

redactioneel

In dit nummer:

- De abortusdebatten en de voorbereiding erop hebben Prof. Dr P. Muntendam en Mr. W. B. van der Mijn doen overhellen naar de mening, dat de functie van het Staatstoezicht bedenkelijk dreigt te worden uitgehold. De hoofdredacteur onderschrijft hun visie, maar hun argumenten deelt hij niet.
- Raakt de vroegtijdige herkenning van oogziekten in het slop? Dr. W. A. Manschot over handel en wandel van respectievelijk opticiens en oogartsen.
- De Centrale Raad voor de Volksgezondheid dook in de verantwoordelijkheid van (leerling-)verpleegkundigen.
- Voorzitter Drs. J. L. M. Nieuwenhuis van de K.N.M.P., met de p van farmacie, haalde de krant met een pleidooi voor goedkopere medicijnen en een meer direct contact tussen apotheker en cliënt.
- 'Wat wij artsen . . . kunnen doen is de wereld duidelijk maken waarin verandering gebracht zou moeten worden uit een oogpunt van gezondheid . . . Mijns inziens zou er een grote taak voor een beroepsorganisatie als de K.N.M.G. zijn weggelegd om medium hiervoor te worden.' In Breda sprak Prof. Dr J. C. van Es over de (on)mogelijkheden van de arts om de gezondheid te bevorderen. Handelingen van het 28e Ledencongres, vers twee.
- Bij het scheiden der markt merkt Ch. O. Pannenburg – hij mág het zeggen – op, dat de gezondheidszorgwetenschap oneigenlijk wordt gebruikt. Wat kan er worden van een Nederlandse 'School of Public Health'?



Uit de boekery der K.N.M.G.

'Cerebri anatome (etc.)' door Th. Willis – Amsterdam 1666. Willis (1621-1675), een der grootsten uit de 17e eeuw, was professor te Oxford tot 1666, daarna arts te Londen. Hij beschreef de circulus Willisii in 1664.

Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven aan de redactie	1342
<i>Inzenders: J. de Wit S. J., F. Frese, G. Granaada, W. Schuurmans Stekhoven, H. Th. P. Cremers, R. P. Kipp</i>	

Het Staatstoezicht op de Volksgezondheid in de voorbereiding van de abortuswetgeving, door Prof. Dr. P. Muntendam en Mr. W. B. van der Mijn ...	1347
---	------

Oogarts of opticien, preventie of preventie-afbraak, door Dr. W. A. Manschot	1351
--	------

Verantwoordelijkheid (leerling-)verpleegkundigen nader bekeken door Centrale Raad	1355
---	------

Geneesmiddelen minder duur? Farmaceuten zijn vóór. K.N.M.P.-voorzitter Drs. J. L. M. Nieuwenhuis opent 121e Algemene Vergadering	1356
---	------

Handelingen van het 28e Ledencongres der K.N.M.G. (II) – Mogelijkheden en onmogelijkheden van de huisarts als gezondheidsbevorderaar, door Prof. Dr. J. C. van Es	1357
---	------

De benoeming van twee medische hoogleraren aan de Leidse universiteit in de 17e eeuw, door Dr. H. L. Houtzager	1364
--	------

Kamervragen over relatie Volksgezondheid-K.N.M.G.	1366
--	------

Een Nederlandse 'School of Public Health', door Ch. O. Pannenburg	1367
---	------

OFFICIEEL	1371
-----------------	------



MEDISCH CONTACT
verschijnt wekelijks

De redactie beslist over de inhoud van het redactionele gedeelte. Het bestuur van Medisch Contact is voor het redactionele beleid verantwoordelijk verschuuldigd aan de Algemene Vergadering van de K.N.M.G. De Algemene Vergadering kiest het bestuur van Medisch Contact, benoemt de hoofdredacteur en de redactiesecretaris.

Bestuur Medisch Contact

Dr. J. Degenaar, voorzitter;
B. Q. A. Enneking,
onder-voorzitter;
Dr. J. A. Stoop, secretaris (J. M. Kemperstraat 5, Utrecht);
G. A. C. Bosch, penningmeester;
F. Moerman.

Redactie Medisch Contact

F. A. Bol, arts, hoofdredacteur;
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris;
R. A. te Velde, redacteur;
G. W. Valkenburg-van Straten, redactrice;
C. R. van der Goot-van der Sluijs, secretaresse;
W. G. Juffermans-Kaltoven, secretaresse.

De redactie is gevestigd Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411.

Uitgeverij

Tijl Media B.V.,
Texelstraat 76-80,
Amstelveen,
telefoon: 020-433851,
telex: 15230.

Abonnementen

Voor niet-leden van de K.N.M.G. f 69,—; buitenland f 80,—; losse nummers f 2,— (exclusief BTW). Opgave van abonnementen uitsluitend bij de uitgever.

Advertenties

Advertenties behoeven de goedkeuring der redactie en kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd. Opgaven uitsluitend bij de uitgeverij.

Adreswijziging

Leden der K.N.M.G. uitsluitend aan de afdeling Ledenregister der Maatschappij, Lomanlaan 103, Utrecht. Niet-leden uitsluitend aan de uitgever.

Opflag: 21.000 exemplaren.

Druk: Tijl, Zwolle.

Brieven

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

DE ONMOGELIJKHEID VAN HUISARTSGENEESKUNDE IN ONZE HEDENDAAGSE WESTERSE CULTUUR (I)

In zijn artikel in M.C. nr. 32/1976 onder bovengenoemde titel biedt collega Baggen een even belezen als brede beschouwing van mens en geneeskunde door de tijden heen. Te breed vind ik de conclusie dat de huisartsgeneeskunde onmogelijk zou zijn, dat wil zeggen ik vind de conclusie wel belangwekkend maar beslist niet noodzakelijk voortvloeien uit zijn betoog. Waar ik echter ernstig bezwaar tegen aanteken, is tegen collega Baggen's naschrift in M.C. nr. 40/1976, blz. 1246, waar hij van de leeftijd van Dr. R. Balmann een argument smeedt om niet op zijn commentaar in te gaan en hem als ongeïnformeerde te diskwalificeren. Het is absoluut niet nodig om huisarts te zijn om de gedachtengang van collega Baggen te kunnen volgen; dit klemt des te meer omdat slechts een onderdeel van diens artikel rechtstreeks steunt op de ervaring van een huisarts. Het lijkt me een beroerd ding wat vaak wordt gedaan: achter de naam van iemand constant diens leeftijd toevoegen, als zou de waarde van het gezegde evenredig achteruit boeren in de mate dat de leeftijd van de schrijver een zeker getal te boven gaat.

Nijmegen, 5 oktober 1976

J. de Wit S. J.

DE ONMOGELIJKHEID VAN HUISARTSGENEESKUNDE IN ONZE HEDENDAAGSE WESTERSE CULTUUR (II)

Het ingezonden stuk van collega Dr. R. Bahlmann in M.C. nr. 40/1976, blz. 1246, noopt mij tot een kort weerwoord waar hij zegt: 'Het is niet de taak van de geneesheer de mens op te voeden en hem de zin van zijn bestaan bij te brengen. Dat is de taak van ouders, kerken en school.'

De vraag is allereerst of iemand een ander de zin van zijn bestaan kan bijbrengen. Voor de meesten van ons betreft het hier vragen waar zij zelf het antwoord niet op kunnen geven, en bovendien zal dit antwoord van persoon tot persoon sterke verschillen ver-

tonen. Indien de patiënt volwassen is, zal de invloed van de school en de ouders klein of nihil zijn; de invloed van de kerk is veelal evenmin aanwezig. Voor velen onder hen is de arts zo ongeveer de enige persoon in hun leven die een bredere vorming gehad heeft dan zijzelf.

En het mag juist zijn, dat het niet tot zijn 'taak' behoort een ander wat van de zelf verworven wijsheid over te dragen, het lijkt toch zinvol dat hij bereid is een enkele maal buiten zijn boekje te gaan en in zijn contact met de medemens (zijn patiënt) iets meer uit te delen dan hetgeen tot het 'takenpakket' van de arts behoort, indien dit takenpakket al te omschrijven zou zijn.

Een onduidelijkheid in het stuk van collega Bahlmann was voor mij voorts het citaat van Hippocrates (volgens Van Dale niet met een y gespeld):

ανηρ γαρ φιλοσοφος
εν ιατρικη Παιτα

Wil collega Bahlmann zich tegenover mij en tegenover duizenden andere artsen begrijpelijk uitdrukken, dan zal hij dat niet met succes in het Grieks kunnen doen, aangezien wij niet allen het gymnasium hebben bezocht. Zelfs voor iemand die in 1912 is geboren (ik vermeld dit om collega Baggen het opnieuw raadplegen van het geneeskundig jaarboek te besparen) was het toen reeds mogelijk, met het H.B.S.-diploma geneeskunde te studeren.

De uitdrukking 'mens sana in corpore sana', eveneens door collega Bahlmann gebezigd, heb ik, gesteund door langjarige ervaring, gelukkig kunnen vertalen, hoewel ik meen dat het 'mens sana in corpore sano' moet zijn.

Bergambacht, 1 oktober 1976

H. Frese

AUTO-DISCRIMINATIE (II)

Ik had gehoopt een weerwoord op mijn brief aan de redactie (Auto-discriminatie', M.C. nr. 34/1976, blz. 1076) te krijgen van de kant van de V.V.A. Mijn aanvankelijke teleurstelling dat dit niet het geval was maakte echter dra plaats voor een gevoel van innige voldoening toen ik zag dat een figuur als Schuurmans Stekhoven, die — althans naar kwantiteit — waarschijnlijk boven aan de lijst van ingezonden stukkenschrijvers in M.C. prijkt, zich de moeite had gegeven mij van repliek te dienen. Helaas is mijn enthousiasme vrij snel bekoeld toen ik kennis nam van de inhoud van zijn repliek. Toch heeft zijn antwoord op mijn brief aan de redactie ten aanzien van de Vereniging van Vrouwelijke Artsen mij wel iets duidelijk gemaakt. Ik begrijp nu dat vrouwelijke artsen op gezag van Nietzsche (met een Z) ontdekten hebben dat zij, als vrouw een raadsel, c.q. mysterie zijn en dat dit mysterie genoemd

Doorlezen naar blz. 1344

HET STAATSTOEZICHT OP DE VOLKSGEZONDHEID

Tijdens de behandeling van het P.v.d.A./V.V.D.-wetsontwerp inzake afbreking zwangerschap is herhaaldelijk de positie van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid aan de orde gesteld en ter discussie geweest. Met name ging het daarbij om de zelfstandigheid en de wijze van werken van het Staatstoezicht. Om bij voorbaat ieder misverstand te voorkomen: wij zijn het volstrekt eens met de opvatting dat het Staatstoezicht een wetshandhavende, toezichthoudende en adviseerende taak heeft zoals onder meer omschreven in artikel 36 van de Gezondheidswet. In het ingetrokken wetsontwerp-Lammers/Roethof werd abortus provocatus gelijkgesteld met andere medische ingrepen en de toezichthoudende taak van het Staatstoezicht als vanzelfsprekend aangenomen. In het wetsontwerp-K.V.P./A.R.P. is dit niet zo vanzelfsprekend, vandaar hun artikel 22 waarin deze indieners buiten twiifel willen stellen dat het Staatstoezicht moet toezien op alle in hoofdstuk I van hun ontwerp neergelegde voorschriften. Onder invloed van het ingetrokken V.V.D.-voorstel wordt in het P.v.d.A./V.V.D.-voorstel om politieke redenen een deel van dit toezicht toegekend aan een aparte adviescommissie.

Van der Mijn en Muntendam vechten in hun artikel (blz. 1347) de argumentatie van de indieners van het door de Tweede Kamer aangenomen wetsvoorstel aan. Dat we hier enkele kritische kanttekeningen maken is niet omdat we het in theorie met de auteurs oneens zouden zijn, maar omdat zij theorie en praktijk wat gemakkelijk met elkaar gelijkstellen. Voorts, omdat de auteurs ten onrechte ontkennen dat er factoren buiten het ontwerp van Wet afbreking zwangerschap aanleiding geven tot een bedreiging van de zelfstan-

digheid en een uitholling van de functie van het Staatstoezicht.

In 1974 verklaarde de minister van Justitie, de heer Van Agt, in de Tweede Kamer dat in oktober 1971 met instemming en medewerking van de toenmalige minister van Justitie de procureurs-generaal bij de gerechtshoven met de Geneeskundige Hoofdinspectie hadden afgesproken dat geen vervolging zou worden ingesteld dan na overleg met hen, en – gaat de minister verder: 'Het toezicht van de inspecties op de poliklinieken heeft zich alras versmald van een integrale toetsing via een zekere controle op de procedure van de indicatiestelling naar een louter technische supervisie'. In januari 1976 bevestigden de ministers Vorrink en Van Agt deze uitspraak. De auteurs wijzen terecht op de

*. . . minder gerust op
de integratie van
de dienst van het
Staatstoezicht
binnen het
departementale
apparaat. . .*

belangrijke rol van het Staatstoezicht met betrekking tot handelingen in strijd met medische ethiek en gedragsleer, zaken die juist bij de indicatiestelling tot abortus provocatus zijn betrokken. Nu van tweeën een: óf bovengenoemde ministers hebben gelijk en het Staatstoezicht schiet inderdaad tekort of is onmachtig, óf zij hebben ongelijk en ondermijnen daarmee het vertrouwen in het Staatstoezicht. In het eerste geval heeft Lamberts gelijk als hij spreekt over de afbraaksituatie van het Staatstoezicht en moet deze onmacht of dit tekortschieten – gezien ons uitgangspunt – ernstig worden betreurd en dienen er maatregelen te worden getroffen om aan deze situatie een einde te maken; in het tweede geval had het Staatstoezicht van zijn zelfstandigheid blijk

moeten geven door openlijk stelling te nemen.

Wat betreft die zelfstandigheid zijn wij minder gerust op de integratie van de dienst van het Staatstoezicht binnen het departementale apparaat dan de auteurs. Zoals bekend, zijn de functies van hoofddirecteur voor medische zorgverlening en preventieve gezondheidszorg en van hoofdinspecteur van de geestelijke volksgezondheid in één persoon verenigd. De hoofddirecteur is hiërarchisch ondergeschikt aan de minister, die het beleid en de uitvoering vaststelt. We hebben dan de merkwaardige figuur, dat een persoon zowel bevelen als aanwijzingen kan ontvangen respectievelijk als hoofddirecteur en als hoofdinspecteur. De functie van hoofddirecteur is ongetwijfeld het belangrijkste en Rijkswet (M.C. nr 12/1976, blz. 357) spreekt dan ook niet ten onrechte over een mogelijke onthoofding van het Staatstoezicht. Of dit zonder gevolgen voor de zelfstandigheid van de regionale inspecteurs zal zijn, die zich niet meer verzekerd weten van een centraal, onafhankelijk, het regionale beleid coördinerend orgaan, zal nog maar moeten worden afgewacht.

Tenslotte: de nieuwe wetgeving in de gezondheidszorg is onder meer gericht op bevordering van de kwaliteit van die zorg. Efficiënt toezicht door de inspectie eist een aanzienlijk groter apparaat. Aan de top zien we een reductie. Mag men dan toch een noodzakelijke uitbreiding van het apparaat verwachten?

De auteurs schieten door de bedreiging van de zelfstandigheid en werkzaamheden van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid uitsluitend te zoeken in een door compromissen ontsierd wetsontwerp hun doel wat voorbij. De kernvraag is: krijgt het Staatstoezicht de mogelijkheden zich te ontwikkelen tot een zelfstandig apparaat waaraan het toezicht van een steeds ingewikkelder wordende gezondheidszorg kan worden toevertrouwd, of wordt het een onmachtig adviesorgaan?

B.

artsen voldoende motiveert zich aaneen te sluiten. Schuurmans Stekhoven citeert in dit verband uit 'Also sprach Zarathustra', zij het incompleet en niet vlekkeloos. Ik ben zo vrij een en ander te completeren en te corrigeren. 'Alles am Weibe ist ein Rätsel, und alles am Weibe hat eine Lösung: Sie heisst Schwangerschaft'. Moet ik hieruit concluderen dat de leden van de V.V.A. dit citaat onderschrijven? Ik betwijfel het ten zeerste.

Schuurmans Stekhoven vraagt voorts al dan niet retorisch: wat weten wij mannen van ons diepste wezen? Van onze eigen psychische, secundaire geslachtskenmerken? Hoe het antwoord op deze vragen ook moge luiden, ze hebben manlijke artsen nooit de impuls gegeven een V.M.A. (Vereniging van Manlijke Artsen) op te richten.

Tenslotte nog enkele randopmerkingen. Ik heb mijn 30 jaar oude artsenbul te voorschijn gehaald: de inkt was volkomen droog. Tot mijn spijt kon ik ook achter mijn oren geen spoor van nattigheid meer ontdekken. Dat Schuurmans Stekhoven het Geneeskundig Adresboek 1976 heeft geraadpleegd pleit voor zijn zorgvuldige benadering van het probleem. Maar hij heeft mij niet duidelijk kunnen maken wat mijn leeftijd en mijn burgerlijke staat van doen hebben met de kwestie die in mijn eerder genoemde brief aan de redactie aan de orde is gesteld. Voorts ben ik bijzonder benieuwd te vernemen welk 'discriminerend oordeel' ik geveld zou hebben over de leden van de V.V.A. Wel zeer integendeel heb ik getracht deze leden te bewegen een eind te maken aan de auto-discriminatie die naar mijn mening het bestaan van een V.V.A. impliceert. Dat de vrouwen een oneindig veel grotere rol in het mannen- en kinderleven spelen dan mannen in het vrouwen- en kinderleven, is voor Schuurmans Stekhoven blijkbaar een weet maar voor mij een onbeantwoorde vraag. Ik zou hier slechts willen opmerken dat er aanzienlijk meer manlijke dan vrouwelijke vrouwenartsen zijn, althans in ons land. Om eveneens met een, naar ik hoop, niet retorische vraag te eindigen: Welke manlijke arts durft het aan te promoveren op een academisch proefschrift over: 'De man als arts'?

Hoogeveen, 30 september 1976

J. Granaada

DOODSBRIEFJE-PERIKELN

Met zijn artikel 'Verklaring van overlijden en de wijziging van de Wet op de lijkbezorging' heeft H. Th. P. Cremers in M.C. nr. 36/1976, blz. 1145, een verdienstelijk – simpel – overzicht gegeven. Hij heeft als politie-arts te Rotterdam maximale ervaring op dit terrein. Voor collegae die van puntjes op de i-tjes houden, het volgende:

1. *Behandelend arts*. Dit begrip impliceert, dat de overledene onder behandeling was, althans was geweest van de arts, die bij zijn stoffelijk overschot wordt geroepen. Hij

moet dus voor zijn dood een contractuele relatie (behandelingscontract) met hem hebben gehad. Inschrijving als ziekenfondspatiënt schept zodanig contractuele relatie niet. Wie dus als arts bij een stoffelijk overschot wordt geroepen van iemand, die hij nog nooit in levende lijve heeft gezien, kan de verklaring van overlijden niet tekenen. Behandelen in de zin van artikel 1 van de wet van 1865 is geneeskundige raad en bijstand verlenen, enz. Aan een overledene kan men dat niet.

2. *Waarnemend arts* kan alleen behandeling overnemen, zolang er iemand te behandelen valt. Die overneming van de behandeling begint niet op uur X van de waarneming maar op uur Y van het eerste contact – let wel persoonlijk contact – met de levende patiënt. De waarnemer, die de overledene nog in leven gezien heeft mag dus tekenen. Wie hem niet in leven heeft gezien mag dit niet. Wie bij een stervende wordt geroepen en hem ziet voordat hij de laatste adem heeft uitgeblazen, is van zijn komst af behandelende geneesheer.

3. *Bewustelozen* zijn handelingsonbekwaam en kunnen dus geen behandelingscontract afsluiten. Met hen heeft de behandelende arts een speciale relatie van zaak-waarnemer (art. 1390 Burgerlijk Wetboek). Niettemin treedt hij dan als behandelend geneesheer op. Ook zijn waarnemer: de bewusteloze leeft. Of hij een huisarts heeft of onder specialistische behandeling was, doet niet ter zake.

4. *E.H.B.O.-arts* treedt dus op als behandelend arts in de zin van de Wet op de lijkbezorging, zolang patiënt nog leeft. Kan hij slechts de dood constateren dan is hij geen behandelend arts.

5. *Natuurlijke dood*. Het modelformulier spreekt van 'overtuiging, dat de dood ten gevolge van een natuurlijke oorzaak is ingetreden'. Cremers gebruikt herhaaldelijk de iets te simpele term natuurlijk overlijden. Hier wordt echter het woord oorzaak geaccentueerd, omdat we ons hier op het uitzonderlijk moeilijke zowel medisch-theoretische als rechts-filosofische terrein van de causaliteitsleer bevinden. Cremers gebruikt heel begrijpelijk de term gevolgenreksen. Hier wordt niet in den brede getreden in de causaliteitsproblematiek, in het verschil tussen rechtstreeks, verwijderd en verergerend oorzakelijk verband.

De behandelend geneesheer breke zich niet het hoofd over de jurisprudentie met betrekking tot de causaliteit en late die problematiek over aan de gemeentelijke lijkschouwer en de officier van justitie. Juist omdat de Hoge Raad het causaal verband tussen (verkeers)ongevallen en overlijden daarna op medisch volkomen onaanvaardbare wijze heeft uitgerekt, o.a. door het befaamde 'schrik-hartinfarct-arrest' van 21 maart 1975, Nederlandse Jurisprudentie 1975, nr. 372, kan de behandelende arts het oorzaakbegrip niet ruim genoeg nemen.

6. *Dood op en na tafel*. In Cremers over-

zicht mist de deskundige herinnering aan de circulaire van de geneeskundige hoofdinspecteur van de volksgezondheid aan alle Nederlandse artsen, waarin zij uitdrukkelijk werden gewaarschuwd geen verklaring van natuurlijke doodsoorzaak af te geven ten aanzien van patiënten, die tijdens of na een operatie (respectievelijk anesthesie) waren overleden. Dit heeft – onafhankelijk van de door Cremers gebruikte reservatio mentalis (meesterlijk geformuleerd door te spreken van 'al dan niet om bestwil verzwegen medische fouten') – de uitgesproken strekking van de overheid de overlijdensgevallen na operatie en anesthesie bijzonder zorgvuldig te toetsen, eventueel door onverwijld inbeslagname van het stoffelijk overschot voor gerechtelijke sectie.

7. *Gemeentelijke lijkschouwer*. Cremer gebruikt regelmatig in plaats van de wettelijke term gemeentelijke lijkschouwer de term politie-arts, hetgeen verwarrend zou kunnen werken, omdat van de 800 gemeenten met een gemeentelijke lijkschouwer – die niet eens gemeente-arts, dat wil zeggen een arts verbonden aan een Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst hoeft te zijn – waarschijnlijk geen 1% een (volambtelijke) politie-arts bezit. De gemeentelijke lijkschouwer draagt nu eenmaal geen politiooneel, dat wil zeggen opsporingskarakter. Cremer is wel gemeente-arts, maar ressorteert onder de Gemeentelijke Geneeskundige Dienst. Voor alle zekerheid even informierend bij de Haagse en Amsterdamse gemeentepolitie bleken zij niet over een politie-arts, (belast met de gemeentelijke lijkschouwing) te beschikken. In deze beide grootste gemeenten bleek de gemeentelijke lijkschouwing onder de G.G. en G.D. te ressorteren.

8. *Strafbaarheid van een valse overlijdensverklaring*. Als gerechtelijk geneeskundige mis ik in Cremers gewaardeerd overzicht de vermelding van de strafbaarheid van het afgeven van een valse overlijdensverklaring. Sedert de wijziging van artikel 228 van het Wetboek van Strafrecht bij wet van 7 juli 1955, stbl. 99 is ook de geneeskundige, die opzettelijk een valse schriftelijke verklaring afgeeft, nopens een oorzaak van overlijden strafbaar wegens valsheid in geschrifte (maximum gevangenisstraf maar even drie jaar!).

9. *Meldingsplicht en geheimhoudingsplicht*. Cremers vergist zich, wanneer hij veronderstelt, dat invoering van een meldingsplicht de geheimhoudingsplicht (krachtens het beroepsgeheim) zou opheffen. Hij denkt blijkbaar aan de beperking van de geheimhoudingsplicht door de artseneed krachtens artikel 21 van de wet van 1878: 'tenzij ik tot het geven van mededeling door de wet verplicht wordt'. Afgezien van het verschooningsrecht van artikel 218 Rechtboek van Strafvordering en de Strafstelling van geheimschending bij artikel 272 Wetboek van Strafrecht, wordt door artikel 42 Wetboek van Strafrecht de strafbaarheid opgeheven bij 'Uitvoering van een wettelijk voorschrift' en bij artikel 43 idem bij 'Uitvoering

van een ambtelijk bevel'. De arts heeft zodoende de vrije keus, wanneer een meldingsplicht in strijd is met een wettelijk voorschrift, welke verplichting hij nakomen, respectievelijk niet nakomen wil.

Toen twee marine-artsen op eenzelfde oorlogsbodem het bevel kregen bij de commandant een lijstje in te leveren van de door hen behandelde venerische matrozen: a. weigerde de een en werd vrijgesproken van subordinatie; en b. gaf de ander toe en werd vrijgesproken van beroepsgeheim-schending (het beroemde geval Dr. Beukers, H.M.G. 26 november 1915, N.J. 1916, blz. 71 en 72, W.9867). Cremers haalt er ten onrechte Pilatus bij. De serieuze twijfel-zuchtige arts verraadt niemand als hij de verantwoordelijkheid overlaat aan de gemeentelijke lijkschouwer, die weer bij twijfel de verantwoordelijkheid overlaat aan de officier van justitie. Scherp bekeken is hier zelfs geen sprake van 'overdragen' van de 'medische afhandeling' van een overlijdensgeval. In de eerste plaats is de overlijdens-verklaring geen medische, maar een administratieve handeling. In de tweede plaats draagt de behandelende arts zijn taak niet over: de taak van de gemeentelijke lijkschouwer is een andere taak.

10. *Het waarschuwen van de gemeentelijke lijkschouwer.* Ten onrechte stelt Cremers het voor of de arts, die de dood vaststelt, in beginsel de aangewezen man zou zijn om de gemeentelijke lijkschouwer te waarschuwen, indien hij zelf geen verklaring van overlijden kan of mag afgeven. Dit is kennelijk van Cremers een zuivere oratio pro domo, maar hij moet de uitzonderlijke Rotterdamse verhoudingen niet maatgevend achten voor de gemiddelde verhoudingen in de overige 800 gemeenten. In beginsel is bij de Wet op de lijkbezorging voldoende de aangifte van overlijden en de afhandeling van de lijkbezorging – door begraven of cremen – geregeld. De begravenisonder-nemer is de man (of de vrouw) die voor de nodige formaliteiten en formulieren zorgt. Natuurlijk ligt het voor de hand, dat de huisarts als gezinsarts het gezin mededeelt (indien hij dit meent) dat de verklaring van overlijden door de gemeentelijke lijkschouwer zal moeten worden opgegeven.

11. *Vertrouwelijk overleg behandelend arts – gemeentelijke lijkschouwer* is overbodig in 95% van de gevallen van niet-natuurlijke dood, omdat daarin de 'onnatuurlijkheid' vaststaat. Voor de resterende 5% ligt het voor de hand, dat niet de behandelende arts, maar de gemeentelijke lijkschouwer het initiatief tot het overleg neemt. Beide zijn artsen, maar ambtshalve geen collega's. De gemeentelijke lijkschouwer is wel medicus, maar heeft geen medische taak en c.q. geen medisch beroepsgeheim. Cremers beroep op collegialiteit is onjuist. Om misverstand te voorkomen: dezerzijds wordt allerminst het principe verdedigd: 'de behandelende arts weigere als beroepsgeheimhouder elke inlichting', maar wel in 'dubiis abstinere'. Hij geve zich rekenschap van de belangen die bij het al dan niet vaststellen van een niet-na-

NIET ROKEN

Het hoofdbestuur der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst spreekt als zijn mening uit dat roken, in het bijzonder van sigaretten, schadelijk is voor de gezondheid. Het hoofdbestuur beveelt de leden der Maatschappij aan niet te roken, zeker niet tijdens de uitoefening van de praktijk. Het hoofdbestuur beveelt tevens dringend aan dat in instellingen van gezondheidszorg (met name ziekenhuizen en poliklinieken) niet wordt gerookt.

tuurlijke doodsoorzaak zo al betrokken kunnen zijn. De gemiddelde arts kan dat niet!

12. *Belangen die bij al dan niet vaststellen van een niet-natuurlijke doodsoorzaak betrokken kunnen zijn:*

a. Pro memorie dood door misdrijven tegen het leven, respectievelijk veroorzaken van dood door schuld (inclusief kunstfouten); met ook daaraan eventueel meekomende belangen op schadevergoeding van nabestaanden met een soms uiterst samengesteld aansprakelijkheidsproblematiek;

b. Alle mogelijke en onmogelijke verzekeringsbelangen (ongevallenverzekering, levensverzekering, aansprakelijkheidsverzekering, enz.);

c. Persoonlijke belangen de zin van vrees voor opspraak, publiciteit, enz.

Juist omdat schrijver dezes zeer regelmatig geconfronteerd wordt met deze problemen en evenmin als Cremers te klagen heeft over de bereidwilligheid van behandelende geneesheren tot strikt vertrouwelijk overleg, acht hij de aanbeveling van Cremers in zijn conclusie, waarin hij de behandelende artsen het advies geeft van hun kant de gemeentelijke lijkschouwer (c.q. in Rotterdam de politie-arts) te waarschuwen niet op zijn plaats en minder gelukkig.

13. *Verklaring na persoonlijke schouwing van het stoffelijk overschot.* Voor Cremers spreekt dat zo vanzelf, dat hij er niet even op attendeert, dat de behandelende arts, die bij de stervende is geweest – zelfs in het laatste stadium van het stervensproces – na ontvangst van het bericht, dat de patiënt is overleden, geen 'doodsbriefje' mag afgeven zonder opnieuw ter plaatse de dood te hebben vastgesteld. Hij mag ook de dood niet door een assistent (huisarts of specialist in opleiding) laten vaststellen, tenzij die assistent de behandeling heeft waargenomen. Maar ook in dit laatste geval mag wel de assistent de overlijdensverklaring afgeven, maar hij niet. Het afgeven van een doodsbriefje, zonder de patiënt na diens overlijden te hebben geschouwd, is weer een strafbaar feit.

Naarden, 5 september 1976

W. Schuurmans Stekhoven.

Naschrift

In 'Doodsbriefje-perikelen' is duidelijk de precieze jurist aan het woord. Ik beschouw

mezelf als man van de praktijk, die dagelijks voortploert met de praktische onvolkomenheden in wettelijke regelingen. Mijn bedoeling was erop te wijzen, dat er onnodig moeilijkheden ontstaan door onnodig uitstel van melden van overlijdensgevallen door intercollegiale onachtzaamheid of onwetendheid. Onachtzaamheid en onwetendheid, die mogelijk door een meldingsplicht verminderd kunnen worden.

Schuurmans Stekhoven werkt een aantal definities uit en dat is zeer waardevol en daarom een welkome aanvulling. Punt 9, 10 en 11 echter wijzen op elkaar verkeerd begrijpen. Ik heb duidelijk proberen te maken, dat een arts nooit zal hoeven te vertellen door welke oorzaak iemand is overleden, maar wel (ook nu!) in de beschreven gevallen, dat iemand is overleden en dat hij geen papieren zal tekenen. Mijn pleidooi voor een meldingsplicht is gebaseerd op voorkomen van onnodig uitstel. Als het toch op de vijfde dag na overlijden moet, waarom dan niet direct na overlijden. Het enige zinvolle van uitstel is naar mijn mening het verbergen van een misdaad of sporen daarvan.

De punten, genoemd onder 12 kan ik niet zien als argumenten om de melding van een overlijden waarvoor geen arts papieren zal afgeven tot op het laatste moment uit te stellen, tenzij ook bij deze punten wegwerken van gegevens van belang is. Maar zelfs laten verdwijnen van gegevens hoeft geen dagen te duren. Als het erom gaat de waarheid te verbergen, kan het heus wel anders dan door vijf dagen te wachten met melden.

Verder blijven we van mening verschillen met betrekking tot de betekenis van collegialiteit en het beroepsgeheim in de praktijk van de politie-arts en de term gerechtelijk geneeskundige. Als ik als politie-arts andere artsen nodig heb of omgekeerd, blijft de verhouding collegiaal en zo nodig en zo mogelijk onder beroepsgeheim. Bijvoorbeeld: bij een lijkschouw stel ik de waarschijnlijkheidsdiagnose: contusio cerebri bij schedelbasisbreuk. Als die persoon nog levend de kliniek heeft bereikt is er geen enkele reden waarom de behandelend (e.h.b.o.-)arts zijn klinische bevindingen geheim zou houden als deze een steun kunnen zijn voor mijn waarschijnlijkheidsdiagnose. Er kan gewoon collegiaal gepraat worden. Zelfs als een arts mij een kunstfout moet bekennen, kan dit collegiaal met medegevoel en begrip, maar dan wordt overge-

schakeld op precieze en zakelijke rapportering (zo nodig met de hulp van niet-medici) om met zijn medische inzichten de zaak voor de Officier van Justitie begrijpelijk te maken. In zo'n situatie speelt het beroepsgeheim niet meer mee in zoverre het gegevens betreft die terzake nodig zijn. Met andere woorden: beroepsgeheim en collegialiteit behoeven geen geweld te worden aangedaan als overleg geschiedt met bij voorbaat duidelijke bepaling van elkaars verantwoordelijkheid.

Tot slot nog een opmerking over de term 'gerechtelijk geneeskundige'. Ik had ook graag een definitie van deze functie gezien. Zover ik weet is er geen, behalve die van: 'geneesheer door de rechterlijke macht aangewezen'. In het buitenland wordt onder die functiebetiteling ook verstaan de arts die veel weet en doet op gerechtelijk geneeskundig gebied en die als zodanig gediplomeerd kan zijn. Het wordt hoog tijd dat in Nederland deze functie niet alleen beschreven maar ook wordt bepaald in de vijfde tak van de specialisatie in de Sociale Geneeskunde.

Rotterdam, 30 september 1976

H. Th. P. Cremers, politie-arts

COLLEGIAAL?

Als reactie op het praktijkperikel 'Collegiaal' in M.C. nr 40, pag. 1264 het volgende:

Helaas is mijn ervaring wat betreft de afhandeling van sollicitatiebrieven door collega-huisartsen ook zeer teleurstellend geweest. Nagenoeg nooit werden de door mij aan hen gerichte brieven beantwoord, zelfs niet indien ik uitdrukkelijk vroeg om ook in geval van een negatieve beslissing bericht te sturen. Verscheidene bevriende collegae hebben bij het solliciteren naar een assistentschap bij collega-huisartsen dezelfde trieste ervaring opgedaan.

Langs deze weg wil ik er dan ook bij alle collega-huisartsen op aandringen zo beleefd (of moet ik zeggen 'collegiaal') te zijn, op iedere aan hen gerichte sollicitatiebrief te reageren. Een kort, eventueel door de assistente getypt briefje zou mijns inziens al voldoende zijn.

Apeldoorn, 5 oktober 1976

R. P. Kipp

Varia

Diëtisten-patiëntenbegeleiding – Op woensdag 27 oktober 1976 organiseert de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (N.V.D.) in samenwerking met het Voorlichtingsbureau voor de Voeding in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht een symposium met als onderwerp 'Patiëntenbegeleiding'. Mevr. M. Beckers-Houx, voorzitter van de N.V.D. leidt het programma in, waarna Dr. A. J. Thiadens, Mr. F. Dekkers, Drs. S. G. Th. Hulst, Mevr. P. J. Schaminée, Mevr. W. L. ten Hoopen, Mevr. E. v.d. Horst ten Brummele, Mevr. L. M. de Graaf en Drs. K. J. Blokker een inleiding over de verschillende aspecten van deze materie zullen houden. Vervolgens zal er een forum-discussie onder leiding van Mevr. A. Klaassen plaatsvinden. Dit symposium is toegankelijk voor diëtisten, leerlingen diëtietiek, specialisten, artsen, genodigden en introducees. Opgave tot 14 oktober 1976 door storting van de kosten van deelname op girorekening 2769812 van de N.V.D.-ledenvergadering te Oss onder vermelding 'patiëntenbegeleiding'. Verdere inlichtingen: Bestuurssecretariaat N.V.D., Tak van Poortvlietstraat 3 te Oss.

Medisch-Historische Dag – De zesde Medisch-Historische Dag zal worden gehouden op zaterdag 11 december 1976 in het Medisch Encyclopaedisch Instituut van de V.U., Van der Boechorststraat 7 te Amsterdam, aanvang 10.30 uur. Het programma vermeldt als sprekers: Prof. Dr. J. A. M. Meerloo, onderwerp 'Sint Vitusdans'; Drs. G. T. Haneveld, 'Varen (jicht)'; Dr. A. H. M. Kerkhoff, 'Het 18e eeuwse veldlazaret'; Dr. Ö. Bánki, 'Gerbrand Bakker, Groninger hoogleraar in het tijdperk der Romantiek'; Dr. L. J. Endtz, 'Thomas Schwencke's Rariculus explicatio (1733): Posttraumatisch hygroom?'; Dra R. J. C. V. ter Laage, 'Johann Ludwig Choulant (1791-1861)' en Prof. Dr. G. A. Lindeboom (voorzitter), 'Medische aspecten van Rembrandt's Anatomische Les van Dr. Tulp'. Deelneming is mogelijk door storting van f 15,— (inclusief lunch) vóór 1 december 1976 op postgirorekening 1135214, ten name van de Stichting Historia Medicinae, p.a. Mr. F. A. van Hallweg 114 te Amstelveen, onder vermelding M. H. D.

Econometrie en gezondheidszorg – Op 13 en 14 december 1976 zal een symposium over 'econometrie en gezondheidszorg' plaats vinden in het hoofdgebouw van de Rijksuniversiteit Limburg, Tongersestraat 53, Maastricht. Initiatiefnemers zijn Prof. Dr. B. M. S. van Praag, Prof. Dr. P. A. Verheyen en Prof. Dr. L. M. J. Groot. Tijdens dit

symposium zullen studies aan de orde worden gesteld waarin met behulp van geavanceerde econometrisch-statistische en mathematische technieken vraagstukken op het terrein van de gezondheidszorg worden behandeld. Daartoe staan op het programma de onderwerpen: 'Macro-econometrische studies in de gezondheidszorg', ingeleid door Drs. F. Rutten, Drs. J. van der Gaag, J. Erkelens, M. S. Alladin, A. Nieuwenhuis en Dr. F. B. Lempers; 'Meso-econometrische studie in de gezondheidszorg', ingeleid door Drs. J. van Aert en Drs. G. van Montfort; een algemeen onderwerp zal voorts worden toegelicht door Dr. O. Fokkens, terwijl als laatste onderwerp wordt opgevoerd: 'Micro-econometrische studies in de gezondheidszorg', waarvoor Dr. Ir. J. Mol, Drs. J. van der Gaag, Drs. W. van der Ven en Ir. M. Kierkels voordrachten hebben voorbereid. De inleidingen worden gevolgd door een discussie. Om hiervoor voldoende tijd over te houden wordt het aantal deelnemers beperkt tot 60 à 70. De kosten voor deelnemers bedragen f 100,— per persoon; opgave tot uiterlijk 15 november aanstaande bij de Rijksuniversiteit Limburg, Tongersestraat 53, Maastricht, waar ook nadere inlichtingen worden verstrekt.

Rijexamens in 1975 – De belangstelling om in het bezit van een rijbewijs te komen was in 1975 groter dan in de direct daarvoorafgaande jaren. Het jaarverslag 1975 van de Stichting Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen (C.B.R.) vermeldt dat het totaal aantal aangevraagde examens ruim 845.000 bedroeg; het aantal aangevraagde eerste examens circa 330.000. Dit aantal was 18% hoger dan het jaar tevoren en lag sedert 1971 voor het eerst weer boven de 300.000. Het goedkeuringspercentage (het aantal geslaagde kandidaten per 100 examens) steeg wederom een fractie. Het bedroeg in de categorie personenauto's, wat het praktisch rijden betreft, voor de mannen 39.8% en voor de vrouwen 29%. Het aantal afgegeven Geneeskundige Verklaringen bedroeg meer dan één miljoen, namelijk 1.019.796 (1974: 959.105). Het jaarverslag is een uitgave van de Stichting C.B.R., P.C. Boutenslaan 1, Rijswijk, tel. 070-949370, alwaar men zich voor nadere inlichtingen kan wenden tot de heer M. Bremer, toestel 219.

T.V.-TIPS

Maandag 25 oktober 1976:

(Ned. I) Teleac, 18.15-18.45 uur:

'De eerste levensjaren van een kind', herhaling les 6.

Dinsdag 26 oktober 1976:

(Ned. I) Teleac, 18.15-18.45 uur:

'Het menselijk lichaam'. Les I: De Man.

Donderdag 28 oktober 1976:

(Ned. I) K.R.O., 22.05-22.35 uur:

'Heel de mens'.

Het Staatstoezicht op de Volksgezondheid in de voorbereiding van de abortuswetgeving

door Prof. Dr. P. Muntendam en Mr. W. B. van der Mijn

Reeds ten tijde van de schriftelijke voorbereiding van de beide initiatief-ontwerpen van Wet tot zwangerschaps-onderbreking had één van ons gelegenheid zijn mening kenbaar te maken omtrent de functie van de Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid, zoals de initiatiefnemers die in hun ontwerpen van wet hadden bepaald¹. De verdere behandeling van de ontwerpen, dat wil zeggen zowel in de Memorie van Antwoord² van de initiatiefnemers van het ontwerp van V.V.D.-P.v.d.A., en de mondelinge behandeling van beide ontwerpen in de Tweede Kamer, als in de gedachtenwisseling in de Algemene Vergadering van de K.N.M.G. op 10 september j.l., geven ons aanleiding tot een beschouwing over de functie van het Staatstoezicht, dat naar onze mening op bedenkelijke wijze dreigt te worden uitgehold op grond van ons inziens onjuiste overwegingen.

Een aantal passages in de Memorie van Antwoord (26 augustus 1976) wijzen duidelijk in deze richting. Zij bevatten een reactie (geven nauwelijks een antwoord) op de vragen die over de rol van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid in het Voorlopig Verslag werden gesteld. Met name aan de zijde van de P.v.d.A. vroeg men zich af of het wel juist was om een zo belangrijke functie als het toezicht geheel aan de Commissie ex artikel 8 toe te wijzen met een volledige uitschakeling van het Staatstoezicht. Herhaald zij³, dat in het zogenaamde C.D.A.-ontwerp (Van Leeuwen/Gardeniers-Berendsen) de commissie niet voorkwam maar de functie van advies en toezicht aan het Staatstoezicht was opgedragen, aan het or-

gaan derhalve dat hiertoe in de meest ruime zin bij de Gezondheidswet, reeds in 1865 onder Thorbecke, werd ingesteld.

Ondermijning

De reactie van de indieners van het ontwerp V.V.D.-P.v.d.A. in de Memorie van Antwoord op het punt van de rol van de Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid (het Staatstoezicht) in de abortusaffaire stelt ons teleur. In het bijzonder moeten wij een vraagteken plaatsen bij de passage waar de indieners stellen, dat zij 'gekozen hebben voor het zoveel mogelijk depolitiseren van het abortusvraagstuk' en dat het daarom niet voor de hand lag het toezicht op te dragen aan het Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Want anders zou 'abortus provocatus toch volledig in de politieke sfeer blijven, nu immers, hoe onafhankelijk het staatstoezicht zich in de praktijk ook moge opstellen, uiteindelijk de minister van Volksgezondheid voor het optreden van dat staatstoezicht verantwoordelijk blijft.' Wij zien in deze uitspraak een ernstige ondermijning in status en functie van het Staatstoezicht, die wij niet onweersproken mogen laten. Wij komen er daarom hierna op terug.

Bij de artikelgewijze behandeling in de Memorie van Antwoord vermelden de initiatiefnemers onder meer dat het toezicht (door de commissie) onder andere ook inhoudt, dat indien de nodige zorgvuldigheid niet in acht wordt genomen de commissie kan voorstellen de erkenning van de inrichting in te trekken. Het Staatstoezicht wordt hierbij niet genoemd. Opnieuw plaatst men de abortus in een speciaal vak, want nergens in de gezondheidszorg kent men de onaanvaardbare situatie, dat het niet het Staatstoezicht is dat zich in de eerste plaats heeft uit te spreken over het al dan niet deugdelijk functioneren van een behandelingsinrichting en het al of niet voldoen aan de inrichtingseisen die hieraan bij of krachtens de wet worden gesteld.

Teleurstellend

Het meest teleurstellend van inhoud is wel bladzijde 24 van de Memorie van Antwoord, waar eerst wordt gesteld dat er toch eigenlijk niet zoveel verandert in de taak van het toezicht van de Geneeskundige Inspectie. Want, zeggen de initiatiefnemers, de ministers van Volksgezondheid en van Justitie hebben het toch immers zelf gezegd: 'Zoals bekend beperkt het toezicht zich tot een grotendeels medisch-technisch toezicht.' Dus, aldus de indieners, geven wij terecht het toezicht op de zorgvuldigheid in de besluitvorming en de nazorg in handen van de commissie. Met andere woorden: dat kunnen de inspecteurs niet, de ministers hebben het zelf gezegd.

En dan volgt op dezelfde bladzijde van de Memorie van Antwoord het resultaat van een gesprek met enkele leden van het bestuur van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Het hoofdbestuur had zich op het standpunt gesteld, dat het Staatstoezicht het toezichthoudende orgaan voor de uitvoering van deze wet zou moeten zijn en dat er geen enkele reden was om ten aanzien van de abortus een ander standpunt in te nemen als voor andere terreinen in de gezondheidszorg. Nogmaals wordt dan door de indieners gesteld dat men niet aan de bezwaren van de K.N.M.G. tegemoet kan komen, omdat de depolitisering zwaarder weegt. Of, om het nu maar eens met onze eigen woorden te zeggen: *de indieners Geurtsen, Lambers, Roethoff en Veder-Smit zien in het Staatstoezicht op de Volksgezondheid een politiek orgaan.*

In de Algemene Vergadering van de K.N.M.G. van 10 september 1976, belegd voor de behandeling van de abortusontwerpen, werd het voorstel van het hoofdbestuur om het toezicht op te dragen aan het Staatstoezicht van de Volksgezondheid met grote meerderheid van stemmen aangenomen. Toch verdienen nog enkele in die verga-

1. Prof. Dr. P. Muntendam: De abortuspolitiek – recente ontwikkelingen; Medisch Contact 20 augustus 1976 (M.C. nr. 34/1976, blz. 1077).

2. Kamerstuk nr. 5 op initiatiefvoorstel 13909 (Geurtsen c.s.), Tweede Kamer, zitting 1975-1976.

3. Zie opnieuw Medisch Contact van 20 augustus 1976.

dering gemaakte opmerkingen de aandacht.

Een voorstander van het compromis-ontwerp verdedigde de uitspraak van de initiatiefnemers dat het Staatstoezicht een politiek orgaan is door te verwijzen naar een artikel van Rijkels⁴, waaruit duidelijk zou moeten worden gelezen dat door de reorganisatie van de departementale top van Volksgezondheid de politieke onafhankelijkheid van de Hoofdingspectie – en dus van de inspecteurs – verloren dreigt te gaan. Wij hopen aanstonds aan te tonen, dat ook deze veronderstelling elke grond mist en een onjuiste interpretatie geeft van wat de auteur Rijkels heeft willen betogen.

Een andere voorstander van het functioneren van de commissie conform het compromis-wetsvoorstel had nog een ander bezwaar tegen de inschakeling van het Staatstoezicht, namelijk dat het naast een controlerende instantie ook 'een verlengstuk van het Openbaar Ministerie' was. Ook deze aantijging kunnen wij niet onbesproken laten, aangezien hier een even ernstige bedreiging voor de goede naam van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid aan de orde is als ten aanzien van de uitspraken dat de Inspectie in laatste instantie een politiek orgaan is en dat haar toezicht zich beperkt tot medisch-technische toetsing en zich niet zou kunnen (en moeten) begeven op medisch-etisch gebied. Wij mogen wijzen op de belangrijke rol die de Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid nu bijkans een halve eeuw heeft gespeeld in de medische tuchtspraak en vaak ook in de Maatschappijrechtsspraak bij klachten met betrekking tot ondermijning van het vertrouwen in de geneeskundige stand en handelingen in strijd met medische ethiek en gedragsleer. Een onzer sprak met een hoofdofficier van Justitie over 'het verlengstuk van het O.M.' Het (te verwachten) antwoord was, dat een inspecteur die zich zelf zo zag dan wel in zijn functie deze indruk wekte geen juist inzicht had in zijn positie en taak en verhouding tot de justitiële organen. Overigens had de Hoofdofficier nimmer aanleiding gehad de inspecteur als zodanig te zien.

In de mondelinge gedachtenwisseling

4. Dr. D. K. Rijkels: Reorganisatie top ministerie, Medisch Contact nr. 12/1976, blz. 357.

in de Tweede Kamer verdienen nog enkele uitspraken inzake de functie van het Staatstoezicht onze aandacht.

Het duidelijkst in zijn uitspraak was het Kamerlid, de arts Tilanus. Hij resumeert, dat in het compromis-ontwerp van de V.V.D. en P.v.d.A. wordt vastgehouden aan een onderscheid tussen medisch-technisch en medisch-etisch toezicht. Het eerste mag de Inspectie van de Volksgezondheid doen, maar het tweede is voorbehouden aan de commissie. Daarmee worden de inspecteurs gedegradeerd tot controleurs van medisch-technische zaken, aldus Tilanus. 'Daarmede wordt geen recht gedaan aan de patiënt als fysieke, psychische en sociale eenheid'. Derhalve dient ook de behandeling, en dus ook het toezicht hierop, in integraal verband gezien te worden. Hierin past dan ook niet volgens spreker – en wij onderschrijven zijn mening ten volle – een scheiding als in het ontwerp wordt voorgesteld.

Tilanus bestrijdt dan ook de motieven, die tot deze scheiding hebben geleid, onder andere de zogenaamde depolitiserings. Wij scharen ons opnieuw achter deze spreker als hij zegt: 'Het Staatstoezicht is niet een politiek orgaan maar een deskundig instituut'. En eveneens achter zijn vraag aan de indieners van het compromis-ontwerp als hij hun verzoekt hem dan maar eens duidelijk te maken dat de adviescommissie geen politiek orgaan is, met name als de minister leden van deze commissie moet aanwijzen en benoemen.

Tijdens de discussie in tweede termijn, vestigde Tilanus er nog eens de aandacht op dat de initiatiefnemers van het wetsontwerp de afbraaksituatie van het Staatstoezicht (terminologie van Lamberts en toegeschreven aan het beleid van vorige regeringen) handhaafden. Hij kreeg hierop een bevestiging te horen: die afbraak is er nu éénmaal en hieraan wordt door het initiatiefontwerp niets toe- of afgedaan. Een wel heel teleurstellend uitgangspunt in het ontwerp van V.V.D. en P.v.d.A., dat gelukkig niet gedeeld wordt door de indieners van het C.D.A.-ontwerp, noch door de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunde.

Belangwekkend was ook het betoog van Mevrouw Haas-Berger, die ondanks het feit dat haar partij (P.v.d.A.) mede-indienster was van het compromis-ontwerp, duidelijk de voorkeur uitsprak voor het toezicht zoals dit in het A.R.P.-K.V.P. ontwerp werd geregeld,

namelijk uitsluitend berustend bij het Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Spreekster heeft in dit verband ook nadrukkelijk bezwaar gemaakt tegen de niet-verantwoordingsplichtige status van de commissie, in het bijzonder ook waar het de bevoegdheid van de commissie betreft tot het uitvaardigen van beschikkingen.

Bij de initiatiefnemers van het compromis-ontwerp bleek tijdens de discussie geen bereidheid om aan de geopperde bezwaren tegemoet te komen, omdat men daarin een duidelijke verzwakking in status en functie van de commissie zag, van het orgaan derhalve dat een van de politieke essentialia van dit ontwerp vormt. Het initiatief-ontwerp van P.v.d.A. en V.V.D. werd dan ook op dit punt niet gewijzigd. *Door aanneming van het ontwerp op 29 september j.l. in de Tweede Kamer dreigt derhalve een inbreuk gemaakt te worden op status en gezag van de Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid die haar bij de Gezondheidswet terecht wordt verleend.*

Onaanvaardbaar

Na hiervóór een indruk gegeven te hebben van de gevaren die het Staatstoezicht op de Volksgezondheid bedreigen, willen wij uiteenzetten, waarom wij de overwegingen die hiertoe hebben geleid onjuist vinden en daarmee de uitgangsstellingen ten aanzien van het Staatstoezicht van de initiatiefnemers van het compromis-ontwerp van V.V.D. en P.v.d.A. onaanvaardbaar. Alle hiervóór genoemde uitspraken over het Staatstoezicht, die de reële bedreiging inhouden dit rijksorgaan in diskrediet te brengen, wijzen wij af. Wij menen hiervoor de volgende gronden te mogen aanvoeren.

Het Staatstoezicht op de Volksgezondheid is geregeld in de Gezondheidswet 1956. Ingevolge deze wet wordt het Staatstoezicht uitgeoefend door hoofdinspecteurs en regionale inspecteurs. Zij zijn onder meer belast met de handhaving van de wettelijke voorschriften op het gebied van de volksgezondheid. Het staat naar onze mening vast dat, nu het V.V.D./P.v.d.A.-ontwerp de door een arts verrichte abortusingreep uit de sfeer van het strafrecht haalt, de voorgestelde regeling is geworden een wettelijk voorschrift op het gebied van de volksgezondheid. Een hoofdinspecteur neemt bij de vervulling van zijn taak de aanwijzingen

van de minister en van de directeur-generaal voor de Volksgezondheid in acht (art. 38, lid 1). Een regionale inspecteur neemt bij de vervulling van zijn taak de aanwijzingen van de hoofdinspecteur in acht (art. 38, lid 2). Er bestaat tussen de hoofdinspecteur en de regionale inspecteurs geen zuiver hiërarchische verhouding. De hoofdinspecteur geeft leiding aan de regionale inspecteurs, maar deze zijn niet in de strikte zin van het woord aan hem ondergeschikt. De aanwijzingen van de hoofdinspecteur openen de mogelijkheid een zekere eenheid in het beleid te verkrijgen.

Met het gebruik van de term 'aanwijzingen' in plaats van 'bevelen' is beoogd aan het Staatstoezicht een zekere onafhankelijkheid ten opzichte van de minister te verlenen. Er bestaat dan ook een verschil tussen de invloed die de minister kan uitoefenen op de beslissingen van de hoofdinspecteur respectievelijk de regionale inspecteurs, die immers met zelfstandige bevoegdheden zijn bekleed, en de invloed die de minister kan uitoefenen op een ambtenaar die niet met zelfstandige bevoegdheden is uitgerust. In het laatste geval is de minister bevoegd om de inhoud van diens handelingen te bepalen. Deze ambtenaar volvoert die handelingen slechts krachtens mandaat van de minister die het mandaat kan beperken en steeds kan terugnemen. Dit is anders bij de ambtenaar zoals een (hoofd)inspecteur die krachtens de wet zelfstandige bevoegdheden heeft. Hij alleen kan die bevoegdheid uitoefenen. De minister kan hem aanwijzingen geven hoe die bevoegdheid te gebruiken en mag verwachten dat de ambtenaar die aanwijzingen zwaar laat wegen, maar hij is niet in staat een beslissing tegen deze aanwijzingen in te verhinderen of uit eigen initiatief ongedaan te maken. Wel zou op den duur een veelvuldig handelen tegen de wil van de bewindsman in consequenties kunnen hebben voor de positie van de ambtenaar, die in het uiterste geval zelfs ontslagen zou kunnen worden, maar naar onze mening zal dit in de praktijk niet zo gemakkelijk gaan.

Uit de wetshistorie blijkt, dat het geven van aanwijzingen aan de inspectie afhangt van de aard van het onderwerp. Bij de behandeling van de Gezondheidswet in de Tweede Kamer heeft minister Suurhoff erop gewezen, dat er omstandigheden zijn waarin een inspecteur moet optreden en waarbij zijn medisch geweten een sterke invloed op zijn beslissingen en op zijn handelwijze zal hebben. In zulke gevallen, aldus

M.C.-artikelenserie gebundeld

Gezondheidszorg op de Nederlandse Antillen

Voorradig is een — beperkte — oplage bundels van de artikelenserie zoals die over de gezondheidszorg op de Nederlandse Antillen in een reeks afleveringen van Medisch Contact in 1975 is gepubliceerd.

Al gaat het hier om een kwantitatief nogal beperkte bevolkingsgroep en een beroepsgroep van slechts een 150 artsen, de relatief wat grotere aandacht die in Medisch Contact werd gevraagd voor dat stukje koninkrijk in de West leek alleszins gerechtvaardigd vanwege de specifieke problematiek daar, voortvloeiend uit het koloniale verleden, de geografische situering en de bijzondere relatie met Nederland (Groningen) met betrekking tot het medisch onderwijs.

Op veelvuldig verzoek uit met name deze onderwijskringen is overgegaan tot bundeling van de betreffende artikelenserie.

Geïnteresseerden kunnen deze bundels tegemoet zien na overmaking van f 12,50 per exemplaar onder het motto 'Nederlandse Antillen' op postgironummer 5 80 83 van de K.N.M.G., Lomanlaan 103 te Utrecht.

minister Suurhoff, moet men zijn eigen verantwoordelijkheid niet met aanwijzingen gaan doorkruisen. Maar bij tal van andere aangelegenheden geldt dit niet en dan zijn aanwijzingen ter verkrijging van een zekere eenheid in het beleid, bijvoorbeeld subsidie-aangelegenheden, zeker op haar plaats. 'Waar dit nu wel kan en waar niet, moet men overlaten aan de functionaris die tot het geven van zulke aanwijzingen bevoegd is en die zeer nauwkeurig weet wanneer zo'n inspecteur, die een zekere zelfstandige bevoegdheid heeft, met zijn medisch geweten in de knoop zou kunnen raken en wanneer niet'.

Het bovenstaande houdt naar ons oordeel in, dat de inspectie in volstrekte onafhankelijkheid van anderen uitsluitend aan de minister verantwoording verschuldigd is, maar houdt ook in dat de minister op zijn beurt niet verantwoordelijk is voor concrete daden van de inspectie maar voor het optreden van het Staatstoezicht in het algemeen. Die verantwoordelijkheid, die men politieke verantwoordelijkheid zou kunnen noemen, komt in het algemeen tot uitdrukking in het geven van inlichtingen aan het parlement en het uitspreken van een oordeel over het optreden van de inspectie. Het komt niet tot uitdrukking en het mag ook niet tot uitdrukking komen in het vaststellen van het beleid van de inspectie. De inspectie van haar

kant heeft de plicht zich a-politiek op te stellen.

De onafhankelijke positie van het Staatstoezicht is van groot voordeel. Juist daardoor kunnen de inspecteurs inlichtingen verkrijgen, met name van medische zijde, omdat geen vrees behoeft te bestaan dat de inspectierapporten tot in details in de openbaarheid komen. Een bekende uitspraak is: 'A true inspector is not a prosecutor but an advisor'. Zo wordt de inspecteur in ons land door de medische professie gezien, op deze wijze komt het toezicht op de naleving van volksgezondheidswetten het best tot zijn recht.

De integratie van de dienst van het Staatstoezicht binnen het departementale apparaat, waartoe onlangs is besloten, en waarop Rijkels heeft gewezen, doet aan de onafhankelijkheid van de inspectie geen afbreuk.

De wel eens geuite gedachte, dat de minister wel invloed op het Staatstoezicht zal willen uitoefenen via zijn benoemingenbeleid, moet naar onze mening met kracht van de hand worden gewezen. Daarvan is tot dusverre nog nimmer iets gebleken, het is evenmin te verwachten dat dit in de toekomst zal gebeuren. Uiteraard zal altijd gezocht worden naar mensen met hoge normen omdat zij uiteindelijk met toezicht zijn belast, maar het is geenszins aan te nemen dat, om bij het abortusvraagstuk te blijven, de minister in de toekomst

zijn inspecteurs juist zal recruteren onder die artsen die – en dat zou dan voor de wetsvoorstellen de vrees kunnen zijn – zich fel tegen abortus in welke gevallen ook verzetten.

Geen motief

Wij willen tenslotte ook nog op het volgende wijzen. Als een wet is aangenomen, zijn de inspecteurs gehouden te handelen overeenkomstig de doelstellingen van de wet en overeenkomstig de mogelijkheden welke de wet hun biedt. Welnu, er is ingevolge het V.V.D./PvdA-wetsvoorstel toezicht mogelijk op de besluitvorming, niet op de inhoud van het besluit.

In dit licht is er ook geen motief omwille van de depolitisering van het abortusvraagstuk het toezicht op de besluitvorming aan het Staatstoezicht te onttrekken. De medische opvattingen van de inspecteurs komen bij dit wetsontwerp immers nauwelijks aan bod. Het zal vooral gaan om procesbewaking.

Meer mankracht

Na in het voorafgaande te hebben uiteengezet waarom naar onze mening het Staatstoezicht het orgaan is dat op het totale gebied van de gezondheidszorg, inclusief dat van de abortus, de toezichthoudende functie moet uitoefenen en behouden, willen wij besluiten met een laatste toevoeging.

Indien wellicht eens de opmerking wordt gehoord, dat de Inspectie van de Volksgezondheid zich niet snel genoeg met een bepaalde zaak heeft beziggehouden, dan kan deze opmerking terecht zijn. En dan kunnen wij hiervoor vermoedelijk als oorzaak geven: gebrek aan mankracht. Ons pleidooi voor het handhaven van het Staatstoezicht, ook op het naleven van een abortuswetgeving, betekent derhalve een grondig onderzoek bij de Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid naar de mankracht om het apparaat optimaal te laten functioneren. Mede om de fabel van de 'afbraaksituatie' waarin zich het Staatstoezicht bevindt, uit de wereld te helpen.

Nieuwe Medische Informatiekaart der K.N.M.G.

Na geruime tijd van voorbereiding is beschikbaar gekomen de nieuwe Medische Informatiekaart van de Maatschappij Geneeskunst. Anders dan de oude kaart, bestaat de nieuwe versie uit meerdere delen:

- een vaste omslag bevattende alle min of meer constante gegevens;
- een medicamentenkaart, te gebruiken wanneer een patiënt langdurig sterk werkende geneesmiddelen gebruikt;
- een antistollingskaart, die hetzij door een trombosedienst, hetzij anderszins uitgereikt kan worden aan alle patiënten die onder behandeling staan met orale-coagulantia;
- een vaccinatiekaart, uit te reiken zodra de patiënt wordt geïmmuniseerd;
- een transplantatie-verklaring waarmee de patiënt zijn instemming betuigt met orgaantransplantatie na zijn dood.

De laatste vier kaarten zijn losse inlegbladen, behorende bij de omslag; het geheel zit in een plastic hoesje.

Per set bedragen de kosten f 1,25 (inclusief plastic hoes).

Losse kaarten en plastic etuis kosten respectievelijk f 0,25 en f 0,10 per stuk.

De mogelijkheid staat open om andere gegevens in de omslag te leggen; pacemakerkaart, electrocardiogram, etc.

Deze kaarten kunnen vanaf heden uitsluitend per briefkaart met vooruitbetaling bij de K.N.M.G. in Utrecht worden besteld. Een voorbeeld van de gewenste bestel- en betaalwijze, met een minimum bestelling van f 2,50, vindt u hieronder afgedrukt. Bij toezending ontvangt men automatisch een bestelkaart voor de volgende bestelling. Tevens worden formulieren meegezonden waarop de patiënt, voor uitreiking, een aantal gegevens kan invullen. Dat vergemakkelijkt de opmaak van de medische informatiekaart door praktijkassistente of secretaresse.

Model-Bestelkaart aan K.N.M.G. te Utrecht

Verzoeke aan onderstaand adres spoedigst te zenden:

..... Medische informatiekaarten	à 25 ct. f
..... Medicamentenkaarten	à 25 ct. f
..... Antistollingskaarten	à 25 ct. f
..... Vaccinatiekaarten	à 25 ct. f
..... Transplantatiekaarten	à 25 ct. f
..... Plastic etuis	à 25 ct. f
..... Volledige sets inclusief etuis	à 125 ct. f
..... Aanvraagformulieren van patiënten	(gratis)
Totaal (minimaal f 2,50) f	

Met blokletters invullen a.u.b.

Naam

Adres

Plaats Tel. nr. :

Het verschuldigde bedrag werd overgeschreven t.g.v. Postrekening nr. 58083 t.n.v. K.N.M.G. te Utrecht, met vermelding 'bestelde Medische Informatiekaarten'.

Datum: (handtekening)

Oogarts of opticien, preventie of preventie-afbraak

door Dr. W. A. Manschot*, oogarts

In augustus 1974 heeft Staatssecretaris Hendriks in zijn Structuurnota Gezondheidszorg een schets gegeven van een toekomstig beleid, waarvan als een der voornaamste principes werd genoemd: 'meer aandacht voor preventieve gezondheidszorg'. Deze meerdere aandacht is nodig, '... in de preventieve sfeer heeft Nederland een achterstand in te halen ...' (E. J. Boer¹).

Dank zij het feit dat een groot gedeelte van de Nederlandse bevolking tot 1972 regelmatig een oogheelkundig onderzoek onderging vóór de eerste aanschaf en de latere versterking van een leesbril, was er echter in ons land tot voor kort zeker één gebied in de preventieve sfeer waarin géén achterstand bestond, namelijk de vroegtijdige herkenning van oogziekten en van door oogheelkundig onderzoek te diagnostiseren andere ziekten.

Tot de eerste groep behoren in het bijzonder verhoogde oogdruk (glaucoom) en binnen het oog aanwezige kwaadaardige gezwellen; bij de tweede groep dienen vooral te worden genoemd gezwellen en andere ruimtebeperkende processen binnen de schedel, te hoge bloeddruk en diabetes.

Begin preventie-afbraak

Sinds omstreeks 1971 vergoeden de ziekenfondsen een steeds geringer deel van de kosten van brillleglazen aan hun verzekerden – een vergoeding die terecht alleen werd verstrekt wanneer de glazen op medisch voorschrift waren geleverd, daar dit voorschrift de therapeutische conclusie is van een medisch onderzoek.

Omdat de tegemoetkoming van de ziekenfondsen in de kosten van een bril te gering is geworden, zien thans vele ziekenfondsverzekerden niet meer de noodzaak in van een regelmatig oogheelkundig onderzoek. Hierdoor dreigt

Samenvatting

Een belangrijk, goed functionerend stuk preventieve gezondheidszorg: regelmatige oogheelkundige 'screening' van een groot deel van de Nederlandse bevolking, dreigt te worden afgebroken door de staatssecretaris, die twee jaar geleden in zijn structuurnota Gezondheidszorg een schets van zijn toekomstig beleid gaf, waarvan als een der voornaamste principes werd aangegeven: 'meer aandacht voor preventieve gezondheidszorg'.

een belangrijk stuk preventieve gezondheidszorg te vervallen.

Een opmerkelijk nevenverschijnsel is, dat de vakbonden al deze jaren niet hebben gereageerd toen duidelijk werd dat hun brildragende leden door deze geruisloze stap van de ziekenfondsen een ingrijpende reële uitgavenstijging kregen te accepteren. In het begin bedroeg deze nog slechts enkele tientallen guldens, maar in de laatste jaren is dit in een groot aantal gevallen opgelopen tot honderden guldens.

Medische gevolgen

Elke oogarts kent patiënten die het wegvallen van deze regelmatige oogheelkundige 'screening' hebben moeten bekopen met ernstige schade aan het gezichtsvermogen, in het bijzonder doordat een beginnend glaucoom niet tijdig was ontdekt. Lijders aan de meest voorkomende vorm van glaucoom – glaucoma simplex – zoeken vaak pas medische hulp wanneer het ziekteproces het gezichtsvermogen van het tweede oog heeft aangetast. Zij zijn er zich niet van bewust geweest dat één oog reeds was blind geworden.

Eggink² vond verhoging van de oogdruk bij 1,05% van zijn 83,6% patiënten zonder specifieke klachten, die een normale gezichtsscherpte bereikten. Ook de meest zorgvuldige opticien zal dergelijke patiënten niet naar de oogarts verwijzen. Geëxtrapoleerd naar de 1.136.180 verwijskaarten naar oogartsen in 1973 volgt hieruit, dat jaarlijks bij 5.694 ziekenfondsverzekerden een te hoge oogdruk zal worden miskend wan-

neer de oogartsen voor hen onbereikbaar zijn geworden voor bepaling van de refractie. De extrapolatie is ver, maar zelfs als men dit aantal miskende gevallen van glaucoom zou halveren vormt het nog – gezien de ernstige gevolgen – een absoluut onaanvaardbaar risico voor de ziekenfondsverzekerden.

Ook zijn patiënten onnodig overleden aan uitzaaing van een kwaadaardig gezwel vanuit het oog, welke uitzaaing door tijdige verwijdering van het gezwel had kunnen worden voorkomen. In ons land wordt jaarlijks bij 100 patiënten een binnen het oog gelegen kwaadaardig gezwel ontdekt (Manschot³); vrijwel steeds is dit een melanoom. Uit de literatuur blijkt, dat – ondanks verwijdering van het oog – ongeveer de helft van deze patiënten later overlijdt aan uitzaaing van het gezwel. Deze overlijdenskans wordt hoofdzakelijk bepaald door de grootte van het gezwel ten tijde van de ontdekking, zoals blijkt uit de in tabel 1 op de volgende pagina ondergebrachte cijfers.

De aanwezigheid van kleine gezwellen kan, daar zij zelden subjectieve symptomen veroorzaken, alleen worden vastgesteld door oogheelkundig onderzoek, zoals dat inherent is aan elke refractiebepaling door een oogarts. De meest bedreigde bevolkingsgroep voor intra-oculaire melanomen is de leeftijdsgroep boven 40 jaar (87% van alle melanomen; Jensen⁶). Dit is juist de bevolkingsgroep waarvan een heel groot gedeelte tot voor kort regelmatig een oogheelkundig onderzoek onderging vóór de aanschaf of de versterking van een leesbril.

* Lector aan het Pathologisch-Anatomisch Instituut, Erasmus Universiteit, Rotterdam.

Het is mogelijk de hiervoor geciteerde cijfers van Warren en Davidorf te gebruiken voor het schatten van het effect van regelmatige oogheelkundige 'screening' op het overlijdenspercentage van patiënten met intra-oculaire melanomen (zie tabel 2). Voor jaarlijks in ons land te diagnostiseren melanomen zou deze schatting betekenen, dat zonder 'screening' volgens de lage schatting elk jaar 14 à 11 patiënten volgens de hoge schatting 23 à 17 patiënten onnodig zullen overlijden doordat hun intra-oculaire gezwel niet meer tijdig wordt ontdekt.

Het streven van de staatssecretaris

In juni 1976 – binnen twee jaar na het verschijnen van de in de eerste alinea vermelde structuurnota, waarin 'meer aandacht voor preventieve gezondheidszorg' werd geschetst – is een officieel stuk verschenen dat weinig goeds voorspelt voor de hier aangesneden problematiek. Het is het 'Verslag van een mondeling overleg van de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid met de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, de heer Hendriks, over het advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid betreffende de aanpassing en versterking van de contactlenzen en een notitie van de staatssecretaris naar aanleiding daarvan inzake de bevoegdheden van opticiens', dat is gepubliceerd in het Verslag van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1975-1976, Rijksbegroting voor het dienstjaar 1976: 13600 XVII, Volksgezondheid en Milieuhygiëne, nr. 34.

In dit verslag en de notitie zijn, ondanks de principes in de structuurnota, een aantal voor de preventieve gezondheidszorg desastreuze voornemens van de staatssecretaris te lezen. Uit de stukken blijkt namelijk, dat de staatssecretaris er toe neigt de bevoegdheden van de opticiens uit te breiden tot zowel de aanmeting van contactlenzen als de zogenaamde objectieve bepaling van de refractie (oogmeting met behulp van instrumenten).

Voor kennisname in ruimere kring dan die van de lezers van de Verslagen van de Tweede Kamer der Staten-Generaal volgen enkele fragmenten van genoemd 'Verslag en notitie' met commentaar mijnerzijds daarop:

1a) Blz. 2, 6e alinea: 'Er is wel een grond van waarheid in de mening van

Tabel 1. Overlijdenskans wegens uitzaaiing van een binnen het oog gelegen kwaadaardig gezwel, ondanks verwijdering van het oog.

	overlijdenspercentage	grootte van melanoom na enucleatie		
		klein	middel	groot
Warren ⁴	na 5 jaar	0%	37%	57%
Davidorf ⁵	na 10 jaar	0%	23%	46%

Tabel 2. Effect van regelmatige oogheelkundige 'screening' op het overlijdenspercentage van patiënten met intra-oculaire melanomen.

uitkomst bij	grootte van melanoom na enucleatie			geschat overlijdenspercentage bij berekening volgens de getallen van	
	klein	middel	groot	Warren	Davidorf
geén 'screening'	0%	50%	50%	47	34½
wél 'screening' (laag geschat effect)	25%	50%	25%	32½	23
wél 'screening' (hoog geschat effect)	50%	25%	25%	24	17½

Dr. Eggink dat het verstrekken van contactlenzen zonder consultatie van een oogarts gevaarlijk kan zijn, maar de staatssecretaris meende dat door een goede regeling van verantwoordelijkheden, zodanig dat de opticien wel moet verwijzen als hij afwijkingen vermoedt, het gevaar van verstrekken van contactlenzen zonder consultatie van een oogarts grotendeels te ondervangen is'.

Commentaar: Het gevaar van het verstrekken van contactlenzen – evenals van het bepalen van objectieve refractie – door de opticien zonder consultatie van een oogarts is niet 'grotendeels te ondervangen door een goede regeling van verantwoordelijkheden'. Ook de meest conscientieuze, maximaal opgeleide opticien zal door onvoldoende algemeen medisch en specifiek oogheelkundige kennis een groot aantal afwijkingen niet kunnen vermoeden. In verbijsterende tegenstelling tot het voorname principe uit de Structuurnota Gezondheidszorg: meer aandacht voor preventieve gezondheidszorg, dreigt de

staatssecretaris hier een tot voor kort goed functionerend stuk preventieve gezondheidszorg te gaan afbreken.

1b) In de Notitie van de staatssecretaris inzake bevoegdheden opticiens leest men op blz. 4, 9e alinea: 'Met betrekking tot de objectieve refractie komt de Centrale Raad voor de Volksgezondheid . . . tot de conclusie, dat de opticiensopleiding in die richting moet worden uitgebreid, dat daarin de oogmeetkunde wordt geïntegreerd, zodat objectieve refractie volledig aan de gediplomeerde opticien kan worden toevertrouwd. In de opleiding zal tevens bijzondere aandacht moeten worden besteed aan het herkennen van eventuele oogafwijkingen'.

Commentaar: Objectieve refractiebepaling en het herkennen van eventuele oogafwijkingen zal volledig worden toevertrouwd aan de gediplomeerde opticien. Deze zal dat moeten doen zonder de basis van een zevenjarige opleiding tot arts en zonder de daarop aansluitende vierjarige opleiding tot

oogarts. Voor de opticiens zal voldoende zijn, dat er in zijn opleiding 'tevens bijzondere aandacht wordt besteed aan het herkennen van eventuele oogafwijkingen'. Terwijl daarenboven in talrijke winkels van opticiens brillen worden verstrekt door ongediplomeerde medewerkers of, zoals in een mij bekende opticienszaak, door de volledig onbevoegde echtgenote van de opticien. Vele huisartsen durven de verantwoordelijkheid voor oogheelkundig onderzoek niet aan; de opticien — meent de staatssecretaris — kan het straks wél, dank zij 'een goede regeling van verantwoordelijkheden'!

Een aantal jaren geleden heeft een commissie uit het *Nederlands Oogheelkundig Gezelschap* de leden verzocht casuïstiek te harer kennis te brengen, waarbij aannemelijk was dat patiënten onherstelbare schade aan het gezichtsvermogen of de gezondheid was toegebracht doordat een opticien deze patiënten niet of niet tijdig naar de oogarts had verwezen omdat hij geen afwijkingen vermoedde. Mijn persoonlijke reactie heeft zich destijds beperkt tot ervaringen uit alleen de eerste week na ontvangst van dit verzoek. Maar alleen in die eerste week consulteerden mij al twee patiënten, wier gezichtsvermogen ondanks herhaald bezoek aan een opticien op voor hen onrustbarende wijze was verminderd. De eerste patiënt leed aan een reeds ernstige, onherstelbare schade toegebracht hebbende drukverhoging in beide ogen; bij de tweede patiënt werden aanwijzingen voor het bestaan van een gezwel in de hersenen gevonden, hetgeen bij daarop volgend neurologisch onderzoek werd bevestigd. Beide gevallen werden gedocumenteerd aan de commissie gerapporteerd. Verwacht mag worden dat vele oogartsen destijds aan het verzoek van de commissie hebben gevolg gegeven, zodat de commissie ongetwijfeld beschikt over een voor de staatssecretaris instructief archief.

II) Blz. 2, 10e alinea: 'Bij het regelen van de bevoegdheden zal ook het gebruik van farmaca aan de orde komen. Het toezicht daarop zou een taak van de straf- of tuchtrechter worden'.

Commentaar: Farmacologie is een moeilijk vak. Tijdens de opleiding tot arts krijgt een belangrijk percentage van de medische studenten aan het einde van hun 4e studiejaar bij het doctoraal I-examen een onvoldoende voor het vak farmacologie. Zij moeten daarin dan later opnieuw examen doen.

Voor opticiens zal echter, zonder dat zij voldoende algemene medische en specifiek farmacologische kennis bezitten, de bevoegdheid om farmaca te gebruiken worden geregeld.

Zonder degelijke farmacologische vooropleiding is het ondoenlijk op verantwoorde wijze om te gaan met schijnbaar eenvoudige preparaten. Het vak is bovendien moeilijk bij te houden door het voortdurend op de markt komen van nieuwe preparaten.

De rechter in Nederland zal de taak krijgen daarop toezicht te houden. Het zal de staatssecretaris bekend zijn, dat de rechter in Nederland de taak heeft om op heel veel zaken toezicht te houden. Onder meer — sinds bijna 40 jaar — op het naleven van de Opticienswet, volgens welke een opticien bij het adviseren van brilleglazen alleen gebruik mag maken van letterkaart en brillendoos. Het gebruik daarbij van instrumenten en apparatuur is hem nog steeds bij deze wet verboden. Sinds jaren echter prijzen opticiens zichzelf aan met soms halve pagina-grote advertenties waarin afbeeldingen van voor de leek indrukwekkende tienduizenden guldens kostende apparatuur, die de opticien het aureool van oogheelkundige deskundigheid moeten verschaffen. Geen rechter in Nederland heeft sinds het in werking treden van de Opticienswet ooit een van de vele opticiens veroordeeld die deze wet aan hun laars lappen. Geloof de staatssecretaris werkelijk dat de rechter straks wél toezicht zal kunnen uitoefenen op het gebruik van farmaca door opticiens en hun medewerkers? Dit zal waarschijnlijk pas gebeuren wanneer de eerste slachtoffers de dagbladen hebben gehaald.

Financiële gevolgen

III) Blz. 2, IIe alinea: 'Het bezwaar tegen voorschrijven en leveren in één hand acht de staatssecretaris niet onverkomelijk. Het is geen nieuwe figuur. Bij de apotheekhoudende huisartsen komt een dergelijke situatie ook voor'.

Commentaar: De situatie is niet vergelijkbaar. De apotheekhoudende huisarts is een verdwijnende figuur en het houden van een apotheek in de gebieden waar dit nog gebeurt is een maatschappelijke noodzaak. Bovendien is de apotheekhoudende huisarts per definitie geneesheer; hij maakt geen reclame. De opticien daarentegen — vroeger

per definitie handwerksman, die zelf brilleglazen sleep — wordt helaas meer en meer uitsluitend commercieel georiënteerd; hij maakt wél en zeer luidruchtig (t.v.-)reclame. Hij stelt zich meer en meer op als zakenman die zo 'goed' mogelijk moet verkopen.

Bovendien is er geen enkele maatschappelijke noodzaak tot het bevorderen van het voorschrijven en leveren van brilleglazen in één hand. Integendeel!

De *Economische Controledienst* van het ministerie van Economische Zaken verricht thans een onderzoek naar aanleiding van een klacht van een mijner patiënten over de rekening van een opticien. Bij dit onderzoek worden een aantal gevallen betrokken waarbij op grond van de Bijstandswet steun werd gevraagd bij het betalen van rekeningen van opticiens. Rekeningen van ver boven f 500,— voor optisch eenvoudige brillen komen voor; de prijs van de glazen is daarbij soms een viervoud van de advies-verkoopprijs. In een aantal gevallen was de patiënt een tweede, even dure reservebril aangepraat; de Bijstandswet zou wel betalen.

De verkoopargumenten zijn verbluffend. Voor één patiënt waren de glazen zo duur 'omdat zij geslepen waren'. Een tweede moest 'regenboogglazen hebben, die slechts één op de duizend mensen nodig had'. Een Surinaamse patiënte, net in Nederland gearriveerd, kreeg van mij een recept voor alleen een eerste leesbril: beiderzijds S + 1; de opticien verkocht haar tevens een afstandsbril, want 'dat had de dokter op het recept geschreven'!

Ook vindingrijk was de Rotterdamse opticien die onlangs een 75-jarige patiënte zonder voorschrift van een oogarts de volgende bril verstrekte:

R/plan

$$\begin{aligned} L/S-1 &= C-1\frac{1}{4} \text{ as } 110^\circ \\ S+2\frac{1}{2} &= C-1\frac{1}{4} \text{ as } 90^\circ \end{aligned}$$

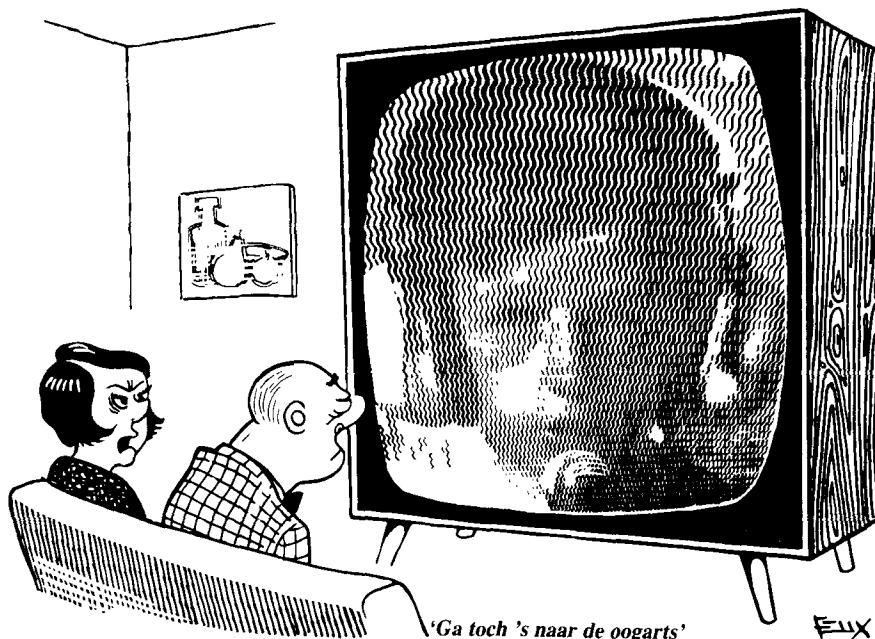
De rekening voor het planglas bedroeg f 35,50; de advies-verkoopprijs (inclusief B.T.W.) hiervoor is minder dan de helft. Voor het linker glas werd f 275,— berekend, waarvan f 134,— wegens 'toeslag ongelijke cylinder'. Patiënte kreeg een ziekenfondskorting van f 13,90 (!). Als toelichting voor de organen van de Bijstandswet schreef de opticien: 'Niet door de oogarts voorgeschreven. Oogmeting . . . (ei-

gen naam). Ongelijke cylinders beslist nodig, daar dit het gezichtsvermogen verhoogt'. Informatie bij de betreffende opticiens leerde, dat hij geen enkele theoretische achtergrond noch literatuurreferenties over 'ongelijke cylinders' kon bieden. Ter verduidelijking zij vermeld, dat 'ongelijke cylinders' inhoudt dat in een bifocaal glas het afstandsgedeelte een andere cylinder heeft dan het leesgedeelte. Een dergelijk glas is in ons land vrijwel zeker nog nooit door een oogarts voorgeschreven. Onderzoek van patiënte op verzoek van de G.G. en G.D. als adviseerende medische instantie voor de Gemeentelijke Sociale Dienst, het uitvoerend orgaan van de Bijstandswet, leerde dat links met een normaal bifocaal glas zeker even vlot werd gelezen als met het exceptioneel dure glas met ongelijke cylinders. De advies-verkoopprijs van een normaal bifocaal glas bedraagt slechts f 54,—.

Als laatste voorbeeld van de verkoopstechniek van opticiens diene de volgende casuïstiek: De Gemeentelijke Sociale Dienst te Rotterdam zond op 27 juli voor advies naar de G.G. en G.D. een 'aanvraag medische verstrekking' betreffende een 45-jarige man, die per aanvraag d.d. 22 december 1975 reeds nieuwe bifocale glazen vergoed had gekregen. Betrokkene gebruikte medicijnen en hij meende dat zijn ogen ondanks de nieuwe bril eerder achteruit dan vooruit gingen. De opnieuw geraadpleegde opticien adviseerde ditmaal dat verkleurende glazen (varilux-systeem) de enige oplossing waren. Een oogheelkundig consult werd niet nodig geacht. Betrokkene kwam ten tweeden male voor steun bij de Sociale Dienst; nu met een rekening van f 400,— voor twee variluxglazen! De optische groothandel treft geen blaam; zij sturen de opticien regelmatig 'advies-verkoopprijzen', die op verzoek ook aan oogartsen worden toegesonden.

IV) Blz. 2, 7e alinea: 'De staatssecretaris zou het dan niet meer nodig vinden dat voor een bezoek aan de oogarts een verwijskaart van de huisarts vereist is. Zo'n verwijskaart wordt vrijwel automatisch verstrekt; het is een, medisch gezien, overbodige handeling'.

Commentaar: Afgezien van de laatlunkende visie op de werkwijze van de huisarts, *mogen* — als de opvatting van de staatssecretaris zou worden gelegaliseerd — de ziekenfondsverzekerden waarschijnlijk in de nabije toekomst



niet meer door de huisarts voor oogonderzoek met objectieve refractiebepaling naar de oogarts worden verwezen, ook niet als de patiënt hierom vraagt. Een merkwaardige conclusie voor een staatssecretaris, die in zijn 'Notitie' op blz. 5, 3e alinea constateert dat 'de volwassen patiënt zelf zijn keuze zal weten te maken' maar die dan tegelijkertijd de volwassen ziekenfondsverzekerde de keuzemogelijkheid tussen oogarts en opticien wil ontnemen. De ziekenfondsverzekerden moeten naar de opticien, die hen veelal geen objectieve voorlichting zal geven (zie onder III: 'goed' verkopen!).

De staatssecretaris dreigt hier een discriminatie te bewerkstelligen tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerde patiënten: de eersten zullen geen recht meer hebben op regelmatige oogheelkundige 'screening'; de laatsten wel. De aap is uit de mouw. *De staatssecretaris tracht te bewerkstelligen dat de ziekenfondsen in de naaste toekomst de oogartsen uitsluiten als medewerker, waar het betreft refractie-bepaling en het daarmee verbonden oogheelkundige onderzoek.* Dit zou de ziekenfondsen de honorering besparen van een groot aantal verwijskaarten.

Echter: de patiënten zullen het moeten betalen. Reeds nu berekenen vele opticiens een honorarium voor hun 'oogmeetkundig' onderzoek, dat de vergoeding evenaart die de oogarts ontvangt voor zijn verwijskaart. Dit honorarium voor het voorschrijven van een bril door de opticien zal zeker nog belangrijk stijgen wanneer de onder Ib vermelde conclusies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid zouden

worden gerealiseerd. Bovendien zal geen controle mogelijk zijn op de door de opticiens berekende prijzen van de door henzelf geadviseerde glazen. Het zo 'goed' mogelijk verkopen door de opticiens zal hun 'patiënten' duur komen te staan (zie hiervoor). Daarnaast zal de overheid krachtens de Bijstandswet steeds meer peperdure brillen moeten vergoeden.

Veel erger is echter dat — vooral door het niet tijdig herkennen van chronisch glaucoom — talrijke gevallen van blindheid zullen optreden die te voorkomen zouden zijn geweest. Tevens zullen levens verloren gaan die te redden zouden zijn geweest, wanneer de bereikbaarheid van de oogarts voor de ziekenfondsverzekerden zou zijn gehandhaafd.

Literatuur

1. Boer, E. J.: Geld alleen maakt niet gezond. N.R.C./Handelsblad, Kortschrift nr. 3, juni 1976.
2. Eggink, E. D.: Uitbreiding bevoegdheid opticien wenselijk? Medisch Contact: 31, 23, 1976.
3. Manschot, W. A.: Therapie van melanoma chorioideae. Ned. T. Geneesk.: 116, 297, 1972.
4. Warren, R. M.: Prognosis of malignant melanomas of the choroid and ciliary body. Current Concepts in Ophthalmology: 4, 158, 1974.
5. Davidorf, F. H. & Lang, J. R.: The natural history of malignant melanoma of the choroid: small vs large tumors. Trans. Am. Ac. Ophthalm. and Otolaryng.: 79, 310, 1975.
6. Jensen, O. A.: Malignant melanomas of the uvea in Denmark 1943-1952. Acta Ophthalm. Suppl.: 75, 1, 1963.

Verantwoordelijkheid (leerling-)verpleegkundigen nader bekeken door Centrale Raad

De Centrale Raad voor de Volksgezondheid heeft aan de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne een advies uitgebracht inzake nadere regelingen met betrekking tot de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige en de leerling-verpleegkundige in het algemeen ziekenhuis. Dit advies kan als volgt worden samengevat:

1. In afwachting van een nieuwe wetgeving met betrekking tot de beroepsuitoefening op het terrein van de individuele gezondheidszorg dient binnen de bestaande wetgeving gestreefd te worden naar het tot stand komen van gedragsregels en richtlijnen die een optimaal functioneren van de verpleegkundige in het algemeen ziekenhuis kunnen bevorderen.
2. In het ziekenhuis dient te worden gestreefd naar een uniform systeem voor het vastleggen van de afspraken, die de arts maakt. Het gebruik van een per patiënt in te richten afsprakenblad, verpleegplan en verpleegverslag wordt aanbevolen.
3. De verantwoordelijkheid voor de door de arts gemaakte afspraken tot het verrichten van geneeskundige handelingen blijft volledig bij de arts berusten. Daarnaast heeft de verpleegkundige een eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van de wijze van uitvoering van de afspraak.
4. Wanneer de verpleegkundige geen verantwoordelijkheid meent te kunnen dragen voor de uitvoering van telefonisch door de arts gemaakte afspraken (bijvoorbeeld gedurende de nachtdienst) dan zal zij dit aan de arts moeten meedelen. Voorkomen moet worden, dat leerling-verpleegkundigen voor situaties komen te staan die zij, gelet op het bereikte opleidingsniveau nog niet aan kunnen. Gebeurt dit onverwachts toch, dan zullen noch de behandelend arts noch de directie van het ziekenhuis zich aan hun verantwoordelijkheid kunnen onttrekken.
5. Het gebruik van een handboek, waarin de wijze van uitvoering van geneeskundige en verpleegkundige handelingen voor het gehele ziekenhuis wordt vastgelegd, wordt aanbevolen. Gepleit wordt voor de opstelling van een model-handboek voor de verpleegdienst.
6. Bewust wordt geen voorkeur uitgesproken voor de individuele of de collectieve bekwaamheidsverklaring van verpleegkundigen. Per ziekenhuis zal een keuze kunnen worden gedaan.
7. Onbepaalde toepassing van een systeem van bekwaamheidsverklaringen lijkt niet gewenst. Dit zal kunnen worden voorkomen door een aantal van de meest voorkomende geneeskundige handelingen in de basisopleiding op te nemen en daarnaast bijzondere verichtingen onder te brengen in de bestaande of nog in het leven te roepen gespecialiseerde opleidingen. Slechts voor geneeskundige handelingen die niet of nog niet in de basisopleiding of in een gespecialiseerde opleiding zijn onder te brengen, ware het systeem van de bekwaamheidsverklaringen als een tijdelijk alternatief te hanteren.
8. De vraag, welke geneeskundige handelingen door verpleegkundigen kunnen en mogen worden verricht, wordt besproken aan de hand van het rapport van de Commissie Beroepsinhoud Verpleegkundigen. Aangezien het hier handelingen betreft in het beweeglijke grensgebied tussen arts en verpleegkundige, wordt aanbevolen periodiek te bezien in hoeverre bepaalde categorieën van handelingen door verpleegkundigen kunnen worden uitgevoerd, en zo ja, onder welke voorwaarden. Een commissie, samengesteld uit representanten van de betrokken beroeps- en/of vakorganisaties en de ziekenhuisorganisaties, lijkt hiervoor het meest aangewezen.
9. Aan leerling-verpleegkundigen zullen slechts opdrachten mogen worden gegeven tot het verrichten van handelingen die zij beheersen. Dit zijn de handelingen, die in het praktijk- en rapportenboekje zijn afgetekend. Wanneer zij of hij een opdracht zonder meer accepteert, aanvaardt de leerling daarmee tevens de verantwoordelijkheid voor een goede uitvoering. In verband hiermede zullen weigeringen door leerling-verpleegkundigen om zelfstandig handelingen te verrichten waartoe zij nog niet bekwaam zijn, niet als abnormaal mogen worden beschouwd. Gezien wordt op de sterke sociale druk waaraan de leerlingen soms worden blootgesteld.
10. In het algemeen zal het delegeren van geneeskundige handelingen aan leerling-verpleegkundigen steeds in een bepaald kader moeten geschieden, waarbij door middel van duidelijke aanwijzingen en voldoende toezicht zal moeten worden verzekerd dat de uitvoering op verantwoorde wijze zal geschieden.
11. Aan een specifieke wettelijke regeling, waarop de in dit advies aanbevolen maatregelen zouden kunnen worden gebaseerd, lijkt vooralsnog geen behoefte te bestaan. Wanneer echter zou blijken, dat richtlijnen en normen die als resultaat van het overleg tussen de betrokken landelijke organisaties tot stand komen niet of onvoldoende worden nageleefd en andere mogelijkheden die de overheid ten dienste staan onvoldoende resultaat opleveren, zal dit voor de wetgever aanleiding kunnen zijn alsnog een specifieke wettelijke regeling te treffen.

Tot zover de Centrale Raad voor de Volksgezondheid.

Geneesmiddelen minder duur? Farmaceuten zijn vóór

K.N.M.P.-voorzitter *Drs. J. L. M. Nieuwenhuis* opent 121e Algemene Vergadering

'Als de uitspraak van het Europese Hof van Justitie in Luxemburg tot gevolg heeft dat alle prijzen van de geneesmiddelen zullen dalen, kan dit alleen maar worden toegejuicht, mits deze prijsdaling niet gepaard gaat met een prijzenchaos.' Aldus Drs. J. L. M. Nieuwenhuis, voorzitter van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Pharmacie, bij de opening van de 121e Algemene Vergadering der K.N.M.P.

Parallelimport

De K.N.M.P.-voorzitter deed zijn uitspraak naar aanleiding van een recente uitspraak van het Europese Hof over parallelimport (de invoer van merkgeneesmiddelen uit landen waar de prijzen lager liggen dan de prijzen die de fabrikant voor Nederland heeft vastgesteld). Het betreffende proces was aangespannen door de Engelse genees-

middelenfirma Sterling tegen het Rotterdamse Centrapharm. De uitspraak van het hof maakt het volgens Drs. Nieuwenhuis aannemelijk dat de parallelimport zal toenemen. Niettemin, zo zei hij, 'én de patiënten én de ziekenfondsen én de apothekers én de geneesmiddelenhandel en -industrie zijn alleen gebaat met een geneesmiddelenverkeer dat zich ordelijk, zonder misbruik van monopolieposities ontwikkelt.'

Overigens hief de K.N.M.P.-voorzitter een waarschuwende vinger met het oog op een te groot optimisme vanwege verwachte prijsdalingen. Het gaat bij parallelimport immers om een beperkt aantal middelen. Of door deze invoer de gehele Nederlandse markt kan worden voorzien, zou derhalve ernstig kunnen worden betwijfeld. 'Bovendien', zo merkte Drs. Nieuwenhuis nog op, 'ook bij parallelimport zal de kwaliteitsgarantie de doorslag geven. Dit betekent, dat de apothekers zich nooit

zullen laten dwingen relaties aan te knopen met firma's waarin zij geen vertrouwen hebben.'

Apotheker en patiënt

De voorman van de farmaceuten sprak ook over de menselijke en sociale aspecten van het apothekersberoep, facetten die zijns inziens wellicht wel eens te weinig zijn onderkend. De apotheker zou zich wat meer in zijn eigen apotheek kenbaar moeten maken. Het is belangrijk, dat de apotheker in zijn apotheek niet alleen aanwezig is, maar ook bereikbaar en aanspreekbaar. Een spreekuur hoeft niet meteen, aldus de heer Nieuwenhuis, maar de mogelijkheid en de bereidheid patiënten te ontvangen moet toch aanwezig zijn. Door er een tweemanszaak van te maken zou de apotheker niet alleen zijn werk kwalitatief op peil kunnen houden, maar ook metterdaad zijn cliënten te woord kunnen staan. 'Persoonlijk contact vind ik zeer belangrijk', zei de K.N.M.P.-voorzitter, 'door het persoonlijk contact kunnen wij een integrerend deel vormen van de eerstelijns gezondheidszorg en meewerken aan het welbevinden van onze medemens. Bovendien kunnen wij door ons in te zetten in het dagelijkse gebeuren van onze apotheek ons als geneesmiddelen-deskundigen ook naar buiten waar maken.'

Aangepaste naaldbanden M.C. en (nog enkele!) stempelbanden 1975

Aangepaste naaldbanden Medisch Contact

Verkrijgbaar zijn inmiddels aan het nieuwe formaat van Medisch Contact aangepaste naaldbanden, waarin 26 nummers van een lopende jaargang van Medisch Contact op simpele wijze kunnen worden gebundeld. Wil men gedurende de gehele jaargang de binnenkomende nummers samenbundelen, dan zal men over twee naaldbanden moeten beschikken.

Stempelbanden Medisch Contact 1975

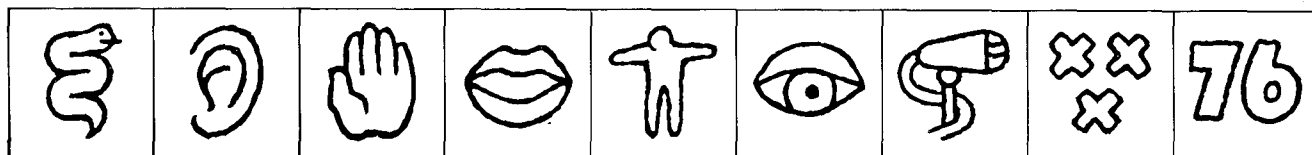
Uiteraard blijft de iets kleinere vaste band (stempelband), waarin de jaargang 1975 kan worden ingebonden, gehandhaafd. Hiervoor heeft men één band per jaargang nodig, indien tevoren het advertentiegedeelte uit de losse nummers wordt genomen. **HAAST U: DE VOORRAAD IS BEPERKT!**

Naaldbanden en stempelbanden kunnen uitsluitend worden besteld door overmaking van respectievelijk f 18,50 en f 13,50 per band op postgiro 5 80 83 van de K.N.M.G., Lomanlaan 103, Utrecht.

Verhouding apotheker-arts

Over de verhouding apotheker-arts stelde Drs. Nieuwenhuis, dat gerichte opmerkingen van de apothekers over het algemeen positief worden ervaren door de artsen. Daarnaast kunnen apothekers en apothekersassistenten eventuele onduidelijkheden in de receptuur signaleren en opvangen, zonder dat de patiënt erdoor wordt verontrust.

'In gezamenlijk overleg, ieder vanuit zijn eigen wetenschap, kunnen wij met de artsen het welzijn van onze patiënten behartigen. Naar deze samenwerking dienen wij dan ook zoveel mogelijk te streven.' Aldus tot slot K.N.M.P.-voorzitter Nieuwenhuis.



Handelingen van het 28e Ledencongres der K.N.M.G. (II)

Mogelijkheden en onmogelijkheden van de huisarts als gezondheidsbevorderaar

door *Prof. Dr. J. C. van Es*, hoogleraar huisartsgeneeskunde
aan de Rijksuniversiteit te Utrecht

Het is mijn taak om vanmorgen met u na te gaan over welke mogelijkheden de huisarts beschikt om de gezondheid van zijn patiënten te bevorderen en welke de grenzen van zijn kunnen zijn. Een uitgangspunt dat daarvoor kan worden gekozen is het klachten- en ziektepatroon waarmee de huisarts in zijn dagelijkse werk wordt geconfronteerd. Dit is in de loop van de laatste tientallen jaren aanzienlijk gewijzigd. Tot het midden van de twintigste eeuw vroegen de infectieziekten zeer veel aandacht van de huisartsen. Bij deze categorie was een rationele preventie mogelijk. Daarbij denkt men zowel aan de invoering van passieve en actieve immunisaties als aan preventie door de kansen op contact met ziekteverwekkers te verminderen. Zeer belangrijk is dat door de toegenomen welvaart de voedingstoestand en de woonomstandigheden zodanig konden verbeteren dat de weerstand tegen ziekte toenam. Voor een effectieve bestrijding van infectieziekten was echter van doorslaggevende betekenis, Verdoorn¹ toont duidelijk aan, dat in brede lagen van de bevolking rondom de eeuwwisseling de moderne inzichten in het ontstaan van ziekten en in de mogelijkheden tot bestrijding daarvan werden aanvaard. Dit was uiting van een veran-

. . . Wij moeten nu erkennen dat het streven naar een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of gebrek de verantwoordelijkheid van de gemeenschap in haar geheel en dus uiteindelijk een politieke verantwoordelijkheid is . . .



dering van een als traditionalistisch aan te duiden samenleving in een modern-dynamische, waarvan volgens Hofstee² het kenmerk is dat de mens gelooft dat verbetering in de wereld door verandering mogelijk is. Daardoor ging de bevolking openstaan voor moderne, eigentijdse ideeën en inzichten hetgeen zich ook uitte in een toenemend vertrouwen in de mogelijkheden van de moderne geneeskunde. In de loop der jaren is de preventie van infectieziekten zodanig in het moderne leefpatroon ingebed dat het als zodanig vaak niet meer is te herkennen. Om het in een enkele zin samen te vatten: men drinkt geen slecht drinkwater, niet omdat dat onhygiënisch is, maar omdat men dat onaangenaam en vies vindt. Thans zijn het andere ziekten die door hun frequentie, ernst of duur de aandacht van de huisarts vragen. Afgezien van lijders aan kortdurende – soms ernstige, maar meestal weinig ernstige – self-limiting ziekten zijn er twee hoofdgroepen die het ziektepatroon overheersen:

a. chronische ziekten en aandoeningen en b. patiënten met klachten en aandoeningen die worden veroorzaakt door functionele stoornissen en psychosomatische ziekten.

Als ik het zo stel dan wek ik de indruk een onderscheid te willen maken tussen somatische en niet-somatische ziekten. Dat is allerminst de bedoeling. Ik geloof dat een medisch denken dat op een dergelijke cartesische en platonische dichotomie stoelt op een dwaalspoor is. In de geneeskunde dient men er van uit te gaan dat lichaam en geest een zodanige eenheid vormen, dat zij onscheidbaar zijn; een totaliteit vormen. Lichamelijke verschijnselen die een emotionele reactie kunnen vergezellen zijn daar niet een afspiegeling van maar vormen mede die reactie zelf. Van een andere orde is echter, dat men die totaliteit 'mens' op verschillende manieren kan bestuderen.

Ryle³ geeft in zijn 'Concept of mind' als voorbeeld, dat het spel van schakers op verschillende manieren kan worden bestudeerd en beoordeeld: naar het toepassen van de spelregels en naar de strategie die wordt toegepast. Essentieel is dat men zich bewust is wat men bestudeert en met welk doel. Ditzelfde is binnen de geneeskunde het geval, vandaar dat men nooit van één medisch model kan spreken; er wordt met talloze modellen gewerkt al naar de doel-

stelling die men heeft. Er ontstaat spraakverwarring als men zich niet realiseert dat men altijd met een model van de werkelijkheid werkt en nooit met de volle werkelijkheid zelf te maken heeft.

Modellen

Men moet aan elkaar duidelijk maken waarom men met welke doelstellingen werkt. De doelstelling bepaalt het daarbij passende model dat men zal hantieren. Dit geldt ook voor het volgende: als we de taken die de huisarts zichzelf stelt en die de omgeving van hem verwacht nader bezien, dan kunnen we daarin de volgende modellen herkennen. Ieder model wordt daarbij door de volgende vier modellen als het ware geïncludeerd; ze sluiten elkaar dus niet uit!

a. Er bestaat geen enkel misverstand over de taak van de huisarts bij lijders aan manifeste ziekten. De huisarts dient hulp te bieden door zich een oordeel te vormen over de aard en de ernst van de aandoening, dient adviezen te geven die tot herstel kunnen leiden of hij zal een behandeling instellen.

Als de huisarts de hulp van andere deskundigen nodig acht, dan roept hij deze in. De huisarts draagt tot de bevordering van de gezondheid bij door zo spoedig mogelijk een herstel te bewerkstelligen. Is restitutio ad integrum niet mogelijk, dan tracht hij de schade door het ziekteproces teweg gebracht, tot een minimum te beperken.

b. Ook over het tweede model van activiteiten van de huisarts bestaat eveneens nauwelijks verschil van mening. Naast de reeds genoemde taken richt hij zich bovendien op de vroege herkenning van ziekten.

Als huisarts, in de eerste lijn van de gezondheidszorg werkende, draagt hij een bijzondere verantwoording voor het vroegtijdig stellen van diagnoses. De vroege diagnostiek wordt niet ten onrechte een van zijn specifieke taken genoemd. Dit stelt uiteraard hoge eisen aan de huisarts; zijn kennis van ziektebeelden dient groot te zijn, met name van de vroege verschijnselen. Hij moet in staat zijn een minitieuus onderzoek te verrichten.

c. In het derde model vindt een verdere perfectionering van de vroege diagnos-

tiek plaats. De huisarts wacht niet tot een patiënt met klachten of symptomen zich tot hem wendt, maar hij spoort een ziekte reeds op in een presymptomatische fase of voordat klachten worden geuit. Daarvoor is nodig dat zich (nog) gezond voelende mensen voor een onderzoek worden uitgenodigd. Over de vraag of dit een taak voor de huisarts is, zijn de meningen al veel meer verdeeld. Uit wat er momenteel zich aan voornamelijk categorale massa-onderzoekingen ontwikkelt zou men kunnen concluderen, dat menigeen van oordeel is dat dit niet het geval is. Er zijn hier en daar wel pogingen ondernomen om de huisarts deze vorm van vroege diagnostiek te laten verrichten, maar deze zijn niet talrijk. De tot nu toe verrichte experimenten hebben wel aangetoond dat ook hierbij hoge eisen aan de huisarts gesteld worden, in het bijzonder aan de organisatie en administratie van zijn praktijk.

d. Een vierde model bestaat hieruit dat de huisarts niet alleen tot een vroege ontdekking van ziekten komt, maar ziekten helpt voorkomen: de primaire preventie. Op dit gebied bestaat een scala van mogelijkheden die stuk voor stuk een uiteenlopende waarde krijgen. Betrekkelijk weinig verschil van mening bestaat over de vraag of de huisarts moet bijdragen tot het bereiken van een optimale immunisatiegraad bij de zich aan hem toevertrouwende patiënten. Ook bestaat nauwelijks twijfel of het geven van hygiënische adviezen tot zijn taak behoort.

De preventie vermengd met activiteiten tot een vroege diagnostiek, zoals deze bij zuigelingen en kleuters wordt uitgevoerd, wordt met meer aarzeling aan de huisarts toevertrouwd: er bestaat een concurrentie van de zijde van de kruisverenigingen die het liefst een monopoliepositie op dit gebied zouden willen innemen. Ook laten vele huisartsen deze taken met meer of minder plezier aan de consultatiebureaus over.

Taakopvattingen

Keren we terug naar het derde model, dat van het voorkomen van gevolgen van ziekten, die in een presymptomatisch stadium zijn gediagnosticeerd, dan kunnen we daarin een aantal uiteenlopende taakopvattingen herkennen. Weinig verschil van mening bestaat er omtrent de vraag of een huisarts adviezen moet geven omtrent levensgewoonten die schadelijk voor de

gezondheid zijn, bijvoorbeeld bij lijders aan vetzucht of een hypercholesterolaemia; adviezen die het houden van een dieet, het nemen van lichaamsbeweging, het staken van roken en het beperken van alcoholgebruik betreffen.

Minder eenduidig zijn de opvattingen als het om ziekmakende factoren gaat die in de maatschappij of in het relationele vlak hun oorsprong vinden. Door iedere huisarts worden problemen in dit vlak min of meer meebeleefd, alleen al omdat de huisarts zijn patiënt en diens gezin gewoonlijk betrekkelijk goed kent. Als het er echter om gaat om meer gedetailleerd maatschappelijke en relationele stressfactoren te herkennen en een behandeling op dit gebied in te stellen, ontstaan de verschillen in opvatting.

Geleidelijk aan wint wel de opvatting veld dat de huisarts zich hierin moet verdiepen. Hij moet óf zelf óf in samenwerking met deskundigen op deze gebieden, agoog en maatschappelijk werkende, óf door verwijzing naar deze deskundigen hulp bieden. Als samenwerking wordt beoogd dan wordt het gezondheidscentrum een goede organisatievorm daarvoor beschouwd. Afhankelijk van eigen aard, capaciteit, interesse en beroepsopvatting zal de ene huisarts op dit gebied actiever zijn dan de andere.

Tenslotte kan de huisarts op het gebied van de primaire preventie, dus in het vierde model, ten aanzien van psychosociale factoren taken zien. De opvattingen hierover zijn veel meer uiteenlopend dan op het gebied van de psychosociale hulpverlening. Als een huisarts maatschappelijke factoren op het spoor komt, die tot het ziek worden van meerdere patiënten aanleiding geven en als een preventieve werking naar het inzicht van die arts zou kunnen uitgaan van een verandering van die situatie, kan dit verschillende reacties teweeg brengen.

De ene arts zal zich machteloos weten of voelen maar de ander zal de totstandkoming van veranderingen willen stimuleren. Dit kan door stressvolle situaties te signaleren maar ook door als beroepsbeoefenaar tot politieke actie te komen, zoals bijvoorbeeld door het gezondheidscentrum in Oss geschiedt. Ook kan de arts veel verder gaan en zich individueel actief in de politiek begeven om langs die weg structurele veranderingen te bewerkstelligen. Het zijn maar zeer weinigen die dit laatste doen.

Screening

Tot nu toe zijn we ervan uitgegaan dat de geschetste problemen de voornaamste bedreigingen van de gezondheid vormen en dat het voorkomen daarvan en de vroege behandeling van de gevolgen van deze ziekten en aandoeningen voor een belangrijk deel tot de verantwoordelijkheden van de arts gerekend moeten worden. Wij dienen ons echter ernstig af te vragen of dit wel zo is. Voor twijfel hieraan bestaan redenen van verschillende aard: Het wordt steeds duidelijker dat artsen en het gehele geneeskundige systeem in verregaande mate machteloos zijn als het er om gaat een aantal van de tot dusverre besproken ziekteoorzaken te elimineren of door vroege herkenning in de kiem te smoren. Dit is duidelijk te maken aan de hand van de snel in populariteit winnende screeningsprogramma's.

Van slechts enkele hiervan is aangevoerd dat zij kunnen bijdragen tot het voorkomen van ernstige schade. Een duidelijk voorbeeld van de laatste categorie is het onderzoek op phenylketonurie bij pasgeborenen, terwijl ook screening op congenitale heupluxatie belangrijke resultaten kan hebben. Om trent het effect van screeningsprogramma's op cervixcarcinoom op het sterftecijfer zijn de acten nog niet gesloten⁴. Een van de problemen is het feit, dat bij screening op basis van vrijwilligheid vooral de groepen met een geringer risico worden bereikt⁵. De waarde van vroege diagnostiek door middel van bevolkingsonderzoek van longkanker is waarschijnlijk nihil⁶.

Het is onwaarschijnlijk dat de vroege diagnostiek van hart- en vaatziekten veel invloed heeft op morbiditeit en mortaliteit⁷. Een zeer belangrijke oorzaak hiervan is dat, wil bij deze categorie van ziekten vroege ontdekking effect hebben, de betrokkenen bereid en in staat moeten zijn om vooral in hun levensgewoonten en levenssituatie diepgaande veranderingen aan te brengen: in voedingsgewoonten, in het alcohol- en tabaksgebruik, in de opvoering van lichaamsbeweging en verbetering van stressvolle huwelijks- of arbeidssituaties.

Gebleken is dat pogingen op het gebied van de gezondheidsvoorlichting en opvoeding tot nu toe slechts in geringe mate tot gedragsverandering hebben bijgedragen⁸. Ook een maatregel als prijsverhoging van tabak heeft geen effect op het gebruik ervan gehad⁹. Het is begrijpelijk dat artsen nog minder

invloed kunnen uitoefenen op de maatschappelijke of relationele probleemsituaties waarin hun patiënten verkeren. Slechts in een betrekkelijk klein aantal gevallen lukt dit en vaak pas na een grote tijdsinvestering van artsen, maatschappelijk werkers en psychologen.

De kern van het probleem is dat we gezamenlijk heel goed op de hoogte zijn van een aantal ziektebevorderende factoren, maar dat we daar niet de consequenties uit trekken die zo voor de hand liggen. We screenen wel op cervixcarcinoom maar we voeren geen grootscheepse actie voor de voorkoming van een aantal oorzakelijke factoren: door een nauwkeurige, regelmatige hygiëne van de penis en door een op niet te jonge leeftijd aanvangen van een monogame seksuele relatie.

Wij blijven reclame voeren voor overdadige, vette maaltijden, voor het roken van sigaretten en het drinken van alcohol. We behoeven het cholesterolgehalte van de bevolking niet te bepalen om te weten dat over de hele linie ingrijpende veranderingen in de voeding moeten plaatsvinden. Evenmin zijn ergometrische bepalingen nodig om te weten dat we allemaal veel te weinig lichaamsbeweging nemen, hetgeen alleen maar is te bestrijden door het gebruik van de auto drastisch te beperken. Dat zou tevens als voordeel hebben dat we door minder hard te rijden minder aan stress worden blootgesteld.

We weten ook heel goed, dat we eigenlijk te jachtig leven, in concurrentie met elkaar verkeren. We weten ook dat we falen in het aanpassen van de arbeidssituatie aan de mens. Als artsen zijn we vrijwel machteloos om hieraan iets fundamenteels te doen. Wat wij artsen wel kunnen doen is de wereld duidelijk maken waarin verandering gebracht zou moeten worden uit een oogpunt van gezondheid. Gezamenlijk optreden zou aan onze argumenten veel meer kracht bijzetten.

Taak K.N.M.G.

Mijns inziens zou er een grote taak voor een beroepsorganisatie als de K.N.M.G. zijn weggelegd om medium hiervoor te worden. Op een congres als dit moet men er zich zeker op bezinnen of zij niet als eerste voor een dergelijke activiteit in aanmerking zou komen. Wat zou het niet goed zijn als via deze organisatie artsen zouden meespreken over een gezonde structurering van de gemeenschap; de gecumuleerde erva-

ring van en inzichten in ziekmakende factoren zouden naar de maatschappij kunnen worden vertolkt. Vooral naar diegenen, die invloed op maatschappelijke structuren hebben; kabinet en volksvertegenwoordiging, werkgevers en werknemers, kerken en politieke partijen. Als de K.N.M.G. een dergelijk grootse taak op zich zou willen nemen zou de structuur voor de vervulling daarvan wel moeten worden aangepast, de huidige lijkt me daarom onvoldoende krachtig hiervoor. Het zich bezig gaan houden met en zich mede verantwoordelijk weten voor de maatschappij zou veel aanvullend wetenschappelijk onderzoek vergen, want de samenhang tussen maatschappelijke factoren en gezondheid is vaak uiterst gecompliceerd. Hier zou een belangrijke taak voor de universiteiten liggen om onderzoek hiervan ter hand te nemen of verder uit te werken.

Ook al zou dit gebeuren, toch moeten wij de mogelijkheden waarover de artsen beschikken, in hun proporties zien. Wij moeten ons realiseren dat een preventieve werking slechts mogelijk is als zeer diepgaande maatschappelijke veranderingen plaatsvinden. Op de totstandkoming van een maatschappij waarin de kansen op een gezonder leven groter zijn dan in de huidige, kunnen artsen slechts een van de velen zijn die daarop invloed uitoefenen.

De zucht naar het steeds meer willen hebben en kunnen, dat leven in een 'groeimodel' waarin de welvaart alleen maar in een voortdurende toename kan worden uitgedrukt put niet alleen de natuurlijke energiebronnen van de aarde binnen de kortst mogelijke tijd uit maar ook het menselijk vermogen. We bereiken de grenzen van de aanpassing aan steeds grotere snelheden, aan steeds snellere maatschappelijke veranderingen, aan steeds meer informatie, aan steeds meer overvloed.

We hebben rechtstreeks de banden met basale levenswaarden verloren, met het geloof, met geboorte en met sterven. Het streven naar autonomie heeft in combinatie met een technologische almacht ons verjaagd uit een leven waarin in een ritme met de natuur kan worden geleefd, waarin men nog in een organische samenleving is opgenomen, waarin niet alles aan de 'eigenzinnigheid' is onderworpen. Noodgedwongen gaan we langzamerhand zoeken naar de kleine overzichtelijke leefgemeenschap van Schumacher¹⁰, naar een samenleving die niet langer op een groeimodel is gebaseerd.

Geleidelijk aan worden we ons van de

waarden daarvan bewust, maar we verstoppen ons onmiddellijk weer daarvoor en vooral voor de waarheid dat we leven in een wereld die niet alleen zijn energiebronnen sloopt en daardoor onvermijdelijk maakt dat kernenergiecentrales moeten worden gebouwd, maar die ook de aarde bedekt met een netwerk van oorlogstuig dat met de dag omvangrijker en gevaarlijker wordt en waarvan het gebruik steeds moeilijker zal zijn te ontlopen. Evenmin laten we goed op ons inwerken dat we in West-Europa op een weelde-eiland leven in een wereld waarvan de helft van de mensheid vrijwel zonder voedsel leeft, onder onhygiënische omstandigheden, zonder enige vorm van gezondheidszorg, zonder uitzicht op hoop. Het schandaal van de eeuw noemde Helder Camera het, dat wij niet bereid zijn om aan deze situatie een wending ten goede te geven. En daarvoor is meer nodig dan de besteding van één procent van ons nationale inkomen aan ontwikkelingshulp. Dit gebrek aan solidariteit, maar ook de gevoelens van onmacht over hetgeen in Beiroet, Noord-Ierland en Soweto, in de martelkamers van Chili en in de kampen van Rusland gebeurt, bedreigt onze gezondheid nog veel meer dan het vetgehalte van ons bloed.

Solidariteit met de ander is ook een kwestie van zelfbehoud, een vorm van inclusief denken; onszelf in een groot geheel te leren zien kan ons helpen bij het zo noodzakelijk leven met aanvaarding van de beperkingen van het leven, van de last van het leven en van onszelf. Dan kunnen we komen tot een werkelijke preventie, een streven naar de bevordering van de gezondheid, waarbij talloze levens worden gered en mensen de weg naar een menswaardig leven niet wordt afgesneden. Als we ons dat bedenken dan kunnen we datgene wat we wel kunnen doen in het juiste perspectief leren zien.

Dit is geen reden tot defaitisme, integendeel. Dit kan ons helpen om het eigen werk en de eigen verantwoordelijkheden op een realistische manier onder ogen te zien. Ik wil daartoe enkele gedachten ontvouwen en me daarbij voornamelijk beperken tot de bijdrage die de huisarts tot het 'zo gezond mogelijk zijn' kan bijdragen.

Patiëntenrol

De huisarts kan daartoe een groot aantal taken vervullen. Eén daarvan is

echter in het kader van het onderwerp van vandaag zó belangrijk, dat ik me daarop wil concentreren.

Ik val dan met de deur in huis en stel een kardinale taak van de huisarts aan orde, namelijk de *preventie van de patiëntenrol*. Allereerst wil ik iets zeggen over het begrip patiëntenrol. Dit sociologische begrip geeft aan, dat zodra iemand zich tot de arts om hulp wendt, hij daarmee de rol van patiënt gaat vervullen. Deze wordt onder andere gekenmerkt door het feit, dat men zich gedraagt op een wijze, die de gemeenschap van een patiënt verwacht: enerzijds onderwerpt men zich aan een medisch onderzoek en een door de arts voorgeschreven of ingestelde behandeling, anderzijds is men vrijgesteld van een aantal maatschappelijke verplichtingen die de niet-patiënt wel heeft; onder andere deelname aan het arbeidsproces. De vrijheidsmarge van de patiënt is beperkt; hij heeft natuurlijk wel de gelegenheid zich aan voorschriften te onttrekken en medicijnen niet in te nemen, maar openlijke weigering van bijvoorbeeld een ziekenhuisopname ondergraaft zijn 'positie' aanzienlijk. De vervulling van de rol van patiënt zegt op zichzelf nog niets over het daaraan ten grondslag liggende ziekteproces (disease)¹¹. Uitgangspunt is de uiting van de patiënt dat er iets niet in orde is (illness). De vervulling van de rol van patiënt wordt bepaald door de patiënt, de arts en de gemeenschap. Als men gedurende langere tijd de rol van patiënt heeft vervuld roept dit vanzelfsprekend het gevoel op dat er ook wel een ziekteproces zal bestaan dat de rol rechtvaardigt.

Dit besef tast het gezondheidsbeleven in aanzienlijke mate aan. De huidige structuur van de gezondheidszorg, de wettelijke voorzieningen en de houding van artsen bevorderen in sterke mate een langdurige voortzetting van de patiëntenrol en dit wordt door de verwachtingen van de patiënt en diens omgeving gestimuleerd. De professionele grondhouding van artsen brengt met zich mee dat iedereen die zich als patiënt meldt als ziek wordt beschouwd, tot het tegendeel bewezen is. Deze wijze van benadering is aanleiding tot veelvuldig en langdurig onderzoek. Veel verwijzingen, interspecialistische consulten, ziekenhuisopnamen en behandelingen van irrelevante afwijkingen zijn een gevolg hiervan. De tot technologie geworden geneeskunde bevordert door deze handelwijze ongetwijfeld de somatisering van een door de patiënt ervaren onwelbevinden.

Menig patiënt heeft deze rol – meestal onbewust – gekozen als oplossing voor een latent of manifest conflict in werk of gezin, als gevolg van een gevoel tekort te schieten, voor een niet of onvoldoende kunnen voldoen aan verwachtingen die anderen van hem koesterden. Van Doorn heeft hiervoor destijds de welsprekende term 'medisch ventiel voor maatschappelijk falen' ontworpen.

Vlucht in de ziekte

Het gaat echter om meer dan alleen maatschappelijk falen; ook het beleven van eigen tekortkomingen in het relationele vlak kunnen tot een vlucht in de ziekte – om een ouderwetse term te gebruiken – aanleiding geven.

Heel vaak is er een combinatie met werkelijk bestaande klachten of afwijkingen die, alleen optredend, nauwelijks of niet motief tot het invoeren van hulp zouden zijn. Met andere woorden: genoemde achterliggende gevoelens zijn in hoge mate bepalend voor het ziektegedrag.

Het verschijnsel vindt ook zijn weerspiegeling in het ziekteverzuim. Philipsen¹² stelde reeds jaren geleden vast, dat bij drie van de vier ziektemeldingen andere dan objectief aantoonbare afwijkingen van beslissende betekenis waren voor het ziekteverzuim.

De sociale voorzieningen die binnen het medische veld over het algemeen gunstiger zijn dan daarbuiten – de WAO biedt betere regelingen dan de WW – hebben dit ook meer dan voorheen mogelijk gemaakt. De revalidatie-arts Verkade¹³ sprak onlangs over het 'WAO-syndroom' en liet zien dat dat onder andere voorkomt bij oudere werknemers die dreigen te worden uitgerangeerd, bij mensen die te lang zwaar werk hebben moeten verrichten, bij mensen die onder stress leven. Dit syndroom draagt zeker ook bij tot maskering van werkloosheid, om een term van Meyler¹⁴ te gebruiken.

En dat geeft in het kort aan wat een van de zeer grote bezwaren van deze situatie is: de geneeskunde helpt de kwalen en tekorten van de maatschappij te verhullen – zelfs te legitimeren – en verhindert daardoor mede een gezondmaking van die maatschappij¹⁵. Toch ligt de oorzaak daarvan dieper dan de toepassing van de mogelijkheden die de wet thans biedt. Giel¹⁶ zegt dat in een cultuur altijd de neiging bestaat om allerlei vormen van pech en afwijkingen van de norm onder één noemer te

brengen. In de loop der tijden zijn in onze cultuur steeds meer deviaties onder het begrip ziekte gebracht, 'veelal ten koste van de sectoren moraal en recht'.

Nu ziekte in zeer brede lagen van de bevolking sinds lang niet meer wordt beschouwd als een gevolg van schuld of zonde is dat natuurlijk ook wel aantrekkelijk. Voor velen bestaat geen absolute meer voor begane zonden, het begrip vergeving is erg mistig geworden. Onder die omstandigheden is een hogepriester in witte jas, die een moderne vorm van absolute hanteert door via een ziekte een mens als schuldeloos te verklaren, zeer welkom.

Deze moderne sacralisering van de arts is complementair aan de secularisering van 'die künstliche Welt des technischen Zeitalters', waarvan Picht¹⁷ zegt, dat deze is te kenmerken als een wereld, waarvoor de mens zelf verantwoordelijk is geworden. Dit heeft tot consequentie dat niet meer een rechtvaardiging van God, maar van de mens zelf een dwingende eis is geworden en maar al te vaak wordt getracht aan deze te zware last in de spreekkamer van de arts te ontsnappen. Aan deze medicalisering van de gemeenschap hebben wij allen gewerkt: de tot gebruik uitnodigende medische organisatie, de gemeenschap, die tot dat gebruik stimuleert, de overheid door haar maatregelen en wetten.

Arts en patiënt gaan echter langzamerhand de voosheid van deze situatie herkennen en willen die wel veranderen. Dat betekent dat wij artsen af moeten van een deel van de macht die ons op de schouders is gelegd. Wij hebben dit grotendeels zelf opgeroepen en ook aanvaard. Wij moeten echter erkennen dat wij slechts verantwoording kunnen dragen voor die vormen van hulpverlening, waarvoor wij deskundigheid bezitten en die dus een bepaalde effectiviteit bezitten, hetzij in het 'guérir' hetzij in het 'soulager' of 'consoler', om een oud adagium van de geneeskundige doeleinden te parafraseren.

Voor het vervullen van die taken kunen wij aansprakelijk worden gesteld. Niet echter voor het bestrijden en voorkomen van de maatschappelijke en relationele stress. Daarvoor is de maatschappij in haar geheel verantwoordelijk – en daarin uiteraard ook de artsen – maar er is geen sprake van een gedelegeerde verantwoordelijkheid hiervoor.

Het is dringend noodzakelijk dat de verantwoordelijkheden voor het ge-

beuren in de wereld niet langer worden verhuuld. Dit vergt onder andere een 'Entmythologisierung'¹⁸ van de geneeskunde. Wij artsen zullen duidelijk moeten maken wat onze mogelijkheden en wat onze grenzen zijn. Pas dan kan de gemeenschap reële verwachtingen ten opzichte van ons gaan koesteren.

Op de vraag wat dit dan betekent wil ik straks nog verder ingaan. Het betekent in ieder geval niet, dat we hulpzoekenden botweg weg moeten sturen! Het betekent wel, dat wij kunnen bijdragen tot een verheldering van de werkelijke problemen in onze gemeenschap, zonder dat dit steeds in het aanvaarden van een patiëntenrol wordt vertaald.

Dit kan ongetwijfeld enerzijds bijdragen tot een duidelijker en eerlijker gezondheidsbeleven en anderzijds tot een onthullen van de maatschappij ziekmakende oorzaken en condities. Als artsen dit tevens gezamenlijk doen, zoals ik al eerder bepleitte, dan kan dit signaleren als een terugkoppelingsmechanisme naar de maatschappij functioneren. Artsen dragen daarvoor een bijzondere verantwoordelijkheid omdat zij als eersten met maatschappelijke ontregeling in aanraking komen. Zij dienen dan echter wel een bijzondere gevoeligheid hiervoor te ontwikkelen.

Preventie patiëntenrol

Ik kom nu op de vraag op welke wijze de huisarts aan deze preventie van de patiëntenrol kan bijdragen. Ik moet daarbij voorop stellen, dat hij daartoe slechts in staat zal zijn, als aan een aantal randvoorwaarden wordt voldaan. Hierop kom ik naderhand nog terug. De preventie van de patiëntenrol bestaat vooral hierin dat de huisarts op een verantwoorde manier bevordert dat die hulpzoekenden, die geen specialistisch-technologische hulp nodig hebben, deze ook niet ontvangen. Voor zover dit wel nodig is, zal de duur en de intensiteit van de medisch-technologische interventie zoveel mogelijk beperkt dienen te blijven.

Als dit namelijk niet gebeurt gaan hulpzoekenden onderworpen worden aan de in de geneeskunde geldende wetten die voor hen echter niet geschreven zijn.

Om zo te functioneren dient de huisarts in de eerste plaats een uiterst bekwaam diagnost te zijn. Hij moet een grote klinische kennis bezitten, vooral van de vroege symptomen van ziekten. Hij dient daarbij te hebben geleerd alle voordelen, die zijn werken in de eerste lijn van de gezondheidszorg hem bie-

den, uit te buiten: kennis van de voorgeschiedenis van de patiënt, kennis van diens milieu en inzicht in de reacties en het gedrag van de patiënt.

Een eerste voorwaarde om tot een goed oordeel over de patiënt te komen is dat de huisarts in staat is om een goede, open relatie met de hulpzoekende te onderhouden en om goed te luisteren naar hetgeen deze werkelijk te zeggen heeft. Ook is het nodig dat de huisarts inzicht kan krijgen in relationele en maatschappelijke elementen, die tot klachten en symptomen hebben bijgedragen.

Deze persoonlijke bekwaamheden zijn niet voldoende om optimaal te kunnen functioneren. De werksituatie dient ook zodanig te zijn, dat deze maximaal tot hun recht kunnen komen. Daartoe dient de huisarts over voldoende laboratorium- en röntgenfaciliteiten te beschikken.

Verder zal de huisarts in de gelegenheid moeten zijn om specialistische deskundigen om advies te vragen. Daardoor komt de nadruk in het werk van de specialist op de consultatieve functie te liggen.

Tenslotte dient de huisarts in de gelegenheid te zijn met deskundigen op maatschappelijk en relationeel gebied samen te werken. Om de samenwerking met al deze deskundigen een optimaal resultaat te laten hebben, moet hij tot die samenwerking ook in staat en bereid zijn. Omdat een vroegtijdige ontdekking van ziekten in een aantal gevallen tot voordeel van de patiënt kan strekken, dient de huisarts zich daarop tevens te concentreren. We hebben gezien dat een massaal onderzoek tot een uitbreiding van de patiëntenrol aanleiding geeft.

De huisarts is echter in de gelegenheid om de surveillancemethode, waarvan Van den Dool¹⁹ in ons land de pleitbezorger is, toe te passen. De kern hiervan is dat de huisarts bij die patiënten die zijn hulp inroepen het onderzoek uitbreidt tot die aspecten ten aanzien waarvan de hulpzoekende een verhoogd risico draagt. Van deze methode zegt Carter²⁰ terecht, dat deze slechts een uitbreiding van de normale arts-patiëntenrelatie is, waardoor het risico van een uitbreiding van de patiëntenrol beperkt kan blijven.

Toch blijft de kans bestaan, dat ook zonder verwijzing naar de tweede lijn de vervulling van de patiëntenrol wordt bevorderd. Om dit tot een minimum te beperken zal hij het tot een van zijn taken moeten rekenen om de hulpzoekenden te leren zichzelf te helpen of

non-professionele hulp te zoeken. Veel mensen die zich in nood tot hun huisarts wenden kunnen al heel vaak worden geholpen door medeleven, sympathiebetoon en betuiging van solidariteit, het doorbreken van eenzaamheid en het bieden van warmte.

'Nulde lijn'

De huisarts kan hierin aanzienlijk tegemoetkomen, maar deze vormen van hulp vragen eerder het ontbreken van professionaliteit dan de aanwezigheid daarvan. Gezin, familie en buurt zijn in de huidige samenleving vaak voor deze hulpverlening uitgevallen. De huisarts kan het herstel van deze functie trachten te bevorderen, maar kan verder ook omzien naar andere vormen van niet-professionele aard, van patiëntenclubs, van individuen.

De Londense huisarts Cohen bevordert bewust – wat ik zou willen noemen – de verwijzing naar de 'nulde lijn'. Hij weet zich verzekerd van de bereidwilligheid van een aantal aardige en behulpzame mensen, die in daarvoor in aanmerking komende gevallen hulpzoekenden terzijde willen staan. Hij tracht op deze wijze als het ware hulp door familieleden en burens op een moderne wijze te laten herleven. Dit doet er niets aan af dat de huisarts aan zijn patiënten een 'compassionate care' moet geven.

In een minderheid van de gevallen is professionele hulp nodig, soms is dan samenwerking met en/of verwijzing naar psychologen en maatschappelijk werkers op zijn plaats. Men dient echter wel het gevaar te onderkennen, dat als de ene professionele hulpverlener de functie van de ander overneemt, de medicalisering van de gemeenschap kan worden vervangen door een psychologisering of een 'maatschappisering' van de maatschappij. Dan zijn we nog even ver en hebben we alleen het ene maatschappelijke alibi ingeruild tegen het andere. Op den duur zullen we niet alleen tot een inkrimping van de rol van de medicus, maar van alle professionele hulpverleningsrollen moeten komen.

De noodzaak hiertoe wordt op een geheel andere wijze geïllustreerd door een recent onderzoek van mevrouw Hageman-Smit²². Zij onderzocht de hulpverlening op het gebied van traditionele en alternatieve organisaties op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. Zij kwam daarbij tot de conclusie, dat hulpverleners, of dit nu

artsen, psychologen, maatschappelijk werkers of verpleegkundigen waren, in de behandeling van cliënten heel andere doelstellingen nastreefden dan de cliënten zelf wensten. Het bleek, dat dit niet eens met betrokkenen werd besproken.

Het is zonder meer duidelijk, dat deze veranderingen slechts mogelijk zijn als aan een aantal zeer ingrijpende randvoorwaarden wordt voldaan.

In de eerste plaats is het noodzakelijk dat de bereidheid ontstaat, vooral bij de hulpzoekenden zelf, om de medische hulp de juiste plaats toe te kennen en daarvan adequate verwachtingen te koesteren. Dit is niet zozeer een individuele activiteit, er zal in onze cultuur een andere rolverwachting ten opzichte van artsen moeten ontstaan.

Dit is slechts mogelijk als we gezamenlijk aan een ontmedicalisering van onze gemeenschap werken. Thans wordt de zich ongelukkig voelende mens in onze armen gedreven. We moeten hem daar niet liefdeloos uit verstoten, dat is wel het laatste wat ik wil betogen. Integendeel, de solidariteit met degenen die onze hulp zoeken moet groot zijn. Maar dat betekent niet dat we ze definitief in onze armen moeten opsluiten.

Eén van de wegen daartoe is het doorgeven van kennis en inzicht door de huisarts aan de patiënt, zo goed als de specialist nieuwe inzichten aan de huisarts moet doorgeven. De onafhankelijkheid van de hulpzoekende wordt hierdoor vergroot en hij is beter in staat de verantwoording voor het eigen bestaan te dragen.

Radicale verandering

Uit hetgeen ik tot nu toe heb gezegd moge blijken, dat de veranderingen die ik voorsta niet veel minder dan het karakter van een geestelijke en maatschappelijke omwenteling heeft, die beoogt om het huidige verstoppertje spelen met werkelijke ziekte-oorzaken te beëindigen. Daarvoor zijn ook ingrijpende veranderingen in de houding en beroepsopvatting van de artsen zelf nodig. De werkers in de tweede lijn zullen de bereidheid moeten krijgen om met een huisarts als boven beschreven samen te werken en ten opzichte van zó werkende huisartsen een complementaire rol te vervullen.

Dat vraagt van velen een radicale verandering. Verder zullen de huisartsen zelf deze rol moeten willen vervullen. Ook voor hen zal dit een ingrijpende verandering zijn. Een permanente na-

scholing zal meer dan ooit noodzakelijk zijn en de beroepsopleiding zal hen meer dan thans op deze taken moeten voorbereiden. De taak van de huisarts wordt, hoewel veel interessanter, ook zwaarder. De gemiddelde praktijkomvang zal moeten dalen. Daarvoor zijn de vooruitzichten in ieder geval gunstig.

Tenslotte zullen organisatorische, budgettaire en wettelijke maatregelen genomen moeten worden die het bovenbeschreven proces stimuleren en ondersteunen. Ik zeg dit schijnbaar lakoniek in een enkel zinnetje, maar het venijn zit wel in de staart van mijn voordracht. Want als we spreken over de randvoorwaarden die moeten worden verwezenlijkt om de huisarts als boven beschreven te doen functioneren, dan liggen die vooral op organisatorisch en dus op budgettair en wettelijke terrein.

Zolang de gezondheidszorg de bak met levende palingen is, waarvan Leenen²² onlangs sprak en zolang er geen werkelijk verlangen en geen daadkracht bestaat om ingrijpende veranderingen tot stand te brengen is pessimisme op zijn plaats. Ook in dit opzicht kan de K.N.M.G. belangrijk werk verrichten, maar het moet wel snel gebeuren want hoe langer wordt gewacht, des te moeilijker zullen veranderingen tot stand worden gebracht.

Ingrijpende veranderingen in de sociale wetgeving zullen onvermijdelijk zijn. De sociale zekerheid zal niet behoeven te verminderen, maar wel zal de noodzaak of de verleiding die van de huidige wetten en regelingen uitgaat, weggenomen moeten worden. Ook om het medisch kanaal te gebruiken zal de totstandkoming van een kleinschalige hulp dichtbij de hulpzoekende bevorderd moeten worden. Dit betekent tevens een decentralisatie van de hulpverlening.

Van fundamentele betekenis is de grondhouding van de artsen, die in een beperkte taak voldoening moeten gaan vinden, waarin het streven om de hulpzoekende zoveel mogelijk tot het dragen van verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid te stimuleren een centrale plaats moet innemen.

Samenvatting

Wat ik heb willen bepleiten is als volgt samen te vatten: het grote misverstand omtrent de bevordering van gezondheid op basis van de definitie van de World Health Organization is geweest,

VERTROUWENSARTSEN KINDERMISHANDELING

- **Amsterdam:** A. J. Koers, kinderarts, F. M. van de Velde, kinderarts, tel. 020-142455, postbus 8333, Amsterdam 1015, voor de provincie *Noord-Holland*;
- **Arnhem:** E. van Ruller, arts, J. A. J. Stevens, arts, tel. 085-210857, postbus 467, Arnhem, voor de provincie *Gelderland*;
- **Breda:** Mevr. M. J. de Koningh, kinderarts, tel. 076-651332 of 076-122133, postbus 2231, voor de provincie *Noord-Brabant*;
- **Groningen:** J. M. Rijkmans, arts, R. Peters, kinderarts, tel. 050-232003, postbus 145, Groningen, voor de provincies *Groningen en Drente*;
- **Leeuwarden:** H. W. Mauser, arts, P. D. van Drooge, arts, tel. 05100-33393, postbus 2204, Leeuwarden, voor de provincie *Friesland*;
- **Rotterdam:** J. I. v.d. Leeuw, arts, tel. 010-128110, postbus 2525, Rotterdam, voor de provincies *Zuid-Holland en Zeeland*;
- **Maastricht:** Th. M. van der Kley, kinderarts, W. M. Maertzdorf, kinderarts, tel. 043-14772, postbus 46, Maastricht, voor de provincie *Limburg*;
- **Zwolle:** J. G. Lingeman, kinderarts, J. F. van Gils, kinderarts, tel. 05200-19828, postbus 418, Zwolle, voor de provincie *Overijssel en Oostelijk Flevoland*;
- **Utrecht:** Th. Sybesma, arts en G. J. Schmidt, arts, tel. 030-89 24 25 (9-5 uur) postbus 4042, voor de provincie *Utrecht*.

dat deze teveel als een exclusief medische taak en verantwoordelijkheid is gezien en beleefd. Wij moeten nu erkennen dat het streven naar een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of gebrek de verantwoordelijkheid van de gemeenschap in haar geheel en dus uiteindelijk een politieke verantwoordelijkheid is.

En hiermee wil ik mijn pleidooi voor een niet expansieve geneeskunde besluiten.

Noten

1. Verdoorn, J. A. Volksgezondheid en sociale ontwikkeling. (1965) Aula Utrecht/Antwerpen.
2. Hofstee, E. W. De groei van de Nederlandse bevolking. In: Drift en Koers. (1962) Van Gorcum, Assen.
3. Ryle, G. The concept of mind. (1949) Hutchinson, London.
4. Sackett, D. L. Screening for early detection of disease: to what purpose. Bull. N.Y. Acad. Sc. (1975) 51, 39.
5. Sturmans, F., H. A. Valkenburg en L. Burema. Twijfels over de effectiviteit van de huidige strategie bij screening op cervixcarcinoom. NTvG (1976) 120, 1191.
6. Huisken, D. P. Röntgenologisch bevolkingsonderzoek en longcarcinoom. NTvG (1976) 120, 988.

7. Sackett, *ibid*.

8. Haes, W. F. M. de-, J. H. Schuurman en F. Sturmans. G.V.O. als instrument voor preventieve gezondheidszorg. M.C. (1976) 31, 385, 421 en 457.

9. Dal, F. W. A. van-. Een nieuwe analyse van het Nederlands tabaksverbruik. Ec. Stat. Ber. (1976) 61, 524.

10. Schumacher, E. F. Hou het klein. (1973) Amboboeken, Bithoven.

11. Es, J. C. van-. Patiënt en huisarts. (1974) Oosthoek, Scheltema en Holk. Utr.

12. Philipsen, H. Afwezigheid wegens ziekte. (1968) diss. Leiden.

13. Verkade, W. J. Het WAO-syndroom in de gezondheidszorg. MC. (1976) 31, 963.

14. Meyler, F. L. Gemaskeerde werkloosheid. NTvG (1976) 120, 1437.

15. Zola, I. K. De medische macht. (1973) Boom, Meppel.

16. Giel, R. Het dilemma van de medische beroepsuitoefening. M.C. (1976) 31, 1021.

17. Picht, G. Was heisst aufgeklärtes Denken? (1967) Ztschr. Evang. Ethik.

18. term van de theoloog R. Bultman.

19. Dool, C. W. A. van den-. Medisch Jaar (1976) verschijnt binnenkort.

20. Carter, R. A. The value of screening in paediatrics. J. Royal Coll. Phys. (1976) 10, 153.

21. Pellegrino, L. D. Educating the humanist physician. JAMA (1974) 227, 1288.

22. Hageman-Smit, J. De cliënt en zijn hulpverlener: een paar apart (1976) diss. Amsterdam.

23. Leenen, H. J. J. De opbouw van een gezondheidszorgsysteem. M.C. (1976) 31, 1105.

De benoeming van twee medische hoogleraren aan de Leidse universiteit in de 17e eeuw

door *Dr. H. L. Houtzager**

Na het overlijden van Vorstius op 9 oktober 1663 bestond de Leidse medische faculteit nog slechts uit drie hoogleraren: Franciscus dele Boë Sylvius, Johannes van Horne en Johannes Antonides van der Linden. Deze laatste overleed in het voorjaar van 1664 eveneens.

Reeds op 8 mei 1664 hadden de Curatoren overwogen: *'Of de faculteyt der medicine, vermits het overlijden van D. Vorstius ende Van der Linden merckelyck verswackt sijnde, door de beroupinge van een of meer Professoren in de voors. faculteyt niet en soude behooren te werden versterckt, en dat is gemeynt tot dien eynde dat men het ooge soude mogen slaen op D. Dusingius, tegenwoordlich Professor medicus tot Groeningen'*. Ondanks de protesten van Dele Boë Sylvius tegen een eventuele benoeming geuit – er bestond een duidelijke vijandschap tussen Sylvius en Deusing – benoemden de Curatoren op 8 februari 1666 Deusing op een salaris van f 1.600,— tot ordinaire en extra-ordinaire hoogleraar. Deze benoeming kwam echter te laat, daar Deusing op 30 januari 1666 reeds in Groningen was overleden.

Promotie more majorum

Zoals hierboven reeds vermeld, was Johannes Antonides van der Linden op 15 maart 1664 eveneens overleden, zodat de Curatoren terecht in een moeilijke situatie verkeerden nu het hooglerarencorps van de medische faculteit was gehalveerd. Het zou nog ruim een half jaar duren voor de Curatoren besloten Florentius Schuyl het professoraat in de geneeskunde aan te bieden. Op 18 oktober 1664 werd de pas gepro-



Franciscus dele Boë Sylvius



Johan van Horne

moveerde Schuyl op een jaarwedde van 1.000 gulden aangesteld.

Het is niet onwaarschijnlijk, dat het Sylvius is geweest, die Schuyl de raad heeft gegeven nog snel – Schuyl was al 45 jaar oud – de graad van doctor in de geneeskunde te behalen om mede hierdoor de weg naar het professoraat voor

hem toegankelijk te maken. De promotie, waarbij Sylvius als promotor optrad, werd hem *more majorum* aangeboden.

De *promotio more majorum* was een voorrecht, dat bij uitzondering werd verleend en meestal plaatsvond bij



Florentius Schuyl



Charles Drélincourt

* Uit het Medisch Encyclopaedisch Instituut der Vrije Universiteit (hoofd Prof. Dr. G. A. Lindeboom).

belangrijke gebeurtenissen in het bestaan van de universiteit. Van tijd tot tijd had zulk een promotie echter ook plaats in het gewone leven der Leidse Alma Mater, als de promovendus reeds eerder getoond had over bijzondere capaciteiten en geleerdheid te beschikken. Een solemnele promotie ging met meer vertoon gepaard. De jonge doctor ontving van zijn promotor een gouden ring, een doctorshoed en een boek van Hippocrates. Een kus van de promotor aan de jonge doctor bezegelde het plechtige gebeuren, waarna de laatste de hoogleraren een maaltijd aanbood, waarbij het stadsbestuur enige kannen wijn liet brengen.

Of Schuyt het vererende aanbod van een plechtige promotie heeft geaccepteerd is niet geheel duidelijk. In ieder geval werd hem op 28 april 1664 de doctorsgraad met algemene stemmen door de Senaat aangeboden.

Twee maal bedankt

Was met het benoemen van Schuyt tot hoogleraar de opgevallende hoogleraarpost van Vorstius weer vervuld, het vinden van een opvolger voor Van der Linden ging met veel meer moeite en zorgen gepaard.

Na verkregen inlichtingen benoemden de Leidse Curatoren: Joachim Frencelius, hoogleraar in de geneeskunde te Franeker, op 28 augustus 1665 tot professor ordinarius op een tractement van f 1.000,—. Frencelius was de opvolger en leerling van Van der Linden, die vóór zijn benoeming in 1651 in Leiden reeds het professoraat in de medicijnen in Franeker had bekleed. Doch Frencelius bedankte voor de eer in een brief gedateerd 28 september 1665 en gericht aan de Leidse Curatoren.

Op 10 april 1666 besloten Curatoren opnieuw een poging te wagen om Frencelius aan de Leidse medische faculteit te verbinden. De twee Amsterdamse artsen Piso en De Vicq werden bereid gevonden om Frencelius opnieuw te polsen om thans tegen een salaris van f 1.600,— van hoogleraarstoel te wisselen.

Piso, die met Johan Maurits van Nassau, de Braziliaan, van 1637 tot zijn vertrek in 1644 in Brazilië verbleef als chef van de geneeskundige dienst aldaar en als lijfarts van Maurits, was wellicht geen onbekende voor Frencelius. Ondanks het feit, dat Piso na zijn terugkeer in 1644 tot zijn dood in 1678 in Amsterdam praktijk heeft uitgeoefend,

heeft hij toch steeds nauwe contacten onderhouden met Johan Maurits en is hij zijn lijfarts gebleven. Wanneer Johan Maurits op 6 januari 1665 ternauwernood aan de verdrinkingsdood ontsnapt, doordat de ophaalbrug te Franeker onder het gewicht van de ruitersstoet bezweek, is het Frencelius die hem aldaar voor zijn verwondingen behandelt. Eerder had Frencelius medische diensten bewezen aan het hof bij het ongeval met dodelijke afloop dat de Friese Stadhouders Willem Frederik overkwam. Deze had zich namelijk op 24 oktober 1664 bij een ongeluk met een pistool in de kaak geschoten, ten gevolge waarvan hij kwam te overlijden. Bij diens begrafenis was Johan Maurits aanwezig en was deze bijna de volgende Nassau die in Friesland kwam te overlijden, tengevolge van het instorten van de ophaalbrug. Het is niet onwaarschijnlijk, dat Professor Frencelius en lijfarts Piso elkaar tijdens deze ongelukkige omstandigheid hebben leren kennen, hetzij uit correspondentie, hetzij uit direct contact mondeling.

Doch ook de bemiddelingspogingen van Piso liepen op niets uit. Frieslands gedeputeerden overwogen, dat Frencelius vertrek: *'Soude strecken tot groten afbreuck ende tot groten ondiens van de studeerende jeught ende universiteit in dese provincie'*. Redenen genoeg om hem een tractementsverhoging van f 300,— te beloven: *'mits dat hy alsdan sal moeten hoeden de onkosten in 't onderhouden van de Anatomie aldaer vallende'*. Voorts schonk men hem 100 zilveren ducats voor de diensten aan Maurits van Nassau bewezen, na het ongeval deze overkomen en ter vergoeding voor kosten voor de anatomie. Dadelijk na het aanhoren van deze voorwaarden besloot Frencelius om voor Leiden te bedanken.

Ook de moeite die onder andere Johannes Coccejus zich getroostte om in een brief, gedateerd 16 april 1666, zijn vriend Frencelius over te halen naar Leiden te komen had geen enkel effect. Op 8 mei 1666 berichtten Piso en De Vicq de Leidse Curatoren, dat Frencelius zijn woord aan Franeker had gegeven en er niet aan dacht naar Leiden te vertrekken.

Twee maal doctor

Vervolgens viel de keuze van de Curatoren in hun vergadering van 5 maart 1667 op Mathias Sladus, die in Helmstädt gepromoveerd was op een

proefschrift *'De Asthmate'* maar in hetzelfde jaar op 17 oktober 1649 ook in Leiden de medische doctorsgraad behaalde. Te Amsterdam als arts gevestigd, was Slade in 1650 benoemd tot geneesheer van het stedelijk St. Pietergasthuis. Hij was tevens lid van het eerbiedwaardige Collegium Privatum Amstelodamense; als zodanig waren ook aan hem door de drukker Crommelin, de *'Observationes'* van dit college opgedragen.

Toen het in maart 1667 aan de curatoren bleek, dat: *'alle aangewende vlijt, tot becominge van doctor Sladus tot Amsterdam om denselven de aangebodene professio medica smaeckelijck te maeken'*, vergeefs was, boden zij hem het voor die tijd zeer hoge salaris van f 1.800,— per jaar aan. Doch Sladus bedankte toch voor deze benoeming.

Naar het buitenland

Nu besloten Curatoren in het buitenland informatie in te winnen naar een geschikte kandidaat voor deze hoogleraarpost. Door Curator Van den Bronckhorst werden inlichtingen ingewonnen omtrent Antoine Menjot, die in 1636 te Montpellier gepromoveerd was en *'ordinaris medicijn des Koninks van Vranckrijck'* was. Eveneens werd de Nederlandse Ambassadeur in Engeland, Meurman verzocht om aldaar uit te kijken naar een kandidaat. In een brief van 18 januari 1667 bericht deze laatste de Curatoren over zijn pogingen om *'enige gerenommeerde medicijns, de oude Galenisse maniere profiterende ende volgende'* te vinden *'... maer het schynt dat deze eeuw vrij wat defectueuser is om groote lichten voort te brengen als wel de voorgaende ...'*. Ook hiermee is de mogelijkheid verkeken om uit Engeland een geschikte opvolger te verkrijgen.

Het zoeken van een eventuele kandidaat onder de Franse geleerden heeft tenslotte resultaat gehad. Coenraad van Beuningh, gezant bij het hof van Lodewijk XIV, en diens ambtgenoot Willem Boreel verleenden hun bemiddeling om inlichtingen in te winnen over Charles Drélincourt.

In een brief gedateerd 15 juni 1668 en gericht aan de curatoren bericht Boreel: *'Volgens mijne beloften met voorgaende toegesonden hebbe mijn ondersoek ende debvoiren ernstelyck aangelecht, om van goeder hant ten seeckersten te vernemen nae de bequaemheyt van Monsieur Drelincourt, Medicin in*

dese stadt met goede reputatie practiserende, ende verstaen van allen sijden dat hy, Monsieur Drelincourt, docteur in de Medicine, van soo goede qualiteyten versien is dat hy de plaets van een professeursampt in de faculteyt van Medicine, ende in een soo gerenommeerde Universiteyt als die van Leyden is, behoorlyck, bequaemelyck ende met eeren sal connen waernemen, indien Uwe Wel Edele Achtb. hem daertoe believen te beroepen. Het sal my seer lief wesen de goede successen hierop te verstaen ende blijve voor altyt naer mijne dienstwillige gebiedenisse, etc. Tot Paris den 15^{en} Junij 1668.

Ook van de kant van Van Beuningen zijn de informaties over Drélincourt eensluidend, zoals blijkt uit zijn brief aan Curatoren, eveneens gedateerd 15 juni 1668: *'... Ick heb met verscheyde medicynmeesters soo van de Gereformeerde als van de Roomsche religie gesproocken over de persoon van mons.^r Drelincourt, ende heb soo van de selve als van anderen, die sijne studien ende train van leven bekend sijn, niet anders vernomen als seer loffelycke*

getuygenissen; alle seggen my eenpaerlyck, dat het is een man van een onberispelyck leven, van seer heusche omme-ganck, ende van goede inborst, is meer als gemeen neerstich, van grondige kennis in de Grieksche tael, ende die in de medicynkonst de theorie met de practique geluckelyck samen gevoecht heeft . . .'

Curatoren besluiten dan in hun vergadering van 20 juli 1668, door middel van Van Beuningen, Drélincourt op de hoogte te stellen van hun besluit om hem te benoemen tot professor ordinarius tegen een jaarwedde van f 1.600,—. In zijn brief van 17 augustus 1668 deelt Van Beuningen curatoren mede: *'Ick heb aen de heer Drelincourt bekend gemaakt de eere die U Wel Ed. hem hebben gedaen, van het ooge op hem te laeten vallen om te vervullen de plaetse van Professor in de Medicynen, welcke in haer Academie vacant is; hy heeft deselve aengenomen met betuygenisse van vernoegen ende danckbaerheyt, . . .'*

Bijna vijf jaar na het overlijden van Vorstius is er dan tenslotte een opvol-

ger gevonden die zijn plaats zal gaan innemen. Hiermee is het hoogerleraren-corps van de Leidse medische faculteit weer in volledige bezetting aanwezig.

Literatuur

Boeles, W. B. S. (1879) Frieslands hoogeschool en het Rijks Athenaeum te Franeker, Deel II, 207-208.

Lindeboom, G. A. (1974) Florentius Schuyl en zijn betekenis voor het Cartesianisme in de geneeskunde, Martinus Nijhoff, Den Haag; (1975) Het Collegium Privatum Amstelodamense (1664-1673), Ned.T.Geneesk. 119, 1248-1254.

Molhuysen, P. C. (1918) Bronnen tot de geschiedenis der Leidsche Universiteit, vol. III, Nijhoff, 's-Gravenhage.

Napjus, J. W. (1937) Onderzoek in Engeland en Frankrijk naar een opvolger van Johannes Antonides van der Linden als medisch hoogleraar te Leiden, Bijdr. Gesch. der Geneesk. XVII, 99-102; (1937) De Hoogleraren in de geneeskunde aan de Hoogeschool en het Athenaeum te Franeker, Joachim Frencelius, Bijdr. Gesch. der Geneesk. XVII, 154-159.

Kamervragen over relatie Volksgezondheid-K.N.M.G.

De Tweede Kamerleden Tilanus (C.H.U.), Cornelissen (K.V.P.) en Van Leeuwen (A.R.P.) hebben de regering schriftelijk vragen gesteld over een mogelijke verstoring van de betrekkingen tussen Volksgezondheid en K.N.M.G. Op het stuk van het vestigingsbeleid voor artsen zou de Maatschappij Geneeskunst voorlopig niet meer in zee willen gaan met het departement. Staatssecretaris Hendriks verschaftte de gevraagde informatie.

Vraag 1: Is het waar, dat de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst het overleg met het departement over een vestigingsbeleid voor artsen heeft opgeschort om daarmee van ontstemming te doen blijken over het gebrek aan inspraak bij de totstandkoming van belangrijke wetsontwerpen?

Antwoord: Deze vraag wordt bevestigend beantwoord in die zin, dat de K.N.M.G. het overleg in de Projectgroep Vestigingsbeleid Artsen heeft opgeschort, omdat het verzoek van de leden van de K.N.M.G. in deze projectgroep om kennis te mogen nemen van het ontwerp van Wet gezondheidsvoorzieningen en de daarbij behorende memorie van toelichting mijnerzijds niet is gehonoreerd.

Vraag 2: Zijn de daarbij genoemde wetsontwerpen, namelijk de Wet gezondheidsvoorzieningen en de Wet gezondheidszorgtarieven niet in ontwerp om advies gezonden aan de gebruikelijke adviesorganen, zoals de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, waarin de K.N.M.G. is vertegenwoordigd?

Antwoord: De hier genoemde wetsontwerpen zijn niet voor advies toegezonden aan de Centrale Raad voor de Volksgezondheid of andere adviesorganen. Dit is niet geschied enerzijds omdat de bedoelde adviesorganen de betreffende voorontwerpen van wet reeds geadviseerd hadden en anderzijds omdat met de indiening van het onderhavige wetsontwerp bij de Raad van State spoed geboden was.

Vraag 3: Is het een normale gang van zaken, dat voorontwerpen van wetten en besluiten zowel aan de gebruikelijke adviesorganen als apart aan de daarin vertegenwoordigde maatschappelijke organisaties worden toegezonden?

Antwoord: Deze vraag wordt bevestigend beantwoord.

Vraag 4: Wil de staatssecretaris meedelen, hoe zijns inziens de relatie tussen het departement en de K.N.M.G. kan worden hersteld en of het overleg onder andere over het vestigingsbeleid kan worden voortgezet?

Antwoord: De relatie tussen het departement en de K.N.M.G. is niet verbroken, het overleg in de genoemde projectgroep is opgeschort. Ik neem aan, dat dit overleg zal kunnen worden voortgezet wanneer het onderhavige ontwerp van wet en de daarbij behorende memorie van toelichting, nadat het advies van de Raad van State is verwerkt, aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal zal zijn aangeboden.

Een Nederlandse 'School of Public Health'

'School of Public Health' of 'School of Social Medicine', ofte wel
Het oneigenlijk gebruik van de gezondheidszorgwetenschap
door Ch. O. Pannenburg

1. Internationale ontwikkeling

De pogingen om te komen tot een Nederlandse 'School of Public Health' bereiken deze maanden hun 25-jarig jubileum. De praktische initiatieven waren schaars, de discussies talrijk. De prognose voor de nabije toekomst is slecht, ook al wordt het vuurtje door enkelen, onder wie Leenen, Hogerzijl c.s. en anderen brandend gehouden¹.

De *historische dimensies* van de eerste initiatieven zijn echter relatief: tot 1950 is het idee van een 'school of public health' in Nederland feitelijk onbekend, terwijl de discussies pas enig perspectief beginnen te vertonen in de zestiger jaren. Indien we dit vergelijken met de internationale ontwikkeling van 'schools of public health', blijkt ons land nogal laat op het toneel te verschijnen. De initiatieven voor de eerste 'schools of public health' (of 'schools of hygiene') in Noord-Amerika en Engeland stammen uit de eerste jaren van deze eeuw².

Enerzijds uit noodzaak, anderzijds vanwege het nog geringe politieke karakter van het onderwerp, heeft de wereld (inclusief China en de U.S.S.R.) zich bij de ontwikkeling van 'schools of public health' laten leiden door de ervaringen van de eerste-uurs initiatieven. Zodoende is de term 'school of public health' geëvolueerd van een specifiek substantivum naar een *generiek begrip*, dat tot een aanvaard internationaal leerstuk uitgroeide³.

Aldus is het onnodig het begrip te vertalen in bijvoorbeeld 'Instituut voor Gezondheidszorg', daar zulks slechts tot verwarring aanleiding zou geven omdat men zou kunnen gaan denken dat er sprake zou zijn van een specifieke opzet (de puristen, uiteraard, daar gelaten).

Wel is het nodig dit generieke begrip enigszins te specificeren. Bij de term 'school of public health' ga ik uit van de *huidige* standaardisatie. De eerste 'schools' vonden hun oorsprong in 'public health' die gericht was op microbiologie, chemie en fysica. Alhoewel een aantal 'schools' nog dergelijke

De schrijver van bijgaande beschouwing is jurist. Hij keerde onlangs terug uit Toronto, waar hij een postgraduate graad behaalde aan de School of Public Health and Hygiene en de Faculteit der Geneeskunde. Momenteel bereidt hij in Groningen en Amsterdam een proefschrift voor over een 'New International Health Order'.

afdelingen omvatten, heeft de functionele consolidatie van deze vakgebieden geleid tot een relatieve vermindering van hun belang voor 'public health'. Op zijn beurt ondersteunde dit de tendens om deze activiteiten van openbare volksgezondheid, waaronder bijvoorbeeld ook vaak de productie van sera en vaccins valt, onder te brengen in aparte instituten buiten de 'schools of public health' die te vergelijken zijn met het Nederlandse Rijksinstituut voor de Volksgezondheid (R.I.V.). De internationale praktijk beschouwt deze vakgebieden in het algemeen dan ook niet meer als een functie van de tegenwoordige 'school of public health'⁴.

Nederland reageerde ambivalent op de internationale ontwikkelingen, die inmiddels geformaliseerd werden in de 'post-graduate education' activiteiten de Wereldgezondheidsorganisatie. Wél werd de idee van de 'school' ontleend aan het internationale kader, maar toen dit eenmaal gebeurd was op basis van de toenmalige concepten van 'schools of public health' elders, werden de ontwikkelingen die deze 'schools' daarna doormaakten voortaan – waarschijnlijk onbewust – genegeerd.

Deze houding kan toegeschreven worden aan het *gebrek aan structurele deskundigheid* in ons land op het gebied van de internationale gezondheidszorg. De internationale contacten waren voldoende om het idee (dat op dat moment in het teken stond van de sociale geneeskunde) over te nemen, maar bleken onvoldoende om de ontwikkelingen in de gezondheidszorg elders systematisch te blijven volgen en analyseren. De dynamische veranderingen van de buitenlandse 'schools of public health' vormden immers de weerslag

Noten

1. Cf. *Memorandum* voor de minister voor het Wetenschapsbeleid en het Wetenschappelijk Onderwijs en de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne met betrekking tot de 'School of Public Health', N.I.P.G., Seminarium voor Gezondheidszorg, Leiden, Utrecht, 1972;

Leenen, H. J. J., 'De medische faculteiten en de post-universitaire opleiding van sociaal-geneeskundigen', *Voordracht* van de wetenschappelijke vergadering van de Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde, 11 maart 1976;

Vaste Commissies van de Tweede Kamer voor Volksgezondheid en voor O&W, 'Een aantal opleidingen voor de gezondheidszorg', Tweede Kamer, Zitting 1975-1976, 13939, nr. 1, in *M.C.* nr. 31 van 30 juli 1976, p. 999.

2. Zie voor de Engelse initiatieven onder andere het toentertijd futuristische Dawson-rapport, dat in 1935 leidde tot het vermaarde Peckham Health Centre: Great Britain Ministry of Health, Consultative Council on Medical and Allied Services, *Interim Report on the Future of Medical and Allied Services*, H.M.S.O., London, 1920; Cf. Rockefeller Foundation, Division of International Health, *Annual Reports 1925-1940*, New York; Cottrell, J. D., et al., *The Teaching of Public Health in Europe*, W.H.O. Monograph, No. 58, Geneva, 1969.

3. Cf. W.H.O., *Technical Report Series*, Nr. 351, Geneva, 1976;

W.H.O., *Technical Report Series*, Nr. 533, Geneva, 1973;

Fry, H. G., Shepard, W. P. and Elling, R. H., *Education and Manpower for Community Health*, Pittsburgh, 1968.

4. Cf. W.H.O., Regional Office for Europe, Symposium on the functions of Central Institutes of Public Health and Hygiene, Moscow, 11-14 December, 1973, Copenhagen, 1975.

van de eisen die de ontwikkelingen van de sector gezondheidszorg in de desbetreffende landen stelden, en die onderling duidelijk analoog verlopende overeenkomsten vertoonden⁵.

De oorspronkelijke initiatieven voor het huidige type 'school of public health' kwamen voort uit de sociale geneeskunde. De band tussen de sociale geneeskunde en het zwaartepunt van de 'schools' werd echter steeds zwakker als gevolg van een ingrijpende heroriëntatie in de gezondheidszorg-sector. Dit betreft het toenemend inzicht, dat de sociale geneeskunde primair tot het vakgebied der eigenlijke geneeskunde behoort; de nieuwe problematiek van de sector gezondheidszorg dient echter in een veel bredere context te worden gewaardeerd. Het wordt steeds duidelijker, dat de instrumenten die de geneeskunde ons kan verschaffen in hoge mate ontoereikend zijn voor een adequate oplossing van de actuele gezondheidsproblematiek. Een dominante rol is hier niet meer weggelegd voor de geneeskunde⁶.

Voor een adequate en uit kostenoogpunt efficiënte aanpak blijkt het noodzakelijk een nieuw overkoepelend vakgebied te creëren, namelijk dat van de 'health science', met onderzoek en opleiding van de 'health professional'⁷. De 'health science' die zich bijvoorbeeld in de V.S., Rusland, Japan, Frankrijk, China en Canada tot een *nieuw vakgebied* heeft ontwikkeld, omvat zulke onafhankelijke deelgebieden als 'health economics', 'health administration', 'health statistics', 'health programme and project evaluation', 'health data processing', 'health politics', 'health law', 'health planning', 'epidemiology', 'health polemology', 'history of health care', 'international health', 'demography', 'health education', 'industrial health', etc.⁸.

De kwantitatieve uitgroei bepaalt ook hier de kwalitatieve wijziging. Alhoewel in vele landen voorlopig de sociale geneeskunde de centrale factor zal blijven binnen deze 'health science', kan men onder invloed van het nieuwe overkoepelende vakgebied een onmiskenbare internationale tendens waarnemen om de sociale geneeskunde haar oorspronkelijke dimensie terug te geven, te weten als onderdeel van de geneeskunde in bredere zin en secundair als onderdeel van de 'health science'. *De geneeskunde in bredere zin wordt aldus een subdiscipline, die tezamen met de voornoemde disciplines op basis van gelijkheid (uit een oogpunt*

van belang zowel als uit een oogpunt van invloed) het totale gebied der 'health sciences' vormt.

Meer en meer immers wordt benadrukt dat slechts een *integrale* interdisciplinaire beleids- en wetenschapsbenadering in staat zal zijn efficiënt ('cost-effective') bij te dragen tot het uiteindelijke doel van iedere gezondheidszorg, namelijk zoveel mogelijk mensen zo gezond mogelijk te laten zijn⁹.

2. Nederlandse situatie

De bovenstaande schets was noodzakelijk om in Nederland de vinger op de zere plek te kunnen leggen. De oorzaak van de huidige malaise in de Nederlandse 'school of public health'-beweging behoort mijns inziens allereerst te worden gezocht in het falen een overkoepelend 'health'-vakgebied te creëren: de 'founding father' van de 'health professional', de sociaal-geneeskundige, heeft zich hier te lande niet tijdig weten los te maken van zijn nageslacht, met alle generatiekloofverschillen van dien. *Waar internationaal de leerling de leermeester begint te overtreffen in horizontale competentie, tracht in Nederland de leermeester de leerling vooralsnog minderjarig en onmondig te houden.* Praten we in Nederland over een 'school of public health', dan doen we dat in het algemeen vanuit een geneeskundige, en meer in het bijzonder vanuit een sociaal-geneeskundige optiek: de behoefte aan sociaal-geneeskundigen wordt gehanteerd als maatstaf. Vanzelfsprekend wordt vóórondersteld dat a. het inzicht van de *geneesheer* bepalend is voor de ontwikkeling van de sector gezondheidszorg en b. de *geneeskunde* de geijkte uitgangspositie is voor het verwerven van kunde op de bovengenoemde post-doctorale vakgebieden, voor zover deze in Nederland reeds voorkomen.

Dat het bestaan van een oorzakelijk verband tussen sociale geneeskunde en gezondheidszorgwetenschap, zoals deze laatste tegenwoordig wordt onderwezen op de toonaangevende 'schools of public health', op zijn zachtst gezegd twijfelachtig is, schijnt geen overweging te zijn in de ontwikkeling van een toekomstige structuur voor de Nederlandse gezondheidszorg.

Men zou hier kunnen spreken van een schoolvoorbeeld van het 'externe effect'-mechanisme¹⁰. Het 'schoenmaker blijf bij je leest' illustreerde de voormalige rechtlijnigheid van rechters die

recht spraken, geneesheren die genazen, bouwmeesters die bouwden en zakenlieden die zaken deden. Men oefende zijn eigen beroep of bedrijf uit, het externe effect hiervan op andere vakgebieden behoorde in principe niet tot de eigen verantwoordelijkheid. Met de groeiende complexiteit van maatschappelijke problematiek en met het inzicht dat de externe effecten eveneens schadelijke effecten kunnen zijn, werd de rechtlijnige afbakening van verantwoordelijkheden meer en meer een ideaal van het verleden. De noodzaak bepaalde probleemgebieden interdisciplinair te benaderen leidde ertoe dat economen, juristen, ingenieurs etc. flexibele begrenzingen van hun én andermans verantwoordelijkheden aanaardden die zoveel mogelijk op elkaar aansloten. Het resultaat was een toenemend aantal *overlappingsen in verantwoordelijkheden* (bijvoorbeeld medische sociologie door sociologen en sociale geneeskunde door geneeskundigen) en een sterker besef enige verantwoordelijkheid te dragen voor de handelingen van andere vakgebieden. Terwijl de tendens naar integratie reële vormen aannam in het merendeel der vakgebieden, onttrok de geneeskunde zich aan deze ontwikkeling en verschanste zich in haar historische machtsvestigingen. *Geloofwaardige in-*

5. Cf. Douglas-Wilson, I. and McLachlan, G., Eds., *Health Service Prospects-An International Survey*, The Nuffic Provincial Hospital Trust, 1973.

6. Zie voor een radicale maar informatieve en originele visie hierop Illich, I., *Medical Nemesis - The Expropriation of Health*, London, 1975.

7. Cf. *Report of the Joint Committee on the Study of Education for Public Health*, University of Pittsburgh, Pittsburgh, 1967;

8. Zie, bijvoorbeeld, *Annual Reports*, 1973-1975, American Association of Schools of Public Health.

Vooraf ook de *Calendar 1974-1975* van het Semaško All-Union Research Institute for Social Hygiene and Organization of Public Health, Moscow, 1974.

9. Cf. Mahler, H., Director-General WHO, *Statement to the Second Session of the Ad Hoc Committee on the Restructuring of the United Nations in the Economic and Social Sectors*, United Nations, New York, 13 February, 1976, pp. 2-3.

10. Het 'externe effect' concept is van Jan Tinbergen, in economische zin te vinden in zeer vele van zijn geschriften.

tegratie met andere vakgebieden die de externe effecten van geneeskundige gezondheidszorg ondervinden, ontbreekt in Nederland. De gedachte dat externe effecten van de geneeskunde – dus geen iatrogene effecten – schadelijk zouden kunnen zijn (overbevolking in ontwikkelingslanden!) is vooralsnog een niet te verwerken propositie voor het Nederlandse Hippocratische denken. Het resulterende verantwoordelijkheidsvacuüm ten aanzien van externe effecten schijnt nu gesublimeerd te worden in het streven der (sociale) geneeskunde, de integratienoodzaak op interdisciplinaire grondslag te overtroeven met een supradisciplinaire basis: de geneesheer als centrale factor voor alle verantwoordelijkheden in de totale sector gezondheidszorg.

Het resultaat ligt er dan ook niet om: verscheidene onafhankelijke universitaire instituten voor sociale geneeskunde, evenzovele afdelingen medische sociologie, leerstoelen ziekenhuiswetenschappen, gezondheidswetenschappen, gezondheidstechniek, medisch, gezondheids- en patiëntenrecht; hoogleraren en lectoren in de gezondheidseconomie, de gezondheidszorg in ontwikkelingslanden, de internationale aspecten van de gezondheidszorg en de tropische geneeskunde; gezondheidszorgonderzoek en -opleiding door gezondheidsraden, instituten voor preventieve geneeskunde, een nationaal ziekenhuisinstituut, medische, juridische en economische beroepsorganisaties, vakverenigingen, verpleegkundige instituten, ziekenfondsen, stichtingen voor informatiesystemen, kruisverenigingen, en de verschillende ministeries. De lijst is geenszins uitputtend. Indien men gaat tellen komt men in ieder geval tot 45 à 50 (!) instellingen die ad hoc samenwerkend, los van elkaar, elkaar beconcurrerend of elkaar welbewust negerend trachten bij te dragen tot het effectief functioneren van de gezondheidszorg.

Niet alleen vergeleken met andere landen maar ook nationaal doet deze situatie inconsistent aan. Hoe meer de voormalige weinig systematische liberale markt vormen in de sector gezondheidszorg beginnen plaats te maken voor meer gestructureerde processen van zorg, hoe groter de discrepantie tussen de praktijk enerzijds en de hoogst gebrekkige samenhang in het onderzoek en het onderwijs voor het toekomstige kader van een integrale gezondheidszorgsector anderzijds.

3. Mogelijke vorm en inhoud van een Nederlandse 'school of public health'

Aldus belanden we bij de kernvraag, namelijk wat de functie van een eventuele Nederlandse 'School of Public Health' dan wel mag zijn en welke vorm hieraan zou kunnen worden gegeven. Uiteraard gaat het niet slechts om een opleiding voor sociaal-geneeskundigen noch slechts om een opleiding voor verpleegkundigen. Dat de opleiding een post-doctorale dient te zijn lijkt een vereiste, gezien het uiteenlopende karakter van de oorspronkelijke vakgebieden die ten grondslag liggen aan het integrale vakgebied van de gezondheidszorg. Mijns inziens zou de functie van de opleiding moeten zijn:

- a. het verschaffen van een deskundig kader voor alle deelgebieden van de gezondheidszorg;
- b. het verrichten van toegepast en theoretisch (wetenschappelijk) onderzoek ter bevordering van het inzicht in al deze deelgebieden; en
- c. het leveren van directe bijdragen aan de concretisering van een beleid op korte, middellange en lange termijn.

De wisselwerking tussen a., b. en c. zou zeer intensief moeten zijn.

Door een geïntegreerde totaalopzet van een centrale 'school of public health' – Nederland is te klein voor meerdere 'schools' – zou men de vruchten kunnen plukken van de interactie tussen de verschillende disciplines die samen het vakgebied gezondheidszorg vormen. Die interactie ontbreekt momenteel. Daardoor kan ook het vakgebied als zodanig hier te lande moeilijk van de grond komen. In navolging van het internationale gebruik zou het aanbeveling verdienen een post-doctorale titel te verbinden aan de aan een 'school of public health' verkregen opleiding. De opleiding zelf zou een tijdsduur moeten hebben van drie à vier jaren, afhankelijk van de omvang van het keuzepakket aan vakken en de aard van het verrichte onderzoek. Gedacht zou kunnen worden aan een aantal verplichte (basis)vakken met behulp waarvan de kandidaten wegwijis zouden kunnen worden gemaakt in alle subvakken van het totale gebied der gezondheidszorg. Het keuzepakket en het onderzoekonderwerp zouden voorts door de kandidaat in overleg met zijn hoogleraren moeten worden bepaald op grond van zijn interesses. De programma's van de

bestaande 'schools of public health' in de wereld vergelijkende¹¹, zouden in ieder geval de volgende vakken tot de opleiding moeten behoren (in de Engelse standaardterminologie om verwarring te voorkomen):

1. Biometrics;
2. Community Health;
3. Demography and Population Science;
4. Environmental Health;
5. Epidemiology;
6. Geriatrics;
7. Health Administration;
8. Health Data Processing;
9. Health Education;
10. Health Economics (macro-/micro-);
11. Health and Environmental Engineering;
12. Health Law;
13. Health Planning;
14. Health Politics;
15. Health Program and Project Evaluation (incl. Operations Research);
16. Health Research Methodology;
17. Health Statistics;
18. History of Health Care;
19. Hospital Administration;
20. International Health;
21. Industrial Health;
22. Medical Care Administration;
23. Mental Health;
24. Nutrition;
25. Public Health Finance;
26. Social Health (incl. Social Psychology).

Hoewel enkele vakken in de beginfase bijeengevoegd zouden kunnen worden, zou in principe ieder vak een eigen hoogleraar wettigen. Direct aan elkaar verwante vakken zouden tezamen een afdeling ('department') moeten vormen met eigen afdelingsstaf (hoogleraren, lectoren, wetenschappelijk medewerkers, etc.). Zeer uitgebreide vakgebieden zouden een eigen afdeling rechtvaardigen, waarbij gedacht kan worden aan bijvoorbeeld epidemiologie en 'international health'¹². Het programma zou afgesloten dienen te worden met een proefschrift dat de resultaten van een zelfstandig en oorspronkelijk onderzoek door de kandidaat weergeeft.

11. Cf. W.H.O., *Postgraduate Education and Training in Public Health*, Report of a W.H.O. Expert Committee, Geneva, 1973; W.H.O., *World Directory of Schools of Public Health*, Geneva, 1971.

12. Zoals bijvoorbeeld de School of Public Health and Hygiene, Johns Hopkins University, Baltimore; en de School of Public Health and Hygiene, University of Toronto, Toronto. Deze bezitten beide aparte Departments of International Health.

Op deze basis zou de te verlenen titel die van 'doctor in de gezondheidswetenschappen' kunnen worden.

Het onderzoek door de 'school' ver-richt zou in beginsel onafhankelijk moeten zijn. Het blijkt echter uit de internationale ervaring dat een alerte oriëntatie op het gezondheidszorgbeleid van overheid, particuliere instellingen en bedrijfsleven (farmaceutica, medische technologie, ziekenhuisbouw, etc.) van zeer groot belang is. Naast zelfstandig onderzoek moet de 'school' vrij zijn onderzoekopdrachten aan te nemen van alle bij de sector betrokken partijen. Anderzijds moet de 'school' ook ongevraagd onderzoeksresultaten en beleidsadviezen kunnen publiceren. Op deze wijze is in vele landen een intensieve wisselwerking ontstaan tussen de onafhankelijke 'school' als centrale wetenschappelijke spil en alle bij de sector betrokken partijen. De genoemde recrutering van nieuw kader door deze partijen vanuit de 'school' is dan een natuurlijk gevolg, waardoor theorie en praktijk een wederzijds aanvullende werking verkrijgen. Structuurnota's, rapporten over beroepsuitoefening, abortus/euthanasie-onderzoek, industrieel gezondheidsbeleid, etc. kunnen zodoende opgesteld, onderzocht of geadviseerd worden vanuit een geïntegreerd, alle elementen vertegenwoordigend oogpunt. De huidige duizend en één standpunten, gericht op het eigenbelang binnen de sector, zouden dan kunnen uitgroeien tot een enigszins objectief functionerende structuur.

Een dergelijke opzet vereist een radicale en omvangrijke aanpak. *Binnen de hier weergegeven visie zou het onlogisch zijn te trachten de huidige instituten voor sociale geneeskunde bijeen te voegen en vervolgens uit te bouwen tot een 'school of public health'.*

We zagen immers reeds, dat de sociale geneeskunde behoort tot de geneeskunde, welke op haar beurt een subdiscipline vormt van de overkoepelende gezondheidszorgdiscipline. *Als zodanig*

dienen de instituten te blijven bestaan als onderdeel van de functie van de medische faculteiten. Voor zover bepaalde elementen van het huidige sociaal-geneeskundige wetenschapsbeleid niet binnen deze functie vallen – een functie die overigens wel eens gespecificeerd zou mogen worden –, zouden deze ingepast kunnen worden in de functie van de 'school'.

De resterende activiteiten op het gebied van opleiding en onderzoek voor de sector gezondheidszorg, verricht in faculteiten, instituten etc., zouden dienen te worden samengebracht in de nieuwe 'school'. Voorts dient de 'school', aansluitend op de internationale praktijk, gevestigd te zijn in één gebouw, dat groot genoeg zou moeten zijn om alle vakgroepen te kunnen herbergen.

De interactie tussen de personen van de verschillende vakgebieden, die zich dan kan ontwikkelen via informele organisatielijnen, is van cruciaal belang gebleken voor het verwerven van een effectief inzicht in de totaalproblematiek binnen de sector.

Aangaande de stafbezetting moet niet gedacht worden in termen van 5 of 6 hoogleraren met enige assistenten, maar veeleer in de orde van grootte van 25 à 30 hoogleraren met evenredige aantallen lectoren en medewerkers. Dat zou naar Canadese, Amerikaanse en Russische maatstaven gemeten nog een bescheiden opzet zijn.¹³ De staf-lid/student-ratio zou, gezien het post-doctorale karakter van de opleiding, aanzienlijk lager moeten liggen dan in het Nederlandse doctorale wetenschappelijk onderwijs.

Een dergelijke omvang vereist een miljoenenbudget. De financiering zou niet slechts uit O & W-bron behoeven te komen, maar zou gezien hun betrokkenheid bij deze zaak eveneens vergd kunnen worden van de ministeries van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en van Sociale Zaken, van overheids- en niet-overheidsinstellingen, zoals ziekenhuizen, van het bedrijfsle-

ven, en van geïnteresseerde stichtingen. De Kellogg Foundation bijvoorbeeld, draagt vele miljoenen dollars bij aan onderzoek door 'schools of public health' (ook niet-Amerikaanse) en de Rockefeller Foundation nam de volledige financiering op zich van vele gebouwen voor 'schools', waaronder het indrukwekkende gebouw van de London School of Hygiene and Tropical Medicine¹⁴. Voorts zou het wellicht mogelijk zijn de betrokken studenten in de kosten te laten bijdragen.

Conclusie

De traditionele aanpak in Nederland vanuit de sociale geneeskunde lijkt, indien men internationale stromingen vergelijkt, een oneigenlijk middel voor de verwezenlijking van een Nederlandse 'School of Public Health'. Het is noodzakelijk een nieuwe optiek in te voeren die, aansluitend op genoemde internationale stromingen, de totale gezondheidszorg in al haar aspecten omvat. De hierboven weergegeven visie verschaft een dergelijke optiek. Met behulp van die visie zou een Nederlandse 'School of Public Health' het instrument kunnen worden voor de langzamerhand noodzakelijk geworden koppeling tussen praktijk en theorie in de sector gezondheidszorg. Een dergelijke koppeling zou structuur, effectiviteit en samenhang kunnen brengen zowel in de praktijk als in het toegepast en theoretisch wetenschappelijk onderzoek en onderwijs. De sector van de gezondheidszorg zou zich zo tot een integrale éénheid kunnen ontwikkelen.

13. De School of Public Health and Hygiene in Toronto bijvoorbeeld telt 56 hoogleraren.

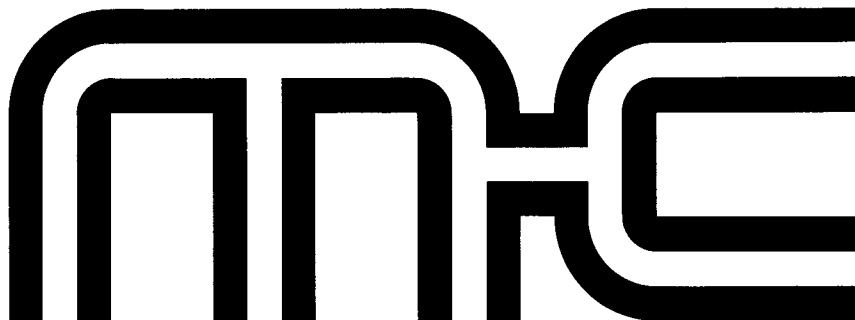
14. Cf. Goodman, N.M., *International Health Organizations and their Work*, London, 1971, p. 381.

PRAKTIJKPERIKELEN

Einde rapport

Voor rijbewijskeuringen is een formulier beschikbaar, samengesteld door de Maatschappij Geneeskunst in samenwerking met het Centraal Bureau voor de afgifte van rijvaardigheidsbewijzen. Rechts bovenaan dit formulier staat, dat men voor uitgebreide keuringseisen het Rapport van de Gezondheidsraad moet raadplegen.

Als beginnend huisarts, naar wie alle rijbewijskeuringen worden gestuurd, was ik benieuwd naar deze eisen. Wat doe je bijvoorbeeld met een diabeet, die zich niet houdt aan zijn voorschriften? Dus een telefoontje naar de Gezondheidsraad. Die had het rapport niet, maar verwees mij naar de Staatsdrukkerij. Daar werd mij verteld dat het rapport op was en niet zou worden herdrukt!



officieel

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

Lomanlaan 103, Utrecht. Telefoon 030-885411 (twaalf lijnen).

Dagelijks Bestuur	Dr. J. L. A. Boelen, voorzitter, Dr. H. W. A. Sanders, ondervoorzitter, C. F. A. Heyen, L. Th. G. Rozeman, Mevr. E. Smit, leden; S. van Randen (voorzitter L.H.V.), Z. S. Stadt (voorzitter L.A.D.) en Dr. C. H. van Erk (ondervoorzitter L.S.V.), adviserende leden.
Secretariaat	J. Diepersloot, secretaris-generaal; secretarissen: Drs. P. Brandes, Mr. W. B. van der Mijn, Dr. H. Roelink, Mr. B. Schultsz; N. G. Huetink, hoofd van de administratie.
Bureau voor waarneming en vestiging	Van 08.00 tot 16.30 uur: Mej. J. de Graaf, tel. 030-885411.
Afdeling comptabiliteit	J. A. Alst; Postgironummer der K.N.M.G.: 58083; AMRO-bank nummer; 45 64 48 969.
Ledenregister	N. W. G. Pastoor (ook voor alle mutaties).
Afdeling buitenland	Mr. B. Schultsz; Mej. M. Th. van der Meulen, secretaresse.
Stichting Ondersteuningsfonds (O.F.)	H. Frese, secretaris-penningmeester, Tussenlanen 23, Bergambacht, telefoon 01825-1223; postgironummer 111.950 t.n.v. de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Bergambacht.
Landelijke Huisartsen Vereniging (L.H.V.)	Mr. N. de Graaff, directeur; Mevr. M. J. Blok, chef de bureau.
Landelijke Specialisten Vereniging (L.S.V.)	Mr. H. J. Overbeek, directeur; Mej. G. A. C. Enzerink, secretaresse.
Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (L.A.D.)	Mr. W. G. van der Putten, directeur; Mevr. J. C. Steenbrink, secretaresse.
Centraal college voor de erkenning en registratie van medische specialisten (C.C.)	W. J. de Jager, secretaris; Mej. J. Th. M. Bruggink, secretaresse.
Specialisten Registratie Commissie (S.R.C.)	Dr. L. P. H. J. de Vink, secretaris; Mevr. G. G. A. Brunger, secretaresse.
College voor Sociale Geneeskunde (C.S.G.)	Mr. B. Schultsz, secretaris; Mej. J. Th. M. Bruggink, secretaresse.
Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (S.G.R.C.)	Mr. P. Swenker, secretaris; bureau (tst. 242) van 8.30-12.30 uur, Mevr. A. van Zwol, H. Ciuráns, secretaresse.
College voor Huisartsgeneeskunde (C.H.G.)	Dr. H. Roelink, secretaris; Mej. L. Beljaars, secretaresse.
Huisarts Registratie Commissie (H.R.C.)	J. I. van der Leeuw, secretaris; Mevr. M. J. Zweers-Westenberg, secretaresse.
Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (O.L.M.A.)	Drs. S. Duursma, directeur; Mevr. E. M. Scheltema de Heere, secretaresse.
Stichting Beroepspensioenfondsen Artsen (S.B.A.)	J. M. G. Hoes, directeur; Mej. Mr. H. van Boxtel, directiesecr. tel. 030-887021 en 885411.



van het centraal bestuur L.A.D.

Voorbeschouwing L.A.D.-le- denvergadering d.d. 13 no- vember 1976

III. De C.A.O. voor het Ziekenhuiswezen (agendapunt 8)

Wat betekent de C.A.O. voor assistent-geneeskundigen?

1. Voor wie?

De C.A.O. is van toepassing op die assistent-geneeskundigen, die een arbeids-overeenkomst met een particuliere ziekeninrichting hebben; hierbij is het niet relevant of de assistent-geneeskundige ter opleiding tot specialist dan wel in algemene dienst werkt. De overige blijven onder de bestaande regelingen vallen, namelijk de arbeidsvoorwaarden van de overheid, uitgezonderd de assistent-geneeskundigen die met (een maatschap van) vrijgevestigde specialisten een arbeidscontract hebben gesloten. Deze – overigens qua aantal – kleine groep zal eveneens onder de C.A.O. komen, indien de minister van Sociale Zaken de C.A.O. verbindend verklaart voor het personeel in dienst van de vrijgevestigde specialisten. Het centraal bestuur zal er naar streven, dat dit laatste aan de minister zal worden gevraagd. De hiermee samenhangende problemen worden onder 3. behandeld.

2. Waarom een C.A.O.?

Tot op heden kunnen de rechtspositie en de arbeidsvoorwaarden van de assistent-geneeskundige in een particulier ziekenhuis, vergeleken met die voor de collegae in academische ziekenhuizen en veelal ook met die van de overige werknemers in het particuliere ziekenhuis, weinig rooskleurig worden genoemd. Het centraal bestuur meent, dat de C.A.O. deze achterstand tot op zekere hoogte zal kunnen corrigeren. Met name wordt hierbij gewezen op de overwerkcompensatie, de arbeidstijdlimitering, de kostenvergoedingen, het opleidingsstatuut en het geheel van rechten en plichten van werkgever en werknemer ten opzichte van elkaar. In de bestaande contracten, voor zover de assistent-geneeskundige althans over een schriftelijk arbeidscontract beschikt, ontbreken deze regelingen veelal.

3. Nog niet opgeloste problemen

De financiële structuur van de (opleidings-)praktijk veroorzaakt het basisprobleem. De specialist, die voor het merendeel de salariskosten van de assistent-geneeskundige in dienstverband bij het ziekenhuis opbrengt, wordt geconfronteerd met de extra kosten, veroorzaakt door de C.A.O.

Over deze lastenverzwaring is op landelijk niveau nog geen regeling getroffen. Zolang deze kwestie niet naar bevrediging is geregeld, kan ook de assistent-geneeskundige daarvan het slachtoffer worden. De C.A.O. zal een averechtse uitwerking op de belangen van de assistent-geneeskundige hebben, indien de specialisten door financiële zorgen het aantal assistent-geneeskundigen in opleiding moeten verminderen, of de opleiding moeten stoppen.

De N.Z.R., die als werkgeversorganisatie de C.A.O. heeft aangegaan, is verantwoordelijk voor de financiële consequenties. De L.A.D. heeft geëist, dat N.Z.R. en L.S.V. overleg plegen over deze consequenties. De resultaten zullen de mogelijkheid om de C.A.O. uit te breiden tot die assistent-geneeskundigen, die met de specialisten een arbeidsovereenkomst hebben, kunnen beïnvloeden. Het bovenstaande indiceert de door de opleidingsstructuur ontstane problemen. Er zal derhalve gezocht moeten worden naar een nieuwe structuur. In de twee interim-rapporten van de commissie Assistent-Geneeskundigen (commissie Rang) zijn gedachten over alternatieven opgenomen.

Het wijzigen of opheffen van de financiële band tussen specialist en assistent-geneeskundige is vereist, wil de rechtspositie van de assistent-geneeskundige en ook de positie van de opleider veilig gesteld worden.

Administratie N.V.A.B. in Domus Medica

Met ingang van 1 april 1976 is het Administratiebureau van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde overgeplaatst naar Domus Medica in het gebouw van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon: 030-88 54 11. Mevrouw D. C. Heeres-Hartog heeft als part-time secretaresse het beheer van het administratiebureau overnemen. Zij is 's morgens van 8.30 tot 12.30 uur telefonisch bereikbaar.