



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

EEN PERSCONFERENTIE

Op 9 januari i.l. heeft het hoofdbestuur van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst een perconferentie gehouden naar aanleiding van talrijke publicaties in de pers, waarbij een — werkelijk of vermeend — te kort schieten van de medische professie ter sprake kwam. Wij geloven dat dit een zeer verstandig besluit van het hoofdbestuur is geweest. Het is bekend dat het slechts

zeer zelden op deze wijze in de openbaarheid treedt en het zou een punt van discussie kunnen zijn of dit wel of niet vaker moet gebeuren. Doch daarover thans niet.

De voorzitter der Maatschappij heeft in deze conferentie gesteld dat in het bijzonder tijdens de weekendwaarneming bij een aanvraag voor een visite in het algemeen twee facetten naar voren komen: de situatie, van waaruit de arts handelt en de situatie, waarin de patiënt zich bevindt en die hem aanleiding geeft de hulp van de arts in te roepen. Bij de aanvraag moet de arts een beslissing nemen binnen zijn werksituatie en op grond van verkregen kennis van de patiënt en diens milieu, alsook van de gegevens, die hem ter motivering van een verzoek om zijn komst worden verstrekt. De arts zal dan moeten afwegen wat hem, gelet ook op zijn andere werkzaamheden, het eerst te doen staat. Daarmee raakt men aan de kern: dit afwegen is een selectieprobleem, dat voortdurend aan de orde is. Men moet er van uitgaan dat de arts bij dit afwegen steeds zorgvuldig te werk gaat, hetgeen niet uitsluit dat hij een beslissing neemt, die achteraf kan blijken niet de juiste te zijn geweest. Het is zeer goed denkbaar dat dit enerzijds het gevolg is te achten van onvolledige informatie van de kant van de patiënt bij het inroepen van de hulp van de arts, anderzijds van een onvoldoende organisatie van de hulpverlening aan de kant van de arts.

Van journalistieke zijde werd in deze bijeenkomst de centrale vraag gesteld: „Wat doet de Maatschappij voor Geneeskunst wanneer blijkt dat de waarnemingsdiensten onvolledig functioneren?“. Daarbij werd naar voren gebracht dat de redacties van enkele dagbladen

25e JAARGANG — No. 3 — 16 JANUARI 1970

INHOUD

Een persconferentie	45
F. A. Schalijs overleden	46
Hanteren van het beroepsgeheim (II)	47
Het probleem van de psychisch gestoorde bejaarden	53
Dr. H. Festen voorzitter van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid	54
Discussie over sociale geneeskunde	55
Resultaten bevolkingsonderzoek longziekten te Amsterdam	58
Registratieproject hartinfarcten	59
Universitaire berichten	60
Personalia	60
<i>Van het hoofdbestuur:</i>	
Samenstelling H.B. en D.B. in 1970	61
Kandidaatstelling hoofdbestuur	62
Kort verslag H.B.-vergadering	62
<i>Van de S.G.R.C.:</i>	
Nieuwe inschrijvingen	63
Uit de afdelingen	63
Brieven van lezers	65
Varia	67

Hoofredacteur: F. A. Bol.
Redactie: J. J. van Mechelen (secr.), C. C. G. Jansens.
Colofon op bladzijde 44.

nog al eens worden opgebeld door verontruste, c.q. verontwaardigde patiënten, voor wie het vaak moeilijk was tijdens de weekends de hulp van een huisarts te krijgen. Gezegd werd dat men in sommige steden soms vier tot vijf keer een alibifoon-antwoord kreeg alvorens de dienstdoende medicus aan het toestel te krijgen.

Hoewel wij deze uitlatingen natuurlijk dienen te relativiseren neemt dat een ondertoon van duidelijke ongerustheid daaruit niet weg.

De suggestie van een der journalisten om een centraal telefoonnummer bij de Maatschappij bekend te maken, waar het publiek zijn klachten kenbaar kan maken, werd door de voorzitter als een nuttige suggestie, het overwegen waard, aanvaard.

*
**

Deze persconferentie en de artikelen in de bladen rond de uitspraak van het Medisch Tuchtcollege te Zwolle en de betreuwenswaardige gebeurtenis in Amersfoort geven ons aanleiding tot het maken van enkele opmerkingen.

In de uitspraak van genoemd Tuchtcollege stond dat de huisarts van de patiënt niet bereikbaar was omdat hij bezig was met zijn visi-

tes. Nu geloven wij dat een van de vele taken van de huisarts is zorg te dragen, dat hij tijdens zijn werk optimaal bereikbaar blijft voor zijn patiënten. Was dit vroeger wel eens moeilijk, vooral op het platteland met zijn grote afstanden en waar de telefoontoestellen schaars aan te treffen waren, de laatste jaren is die bereikbaarheid — juist tijdens het visite rijden — belangrijk verbeterd dankzij de semafoon. Hoewel de semafoon, eventueel mobilfoon, nog geen oplossing biedt voor elke denkbare situatie, zouden wij toch willen stellen dat dit apparaat een onmisbaar onderdeel is van het huisartsen-instrumentarium.

Een andere notitie dezerzijds is dat men in een interview heeft kunnen lezen dat een collega desgevraagd aan de journalist mededeelde, dat een afdelingsraad slechts in actie kan komen nadat bij hem een klacht is ingediend. Blijkbaar niet ten overvloede willen wij hier nog eens stellen dat dit onjuist is. Een afdelingsraad — en na de komende reorganisatie ook de districtsraad — kan en dient ook actief op te treden, zonder dat een klacht is ingediend. Reeds het vermoeden dat er een onjuiste handeling is begaan door een arts dwingt de afdelingsraad — straks de districtsraad — het initiatief te nemen tot een onderzoek.

Het is van groot belang — en van de zijde van de pers werd dat in deze conferentie duidelijk naar voren gebracht — dat tijdens een waarneming voor de patiënt snel en duidelijk herkenbaar is welke arts hij kan raadplegen. Het zou bij de regeling van waarnemingen, vooral daar waar meerdere artsen dienst doen, overweging verdienen een centraal punt c.q. telefoonnummer te gebruiken, waar alle patiënten terecht kunnen en van waaruit duidelijke informatie kan worden gegeven welke arts(en) op dat ogenblik beschikbaar is (zijn). Te denken valt aan de centrale doktersdienst (Amsterdam) of een grote bedrijfsgeneeskundige dienst, die dag en nacht bereikbaar is. Dit zijn slechts enkele suggesties, die plaatselijk zouden kunnen worden bekeken. Hoofdzaak is een regeling, gemakkelijk herkenbaar voor de patiënt, zodat communicatiestoornissen op dit punt tot een minimum beperkt blijven.

Wij twifelen er niet aan dat op deze persconferentie een belangrijke zaak aan de orde is geweest en hebben er het volste vertrouwen in dat de Maatschappij de weg weet te vinden om de geneeskunst — die in Nederland toch onmiskenbaar op een hoog niveau staat — nog beter te doen functioneren.

F. A. Bol

OUD-VOORZITTER F. A. SCHALIJ OVERLEDEN

Overleden is op 89-jarige leeftijd de oud-voorzitter van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst F. A. Schalijs. Hij behoorde tot de weinige nog in leven zijnde oudhoofdbestuurleden uit de periode van voor en het begin van de oorlog. Destijds, toen de zittingsduur als lid van het hoofdbestuur niet samenviel met het kalenderjaar, stond collega Schalijs voor een zeer moeilijke taak, want gedurende zijn presidium van 1 juli 1940 tot einde juni 1941 werd de greep van de bezetter op de artsenorganisatie steeds sterker en in juni 1941 tenslotte zo inacceptabel, dat de uittreding van de leden uit de Maatschappij begon en het artsenverzet tot ontwikkeling kwam.

Collega Schalijs, die Officier was in de Orde van Oranje Nassau, was na de veertiger jaren lange tijd voorzitter van het Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen en heeft tot op hoge leeftijd belangstelling getoond voor de organisatorische ontwikkeling van de Maatschappij. Men heeft dat in het bijzonder nog kunnen constateren toen na hem, bijna vijfentwintig jaar later, zijn zoon Dr. G. Schalijs het voorzitterschap der Maatschappij in 1964 bekleedde.

HANTEREN VAN HET BEROEPSGEHEIM (2)*

Overwegingen betreffende structurele consequenties op het gebied van de extramurale zorg

Door Dr. A. B. Haartsen, Dr. Ir. W. Hoekstra en Th. Sybema, arts

Inleiding

De toepassing van een informatie-verwerkend systeem op het gebied van de gezondheidszorg kan niet meer worden beschouwd als een ontwikkeling in de verre toekomst. Uit het voorgaande artikel (M.C. no. 2/70, bladzijde 29) betreffende de hanteling van het beroepsgeheim bleek evenwel een analyse van dit beroepsgeheim noodzakelijk te zijn, wil de automatische verwerking van geneeskundige informatie medisch ethisch verantwoord kunnen gebeuren. De door de automatisering veroorzaakte wijziging in procedures, de herziening van methoden en de dientengevolge nieuwe resultaten geven aanleiding tot veranderingen in arbeidsorganisaties. De ervaring leert, dat wanneer op een bepaald gebied de computer wordt toegepast bij de verwerking van de informatie, behalve veranderingen in de arbeidssituatie, vaak ook een ombouw van de structurele organisatie is vereist. Deze nieuwe organisatie berust op een systeem-ontwerp, dat tot stand komt door middel van een systeem-analyse. Reeds tijdens deze systeem-analyse, waarbij de behoefte aan informatie wordt vastgesteld, blijkt veelal de noodzaak tot verbetering van de bestaande organisatie en de efficiency in de voordien gangbare procedures. Een systeem voor automatische informatie-verwerking vereist een duidelijke kanalisering van de informatie-stromen binnen de organisatie. Een herziening in de structurele opbouw van de organisatie is meestal vereist, wil deze kanalisering kunnen worden gerealiseerd.

Wanneer de toepassingsmogelijkheden van de computer op het gebied van de geneeskunde zich gaan uitbreiden van de intramurale zorg naar de extramurale zorg, dienen hiervan de structurele consequenties onder ogen te worden gezien. In het eerste artikel betreffende de hanteling van het beroepsgeheim werd reeds gewezen op structurele consequenties, welke voortvloeien uit de analyse van het beroepsgeheim. Enkele informatie-stromen werden aangewezen, die op medisch-ethische gronden van elkaar moeten worden onderscheiden. In de huidige structuur van de gezondheidszorg zijn deze stromen ook aanwezig, maar van een duidelijke

lijke kanalisering is geen sprake. Bij invoering van een systeem voor automatische informatie-verwerking is deze kanalisering evenwel noodzakelijk. Het is derhalve aangewezen de structurele opbouw van de gezondheidszorg nader te bezien, waarbij wij in dit artikel ons zullen beperken tot de structurele consequenties, die voortvloeien uit de eerder genoemde analyse van het beroepsgeheim.

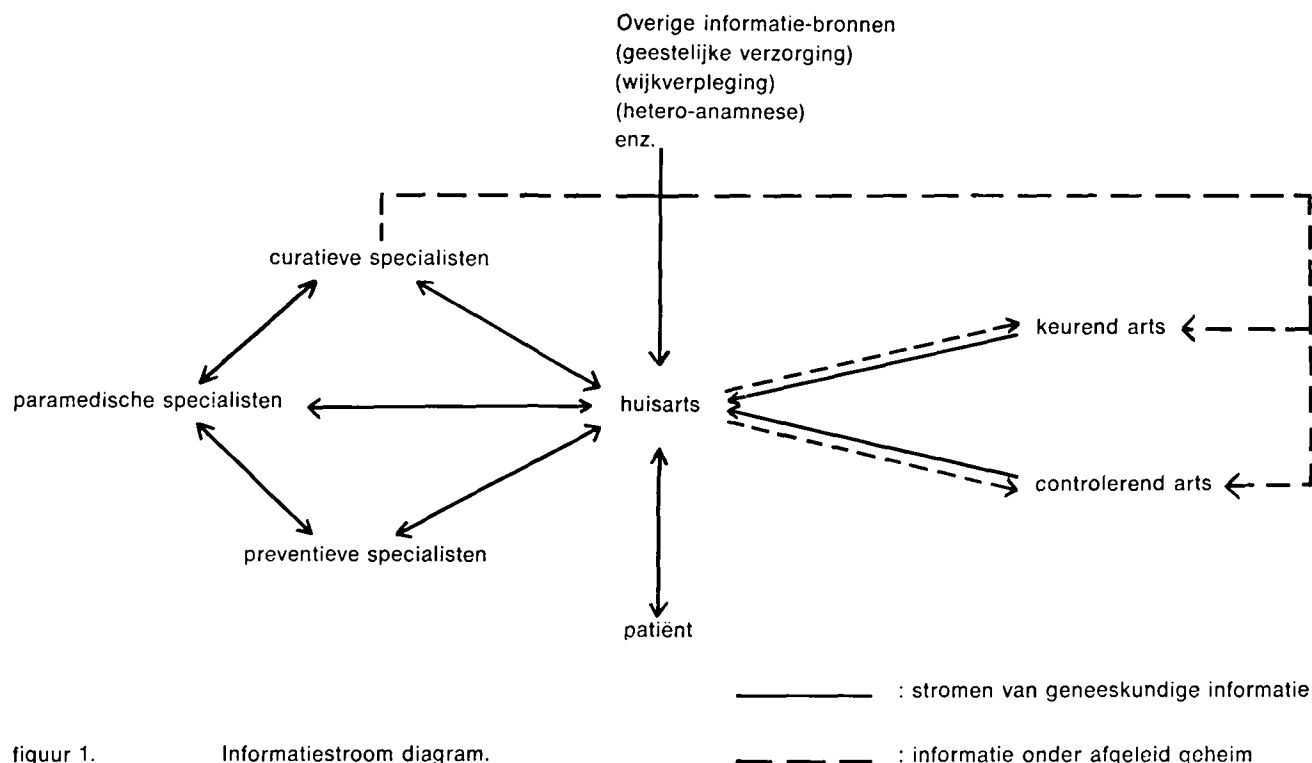
Structurele consequenties

De huisarts neemt de centrale positie in tussen de diverse stromen van geneeskundige informatie (figuur 1). Door deze positie is hij als het ware het coördinerend centrum voor de verwerking van de geneeskundige informaties. Een centrale registratie en archivering van alle primair geheime gegevens, als bron voor de informatie naar de diverse deelgebieden van de gezondheidszorg, gebonden aan en te beheren door de huisarts, is dan ook te beschouwen als een voorwaarde voor een logische structurele opbouw van de extramurale gezondheidszorg. De huisarts bepaalt in eerste instantie wanneer en welke deskundigen moeten worden ingeschakeld en welke informatie hij zal verstrekken in het kader van zijn behandeling. De positie van de huisarts heeft tot gevolg, dat in de structurele opbouw van de extramurale zorg een integratie van de diverse deelgebieden van de gezondheidszorg dient te worden gerealiseerd.

Integratie van algemeen curatieve en preventieve gezondheidszorg

De georganiseerde preventieve zorg in ons land richt zich voornamelijk op gravidæ, zuigelingen, kleuters, schoolgaande jeugd en werknemers bij grotere ondernemingen. De huisvrouwen, de adolescenten, de bejaarden, de kleinere zelfstandigen en de werknemers bij kleinere bedrijven behoren thans nog vaak tot de vergeten groepen. Zij vormen evenwel een aanzienlijk onderdeel van onze samenleving. De preventieve gezondheidszorg beperkt zich niet meer tot het nemen van maatregelen ter voorkoming van ziekten — een negatieve benadering —, maar richt zich tevens op het actief bevorderen van gezondheid (Hornstra, 1964). Gezondheidsvoorlich-

* Voor no. 1 zie M.C. nr. 2/1970, bladzijde 29.



figuur 1. Informatiestroom diagram.

ting en opvoeding zijn middelen, die ter beschikking staan.

Men onderscheidt thans een primaire, een secundaire en een tertiaire preventie. De primaire preventie richt zich op de gezonde mens. Dit betreft dus maatregelen ter bescherming en bevordering van gezondheid. De secundaire preventie richt zich op vroeg-diagnostiek van zowel somatische als geestelijke defecten. Hierbij staat het functioneren van de mens in de samenleving centraal. Huygen (1969) introduceert in dit verband het sociologisch ziektebegrip: „het niet in staat zijn van de mens zijn rollen te vervullen in de sociale systemen, waarvan hij deel uitmaakt”. De tertiaire preventie richt zich op het voorkomen van vermijdbare invaliditeit. Het functioneren van de mens in de maatschappij is hierbij dus in het geding. Deze tertiaire preventie vergt een revaliderende instelling van de arts. De grens tussen preventieve en curatieve geneeskunde is hierdoor geheel vervaagd. Een belangrijk deel van de taak van de huisarts beweegt zich dan ook op het gebied van de preventieve gezondheidszorg (Huygen, 1969). Deze preventieve taak van de huisarts zal, naast zijn diagnostische en therapeutische functie, in de toekomst steeds meer in belangrijkheid toenemen.

De primaire preventie berust thans voornamelijk bij diverse maatschappelijke en overheidsinstellingen. Van Goor (1961) heeft echter reeds gewezen op het belang van de individuele benadering bij deze primaire preventie. Dit heeft geleid tot de inschakeling van de huisartsen in de vaccinatie-immunisatieprogramma's voor zuigelingen en kleuters. Bij de meeste maatregelen, die worden genomen op het

gebied van de primaire preventie, staat de huisarts echter buiten spel. De huisarts dient evenwel de coördinator te zijn in de extramurale zorg. De splitting van curatieve en preventieve zorg heeft dan ook geleid tot afbrokkeling van de positie van de huisarts en tot desintegratie in de extramurale zorg.

Ten aanzien van de secundaire en tertiaire preventie bestaat een vergelijkbare situatie. Berust de verantwoordelijkheid voor de primaire preventie grotendeels bij de overheid, de verantwoordelijkheid voor de secundaire en tertiaire preventie wordt steeds meer overgenomen door de diverse bedrijfsgeneeskundige organisaties. Op zichzelf is dit niet onjuist, maar wanneer de huisarts niet zodanig wordt ingeschakeld, dat hij als coördinator voor de extramurale zorg kan optreden, dan is het een belangrijke factor in het eerder genoemde desintegratie-proces. Het gevolg hiervan is, dat belangrijke groepen in de samenleving verstoken blijven van de beschikbare mogelijkheden op het gebied van de preventieve gezondheidszorg.

De preventieve zorg is primair een functie van de algemene geneeskunde. De sociaal geneeskundige dient op grond van zijn specifieke kennis en mogelijkheden de algemeen arts bij te staan in zijn taak op het gebied van de preventieve zorg. Wil de preventieve functie van de algemene geneeskunde geheel tot haar recht komen, dan is een herziening van de structurele opbouw van de extramurale zorg vereist. Dokter (1968) heeft gewezen op de noodzaak van de integratie van de curatieve en preventieve zorg in de huisartsgeneeskunde. Daarbij legde hij onder andere de nadruk op structurele consequenties, die hiervan het gevolg zouden dienen te

zijn. In navolging van de militair geneeskundige organisatie plaatst hij daartoe de huisarts in een zogenaamde eerste echelons geneeskundige verzorging, samen met andere disciplines op het gebied van de preventieve zorg. Dit zelfde idee vinden wij terug in de structuuropzet van een nationale gezondheidszorg, zoals deze werd samengesteld onder auspiciën van de Dr. Wiardi Beckman Stichting in 1968. Door deze conceptie is weliswaar een integratie mogelijk van de preventieve en de extramurale curatieve gezondheidszorg, maar het gaat ten koste van de coördinerende functie van de huisarts in de totale gezondheidszorg, met name op het gebied van de specialistische geneeskunde.

Dat het werkterrein van de huisarts veelomvattend is, daarvan getuigt het „Woudschoten rapport”; hierin zijn de twaalf deeltaken van de huisarts geformuleerd. In dit rapport wordt de preventieve functie van de huisarts onderstreept, maar tevens komt de curatieve en revaliderende taak van de huisarts duidelijk naar voren. Dat een multidisciplinaire benadering in de extramurale zorg vereist is, zal ieder duidelijk zijn. De huisarts dient evenwel een centrale positie in te nemen, wil van een coördinatie in deze zorg sprake kunnen zijn.

Integratie huisartsgeneeskunde en paramedische zorg

De samenwerking van de huisarts met de wijkverpleegster, de medisch-maatschappelijk werker, de heilgymnast-masseur, de logopedist, enzovoorts, komt de laatste jaren steeds meer in de belangstelling. Bremer (1964) wees op het partiële karakter van de verwijzing naar deze sector van de gezondheidszorg. Dit wil zeggen, dat de verantwoordelijkheid voor de behandeling in deze gevallen geheel blijft rusten op de verwijzend behandelend arts. Ook in latere publikaties, die handelden over samenwerking in de gezondheidszorg, kwam dit partiële karakter van de verwijzing naar voren. Het is duidelijk, dat vooral door dit partiële karakter van de verwijzing hoge eisen worden gesteld aan de samenwerking tussen de huisarts en de betreffende deskundigen.

De integratie van de huisartsgeneeskunde en de paramedische zorg leidt tot een multidisciplinaire geïntegreerde extramurale zorg. Dit werd onder andere duidelijk gesteld door Swaak (1969), die in de ontwikkeling van de as gezondheid, ziekte en genezing bij de patiënt de volgende fasen onderscheidde: a gezondheidsfase; b prepathologische fase; c pathogene fase; d pathogene defect-fase. Hij groepeerde deze fasen rondom de preventieve benadering van de patiënt. Hierbij kwam hij tot het opstellen van multidisciplinaire organen (professies), bestaande uit: de medicus, de psycholoog, de pedagoog, de verpleegkundige en de maatschappelijk werker. Dit zelfde idee vinden wij terug in het „home team” van Huygen. Hierdoor is een duidelijk beeld gegeven van de noodzaak tot integratie van de curatieve en preventieve zorg en van

de daaruit voortvloeiende behoefte tot structurele wijziging van de extramurale zorg.

Integratie huisarts- en bedrijfsgeneeskunde

In de moderne geneeskunde neemt de beïnvloeding van de arbeidssituatie een steeds belangrijker plaats in. De arbeids- en bedrijfsgeneeskunde heeft zich de laatste jaren ontwikkeld tot een specialisme, dat een onmisbare schakel vormt in de totaliteit van de gezondheidszorg. De huisarts zal in het kader van zijn behandeling een intensieve relatie willen onderhouden met de bedrijfsarts, wil hij feitelijk in staat zijn de arbeid van zijn patiënt in de therapie te betrekken. Anderzijds dient de bedrijfsarts te kunnen beschikken over gegevens van de huisarts, wil hij bepaalde maatregelen in het bedrijf kunnen doen realiseren. Leuftink (1969) stelt, dat de bedrijfsarts zich richt op zowel omschreven groepen als op de individuele leden van die groepen, i.c. bedrijfspopulaties, maar dat de problematiek zich in eerste instantie presenteert in de gedaante van de patiënt, degene dus bij wie sprake is van gestoorde aanpassing. De bedrijfsarts vindt in de sociotherapeutische maatregelen, die hij meent te moeten treffen, dus een rechtstreekse aansluiting bij de behandelend geneesheer. Een vrije uitwisseling van medische gegevens tussen de huisarts en de bedrijfsarts is dan ook vereist. Hiertoe is het noodzakelijk, dat huisarts en bedrijfsarts delen in het primair collectief beroepsgeheim (zie M.C. nr. 2/70 bladzijde 29). Om dit te kunnen doen realiseren is een duidelijke afgrenzing van de positie van de bedrijfsgeneeskunde ten aanzien van de verzekeringsgeneeskunde vereist.

Positie bedrijfs- ten aanzien van verzekeringsgeneeskunde

Uit het onderzoek van Kuiper (1968) is gebleken, dat de bedrijfsarts een belangrijke taak heeft in het kader van het personeelsbeleid. Bij de aanstellingskeuring staat de bedrijfsarts voor de taak het belang van de sollicitant af te wegen tegen dat van de arbeidsgemeenschap en van het bedrijf. Behalve de geschiktheid voor de functie is hier tevens een vaststelling van het ziekterisico en van risico van vroegtijdige invaliditeit of sterfte in het geding; dit hangt direct samen met het verzuimrisico en het pensioenrisico (Modderaar, 1960, 1964; De Groodt Wesseldijk, 1960; Kuiper, 1968). Nu is door diverse auteurs betoogd, dat de bedrijfsarts bij de keuring zich niet primair richt op de functie, maar op de kandidaat; het uitsellecteren van sollicitanten, die een verhoogd ziekterisico vormen, staat op de achtergrond. De bedrijfsarts richt zich vooral op de toetsing van de keurling aan de eisen, welke de verlangde functie aan hem stelt (Leuftink, 1969). Hierdoor komt het belang van de kandidaat weliswaar naar voren, maar desondanks blijft het selectie; economische motieven in de vorm van verzuim- en pensioenrisico's blijven wel degelijk een

rol spelen. De uiteindelijke beslissing op de aanstellingskeuring behoeft dan ook niet altijd in het belang van de keurling te zijn. Dit blijkt naar onze mening ook uit het onderzoek van Kuiper (1968), waarbij het percentage afkeuringen niet alleen bleek te verschillen bij de onderscheidene artsen (variërend van 1 à 2% tot 25 à 30%), maar ook belangrijk verschilde binnen één dienst. Hierbij bleek een samenhang te bestaan met het aanbod van sollicitanten, met de behoefte van het bedrijf en met de voorselectie door de personeelsafdeling. Maar al te vaak gaan de bedrijfsartsen tijdens de keuring voorbij aan het feit, dat hun aanwezigheid en die van de kandidaat slechts één doel hebben: het verzamelen van argumenten nodig voor een selectie.

Zowel bij de keuring als bij controle tijdens ziekte-verzuim zijn economische motieven van de opdrachtgever in het geding. Het is evenwel deze situatie, die een vrije uitwisseling van medische gegevens tussen de huisarts en de bedrijfsarts in de weg staat. Zowel de huisarts als de bedrijfsarts mist daardoor geneeskundige informatie, die zij nodig hebben voor de vervulling van hun taak.

Het ware aan te bevelen meer duidelijkheid te geven aan de positie van de bedrijfsarts ten aanzien van de hantering van het beroepsgeheim. Dit zou bereikt worden wanneer 1e de controle bij ziekteverzuim en 2e het aspect van de keuring, dat meer verwant is aan de verzekeringsgeneeskunde dan aan de bedrijfsgeneeskunde, gezien de economische motieven van de opdrachtgever, wordt losgekoppeld van de bedrijfsgeneeskundige taak en een aparte plaats verkrijgt in het totale gebied van de sociale geneeskunde.

Vindt deze loskoppeling plaats, dan kan de bedrijfsarts de positie innemen van de specialist, die met zijn speciale kennis op het gebied van de socio-therapie en de hygiëne binnen het bedrijf, een specifieke grotendeels preventieve functie vervult binnen de gezondheidszorg. Hij kan dan deelgenoot zijn in het primair collectief beroepsgeheim en daardoor een belangrijke aanvulling leveren op de huisartsgeneeskunde. Ten aanzien van de keurende arts blijft de bedrijfsarts de specialist, die desgewenst vanuit zijn specialisme deskundige adviezen kan verstrekken ten behoeve van de keuring. De bedrijfsarts geeft zijn informatie betreffende een bepaalde „patiënt” dan evenwel niet in opdracht van een werkgever of de bedrijfsleiding, maar onder het afgeleide geheim en op verzoek van de keurend arts. Economische motieven van de opdrachtgever spelen op deze wijze voor de bedrijfsarts geen rol.

De keurend arts verricht zijn keuringen in opdracht van het bedrijf. Bij keuringen voor bepaalde functies zal deze arts evenwel niet in staat zijn een gefundeerd oordeel uit te spreken zonder het advies van de bedrijfsarts. De bedrijfsarts is immers op grond van zijn directe kennis van het bedrijf en de arbeidssituatie de meest deskundige op het gebied van het vaststellen van de medische eisen welke aan de bedrijfsfuncties zijn verbonden. Het ad-

vies van de bedrijfsarts aan de keurend arts betreft dan evenwel niet een uitspraak omtrent het al of niet geschikt zijn van een kandidaat voor een bepaalde functie op grond van vastgestelde afwijkingen, maar geeft aan over welke mogelijkheden de betrokkene beschikt voor wat betreft zijn inzetbaarheid in het arbeidsproces. De keurend arts bepaalt als het ware de negatieve ruimte van de kandidaat, dat wil zeggen zijn eventuele beperkingen. De bedrijfsarts daarentegen stelt de positieve ruimte vast, dat wil zeggen het vermogen van de betrokkene.

Deze conceptie heeft tot gevolg dat een geringe wijziging plaats vindt in de taak en de verantwoordelijkheid van de bedrijfsarts.

Taak van de bedrijfsarts

Is het zo, dat de bedrijfsarts zijn gegevens door middel van het afgeleide beroepsgeheim verstrekt aan de keurend arts, met de huisarts bestaat een vrije uitwisseling van gegevens, daar hij met deze arts deelt in het primair collectief beroepsgeheim. Door deze structuur is de mogelijkheid geschapen, dat de huisarts zijn patiënt verwijst naar een bedrijfsarts met het verzoek de arbeidsmogelijkheden van de betrokkene vast te stellen. De huisarts is dan in de gelegenheid zijn patiënt op gefundeerde wijze van advies te dienen omtrent de aard van arbeid waarop hij het beste kan solliciteren.

Aan zijn taak als hygiënist in het bedrijf is onverbrekkelijk verbonden, dat de bedrijfsarts een periodiek geneeskundig onderzoek verricht bij de werknemers, teneinde in een zo vroeg mogelijk stadium pre-pathologische toestanden te herkennen. Naast de klinische vraagstukken wordt de bedrijfsarts hierbij geconfronteerd met fysische, chemische of arbeidsfysiologische problemen, terwijl de laatste jaren steeds meer aspecten van de geestelijke gezondheidszorg op de voorgrond treden (Leuftink, 1969). Dit periodiek geneeskundig onderzoek vloeit voort uit de verantwoordelijkheid van de bedrijfsarts voor de gezondheidszorg in het bedrijf met betrekking tot het verband tussen mens en arbeidsmilieu. Deze verantwoordelijkheid vloeit niet voort uit een opdracht, maar berust geheel op de specifieke eigen geneeskundige verantwoordelijkheid van de arts. Op de bedrijfsarts rust dan ook niet de plicht tot het melden van resultaten van het onderzoek aan de werkgever of aan de personeelsdienst van het bedrijf. Uit het onderzoek kunnen echter gegevens voortvloeien, die wijzen op schadelijke factoren in het arbeidsklimaat. De bedrijfsarts treedt dan op als adviseur van technici en bedrijfsleiding, teneinde de arbeidssituatie te verbeteren. De individuele medische gegevens, die de bedrijfsarts bij het periodiek geneeskundig onderzoek verkrijgt, zijn primair geheime gegevens, die hij slechts kan verstrekken aan deelgenoten in het primair collectief beroepsgeheim, onder wie de huisarts. De bedrijfsarts heeft niet de plicht tot het verstrekken van deze gegevens aan het bedrijf. Wanneer hij echter in het kader van zijn socio-therapeutisch handelen

bepaalde maatregelen verlangt, kan hij bepaalde gegevens aan de werkgever prijs geven, maar dan ook alleen voorzover het de vertrouwensrelatie tussen hem en zijn patiënt niet schaadt. Hij heeft dus niet de plicht, maar wel het recht tot verstrekken van gegevens als dit de belangen van de patiënt of die van de arbeidssituatie kan dienen.

Niet aan de persoon gebonden gegevens kunnen zonder bezwaar aan het bedrijf worden vermeld. Wij doelen dan op wetenschappelijke gegevens betreffende fysische, chemische en arbeidsfysiologische zaken, als ook op statistische gegevens. De bedrijfsarts dient er echter voortdurend van door-drongen te zijn, dat hij tegenover de werknemers dezelfde vertrouwenspositie behoort in te nemen, als die welke door de huisarts van de werknemers wordt ingenomen.

De situatie kan zich voordoen, dat bij het onderzoek van de werknemer zich stoornissen voordoen, die schade veroorzaken aan de overige werknemers. In dat geval zal de bedrijfsarts trachten overeenstemming te verkrijgen met zijn patiënt omtrent zijn verantwoordelijkheid in deze. De patiënt zal vervolgens de bedrijfsleiding op de hoogte dienen te stellen van de situatie. Het spreekt vanzelf dat dit ook door de bedrijfsarts zelf kan worden gedaan met medeweten van de patiënt. Wordt deze overeenstemming niet bereikt, dan zal de bedrijfsarts de verantwoordelijkheid moeten onderkennen tot het voorstellen van maatregelen aan de werkgever, die de overige werknemers voldoende bescherming bieden, al wordt hiermee mogelijk gehandeld tegen de wens van de onderzochte werknemer in. In een dergelijk geval kan intensief overleg met de huisarts van de betrokken werknemer dringend noodzakelijk zijn.

De socio-therapie, die de bedrijfsarts op deze wijze kan bedrijven, vindt plaats in de vorm van werkaanpassing, arbeidsvoorschriften, herplaatsing en andere maatregelen. Deze maatregelen kunnen preventief gericht zijn, bijvoorbeeld bij werknemers voor wie de stresses van een bepaalde situatie te groot dreigen te worden; of curatief, bijvoorbeeld bij revalidatie van herstellenden of rehabilitatie van partieel arbeidsgeschikten (Leuftink, 1969). De bedrijfsarts houdt dus een belangrijke taak bij het zoeken naar de juiste plaats voor de juiste man, maar in tegenstelling tot de huidige situatie rust op hem in de hier geschetste structuur geen selecterende taak.

Integratie huisarts- en klinische geneeskunde

Van Nieuwenhuizen (1969) bleek voorstander van een nauwere integratie van de huisartsgeneeskunde met de klinische geneeskunde. Vogel (1969) komt tot dezelfde conclusie bij zijn peiling van de behoefte aan ziekenhuisaccommodatie in Nederland. Hij wijst er op, dat de kwaliteit en de hoedanigheid van de naast het ziekenhuis werkende diensten van gezondheidszorg (huisarts, wijkverpleegster, verpleegtehuis, enzovoorts) de betekenis van het ziekenhuisbed sterk beïnvloeden. De communicatie tussen de

huisartsen en de ziekenhuisspecialisten vormt hierbij een belangrijke factor. Dat het hieraan nogal eens mankeert blijkt uit de volgende getallen, welke door Vogel werden verkregen uit een enquête onder 50 huisartsen in het rayon Voorburg, Rijswijk en Leidschendam: 11 huisartsen (22%) beschreven de communicatie met de ziekenhuisspecialisten als „goed”, 1 huisarts als „matig” en 1 als „slecht”; 20 huisartsen (40%) zeiden een goede communicatie te hebben met een (door hen) geselecteerde groep van specialisten. De kritiek betrof in 7 gevallen de informatie door de specialist, in 5 gevallen het tijdgebrek en in 3 gevallen de onwil van de specialist om in consult te treden. Bremer (1964) heeft aangetoond, dat een goede relatie tussen huisarts en specialist, waarin gericht verwijzen mogelijk is, voorwaarde is voor een goed functionerende gezondheidszorg. De taak van de huisarts breidt zich dan ook voor een niet onbelangrijk deel uit tot in het ziekenhuis; met name betreft dit de verwijzing naar de specialist, de poliklinische behandeling, de begeleiding van de gehospitaliseerde patiënt en de nazorg van de behandelde patiënten (Bremer, 1964; Huygen, 1960; Van Nieuwenhuizen, 1969; Vogel, 1969).

Op diverse plaatsen in ons land is een regionaal overleg tot stand gekomen, uitgaande van de ziekenhuizen, met als doel een samenwerking tot stand te brengen en daardoor tot een betere coördinatie te komen. Behalve aangelegenheden, die gezamenlijk kunnen worden gedaan, zoals centrale wasserij, centrale sterilisatie, eventueel centrale laboratorium-faciliteiten of gezamenlijke propaganda-acties voor werving van verpleegsters, betreft dit ook een verdeling van taken tussen de diverse aangesloten ziekenhuizen. Bij dit overleg blijkt de behoefte tot meer coördinatie met de extramurale zorg. De intramurale zorg is immers te beschouwen als een fase tussen de extramurale zorg. Voor een regionale planning van gezondheidszorg is derhalve een samenwerking van intra- en extramurale zorg vereist. Wil een dergelijk regionaal overleg evenwel zinvol zijn, dan is het noodzakelijk, dat in de extramurale zorg een duidelijke structurele opbouw bestaat.

In tegenstelling tot bijvoorbeeld in Zweden, Engeland, Frankrijk, Joegoslavië, de U.S.A. en Canada, toont in ons land de extramurale zorg een duidelijke achterstand in structurele opbouw vergeleken met de intramurale zorg. Ook in Nederland staat dit probleem echter in het centrum van de belangstelling. Met uitzondering van de huisartsgeneeskunde heeft zich op vrijwel alle gebieden van de gezondheidszorg reeds een institutionalisering voltrokken. Helaas heeft hierbij de coördinatie vaak ontbroken. De huisarts zal zich echter op adequate wijze inpasbaar moeten maken wil hij zijn onmisbare positie in het totaal van de gezondheidszorg kunnen waarmaken in de toekomst. Om coördinerend centrum te kunnen zijn in de hulp aan zijn patiënten zal de huisarts formeel verbonden dienen te zijn aan de organisaties op het gebied van de gezondheidszorg (Van Es, 1969).

Conclusie

Uit het voorgaande blijkt, dat de huisarts coördinerend centrum dient te zijn voor de totale zorg voor de gezondheid van de patiënt. Het ware evenwel aan te bevelen deze positie van de huisarts ook in de structurele opbouw van de organisatie in de gezondheidszorg te realiseren. Dit houdt in, dat de huisarts zijn geïsoleerde positie dient te verlaten; een opvatting die de laatste tijd allerwege ingang vindt, gezien de diverse experimenten en de vele publikaties op het gebied van samenwerking, groepspraktijk- en centrumvorming. Alleen al uit het oogpunt van efficiëntie, maar vooral ook om een geïntegreerde gezondheidszorg te kunnen realiseren, lijkt het aangewezen, dat de huisarts zijn geneeskundige taak verricht in groepsverband en vanuit gezondheidscentra; centra waarin de diverse disciplines, die betrokken zijn bij de extramurale zorg, zijn vertegenwoordigd. In dergelijke centra kan dan een voor alle disciplines gecentraliseerde registratie, administratie en documentatie worden opgebouwd: een archief van geneeskundige gegevens, dat alle aspecten van de gezondheidszorg bevat en dat wordt beheerd onder verantwoordelijkheid van de huisarts. Bij een dergelijke centralisering is het mogelijk een computer toe te passen voor de verwerking van de geneeskundige gegevens. Het hier genoemde centrale archief kan dan op elektronische wijze worden samengesteld; een „data-bank”, die kan worden beheerd onder verantwoordelijkheid van de huisarts. In een derde artikel zal deze, meer technisch georiënteerde problematiek rondom de hantering van het beroepsgeheim, nader worden uitgewerkt.

Nabeschuiving

Uitgaande van de informatiestromen, zoals deze zijn af te leiden uit de wijze waarop het beroepsgeheim dient te worden gehanteerd, is gebleken dat een centrering van de gezondheidszorg rondom de huisarts is aangewezen. De huisarts is dan de algemeene arts, die als de directe vertrouwensman van de patiënt centraal staat in de gezondheidszorg, alwaar hij als coördinator in de extramurale zorg een integrale geneeskunde kan uitoefenen. De diverse specialismen en deskundigheden kan hij dan als het ware toepassen in zijn zorg voor de patiënt. In het voorgaande werd aangetoond, dat wanneer de huisarts ook de arbeidssituatie van zijn patiënt wil betrekken in zijn therapie-plan, dit consequenties heeft voor de positie van de bedrijfsarts. De keuring en controle dient in dat geval door andere artsen te worden verricht dan door de bedrijfsartsen zelf. Hier denken wij bijvoorbeeld aan keurings- of controle-artsen van de G.M.D. of het G.A.K.

Wil de hier genoemde centrering in de gezondheidszorg ook praktisch hanteerbaar zijn, waarbij de gedachten uitgaan naar de toepassing van de computer voor automatische informatie verwerking, dan is organisatie in een centrum vereist, waarbij in dat centrum behalve huisartsen ook de overige

voorzieningen op het gebied van extramurale zorg zijn vertegenwoordigd. Hierdoor bestaat niet alleen de mogelijkheid een complete patiënten-documentatie op te bouwen, waardoor de huisarts in staat is op gefundeerde wijze een onderzoekplan op te stellen, tevens is hierdoor de mogelijkheid aanwezig, dat huisarts en specialist in team-verband werken. Door concentrering van alle activiteiten op het gebied van de extramurale zorg in centra is immers de mogelijkheid tot onderlinge consultering ontstaan, zonder dat dit een onevenredige belasting van de tijd van de patiënt en van de arts behoeft te vergen. Doordat de consulterende functie van de specialist dan beter tot zijn recht komt is de huisarts in staat de specialist in zijn onderzoekplan te betrekken, zonder dat hier ook specialistische behandeling uit behoeft voort te vloeien. Het rendement van de geneeskundige kennis neemt daardoor toe.

Doordat het administratieve werk en de routine-werkzaamheden voor een groot deel door de computer of door hulpkrachten kunnen worden overgenomen, krijgt de arts meer tijd zich bezig te houden met zijn patiënt. Het gevaar, dat in dergelijke centra de gezondheidszorg een onpersoonlijk karakter zou krijgen, wordt hierdoor voor een belangrijk deel ondervangen. De specialist kan de tijd vinden een gesprek met zijn patiënt te hebben; de huisarts kan weer feitelijk gezinsarts zijn.

Het is mogelijk verscheidene centra te schakelen op één groot computer-centrum. Hierdoor is een hoger rendement van de hoge investering in de computer te verkrijgen.

Voorwaarde is evenwel, dat aan de geneeskundige gegevens een duidelijke kenmerking wordt gebonden, waardoor een juiste selectie mogelijk is van de gegevens voor de diverse gebruikers. Dit wordt in het derde artikel betreffende de hantering van het beroepsgeheim nader uitgewerkt.

In dit artikel werden enige lijnen doorgetrokken vanuit de positie van het beroepsgeheim tot aan de structuur van de gezondheidszorg. Dit zijn enkele, zij het zeer belangrijke factoren, die de nieuwe vorm van gezondheidszorg bepalen. Er zijn evenwel nog talloze andere factoren, die mede van invloed zijn. Om de gezondheidszorg op gefundeerde wijze verder te ontwikkelen zullen al deze factoren in de beschouwingen, betreffende de structurele opbouw van de gezondheidszorg, moeten worden betrokken. Hiertoe is functie-analyse en systeem-ontwerp van alle facetten van de gezondheidszorg vereist.

(Slot volgt)

Literatuur

- Bremer, G.J. (1964) Het verwijzen in de huispraktijk. Van Gorcum & co, Assen, 1964.
Dokter, H. J. (1968) huisarts en wetenschap, 11, 425.
Es, J. C. van (1969) De structuur van de huispraktijk. In: Inleiding tot de huisartsgeneeskunde, p. 277. Stenfert Kroese, Leiden, 1969.
Goor, J. A. van (1961) Huisarts en preventieve gezondheidszorg. Van Gorcum & co, Assen, 1961.
Groodt Wesseldijk, A. Th. (1960) Mens en onderneming, 14, 21.
Hornstra, R. (1964) huisarts en wetenschap, 7, 41.
Huygen, F. J. A. (1969) De preventieve functie van de

PROBLEEM VAN DE PSYCHISCH GESTOORDE BEJAARDEN

In het decembernummer van het Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie wijst Dr. L. A. Cahn in een artikel „De psychiatrisch gestoorde bejaarden en het psychiatrisch ziekenhuis” op de noodzaak tot het stichten van verpleegtehuizen voor deze groep patiënten. In de inleiding van zijn beschouwing herinnert Dr. Cahn er aan, dat men over het jaar 1869 bijzonder goed is geïnformeerd, want de getallen uit dat jaar zijn met de uiterste zorg verzameld door *Ramaer*, een man, aan wie de gehele Nederlandse geneeskunde zeer veel te danken heeft. In 1869 bedroeg het percentage bejaarden in de maatschappij ongeveer 5, dus ongeveer de helft van thans. In de toenmalige inrichtingen vond men echter ongeveer 10 percent bejaarden. Men mag dus stellen, dat ook toen de bevolking der inrichtingen relatief oud was, „vergrijsd” zeggen wij nu. Dit komt overeen met het feit, dat de ouderdom een levensperiode is, waarin psychische stoornissen opvallend veel voorkomen. Dat gold dus toen ook al.

De auteur gaat dan als volgt verder:

„En hoe is thans de situatie 100 jaar na Ramaer? Wij bevinden ons in een crisis-situatie. Het aanbod van patiënten is zo groot, dat wij daartegen niet meer opgewassen zijn. Dit geldt overigens voor meer leeftijds-categorieën. Men heeft gepoogd door schifting bij opname een doorstroming te waarborgen. Hele groepen patiënten zijn daardoor onbehandeld gebleven. Dit zijn vooral bejaarde patiënten, omdat zij therapeutisch minder aantrekkelijk zijn en niet goed in het activeringssysteem passen. In de twee Provinciale Ziekenhuizen van Noord-Holland met samen meer dan 2.000 bedden is slechts 10 percent der opgenomenen boven de 65 jaar. Dus niets meer dan 100 jaar geleden. Er zijn evenwel nu, vergeleken met 1869, in Nederland tweemaal zo

veel bejaarden gekomen. Was alles goed, dan was toch zeker 20 percent der opgenomenen bejaard. Daarop is men echter in de verste verte niet ingesteld. Nieuwbouw van psychiatrische ziekenhuizen in Nederland betreft onevenredig veel observatiebedden, die niet bedoeld zijn en dus ook niet geschikt zijn voor de observatie van bejaarde patiënten. Waar men nieuwe voorzieningen voor bejaarden getroffen heeft, betreft het vooral verbouwingen van onaantrekkelijke, verouderde afdelingen. Men heeft voortdurend te kampen met grote personeels-schaarste. Tien jaar geleden betrof dit vooral verplegenden, thans artsen. Zelfs in tijden van artsenoverschot kon Nederland onvoldoende psychiaters leveren. Thans in een tijd van tekorten zijn er 200 tekort bij de ziekenhuizen en psychiatrische diensten, terwijl de overbelasting der zogenaamd „vrijgevestigde” zenuwartsen schrikbarend is.”

Elders in zijn artikel betoogt Dr. Cahn dat van alle psychisch gestoorde bejaarden, die verzorging dringend nodig hebben, slechts een-vijfde in de psychiatrische ziekenhuizen verblijft, hetgeen waarschijnlijk nog geflatteerd is voorgesteld en de auteur laat daarop volgen:

„Men had dus in de psychiatrische ziekenhuizen beter moeten inzien, dat alles er op gericht diende te zijn, de chronische patiënten naar de maatschappij terug te zenden. Dat dit niet is gebeurd, is vooral te wijten aan een veel te geringe communicatie tussen psychiatrisch ziekenhuis en maatschappij. Nog steeds moet men constateren, dat ten aanzien van de psychisch gestoorde bij de gewone burger grove misvattingen regel zijn. Ook vele medici beschikken over veel te weinig ervaring met deze patiënten. Allerlei verkeerde denkbeelden zijn eerder regel dan uitzondering. Op bestuurlijk niveau heeft men kans gezien op afdoende wijze de overgang tussen ziekenhuis en maatschappij mogelijk te maken. Er is een ontstellend tekort aan half-way houses, gezinsvervangende tehuizen, dag-ziekenhuizen en sociale werkplaatsen. Noch de overheid, noch het particulier initiatief heeft hier tot nu toe genoeg verricht. Men mag nog zeer dankbaar zijn voor het weinige dat er is. Dit is niet zelden met de grootste moeite en met grote vertraging tot stand gekomen.

Op het ogenblik verblijven in de Nederlandse psychiatrische ziekenhuizen talloze, soms nog zeer jonge patiënten, alleen om sociale redenen en niet omdat zij ernstig ziek en helemaal niet omdat zij gevaarlijk zijn. Voor al die patiënten geldt, dat zij de plaatsen bezetten van patiënten, die geen kans krijgen voor adequate behandeling.

De psychiatrische ziekenhuizen zijn dus niet meer opgewassen tegen hun taak. Wat zij doen is wel

(vervolg van bladzijde 52)

huisarts. In: Inleiding tot de huisartsgeneeskunde, p. 122. Stenfort Kroese, Leiden, 1969.

Kuiper, J. P. (1968) Bedrijfsarts en de arbeidende mens. Van Gorcum & co, Assen, 1968.

Leuftink, A. E. (1969) Medisch Contact, 24, 387.

Modderaar, K. (1960) Mens en onderneming, 14, 27.

Modderaar, K. (1964) T. Soc. Geneesk. 42, 138.

Nieuwenhuizen, C. L. C. van (1969) Medisch Contact, 24, 573.

Swaak, A. J. (1969) Medisch Contact, 24, 147.

Vogel, G. Ph. (1969) Over peiling van de behoefte aan ziekenhuisaccommodatie in Nederland. Joh. Breukels, Amsterdam, 1969.

Wiardi Beckman Stichting, (1967) Grondslagen van een programma voor gezondheidszorg. N.V. Arbeiderspers, Amsterdam, 1967.

Woudschoten Rapport, (1966) huisarts en wetenschap, 9, 372.

belangrijk, maar onvoldoende. Dit geldt wel in zeer sterke mate voor hun aandeel bij de oplossing van het probleem der psychisch gestoorde bejaarden. Daardoor ontstaan noodtoestanden in de maatschappij”.

Met betrekking tot het in de naaste toekomst te voeren beleid schrijft Dr. Cahn:

„Oorspronkelijk waren alle ramingen betreffende krankzinnigen in de maatschappij, die verzorging nodig hadden, belachelijk laag. Toen men voorzieningen ging treffen, steeg de vraag naar bedden steeds sterker, totdat een punt bereikt werd, dat aan de vraag niet meer kon worden voldaan. Toen eerst ging men andere wegen zoeken. Bij de psychiatrische bejaardenzorg moeten wij die zelfde fout niet maken. Natuurlijk zijn wij nu nog niet in een stadium, dat iedere voorziening een druppel is op een gloeiende plaat. Maar dat neemt niet weg, dat wij nu reeds ons moeten bezinnen hoe wij in de toekomst met een minimum aan „bedden” toch uit kunnen komen. Daarvoor zijn de volgende richtlijnen aan te geven.

Ten eerste moet een sociale psychiatrische of geriatrie dienst zorgen voor een zinvolle bezetting en daarvoor hecht met de verpleegtehuizen samen werken.

Ten tweede moet men zoeken naar tussenoplossingen: poliklinieken, dag- en nachtziekenhuizen en wat dies meer zij.

Ten derde moet iedere bejaarde patiënt bij binnenkomst als observatie-patiënt en niet als verpleegpatiënt beschouwd worden. Immers iets wat

ernstig lijkt, hoeft dat niet te zijn; maar wel ernstig is een nodeloze bezetting van een plaats in een tehuis.

Ten vierde moet er een grotere uitwisseling zijn tussen verschillende vormen van bejaardenverzorging.

Ten vijfde, en dat is misschien het allerbelangrijkste, moet de maatschappelijke dienstverlening aan bejaarden worden opgevoerd en daarmee bedoel ik *niet* alleen het verstrekken van maaltijden en dergelijke.

Deze dienstverlening begint in de eerste plaats bij behuizing en bij het openbaar vervoer van alle bejaarden. Men dient bij het scheppen van voorzieningen en dienstverlening rekening te houden met de 10 percent bejaarden in de samenleving. Huizen, treinen, trams, metro's, telefoons etc. moeten aangepast zijn aan een gebruik door bejaarden. Maatschappelijke dienstverlening komt ook de psychisch gestoorde bejaarden ten goede. Volgens een zeer recent onderzoek (*Fish* e.a. 1968) leven opvallend veel ernstig gestoorde bejaarden alleen, maar handhaven zij zich toch boven verwachting goed. Verplaatsing uit hun huis lijkt mij voor deze mensen niet aangewezen, daar zij dikwijls niet opgewassen zijn tegen verandering van omgeving. Ook tot hen moet het open bejaardenwerk zich uitstrekken.

Door al deze maatregelen moet het mogelijk zijn een oplossing te vinden voor een vraagstuk, dat op het eerste gezicht volkomen onoplosbaar lijkt” aldus Dr. Cahn, die in zijn beschouwing ook nog andere aspecten, onder meer de personeelbezetting, ter sprake brengt.

Dr. H. Festen voorzitter Centrale Raad voor de Volksgezondheid

Dr. H. Festen, met ingang van 1 januari 1970 benoemd tot voorzitter van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, is maandag 12 januari in de plenaire vergadering van deze Raad door de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid Dr. R. J. H. Kruisinga als zodanig geïnstalleerd.

Dr. Festen studeerde medicijnen aan de universiteit te Utrecht, waar hij in 1932 promoveerde op de dissertatie „Bijdrage tot de kennis van het verband tussen de stofwisseling der koolhydraten en der vetten”. Tot 1935 was hij assistent op de chirurgische afdeling van het St. Jozef-Ziekenhuis te Heerlen en van 1935 tot 1955 praktizerend arts in Tilburg. Sinds 1955 is Dr. Festen als medisch adviseur verbonden aan het Algemeen Ziekenfonds voor Tilburg en Omstreken. Dr. Festen was lid van de Staatscommissie „Herziening wetgeving Medische Beroepen”.

In tal van maatschappelijke organisaties heeft Dr. Festen functies vervuld. Gedurende 1957 was hij voorzitter van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en in de jaren 1960 tot 1964 voorzitter van de Katholieke

Artsen Vereniging. Voorts bekleedde Dr. Festen het voorzitterschap van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Noord-Brabant. Hij was lid van de Ziekenfondsraad, de Centrale Raad voor de Volksgezondheid en secretaris van het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven. Sinds 1959 was Dr. Festen arts-gedelegeerde van de Federatie van door Verzekerden en Medewerkers bestuurde Ziekenfondsen.

Dr. Festen is voorzitter van de Provinciale Bond Noord-Brabant van het Wit-Gele Kruis en lid van de commissie, door de Sociaal Economische Raad ingesteld ter voorbereiding van het door de minister en de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid gevraagde advies met betrekking tot de structuur van de ziektekostenverzekeringen.

Abonnementen op Medisch Contact, welke niet voor het einde van de jaargang schriftelijk zijn opgezegd, worden geacht opnieuw voor dezelfde termijn te zijn ingegaan.

EEN DISCUSSIE OVER DE SOCIALE GENEESKUNDE

Sprekend over de gemeenschapsgeneeskunde in Engeland besteedden wij in onze rubriek „Internationaal Perspectief” van 12 december 1969 (Medisch Contact nr. 50/1969, bladzijde 1399) tevens aandacht aan de manier waarop hier te lande over de sociale geneeskunde wordt gepraat. Thans willen wij dit onderwerp rechtstreeks voor het voetlicht brengen.

Wij zagen indertijd, dat er twee hoofdwegen worden bewandeld om tot een afbakening van het veld van de sociale geneeskunde te komen: of men gaat uit van een historisch gegrondveste sociale geneeskunde, of men baseert zich op een functioneel bepaalde extra-murale gezondheidszorg voor zieken. Deze gedachtenpaden monden uit in twee duidelijk onderscheiden definities:

De sociale geneeskunde is dat deel van de geneeskunde dat primair betrokken is op de wisselwerking tussen mensen en hun materiële milieu, voorzover deze wisselwerking relevant is voor hun gezondheid. De sociale geneeskunde wordt uitgeoefend door artsen, in organisatorisch verband, veelal in nauwe samenwerking met beoefenaren van andere vakken. (Doeleman - Zielhuis)

Sociale geneeskunde is dat deel van de gezondheidszorg dat zich bezig houdt met de wisselwerking tussen de gezondheidstoestand van de mens enerzijds en diens milieu anderzijds.

(Van der Wielen)

Chronologisch was de laatste definitie de eerste. In hun nota „Een afbakening van het veld van de sociale geneeskunde” (T. soc. Geneesk. 47 (1969) 527; M.C. nr. 31/1969, bladzijde 877) namelijk, brengen Doeleman en Zielhuis enkele wijzigingen aan in de omschrijving die Van der Wielen — met als leidraad Muntendam's „Plaatsbepaling van de sociale geneeskunde” — eerder (T. soc. Geneesk. 46 (1968) 758) had gegeven. Zo willen zij het woord geneeskunde handhaven en niet van gezondheidszorg spreken, immers het Huishoudelijk Reglement van de Maatschappij Geneeskunst spreekt in art. 1057 van „geneeskunde”. De term „gezondheidstoestand” komt hun te statisch voor, reden waarom zij „gezondheid” sec prefereren. Grote aandacht besteden zij verder aan het begrip „milieu” en aan de werkwijze van de sociaal-geneeskundige, dit alles met als preliminaire overweging dat zowel de huisarts als de specialist hun werkterrein elders hebben.

Van de bedenkingen die Staverman tegen deze benaderingswijze opperde (T. soc. Geneesk. 47 (1969) 755), brachten wij in ons artikel reeds een kort verslag uit. Het leek ons zinvol zijn epistel bij deze gelegenheid integraal af te drukken. Staverman dan schrijft:

Elke poging om het begrip „sociale geneeskunde” meer inhoud te geven moet worden toegejuicht, niet slechts om de verschillende onderdelen van de gezondheidszorg beter van elkaar te kunnen onderscheiden, hoewel duidelijke grenzen nauwelijks te trekken zijn, doch ook om de beoefenaren van elk van die onderdelen beter op hun taak te kunnen voorbereiden. De nota *Doeleman-Zielhuis* doet een poging om wederom orde op zaken te stellen, wederom, omdat vele deskundigen zich reeds met de omschrijving van het begrip „sociale geneeskunde” hebben beziggehouden, nochtans zonder het beoogde doel, een algemeen aanvaarde definiëring en afbakening, te hebben bereikt.

Vermoedelijk moet de oorzaak worden gezocht in een te negatieve benadering. Immers ook de opstellers van deze nota hanteren een soort afvalstelsel: „huisartsgeneeskunde en erkende medische specialismen vallen buiten het arbeidsveld van het C.S.G.” (College voor Sociale Geneeskunde). Daardoor worden de primair op het verlenen van curatieve zorg gerichte medische functies uitgesloten en vinden de opstellers dit een afbakening die voor het C.S.G. bruikbaar moet zijn.

Ik zou een pleidooi willen houden voor een meer positieve benadering, die dient te worden gebouwd op een andere fundering namelijk die, welke uitgaat van het begrip „gezondheidszorg”, dat is zorg voor de gezondheid in zijn totaliteit, zoals die gedefinieerd wordt door de W.G.O., dus zorg voor het behoud van de gezondheid van de gezonde mens (en van de in zijn gezondheid bedreigde mens) en de zorg voor het herstel van de zieke mens. Het woord „geneeskunde” dient dan zijn aloude betekenis van „het beter maken van zieke mensen” weer terug te krijgen. In deze gedachtengang kunnen wij dan het allesomvattende begrip „gezondheidszorg” verdelen in

- a gezondheidszorg voor gezonden (hygiëne);
- b gezondheidszorg voor zieken (geneeskunde).

Dan ga ik dus geheel mee met de definiëring van *Van der Wielen*, die juist het begrip „gezondheidszorg” hanteert en niet „geneeskunde” zoals *Doeleman-Zielhuis* voorstaan, ongeacht de motivering welke wordt aangevoerd en die naar mijn gevoel niet zo sterk is te noemen. Overigens is art. 1057 van het Huishoudelijk Reglement van de Kon. Ned. Mij. tot bevordering der Geneeskunst voor wijziging vatbaar.

Onder a vallen dan de huidige begrippen kinderhygiëne, kraamzorg, schoolgezondheidszorg, universitaire gezondheidszorg, medische sportkeuring, bejaardenzorg, enz.

Onder b vallen de bemoeienissen met de zieke mens, waaronder de gehandicapte. Deze „genees-

kunde" kan weer onderverdeeld worden in intramurale geneeskunde en extramurale geneeskunde. Deze laatste vorm is dan sociale geneeskunde.

Zowel de sub *a* als de sub *b* genoemde vormen van gezondheidszorg kunnen intramuraal en extramuraal uitgeoefend worden. De extramurale gezondheidszorg noemen we dan maatschappelijke gezondheidszorg. Voor wat betreft de hygiëne is intramurale zorgverlening uiteraard niet in veel verschillende soorten aanwezig. Wellicht zouden de vakantiehuisen hieronder genoemd kunnen worden en zeker ook de bejaardenoord. Voor het grootste gedeelte echter zal deze vorm van gezondheidszorg zich extramuraal afspelen, dus in de maatschappij. Deze kan individueel uitgeoefend worden (huisarts, wijkverpleegster, maatschappelijk werker, pastor, enz.) en in georganiseerd verband (kruisverenigingen, schoolgezondheidszorg, enz.). De curatieve gezondheidszorg (geneeskunde) kent vele vormen van intramurale en extramurale aard. Deze wil ik thans buiten beschouwing laten.

Wanneer we nu de pijlers bekijken waarop het huidige gebouw van de sociale geneeskunde is gebaseerd en wij vergelijken de constructie daarvan met de bovengegeven opzet, dan kan omtrent elk van de pijlers het navolgende opgemerkt worden:

1 arbeids- en bedrijfsgeneeskunde

Het betreft hier bemoeienissen die zowel op gezonde als op zieke mensen betrekking hebben. Aangezien de curatieve werkzaamheden een klein onderdeel vormen van de totale arbeid, zou men hier niet van geneeskunde maar van hygiëne moeten spreken. Nog beter ware wellicht te spreken van bedrijfsgezondheidszorg.

2 verzekeringsgeneeskunde

Hier is het woord geneeskunde ook niet op de juiste plaats gebezigd. Ziektecontrole is een vorm van geneeskunde, keuringen een vorm van hygiëne. Ook hier ware te spreken van verzekeringsgezondheidszorg.

3 jeugdgezondheidszorg

Deze terminologie is juist en geeft de aard van de werkzaamheden correct weer.

4 algemene gezondheidszorg

Ook deze term is juist gekozen omdat de werkzaamheden van deze tak zowel op het terrein van de hygiëne als op dat van de geneeskunde liggen.

Als men de bovengenoemde nomenclatuur zou volgen komen er interessante feiten voor de dag. Ten eerste blijkt dan dat preventieve geneeskunde geen juiste uitdrukking is. Men diene dan ook te spreken over preventieve gezondheidszorg (N.I.P.G. blijft N.I.P.G.). Het woord geneesheer is dan ook niet juist meer. Gelukkig beschikt de Nederlandse taal nog over het woord „arts". Moeilijker wordt het met de Kon. Ned. Mij tot Bevordering der Geneeskunst. Verder ziet men dat het begrip preventie in zijn drie onderdelen op verschillende plaatsen moet worden gerubriceerd: primaire en secundaire pre-

ventie vallen onder „hygiëne", de tertiaire onder „geneeskunde".

Samenvattend wil ik stellen, dat ik aan de definitie van *Van der Wielen* verreweg de voorkeur geef boven die van *Doeleman-Zielhuis*. Ten eerste omdat *Van der Wielen* terecht geneeskunde ziet als een onderdeel van het totale begrip gezondheidszorg en vooral ook omdat ik geen behoefte gevoel aan een nadere uitwerking van het begrip „milieu". Bovendien miskennen de ondertekenaars het aandeel van het sociaal-geneeskundig werk van de vrij gevestigde arts, als zij stellen dat de sociale geneeskunde wordt uitgeoefend door artsen in organisatorisch verband.

Den Haag

P. Staverman

Hierop klommen zowel Swaak (T. soc. Geneesk. 47 (1969) 828) als Van der Wielen (T. soc. Geneesk. 47 (1969) 829) in de pen. Laatstgenoemde zond zijn schrijven onder verwijzing naar het ingezonden stuk van Staverman, na overleg met het College voor Sociale Geneeskunde, ter publikatie aan de redactie van het tijdschrift toe. In afwachting van verdere reacties besloten Doeleman en Zielhuis nog niet op de binnengekomen stukken te repliceren. De brief van Dr. Van der Wielen laten wij hierbij met zijn instemming volgen:

Aan het College voor Sociale Geneeskunde
p/a Kon. Ned. Mij tot Bevordering der
Geneeskunst

te Utrecht

Geacht College,

In de door u aan het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde en aan Medisch Contact ter publicatie gegeven nota „Een afbakening van het veld van de sociale geneeskunde", opgesteld door de collegae *Doeleman* en *Zielhuis*, heb ik met voldoening kunnen vaststellen, dat uw College de grondgedachte van mijn definitie voor sociale geneeskunde (als gewijzigde definitie van *Muntendam*) heeft aanvaard.

Niettemin betreurt ik het aanbrengen van enkele wijzigingen en aanvullingen. Daardoor wordt naar mijn inzicht de definitie onnodig verlengd zonder de beoogde afbakening van het veld van de sociale geneeskunde te verscherpen.

Gaat men allerlei toevoegingen maken (zoals *Muntendam* deed) teneinde de bedoeling van de definitie eigenlijk meer toe te lichten dan scherper te maken, dan wordt deze steeds moeilijker leesbaar en raakt men in taalkundige perikelen, waardoor (zie mijn bespreking van *Muntendam's* definitie, T. soc. Geneesk. 47 (1969) 177) een deel van de goede bedoelingen teniet wordt gedaan.

Uit dien hoofde vraag ik mij af, of aan het heropnemen (uit *Muntendam's* definitie) van het „materiele en immateriële" als toelichting op milieu behoefte bestaat als de meerderheid het er wel over eens is, dat milieu zowel op materiële als op immateriële omgevingsfactoren betrekking heeft. Gevoelt men

die behoefte wel, dan kan men bijvoorbeeld ook de neiging voelen opkomen toe te voegen, dat met milieu zowel levende als dode omgevingsfactoren worden bedoeld.

Het is mij voorts niet goed duidelijk waarom het eerste woordje „De” is gebruikt en wat de betekenis van de aanvulling „primair” inhoudt, als daarop geen secundair, tertiair, etc. volgen. Ook als „primair” zou zijn gebruikt in de zin van „hoofdzakelijk”, eist dit naar mijn gevoel het noemen van het secundaire respectievelijk van de bijzaak.

Het Uwerzijds weglaten van de door mij gebruikte term „gezondheidstoestand” verklaart de noodzaak van de bijzin „voor zover deze wisselwerking relevant is voor hun gezondheid”. Mijn streven in de definitie aan een dergelijke noodzaak te ontkomen heeft echter juist geleid tot het invoeren van het begrip „gezondheidstoestand”. Het is naar mijn mening van essentieel belang de beperking niet aan te leggen bij de wisselwerking, doch bij de menselijke pool. Dit meende ik te hebben gevonden in het gebruik van de term gezondheidstoestand, zijnde het menselijk aspect, waarop de wisselwerking van mensen en hun milieu dan zit in de bundel van wisselwerkingen (gedacht als een bundel „heen-en-weer-pijlen”) echter een klein bundeltje specifiek „sociaal-geneeskundige wisselwerkingen”, die echter op de gehele scala van menselijke aspecten kunnen uitkomen. Naar mijn voorstelling zijn echter uit die grote bundel wisselwerkingen slechts die „pijlen”, die op het aspect gezondheidstoestand uitkomen (en aan het andere eind uiteraard op het milieu) relevant voor de sociale geneeskunde.

Wat nu het uwerzijds weglaten van de term „gezondheidstoestand” als zijnde een te statisch begrip betreft, zou ik gaarne de motivering van het mijnerzijds invoeren van dit begrip willen weergeven. Hieraan voorafgaand is het echter noodzakelijk nog enige andere overwegingen met betrekking tot mijn definitie te vermelden.

De term „sociale geneeskunde” heb ik niet alleen gehandhaafd als ingeburgerd begrip, maar ook, evenals u, terwille van het woord geneeskunde, dat aansluiting geeft bij het Huishoudelijk Reglement van de Kon. Ned. Mij tot bevordering der Geneeskunst. Door het noemen van geneeskunde wordt sociale geneeskunde eo ipso een deel van of een vorm van geneeskunde. Het noemen van (sociale) geneeskunde geeft dan verder in de definitie de vrijheid met andere bewoordingen inhoud aan dat begrip te geven. Dit moge de door mij geziene mogelijkheid verklaren te spreken van sociale geneeskunde als deel van de gezondheidszorg. Gezondheidszorg is meer dan geneeskunde alleen; en sociale geneeskunde is behalve een stuk geneeskunde (als we overmoedig zijn misschien wel een heel groot stuk!) waarschijnlijk wat meer dan alleen een stuk geneeskunde. De ook door uw rapporteurs gevoelde behoefte ergens het woord „gezondheid” te gebruiken, zij het dan in de, de wisselwerking beper-

kende bijzin, heb ik menen te verwezenlijken door te spreken van *gezondheidszorg*. Het gebruik van het woord „gezond” is mijnerzijds geschied met de uitdrukkelijke bedoeling aan te sluiten op de W.G.O.-definitie van gezondheid en tegelijkertijd afstand te nemen van het „genezen”, dat in het Nederlands (anders dan het Engelse „medicine”) nog steeds een weinig preventieve/positieve klank heeft.

Uit mijn „editorial” in het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde nr 47/6 d.d. 14-3-69 moge overigens blijken, dat ik zelf niet geheel gelukkig ben met het woord *gezondheidszorg*. Voornamelijk gevoelsmatig wijst dit te zeer op het „vak”, zodat ik geneigd ben aan *gezondheidszorg* *gezondheidskunde* als wetenschap, studie- en onderwijsobject toe te voegen.

Terugkomend op het begrip *gezondheidstoestand*, heb ik hiermede willen aanduiden te doen te hebben met iets, dat op een concreet ogenblik weliswaar vrij constant (en daardoor beter meetbaar) is, maar dat zowel bij de ene pool (de wisselwerking) als bij de andere pool (het milieu) in de tijd aan verandering onderhevig is. De veranderlijkheid van beide polen laat uiteraard niet na invloed op de wisselwerking uit te oefenen.

Overigens zou ik geen overwegende bezwaren hebben „gezondheidstoestand” tot „gezondheid” af te korten, ware het niet, dat gezondheid alléén teveel (zie de W.G.O.-definitie) een optimale toestand impliceert, terwijl *gezondheidstoestand* ook ongezondheid kan zijn.

Tenslotte nog een tweetal vragen van minder belang. Ten eerste waarom het „bezighouden” door „betrokken zijn” is vervangen? Wellicht voel ik me karakterologisch meer thuis bij het naar mijn gevoel actiever „bezighouden” (of bemoeien?) dan bij het passiever „betrokken zijn”? De tweede vraag is, of de slotzin van de nota: „De sociale geneeskunde wordt beoefend... etc.”, direct volgend op de definitie, moet worden gezien als onderdeel daarvan? Afgezien van het antwoord op deze vraag, meen ik dat het gestelde in die slotzin niet typerend is voor de sociale geneeskunde, maar meer voor een ontwikkeling in de gehele geneeskunde. Ook bijvoorbeeld de klinische specialisten werken in organisatorisch verband (het ziekenhuis) en samen met andere vakken: bijvoorbeeld in de radiologie, audiologie, encefalografie is er binnen het ziekenhuis samenwerking tussen arts en fysicus; in de endocrinologie tussen arts en (bio)chemicus, enz.

Als afronding van mijn opmerkingen moge ik nog een lans breken voor mijn aangevulde definitie:

„Sociale geneeskunde is het deel van gezondheidskunde en -zorg, dat zich bezig houdt met de wisselwerking tussen de gezondheidstoestand van mensen en hun milieu”.

Gaarne zal ik kennis nemen van de resultaten van de bespreking van mijn opmerkingen in uw College.

Met collegiale hoogachting,
Dr. Y. van der Wielen

Resultaten bevolkingsonderzoek longziekten te Amsterdam

Verschenen is het verslag over het bevolkingsonderzoek op longtuberculose en andere longziekten te Amsterdam (vijfde ronde). Aan dit verslag is toegevoegd een beschouwing over de waarde van het bevolkingsonderzoek te Amsterdam als methode van opsporing van longtuberculose en longcarcinoom berekend over de jaren 1958-1966.

Het verslag van het vijfde onderzoek, lopende van 9 december 1963 tot 14 september 1966 liet zich als volgt samenvatten:

Bij het onderzoek, verricht onder auspiciën van de Stichting Massa-Röntgenonderzoek „Masro”, de Amsterdamse Vereniging tot Bestrijding der Tuberculose, werden 256.920 gezinnen met 748.076 personen geregistreerd. Uitgesloten waren 161.989 kinderen van 0 - 15 jaar. Een excuus om niet deel te nemen hadden 15.880 militairen, 162.802 personen van wie elders een foto was gemaakt, 10.048 personen, die onder controle van het consultatiebureau waren, 14.824 personen, die ziek waren of invalide. Van de overigen kwamen er 272.264 personen. Het betrof 111.029 mannen en 161.235 vrouwen.

In totaal werden 24.720 afwijkingen geregistreerd, van wie er 4.736 personen voor een nader onderzoek naar het consultatiebureau werden verwezen. Er werden 47 gevallen van actieve longtuberculose gevonden (25 mannen en 22 vrouwen). Er waren 22 gevallen van open tuberculose, waarvan 10 met een caverne. Van de 7.291 gevallen van inactieve longtuberculose bleven er 498 onder regelmatige controle van het consultatiebureau. Besnier Boeck werd gevonden bij 16 personen (6 mannen en 10 vrouwen). Het waren 12 nieuwe gevallen en 4 van vroeger bekend. Longtumoren werden gevonden bij 160 personen (128 mannen en 32 vrouwen). Hieronder waren 127 maligne longtumoren geverifieerd als primair bronchus carcinoom 88 (85 mannen en 3 vrouwen); metastatische longtumoren 34 (19 mannen en 15 vrouwen); andere maligne tumoren 5 (2 mannen en 3 vrouwen); 44 mannen en 2 vrouwen waren direct inoperabel. Onder de 45.689 mannen boven 40 jaar werden gevonden 85 gevallen van bronchuscarcinoom of wel 1.86 promille.

De waarde van het onderzoek

Over de waarde van het onderzoek als methode van opsporing van longtuberculose en longcarcinoom, werd het volgende gesteld:

Tuberculose is een snel afnemende volksziekte in Nederland. De sterfte aan tuberculose per jaar daalde van 1946 - 1966 met niet minder dan 96%. De jaarlijkse ziektecijfers (incidence) met 81%. De tuberculine-index van 1961 - 1966 op de vervolgscholen met 50%, van 1956 - 1966 bij de recruten met 69%. Het rendement van het bevolkingsonder-

zoek van 1950 - 1966 met 82%. Het rendement per 10.000 onderzochte personen:

Bevolkingsonderzoek	van 1950 - 1966	van 11.5 - 2.6
Beroepsonderzoek	van 1951 - 1965	van 5.9 - 1.9
Consultatiebureau	van 1950 - 1966	van 14.5 - 3.1
(alle vormen van tuberculose)		

Men zou nu de vraag kunnen stellen, waarom de tuberculose in Nederland zo snel afneemt, sneller dan in elk ander land van de wereld. Op deze eenvoudige vraag is niet een enkel ongecompliceerd antwoord te geven. Er hebben waarschijnlijk meer gunstige invloeden gewerkt. Men kan daarbij denken aan: een ruim 60-jarige voortdurende reclame onder het Nederlandse volk voor een goede tuberculosebestrijding; een goed opgebouwd overal aanwezig opsporingssysteem, geassisteerd door het werk van huisartsen en specialisten; de grote belangstelling, die er reeds was vanaf het begin van deze eeuw voor de behandeling van de lijder aan tuberculose, welke in de laatste 20 jaren door het toepassen van nieuwe effectieve medicamenten tot een hoge vorm van perfectie is opgevoerd.

Minder exact en meer speculatief zou men de volgende factoren kunnen noemen: de steeds toeneemende welvaart van het Nederlandse volk; het afnemen van veelvuldige contacten door gezinssamenballing bij de televisie, het privé vervoermiddel de auto, het leeglopen van kerken en bioscopen enz.

De vraag doet zich voor of de strijd tegen de tuberculose, zoals die in Nederland wordt gevoerd, nu niet kan worden ingeperkt of worden omgebouwd tot een ander systeem. Wat het bevolkingsonderzoek betreft, moet men zich afvragen wanneer wij er mee moeten ophouden. Moeten wij dit doen wanneer er 5, 4, 3, 2 of 1 geval van tuberculose wordt gevonden per 10.000 onderzochten? Het antwoord op deze vraag wordt moeilijker te geven wanneer men bedenkt, dat bij het afnemen van de ziekte de waarde van het gevonden geval toeneemt. 20 jaar geleden zouden wij gezegd hebben: stoppen wanneer je er maar 5 op de 10.000 vindt, en vandaag aarzelen wij met het nemen van een beslissing wanneer er slechts 1 op de 10.000 wordt gevonden. De discussie hierover doet denken aan het pleidooi van Abraham voor God ten bate van de rechtvaardigen in Sodom en Gomorra. (Genesis 18 vers 23-32).

Wat kan het ene geval van longtuberculose per 10.000 onderzochten voor schade aanrichten onder de bevolking wanneer het niet gevonden wordt door het bevolkingsonderzoek? De mogelijkheden zijn: 1. spontane genezing, vóórdat de patiënt besmettelijk wordt; 2. het op tijd ontdekken van de patiënt door een andere instantie; 3. het caverneus zijn of worden van de longafwijking en het besmetten van anderen vóór dat de patiënt wordt ontdekt.

Zo bezien zal men dus globaal 30.000 mensen

moeten onderzoeken om één epidemiologisch belangrijk geval van tuberculose te ontdekken. Besloten wordt met de stelling, dat men kan ophouden met bevolkingsonderzoek in een bepaalde leeftijdsgroep wanneer men niet meer dan 1 geval van actieve tuberculose per 10.000 onderzochten vindt. De tuberculose-bestrijding in Nederland zal zich niet langer moeten uitputten in het röntgenonderzoek van grote massa's gezonde mensen. Wanneer men dan toch een tegenwicht wil, kan men beter de huisartsen en specialisten blijven interesseren door artikelen in tijdschriften. Zij zijn het immers, die op hun spreekuur patiënten krijgen met klachten die aan tuberculose doen denken. Sodom en Gomorra werden verwoest, omdat er niet meer dan 10 rechtvaardigen werden gevonden. Het bevolkingsonderzoek zal men in bepaalde groepen kunnen stoppen zonder schade aan te richten.

De advertentie-exploitatie van Huisarts en Wetenschap is gevestigd:

**Uitgeverij. Kruyt N.V., Groot Hertoginnelaan 28,
Bussum, telefoon 02159 - 3 22 59**

aan welk adres ook brieven op advertenties onder nummer gezonden moeten worden.

Registratieproject hartinfarcten

Op initiatief van de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid Dr. R. J. H. Kruisinga is een project, dat beoogt op de meest volledige wijze inzicht te krijgen in het voorkomen van hartinfarct onder de bevolking, tot stand gekomen. Dit project is thans in het stadium van uitvoering gebracht.

De uitvoering van het project in ons land geschiedt in het kader van een door het regionaal bureau Europa van de Wereldgezondheidsorganisatie op voorstel van Nederland opgezet onderzoek op het terrein van de hart- en vaatziekten in Europa. Daartoe zullen in verschillende delen van Europa gegevens worden verzameld die betrekking hebben op: a. het voorkomen van hartinfarcten; b. de daarop volgende behandeling (in ziekenhuis of thuis) en c. het resultaat van deze behandeling en de eventuele, al dan niet acute, dodelijke afloop.

Naast Nederland wordt aan dit project deelgenomen door Zweden, Tsjecho-Slowakije, Finland, Denemarken, Engeland en de U.S.S.R. In ieder van deze landen zal in een bepaald gebied (zogenaamde „pilot area”) de volledige registratie van de benodigde gegevens worden uitgevoerd. Voor ons land zal het onderzoek worden uitgevoerd in het gebied van Nijmegen en omstreken met een totale bevolking van ± 250.000 inwoners. Het gehele onderzoek zal drie jaren in beslag moeten nemen, zodat de afsluiting in 1973 zal vallen.

Uit de begroting van het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid zijn door Dr. Kruisinga de benodigde gelden beschikbaar gesteld. Daar over de veelvuldigheid van het optreden van het hartinfarct ook in ons land nog te weinig bekend is, zijn de resultaten niet alleen voor de Wereldgezondheidsorganisatie van betekenis. De resultaten zijn evenzeer van groot belang in de Nederlandse

situatie om over meer betrouwbare en meer uitvoerige informatie de beschikking te verkrijgen. Ook hierom is met de begeleiding van het project mede het Staatstoezicht op de Volksgezondheid belast.

Omtrent het belangrijkste gegeven van de belangrijkste ziekte — de omvang van de morbiditeit van het hartinfarct — is evenals in andere landen ook in ons land nog onvoldoende bekend.

Het registratieformulier is door de werkgroep van de Wereldgezondheidsorganisatie vastgesteld. De teams van de deelnemende landen zullen het in gebruik nemen. Gevraagd wordt naar: persoonlijke gegevens; vroege omstandigheden van de aanval; voorafgaande verschijnselen; geneeskundige voorgeschiedenis; rookgewoontes; klinische verschijnselen; definitieve diagnose. Bij het herhalingsonderzoek en bij overlijden worden aanvullende gegevens verzameld. Waarschijnlijk zal in Nijmegen de eerste helft van 1970 de aanloop-periode van het onderzoek vormen.

Het registratieproject van de Wereldgezondheidsorganisatie is een ambitieuze onderneming om de hoge eisen, die aan de registratie worden gesteld, met name wat de klinische en pathologisch-anatomische gegevens betreft. In Nijmegen lijkt het mogelijk een adequate bijdrage te leveren, niet in het minst door de medewerking van de Nijmeegse huisartsen en specialisten en het St. Radboudziekenhuis en het St. Canisiusziekenhuis. Tevens kon door deze bereidheid in Nijmegen aan het project te willen medewerken een verbinding worden gelegd met het eveneens door de staatssecretaris gesteunde experiment van de inschakeling van een hart-ambulance met als doel door middel van een versnelde alarmering en snelle aanvang van de behandeling patiënten met een acute hartinfarct door de eerste crisis heen te helpen.

Promoties:

B. Baldewsing te Enkhuizen promoveerde aan de Universiteit te Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Onderzoek over twee antimoönverbindingen en het optreden van immuniteit bij experimentele bilharziasis”. Promotor was Prof. Dr. C. F. A. Bruijning.

P. Bierenbroodspot te Aerdenhout promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „De therapeutische gemeenschap in het traditionele psychiatrische ziekenhuis”. Promotor was Prof. Dr. P. C. Kuiper.

M. H. Gobin te Antwerpen promoveerde aan de Universiteit te Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Cyclotropia and squint”. Promotor was Prof. Dr. M. C. Colenbrander.

A. E. Meinders te Amsterdam promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Diabetes insipidus en chloorpropamide”. Promotor was Prof. Dr. J. G. G. Borst.

H. Neering te Leiderdorp promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Ontstekingscellen en de reactie van Arthus”. Promotor was Prof. Dr. Th. G. van Rijssel.

Tj. de Reus te Willemstad (Curacao) promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Geslachtsziekten op Curacao”. Promotores waren Prof. Dr. P. Muntendam en Prof. Dr. J. A. C. de Kock van Leeuwen.

R. H. Kuijten te Abcoude promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Nierbiopsie bij kinderen met glomerulopathieën”. Promotor was Prof. Dr. W. H. H. Tegelaers. Co-promotoren waren Prof. Dr. H. A. W. M. Tiddens en Prof. Dr. J. J. van Loghem.

Benoemingen:

Dr. K. K. Bossina, thans gewoon lector aan de Rijksuniversiteit te Groningen, is benoemd tot gewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de universiteit om onderwijs te geven in de kindercardiologie.

Dr. G. A. Mook is benoemd tot gewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Groningen om onderwijs te geven in de fysiologie, in het bijzonder de toegepaste fysiologie.

Dr. Ir. J. J. D. van der Gon is benoemd tot gewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht om onderwijs te geven in de medische fysica.

Dr. R. P. Mouton is benoemd tot gewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht om onderwijs te geven in de klinische bacteriologie.

Dr. S. J. Nijdam, thans wetenschappelijk hoofdmedewerker aan de Rijksuniversiteit te Utrecht, is benoemd tot gewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht om onderwijs te geven in de farmacopsychiatrie.

Dr. J. Drukker is benoemd tot gewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam om onderwijs te geven in de algemene anatomie.

MC | **PERSONALIA**

Nieuwe leden

P. C. Blom, Volkerakstraat 22', Amsterdam.

Mevr. E. A. M. Boomer-Tilanus, Weststraat 15, Domburg.

Mej. W. B. Daalder, Olympiaweg 22'', Amsterdam.

L. A. J. van Delft, Zwolsestraat 20, Raalte.

F. Dippel, Bilderdijklaan 97, Groningen.

E. Gans, 2-de Jac. van Campenstraat 100', Amsterdam.

J. L. van Geijlswijk, Hofgeest 251, Amsterdam-Bijlmermeer.

A. van Ginneken, Predikherenlaan 565, Tilburg.

Mej. M. H. Gons, Cornelis Schuytstraat 52, Amsterdam.

J. P. de Groot, Beethovenstraat 87', Amsterdam.

J. H. de Haan, St. Josephstraat 10, Den Bosch.

J. H. J. Hardeman, Loidanshof 12. Oude varkenmarkt 1, Leiden.

J. A. Hoekstra, K. Doormanlaan 92, Utrecht.

Tj. U. Hoogenraad, Middenlaan 15, Doorn.

J. M. G. Huininga, Helperzoon 243, Groningen-8006.

K. Huisman, Nude 45, Wageningen.

B. S. Hylkema, Rijksstraatweg 3, Haarlem.

D. R. Lindeboom, Spoorstraat 3, Leerdam.

J. W. F. Loubert, Tolsteegplantsoen 16'', Utrecht.

J. C. M. N. van der Meulen, Julianasingel 16, Venray.

Mej. A. M. A. H. D. van Nieuwstadt, Arnhemsestraatweg 58, Velp.

Mej. C. Oppelaar, Lorentzkafe 218, Haarlem.

H. F. M. van der Pas, Hoofdweg 134, Westerhaar (Vriezenveenschewijk).

H. T. M. van der Poll, Jachtlaan 94, Apeldoorn.

Mevr. E. Pos-Plooi, Gerbrandtlaan 42, Voorschoten.

H. C. Pull, de Nieuwe Aanleg 6, Diepenveen.

L. K. H. Pijlman, Lange Streek 6, Lemmer.

G. Reurink, Groenland 20, Edam.

H. J. M. Roelofs, Hamburgerstraat 38, Utrecht.

P. E. Sandel, Heinsbergerweg 34, Melick.

D. J. van de Sandt, Rubenslaan 1, Weert.

J. B. M. Stolte, Keramiekstraat 266, Tegelen.

H. L. F. Vissers, „Maria Terweel”, Kloetingseweg, Goes.

B. J. Vortman, Pelsterstraat 42 A, Groningen.

M. Vos, Dirigentenlaan 123, Tilburg.

G. Voskamp, Arendshorst 4, Deventer.

F. Wilderink, Oldengaarde 103, Amsterdam.

J. D. van der Wind, Venuslaan 10, de Bilt.

Overleden

J. W. Andriessen, Dr. Scheylaan 7, Borculo.

A. H. Blankstein, Adm. de Ruyterweg 245, Amsterdam.

Samenstelling hoofdbestuur en dagelijks bestuur in 1970

In de op zaterdag 3 januari 1970 gehouden vergadering van het hoofdbestuur is Dr. L. van der Drift, 's-Gravenhage, gekozen tot voorzitter van de Maatschappij.

Tot ondervoorzitter is gekozen Prof. Dr. Th. Vossenaar, Utrecht; tot leden van het dagelijks bestuur voorts Dr. J. Hage, Tilburg, mevrouw Dr. L. Hemmes, Heemstede en Dr. F. H. J. Kortenhorst, Delft; tot plaatsvervangende leden van het dagelijks bestuur J. J. de Konink, Akkrum, Dr. A. C. Leuftink, Hoog-Keppel en Dr. R. Vermeer, Goes.

De samenstelling van het hoofdbestuur en het dagelijks bestuur voor 1970 is daardoor thans als volgt (de datum achter de naam geeft aan wanneer de zittingsperiode is beëindigd):

Hoofdbestuur

Dr. L. van der Drift, specialist, Sweelinckplein 8, 's-Gravenhage, voorzitter (31-12-1971);

Prof. Dr. Th. Vossenaar, specialist-arts in dienstverband, Prinsesselaan 1, Utrecht, ondervoorzitter (31-12-1973);

O. G. E. de Boer, huisarts, P. C. Hooftplein 10A, Rotterdam, (31-12-1975);

W. C. de Boer, Tooropstraat 44, Arnhem, lid van het centraal bestuur van de L.A.D.;

W. van Bork, specialist, Koestraat 20, Zwolle (31-12-1975);

Dr. Joh. A. Dallmeijer, huisarts, Oldambtstraat 11, Amsterdam (31-12-1974);

Dr. E. D. Eggink, specialist, Helper Esweg 14, Groningen (31-12-1972);

Dr. J. Hage, specialist, Bredaseweg 588, Tilburg (31-12-1971);

J. Helfrich, Oosterhoffstraat 12, Oldehove, lid van het centraal bestuur van de L.H.V.

Mevr. Dr. L. Hemmes, specialist-arts in dienstverband, Bachlaan 30, Heemstede (31-12-1971);

F. H. M. Jansen, huisarts, Helvoirtseweg 183, Vught (12-9-1970);

J. J. de Konink, huisarts, Leeuwarderstraatweg 3, Akkrum (31-12-1973);

Dr. F. H. J. Kortenhorst, huisarts, Julianalaan 63, Delft (31-12-1971);

Dr. A. E. Leuftink, arts in dienstverband, Dubbeltesweg 9, Hoog-Keppel (31-12-1974);

G. C. M. van Maarsseveen, specialist-arts in dienstverband, Julianastraat 14, Venlo (31-12-1970);

Dr. J. van Mansvelt, Spaarnelaan 40, Haarlem, voorzitter van de L.S.V.;

Dr. Z. Nauta, specialist-arts in dienstverband, Gauke Boelensstraat 108, Drachten (12-9-1970);

J. F. A. van Rijn, van Lawick van Pabststraat 5, Arnhem, voorzitter van de L.H.V.;

Dr. J. C. Schultsz, Willemsparkweg 27, Amsterdam, voorzitter van de Raad van Beroep;

Dr. R. M. Versteegh, Wilhelminapark 33, Utrecht, lid van het centraal bestuur van de L.S.V.;

Dr. R. Vermeer, arts in dienstverband, Vogelzangsweg 52, Goes (31-12-1974);

H. Voorzanger, Van den Berghlaan 213, Hoofddorp, voorzitter van de L.A.D.

Aan de vergaderingen van het hoofdbestuur nemen deel:

F. A. Bol, Molenstraat 6, Schoonoord (Dr.), hoofdredacteur van Medisch Contact;

Drs. P. Brandes, Meander 781, Amstelveen, secretaris van de Maatschappij;

Dr. C. F. Brenkman, Bakenbergseweg 51, Arnhem, vertegenwoordiger van de Alg. Ned. Ver. voor Sociale Geneeskunde;

G. Dekker, Rio Grandelaan 55, Overveen, secretaris-penningmeester van de Maatschappij, met adviserende stem;

J. Diepersloot, Oranje Nassaulaan 70, Zeist, secretaris-generaal van de Maatschappij;

Prof. Dr. J. F. Folkerts, Gerrit van der Veenstraat 95, Amsterdam, vertegenwoordiger van het Interfacultair Overleg;

W. J. de Jager, Keizer Karelweg 80, Amstelveen, secretaris van de Maatschappij;

J. J. van Mechelen, Minervalaan 67, Amsterdam, journalistiek adviseur van de Maatschappij;

Mr. W. B. van der Mij, Utrechtseweg 319, De Bilt, secretaris van de Maatschappij;

Dr. H. Roelink, Burg. van Tuyllaan 8, Zeist, secretaris van de Maatschappij.

Dagelijks bestuur

Dr. L. van der Drift, voorzitter;

Prof. Dr. Th. Vossenaar, ondervoorzitter;

Dr. J. Hage;

Mevr. Dr. L. Hemmes;

Dr. F. H. J. Kortenhorst;

Dr. J. van Mansvelt, voorzitter van de L.S.V.;

J. F. A. van Rijn, voorzitter van de L.H.V.;

H. Voorzanger, voorzitter van de L.A.D.;

J. J. de Konink, plaatsvervanger;

Dr. A. E. Leuftink, plaatsvervanger;

Dr. R. Vermeer, plaatsvervanger.

Aan de vergaderingen van het dagelijks bestuur nemen deel:

Drs. P. Brandes, secretaris;

G. Dekker, secretaris-penningmeester, met adviserende stem;

J. Diepersloot, secretaris-generaal;

J. J. van Mechelen, journalistiek adviseur;

Mr. W. B. van der Mij, secretaris;

Dr. H. Roelink, secretaris.

Utrecht, 6 januari 1970.

W. J. de Jager,
secretaris

Kandidaatstelling nieuwe leden van het Hoofdbestuur

De Algemene Vergadering zal op 12 september 1970, ingevolge artikel 404 van het Huishoudelijk Reglement, drie nieuwe leden van het hoofdbestuur moeten kiezen en wel in de vacatures welke op de aangegeven data ontstaan door het aftreden van:

1. Dr. Z. Nauta, specialist-arts in dienstverband Drachten, per 12 september 1970;
2. F. H. M. Jansen, huisarts, Vught, per 12 september 1970;
3. G. C. M. van Maarsseveen, specialist-arts in dienstverband, Venlo, per 31 december 1970.

Het in vacature 1. te kiezen lid van het hoofdbestuur treedt op 13 september 1970 in functie en zal zitting hebben tot en met 31 december 1976.

Het in vacature 2. te kiezen hoofdbestuurslid zal deze vervullen tot en met 31 december 1972.

Het in vacature 3. te verkiezen hoofdbestuurslid zal in functie treden op 1 januari 1971 en zitting hebben tot en met 31 december 1976.

De vacatures 1. en 2. betreffen beide tussentijds opgetreden hoofdbestuurleden, waardoor de afwijkende zittingsperioden worden verklaard.

De afdelingen dienen er bij het zoeken van kandidaten derhalve op bedacht te zijn, dat deze zich beschikbaar kunnen stellen voor zittingsperioden van respectievelijk ruim 6 jaar, ruim 2 jaar en 6 jaar precies.

De kandidaatstelling geschiedt volgens artikel 304 van het Huishoudelijk Reglement der Maatschappij dat luidt:

1. Ieder lid heeft het recht vóór 1 februari één of meer personen schriftelijk aan te bevelen bij het bestuur zijner afdeling.
2. Elke afdeling heeft het recht vóór 15 maart aan de secretaris-penningmeester der Maatschappij voor elke open plaats de naam op te geven van een kandidaat, die bereid is de kandidatuur aan te nemen.
3. Indien na 15 maart blijkt, dat het aantal gestelde kandidaten kleiner is dan of gelijk is aan het aantal vacatures, geeft het H.B. hiervan vóór 1 april kennis aan de afdelingen, met verzoek deze kandidatenlijst vóór 1 mei aan te vullen. In-

INTERNATIONALE AUTO EMBLEMEN

zijn voor leden van de Maatschappij verkrijgbaar op het Bureau der Maatschappij, Lomanlaan 103, Utrecht. De prijs van het Maatschappij-embleem (Internationaal model), vervaardigd van astralon, is f 1,—. Ook is verkrijgbaar een embleem van plak-plastic à f 0,50. Men wordt verzocht bij bestelling de kosten te voldoen door overschrijving op postgiro 58083 der Maatschappij.

dien op 1 mei het aantal kandidaten nog niet dat der vacatures met ten minste één overschrijdt, vult het H.B. de kandidatenlijst aan.

Utrecht, 9 januari 1969

Mr. B. Schultsz

Kort verslag vergadering Hoofdbestuur

Kort verslag van de vergadering van het Hoofdbestuur der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, gehouden op 13 december 1969 in het gebouw van de Maatschappij, Lomanlaan 103 te Utrecht.

Voorzitter: G. C. M. van Maarsseveen.

Te 13.30 uur opent de voorzitter de vergadering en heet in het bijzonder de oud-voorzitter, Dr. Z. Nauta, welkom, die tot aan de Algemene Vergadering in het najaar 1970 de vacature, ontstaan door het overlijden van G. A. Fluitman, zal vervullen. Eveneens worden welkom geheten de voor het jaar 1970 nieuw gekozen hoofdbestuurleden W. van Bork en O. G. E. de Boer, die als toehoorders deze hoofdbestuurvergadering bijwonen.

Het hoofdbestuur besluit om het wandmozaïek van het gebouw te laten repareren ongeacht het feit, dat de verzekering nog niet definitief heeft uitgesproken, dat zij deze reparatie zal vergoeden.

Na enige discussie wordt besloten aan de Algemene Vergadering van 20 december 1969 voot te stellen de symbolische bijdragen aan de SANO te verhogen met f 5000,— en te brengen op f 20.000,—. Deze geringe verhoging moet worden gezien tegen de achtergrond van de nog niet geheel te overziene financiële toekomstaspecten en eveneens in verband met de van sommige zijden naar voren gebrachte principiële bezwaren.

Hierna wordt in aanwezigheid van de desbetreffende commissie het eindrapport van de commissie personeelsbeleid aan een uitvoerige bespreking onderworpen, waarbij vele facetten van dit gedegen rapport op hun merites worden gewogen. Bij de nabespreking van het rapport, buiten aanwezigheid van de commissie, wordt besloten om de behandeling van het rapport af te ronden in een extra hoofdbestuurvergadering op 23 december 1969.

Een notitie van het secretariaat inzake de positie van het penningmeesterschap van de Maatschappij zal aan de Algemene Vergadering van 20 december ter goedkeuring voorgelegd worden.

Vervolgens wordt de agenda voor de Algemene Vergadering van 20 december besproken, waarbij onder meer de problematiek terzake van de Regeling en Klapper nog weer even aan de orde wordt gesteld.

De notitie van het secretariaat inzake de kostenbewaking van geneesmiddelen wordt onder dankzegging voor de verstrekte uitvoerige informatie aanvaard.

In verband met het reeds voortgeschreden uur wordt de behandeling van de overige agendapunten aangehouden tot een volgende vergadering.

Te 17.45 uur wordt vergadering gesloten.

Nieuwe inschrijvingen

De Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft de volgende artsen ingeschreven in het register van erkende sociaal-geneeskundigen.

Tak Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde

per 1 september 1969

A. Keijzer te Amsterdam

per 14 oktober 1969

R. Kooper te Voorschoten

per 10 november 1969

W. A. M. Adriaansens te Cuyk

S. A. de Jong te Meppel

per 1 december 1969

E. H. H. Handl te Amsterdam

per 12 december 1969

L. B. J. Rexwinkel te Hendrik Ido Ambacht

Tak Jeugdgezondheidszorg

per 10 november 1969

Mevr. M. van Rappard-Kobus te Haarlem

per 1 december 1969

Mej. J. J. N. Claes te Breda

Utrecht, 23 december 1969

Zaanland

De kantine van het Algemeen Ziekenfonds „Zaanland” was zaterdag 20 december jongstleden nauwelijks groot genoeg om plaats te bieden aan allen, die afscheid kwamen nemen van de man, die gedurende 32 jaar lid van het Bestuur en 14 jaar voorzitter van dit Federatie-ziekenfonds was geweest. De nog vitale, thans 75-jarige heer F. Groot heeft gedurende die jaren zijn ziekenfonds rustig en met verstand geleid, daarbij rekening houdende met de belangen van zowel de medewerkers als de verzekerden, uit welke laatste groep hij is voortgekomen.

Zijn opvolger, dokter C. van der Harst, zwaaide de heer Groot daarvoor alle lof toe. Hij bracht de dank over van het Bestuur en memoreerde dat de scheidende voorzitter lid was geweest van tal van colleges, onder andere het bestuur van het Gewest IV van de Federatie V.M.Z. Een fraai armbandhorloge was het stoffelijk blijk van de onder woorden gebrachte waardering voor het vele in het belang van het ziekenfondswezen verrichte werk.

Namens het college van Burgemeester en Wethouders van Zaandam en het ziekenhuisbestuur sprak vervolgens de heer A. P. Buijs, Wethouder van Volksgezondheid en Economische Zaken. Deze schetste de vele veranderingen, die in de bestuursperiode van de heer Groot hadden plaatsgevonden. Spreker noemde de scheidende voorzitter een „krachtpatser”, iemand die ook als ziekenfondsbestuurder veel betekend heeft.

De voorzitter van de Federatie V.M.Z., dokter H. A. J. J. M. Speleers, bracht de heer Groot mede namens de andere bij deze organisatie aangesloten ziekenfondsen in hartelijke bewoordingen dank voor alles, wat hij in de vele jaren aan bestuurlijke arbeid voor het ziekenfondswezen heeft verricht.

De heer J. Wals, lid van de ledenraad, herinnerde eraan dat in de bestuursperiode van de heer Groot de pariteit tussen medewerkers en verzekerden in het ziekenfondsbestuur was bereikt.

De heer M. Biesheuvel, sprekende namens het bestuur van het Federatiegewest IV, getuigde van zijn waardering voor de bijdragen van de heer Groot in het gewestelijk bestuur. „Wat denkt u van de toekomst van het ziekenfondswezen”, was de vraag, waarmee spreker zijn speech beëindigde.

De heer A. J. Poot, vertolkte de gevoelens van waardering van het Bestuur van de Stichting „Het Zilveren Kruis”, van welker Raad van Beheer de heer Groot eveneens lid was.

Namens het personeel werd vervolgens het woord gevoerd door de heer J. Meijroos, directeur van „Zaanland”; deze schetste de altijd prettige verhouding met zijn voorzitter, van wie hij node afscheid nam. Spreker prees hem om zijn grote belangstelling, niet alleen voor de zakelijke aangelegenheden, maar ook en vooral voor het wel en wee van het personeel. Een Zaanse klok vergezelde deze woorden.

Dokter S. Kloppe bracht de dank en waardering over van alle medewerkers en van het Bestuur van het huisartsenlaboratorium.

Tenslotte kreeg de heer Groot gelegenheid om de sprekers te antwoorden; hij deed dat op een wijze, die bewondering afdwong vanwege de rust en de wijsheid, die uit zijn woorden spraken. Zijn dank ging uit naar allen, die door hun aanwezigheid van hun belangstelling hadden blijk gegeven. Hij had deze receptie zeer op prijs gesteld. De kostenontwikkeling in de afgelopen jaren noemde hij enorm, daartegenover had echter ook de geneeskunst geweldige vorderingen gemaakt. Op de vraag over zijn visie op de toekomst van het ziekenfondswezen, meende hij de komst van een algehele volksverzekering te moeten voorspellen.

Spreker memoreerde nog in het bijzonder zijn goede samenwerking met de directeur, wat hij mede toeschreef aan het feit dat hij zich als voorzitter had beperkt tot de beleidszaken zonder te treden in de bevoegdheden, die aan de directeur waren gedelegeerd.

Het ziekenfonds „Zaanland” besloot hiermee de afscheidsbijeenkomst van een man, die met veel toewijding belangeloos zijn vrije tijd aan een goede zaak heeft gewijd.

G. L. H.

Zutphen

Op de novembervergadering van onze kring sprak collega Dr. J. M. Greep, chirurg te Amsterdam over: Heeft orgaantransplantatie een toekomst?

Een reis naar de maan werd vroeger voor even

onmogelijk gehouden als een orgaantransplantatie, constateerde spreker. De eerste wetenschappelijke publikaties over transplantaties dateren van het begin van deze eeuw. Autotransplantaties bleken te lukken, doch bij homotransplantaties verdween op onverklaarbare wijze de functie van het getransplanteerde orgaan in een tijdsverloop van 6-9 dagen. In 1950 gelukte het in Boston en Parijs nieren van overledenen te transplanteren bij patiënten met ongeneeslijke nierziekten. Technisch waren deze operaties een succes, maar door „afstoting” van het nieuwe orgaan overleden de patiënten na drie maanden. Inmiddels had de ontwikkeling van de kunstnier door Kolff (1944) het mogelijk gemaakt, patiënten met een terminaal nierlijden door chronisch intermitterende dialyse in leven te houden.

De eerste blijvend geslaagde poging om iemand van een nieuwe nier te voorzien werd in 1954 te Boston verricht, waar een patiënt een nier ontving van zijn identieke tweelingbroer. Deze transplantatie gaf de stoot tot verder experimenteren, vooral daar het immuunmechanisme, het grote struikblok bij de transplantaties, inmiddels was geanalyseerd door Medawar e.a. Door onderdrukking van dit immuunsysteem, aanvankelijk door röntgenbestraling en later door toediening van pharmaca, onder andere Imuran en corticosteroïden en na 1966 met antilymfocytenserum (A.L.S.) trachtte men de afstoting van het getransplanteerde orgaan te verminderen. Door het toenemen van het aantal transplantaties en het gebruik van organen van cadavers werd de donorselectie en de orgaanpreservatie belangrijk. De prognose voor de transplantatie is het gunstigst, indien er een grote mate van overeenstemming kan worden vastgesteld tussen de leucocyten in de weefsels van donor en ontvanger (Van Rood, Terasaki). Er zijn nog veel moeilijkheden met het selecteren van de juiste donor. Orgaanpreservatie, langer dan 72 uur, is nog niet mogelijk.

Mogelijkheden tot verbetering van de huidige niertransplantatie liggen op de gebieden van optimale donorselectie en verbeterde immunosuppressie. Spreker kwam tenslotte tot de conclusie, dat niertransplantatie een therapeutische ingreep is geworden, die men een patiënt niet mag onthouden. Helaas zijn er voorshands tekorten aan donornieren, ziekenhuisfaciliteiten, geld en ervaren teams, zodat de medicus genooddakt is te selecteren, onder andere op grond van overwegingen zoals leeftijd, coöperatie, etc. De publiciteit wekt nogal eens valse hoop. Maar nu er bij niertransplantatie een tweejaarsoverlevingspercentage van het transplantaat is bereikt van circa 70% mag men deze ingreep niet meer zien als een avontuur, maar als een wezenlijke verworvenheid van geneeskunde en geneeskunst.

In de zeer levendige discussie werd onder meer gevraagd naar de donorleeftijd (liefst onder de 55 jaar), ook de donorselectie werd nog eens onder de loep genomen, waarbij benadrukt werd dat een goede voorlichting hierover gewenst is. De moge-

lijkheid van een transplantatiedienst werd geopperd, iets wat nog niet uitvoerbaar bleek te zijn. Tenslotte kwam de ethische kant van het vraagstuk ter tafel. Er werd gevraagd naar de criteria van hersendood. Een wetsontwerp is hierover in voorbereiding.

Th. Flohil-Verschuur, Warnsveld

Voordrachten

Voordrachten

Op de agenda's voor de afdelingsvergaderingen werden de volgende voordrachten vermeld:

Alkmaar en Omstreken: Dr. J. Bennen, gynaecoloog, onderwerp: „De ovulatie-inductie”.

Arnhem en Omstreken: J. J. Prick, zenuwarts, onderwerp: „Medische ethiek gezien in het licht van de vooruitgang der geneeskunst”.

Emmeloord en Omstreken: Dr. R. Dijkstra, plastisch chirurg, onderwerp: „Capita selecta uit de plastische chirurgie”. P. Smit, chirurg, onderwerp: „Kleine chirurgie”. H. G. Roohé, K.N.O.-arts, onderwerp: „Spoedeisende gevallen in de K.N.O.-heelkunde”. J. A. Siersema, oogarts en H. R. de Vries, huidarts, onderwerp: „Medische Quiz”.

Friesland-Oost: Dr. J. P. W. F. Lakke, neuroloog, onderwerp: „Breinen en dolfijnen” (phylogenetische bespiegelingen).

Groningen en Omstreken: Dr. H. M. van Praag, lector in de biologische psychiatrie, onderwerp: „Klinische toepassing van psychofarmaca”.

Leiden en Omstreken: Dr. J. A. Noordijk, onderwerp: „Nepal: het laatste paradijs”. Dr. M. van der Stoel, onderwerp: „Nieuwe ontwikkelingen in de gezondheidszorg”.

Meppel en Omstreken: Dr. K. Knol, kinderarts, onderwerp: „Asthma bij kinderen”.

Noord-Limburg: Prof. J. J. G. Prick, onderwerp: „De ouder wordende mens”.

Oldambt: Dr. J. J. de Blécourt, Lector in de reumatologie, onderwerp: „Reumatische oorzaken van lage rugpijn”.

Oude IJssel: Drs. A. J. Bastiaanse, klinisch chemicus, onderwerp: „Enige nieuwe methoden”.

Rotterdam en Omstreken: Prof. Dr. C. J. B. J. Trimbos, Prof. Dr. S. A. de Lange, onderwerp: „Verschuivingen in de medische ethiek rond „Leven en dood”.

Zuid-Vlaanderen O. D.I.: Dr. A. P. Oliemans, onderwerp: „Morbiditeit in de huisartsenpraktijk”.

Westland: Dr. R. J. J. L. Knipscheer, gynaecoloog, onderwerp: „Nieuwe aspecten betreffende een tweetal onderwerpen, namelijk het rhesusvraagstuk en de rubella-vaccinatie”.

Zwolle en Omstreken: Dr. T. Tjabbes, internist, onderwerp: „Enkele aspecten van vetzucht”.

Plaatsing van brieven in deze rubriek houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven zienswijze onderschrijft.

KAISER-FLEISCHER RING

In zijn vergelijking tussen de Amerikaanse en Nederlandse opleiding in de interne geneeskunde schrijft S. Bergsma (Medisch Contact 1970/1, bladzijde 9): „Ik herinner mij... een dia van een iris met een Kaiser-Fleischer ring”.

Echter de ring van Kaiser-Fleischer, pathognomonisch voor de hepatolenticulaire degeneratie (ziekte van Wilson), bevindt zich niet in de iris, maar in de membraan van Descemet van de cornea.

Misschien is de opleiding in Amerika toch nog anders.

Utrecht, 5 januari 1970

T. V. Westrik, med. student

VERGOEDING POLIKLINIEK ACADEMISCH ZIEKENHUIS

De redactie van Medisch Contact heeft mij in de gelegenheid gesteld in te gaan op de namens de leden van de wetenschappelijke staf Academisch Ziekenhuis in M.C. no 1/1970 geplaatste brief aan de redactie onder het opschrift „Vergoeding polikliniek Academisch Ziekenhuis”. Dit stelt mij in staat mijn standpunt te verduidelijken en zo mogelijk te bereiken dat de geciteerde zinsnede uit mijn artikel op de juiste wijze wordt verstaan.

De bedoelde zinsnede — waarover ook een ander lid van de wetenschappelijke staf in het S.A.Z.U., de heer Ossentjuk, blijkens M.C. 1969/49 een brief aan de redactie heeft gericht — zou inderdaad, geheel op zichzelf beschouwd, zo kunnen worden gelezen dat het aan de goedheid van de hoogmogende besturen wordt overgelaten of zij de medische staven in de academische ziekenhuizen een honorering zouden willen geven voor hun werk in het ziekenhuis en alsof zij dat geheel eigenmachtig naar eigen inzichten zouden kunnen doen. Als dat zo zou zijn, dan zou inderdaad van een anachronistische instelling kunnen worden gesproken. Ik wil echter uitdrukkelijk vooropstellen dat zulks geenszins past in mijn beschouwingen over de positie van de medische staf in het academisch ziekenhuis.

Om te beginnen zij opgemerkt, dat de geciteerde zinsnede uiteraard gelezen dient te worden in de context van de overige beschouwingen die in mijn artikel zijn vervat. Deze beschou-

wingen beoogden in de eerste plaats aandacht te vragen voor een vraagstuk dat reeds jarenlang in een impasse verkeerde, welke naar mijn mening doorbroken zou kunnen worden als wij oog kregen voor principiële andere uitgangspunten dan waarvan tot nu toe bij behandeling van het ingewikkelde vraagstuk was uitgegaan. Ik behoeft daar hier niet verder op in te gaan; men zie M.C. 1969/34.

Eén van die, mijns inziens onjuiste uitgangspunten, was de steeds weer terugkerende opmerking van de zijde van de ziekenfondsen, dat voor poliklinische consulten en verrichtingen geen honorarium door de ziekenfondsen te betalen viel, aangezien de aan het academisch ziekenhuis verbonden wetenschappelijke staf reeds door de universiteit voor een volledige werkring werd gehonoreerd. Ik heb gemeend tegen dit standpunt wezenlijk bezwaar te moeten maken en heb gesteld, dat als met de ziekenfondsen overeenstemming kan worden bereikt dat ook de poliklinische behandelingen voor vergoeding in aanmerking komen, deze vergoeding dan zowel het kosten- als het honorariumbestanddeel heeft te omvatten. De ziekenfondsen vragen dan echter terecht wat met de honorariumgelden geschiedt, omdat zij deze overeenkomstig de gebruikelijke medewerkersovereenkomsten ten behoeve van en aan de specialist vergoeden (waarbij het ziekenhuis op een gedeelte aanspraak kan maken voor huur en andere specifieke kosten, indien zulks tussen specialist en ziekenhuis is overeengekomen).

In mijn artikel heb ik getracht een antwoord op die vraag te formuleren, namelijk dat deze gelden dienden te worden besteed voor een verbetering van de financiële positie van de wetenschappelijke staf. Zij kunnen echter om verschillende redenen niet op dezelfde wijze als bij de andere, algemene ziekenhuizen zonder meer toevoelen aan de in de polikliniek werkzame staf, waarvan de belangrijkste reden wel deze is, dat de academische ziekenhuizen de vergoeding van de poliklinische behandelingen niet als een op zich zelf staand iets kunnen beschouwen, maar onderdeel willen laten zijn van het veel ruimere vraagstuk van de organisatorische en financiële positie van de wetenschappelijke staf binnen het gehele ziekenhuis. Uiteraard liet het kader van mijn artikel — dat al zeer lang geworden was — niet toe op deze vragen, waarvan het belang zeker onderkend wordt, in te gaan en moest ik volstaan met enkele opmerkingen. Een daarvan was die omtrent de verdeling van de gel-

den overeenkomstig door het ziekenhuisbestuur vast te stellen regelen. Deze opmerking werd echter gevolgd door enkele andere, waarin met name geduid werd op het belang van een inpassing van de stafleden in het geheel van de ziekenhuisorganisatie.

Op gevaar af dat door kortheid wellicht het navolgende onvoldoende uit de verf komt, stel ik er prijs op hierover alsnog iets te zeggen. De medische staf in het academisch ziekenhuis is een integrerend onderdeel van het ziekenhuis. Afgedacht nu van het feit of dit door de Wet op de Status van de Academische Ziekenhuizen ook formeelrechtelijk wordt bevestigd, zou ik ook zonder die wet dit standpunt willen verdedigen. Ik ben dan ook van oordeel dat niet eerst door genoemde wet er sprake zal zijn van specialisten in dienstverband — zoals Dr. Keuter meent te moeten concluderen — doch dat ook reeds thans de artsen verbonden aan de academische ziekenhuizen werkzaam zijn in dienstverband, zij het dat dit dienstverband in de meeste gevallen niet is gesloten met het academisch ziekenhuis maar met de universiteit. Bij de Vrije Universiteit ligt dat nog wat ingewikkelder, aangezien noch de V.U. noch het A.Z.V.U. rechtspersoonlijkheid bezit en iedereen, ook het ziekenhuispersoneel in engere zin zoals verpleegkundigen, analisten etcetera, in dienst is van de Vereniging voor Wetenschappelijk Onderwijs op Gereformeerde Grondslag! Wat daarvan ook zij, iedere arts werkzaam in een academisch ziekenhuis acht zich, middellijk of onmiddellijk, daaraan verbonden in dienstbetrekking en vandaar dat ik dan ook schreef dat de gedachte van de artsen in dienstverband in de academische ziekenhuizen reeds zo ver is doorgevoerd (niet „gevorderd”) dat voor ziekenfondspatiënten een all-in tarief kan worden gehanteerd. Veel belangrijker is echter, dat zowel van de zijde van universiteitsorganen en ziekenhuisbestuur als van de kant van de staf erkend wordt dat de wetenschappelijke staf organisatorisch een plaats heeft binnen het ziekenhuis met alle consequenties van dien ten aanzien van rechtspositie en verantwoordelijkheid.

De besturen van deze ziekenhuizen zijn mede verantwoordelijk voor de rechtspositie van de wetenschappelijke staf in de ziekenhuizen en kunnen zich daaraan niet onttrekken met de opmerking dat dit een zaak zou zijn van de universiteit en haar organen.

Onder deze rechtspositie reken ik dan uiteraard in de eerste plaats de honorering, maar evengoed de verdere, bijkomende arbeidsvoorwaarden. Tot nu toe vond de honorering van de

medische staf op tweeërlei wijze plaats. Enerzijds vanwege de universaliteit, welke honorering primair gericht is — hiermee heb ik niet bedoeld te zeggen zoals Dr. Keuter aangeeft „uitsluitend” — op de taken van onderwijs en opleiding binnen het universitaire bestel. Te lang is naar mijn mening de taak van patiëntenbehandeling in de academische ziekenhuizen ook onder de taken van het universitaire bestel geregeld en vandaar dat ik op bladzijde 954 nog eens nadrukkelijk heb gesteld dat de ziekenhuis-taak een eigen, niet universitair, doel dient en wordt vervuld in een eigen organisatie — het ziekenhuis — dat als zodanig deel uitmaakt van het gehele organisme der volksgezondheid. Anderzijds ontvangt een deel van de medische staf een additionele honorering door middel van declaraties, die zij zelf uitzendt voor de behandeling van patiënten. Voor een groot deel betreffen deze declaraties alleen klinische patiënten die niet bij een ziekenfonds zijn aangesloten; zij strekken zich echter in vrijwel alle academische ziekenhuizen ook uit tot poliklinische behandelingen van niet bij een ziekenfonds aangesloten patiënten. Het is meer dan bekend dat systeem en omvang van deze declaraties in de academische ziekenhuizen nogal sterk uiteenlopen en in sommige gevallen niet ten onrechte aanleiding hebben gegeven tot kritiek, zowel van de zijde van de patiënten als van die leden van de staf die in deze declaratie-ontvangsten géén of een, naar hun oordeel, te gering aandeel hebben.

Aanvaardende de verantwoordelijkheid van het ziekenhuisbestuur voor een passende honorering van al degenen die aan het ziekenhuis verbonden zijn, behoort het mede tot de taak van het bestuur te zoeken naar middelen en wegen om de financiële middelen hiervoor te vinden, waarbij zij als ziekenhuis vanzelfsprekend dan in eerste instantie deze middelen hebben te vinden in de sector van de gezondheidszorg. Door ons wordt nu ten aanzien van de ziekenfondspatiënten een systeem voorgestaan, waarbij de academische ziekenhuizen — als ziekenhuis — overeenkomsten aangaan met de ziekenfondsen voor onderzoek, behandeling, verpleging en verzorging van patiënten. Voor de klinische patiënten is dit reeds het geval; voor de poliklinische patiënten is dit thans een onderwerp van overleg met de ziekenfondsorganisaties. Voor de niet bij een ziekenfonds aangesloten patiënten zou een overeenkomstige regeling tussen patiënt en ziekenhuis op verschillende gronden, die ik helaas in dit kort bestek van wederwoord niet verder kan uitwerken, de voorkeur

verdiene. In de op deze wijze door het ziekenhuis ontvangen bedragen zit dan een honorarium-bestanddeel dat, als een afzonderlijk fonds beheerd, de mogelijkheid biedt te komen tot een aanvullende honorering van de leden van de wetenschappelijke staf in het academisch ziekenhuis.

Uiteraard behoort bij de vaststelling van de uitgangspunten voor de aanvullende honoraria de wetenschappelijke staf, met inbegrip van de hooglebaren, te worden betrokken. Ideaal zou natuurlijk zijn indien in overeenstemming met alle betrokken groeperingen van de wetenschappelijke staf een passende regeling zou worden gevonden. De ervaring in sommige academische ziekenhuizen met het derde klasse arts-out tarief voor klinische patiënten leert ons echter dat zo nodig het ziekenhuisbestuur, gehoord alle betrokkenen, een eigen, zelfstandige beslissing moet kunnen nemen in het belang van het goed functioneren van het geheel. Wij zijn er echter van overtuigd, dat in de regel in een goed en opbouwend overleg tussen bestuur en staf kan worden gekomen tot een verantwoorde uitvoering van deze aanvullende regelingen binnen het kader van een honorariumfonds, waarbij uiteraard meer recht kan worden gedaan aan objectieve maatstaven dan tot nu toe het geval is geweest. Aldus zal de financiële positie van de leden van de staf een aanmerkelijke verbetering kunnen ondergaan, want ik heb geen enkele moeite Dr. Keuter gelijk te geven als hij wijst op het verband tussen vakatures in hoog gekwalificeerde staffuncties en de huidige financiële positie. Alleen is deze laatste mijns inziens niet de enige — en in sommige gevallen naar ik meen zelfs geen — oorzaak van de aangeduide noodsituaties. Welbeschouwd speelt bij de vakatures in de wetenschappelijke staf een complex van factoren mee, welke van geval tot geval verschillen in rangorde en zwaarte, zodat een meer genuanceerde benadering zeker voorkeur verdient.

In mijn beschouwing heb ik de vaststelling van de (aanvullende) honoraria toebedacht aan het ziekenhuisbestuur. Vanzelfsprekend zou ook gedacht kunnen worden aan het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen of een daartoe ingestelde landelijke commissie — zoals met betrekking tot de Querido-toelagen het geval is (geveest) — doch naar mijn gevoelen werkt dat verstarrend en nivellerend en kan het zelfs tot onbillijkheden leiden ten opzichte van wetenschappelijke medewerkers in andere faculteiten. De ziekenhuisbesturen zijn veel beter in staat — af dienen zich hierop toe te

leggen — de interne verhoudingen binnen het ziekenhuis te beoordelen en met name, in overleg met de staf, te bepalen wie bij de patiëntenbehandeling in het algemeen betrokken zijn. Uiteraard zullen bij de uitwerking wel enkele algemene richtlijnen van overheidswaag onontbeerlijk zijn, teneinde binnen het geheel van alle academische ziekenhuizen niet tot al te zeer uiteenlopende criteria en vormen van uitvoering te komen. De feitelijke situatie zal echter per academisch ziekenhuis verschillend blijven, terwijl zij zich ook binnen het ziekenhuis in de loop der jaren kan wijzigen.

Ten besluite moge ik Dr. Keuter en de leden van de wetenschappelijke staf werkzaam in het Academisch Ziekenhuis te Utrecht vragen nog eens rustig, mede in het licht en met de kennis van vorenstaande opmerkingen, mijn artikel te herlezen en daarbij dan tevens te betrekken een andere beschouwing van mijn hand — waarnaar ik overigens bij de geciteerde passage in een noot heb verwezen — handelende over de aansprakelijkheid van het ziekenhuis voor beroepsfouten van de aan het ziekenhuis verbonden medici en waarin met name op blz. 487 e.v. (M.C. 1969/17) over de verhouding arts-ziekenhuis-patiënt door mij beschouwingen zijn gegeven die wellicht het bovenstaande nog kunnen verduidelijken en aanvullen. Voorts moge ik ook verwijzen naar het onlangs verschenen interimrapport van de Commissie Honorering Wetenschappelijk Corps Medische Faculteiten, waaraan ik zelf heb mogen meewerken en dat in wezen op dezelfde overwegingen, als hierboven uiteengezet, stoelt.

Mr. J. Vermeijden

Naschrift: Het lag in het voornemen van de redactie dit antwoord gelijktijdig te plaatsen met de beschouwing, waarop het een reactie is. Evenwel zijn er een technische misgreep en de door Mr. Vermeijden ook betreunde vertraging in zijn beantwoording er de oorzaak van dat deze reactie eerst nu wordt gepubliceerd — Red. M.C.

TRAGIEK VAN VERAMBTELIJKING IN DE PSYCHIATRIE

Nederland heeft een zeer hoge consumptie van psychiatrische hulp. Vergeleken met onze buurlanden hebben wij procentueel veel meer psychiaters en iedere psychiater in ons land voelt zich overbelast, schreeuwt om assistenten of associés, of zwoegt nog wat door omdat hij zijn praktijk niet wil neerleggen zonder dat er een opvolger is gevonden. De goodwill van een psychiatrische praktijk is momenteel een fictie. Het tekort is overal aanwe-

zig, zowel in de vrije sector als in psychiatrische inrichtingen en de ambtelijke functies. Een extra tekort ontstond doordat vijf jaar geleden de opleidingsduur met een jaar werd verlengd, zodat een jaar lang niemand uit de opleidingsinstituten kwam. Er wordt nu gepraat over het corrigeren van deze verlenging, die door velen als onnodig is ervaren.

In onze welvaartstaat zit niemand van de vakgenoten om werk verlegen. Menigeen is blij als er mogelijkheden zijn om deeltaken af te schuiven op instanties, instituten en bureaus. Deze tieren dan ook weelderig. Er is geen enkel specialisme in de geneeskunde, waaromheen zoveel medische, paramedische en niet-medische organisaties zijn opgebouwd om een deel van het werkterrein over te nemen. De chirurg kent kankerinstituten en bureaus, de reumatoloog een reumadienst, de neuroloog epilepsie consultatiebureaus, maar de psychiater ziet op zijn terrein de sociaal psychiatrische dienst, de jeugd psychiatrische dienst, het Consultatiebureau voor Alcoholisme, het M.O.B., de sociaal pedagogische zorg, het bureau voor levens- en gezinsmoeilijkheden, reclasseringswerk, talrijke instituten en inrichtingen en nog talloze andere mogelijkheden, waarin hijzelf en zeker de patiënten nauwelijks de weg meer weten.

Toch bekruipt mij een gevoel van onbehagen. Natuurlijk maken wij allemaal dankbaar gebruik van al deze gespecialiseerde mogelijkheden, want wij kunnen het aanbod van patiënten op geen stukken na verwerken. Maar laten wij ons goed realiseren, dat er geen weg terug is. Er was eens een tijd, dat de arts geen belangstelling opbracht voor het alcoholisme. Er ontwikkelden zich geheelonthoudersbewegingen en later consultatiebureaus. Tenslotte legde de staat beslag op deze instituten en nu loopt dit probleem verder wel buiten ons om. Eenzelfde verhaal kan van de oligofrenen zorg worden gezegd, van de orthopedagogiek en de kinderpsychiatrie. Hoeveel kinderpsychiaters kunnen in Nederland een praktijk uitoefenen naast de grote M.O.B.'s?

Als er straks weer meer psychiaters zouden komen, betekent dit niet, dat zij met jeugdig enthousiasme en een adequate opleiding zich zelfstandig op het gebied van de sociale psychiatrie, de alcoholistenzorg of de kinderpsychiatrie zouden kunnen werpen. Het blijkt namelijk, dat van de psychiater wordt verwacht, dat hij voor het ziekenfonds een patiënt behandelt voor gemiddeld f 60,— per jaar. Iedere ingeschreven patiënt bij

een consultatiebureau voor alcoholisme kost de gemeenschap f 500,— per jaar, bij een sociaal psychiatrische dienst f 500,— tot f 800,— per jaar en bij een M.O.B. f 700,— tot f 1.000,— per jaar. De middelen, mogelijkheden en tijd, welke de ambtelijke organen ter beschikking kunnen stellen van iedere patiënt, liggen dus een factor 10 hoger dan dit aan de vrij gevestigde psychiater wordt gegund. Het moet dus wel onmogelijk worden geacht, dat ooit dezelfde hulp kan worden geboden, het nodige personeel in dienst kan worden genomen. Hoe is het toch mogelijk geweest, dat naast de rigide controle op de ziekenfondshonoraria een zo gulle bedeling plaats vindt van de behandelingsinstituten in de ambtelijke sfeer?

Ook ten aanzien van de intramurale psychiatrische verzorging geldt hetzelfde. Ondanks het tekort aan psychiaters zullen er weinig psychiatrische inrichtingen, neurose sanatoria e.d. zijn, waar de medische verzorging niet minstens f 2,— per dag bedraagt. Dit betekent 1 psychiater per 100 patiënten. Men streeft naar veel lagere aantallen en er zijn instituten, waar zeker f 10,— per persoon per dag door het ziekenfonds wordt betaald. Onder deze patiënten zijn grote aantallen, die nauwelijks en zeker geen dagelijkse medische zorg nodig hebben. In de algemene praktijk moet men echter tevreden zijn met f 2,— per dag per persoon en daarvoor dient wel dagelijkse zorg te worden gegeven. De gemiddelde verpleegduur is immers rond de 30 dagen, zodat iedere patiënt intensieve kortdurende therapieën krijgt met veel meer bijkomende arbeid als overleg met huisarts, familie, maatschappelijk werker, e.d.

Een duidelijke oplossing staat mij niet voor de geest. Wel kunnen suggesties gegeven worden. Als een algemeen psychiater pretendeert, dat hij zich speciaal wil toeleggen op bepaalde delen van het vak: orthopedagogiek, family therapy, seksuologie, so-

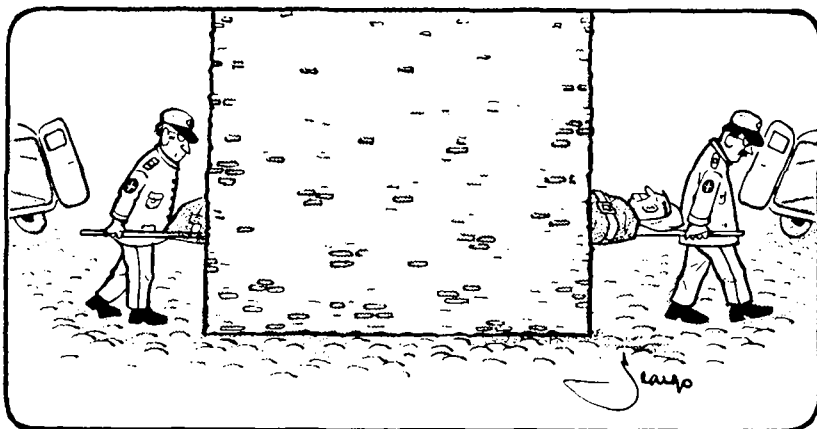
ciale psychiatrie, alcoholistenzorg e.d., waarvoor eventueel garanties kunnen worden geëist, dan moet hij de midelen daarvoor krijgen. Dit zou betekenen, dat ook via de ziekenfondshonoraria wordt betaald voor voldoende assistentie, bijvoorbeeld een psychiatrisch geschoold maatschappelijk werker en dat niet een maandtarief maar een verrichtingstarief wordt geïntroduceerd. Een andere onbillijkheid (in de economie zou men dit concurrentievervalsing noemen) is het feit, dat de psychiater bij zijn klinisch en poliklinisch werk niet kan beschikken over de mogelijkheden van een psycholoog. Waarom kan dit wel voor ziekenfondsrekening zodra een patiënt de deuren van een psychiatrische inrichting binnen gaat?

Indien het ziekenfonds en de particuliere verzekeringen de voorgestelde veranderingen zouden accepteren, kan straks bij het toenemen van het aantal psychiaters een gezond evenwicht ontstaan tussen de mogelijkheden van het geïnstitutionaliseerde werk en van de vrije praktijk. Zo niet, dan zal de psychiater moeten kiezen tussen het toetreden tot het ambtenarencorps dan wel de kleine klusjes gaan opknappen, omdat hij voor de grotere problemen de outillage zal missen.

A. J. Boom, zenuwarts

MC | VARIA

In de memorie van toelichting op de ontwerpbegroting 1970 van het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen is meegedeeld dat minister Veringa het voornemen heeft over te gaan tot de instelling van een adviesorgaan voor de ruimtelijke planning van het wetenschappelijk onderwijs. Prof. Dr. R. A. de Moor, hoogleraar aan de faculteit der sociale wetenschappen van de Katholieke Hogeschool te Tilburg, heeft zich thans bereid verklaard het voorzitterschap van dit orgaan op zich



te nemen. Tot de verdere samenstelling daarvan zal in overleg met hem worden besloten. Het orgaan zal tot taak hebben advies te geven over vraagstukken van kwalitatieve en kwantitatieve aard die verband houden met de uitbreiding en spreiding van het wetenschappelijke onderwijs. Dit in het bijzonder met het oog op de verwachte toeneming van het aantal studenten. Het zal daarbij onder andere rekening houden met de plannen tot herstructurering van het onderwijs en met de zich wijzigende verhouding tussen het wetenschappelijk onderwijs en het hoger beroepsonderwijs.



Het onderzoek van het Nationaal Ziekenhuis Instituut naar de ontwikkeling in de laatste vijftien jaar van de investeringskosten van de ziekenhuisbouw begint, zo bericht men van die zijde, gestalte te krijgen. Doel van de studie is na te gaan waarom de prijs per bed zoveel meer is gestegen dan de bouwrijpheid per kubieke meter. Daartoe moeten de verschillende van invloed zijnde factoren worden opgespoord en zo mogelijk te worden gekwantificeerd. Hierbij is een methodiek ontwikkeld waarmee de kostenelementen zo kunnen worden gegroepeerd, dat inzicht ontstaat in de totale kostenopbouw. De materie is hierbij zoveel mogelijk functioneel benaderd. Voor de bouw zijn bijvoorbeeld als hoofdgroepen gekozen: fundering, draagconstructie, buitenafbouw, binnenafbouw en uitvoeringskosten. De binnenafbouw is weer verdeeld in wanden, vloeren, plafonds enz.

De installaties zijn onderscheiden in basisinstallaties en specifieke ziekenhuisinstallaties. De inrichtingskosten zullen naar functie (voorlopig naar „afdeling“) worden gegroepeerd. Volgens deze rubriceringsmethode wordt thans een achttal ziekenhuizen geanalyseerd, waarbij met medewerking van deze ziekenhuizen alsmede van de betrokken architecten en adviseurs de werkelijke kosten aan de hand van gedetailleerde begrotingen en eindafrekeningen nauwkeurig worden verdeeld over de diverse rubrieken. Verwacht wordt dat het desbetreffende rapport binnen enkele maanden zal kunnen worden uitgebracht.



Onder het opschrift „In front of the public“ las men in de British Medical Journal van 20 december 1969 de volgende brief aan de redactie: „Sir, — Some days ago, while in non-medical company, I watched a well-known weekly television programme during

which three medical participants discussed the possible dangerous effects of the contraceptive pill on the female body. I would not wish to go into the ethics of medical men allowing their names and appointments to be publicly broadcast, or into the advisability of leaving countless women with grave doubts about the dangers or otherwise of the pill. I am, however, deeply concerned with the sight of eminent medical men criticizing each other's views and experience publicly in front of a lay audience. The cutand-thrust of medical argument on a combined ward round, or at a medical meeting, can be informative often and amusing occasionally; but similar repartee broadcast by television can only help to drag British medical prestige to an even lower level than that which it has already reached. — I am, etc.”



Op zaterdag 17 januari 1970 belegt de humanistische stichting „Socrates“ een beroepsconferentie over de medische, psychologische en existentiële facetten van de begeleiding van ernstigzieken en stervenden. Inleiders zijn Dr. Hamminga en Dr. H. G. M. Rooymans. Voorts is de medewerking ingeroepen van een huisarts, een verpleegkundige en een geestelijk raadsman.

De conferentie vindt plaats in de Internationale School voor Wijsbegeerte te Amersfoort, begint om 10.30 uur en eindigt om 16.00 uur. De deelneming staat open voor allen die beroepshalve met de problematiek worden geconfronteerd. De kosten van deelneming bedragen f 4,— per persoon; een broodmaaltijd kan worden geserveerd voor f 4,75 p.p. Inlichtingen en aanmeldingen bij het secretariaat van de stichting, tel. 030-24641.



Ondanks fel verzet heeft blijkens persberichten het parlement van Singapore maandag een wetsontwerp aangenomen waardoor abortus in de staat wordt geoorloofd. De uitslag van de stemming was 32 voor, 10 tegen en 1 onthouding. Vijftien parlementsleden, onder wie premier Li Koean Yew, waren afwezig. De nieuwe wet, die onder meer bepaalt dat elke abortus in een regeringsziekenhuis moet geschieden en vijf dollar zal kosten, zal voorlopig vier jaar van kracht blijven. Tegenstanders van het wetsontwerp meenden dat gelegaliseerde abortus niet nodig is om de bevolkingsgroei in Singapore in toom te houden, gezien het succes van het regeringsprogramma voor geboorteregeling.

MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

Bestuur: Dr. J. Degenaar, Epe, voorzitter; B. Q. A. Enneking, Breda, vice-voorzitter; Prof. Dr. S. A. de Lange, Essenweg 54, Rotterdam, secretaris; Prof. D. C. den Haan, Rotterdam, penningmeester; G. A. C. Bosch, Amsterdam.

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

Uitgever: Uitgeverij. Kruij n.v., Groot Hertoginnelaan 28, Bussum, telefoon 02159-32259*, 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 30,—, plus f 1,20 BTW = f 31,20, buitenland & 35,—, losse nummers 78 cent (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 Uitgeverij. Kruij N.V., Bussum.

Oplage: 16.000 exemplaren.

Druk: Verweij Mijrecht.

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

Adres der Maatschappij en haar organen: Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411, postgiro 58083; hoofdbestuur, dagelijks bestuur, boekhouding, bureau voor waarneming en vestiging van 8.30 tot 17 uur, (na 18 uur en ook 's zondags telefoon 020-798984). — Landelijke Huisartsen Vereniging — Landelijke Specialisten Vereniging — Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband — Specialisten Registratie Commissie — Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen, O.L.M.A.

Ondersteuningsfonds voor vrouwen en wezen: secretaris P. J. M. Baudoin, Parkstraat 7, Assen, telefoon 05920-2184; 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.