijkend onderzoek naar de tandcariës ingesteld, en in tegenstelling met elders nu langer en beter, dat zeggen de onderzoekers tenminste zelf. Over andere middelen ter preventie werd niet meer gesproken en de indruk werd gewekt, dat fluor een uitstekend middel daartoe was.

Indien wij nu de resultaten van de fluoridering in Tiel nagaan, dan blijkt dat van de honderd kinderen van 13 jaar die levenslang een fluorzout met drinkwater hebben ingenomen er 23 een *goed* (3 of minder gaatjes), 48 een *redelijk* (4 tot en met 6) en 29 een *slecht* (meer dan 6 gaten) gebit heb-

ben (advies Volksgezondheid 1970/19, p. 30).

Het is een ervaringsfeit dat de cariës pas goed toeslaat in en na de puberteit en omstreeks het 19e jaar veelal kalmeert, ten minste bij behoorlijke gebitverzorging. Hoe zullen de gebitten der 100 proefkinderen er dus wel uitzien over 10 jaar. Een verzwarende omstandigheid bij het onderzoek in Tiel is nog dat bij het aldaar toegepaste röntgenonderzoek een aantal approximale gaten over het hoofd worden gezien (Backer Dirks en Van Amerongen, Tijdschrift voor Tandheelkunde 1953 p. 711) .

Op het schadelijke en welhaast ontoelaatbare van dit onderzoek is bij herhaling in de vragenrubriek van het Tijdschrift voor Geneeskunde gewezen. Het geven van het predicaat „goed” aan gebitten die reeds aangetast zijn door cariës is eigenlijk dwaas. Longartsen die zouden spreken over „goede” longen als deze slechts aan één longtop waren aangetast, over „redelijke” als twee toppen waren aangedaan en pas over „slechte” als de gehele longen ziek waren, zouden voor krankzinnig worden versleten. Goede gebitten zijn slechts die welke cariës-vrij zijn. Er bestaan cariësimmune monden maar helaas sporadisch.

Fluoridering doet wel iets, maar het is niet duidelijk wat en hoeveel. Duidelijk door iedereen te constateren is die werking door het plaatsen van een bos gladiolen in een vaas met gefluorideerd drinkwater: binnen een week kan men hem wegwerpen, omdat necrose der bladeren en schutbladeren der bloemen optreedt.

Hilversum, 27 oktober 1972

J. R. Jansma

#### OPVRAGEN GEGEVENS RÖNTGENOLOGISCH BORSTONDERZOEK

In het kader van de stralingshygiëne is het van belang dat een individu aan zo min mogelijk röntgenologische onderzoeken wordt blootgesteld.

Bij de demobilisatie van militair personeel wordt bij elke militair een röntgenologisch borstonderzoek verricht. Het is mij gebleken dat in deze periode bij dezelfde persoon nog één of meerdere malen eenzelfde onderzoek wordt verricht in het kader van aanstellingskeuringen.

Wanneer de keurling vraagt of men geen genoeg kan nemen met de uitslag van het kort tevoren in de militaire dienst verrichte röntgenologisch onderzoek schijnt dit verzoek nogal eens te worden afgewezen met de motivatie, dat deze gegevens niet of

moeilijk te verkrijgen zijn. Deze mening is echter onjuist. Het röntgenarchief van de Dienst Militaire gezondheidszorg is zeer snel toegankelijk. De gegevens staan ook ter beschikking van civiele instanties.

Men kan de aanvraag richten aan het hoofd Dienst Militaire Gezondheidszorg, Knoopkazerne te Utrecht onder vermelding van naam, voorletters en geboortedatum (zo mogelijk het registratienummer) van de betrokkene, terwijl uit de aanvraag tevens moet blijken dat de keurling geen bezwaar heeft tegen bekend maken van de uitslag.

's-Gravenhage, 30 oktober 1972

De generaal-majoor-arts  
inspecteur geneeskundige dienst  
van de koninklijke landmacht  
A. D. A. van Overeem

#### ARIE

In Praktijkperikelen (M.C. nr. 43/1972, blz. 1148) heb ik gezien: „Sinds Arie dood is die nog flesjes spoelde voor twee gulden per uur zit ik ook met dit probleem te tobben.”

Had dan ook maar meer dan twee gulden per uur betaald, dan was Arie niet doodgegaan en was er geen probleem geweest!

Amsterdam, 30 oktober 1972

S. Berreklouw

#### PENSIOENREGELING: NODIG?

Bij alle discussies over de pensioenregeling, in het bijzonder die voor specialisten, mis ik de fundamentele vraag of zulk een regeling nodig is. Is vroeger onderzocht of een groot deel van oude specialisten financieel hulpbehoevend is geworden, waardoor de nieuwe regeling „in een behoefte voorziet”?

Ik weet, dat deze vraag (te) laat komt voor verandering in de tegenwoordige regeling. Zou men de pensioenregeling wellicht later nog willen uitbreiden, dan is het toch goed eraan te denken of er wel behoefte aan bestaat.

Amsterdam, 30 oktober 1972

S. Berreklouw

#### K.N.M.G. EN ADOPTIE

Een late reactie op het geslaagde congres over het kinderloze huwelijk. Uit de verschillende lezingen kwam naar voren:

1. Honderdduizenden echtparen in Nederland blijven ongewild kinderloos.

2. Er is alle reden om aan te nemen, dat er veel onbekend en verborgen leed om kinderloosheid bestaat.

3. De meeste instellingen, die Nederlandse adoptiekinderen plaatsen nemen geen nieuwe aanmeldingen van echtparen die een kind willen adopteren meer aan. Hun wachtlijsten zijn groot genoeg.

4. Veel echtparen proberen een buitenlands kind te adopteren, waarvoor toestemming van het ministerie van Justitie is vereist, voor het kind het land in mag. In de meeste gevallen kost het vrij veel geld, dus wie dat niet kan missen komt niet in aanmerking.

Laten wij nu aannemen — wat zeer waarschijnlijk is — dat er veel „wereldkinderen” zijn die voor adoptie in aanmerking komen, maar voor wie die adoptie in Nederland om voor mij onduidelijke oorzaken een zeer stroef verlopende procedure is. Zou onze Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst haar macht niet kunnen gebruiken bij de remmende instanties om die procedure zo soepel te laten verlopen, dat *en* de kinderen *en* de kinderloze echtparen (en dat zijn er honderdduizenden) hiermee gelukkig zijn?

St. Anthonis, 31 oktober 1972

P. Luyckx, huisarts

zondheidszorg worden onvoldoende behartigd. Onvolkomenheden op het gebied van de psychohygiëne zijn een gevolg van manco's in de opleiding van artsen en verpleegkundigen, met name in gespreksvoering. De huidige mogelijkheden voor multidisciplinair onderzoek en begeleiding in jeugdgezondheidszorg zijn ontoereikend.” „Samenwerking tussen curatieve zorg, verloskundige zorg en jeugdgezondheidszorg is noodzakelijk ( ).” „Nauwe samenwerking tussen jeugdgezondheidszorg, onderwijs en onderwijsadviesinstanties en andere personen en instellingen die zorg verlenen aan jeugdigen is noodzakelijk.” „Een specifieke opleiding is noodzakelijk voor artsen en verpleegkundigen die werkzaam zijn in jeugdgezondheidszorg.” Het rapport is tegen de nog niet precies bepaalde kostprijs verkrijgbaar via de Stichting Samenwerkende Landelijke Kruisverenigingen, Postbus 216, Utrecht, tel. 030-313546.

¶

Op 9 december 1972 zal er een symposium over urineweginfecties plaatsvinden in Hotel „Crasborn” te Thorn onder auspiciën van Winthrop N.V. en onder voorzitterschap van Dr. E. Zep-penveldt, internist te Heerlen. Inleiders op dit symposium zullen zijn: J. M. Janbroers, medisch directeur Winthrop N.V.; Dr. A. S. Kalwij, bacterioloog te Roermond; Dr. H. S. de Vries, uroloog te Heerlen; Dr. S. P. M. van der Zee, kinderarts te Sittard.

¶

De Nederlandse I.B.R.O.-Commissie, ingesteld door de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen, maakt bekend, dat het departement van Onderwijs en Wetenschappen jaarlijks een bedrag beschikbaar stelt waaruit een beperkt aantal fellowships in de neurobiologie kan worden bekostigd. Deze vallen binnen het kader van een beurzenprogramma van de International Brain Research Organization (I.B.R.O.), mede op grond van bestaande overeenkomsten tussen Nederland en de Unesco. Deze fellowships staan ter beschikking van a) Nederlandse beoefenaars van alle wetenschappen, welke betrekking hebben op het zenuwstelsel, teneinde zich verder zuiver wetenschappelijk in het buitenland te bekwamen en daar ervaring op te doen; b) buitenlanders, die over een neurobiologisch onderwerp in de ruimste zin in Nederland onderzoekingen wensen te verrichten. De beurs omvat: een maand-toelage van f 700,— en een boekentoeelage van

#### MC | VARIA

„Jeugdgezondheidszorg, inhoud en uitvoering” is de titel van een rapport van de Subcommissie Jeugdgezondheidszorg van de Nederlandse Bond voor Moederschapzorg en Kinderhygiëne. De uitgave van dit rapport is het laatste wapenfeit van de inmiddels opgeheven bond. De subcommissie heeft vier jaar aan de samenstelling van haar rapport gewerkt. Een paar conclusies, te vinden op de bladzijden 131 t/m 134 van het 156 bladzijden tellende werkstuk: „De primaire preventie verdient een hogere prioriteit dan deze heden in de jeugdgezondheidszorg heeft. Hierbij dienen de op groepen gerichte gezondheidsvoorlichting en -opvoeding en de beleidsadvisering in het uitvoeringsprogramma te worden opgenomen.” „De psychohygiënische aspecten van het werk in de jeugdge-

maximaal f 250,— per jaar. Nederlanders, die in aanmerking wensen te komen voor de toekenning van een fellowship worden verzocht zich vóór 1 april 1973 schriftelijk te wenden tot Prof. Dr. J. Ariëns Kappers, secretaris, IJdijk 28, Amsterdam. Buitenlanders dienen zich vóór 1 maart 1973 te wenden tot de directeur van de Division of Training Abroad, Unesco, Place de Fontenoy, Parijs (7). Indiening van een curriculum vitae en een uitvoerig en goed gedocumenteerd werk-programma is noodzakelijk, evenals mededeling van de naam en het adres van het laboratorium of instituut waar men zou willen werken. In principe worden fellowships bij voorkeur verleend voor een periode beginnend in september en lopend tot september van het volgende jaar. Als uitzondering kunnen aanvragen voor kortere tijd dan een normale universitaire jaar-cursus tussentijds worden ingediend.



Historisch overzicht van de voorbereiding en uitvoering van de verschillende „euthanasieacties” in Hitler-Duitsland gedurende de eerste twee oorlogsjaren, waarbij meer dan 100.000 geestelijk gestoorde Duitsers, kinderen met aangeboren afwijkingen en soms ook politiek ongewenste tegenstanders in gaskamers om het leven werden gebracht. Reacties op deze acties, die later werden gevolgd door de massale vernietiging van de Joden, in binnen- en buitenland.

Dr. Menges stelt in zijn studie, dat men in deze samenhang eigenlijk niet van euthanasie (zachte dood) mag spreken: de beschikking waarin Hitler het doden van ongeneeslijk zieken regelde had slechts racistische, politieke en economische drijfveren; de belangen van de patiënten telden niet. Dit spraakgebruik raakte in de oorlog echter dermate ingeburgerd, dat er niet aan te ontkomen viel de term „euthanasie” sprekend over Nazi-Duitsland te blijven bezigen.



Van 9-12 mei 1973 zal in het Pavillon Spodex, Place de la Bastille, Parijs, de 2e Salon du Médecin worden gehouden. Deze vakbeurs heeft vier secties: vakinformatie, farmacie, medische apparatuur en gesloten circuit-tv. Dit blijkt een rondschrijven van de Franse ambassade, die tenslotte bericht dat nadere inlichtingen over de expositie worden verstrekt door Spodex, 15 Rue de la Paix, Paris (2e).

## MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

**Bestuur:** Dr. J. Degenaar, Epe, voorzitter; B. Q. A. Enneking, Breda, vice-voorzitter; Dr. J. A. Stoop, J. M. Kemperstraat 5, Utrecht, secretaris; G. A. C. Bosch, Amsterdam, penningmeester; J. H. van Meurs, Beverwijk.

**Redactie:** Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411.

**Uitgever:** Uitgeversmij. Kruyt B.V., Groot Hertoginnelaan 28, Bussum, telefoon 02159-16241\* postgiro 142554.

**Advertenties:** In te zenden — ook brieven op advertenties onder nummer — uitsluitend bij de uitgever. Advertenties behoeven

de goedkeuring der redactie en kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.

**Abonnementen:** Voor niet-leden der Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst f 50,—, plus f 2,— BTW = f 52,—, buitenland f 55,—, losse nummers f 1,56 (incl. 4% BTW). Opgave uitsluitend bij de uitgever.

**Adreswijziging:** Leden Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst uitsluitend aan Lomanlaan 103, Utrecht. Niet-leden aan Uitgeversmij. Kruyt B.V., Bussum.

**Oplage:** 17.520 exemplaren.

**Druk:** Verweij Mijdsrecht.

## KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

**Adressen:** K.N.M.G. (secretariaat, boekhouding, ledenregister, enz.) - Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband - Landelijke Huisartsen Vereniging - Landelijke Specialisten Vereniging - Centraal College - Specialisten Registratie Commissie - College voor Sociale Geneeskunde - Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie - Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (O.L.M.A.):

Lomanlaan 103, Utrecht

telefoon 030-885411

Postgiro K.N.M.G.: 58083

**Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen:**

secretaris P. J. M. Baudoin, Parkstraat 7, Assen, telefoon 05920-12184 of 12960; postgiro 111950 t.n.v. de penningmeester der Stichting Ondersteuningsfonds te Utrecht.

**Raad van Beroep:**

Dr. H. Navis, secretaris, Joris van der Haagenlaan 22, Arnhem.

\* \* \*

**Bureau voor waarneming en vestiging:**

van 8 tot 16.30 uur Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411:

uitsluitend na 18 uur en in het weekend: telefoon 020-798984.

**Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfondsen Artsen:**

Lomanlaan 103, Utrecht  
telefoon 030-887021