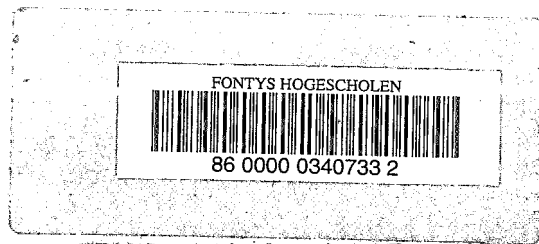


1950

*BEN HALVE EEUW
GEZONDHEIDSZORG*

2000



----- Text continues after this page -----

This publication is made available in the context of the history of social work project.

See www.historyofsocialwork.org

It is our aim to respect authors' and publishers' copyright. Should you feel we violated those, please do get in touch with us.

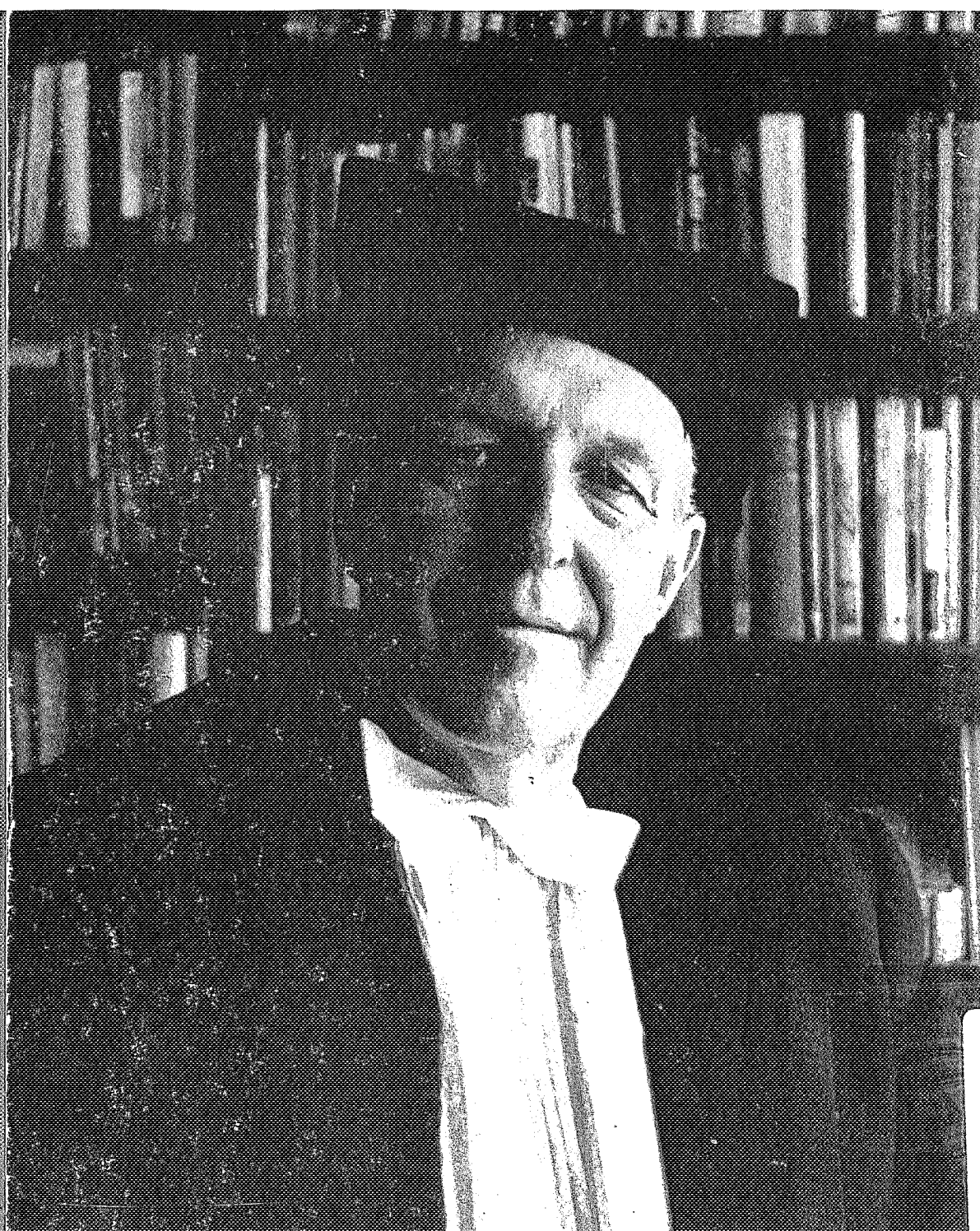


Deze publicatie wordt beschikbaar gesteld in het kader van de canon sociaal werk.

Zie www.canonsociaalwerk.eu

Het is onze wens de rechten van auteurs en uitgevers te respecten. Mocht je denken dat we daarin iets fout doen, gelieve ons dan te contacteren.

----- Tekst gaat verder na deze pagina -----



Een halve eeuw gezondheidszorg: 1950-2000, onder deze titel beschrijven zestien auteurs de ontwikkeling van de medische technologie, de organisatie van de gezondheidszorg en het denken over zorgverlening. Zij doen dit als eerbetoon aan prof. dr. J. C. M. Hattinga Verschure bij diens afscheid als hoogleraar ziekenhuiswetenschappen te Utrecht.

614.1 1950-2000
611 2070

EEN HALVE EEUW GEZONDHEIDSZORG: 1950 - 2000

onder redactie van dr. G. Schrijvers en drs. J.M. Boot

1983

UITGEVERSMATSCHAPPIJ DE TIJDSTROOM
LOCHEM - POPERINGE

Handwritten initials and numbers, possibly 'J.M. Boot'.



correcties: Frans van Hattem
Tekeningen/schema's: ir. Y. Schuitema
Foto p. 16: Roel Troost te Utrecht

Ontwerp omslag: Marianne Völkers GVN

©1983 by Uitgeversmaatschappij De Tijdstroom bv, Lochem
No part of this book may be reproduced in any form by print,
photoprint, microfilm or any other means without written
permission from the publisher.

ISBN 90-6087-974-0
D/1983/2966/37
CIP

INHOUDSOPGAVE.

Verantwoording.		5
Hattinga Verschure : een veelzijdig mens.		9
Inleiding:		
Hoofdstuk 1	Gezondheidszorg in ontwikkeling (prof.dr. P. Muntendam).	21
1.1	Inleiding.	
1.2	In de praktijk, huisarts in armoede.	
1.3	In de Ziektewet.	
1.4	In de Gezondheidszorg.	
1.5	In de Toga.	
1.6	Naar buiten.	
1.7	In de Commissies.	
1.8	In de toekomst.	
1.9	Slotbeschouwing.	
De medische technologie:		
Hoofdstuk 2	Medische technologie, pro en contra's (prof. dr. J.M. Greep).	57
2.1	Inleiding.	
2.2	De medische technologie.	
2.3	De rol van de arts.	
2.4	Financiële aspecten.	
2.5	Kostenbeheersing.	
2.6	Andere mogelijkheden tot bezuiniging.	
2.7	Conclusie.	
Hoofdstuk 3	De ontwikkeling van de medische diagnostiek (prof. dr. F. Schwarz).	67
3.1	Het jaar 1950.	
3.2	De immunologische technieken.	
3.3	De klinische chemie.	
3.4	De beeldvormende diagnostiek.	
3.5	De endoscopie.	
3.6	De scholing tot medicus.	
3.7	Diagnostiek en ziektepatroon.	
3.8	Het massa-onderzoek.	
3.9	Besluit.	

Hoofdstuk 4	Klinische chemie, toen en nu (dr. J.E. van Kampen).	77
4.1	Inleiding.	
4.2	Samenwerking.	
4.3	Organisatie en ontwikkeling.	
4.4	De vaderlandse geschiedenis der klinische chemie.	
4.5	De toekomst.	
Hoofdstuk 5	Het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg (dr. A.G.P. Cremers).	89
5.1	Inleiding.	
5.2	De complexiteit van de begrippen kwaliteit en gezondheid.	
5.3	Kwaliteitsaspecten van het zorgproces.	
5.4	Het kwaliteitsbegrip in de recente historie: 1950-1980.	
5.5	Het kwaliteitsbegrip in de komende twintig jaar.	
5.6	Besluit.	
De organisatie van de gezondheidszorg:		
Hoofdstuk 6	Structureren en herstructureren in de gezondheidszorg 1950-2000 (prof.dr. A. van der Werff).	117
6.1	Opeenvolgende fasen van ontwikkeling: Inleiding.	
6.2	De eerste 25 jaar.	
6.3	De tien jaren na de Structuurnota.	
6.4	Prioriteiten van het beleid tot het jaar 2000.	
Hoofdstuk 7	Regionalisatie en planning (dr. G. Schrijvers, drs. J.M. Boot, drs. C. Willemse en drs. G. Verschoor).	139
7.1	Inleiding.	
7.2	Beleidsontwikkeling.	
7.3	Regionaal Nivo.	
7.4	Regionaal Plan.	
7.5	De toewijzing van capaciteit en budgetten naar regio's.	
7.6	Samenvatting.	
Hoofdstuk 8	De ontwikkeling van het management binnen de instituten voor intramurale gezondheidszorg. (prof. dr. H. van Andel).	169
8.1	Inleiding.	
8.2	Het begrip management.	
8.3	Enige specifieke kenmerken van intramurale gezondheidszorg- instituten.	
8.4	De ontwikkeling tussen 1960 en 1970.	
8.5	De ontwikkeling tussen 1970 en 1980.	
8.6	Het management van het eind van de jaren zeventig tot heden.	
8.7	Verwachtingen voor de intramurale gezondheidszorg in het jaar 2000.	
8.8	Het management in het jaar 2000.	

De ontwikkeling van de zorgverlening:		
Hoofdstuk 9	Bejaard zijn: toen, nu en straks (drs. M. van den Brink en drs. M.P. Jacobs).	199
9.1	Inleiding.	
9.2	Zorgverlening en bejaarden: omschrijvingen.	
9.3	De bejaarde in gezinsverband.	
9.4	De alleenwonende 65-plusser.	
9.5	Overige samenlevingsverbanden.	
9.6	Het bejaardenoord.	
9.7	Het verpleeghuis.	
9.8	Nawoord.	
Hoofdstuk 10	Ontwikkeling van een inclusieve gezondheidszorg (prof. dr. J.P. Kuiper).	215
10.1	Inclusieve gezondheidszorg: een naam, een programma.	
10.2	Zwaluwen die lente maken?	
10.3	Leeuwen en beren op de weg.	
Hoofdstuk 11	De ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde in de eerste- lijnsgezondheidszorg (dr. J.C. van Es).	241
11.1	Inleiding.	
11.2	Het jaar 1950.	
11.3	Het jaar 1980.	
11.4	Op naar het jaar tweeduizend.	
Epiloog:		
Hoofdstuk 12	Samenleving en gezondheidszorg: een epiloog (prof. dr. H. Feitsma).	257
Persoonlijke gegevens van de auteurs.		263
Verklarende lijst van medische termen.		267

VERANTWOORDING

VERANTWOORDING.

Als hoogleraar heeft Prof. Dr. J.C.M. Hattinga Verschure steeds getracht om gebeurtenissen van het Instituut voor Ziekenhuiswetenschappen op een wetenschappelijke wijze te vieren. Het vijfjarig bestaan van de Interacademiale Werkgroep Ziekenhuiswetenschappen in 1976, het tienjarig bestaan van het instituut te Utrecht, verhuizingen naar de Catharijnesingel en de Bijlhouwerstraat vormden elk een aanleiding voor een workshop, een boek of een symposium. Het lag dan ook voor de hand het afscheid van Hattinga Verschure als hoogleraar aan te grijpen voor een wetenschappelijke inspanning: Dit boek vormt het resultaat hiervan. De opzet ervan is afgeleid uit de loopbaan van Prof.Dr. J.C.M. Hattinga Verschure. De hierna volgende beschrijving van deze carrière getuigt van de sporen die Hattinga Verschure heeft verdiend op de drie terreinen: medische technologie, gezondheidszorgorganisatie en zorgkunde. Dit boek is geen *liber amicorum*. Vanwege de compositie van het boek komen de vele vrienden buiten de drie hierbeschreven terreinen niet aan bod. Bovendien heeft Hattinga Verschure met verschillende auteurs in dit boek vaak van mening verschild. Gemeenschappelijk bij alle auteurs in dit boek is de hoge waardering voor de vele initiatieven van de Utrechtse gewoon hoogleraar in de ziekenhuiswetenschappen en de grote behoefte om de toekomst van de Nederlandse Gezondheidszorg te doordenken. Het verzoek van de redactie om dit laatste te doen ter gelegenheid van het vertrek van Hattinga Verschure ontmoette dan ook bij alle schrijvers een enthousiast onthaal.

Op verzoek van de scheidende hoogleraar is de vormgeving en de opmaak van het boek zo eenvoudig mogelijk gehouden. Mede hierdoor en door een subsidie van de Stichting De Wenteltrap, de onderzoekstichting gelieerd aan Hattinga Verschures instituut kan de prijs van dit boek relatief laag en de verspreiding hopelijk relatief hoog zijn.

Dr. G. Schrijvers
Drs. J.M. Boot.

Utrecht, juni 1983.

HATTINGA VERSCHURE...
EEN VEELZIJDIG MENS

HATTINGA VERSCHURE: een veelzijdig mens.

Dit boek verschijnt ter gelegenheid van het afscheid van Prof.dr. Johannes Christiaan Mari Hattinga Verschure als gewoon hoogleraar in de Ziekenhuiswetenschappen aan de Rijksuniversiteit te Utrecht. Het multidisciplinaire karakter van dit boek weerspiegelt zijn loopbaan. Immers het combineren van meerdere vakgebieden teneinde te komen tot een meer holistische wetenschapsbenadering en een grote interesse voor vaak nauwelijks ontgonnen raakvlakken tussen verschillende disciplines is kenmerkend voor de nu vertrekkende hoogleraar en levert de sleutel tot begrip voor zijn verdere levensloop.

De periode 1914 - 1948.

Geboren op 17 februari 1914 in Breda volgt Hattinga Verschure in deze stad een zesjarige HBS-opleiding aan het Onze-Lieve-Vrouwelyceum. Achttien jaar oud trekt hij naar de Utrechtse Universiteit, waar zijn belangstelling voor meer dan een vakgebied zich al snel manifesteert: Hij studeert er chemie én geneeskunde. In januari 1939 behaalt hij het doctoraal examen chemie en in april 1942 het artsexamen. In die periode toont Hattinga Verschure al een brede belangstelling voor jeugdangelegenheden. Vanaf 1930 bekleedt hij tal van functies in de Verkennerbeweging van de Padvinderij. Hij is een van de twee initiatiefnemers van het tijdschrift *Voortgang*, gericht op de oudere tak van deze jeugdbeweging en redigeert dit blad tot het begin van de jaren veertig. De oorlog drukt ook zijn stempel op de beginnende arts. De benoeming tot hoofd van een nieuw op te richten bedrijfsgeneeskundige dienst voor het gezamenlijke mijnwezen in Limburg, in juli 1942, wordt door de Duitse bezetter geblokkeerd. Tot mei 1943 neemt hij de praktijk waar voor een door de Duitsers in gijzeling genomen huisarts.

Van mei 1943 tot 1948 specialiseert Hattinga Verschure zich in de inwendige geneeskunde: tijdens de oorlogsjaren bij Dr. A.C.M. Lips te Nijmegen; van september 1945 tot april 1946 in de Verenigde Staten en daarna aan de Geneeskundige Universiteitskliniek te Utrecht. In 1946 volgt aan de Rijksuniversiteit



te Utrecht de promotie tot doctor in de Wis- en natuurkunde (2)*. De promotor is prof. Dr. H. Kruyt. Het onderwerp van de dissertatie betreft de scheikundige reacties bij leverziekten, een onderwerp waarover de jonge doctor in zijn latere loopbaan als klinisch-chemicus nog vele malen zal publiceren.

De periode 1948 - 1960.

Uit de geschetste dubbele opleiding resulteren twee gelijktijdige loopbanen: praktiserend specialist voor inwendige geneeskunde en hoofd van het klinisch-chemisch laboratorium van de geneeskundige Universiteitsklinieken te Utrecht. Hattinga Verschure beoefent de inwendige geneeskunde van 1948 tot 1960 als vrij gevestigd specialist te Utrecht en fungeert dan tevens als hoofd van het bovengenoemde laboratorium in de rang van wetenschappelijk hoofdmedewerker. In beide functies wordt veel wetenschappelijk werk verricht: de literatuurlijst aan het eind van deel één omvat een vijftigtal publicaties. Het belangrijkste, grensverleggende onderzoek uit die periode betreft de opheldering van het mechanisme van het ontstaan van galstenen. Op uitnodiging vindt een zestal voordrachten plaats aan Amerikaanse universiteiten en onderzoek-instituten. In 1954 ontvangt de klinisch-chemische internist de Struykenprijs van het Thymgenootschap, toegekend voor zijn werk op het gebied van de ziekten van lever en galwegen.

In de jaren vijftig ontplooit Hattinga Verschure ook een groot aantal maatschappelijke activiteiten. In 1948 is hij mede-oprichter van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en van 1951 tot 1960 voorzitter van deze vereniging. In 1961 volgt een benoeming tot erelid. De voorzitter van de NVKC neemt in 1952 het initiatief tot de oprichting van de *International Federation on Clinical Chemistry*, van welke federatie hij tot 1958 bestuurlid is. In deze laatste kwaliteit bewerkstelligt Hattinga Verschure dat het *First International Congress on Clinical Chemistry* in 1954 te Amsterdam wordt gehouden met hemzelf als congrespresident. Op dit congres wordt het tijdschrift *Clinica Chemica Acta* opgericht, dat zal uitgroeien tot het tegenwoordige leidende wereldtijdschrift op dit vakgebied. De loopbaan van de klinisch-chemicus eindigt in de eerste helft van de jaren zestig: van 1962 tot 1965 is hij nog lid van de Koninklijke Nederlandse Chemische Vereniging en lid van de Chemische Raad van Nederland.

* zie nr. 2 op de lijst van klinisch-chemische publicaties aan het eind van deel één. De publicaties van Hattinga Verschure over de organisatie van de gezondheidszorg en de zorgkunde zijn vermeld aan het eind van de desbetreffende delen van dit boek.



Ook buiten de vakgebieden blijft Hattinga Verschure actief. De verkenner-carrière sluit hij in 1954 af als opper-hopman in de functie van hoofdkwartierscommissaris voor oud-verkenner. De belangstelling voor het jeugdwerk blijft evenwel bestaan: De inmiddels schoolgaande kinderen brengen de wetenschapper er toe in de jaren vijftig zeven jaar lang curator te zijn van het St. Bonifacius lyceum te Utrecht.

De periode 1960 - 1970.

Aan het eind van de jaren vijftig wordt Hattinga Verschure meer en meer geboeid door de maatschappelijke veranderingen die zich duidelijk aankondigen en in de jaren zestig zo heftig naar voren zullen komen. Als hij dan ook in 1960 wordt uitgenodigd om de functie op zich te nemen van geneesheer-directeur van het O.L. Vrouwe Gasthuis (800 bedden) en het nog te bouwen St. Lucasziekenhuis (500 bedden) te Amsterdam, neemt hij dat aan en verdiept hij zich enige jaren in organisatieleer, managementkunde en sociologie. Een versterking en wetenschappelijke onderbouwing van het voorwaardenscheppend systeem van het medisch handelen lijkt hem nog belangrijker dan voortzetting van de chemische activiteiten. Onder het Hattinga Verschure directoraat worden jarenlange conflicten tot een einde en de bouw en ingebruikneming van het St. Lucasziekenhuis tot stand gebracht. In deze Amsterdamse periode brengt de geneesheer-directeur in 1962 de Stichting Samenwerking Amsterdamse Ziekenhuizen tot stand waarvan hij tot 1970 voorzitter is. Hij weet alle particuliere én overheidsziekenhuizen binnen dit vrijwillige, regionale samenwerkingsverband te verenigen. In 1966 volgt de oprichting van de Stichting *Studiecentrum voor Ziekenhuiswetenschappen* waarvan Hattinga Verschure vijftien jaar voorzitter zal zijn. Dit centrum met de heer J. ter Beek en mevrouw W.G. Oomen als stuwende krachten organiseert tot 1981 jaarlijks zes landelijke studie-symposia voor ziekenhuisdirecteuren. De circa honderd symposia en congressen van het studiecentrum worden door Hattinga Verschure op onnavolgbare wijze voorgezeten. In de jaren zestig is de thans vertrekkende hoogleraar lid van talrijke adviescommissies en besturen. In sommige jaren loopt dit aantal tegen de veertig. Wij noemen: De studie commissie Ziekenhuisinfecties van de Gezondheidsraad en de commissie ter voorbereiding van de achtste Medische Faculteit, thans in Maastricht gerealiseerd. In de jaren zestig is Hattinga Verschure adviseerend lid van het Centraal College voor de specialisten-opleiding in Nederland. Van 1962 tot 1965 maakt hij deel uit van het algemene bestuur van de Vereniging van Katholieke Ziekenhuizen, een van de voorlopers van de tegenwoordige Nationale Ziekenhuisraad. Eén lidmaatschap zegt Hattinga Verschure in deze jaren op: Hij bedankt in 1971 als lid van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst. Hij kan zich niet langer verenigen met de toenemende vermenging van belangen inzake de bevordering der geneeskunde met die van de medische beroepsbeoefenaren.



Zijn liefde en aandacht voor de jeugd verloochent Hattinga Verschure ondanks zijn vele commissies en besturen niet. Het curatorschap van het Utrechtse Bonifacius Lyceum wordt ingeruild voor het voorzitterschap van het Pius-X-lyceum in Amsterdam. Van 1960 tot op de dag van heden is hij lid - de laatste jaren als voorzitter - van het R.C. Maagdenhuis, een van Amsterdams grootste charitatieve instellingen voor jeugdwerk. Hattinga Verschure heeft zich sinds 1960 ingespannen om hulp te verlenen aan Christengemeenschappen en jeugdwerk in Palestina en Israël. Uit waardering hiervoor volgt in 1975 een benoeming tot Commandeur in de Orde van het Heilige Graf van Jeruzalem.

Ook de studentenjeugd krijgt in de Amsterdamse periode zijn warme aandacht in de vorm van de oprichting en het voorzitterschap van de stichting Pyramide. Deze stichting is gericht op het verschaffen van sociëteitsaccommodatie voor de studentenvereniging Akkuaton alsmede de studentenhuysvesting in kleinere wooneenheden. In deze hoedanigheid leert hij twee van zijn latere wetenschappelijke medewerkers kennen, de redacteuren van dit boek Schrijvers en Boot.

De periode 1970 - heden.

Wenteltrap naar de toekomst (4), zo luidt de titel van de inaugurale rede van Hattinga Verschure aan het begin van het derde deel van zijn loopbaan: gewoon hoogleraar in de ziekenhuiswetenschappen aan de Faculteit der Geneeskunde van de Rijksuniversiteit te Utrecht. Vanaf 1 maart 1970 - de oratie vindt één dag later plaats - tot heden bezet Hattinga Verschure deze leerstoel. De Faculteit der Geneeskunde nodigt hem met name uit om naar Utrecht te komen ter voorbereiding van de nieuwbouw van het Academisch Ziekenhuis Utrecht. In zijn hooggeleerde functie zal Hattinga Verschure niet alleen hiertoe het nodige bijdragen - de eerste paal van het nieuwe AZU gaat in 1981 de grond in - maar ook een vakgroep opbouwen gericht op de structuur en het functioneren van de intramurale gezondheidszorg: het Instituut voor Ziekenhuiswetenschappen. Van meetafaan introduceert hij in deze vakgroep projektonderwijs, dat tot op de dag van vandaag met succes wordt voortgezet. Dit onderwijs is multidisciplinair opgezet en voltrekt zich in *gemengde* studiegroepen waaraan doktoraal studenten van verschillende relevante disciplines deelnemen. In Hattinga Verschures laatste academiale jaar 1982-1983 volgen tachtig studenten, afkomstig van acht universiteiten en 22 verschillende faculteiten dit doctorale bijvak. Omstreeks vijfhonderd medische en andere doctorandi zijn inmiddels met het bijvak ziekenhuiswetenschappen afgestudeerd: De meeste zijn thans werkzaam in de gezondheidszorg (18, p. 116 e.v.). Het wetenschappelijk onderzoek bestrijkt nieuwe terreinen, waarover sinds 1970 wederom een vijftigtal publicaties van zijn hand verschijnt. Het belangrijkste thema in de jaren zeventig betreft het onderzoek van de zorgverlening, waarbij de begrippen zelfzorg en mantelzorg bij gezondheid en ziekte centraal staan. Deze begrippen - in 1971 geïntroduceerd (8), zijn inmiddels in brede kring aanvaard en verkrijgen een toenemende invloed op de professionele zorgverlening in de gezondheidszorg.

De eerste professorale jaren zijn gericht op de algemene ziekenhuizen: Het



P-model (7) en het ambulatoriummodel (1,2) worden in 1971 respectievelijk 1973 ontwikkeld. In latere jaren gaat de aandacht meer en meer naar de grondslagen van de zorgverlening en naar de zorg voor langdurig verblijvenden in instellingen. De publicaties **HET VERSCHIJNSEL ZORG** (2,3) en de modellen voor een verpleeghuis (1,8) zijn hiervan onder andere het resultaat. Bij een tiental dissertaties is de hoogleraar betrokken: zowel op het terrein van de zorgkunde (Cremers, Roode, Robbroecx) als op organisatorisch terrein (Van der Werff, Schrijvers) ervaren promovendi zijn stimulerende begeleiding. In wetenschappelijk organisatorisch opzicht laat Hattinga Verschure zich ook in deze fase van zijn leven niet onbetuigd. Kort na de benoeming tot hoogleraar richt hij met de hoogleraren Feitsma en Hulshof de Interacademiale Werkgroep Ziekenhuiswetenschappen (IWZ) op. Deze werkgroep is inmiddels uitgegroeid tot een samenwerkingsverband van vrijwel alle onderzoeksinstituten op het terrein van de (intramurale) gezondheidszorg.

Dat de geschiedenis zich moeilijk op precies dezelfde wijze herhaalt, leert Hattinga Verschures poging om in 1980 het eerste internationale congres te houden over de relaties tussen zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg. Voor dit congres gebruikt Hattinga Verschure zijn ervaringen bij het klinisch-chemisch congres in 1954. De economische recessie verhindert, na aanvankelijk vele enthousiaste reacties, de overkomst van een groot aantal buitenlandse onderzoekers naar het congrescentrum in Noordwijkerhout. Het congres moet worden afgelast.

Meer succes is er bij het introduceren van de zelfzorg en mantelzorg in verpleeghuizen. Zeven seminars voor leidinggevendenden uit deze sector worden drukbezocht. De ZOEV-groep (Zorg Ontwikkeling - En - Verpleeghuizen - groep) komt van de grond en bundelt veertig verpleeghuizen met experimenten op het terrein van interne deregulering. Het Departement subsidieert een onderzoek naar zorgbehoeften onder bejaarden in en buiten het verpleeghuis. Talrijk zijn de voordrachten en beschouwingen over het verpleeghuiswezen.

Ook bestuurlijk en in commissieverband blijft Hattinga Verschure de laatste tien jaren actief zij het dat hij zich meer en meer toelegt op wetenschappelijke publicaties. Een vakantie van hem staat garant voor een boek of een aantal artikelen. Van de adviseurschappen die hij aanhoudt is allereerst zijn adviserende lidmaatschap van het bestuur van het Academisch Ziekenhuis Utrecht te noemen. Als nieuwbouwadviseur is hij het niet eens met de programmering van het Ministerie van Onderwijs. Hij bepleit meer (bouw)ruimte voor de verzorging van chronisch zieken in plaats van voor de specialistische opleidingen. Een zwartboek hierover en over de te centrale besluitvorming ten departemente verschijnt van zijn hand.

De ziekenhuisautomatisering heeft zijn aandacht als voorzitter van de begeleidingscommissie voor een Ziekenhuis Informatie Systeem dat in de jaren 1971 - 1978 in het Academisch Ziekenhuis te Leiden wordt ontwikkeld en thans in andere academische ziekenhuizen ingevoerd. Het Ministerie van Financiën klopt in 1969 niet tevergeefs aan bij Hattinga Verschure. Sinds dat jaar is hij medisch adviseur op dit departement en namens dit ministerie adviserend lid van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen. Vanuit deze functie adviseert hij in 1973

als lid van de commissie-Korte-Termijn Staatssecretaris Hendriks bij diens voorbereiding van de Struatuurnota Gezondheidszorg. De vier-pro-mille norm voor algemene ziekenhuizen wordt in deze commissie geboren. Van het op stapel staande proefschrift naar zorgbehoeften van Cremers maakt de commissie een dankbaar gebruik. Hattinga Verschure's pleidooi om niet alleen de structuur te veranderen maar ook de zorgcultuur wordt niet overgenomen. Voor de Nationale Ziekenhuisraad zit Hattinga Verschure twee studiecmissies voor: de commissie Omvang Ziekenhuizen en de commissie Werkmodel Basisziekenhuis. De inmiddels honderd leden tellende Vereniging Van Oud-Leidingevenden in de Gezondheidszorg (VERVOLG) wordt op initiatief van Hattinga Verschure in 1981 opgericht. Zijn meest recente bestuurlijke betrokkenheid spreekt uit de oprichting van de Stichting Gezondheidszorg '82 als opvolger van de stichtingen Studiecentrum Ziekenhuiswetenschappen en Integratie Gezondheidszorg.

Ook in zijn privéleven blijft Hattinga Verschure aan het oprichten en instellen. Hij organiseert cursussen pottenbakken op basis van oude glazuurtechnieken en repareert oude wandborden. Met financiële steun van diverse instellingen komt een Hattinga-atlas uit, een facsimile met zeventiende eeuwse plattgronden van Nederlandse vestingsteden gemaakt door twee van zijn voorouders. Op niet-commerciële basis komt een caravanpark tot stand op het terrein bij zijn woning in Heesch, dat de principes van zelfzorg en mantelzorg in de praktijk moet brengen en de integratie van mens en natuur. Op een ander deel van zijn woonomgeving bouwt hij naast een reeds opkomend arboretum een kapel en legt hij een begraafplaats aan voor zichzelf en zijn familie.

Besluit.

Op 30 september 1983 vertrekt Hattinga Verschure als hoogleraar in de ziekenhuiswetenschappen: een veelzijdig mens met plezier in leven en werken. Voor zijn gehele loopbaan op voordracht van het departement voor Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur werd hij op 30 april 1983 geridderd in de Orde van de Nederlandse Leeuw. Hattinga Verschure woog bij keuzevraagstukken altijd alle aspecten af: De uitdrukking *Het is altijd én én en nooit óf óf* zullen vele van zijn studenten en medewerkers zich blijven herinneren. Hattinga Verschure heeft ontegenzeggelijk een oog en een neus voor nieuwe ontwikkelingen in de samenleving en in de gezondheidszorg in het bijzonder. Zijn creatief inspelen hierop en zijn liefde voor de toekomst zullen nog in lengte van jaren een voorbeeld zijn voor de talloos velen die met hem in contact traden en treden.

Utrecht, Pinksteren 1983
Dr. G. Schrijvers.

1. Gezondheidszorg in ontwikkeling

Prof. dr. P. Muntendam.

1.1. Inleiding

Een boek over gezondheidszorg. Het is niet het eerste, het zal niet het laatste zijn. Is het nodig voor het onderwerp waarover men schrijft een begripsbepaling te geven? Ik heb het land aan definities, ze zijn zelden van absolute waarde en een ieder speelt ermee naar het in zijn kraam te pas komt. Maar ze staan goed, ze kleden aan al is de kwaliteit van het stofje niet altijd duurzaam. Soms is het echter niet aan slijtage onderhevig en aan deze kwaliteit voldoet mijn stelling *Gezondheidszorg is zorg voor de gezondheid*. Een begripsbepaling, maar helaas, begripsbepaling vraagt om begripsomschrijving, wel twee verschillende zaken. Bij de omschrijving wordt men gedwongen aan het begrip inhoud te geven, in dit geval aan gezondheid, zorg en gezondheidszorg. Wat is gezondheid, over wiens gezondheid spreken we, van één mens, van een volk of bevolkingsgroep? En de zorg, hoe en door wie? Tenslotte gezondheidszorg, waarom en met welk resultaat, onderhevig aan welke ontwikkelingen? Kent deze zorg haar begrenzungen, economisch of functioneel? Vormt zij wellicht een integrerend hoofdstuk van het welzijnsbeleid? Niet aan mij om op deze vragen een antwoord te geven en wat de laatste betreft, men leze er het rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (1982) op na. Ik beperk mij in dit inleidende hoofdstuk slechts tot een poging duidelijk te maken hoezeer maatschappelijke ontwikkelingen haar invloed hebben gehad op de gezondheidszorg in Nederland. In hoogmoed meen ik deze taak - flitsen van ontwikkelingen, geen systematiek - op mij te kunnen nemen, puttend uit ervaringen als arts en bestuurder gedurende een tijdvak van bijkans 60 jaar.

Als men zich verbaast over de titels van de verschillende delen van dit hoofdstuk, over de volgorde der delen en wellicht nog meer over de inhoud, wilt dan bedenken dat een hoogbejaarde aan het woord is, die indrukken geeft van het beroepsleven, dat hij aan zich voorbij ziet gaan. Hij heeft er vooral naar gestreefd van zijn bijdrage geen autobiografie te maken en hoopt hierin geslaagd te zijn. Waar zulks twijfelachtig mocht zijn, vraagt hij vergiffenis.

Waar hij niet naar gestreefd heeft, is vertolker van algemeen aanvaarde inzichten te zijn. Nimmer heeft hij geschroomd eigen en eigenzinnige meningen te verkondigen. Ook nu weer, verdediger van de *choc des opinions*.

1.2. In de praktijk, huisarts in armoede.

Het was in de jaren 1922-1924 dat mijn belangstelling gewekt werd voor de maatschappelijk-hygiënische vraagstukken. In hoeverre deze belangstelling genetisch bepaald werd, blijft hier buiten beschouwing. Maar alvorens mij op deze problemen in het bijzonder te richten - het begrip specialiseren in de maatschappelijke gezondheidszorg bestond niet - achtte ik het nodig in de geneeskundige praktijk kennis te nemen van de wisselwerking tussen maatschappij en gezondheidszorg. En dus werd ik huisarts ten plattelande na een praktijk overgenomen te hebben, waarvoor in de advertentie een orthodox-hervormd of gereformeerd arts gevraagd werd, een aanbieding ondersteund door de woorden van de kansel een geneesheer van eigen kerkelijk deeg te zoeken. Aan deze voorwaarden voldeed ik allerminst, het leek geen bezwaar, het bleek geen bezwaar. Eerbiediging van andermans geloofsovertuiging en levensbeschouwing vormen de grondslag voor onderlinge waardering en daarmee van samenwerking, niet in het minst binnen het gebied van de gezondheidszorg, toen en nu.

Praktijken te over, geen enkel vestigingsprobleem. En nu? Wat is er toch misgegaan in de gezondheidszorg? Daarover later. De praktijk, dat wilde zeggen 6000 potentiële patiënten, werd aan mij verkocht. Medische handel in zieken. Is het wonder dat in de National Health Service Act van 1946 de verkoop van praktijken onmogelijk werd gemaakt? En is het niet evenzeer wonderbaarlijk dat nu pas ook in ons land stemmen opgaan de medische praktijken niet langer als handelswaar te beschouwen? Had Heine (was het Heine wel?) dan toch gelijk dat in Nederland alles zich een kwart eeuw later voltrok dan elders in de "beschaafde" wereld?

Aan mijn vestiging in het Drentse veendorp Hollandscheveld ging een merkwaardig gesprek vooraf met de secretaris-penningmeester van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Hij waarschuwde mij en raadde mij vestiging aldaar af! Het geval was, dat juist in die dagen te Hollandscheveld een ziekenfonds was opgericht en wel een onderling beheerd fonds. Een fonds dus waarvan het bestuur uitsluitend uit verzekerden bestond en niet uit medewerkers, zoals bij de Maatschappijfondsen het geval was. Het onderling beheerde fonds waarvan het ziekenfonds *De Volharding* te Den Haag het prototype was, het fonds waartegen de Maatschappij voor Geneeskunst reeds meer dan tien jaren heftige strijd voerde omdat het artsen in dienst had. Verbintenis aan het fonds in Drenthe zou mij door mijn beroepsorganisatie niet in dank worden aangenomen. De goed bedoelde raadgeving werd door mij in de wind geslagen en niet één dag heb ik mij de knecht gevoeld van het fondsbestuur. In tegendeel, de samenwerking droeg het karakter van wat men nu pleegt te noemen het harmoniemodel. Hetgeen niet wegneemt, dat de landelijke strijd rondom het ziekenfondswezen, vooral door de geneeskundigen gevoerd, de kwaliteit van de curatieve gezondheidszorg niet ten goede kwam. In de maatschappelijke vraag om regeling en wetgeving op het gebied van de ziektekostenverzekering werd door de Regering niet voorzien. In haar voornemens de Duitse sociale verzekering voor ons land te kopiëren week zij op één punt af, namelijk door scheiding van uitkering en behandeling. Het zou nog tientallen jaren duren voordat een wette-

lijke regeling tot stand kwam en de strijdbijl kon worden begraven (om desgewenst nog wel eens opgegraven te worden).

Diep was de armoede in de oude Drentse veenstreek, waarin het ziekenfonds een zegen was voor de gezondheidszorg. Deze zorg binnen een infrastructuur waarin het gebrek aan de meest vitale levensbehoeften het maatschappelijk functioneren bepaalde. Armoede - gezondheid - ziekte - gezondheidszorg? Waarom werd ik mij pas na mijn vestiging van deze begrippen in onderlinge relatie bewust? Waarom wist ik als jong arts niet wat armoede was, waarom wist ik niet dat armoede de ernstigste bedreiging voor gezondheid vormde? Twee oorzaken. De eerste had ik bij mij zelf te zoeken. Met oogkleppen had ik door mijn studententijd gelopen. De tweede oorzaak kon ik bij mijn leermeesters zoeken: nooit was erop gewezen dat armoede, zowel direct als indirect, een grote bedreiging voor de gezondheid betekende. In ons, overigens voortreffelijke leerboek over Gezondheidsleer (Saltet,¹²) werd over armoede niet geschreven en in het register in dit 800 bladzijden tellende boek kwam het woord niet voor. Het was haast een halve eeuw later dat sociale geneeskunde in het curriculum voor de medische faculteiten zou zijn opgenomen, een eeuw nadat Virchow (¹³) en Guérin (⁵) het begrip hadden ingevoerd.

Geen geneeskundige plaatsbeschrijving past in het kader van dit hoofdstuk, daarom de beperking tot enkele zaken als kenmerk van de toestanden in het oude veendorp in de jaren twintig van deze eeuw. Waar nu de bungalowparken zich aandienen als vakantieverblijf voor de stedeling, stonden een halve eeuw geleden de plaggehutten en de éénkamerwoningen. Huisvesting waarin zich heel het gezinsleven voltrok. Overbevolkte woning door het onbeperkte kindertal, want "poor man's recreation is procreation" (India). Bedompte lucht door een met turf gestookte en rokende potkachel, niet te openen kleine vensters en als slaappleats de bedsteden door velen gedeeld. De overbevolkte woning, ernstigste bedreiging in de volkshuisvesting, ernstiger dan vocht en tocht. Maar ja, geen geluidshinder, geen radio en televisie, geen gif in de grond. Het weekinkomen, beneden de tien gulden uit de werkverschaffing of vijf gulden van de armenzorg liet de arbeiders een voeding toe die kwantitatief en kwalitatief ver beneden de norm lag. Zij die een geit hadden, wat kippen en een akkertje aardappelen waren nog het beste uit. En de kleding was navenant. Mevrouw van de dominee leurde met klompen om kinderen van de openbare school naar de christelijke school te krijgen. Zo was het leven van veel arbeiders en hun gezinnen in de Drentse veendorpen in de jaren twintig.

Om het beeld te completeren, geen waterleiding, gas of electriciteit. En wat de gezondheidszorg betreft, toen ik kwam was er geen wijkverpleegster. Wel een goede vroedvrouw. Toen reeds en nog steeds beschouw ik haar als degeen in wier handen de verloskundige hulp in eerste instantie moet liggen, niet derhalve bij de huisarts. Moge in de toekomst haar door de artsen (!) bedreigde positie zich herstellen. En tenslotte dan nog de dokter zelf, eerst op fiets en motor, later met T-Ford en fiets in de beugels. Apotheekhoudend. Mijn tekortkomingen kennende schaar ik mij achter de voorstanders van apotheken ook op het platteland, zijnde de enige geneesmiddelenvoorziening die aan hoge kwalitatieve normen kan voldoen. Wel zag ik een paar voordelen in mijn doktersapothek.

Ik kon de placebowerking van het door mij gebrouwde julapium bestuderen. Een ander voordeel: de inkomsten uit het winkeltje achter in huis waren welkom en zijn het voor de huidige generatie nog steeds. Over doktersassistenten en andere medewerkende vriendinnen beschikten we niet, de doktersvrouw was een grote steun.

Voor een groot deel van de bevolking was, vóór de oprichting van het ziekenfonds, de geneeskundige zorg een vorm van armenzorg. Voor deze zorg werd je als gemeente-arts aangesteld, in mijn geval voor Hoozevee en Westerbork. De daarvoor noodzakelijke beëdiging verliep voor laatstgenoemde gemeente met enige vertraging omdat de burgemeester de vorige avond nog niet van de kermis te Groningen was teruggekeerd. Een vrijgezel Aan de functie van gemeente-arts waren ook enkele preventieve taken verbonden, zoals de toen nog verplichte inenting tegen pokken van de kinderen alvorens zij tot school konden worden toegelaten. Maar vooruitstrevend was het toezicht op de scholen, mede onder invloed van de juist tot stand gekomen Stichting Opbouw Drenthe, eerste opbouwvereniging in ons land, die het zou presteren in een kwart eeuw tijds in een achtergebleven gewest die welvaart te brengen nodig om het arbeidersgezin te verheffen uit de poel van armoede en ellende. Veel heeft de gezondheidszorg in Drenthe te danken gehad aan deze krachtdadige opbouw, integratie van overheid en particulier initiatief van welzijnszorg en gezondheidszorg.

De geneeskundige armenzorg was veelal een trieste procedure. Eerst een briefje van de armenmeester halen, vaak vele kilometers van huis. Gelukkig leverde burenhulp, ook om de dokter te halen - telefoon was er niet - een vanzelfsprekende zorg. In nacht en ontij stond men voor elkaar klaar. Niettemin was, vooral voor de ver afgelegene paupers - er woonden er 15 km. van mijn huis - de geneeskundige zorg volstrekt onvoldoende en menigmaal werd bij acute ziekte toestanden de hulp te laat ingeroepen. De oprichting van een ziekenfonds was dan ook een zegenrijke ontwikkeling in de gezondheidszorg. Het begon heel zuinig, karakteristiek voor Drenthe. Eerst alleen huisarts en geneesmiddelen, dan na een jaar voorzichtig één week ziekenhuisverpleging en hulp van de specialist, die chirurg en vrouwenarts was maar ook niet onkundig in de interne geneeskunde. Niet voor niets zendingsarts geweest. Het abonnementshonorarium voor de huisarts was f 3,- per verzekerde per jaar, inclusief geneesmiddelen. Ik vond het genoeg. *Oneigenlijk gebruik van de Sociale verzekering* kende men nog niet in dit land, waar doktershulp pas werd ingeroepen als het nodig was. Maar de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst toonde zich verstoord over de lage tarieven en zag ze als een concurrentie met de naburige maatschappijfondsen. Na mijn dreiging de organisatie te verlaten kwam men uit het hoofdkwartier te Amsterdam de situatie ter plaatse opnemen. Pas toen besefte men dat in deze armoede geen hogere premies gevraagd konden worden. Niet minder zegenrijk voor de streek was de mogelijkheid door middel van een rijkssubsidie voor de tuberculosebestrijding en de kinderhygiëne een wijkverpleegster te kunnen aanstellen, weldra gevolgd door een tweede. Door de aanwezigheid van deze vrouwen was het mogelijk ook de preventie te ontwikkelen, o.a. in de vorm van een door de huisarts geleid consultatiebureau voor zuigelin-

gen met het noodzakelijke aanvullende huisbezoek van de wijkverpleegster. Interessant was het ziektepatroon in een streek waar het leven door armoede werd bepaald, een eerste kennismaking met wat men later als geografische pathologie zou aanduiden. Eén vorm van de meest veelvuldige ziekten was de longontsteking, zowel de croupeuze als de bronchopneumonie, vooral ook bij kinderen, helaas met een hoge letaliteit. Nu had ik vóór mijn vestiging ook waargenomen in welvarende plattelandspraktijken, waar het opvallend was dat men er zelden of nooit een patiënt met longontsteking zag. De oorzaak van de hoge frequentie van pneumonieën in de armoedige veenstreken was duidelijk. In de eerste plaats de insufficiënte voeding met een tekort aan eiwitten en vitamines, waardoor de weerstand tegen infecties in het algemeen onvoldoende was. En voorts de overbevolkte woningen zonder luchtverversing en bedsteden als broedstoven. De curatieve zorg had amper enige mogelijkheid en het was geen wonder dat ik aan de universiteit leerde: de pneumoniepatiënt geneest ondanks de dokter. Zwavelpreparaten kende men nog niet, laat staan de antibiotica. Een expertorans en een kamferolie-injectie om de hartfunctie gaande te houden, eventueel nog een stoomketel uit het magazijn van de kruisvereniging, dat was het. Het is duidelijk welk een zegen de resultaten van de research in de farmaceutische industrie later voor de gezondheidszorg zouden betekenen. Ook, nog later, bij de behandeling van de tuberculose, de ziekte die in landen en streken van armoede zo veelvuldig en in zo ernstige vorm voorkomt. Er was geen kruid tegen gewassen. Miliair tuberculose, vliegende tering, meningitis vooral bij jonge kinderen (met inwonende hoestende grootouders) waren gewone ziekte toestanden. Sanatoriumopname geschiedde slechts zelden want verzekering hiertegen bestond nog niet, de gemeente beschikte slechts over beperkte middelen en de kerkelijke diaconieën - eerst aangewezen volgens de bepalingen van de Armenwet - waren nog armer. Met de pet rond gaan bood soms de mogelijkheid het geld bijeen te krijgen. Het meest efficiënt werd de strijd tegen de tuberkelbacil gevoerd door de wijkverpleegster, die door prophylactische maatregelen, o.a. het leggen van de patiënt in een draaibare ligtent naast de woning, voorlichting aan gezinsleden en niet zelden ook opsporing van nieuwe patiënten haar bijdragen kon leveren aan het voorkómen van voortgaande besmetting. Doelmatig was ook de georganiseerde bestrijding van de ziekte door middel van de consultatiebureaus voor tuberculosebestrijding met kosteloze toegang. Vooral het contactonderzoek was een belangrijke methode van opsporing. Uitbreiding van het veld van Kringbureaus wierp haar vruchten af, de Overheid die de organisatie financierde, verstond haar taak. Onder alle ziekten was de tuberculose *volksziekte no. 1*. Tegenwoordig zou men zeggen: met de grootste sociale betekenis. Hoge frequentie met besmettelijkheid, vooral voorkomend bij jonge mensen in hun productieve levensfase, vaak invaliditeit veroorzakend en hoge letaliteit. Wie kon voorspellen, dat een halve eeuw later de eradicatie van deze ziekte in ons land praktisch volledig zou zijn!

Niet alleen in de tuberculosebestrijding maar ook door haar huisbezoek ten behoeve van de zuigelingen leverde de wijkverpleegster naast haar verplegende taak een belangrijke preventieve bijdrage. Zij vond daartoe haar basis aan het door de huisarts geleide consultatiebureau voor zuigelingen. Door voorlichting

op het gebied van de kindhygiëne was het mogelijk binnen enkele jaren een complete verandering in de gezondheidszorg voor het jonge kind te bereiken. Ernstige voedingsstoornissen en rachitis namen af, de zuigelingensterfte daalde snel. Is het wonder, dat ik aan Kruisverenigingen, in wier dienst de wijkverpleegsters werkten en waaraan vele preventieve taken werden opgedragen, naast de ziekenfondsen een ereplaats toeken in de ontwikkelingen van de gezondheidszorg in Nederland? Zonder deze grondvoorzieningen zou geen vrucht van wetenschap en techniek wortel hebben kunnen schieten, met welke stelling ik de recente uitspraak van twee *wetenschappers*, dat onze gezondheidstoestand slechts aan de produkten van de wetenschap zijn te danken, weerleg. Evenmin plaats ik mij aan de andere poot, die van Ivan Illich (8), die stelt dat in de ontwikkeling van de gezondheidszorg de geneeskunde slechts een minieme bijdrage leverde. Als hij het woord *miniem* door *bescheiden* zou vervangen, kwamen wij elkaar een eindweegs tegemoet.

Om het epidemiologisch beeld van het ziektepatroon in het Drentse veendorp aan te vullen, een enkele maal kon ik een plasmodium malariae aantonen. Zonder uitzondering was het bij een jonge man die in Holland, waar de malaria nog endemisch heerste, had gehooïd. Het lijkt op het nu sporadisch vastgestelde geval van malaria, welke ziekte in Nederland werd uitgeroeïd, in de Haarlemmermeer, veroorzaakt door een van de landingsbaan van Schiphol verdwaalde anofeles, ontsnapt aan de onvoldoende desinsectie van een vliegtuig. Deze jonge hooiers brachten een heel enkele maal ook een gonococ mee uit Holland. In het algemeen kon men stellen, dat de autochtone bevolking in deze armoedige streken van Drenthe vrij was van geslachtsziekten. Gereisd werd er niet, ondanks de aanmoediging *reizen kweekt kennis* in de derdeklas-wachtkamer van het station te Hoogeveen. Zelfs de markt te Meppel was geen bron van verleiding, geen geld en geen tijd want het was vier uur gaans en dezelfde tijd terug. Op zon- en feestdagen kreeg ik de gelegenheid mij te bekwamen in wondhechting. Criminaliteit manifesteerde zich vooral in de agressieve sector, waarbij het mes graag op de stoep van de kerk geslepen werd. Diefstal kwam niet voor, ondanks de armoede.

Ambulancevervoer naar het ziekenhuis te Hoogeveen bestond niet. Men ging te voet, per fiets of met de melkboot - een soort punter - terwijl sommigen het voorrecht genoten per T-Ford door de dokter vervoerd te worden.

Tandheelkundige hulp was beperkt tot het kiezetrekken door de huisarts. Na mijn artsexamen had ik mij daar gedurende twee weken in bekwaamd op een gemeentelijke tandheelkundige polikliniek te Amsterdam. Het succes van een plattelandsarts in die tijd werd in niet geringe mate bepaald door de handigheid waarmee hij mensen van kiespijn wist te verlossen. Het tarief was f 1,- per kies, onverdoofd. De gulden ging in een apart potje, *hoedengeld* voor de doktersvrouw. Men bedenke bij dit alles wel dat in geen kilometers omtrek een tandarts gevestigd was en dat doktersvrouwen nog hoeden droegen.

Tot slot, als dit boek verschijnt is het precies een halve eeuw geleden dat aan de bezuiniging vanwege de toenmalige economische crisis de Gezondheidscommissies, ingesteld bij de Gezondheidswet, ten offer vielen (1933). Deze commissies bestonden uit parttime leden met verstand van zaken op het ge-

bied van gezondheidszorg. Ze hadden tot taak de gemeenten te adviseren, vooral over vraagstukken van milieuhygiënische aard, zoals huisvesting, watervoorziening en vuilverwijdering. Het aantrekkelijke van deze commissies was, dat ze gezondheidszorg dichterbij de bevolking brachten. De opheffing was een triest voorbeeld van hoe men niet moet bezuinigen. Hoe zal men in de toekomst oordelen over bezuiniging op de gezondheidszorg in de jaren tachtig?

1.3. In de Ziektewet.

Uitkeringen en voorzieningen krachtens de Armenwet, nog in de eerste decennia van deze eeuw vaak "te veel om te sterven en te weinig om te leven" waren slechts gericht op bijstand aan armen maar droegen niet het karakter van bestrijding van armoede. Hiervan mag men slechts spreken als de nadruk wordt gelegd op de preventie, het voorkomen dat de mens in een staat van armoede komt te verkeren. Geen wezenlijk onderscheid dus met ziektebestrijding, met gezondheidszorg. In de preventie van armoede heeft de invoering van de sociale verzekering een wezenlijke rol gespeeld. Ziekte, ongeval en invaliditeit van de kostwinner waren vroeger menigmaal de oorzaak van het uitblijven van het loonzakje. Menig arbeidersgezin werd onder die omstandigheden in armoede gedompeld. Door de invoering van de sociale-verzekeringswetten - we denken in dit verband aan de Ziektewet, de Ongevallenwetten en de Invaliditeitswet -, regelende de uitkering van een deel van het loon, kon de strijd tegen armoede op daadwerkelijke wijze worden aangepakt. Men mag spreken van een zegenrijke sociale ontwikkeling, vooral toen ook de regelingen voor ouderdomsuitkeringen de sociale zekerheid aanvulden.

Aangezien ziekte - uiteraard afgezien van werkloosheid - de meest voorkomende oorzaak van loonderving was, willen wij ons tot de Ziektewet bepalen, temeer omdat deze wet, in tegenstelling tot de andere hiervòòr genoemde wetten, nog van kracht is en onderwerp van politieke discussie in het recente verleden. Mede bepaal ik mij tot deze wet omdat ik van het begin na invoering betrokken was bij de uitvoering, zowel als districtscontrolerend geneeskundige (drie noordelijke provincies) en als landelijk medisch adviseur. Op 1 maart 1930 werd de Ziektewet ingevoerd. De wet was reeds onder Talma in 1913 in het Staatsblad verschenen maar toen niet in werking getreden. De Eerste Wereldoorlog droeg daaraan mede schuld en men gaf er de voorkeur aan deze wet, regelende de uitkering van ziekengeld, gelijktijdig in te voeren met een wet regelende de verzekering tegen ziektekosten. Zoals reeds eerder opgemerkt, de wetgever had er in ons land, in tegenstelling tot Duitsland, de voorkeur aan gegeven de uitkering van ziekengeld en de regeling van ziektekosten niet door één orgaan te doen geschieden, maar laatstgenoemde voorziening te doen geschieden door de ziekenfondsen, reeds lang en krachtig verankerd in grote delen van onze arbeidersbevolking. De verbindingsschakel tussen beide wetten was in beginsel al in de Ziektewet opgenomen door de bepaling dat ziekengeld geweigerd kon worden, indien de verzekerde niet was ingeschreven bij een door de wet erkend ziekenfonds.

Na de Eerste Wereldoorlog was het vooral minister Aalberse, die vergeefse pogingen deed een ziekenfondswet tot stand te brengen. Vele problemen speelden een rol, zoals de vraag, of men een stelsel van vrijwillige of verplichte verzekering wenste, een algemene verzekering of alleen voor loontrekkenden, een inkomensgrens of geen grens. En welk systeem van honorering voor de artsen zou het meest gewenst zijn? Toen na 17 jaar de Ziektewet werd ingevoerd - een wettelijke ziektekostenverzekering was niet tot stand gekomen - was zij op enkele punten grondig gewijzigd. Aanvankelijk lag het in de bedoeling de wet te doen uitvoeren door overheidsorganen, de Raden van Arbeid, ingesteld bij de Radenwet (1913), tegelijk afgekondigd met de Ziektewet. Een dergelijke uitvoering zou in overeenstemming zijn met die van onze eerste sociale-verzekeringwet, de Ongevallenwet van 1901. Voor deze wet had men aanstonds de Overheid als uitvoerder aangewezen, waartoe de Rijksverzekeringsbank in het leven werd geroepen. In de jaren twintig veranderden de inzichten met betrekking tot de uitvoering van de Ziektewet. Steeds duidelijker werd de wens van het bedrijfsleven, aanvankelijk de werkgevers, later tezamen met de werknemers, zelf orde op zaken te stellen. Daartoe waren bedrijfsverenigingen in het leven geroepen en zo zien we in de wet van 1930, dat de uitvoering der wet grotendeels, later volledig, in handen van deze bedrijfsverenigingen werd gelegd. Het was een gezonde maatschappelijke ontwikkeling in onze sociale verzekering een zo belangrijke taak en plaats voor het bedrijfsleven in te ruimen. Een aantal van deze bedrijfsverenigingen droeg de administratie op aan een centraal kantoor, Centraal Beheer (in 1952 het Gemeenschappelijk Administratie Kantoor GAK), dat voor de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid aanstonds na invoering van de Ziektewet een medische dienst in het leven riep, teneinde regionaal door geneeskundige controle te waken voor een doeltreffende uitvoering der wet.

Het stelsel van deze controle vloeide voort uit het in Nederland geldende en nog bestaande beginsel van scheiding van behandeling en controle. Dit beginsel was reeds bij de invoering van de Ongevallenwet gepropageerd door de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Men had namelijk in Duitsland waargenomen tot welke misstanden het leidde indien behandeling en beoordeling van arbeidsongeschiktheid in één hand, namelijk die van de behandelende arts werden gelegd. Zij die de meeste verklaringen van arbeidsongeschiktheid afgaven, kregen de grootste praktijken (de zogenaamde *Kassenlōwen*). Het beginsel van de Maatschappij was juist maar het stelsel functioneerde niet feilloos. Meningsverschillen tussen controlerende en behandelende artsen vertroebelden niet zelden de verhoudingen van verzekerden tot artsen en kwamen ook de patiënt zelf vaak niet ten goede door de ontwikkeling van neurotische verschijnselen. Steeds weer en ook nu nog kan men stemmen beluisteren die pleiten voor het systeem, zoals ook geldend in tal van andere landen, om, ondanks de nadelen, toch de verklaringen van arbeidsongeschiktheid en herstel van geschiktheid te leggen in handen van de behandelende artsen. De vrees, dat dit zou kunnen leiden tot vermeerdering van ziekteverzuim, is niet denkbeeldig, maar de ervaring van 35 jaar Ziektewet na de Tweede Wereldoorlog heeft geleerd, dat het huidige systeem van geneeskundige controle

toch ook geen wezenlijke bijdrage heeft kunnen leveren aan een beperking van het schrikbarende stijgende ziekteverzuim. In de jaren dertig, de jaren van economische crisis en werkloosheid, lag het ziekteverzuim omtrent de 4%, terwijl het aan het einde van de jaren zeventig tot boven de 10 was gestegen. En gaat zich nu de historie herhalen? Wederom crisis en werkloosheid en weer neigt het ziekteverzuim tot dalen. En zeker zal het dalen indien men het uitkeringspercentage dat nu in de collectieve arbeidsovereenkomsten op 100% van het loon werd gesteld, weer terugbrengt tot de 80%, zoals in 1913 in de wet was bepaald. Een beperking van de uitkering die het herstel van de verzekerde niet zal belemmeren, noch de gezondheidstoestand van het gezin nadelig zal beïnvloeden. Een stimulans intengedeelte tot werkhervatting kan uitgaan van een beperking van de uitkering tot een deel van het loon. De vrees voor een te late ziekmelding bij gedeeltelijke loonuitkering wordt wel uitgesproken. Een uitspraak, die meer van politieke aard is, dan berustend op praktijkervaring. Praktijkervaring in de jaren dertig van controle-arts in een overwegend agrarisch deel van ons land met de uitvoering van de Ziektewet. Krachtens de wet heeft de verzekerde recht op uitkering, indien hij arbeidsongeschikt is wegens ziekte, twee begrippen die niet synoniem zijn, maar waarvan de zieke verzekerde vaak moeilijk te overtuigen is. Vaststelling van de arbeidsongeschiktheid is dus de opdracht van de controlerend geneeskundige. Een opdracht die vaak moeilijk uitvoerbaar is - hetgeen even zo vaak blijkt - omdat de controle-arts meest van de verzekerde slechts een moment-opname krijgt en omdat deze arts in de regel onvoldoende op de hoogte is van de aard der te verrichten werkzaamheden. Redenen om hierbij een grotere rol toe te kennen aan de bedrijfsgezondheidsartsen, voor wie deze bezwaren in veel mindere mate gelden. Tezamen met collega's van andere disciplines uit de bedrijfsgezondheidsdiensten kunnen zij met name de arbeidsomstandigheden en - verhoudingen deskundig bepalen hetgeen bevorderd wordt in de op 1 januari 1983 gedeeltelijk in werking getreden Arbeidsomstandighedenwet. Heel belangrijk is ook het preventieve karakter dat van het deskundige toezicht vanwege deze diensten kan uitgaan, in tegenstelling tot de repressieve controle door de medische diensten van de bedrijfsverenigingen. Aan deze situatie verandert men niets door deze artsen nu verzekeringsgeneeskundigen te noemen (in mijn ogen werd ten onrechte de verzekeringsgeneeskunde tot een sub-specialisme van de sociale geneeskunde bevorderd), noch door het begrip controleren nu te vervangen door begeleiden. Een doelmatiger gebruik van de *Know how* dezer artsen en een besparing voor het bedrijfsleven zouden de consequenties kunnen zijn van hun opnemings in de bedrijfsgezondheidsdiensten. Daar horen zij thuis en niet in dienst van organen welke opdracht het is de sociale verzekering administratief uit te voeren. Niet minder noodzakelijk is het verandering brengen in de uitvoering van de W.A.O., de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (1966), waarvan momenteel 700.000 Nederlanders de vruchten plukken en over wier heil en onheil de Gemeenschappelijke Medische Dienst waakt. Ook deze artsen zien zich met hun schattingen naar de graad van arbeidsongeschiktheid (psychologisch is het juist te spreken van arbeidsgeschiktheid met het stempel van de arbeidsongeschiktheid met zich te dragen) voor een onmogelijke taak geplaatst. Deze

onmogelijkheid werd nog eens aangetoond door een recent onderzoek (rapportering in 1982) door de Rijksuniversiteit van Leiden. Van de in 1980 in de WAO terecht gekomen verzekerden (die dus al een jaar ziekengeld genoten) zou niet minder dan 1/3 deel voor hen passende arbeid kunnen verrichten en een kleiner deel zelfs hun eigen werk nog kunnen doen. Na enkele jaren zou 2/3 van de oorspronkelijk arbeidsongeschikten weer kunnen werken, wel een ander percentage dan 21 dat door de GMD na tien jaren als hersteld wordt opgegeven. Aan het arbeidsdeskundig onderzoek dient in het kader van de WAO meer betekenis te worden gehecht dan aan de inbreng van de medische schattingen, een ontwikkeling overigens waarvoor reeds vòòr de invoering van de wet van medische zijde werd gewaarschuwd.

Toen de Ziektewet in 1930 werd ingevoerd bestond de vrees, dat simulatie een vaak voorkomend verschijnsel zou zijn. Mijn ervaring in het Noorden van het land met weinig industriële kernen, was met deze verwachting niet in overeenstemming. Wel moest men als contrôle-arts op aggraviatie bedacht zijn, vooral bij hen, die tewerkgesteld werden onder omstandigheden waaraan zij niet gewend waren. Zo hadden de vaak uit het Westen komende mensen, niet zelden uit kantoorbetrekkingen stammend, het erg moeilijk als zij in de werkverschaffing geplaatst werden voor het verrichten van zwaar grondwerk. Dat een dergelijke arbeidsomstandigheid kon leiden tot bepaalde ziekteverschijnselen, leverde het volgende voorbeeld.

Enige malen zag ik het ziektebeeld dat in de Duitse literatuur bekend stond als *Schipperkrankheit*, ten onrechte bij ons vertaald met *schippersziekte* in plaats van *scheppersziekte*. Deze aandoening manifesteerde zich als plotseling krakende pijn in de nek bij het omhoog werpen van een zware schop kleverig zand of klei. Er bleek dan een breuk van een doornuitsteeksel van één der halswervels te bestaan door een abnormale tractie tengevolge van een ongecoördineerde spierbeweging, verschijnsel van ongevoelendheid voor dit zware werk.

De machinale grondbewerking leverde de preventie voor de scheppersziekte, het machinale aardappel rooien voorkwam de talrijke aandoeningen, die specifiek waren voor het op de knieën liggend rooien met de handen, zoals peesschedeontsteking aan de onderarmen, slijmbeursontsteking op de knie en verlamming van de onderbenen door zenuwdruk in de knieholte. Mechanisering van de arbeid heeft derhalve niet alleen nadelige consequenties, maar kan ook de gezondheidszorg in positieve zin beïnvloeden.

Hoe staat het met het ziektepatroon in de jaren van overvloed en welvaart? We zullen in het onderhavige kader deze vraag slechts beantwoorden in haar betrekking tot de sociale verzekering en wij houden ons hier dus niet bezig met alle overconsumptie-aandoeningen door eten, drinken en zitten, noch met de consequenties van de veroudering. Om maar te zwijgen van de niet bestaande *managers-disease*, Amerikaanse kreet, die in West-Europa met een willig oor ontvangen werd. Kijken we naar het ziekteverzuim in de sociale verzekering dan zouden we wel een heel somber beeld van onze volksgezondheid moeten krijgen. Gelukkig kunnen we daarop aanstonds een geruststelling laten horen, door te

stellen dat arbeidsverzuim slechts ten dele als ziekteverzuim is te beschouwen. Dr. de Jongh stelde vast (1979), dat slechts bij 30% van de verzuimers een duidelijke ziekte-oorzaak was waar te nemen, het zogenaamde witte verzuim. Simulatie, zwart verzuim, bestond in 10% en bij niet minder dan 60%, het grijze verzuim, had men te maken met vage, niet definieerbare klachten waarmee de contrôle-artsen geen raad weten en er dan maar een etiket opplakken, zoals neurotische klachten. Mag men in deze gevallen spreken van een oneigenlijk gebruik der sociale verzekering? Ik ben geneigd deze vraag in bevestigende zin te beantwoorden, zonder daarbij de verzekerde als voornaamste schuldige aan te wijzen. Voor zijn onlustgevoelens en twijfels, voortspruitend uit levensonzekerheid, ook het micro- en mesoklimaat van gezin en arbeid, staat hem de Ziektewet als schuilplaats ter beschikking. Een schuilplaats die tevens de ingang vormt tot de medische mangel, huisarts, apotheker, specialist, begeleiding door verzekeringsgeneeskundigen, beroepsprocedure over de arbeidsongeschiktheid, psychiatrisch onderzoek in deze procedure met als gevolg, dat de neurotische klacht zich tot een complete neurose gaat ontwikkelen. De zegening van de sociale zekerheid ontwikkelt zich in een dergelijk geval tot een vloek in de gezondheidszorg. Geen integratie derhalve van sociale verzekering en gezondheidszorg. Eerder een desintegratie, ook gesymboliseerd in 1971 door de afscheiding van Volksgezondheid tot afzonderlijk ministerie uit het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, waarin een gecoördineerd beleid werd gevoerd voor arbeid, sociale verzekering en volksgezondheid. Een desintegratie, die al in 1952 begonnen was door de instelling van een afzonderlijk ministerie van Maatschappelijk Werk, ook afgescheiden van het voornoemde ministerie. Zo gaat het bij Kabinetsformaties als steeds meer zetels van politieke kleur aan de tafel van de ministerraad moeten worden aangeschoven. Het kon niet op en nu we geen geld meer hebben, gooien we eind 1982 in politieke koehandel, zonder enig vooroverleg met de betrokken ministeries, de boel maar weer door elkaar. Volksgezondheid bij Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk werk tot een nieuw ministerie, namelijk Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Milieuhygiëne naar Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening. Resultaat één ministerie minder. Berouw komt te laat en het terugdraaien van de klokke wijzers bevordert zelden het zuiver lopen van het uurwerk. Een economische crisis schijnt noodzakelijk om een verdere desintegratie in het welzijnsbeleid te voorkomen. Maar keren we terug naar de zorg voor de volksgezondheid.

1.4 In de Gezondheidszorg

Een vreemde zaak was het in 1946 met de tekst van het Statuut der Wereldgezondheidsorganisatie. In de officiële tekst, Engels en Frans, werd de verantwoordelijkheid van de regeringen voor de volksgezondheid in verschillend woordgebruik tot uitdrukking gebracht.

De Engelse versie spreekt namelijk over *a responsibility*, de Franse daarentegen over *la responsabilité*. De Nederlanders lieten naar hun aard de Kerk in het midden door in onze vertaling het lidwoord te vermijden en slechts te spre-

ken over *verantwoordelijkheid*. De W.G.O., één van de dochterorganisaties van de Verenigde Naties, verklaart in haar Statuut, haar grondwet (in het Engels en Frans dan ook *Constitution* geheten), dat het genot van een zo goed mogelijke gezondheidstoestand het grondrecht is van ieder mens. Mij dunkt dat hier de grondleggers van de Organisatie zijn uitgeleden. Men kan een recht doen gelden op arbeid, op onderwijs, op gezondheidszorg, maar niet op gezondheid. Veel beter wordt het weergegeven in de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens (10 december - voortaan Human Rights Days - 1948). In deze Verklaring wordt namelijk in artikel 25 niet over het recht op gezondheid gesproken, maar over het recht van de mens op een levensstandaard, die hoog genoeg is voor de gezondheid en het welzijn van zichzelf en zijn gezin "waaronder begrepen voeding, kleding, huisvesting en geneeskundige verzorging..." Het gaat om de zorg, al zouden wij nu geneeskundige- door gezondheidszorg willen vervangen.

Genoegzaam is de definitie van gezondheid in het Statuut der W.G.O. bekend. Het opnemen van het sociaal welzijn in deze definitie kan tot vergaande maatschappelijke consequenties leiden. Voorbeeld hiervan levert de indicatie tot abortus provocatus, die een grote verruiming ondergaat als de gezondheid van de vrouw, derhalve ook in sociale zin, op het spel staat en niet slechts het leven in medische zin. Keren wij terug tot het Statuut, waaruit blijkt, ook door de ondertekening door de regeringen, dat er overheidsverantwoordelijkheid voor de volksgezondheid bestaat. Is dit vanzelfsprekend? Ja, niet uit ethische overwegingen maar omdat het algemeen belang van de Staat het eist. Militaire en economische belangen waren reeds in de Oudheid en de Middeleeuwen reden tot het uitvaardigen van bepalingen van Overheidswege ter wering van epidemische ziekten. Is er veel veranderd? Nemen wij opnieuw het Statuut der W.G.O. voor ons:

"De gezondheid van alle volken is een noodzakelijke voorwaarde voor het bereiken van vrede en veiligheid..."

De overheidsverantwoordelijkheid is geenszins in strijd met de persoonlijke verantwoordelijkheid van de mens voor zijn gezondheid en die van zijn naasten. Vele van de gezondheid bedreigende gevaren kunnen immers niet bestreden worden zonder overheidsmaatregelen, vaak van technische aard, en wettelijke bepalingen. De drinkwatervoorziening vormt één van de oudste voorbeelden. Het was in de jaren zeventig en tachtig van de 18de eeuw, dat zowel in ons land Matthias van Geuns als in Duitsland Johann Peter Frank, beiden geneeskundigen, pleitten voor een *medische politie*, in navolging van Plato bij wie in Politeia de Staat de handhaving der rechtvaardigheid op zich neemt. De medische politie dient tot handhaving en bevordering der volksgezondheid. Van Geuns ontwikkelde zijn visie in een drietal oraties de laatste in 1791 bij de aanvaarding van het hoogleraarschap in Utrecht. De oraties werden gebundeld onder de titel *De Staatkundige handhaving van de ingezetenen Gezondheid en Leven*. Zij bepleit de kwaliteit van de zorg *ter herstelling der gezondheid* en de noodzaak dat deze zorg *voor alle ingezetenen ligtelijk verkrijgbaar gemaakt wordt*. En voorts bepleit hij een beloning voor de artsen *wettelijk vast te stellen opdat voorkomen wordt, dat ze in staat zijn van hun patiënten het vel*

af te stropen. Ook al in de 18de eeuw! (zie Van Geuns, 3).

Wij gaan niet herhalen wat elders geschreven staat. Voor hen, die belangstelling hebben voor het tot stand komen van het Geneeskundig Staatstoezicht in ons land (Thorbecke, 1865) en de verdere ontwikkeling van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid in deze eeuw mag verwezen worden naar het boek van A. Querido (Amsterdam) *Een eeuw Staatstoezicht op de Volksgezondheid* (11). Het is een voorrecht als geneeskundig inspecteur van de volksgezondheid in dit Staatstoezicht werkzaam te zijn geweest, omdat er weinig overheidsfuncties zijn waar men zo nauw betrokken is bij de uitvoering der gezondheidszorg en daardoor in staat wordt gesteld adequaat te reageren op maatschappelijke ontwikkelingen. Het woord *toezicht* zou dit niet doen veronderstellen. Het doet nog te veel denken aan de *medische politie* van Frank en Van Geuns. Uiteraard is het de taak van de Overheid toezicht te houden op het handhaven der uitgevaardigde wetten en daarmee op de kwaliteit der zorg. Een treffend voorbeeld hiervan levert de in 1928 tot stand gekomen medische tuchtwetgeving, waarbij de inspecteur een belangrijke rol is toegekend zowel bij het indienen van klachten als bij het toezicht op het handhaven van de ten uitvoer te brengen strafbepalingen.

Een andere vorm van toezicht betreft dat op de Wet tot uitoefening der geneeskunst, waarbij door Thorbecke in 1865 ter bestrijding der kwakzalverij de bevoegdheid tot uitoefening uitsluitend gelegd werd in handen van de artsen. Alle anderen waren hiertoe onbevoegd, overtraden dus de bepalingen der wet en moesten strafrechtelijk vervolgd worden. Het bleek al spoedig, dat de wetsovertreding in massale vorm plaats had, ten dele omdat er, vooral ten plattelande te weinig artsen waren, ten dele door het zoeken van heil in alternatieve geneeswijzen als de resultaten van de reguliere geneeskunst het lieten afweten. De omvang van de onbevoegde uitoefening der geneeskunst was van dien aard, dat een toezicht op de handhaving der wet tot volstrekte onmogelijkheden behoorde. Daarbij kwam, dat, indien vervolging plaats had, de straf dermate mild was, dat zij meer het karakter van reclame kreeg. Toen een inspecteur een verkoper van kastjes tegen *aardstralen* wilde doen vervolgen, zei de ambtsdrager van Justitie, dat hij daaraan niet begon, gezien de ministeries en nog voornamere bewoningen in den lande waar deze waardeloze rommel geplaatst was. De massale wetsovertreding is in de laatste dertig jaar niet veranderd, een schijnbaar paradox verschijnsel in een periode waarin de ontwikkeling van de geneeskunde en de techniek een vooruitgang boekte als zelden tevoren. Op de noodzaak tot wetswijziging en beperking van het artsenmonopolie komen wij later in dit hoofdstuk terug.

Veel belangwekkender dan het handhaven van wetten is voor de geneeskundige inspecteur van de volksgezondheid de ontmoeting met de particuliere organisaties van de gezondheidszorg en vooral met de Kruisverenigingen. Hier is hij niet alleen de waarnemer van het belangrijke werk dezer organisaties maar tevens kan hij als overheidsfunctionaris de initiator en stuwende kracht voor de ontwikkeling van dit werk zijn. Vergeten wij niet, dat de eerste Kruisvereniging in 1875 werd opgericht op initiatief van een inspecteur van het Staatstoezicht ten einde de bevolking actief te betrekken bij de bestrijding van de cholera, waarin

de Overheid zelf tekort schoot.

Het vertrouwen van de Nederlandse Overheid in het particulier initiatief op het gebied van de gezondheidszorg is altijd bijzonder groot geweest. Het klassieke voorbeeld hiervan is nog steeds de tuberculosebestrijding, geheel in handen van het particulier initiatief (en enkele gemeenten), maar de consultatiebureaus niettemin voor praktisch 100% gesubsidieerd door de rijksoverheid. Het resultaat van deze bestrijding in ons land, tuberculose volksvijand no 1 tot tuberculose haast uitgeroeid, unieke ontwikkeling, bewijst het heilzame effect van samenwerking tussen Overheid, regionaal vertegenwoordigd door de inspectie, en het particulier initiatief, vooral gedecentraliseerd in de provinciale Kruisverenigingen. Niet weinig heeft juist deze regionalisatie bijgedragen tot de gunstige resultaten in de gezondheidszorg, waar menig land ons om benijdt.

Toch dient opgemerkt te worden, dat bij de deconcentratie de coördinatie tussen de verschillende inspecties, de geneeskundige- en de geneeskundige inspectie voor de geestelijke volksgezondheid, de inspectie voor de geneesmiddelen, voor de levensmiddelen en voor de milieuhygiëne de laatstgenoemden in 1962 van één tot drie inspecties gesplitst), vaak niet optimaal is en niet geïnstitutionaliseerd. Dit gebrek aan samenwerking in het gedecentraliseerde overheidsapparaat werd ook onvoldoende bevorderd in het centrale apparaat, terwijl ook de coöperatie tussen centraal en perifeer apparaat soms te wensen overlaat. Een ontwikkeling die de homogene functies van een departement kan schaden en de weg kan openen tot onverhoedse aanvallen op departementale structuren, bekend gezelschapsspel tijdens kabinetformaties. De formatie 1982 leverde daarvan een voorbeeld, voorafgegaan door de formatie 1971, waarin de afdeling Volksgezondheid van het Ministerie van Sociale Zaken verheven werd tot afzonderlijk ministerie. Een uitermate kostbare ontwikkeling en onnodig omdat Volksgezondheid, tezamen met Sociale Verzekering en Arbeid binnen Sociale Zaken volkomen op haar plaats was, terwijl een gecoördineerd beleid van de Minister, al of niet met Staatssecretarissen een meer homogeen beleid kan waarborgen dan een samenwerking tussen verschillende departementen. Vorming van nieuwe ministeries bergt het gevaar voor een gedesintegreerd overheidsbestuur in zich, zoals ook de afscheiding van Maatschappelijk Werk van Sociale Zaken in 1952 aantoonde.

Terugkerend tot de vruchten van samenwerking tussen Overheid en particulier initiatief, mag niet verzuimd worden hierbij ook de centrale coöperatie te noemen, o.a. tot stand gekomen in de bij de Gezondheidswet van 1956 ingestelde Centrale Raad voor de Volksgezondheid, nu, in 1982, bij de Wet Voorzieningen en Gezondheidszorg, geworden, de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Verwacht mag worden, dat bij een verdergaande decentralisatie van de Rijkstaken aan lagere publiekrechtelijke lichamen de samenwerking tussen Overheid en particulier initiatief zich ook in de Provinciale Raden voor de Volksgezondheid verder zal ontwikkelen. Ook een meer op elkaar afgestemde coöperatie tussen provincies en gemeenten binnen deze Raden zal de ontwikkeling van de maatschappelijke gezondheidszorg ten goede kunnen komen.

Wij willen dit deel van het hoofdstuk besluiten met een blik te werpen in de keuken van de rijksgezondheidszorg van het ministerie dus. De eerste 15 jaren

van de periode, waarop dit boek zich richt, heb ik als chef-kok en adviseur van de *maitre d'hôtel* mogen functioneren. Graag wil ik U laten proeven van een paar schotels, die in die tijd werden bereid. Mijn keuze valt in de eerste plaats op de wettelijke regeling van het ziekenfondswezen, belangrijkste ontwikkeling in de gezondheidszorg tijdens de eerste kwarteeuw na de Tweede Wereldoorlog. Een ontwikkeling die het instrument moest leveren tot realisering van het grondrecht op gezondheidszorg voor een ieder. De andere schotel, die ik U bieden wil is die, waarbij de Overheid een grote rol zal worden toegekend bij de ordening in het ziekenhuiswezen, eveneens een voorbeeld van veranderende verhoudingen tussen haar en het particulier initiatief.

Beginnen wij met het ziekenfondswezen. Reeds vermeldde we hoe na de Eerste Wereldoorlog met name door Minister Aalberse herhaalde doch vergeefse pogingen werden ondernomen om een wettelijke regeling van de ziektekostenverzekering, aansluitend op de loondervingsverzekering (Ziektewet, 1913), tot stand te brengen. Het ziekenfondswereldje kenmerkte zich helaas in die tijd door tegenstellingen. Een voorbeeld daarvan leverden de voorstanders van een verplichte ziekenfondsverzekering en de tegenstanders, vooral de artsen onder de medewerkers. De plannen voor een verplichte verzekering voor hen die in loondienst werkten en daaruit een inkomen hadden beneden een door de Overheid vast te stellen plafond, werden in de jaren dertig uitgewerkt en lagen op het Departement van Sociale Zaken gereed toen in de meidagen van 1940 de regering het Kanaal moest oversteken. Ogenblikkelijk maakten de Duitsers, ook uit integratie-overwegingen binnen het Derde Rijk, van het vacuum gebruik en in 1941 werd het Ziekenfondsenbesluit ingevoerd. Herhaaldelijk wordt dit in de vakliteratuur vermeld als een Duits besluit. Dit is maar ten dele juist. Wel is het in bezettingstijd tot stand gekomen, maar dank zij de waakzaamheid, deskundigheid en moed van de toenmalige directeur-generaal van de volksgezondheid, Dr. C. van den Berg, volgde dit Besluit de grote lijnen, die in het ontwerp op Sociale Zaken gereed lagen, een Nederlands ontwerp derhalve.

De bevrijding in 1945 betekende voor het Nederlandse Ziekenfondswezen nog lang geen bevrijding. Het uit de bezetting daterende Besluit moest door een Wet vervangen worden, maar het zou 1965 worden voordat de Ziekenfondswet in het Staatsblad verscheen. Zo groot waren de tegenstellingen. De hiervòòr geschetste verplichte verzekering uit het Besluit werd gehandhaafd en het verstrekkingspakket breidde zich uit, o.a. met sanatoriumverzekering naast ziekenhuisverzekering. Maar het was vooral een uitbreiding van de verplichte verzekering (met als einddoel een algemene volksverzekering?), die de artsen huiverig maakte voor deze ontwikkeling. Graag handhaafden zij de particuliere praktijk, waarbinnen werkzaam tegen verrichtingstarief (spreekuur, huisbezoek) tegenover het abonnementshonorarium binnen de ziekenfondsverzekering. Stemmen werden beluisterd dat dit laatste honoreringstelsel de motivering tot een goede praktijkvoering niet zou bevorderen en een aanleiding zou kunnen vormen tot een (te) spoedige verwijzing naar de specialist. Deze vrees is in menig geval bewaarheid en heeft niet zelden tot zware belasting in de specialistische praktijk aanleiding gegeven. En tot een sterke verhoging in de kosten van de gezondheidszorg.

Maar ook binnen het stelsel van de abonnementshonorering was de hoogte van deze honoraria menigmaal onderwerp van ernstig geschil tussen de medewerkers en de ziekenfondsbesturen, waarmee de overeenkomsten moesten worden gesloten. Naar aanleiding hiervan beluisterde men uit het publiek, zelfs wel uit het Parlement, de stem: hadden we hier ook maar een Nationale Gezondheidsdienst naar Engels model, dan zijn we van alle narigheid af. Publieke stemmen kenmerken zich niet altijd door deskundigheid. De Engelse National Health Service Act van 1946 was geen exportartikel, omdat aldaar een voorziening getroffen werd ter vervanging van de *Poor-law medicine*, waarvoor Engeland berucht was en zich voor schaamde. Als uitvloeisel van het Atlantic Charter (1941) en het Plan Beveridge (1942) zou dan eindelijk iedere burger in het Verenigd Koninkrijk die geneeskundige hulp kunnen krijgen die hij behoefde. Welnu, als men bedenkt dat in ons land het ziekenfondsstelsel al bijna een eeuw in groeiende mate in deze mogelijkheid voorzag, als men dan weet dat in 1940 reeds 40% van onze bevolking vrijwillig bij een ziekenfonds verzekerd was, welk percentage groeide tot ruim 70% na de invoering van de verplichte verzekering voor werknemers, dan wordt het duidelijk dat wij geen enkele behoefte hadden aan het Engelse systeem. Nog afgezien van de opstand die we mochten verwachten als ook wij, gelijk aan Engeland, tot nationalisatie van de ziekenhuizen zouden overgaan. En dande naïviteit van de publieke stem, die meende dat men met de invoering van een Nationale Gezondheidsdienst van alle strijd met medewerkers verlost zou zijn. Deze stem wist blijkbaar niet dat de Engelse Minister van Volksgezondheid, Bevan, zijn wet van 1946 pas in 1948 kon invoeren omdat onder bedreiging van staking de huisarts niet in ambtelijk verband aan de uitvoering van de wet wenste mee te werken. De publieke stem kon toen nog niet weten, dat artsenstaking nog menigmaal de Engelse regering en het volk boven het hoofd zou hangen en dat staking van ziekenhuispersoneel in 1982 een realiteit zou worden. Geen behoefte dus aan een National Health Service in ons land, ons ziekenfondsstelsel was in staat de invoering van een wettelijke ziektekostenverzekering op te vangen.

Reeds wees ik er op, dat het na 1945 nog twintig jaar zou duren, voordat een wettelijke regeling van het ziekenfondswezen tot stand kwam, maar dat intussen in de ontwikkeling toch voortgang geboekt werd. Als zodanig moet zeker het tot stand komen van de Ziekenfondsraad (1949) genoemd worden. In dit adviserende en toezicht houdende orgaan namen werkgevers en werknemers plaats, ziekenfondsen en medewerkers en de Overheid met de door haar aan te wijzen leden. In veel politiek-maatschappelijke vraagstukken van gezondheidszorg bracht de Raad belangrijke adviezen uit. Moeilijker dan ooit te voren heeft de Ziekenfondsraad het in de huidige tijd van economische crisis wanneer ook het ziekenfondswezen meegesleurd wordt in de lawine van noodzakelijke bezuinigingen. Vergeten we niet, dat in de bijna dertig miljard jaarlijkse uitgaven voor de gezondheidszorg, de collectieve sector (de ziektekostenverzekering) meer dan 3/4 van de kosten moet torsen en dat het vooral dit sociale zekerheidsbeleid is geweest, dat het percentage van het Bruto Nationaal Product uitgegeven voor de gezondheidszorg deed stijgen van ruim 3% in 1953 tot bijkans 9% in 1983. Hoe en waar te bezuinigen in deze uitgaven? Verlaging van

de tarieven voor de medewerkers, beperkingen in het verstrekkingenpakket, bijbetalingen op verstrekkingen, ziedaar enige voorbeelden van bezuiniging die premieverlaging mogelijk maken. Maar aan verkregen rechten is het moeilijk tornen, de discussie over de eigen bijdrage voor geneesmiddelen bewijst het. Toch zou dit geen bedreiging voor de volksgezondheid betekenen, het voorbeeld van Engeland dertig jaar tevoren heeft het bewezen. Toen in 1952 de Tories de plaats van Labour innamen werd de eigen bijdrage voor geneesmiddelen ingevoerd. Gevolg: eerste jaar een daling van de farmaceutische consumptie maar daarna weer dezelfde stijgende lijn van weleer. Dus geen remmende werking, geen *tiquet modérateur* zoals de eigen bijdrage een halve eeuw geleden genoemd werd. Maar wel geld in het laatje van de Regering, waar het om te doen was. Als beperking van het verstrekkingenpakket is o.a. voorgesteld de contraceptiva niet meer als ziekenfondsverstrekking te verlenen. Zou deze maatregel een bedreiging kunnen vormen voor het snel bereiken van een demografisch stabiele bevolking in ons land? Voor onze autochtone bevolking, die heeft leren leven met een geboortenregelend gedrag, lijkt mij een dergelijke maatregel niet bezwaarlijk. Wel echter voor de allochtone bevolkingsgroepen wier geboortenregelend patroon nog niet is aangepast. Vandaar het risico van een niet gewenste bevolkingsgroei als men nu al het anticonceptivum uit het verstrekkingenpakket zou verwijderen.

Historische ontwikkeling vormt vaak een geschikte bodem om het anker van nieuwe organisatie in te laten zakken. De ontwikkeling van ons ziekenfondswezen bewees dit. Maar soms is de bodem verhard, zodat het anker niet pakt. Dit beeld doemt op als ik denk aan de moeizame pogingen een verbinding tot stand te brengen tussen het ziekenfondswezen en de Kruisorganisatie, beide uit het particulier initiatief voortgekomen, beide ook peilers van de Nederlandse gezondheidszorg. Een voorbeeld: huisartsenhulp wel in het verstrekkingenpakket, de verpleegkundige hulp (Kruisvereniging) niet, terwijl het vaak juist deze bijstand is, die de thuisverpleging mogelijk maakt en ziekenhuisopneming kan voorkomen. Een enkel ziekenfonds had voor al zijn verzekerden de Kruishulp in de aanvullende verzekering gebracht, een wijs beleid dat helaas weinig navolging vond. Aan het einde van de jaren zeventig besloot de Overheid de verstrekkingen van de Kruisverenigingen in de AWBZ-verzekering te brengen, een maatregel waartoe mede besloten werd door de toenemende financieringsproblemen waarin de Kruisverenigingen waren geraakt. Contributies en subsidies konden de snel stijgende uitgaven niet meer dekken. En dan brengt de Overheid dit probleem maar ten laste van de sociale zekerheid, de bron die onuitputtelijk leek, maar toch bleek te kunnen droog vallen (1982).

Ik zegde toe U van een tweede schotel uit de departementale keuken te laten proeven, het ziekenhuiswezen. Mag ik, gelijk in een klinische les, beginnen met casuïstiek. Provinciestadje, overwegend protestantse bevolking, sinds tientallen van jaren een uitstekend functionerend Rooms-Katholiek ziekenhuis met een overwegend niet-katholieke medische staf. De Protestantse burgemeesters in de regio maken zich sterk, gesteund door hun kerken, een tweede ziekenhuis, uiteraard op protestantse grondslag, te gaan bouwen. Het zou betekenen de ondergang van één van de twee ziekenhuizen. Heel veel tijd en energie kostte het

de toenmalige directeur-generaal van de volksgezondheid deze ontwikkeling te voorkomen. De Protestantse bevolking kwam aan haar trekken door de bouw van een verpleeghuis, toch eigenlijk ook een ziekenhuis, zoals de Engelsen zegen een *long-term hospital* of *chronic-ill hospital*. Meer succes had de bevolking van Protestantse huize elders in het land waar, met steun van kerken en politici, in een regio met voldoende ziekenhuisbedden toch nog een streekziekenhuis van eigen kleur werd gebouwd. En dit succes hadden ook een chirurg en een internist, die uit een oude timmerfabriek een ziekenhuis van eigen confessie lieten bouwen, ook nu weer in een streek waar goede ziekenhuisvoorziening aanwezig was.

De voorbeelden tonen aan, hoe nodig het was orde op zaken in de ziekenhuiswereld te scheppen. Uit de ervaringen van onderlinge concurrentie, voornamelijk tussen groepen van verschillende confessionele signatuur, werd het duidelijk dat zonder ingrijpen van de Overheid en het stellen van normen voor bouw en beheer geen economisch verantwoord beleid was te voeren. Een beperkte invloed had de Overheid na de Tweede Wereldoorlog door de meestal noodzakelijke medefinanciering in de ziekenhuisbouw (de zogenaamde onrendabele top) en de toewijzing van materiaal. Zij had echter geen wettelijke bevoegdheid de noodzaak van de bouw te beoordelen, noch haar oordeel te vellen over omvang en aard der inrichting en aanschaf van kostbare apparatuur. Deze bevoegdheid werd pas verkregen door invoering van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (1971). Men mag gerust stellen, dat reeds een kwart eeuw eerder aan deze geleide economie door de Overheid behoefte bestond, maar de liefdadigheid was er nog niet rijp voor. Waar beter dan in het ziekenhuis, het oude Godshuis of gasthuis, kon de Charitas gepleegd worden? Maar wel voor een groot deel op kosten van de belastingbetaler. En als dan in de zware economische crisis van deze tachtiger jaren het aantal ziekenhuisbedden noodzakelijk beperkt moet worden, dan is dit niet een onredelijk overheidsingrijpen. Zij, die nu *ach en wee* roepen mogen bedenken, dat zij en hun voorgangers het waren die nu deze regeringsmaatregel noodzakelijk maakten. Wild- en scheefgroei vragen om correctie. De tijd is voorbij liefdadigheid te plegen op andermans kosten. Minder bedden, kortere opnameduur, meer poliklinische verrichtingen, een trias dat sanering in de ziekenhuiswereld kan brengen. Als voorbeeld: reeds in 1956 nam ik in een Schots ziekenhuis waar, dat alle patiënten die aan een liesbreuk geopereerd waren, 's avonds weer naar huis konden terugkeren. En in ons land moesten zij tenminste een week opgenomen worden. Het was niet de bekende grap over de zuinige Aberdonian.

Tot slot van dit deel over ziekenhuizen een korte opmerking over de Academische ziekenhuizen. Twee honden Onderwijs en Wetenschappen en Volksgezondheid, vechten sinds jaar en dag om dit been zonder dat tot nu een derde ermee heen liep om orde te scheppen in deze complexe wereld van gezondheidszorg, onderwijs en wetenschapsbeoefening. Ik meen, dat de aanstelling van een Regeringscommissaris voor het tot stand komen van een geïntegreerd beleid ten aanzien van de universitaire ziekenhuizen, wenselijk is.

Als men mij vraagt met welke ziektebestrijding het volksgezondheidsbeleid tussen 1950 en 1980 het sterkst geconfronteerd is geweest, dan zijn dit de tuber-

culose- en de kankerbestrijding geweest. Wat de tuberculose betreft, het resultaat was, zoals eerder vermeld, onvoorstelbaar gunstig, ook als resultaat van de snel verbeterende voedingstoestand van onze bevolking. Als methodologie van bestrijding bleek de vroege opsporing door röntgenologisch borstonderzoek van de bevolking gunstige resultaten op te leveren. Het onderzoek was vrijwillig maar het pleit voor de *health education* van onze bevolking dat zo velen ervan gebruik maakten. Door de vroege opsporing was ook snelle afzondering van de besmettingsbronnen mogelijk. Ook met de medicamenteuze therapie boekte men belangrijke successen en vooral de behandeling met INH leidde ertoe dat nu nog maar weinigen voor tuberculose hoeven te worden opgenomen. De besmettelijkheid verdwijnt bij deze therapie meest snel.

Toen de beleidsvraag aan de orde kwam of het bevolkingsonderzoek moest worden voortgezet nu praktisch geen nieuwe tuberculosegevallen meer werden ontdekt en deze kostbare organisatie voor de tuberculosebestrijding in feite economisch niet meer verantwoord was, werd naar mijn mening terecht besloten dit onderzoek te staken. Met name was er onvoldoende reden het onderzoek voort te zetten voor de opsporing van longkanker. Helaas zijn de resultaten van behandeling dezer ziekte nog zo teleurstellend, dat een systeem van vroege opsporing hierop weinig of geen invloed kan hebben.

Hiermee komend aan de kankerbestrijding moeten wij vaststellen, dat de wetenschap over het ontstaan van kanker slechts langzaam vordert. Naarmate de veroudering van de bevolking en de nadelige invloed van milieufactoren, waaronder de consumptie van tabaksartikelen en het zogenaamde passief roken, de morbiditeit doen stijgen, neemt de belangstelling van de bevolking voor de kankerbestrijding toe. Deze werd ook in het bijzonder gestimuleerd door de oprichting van het Koningin Wilhelmina Fonds in 1948. De vraag wordt wel gesteld of aan dit soort fondsen, zoals ook het Prinses Beatrix Poliofonds (1956) nog behoefte bestaat en of hier niet veeleer voor de Overheid een taak is weggelegd. Natuurlijk heeft de Overheid een taak, met name ten aanzien van het wetenschappelijk onderzoek. Maar het is goed dat de particuliere fondsen blijven bestaan omdat zij de bevolking in staat stellen uit eigen initiatief en niet via het belastingbiljet bij te dragen in de bestrijding van volksziekten. De Emmabloemcollecte voor de tuberculosebestrijding gaf hiervan een lichtend voorbeeld in de eerste helft van deze eeuw. Wel moeten de gelden van de fondsen goed besteed worden. Als bijvoorbeeld gesteld wordt dat door een bepaald dieet kanker kan worden voorkomen of zelfs worden genezen en door een verantwoord wetenschappelijk onderzoek deze stelling vroeger reeds werd weerlegd, dan is het onverantwoord voor het fonds in een nieuw jarenlang durend onderzoek, waarvan het resultaat niet zal afwijken van het eerder ingestelde onderzoek, miljoenen te investeren, ook al dringen de contribuanten daarop aan.

Financiering van wetenschappelijk onderzoek. In zekere zin heeft ook hier de Overheid haar plicht afgewenteld op de sociale zekerheid door hieruit de middelen te doen verschaffen aan het Praeventiefonds ter voorkoming van ziekte en ter bevordering van de volksgezondheid. Met grote kundigheid heeft het bestuur van dit fonds in het verleden ook wetenschappelijk onderzoek gesteund. Wetenschap. Veel zijn wij in de gezondheidszorg verplicht aan de voortgang in

de wetenschap, de geneeskunde en haar zusterwetenschappen, de fysica, chemie, biologie en de technische wetenschappen. Maar vergeten wij nimmer dat toepassing van wetenschap slechts mogelijk is als de vruchtbaarheid van de maatschappelijke bodem waarop een volk leeft, het mogelijk maakt dat het zaad der wetenschap wortel schiet. Zolang armoede, honger en onkunde het beeld van een samenleving beheersen, zal men geen vruchten van wetenschap kunnen plukken.

1.5. In de Toga

Aansluitend op de volzinnen aan het slot van de hieraan voorafgaande paragraaf, gericht tot hen die menen, dat de gezondheidstoestand van het volk het resultaat is van de *geneeskundige wetenschap*, wil ik hier de woorden van de Utrechtse hoogleraar Donders, uitgesproken in het midden van de vorige eeuw, aanhalen: "...dat die groote invloed ten goede, die de geneeskundigen op de maatschappij behooren uit te oefenen, alleen erlangd kan worden door hun gemeenschappelijke krachtvolle behandeling der sociale belangen." De Duitse patholoog-anatoom Virchow was hem in deze uitspraak al voorgegaan, door in 1848 te stellen, dat de geneeskunde de artsen op het sociale terrein brengt, waar zij de natuurlijke pleitbezorgers van de armen zijn. (13) In het zelfde jaar was het de Fransman Jules Guérin(5), die als eerste sprak over *médecine sociale*. En nog een jaar eerder had Neumann gesteld, dat geneeskunde eigenlijk een sociale wetenschap is.

Ondanks deze erkenning van de relatie tussen maatschappij en gezondheid in het midden van de vorige eeuw zou het nog honderd jaar duren, voordat in Nederland aan de universiteiten de wens ging leven door vestiging van leerstoelen ook aandacht aan de sociale geneeskunde te schenken. Hetgeen niet betekent, dat er voordien geen *sociaal-geneeskundigen* in ons land waren. Hoewel hij zichzelf niet als zodanig aankondigde mag als grondlegger van de sociale geneeskunde in ons land beschouwd worden Samuel Senior Coronel, die door zijn talrijke studies in de vorige eeuw aantoonde hoezeer de leef- en arbeidsomstandigheden van invloed waren op de gezondheidstoestand van het arbeidersgezin (zie Bergrink, 2).

Wel waren er reeds in de vorige- en in deze eeuw leerstoelen voor hygiëne of gezondheidsleer gevestigd, maar als men nagaat, dat in het voortreffelijke, 800 bladzijden tellende leerboek Gezondheidsleer van de hoogleraar Saltet (Amsterdam, 12), het woord armoede niet éénmaal voorkomt, dan is het duidelijk dat de op de biologie en de techniek berustende hygiëne een geheel andere inhoud heeft dan de leer die zich richt op de bestudering van de invloed der maatschappelijke structuur op gezondheid en ziekte.

De eerste leerstoel voor sociale geneeskunde in ons land werd reeds in 1918 te Utrecht gevestigd maar werd bezet door een arts voortgekomen uit de ongevalgeneeskunde (Rijksverzekeringbank) en de gerechtelijke geneeskunde. De algemeen maatschappelijke vraagstukken kwamen niet aan de orde, het onderwijsvak was niet verplicht, de belangstelling der studenten minimaal. Het was

een ongelukkige start en het was wellicht mede hieraan te wijten, dat het nog meer dan dertig jaar zou duren voor de andere universiteiten het initiatief namen tot vestiging van leerstoelen voor sociale geneeskunde.

De bezetters van deze leerstoelen hadden het de eerste jaren niet gemakkelijk; er waren klinici die zich onwaardig en oncollegiaal tegenover hun collegae in de sociale geneeskunde gedroegen. Wel droeg deze houding ertoe bij, dat de sociaal-geneeskundige zich er goed van bewust werd dat hij zich als wetenschapsbeoefenaar had op te stellen, wilde hij zich in de faculteit kunnen handhaven. Het is daarom nodig een begripsbepaling van de sociale geneeskunde te geven. Men komt er niet meer mee, zoals Baart de la Faille het in zijn Utrechtse oratie (1) stelde, de sociale geneeskunde het grensgebied te noemen tussen de geneeskundige en sociale wetenschappen, noch door de omschrijving van Grotjahn (4), dat het al datgene omvat, dat de socioloog in de geneeskunde interesseert en waarvoor de medicus belang stelt in de sociale wetenschappen. Er zullen weinig hoofdstukken zijn in de geneeskunde die het privilege hebben genoten met zoveel definities, in binnen- en buitenland, gesierd te zijn als de sociale geneeskunde. De Sociaal-Wetenschappelijke Raad van de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen aanvaardde in 1966 de volgende definitie van zijn lid Muntendam:

"De Sociale Geneeskunde is dat deel van de geneeskunde, dat de wisselwerking met betrekking tot gezondheid en ziekte tussen mens en milieu, in materiële en immateriële zin, tot onderwerp van studie heeft, evenals de middelen ter beïnvloeding van deze wisselwerking tot behoud, bevordering en herstel van gezondheid als tot voorkoming en bestrijding van ziekte."

In deze definitie, die een dertigjarige tijd van wording doormaakte, staan de mens, zijn omgeving en gezondheid centraal. Men zou deze wetenschap ook met het Engelse begrip *Health Science* kunnen aanduiden en aan sommige universiteiten spreekt men dan nu ook van Gezondheidskunde. Onderstreept moet worden dat, hoe men dit deel van de geneeskunde ook wil noemen, het onderzoek op dit terrein de wetenschappelijke grondslag dient te vormen voor het te voeren beleid in de zorg voor de volksgezondheid. De combinatie van een buitengewoon hoogleraarschap in de sociale geneeskunde met een topfunctie in de gezondheidszorg (voorheen te Leiden en Rotterdam) bleek bijzonder vruchtbaar te zijn, zowel voor het beleid in de gezondheidszorg als voor de universitaire functie.

Helaas moet men vaststellen dat de maatschappelijke gezondheidszorg vaak weinig wetenschappelijk onderbouwd is. Om het duidelijker te stellen: beperkt is het onderzoek naar de doeltreffendheid van de gezondheidszorg en naar mogelijkheden tot verbetering. Maar ook het onderzoek naar de gezondheidstoestand van de bevolking en naar de bedreiging van de gezondheid bijvoorbeeld door leefgewoonten waaronder voeding, drinken, roken, lichaamsbeweging een rol spelen, is ten enenmale onvoldoende. Onvoldoende toegepast wordt de methode van de epidemiologie, die bij het sociaal-geneeskundig onderzoek een centrale plaats dient in te nemen. Onder epidemiologisch onderzoek verstaat men het onderzoek dat zich bezighoudt met de bestudering van het verband

tussen de verbreiding van bepaalde anatomische, fysiologische, psychologische of pathologische kenmerken, verschijnselen of afwijkingen en de oorzaken, welke aan deze verbreiding ten grondslag liggen (Muntendam, 10). Belangrijke voorbeelden van epidemiologisch onderzoek zijn geweest het vaststellen van verband tussen roken (vooral van sigaretten) en longkanker en van de fluorconcentratie van het drinkwater en het optreden van tandbederf. Het eerste voorbeeld opende de mogelijkheid voor de overheid te waarschuwen voor het roken (kon men dit de industrie wel aandoen?), het tweede leidde tot fluoridering van drinkwater. Maar toen daarvoor de Waterleidingwet gewijzigd moest worden, was de minister niet van de partij. De politieke tegenstand had het gewonnen van de gezondheidsbelangen, een niet al te ongewoon verschijnsel, culminerend in de kabinetsformatie van 1982.

De hiervoor genoemde definitie van sociale geneeskunde geeft duidelijk aan dat we met geneeskunde te maken hebben. Dit wil niet zeggen, dat men in de wetenschappelijke staf van een instituut voor sociale geneeskunde ook niet vertegenwoordigers van andere disciplines kan opnemen. Maar men hoede zich voor een overmaat aan *welzijnswerkers*, waardoor de aandacht voor natuurwetenschappelijk onderzoek naar gezondheid en ziekte, naar curatieve en preventieve maatregelen kan worden afgeleid. Een ontwikkeling die ook een efficiënt beleid in de gezondheidszorg zou kunnen bedreigen.

In de titel van deze paragraaf is de toga aangekondigd. Men kan in dit kledingstuk ook in universitaire bestuurlijke functies terecht komen en trachten een bijdrage te leveren aan ontwikkelingen in het universitair functioneren. Niet altijd ontwikkelingen die men de overheid in dank heeft afgenomen. Zo werd de Wet op de Universitaire Bestuurshervorming (WUB) in haastige spoed en mede als *barricade-effect* (Berkeley, Parijs, Amsterdam) in de tweede helft van de jaren zestig in elkaar getimmerd en ingevoerd: exit voor de colleges van curatoren met hun eeuwenoude traditie, optreden van de democratisch gekozen en samengestelde bestuurscolleges op verschillend niveau. Maar ook een complete administratieve chaos door de kilo's papier die beschreven en besproken moesten worden. Inspraak vooral en met name een woordenstroom van studenten in rechte evenredigheid aan het aantal jaren van inschrijving aan de universiteiten. Nog geen twee fasestructuur, waarvoor echter in die jaren de grondslag werd gelegd door het plan van de regeringscommissaris Prof. Posthumus. Wel een overvloedige stroom aan studiebeurzen. De tol aan de democratisering betaald was hoog. Maar wat de opleiding tot de gezondheidszorg betreft, meen ik te mogen stellen dat de faculteiten der geneeskunde zich in het algemeen redelijk wisten aan te passen aan de gevolgen der revolutie.

Maar in deze faculteiten zag men zich gesteld voor een ander ernstig probleem, de overbevolking aan studenten, een overmacht die de onderwijsinstellingen niet konden verwerken, ook niet met verkorting van de studieduur. Vanwaar deze abnormale toevloed? De *babyboom* van 1945 en volgende jaren was één oorzaak, de ruime toepassing van studiebeurzen en een te verwachten toekomst van een goed gesmeerde en belegde boterham in het medische vak, waren andere oorzaken. Hoe deze stroom te keren vóórdat de geboortendaling de toeloop van studerende tot de universiteiten in de tweede helft van de jaren tachtig zal

verminderen. Invoering van een wettelijk geregelde numerus fixus zou de uitweg moeten bieden. Maar welke criteria voor de toelating tot de medische studie te stellen? Goed overwogen voorstellen als beoordeling op grond van cijfers in het laatste schooljaar en/of op het eindexamen, met name voor de B-vakken, werden afgewezen, zelfs in het parlement. Het drama eindigde in de loterij. Schandelijke wijze van omspringen met de verstandelijke vermogens van onze jeugd, immoreel. Een inmiddels opgerichte achtste medische faculteit helpt de stroom te keren, een faculteit niet uit behoefte geboren, maar als vrucht van politiek overspel. Ongewenste zwangerschap?

De toga uit, even naar buiten.

1.6. Naar buiten

Als men in overheidsfunctie de gezondheidszorg tracht te dienen is men verplicht zijn blik naar buiten te richten en 's lands grenzen te overschrijden. Wij richten daarom nu onze schreden voor een ogenblik naar Genève, vestiging van de Wereldgezondheidsorganisatie. Indrukwekkende resultaten heeft deze Organisatie bereikt, vooral op het gebied van besmettelijke ziektenbestrijding. Ik noem de uitroeiing van pokken door wereldwijde vaccinatie, waartoe ook ons land zijn bijdrage leverde door in ruime mate vaccin (Rijksinstituut voor de Volksgezondheid) ter beschikking te stellen. Niet ieder programma van de W.G.O. leidde tot een gunstig resultaat. De met fanfare aan het einde der jaren vijftig aangekondigde campagne tot uitroeiing van malaria werd een mislukking, hoewel toch een niet onbelangrijk aantal landen malariavrij werd. Hetgeen in sommige ontwikkelingslanden weer tot andere problemen aanleiding gaf, namelijk een sterke bevolkingsgroei door daling van de sterftecijfers en gelijk blijvende geboortencijfers. Het grote probleem van de wereldbevolkingsgroei waartegenover de W.G.O. lange tijd, te lang, een afstandelijke houding innam. Het speelde in 1960 tijdens de Algemene Vergadering van de W.G.O. in New Delhi. Het verzoek van enkele Scandinavische landen om een punt aan de agenda toe te voegen over de taak van de Organisatie met betrekking tot het probleem van de bevolkingsgroei, werd afgewezen onder de bedreiging dat als het gebeurd zou zijn de (Katholieke) landen Ierland en Italië de Assembly zouden hebben verlaten. Reeds tientallen jaren had de Overheid van India het bevolkingsvraagstuk met hoogste prioriteit in haar regeringsprogramma geplaatst en daarvoor ook de technische bijstand van de W.G.O. ingeroepen. Deze werd verleend in de vorm van voorlichting, namelijk om de bevolking te leren hoe de geboortenregulering methodiek van de periodieke onthouding toe te passen. De technische middelen waarvan men zich bij deze analphabete bevolking meende te kunnen voorzien waren telramen met rode en met blauwe kralen. Het was dan ook wel begrijpelijk, dat de oud-directeur-generaal (de eerste) van de UNESCO, Sir Julian Huxley, in het boek *Population Crisis and the Use of World Resources* (1964) de volgende woorden schreef (6):

"....one of the greatest scandals of the present century is that owing to the pressure, mainly from Roman Catholic countries, the World Health Organi-

zation has not been allowed even to consider the effects of population density on health in its deliberations."

In 1962 had de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties aandacht gevraagd voor de relatie tussen bevolkingsgroei en economische en sociale ontwikkeling, vooral in de ontwikkelingslanden. Nederland zou in de volgende jaren een belangrijke rol op dit punt gaan spelen. Van 1964 - 1966 had ons land namelijk zitting in de Uitvoerende Raad van de W.G.O. en onze vertegenwoordiger in de Raad zorgde ervoor, dat in de Algemene Vergadering van 1965 eindelijk een afzonderlijk agendapunt was gewijd aan het Wereldbevolkingsvraagstuk en aan de taak, die de W.G.O. in deze had te vervullen. Dat mondiaal in de jaren zestig in toenemende mate aandacht aan het bevolkingsvraagstuk werd geschonken, was mede toe te schrijven aan de contraceptiva die op de markt kwamen. Zelden heeft de farmaceutische industrie, ook in ons land, een grotere rol gespeeld in de sociaal-economische ontwikkelingen als door het scheppen van de technische middelen tot betrouwbare geboortenregeling. De mensen werd de mogelijkheid geboden zelf verantwoordelijkheid te dragen voor hun gezinsvorming, een eigen verantwoordelijkheid waarop zij recht hebben. Dit recht werd door de Nederlandse delegatie op de Internationale Conferentie over Mensenrechten van de V.N. (1968 Teheran) in de eindproclamatie als een afzonderlijk artikel ingelast, waarbij duidelijk werd gesteld, dat Kerk noch Staat inbreuk op deze zelfverantwoordelijkheid van de Ouders hebben te maken. Wel is het dan de plicht van de Overheid - de ECOSOC sprak dit nadrukkelijk uit - ervoor zorg te dragen, dat de burgers deze verantwoordelijkheid dan ook zullen kunnen dragen, o.a. door het verstrekken van voorlichting en door het verkrijgbaar stellen van de nodige technische middelen. Het was in het licht van deze uitspraak, dat bijvoorbeeld in ons land *de pil* werd opgenomen in het verstrekkingenpakket van de ziekenfondsen.

De snelle bevolkingsgroei, vooral in de ontwikkelingslanden waar groeipercentages van 3 - 4% geen uitzondering waren, verkreeg grote belangstelling in de westerse wereld. In de eerste plaats omdat het duidelijk werd, dat bestrijding van de armoede in de ontwikkelingslanden bij deze bevolkingsgroei tot de onmogelijkheden behoorde, ja integendeel dat hierdoor de kloof tussen arm en rijk zich steeds verder verbreedde en verdiepte. En voorts omdat in de bezitten-de wereld het gebruik van de anticonceptiva een zodanige omvang kreeg, dat de geboortedaling snel verliep en in sommige landen niet alleen spoedig tot een negatief geboortenoverschot zou leiden, maar ook tot een geboortencijfer dat het vervangingsniveau beneden de 1 zou doen dalen. Ook in Nederland was er een groeiende belangstelling voor het vraagstuk van de wereldbevolkingsgroei. In de zomer van 1966 organiseerde de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen een tweedaags symposium onder de titel *De Mens in dichte packing* (9). Eén van de inleiders, sprekend over de bevolkingsgroei in relatie tot de volksgezondheid, besloot zijn rede met de alarmerende woorden:

" De Wereldbrand is uitgebroken, de brandschel heeft geluid. Het uur van hulpverlening in de sector gezondheidszorg is aangebroken, ook voor Nederland."

Het was deze leider, die in 1965 als regeringsvertegenwoordiger terugkerend

van de Wereldbevolkingsconferentie te Belgrado de aandacht van de Nederlandse regering vroeg voor de achterstand van de demografie als wetenschap in ons land. Dit verslag had tot resultaat, dat in 1970 het Nederlands Interuniversitair Demografisch Instituut (NIDI te Voorburg) tot stand kwam. Reeds spoedig nam dit Instituut internationaal een vooraanstaande plaats in, zo bijvoorbeeld bij de Raad van Europa, de Population Commission van de V.N. en het Wereldfertiliteitsonderzoek. Maar niet minder belangrijk bleek de nationale invloed van het NIDI te zijn. Door de voorlichting en de wetenschappelijke publicaties wist het instituut de aandacht van de regering te wekken voor de demografie als conditioneel element voor toekomstig bestuurlijk beleid, hetgeen de volgende paragraaf hoopt aan te tonen.

1.7. In de Commissies

Men kan niet ontkennen, dat Overheidscommissies een verschillende functie kunnen vervullen. De *kapstok* is geen uitzondering, de Overheid wil enkele jaren rust en wacht dan graag op het advies van een commissie. Gelukkig is dit geen regel en aan de hand van een paar voorbeelden van actuele betekenis wordt aangetoond, dat ook commissies worden ingesteld ter bestudering van zaken die een rol spelen of moeten spelen in het beleid van de regering. Het eerste voorbeeld hierna te beschrijven sluit aan op het einde van de vorige paragraaf.

In 1972 werd een Staatscommissie ingesteld ter bestudering van het bevolkingsvraagstuk in Nederland. Deze commissie had tot opdracht een onderzoek in te stellen naar de te verwachten ontwikkeling van de Nederlandse bevolking in omvang en samenstelling en de gevolgen van deze demografische ontwikkeling voor de gezondheidstoestand van de bevolking. De jaren aan de instelling dezer commissie voorafgaand hadden zich gekenmerkt door vrees voor voortgaande bevolkingsgroei in ons land. Een groei die zich na de Tweede Wereldoorlog had gemanifesteerd in een tempo als niet eerder waargenomen.

Tabel (C.B.S.)

Bevolking in miljoenen	Jaar
5	1897
10	1949
11	1957
12	1963
13	1970
14	1979

Een halve eeuw was nodig voor de groei van 5 op 10 miljoen, slechts dertig jaar om van 10 op 14 miljoen te komen. De *babyboom* na de oorlog werkt lang tot in het midden van jaren zestig. De jaren, waarin het woord *overbevolking* op aller lippen komt, begrijpelijk als men daarbij bedenkt, dat Nederland het

dichtsbevolkte land van Europa is. Het waren ook de jaren, waarin het Centraal Bureau voor de Statistiek ons de voorspelling levert, dat we de eeuwwisseling zullen vieren met 21 miljoen Nederlanders. Men baseerde deze prognose op de groei die men waarnam. Acht jaren waren nodig geweest om van 10 op 11 miljoen inwoners te komen, slechts zes om dan op 12 en vervolgens op 13 miljoen te komen. Het bericht dat een *pil* op de markt zou komen bereikte kennelijk de Nederlandse vrouwen sneller dan de ambtenaren van de statistiek, die gedwongen waren vanaf 1970 hun voorspellingen drastisch bij te stellen. De prognose is nu dat we met ruim 15 miljoen ingezetenen het jaar 2000 zullen ingaan. De voorbereidingen tot instelling van de staatscommissie dateren uit de jaren zestig, mede in navolging van de Amerikaanse bevolkingscommissie. De vraag rees, ook binnen de commissie, of de urgentie nog wel aanwezig was toen in het begin van de zeventiger jaren het geboortencijfer drastisch begon te dalen. Het antwoord luidde, dat de ratio voor de opdracht onverminderd aanwezig was. In de eerste plaats was het niet te voorspellen of de daling in de geboortencijfers zich zou voortzetten. Het was bijvoorbeeld mogelijk, dat schadelijke nevenwerkingen van het pilgebruik aan de dag zouden treden. Voorts was het duidelijk, dat de bevolkingsgroei zich ondanks de geboortendaling, zij het in vertraagd tempo, tot het jaar 2000 zou voortzetten omdat het abnormaal hoge aantal geborenen van de jaren 1946 en volgende nu in de voor de voortplanting vruchtbare jaren aankwam. Een andere reden tot voortgaande bevolkingsgroei leverden de buitenlandse arbeiders en andere immigranten met hun gezinnen, bij wie het patroon van de gezinsvorming duidelijk verschilde van dat der autochtone Nederlandse bevolking. Tenslotte vormden de publieke opinie-onderzoeken nog een reden om het voorgenomen onderzoek te laten doorgaan. In toenemende mate bleek bij het Nederlandse volk het gevoelen te leven in een land te wonen dat steeds duidelijker de verschijnselen vertoonde van overbevolking. Op het gebied van milieu, verkeer, recreatie en volkshuisvesting manifesteerden zich deze symptomen in het bijzonder.

Nadat de commissie in 1973 een interimrapport had uitgebracht kwam zij in 1977 met haar taak gereed. Reeds in haar eerste rapport komt de commissie tot de conclusie, dat van een voortgezette bevolkingsgroei meer nadelen dan voordelen zijn te verwachten. Eveneens stelt de commissie in het interimrapport vast, dat de regering voor haar beleidsbepaling op langere termijn veel meer dan tot nu het geval was met demografische ontwikkelingen rekening zal moeten houden. Enerzijds door de sterke geboortendaling beperkingen in het onderwijs en in de kindergezondheidszorg, anderzijds door de verlenging van de te verwachten levensduur een steeds sterker op de voorgrond treden van het bejaardenvraagstuk, kwantitatief zowel als kwalitatief. Tevens stelt de commissie vast, dat ernaar gestreefd moet worden de bevolkingsgroei zo spoedig mogelijk te beëindigen en een stabiele bevolking te bereiken met een zogenaamde nulgroei, waarbij geboorten en immigratie gelijk zijn aan sterfte en emigratie. Een toestand die kort na de eeuwwisseling kan worden bereikt als het geboortencijfer niet weer opnieuw gaat stijgen. Een regeringsbeleid ten aanzien van de vestiging van buitenlanders hier te lande is dan wel noodzakelijk. Ten behoeve van een beleid tot het bereiken van een stationaire bevolking en mede ter voorko-

ming van ongewenste zwangerschappen, had de Staatscommissie de regering aanbevolen een *Actieplan Geboortenregelend Gedrag* te doen ontwerpen. Dit plan zou vooral een voorlichtend karakter moeten krijgen. De regering heeft aan deze aanbeveling geen gehoor gegeven. In dit voor de demografie *laat maar lopen* beleid van de Overheid kwam ondanks een Staatscommissie weinig verandering.

De bevolkingscommissie heeft zich niet bezig gehouden met het abortusvraagstuk omdat reeds te andere plaatse, namelijk in Kabinet en Parlement, de abortus provocatus de volle belangstelling genoot. Door velen wordt de abortus als een methode van geboortenregeling gezien. Anderen daarentegen zijn - in mijn ogen terecht - van mening, dat tot iedere abortus op eigen welzijnsindicatie besloten moet worden en dat deze ingreep om bevoegd medische behandeling vraagt. Vanuit dit gezichtspunt wordt de abortus provocatus een ingreep, die het gevolg is van een falende anticonceptie en niet een routinematige geboortenregelingsmethodiek. De falende anticonceptie komt vooral bij zeer jeugdigen voor en ook daarom is het uit een oogpunt van bevolkingsbeleid te betreuren, dat de regering aan het voorgestelde Actieplan geen uitvoering heeft gegeven. Maar ook in het abortusbeleid laat de regering steek op steek vallen. De dramatische ontwikkeling op het gebied van de abortuswetgeving (1970 - 1981) levert daarvan het trieste bewijs. En de nu aangenomen wet, waarvan de uitvoeringsbesluiten nog in bewerking zijn, zal een vulkaan blijken te zijn, die nieuwe uitbarstingen in zich bergt.

Het andere voorbeeld van overheidsbeleid langs de weg van het instellen van een commissie ligt op het gebied van de *alternatieve geneeswijzen*. Een onderwerp dat met betrekking tot de uitoefening der geneeskunst tot principiële wijzigingen in het overheidsbeleid kan voeren. Ondanks de vooruitgang in het medisch kunnen, vooral op technisch-operatief gebied, heeft zich de instelling van het publiek jegens de medische stand niet in overeenkomstige zin gewijzigd. Veel minder dan vroeger is de arts de vertrouwde raadgever van het gezin. De artsen dragen hiervoor zelf de schuld. Het verderfelijke Amerikaanse stelsel, allen naar het spreekuur en geen huisbezoek meer, werd ook hier overgenomen, zij het gematigd. Maar ook de consument draagt bij tot de verandering in verhouding van patiënt tot arts. Zijn kennis over wat er in de maatschappij te koop is, heeft zich uitgebreid en hij acht het zijn recht mee te beslissen over de aard van de hulp en de persoon van de hulpverlener. Vrije keus in therapie en therapeut, voortvloeiend uit de zelfverantwoordelijkheid voor gezondheid. Dit kan ook betekenen dat in gevallen, waarin het medisch handelen in resultaat tekort schiet, de weg naar de onbevoegde wordt ingeslagen. De onbevoegde, die zich meestal bedient van behandelingswijzen, welke door de officiële geneeskunde niet worden erkend. De toenemende vraag naar alternatieve geneeswijzen had tot gevolg, dat de overheid in 1977 een commissie instelde met de opdracht een onderzoek in te stellen naar de betekenis van alternatieve geneeswijzen voor de gezondheidszorg in Nederland.

De commissie kwam tot belangrijke conclusies. In de eerste plaats bleek haar alras de maatschappelijke betekenis van de alternatieve geneeswijzen. Uit publieke opinie-onderzoeken bleek, dat per jaar tenminste 7% van de volwassen be-

volking een alternatieve genezer raadpleegde, waarvoor de kosten geschat werden op f.200 miljoen per jaar. Verder bleek, dat in meer dan de helft der behandelingen een aanzienlijke verbetering tot volledig herstel was verkregen. Maar al deze behandelingen betekenden tevens idem zo veel wetsovertredingen, dat wil zeggen zeker meer dan tweeduizend keer per dag. Een voor Justitie onaanvaardbare situatie, terwijl in de sporadische gevallen waarin tot vervolging werd overgegaan, de straffen uiterst mild waren.

Uit deze ontwikkelingen bleek dat het monopolie van de arts tot het uitoefenen van de geneeskunst niet meer leefde in het rechtsbewustzijn van het publiek. Dit monopolie was door Thorbecke in 1865 ingevoerd, vooral tot bestrijding der weligtierende kwakzalverij. Zij die geen arts waren en toch zieken behandelden deden dit onbevoegd en waren dus strafbaar. Aanstonds na invoering van het monopolie konden velen zich met dit beginsel niet verenigen. Zij voelden zich beknott in hun vrijheid te kiezen voor die behandeling, waarin zij het meeste vertrouwen stelden. In 1913 richtten de drie H's (Van Hamel, Van Houten, Van Holthe tot Echten) zich tot de Koningin met het verzoek de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst te wijzigen in die zin, dat ook niet-gekwalificeerden zouden kunnen behandelen, behalve op gebieden, waar de wet dit verbodt zoals chirurgie en verloskunde. Vooral door de afwijzende houding van de geneeskundigen werd door de regering geen gevolg gegeven aan het verzoek tot wetwijziging. Het duurde bijna een halve eeuw voordat de regering zich opnieuw tegenover dezelfde vraagstelling geplaatst zag. Inmiddels bleken de opvattingen zich bij hen, die felle verdedigers van het artsenmonopolie waren, grondig te hebben gewijzigd. De vrijheid van keuze enerzijds, en anderzijds de ongewenste toestand van handhaving ener wet waarvan de overtredingen zo veelvuldig zijn dat daarop geen vervolgingsbeleid kan worden gericht, brachten de regering ertoe de wettelijke regelingen omtrent de uitoefening der geneeskunst in studie te doen nemen. Na ontvangst van de adviezen van een drietal commissies besloot de regering tot publicatie van een voorontwerp van Wet op de Beeroepen in de Gezondheidszorg (1981), waarbij het stelsel zal worden ingevoerd zoals dit in beginsel in 1913 reeds door de drie H's werd verdedigd. Ook de Commissie Alternatieve Geneeswijzen adviseerde tot spoedige indiening van het wetsontwerp bij het Parlement. Zal het ontwerp het tot wet brengen en aan het monopolie van de arts inderdaad een einde komen? De toekomst zal het leren.

1.8. In de toekomst.

Kijken in koffiedik heeft zich ontwikkeld tot wetenschap, futurologie of toekomstkunde, berustend op het extrapoleren van feiten en ontwikkelingen uit het verleden op de toekomst. Een wetenschap die zich ongeveer een halve eeuw als zodanig ontwikkeld heeft. Aangezien uw auteur stamt uit een vroegere periode en hij zich uit hoofde van zijn functies zodanig met "de dag van heden" had bezig te houden, dat er voor het denken in de toekomst weinig tijd overbleef, wordt de lezer verzocht wel te bedenken dat hier geen futuroloog aan het

woord is. Slechts een amateur-toekomstdenker laat zijn gedachten gaan over de gezondheidszorg in Nederland rondom de eeuwwisseling. Daarbij indachtig aan de woorden van Koningin Juliana uit 1955 dat er behoefte bestaat aan mensen die twintig jaar vooruit kunnen denken. Waarbij we ons er wel van bewust moeten zijn, dat er een principiële verschil bestaat tussen de vragen *hoe denken we dat de ontwikkelingen zich voltrekken* en *hoe willen we dat de ontwikkelingen zich zullen voltrekken*. De auteur is zich bewust van dit onderscheid maar kan er niet aan ontkomen van tijd tot tijd een mixtuur te presenteren. Omdat maar al te vaak in het toekomst-denken over maatschappelijke ontwikkelingen de demografie in het ver-zien ontbreekt, zal er in onze beeldvorming nadrukkelijk aandacht aan worden geschonken.

Vooraf echter een opmerking van algemene aard om aan te tonen welke betrekkelijke waarde men aan de futurologie in de gezondheidszorg moet hechten. Nieuwe ontdekkingen op natuurwetenschappelijk gebied kunnen immers het toekomstbeeld totaal verstoren. Ik denk daarbij niet in de eerste plaats aan medisch-technische ontwikkelingen, zoals bijvoorbeeld orgaantransplantaties, die geen wezenlijk verschil in de gezondheidstoestand van de bevolking brengen, maar wel aan vindingen in de biologie, chemie en physica en daarop gerichte wetenschappen als farmacologie en farmacologie.

Laten we denken aan de omwenteling in ons therapeutisch kunnen door de vinding van de antibiotica, aan de vaccins, o.a. tegen poliomyelitis, aan de orale anticonceptiva met een omwenteling in de demografische ontwikkelingen zodat de verrekijzers in de werkplaatsen der statistiek krachtig moesten worden bijgesteld. Dit overdenkende vraag ik mij af: wat voor zin heeft het in de toekomst van de gezondheidszorg te willen kijken? Zal het DNA-recombinant ons binnen twintig jaar verrassingen bieden, die massaal van invloed zijn op morbiditeit en mortaliteit? Zouden we erin kunnen slagen nog voor de eeuwwisseling de maligne groei van lichaamscellen te voorkomen of te stoppen? Zullen hormonen en endorfinen ons andere verrassingen brengen en zullen inderdaad nog waardevolle jaren aan de fysiologische ouderdom toegevoegd kunnen worden? Als ik op al deze vragen een *neen* laat horen dan berust dit niet op pessimisme maar op de waarneming van de ontwikkelingen tot vandaag, die we immers in de futurologie moeten extrapoleren om iets te vermoeden voor morgen. Bedenken we dat de tijd tot het jaar 2000 heel kort is. Temeer reden om zuinig te zijn op het kapitaal, beschikbaar voor fundamenteel onderzoek en het niet vermorsen aan waardeloos *speurwerk*, zelfs al vraagt de politiek hier om. En van politiek gesproken, zal de wetenschap toch genocide als resultaat opleveren? U vraag mij niet hierop te antwoorden. Ik ben geen futuroloog en ook koffiedik is niet meer op bestelling te krijgen. Aangezien de auteur de opdracht kreeg wel even naar de toekomst binnen de twintigste eeuw te zien, verzoekt hij u mee te gaan naar een gebied waarin de voorspellingen nu wel met redelijke nauwkeurigheid zijn te maken. Ik doel op de demografische prognoses. In de te verwachten levensduur zal wellicht nog een beperkte verlenging te bespeuren zijn, in ieder geval is er geen reden een belangrijke verkorting te verwachten. Hetgeen zeggen wil, dat het bejaardenvraagstuk zich in ons land nog geruime tijd en in ernstige mate zal manifesteren.

Gezien de hoge geboortecijfers tussen 1945 en 1965 zal men zich pas in de jaren twintig en dertig van de komende eeuw gesteld zien tegenover de hoogste aantallen bejaarden met een steeds groeiend aantal hoogbejaarden, de 80plus-sers. En daarom is het noodzakelijk nu reeds zo nauwkeurig mogelijke berekeningen te maken over morbiditeit en *incidence* in het jaar 2000 en volgende decennia. Daarbij extrapolierend de ontwikkelingen die we de afgelopen decennia reeds konden waarnemen. Men zal zich meer in het bijzonder moeten richten op hart- en vaatziekten, kwaadaardige nieuwvormingen, ouderdomsdementia, reuma en fractures. Hierbij dient aangenomen te worden dat zich in de komende decennia geen ontwikkelingen in de therapeutische mogelijkheden voordoen die een principiële wijziging in het ziektepatroon veroorzaken. Ten aanzien van de fractures zal dit zeker niet het geval zijn, aangezien ik geen gemeentebestuur ken, dat een algehele herziening van het plaveisel ten behoeve van de voetgangers in zijn programma heeft opgenomen.

Welke consequenties zal dit voor de toekomst berekende patroon hebben voor de gezondheidszorg in omvang en aard? Welke normen zal men moeten aanleggen ten aanzien van de intramurale voorzieningen, personeel en materiëel, en mede getoetst aan de financiële mogelijkheden? Hetzelfde geldt ten aanzien van de extramuraal voorzieningen, waarbij vooral de personele aspecten van belang zijn. Een groeiend aantal verzorgsters zal noodzakelijk zijn om de noden, vooral ook in het ADL-vlak liggend, van de talrijke hoogbejaarden te lenigen. Als men bedenkt, dat het aanbod van jonge vrouwen voor dit werk, mede als gevolg van het gedaalde geboortecijfer, gering zal zijn, komt de wenselijkheid naar voren nu reeds een studie te gaan instellen naar invoering van de arbeidsdienstplicht, ook voor meisjes, hoe gevoelig dit onderwerp politiek ook zal liggen.

Laat mij, na het verzorgingsprobleem van de bejaarden in het kort te hebben geschetst, mogen opmerken dat men rondom 2000 en daarna nadrukkelijk aandacht moet schenken aan de hoge mate van productiviteit die in de hogere leeftijd nog bewaard is gebleven. Alle regelingen tot vervroegde pensionering mogen nu aanvaardbaar zijn uit hoofde van werkgelegenheidspolitiek, men zij er zich van bewust, dat men hierdoor de groep van de te verzorgen bejaarden vergroot. Geheel anders liggen de problemen aan het begin van het leven. De vraag naar kinder- en jeugdartsen zal afnemen, hoezeer men deze ontwikkeling wellicht kunstmatig zal trachten te compenseren, door meer en andere taken aan het pakket van deze artsen toe te voegen. Wat de verloskunde betreft zal overwogen moeten worden of deze in het algemene programma voor de opleiding tot arts nog thuishoort. De vroedvrouwen (verloskundigen) en de vrouwenartsen zijn de voor de verloskunde opgeleide en gespecialiseerde deskundigen aan wie in de toekomst de volledige verloskundige hulp kan worden toevertrouwd.

Een speciaal hoofdstuk met betrekking tot het levensbegin vormt het erfelijkheidsonderzoek. Voorspelbaar is, dat bij de eeuwwisseling belangrijke wetenschappelijke vorderingen op dit gebied zijn gemaakt en dat de toepassing van deze wetenschap in belangrijke mate zal bijdragen aan de verlaging van het percentage aangeboren afwijkingen. Ook de preventie van schadelijke inwerking van uitwendige invloeden (geneesmiddelen, drank, roken, bestraling) tijdens de zwangerschap kan aan deze daling haar bijdrage leveren. En voor zover de

kinderen met een gebrek worden geboren mag verwacht worden dat fysica, geneeskunde en techniek erin zullen slagen in toenemende mate de lichamelijk gehandicapte in staat te stellen zo volwaardig mogelijk te functioneren.

Voor de levensperiode tussen het begin en het einde vermeng ik mijn voorspellingen met wensen. Het begin dat gekenmerkt wordt door het kind dat het brood voor de eendjes van zijn moeder krijgt en het einde waarin de grijsaard het brood voor de eendjes van zijn vrouw krijgt. Voor de tussenliggende periode hoop ik, dat de huisarts weer in toenemende mate huisbezoek zal doen en, tijd daarvoor nemende, weer als gezinsarts zal functioneren. Maar in het kader van mijn opdracht, voorspel ik dat de kans op deze ontwikkeling gering is, tenzij men bereid is het vestigingsbeleid hierop speciaal te richten en de omvang der praktijken rigoureuus te beperken. De ontwikkeling van samenwerking tussen huisartsen zal zich voortzetten, ook in de vorm van gezondheidscentra waarin integratie tussen preventieve en curatieve geneeskunde zich kan voltrekken. Ook de verbanden tussen eerste- en tweede lijnsgezondheidszorg, onder andere in de vorm van de ambulante geestelijke gezondheidszorg kunnen hierin gestalte krijgen.

Ik wens voorts, dat de bedrijfsgezondheidsdiensten in toenemende mate het arbeidsverzuim kunnen bestrijden en ik voorspel dat dit zal geschieden. In dit verband hoop ik, dat men zal inzien dat de geneeskundige diensten van de bedrijfsverenigingen geen wezenlijke bijdrage aan de bestrijding van het arbeidsverzuim kunnen leveren en daarom gedecimeerd kunnen worden. Ik voorspel dat hiertegen veel bezwaren zullen rijzen.

Zal het verschijnsel van alternatieve geneeswijzen zich voortzetten? Wel voor zover het de beoefening door artsen en paramedici betreft, waarbij ik in het bijzonder denk aan vormen als acupunctuur, natuurgeneeswijzen en manuele therapieën. Of de gang naar de niet-gekwalificeerde in het jaar 2000 onder invloed van een Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg zal zijn toegenomen durf ik niet te voorspellen. Of zou juist het wettelijk niet langer strafbaarstellen van deze gang iets wegnemen van de mystiek van het verbodene? Veel zal ook afhangen van de verzekeringsmogelijkheden voor de kosten der alternatieve behandelingen. Dat deze mogelijkheid zal groeien binnen het kader van de private ziektekostenverzekering staat voor mij vast, even vast als de beperkte kans deze kosten in de eerstvolgende decennia aan te treffen in het pakket van de ziekenfondsverzekering.

Een ontwikkeling die naar ik hoop zich zal voortzetten is die, waarbij aan het poliklinisch behandelen voorkeur zal worden verleend boven de klinische behandeling. Ik stel mijn prognose voor deze ontwikkeling bepaald gunstig mits de mogelijkheden tot thuisverzorging zich in overeenkomstige zin ontwikkelen. Wat de operatieve behandelingen betreft kan een uitbreiding en verbetering van de orgaantransplantatie plaats hebben waarbij ik mij niet waag aan een prognose over de kwaliteit van het leven in de toegevoegde jaren. Transplantatie van hersenen ter verhoging van de kwaliteit van het *gezonde verstand* verwacht ik in het jaar 2000 nog niet, hoewel de behoefte hieraan groot is.

Tot slot een toekomstgedachte over mogelijke organisatorische ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Ook hierin zal de lezer meer van mijn wensen waarne-

men dan van mijn voorspellingen. In de gezondheidszorg zal de overheid een steeds belangrijker rol gaan spelen. De bouwstenen hiertoe werden reeds aangedragen in de huidige wetgeving en met name in de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Gezien deze zware opdracht voor de rijksoverheid en mede gezien de nog voortdurende groei van de bevolking en de toenemende wens van de consument tot betrokkenheid en inspraak, zal zij voort moeten gaan in haar streven naar decentralisatie en het delegeren van belangrijke taken aan provincies en gemeenten. Ik voorspel dat dit zal geschieden maar minder zeker ben ik van de verdere deconcentratie van het overheidsapparaat, zoals het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, noodzakelijke aanpassing op de decentralisatie.

Ik voorspel een vestigingsbeleid voor geneeskundigen. Ik durf dit te doen omdat het ondenkbaar is, gezien de nu reeds bestaande chaos, dat dit niet zou gebeuren. Reeds dertig jaar geleden werd de regering op deze wenselijkheid gewezen, mede onder verwijzing naar de bevoegdheid van de Engelse regering in het kader van de National Health Service Act. Van een nationalisering van onze ziekenhuizen naar Engels voorbeeld zie ik nog niet veel komen. Persoonlijk zou ik er geen probleem mee hebben, zolang kerkelijke overheden nog willen bepalen wat wel en wat niet in een ziekenhuis mag gebeuren.

Vestigingsbeleid dat niet berust op een fundamentele studie over vraag en aanbod in de gezondheidszorg heeft weinig zin. Een studie die tevens geplaatst moet worden in het kader van een kosten-batenanalyse. Dit betekent dat ook het honoreringstelsel van de geneeskundigen kritisch onder de loupe genomen moet worden. En daarmee het apparaat van de ziektekostenverzekering.

Zullen wij het op Nieuwjaarsdag 2000 beleven dat er nog ziekenfondsen zijn? Deze vraag beantwoord ik volmondig met *ja*, mits men intussen tot de zo noodzakelijke volksverzekering is overgegaan. En in deze prognose spreek ik tevens de hoop uit, dat in de ziekenfondswereld de onderling beheerde fondsen nog steeds een plaats van betekenis zullen innemen. Want dit zijn de fondsen voortgekomen uit de zelfverantwoordelijkheid van de burgers voor gezondheid en gezondheidszorg. Dit zijn de fondsen waaraan de solidariteit ten grondslag ligt. Tegenover deze persoonlijke wens staat mijn prognose, dat de uitvoering der verzekering zal zijn opgedragen aan een beperkt aantal districtsfondsen, waaraan de *komaf* vaak niet meer te herkennen zal zijn.

En de Kruisverenigingen, de organisaties die zo'n waardevol voorbeeld vormen van wat particulier initiatief is en vermag? Zullen zij in de eerstelijnsgezondheidszorg hun belangrijke en verantwoordelijke taak kunnen volhouden en zelfs uitbreiden in verband met de bejaardengolf die in aantocht is? Ja, mits! Mits bij wet wordt vastgelegd, dat zij, hetzij door overheidsfinanciering dan wel door gelden uit de sociale-zekerheidsfondsen of uit beide bronnen in staat worden gesteld haar opdracht ten aanzien van voorlichting, preventie, curatieve zorg, verpleging en verzorging voort te zetten. Het stempel *particulier initiatief* zal verbleken en meer aan het verleden herinneren dan voor de toekomst dienen. Financiering. Ik ken mijn beperkingen en de lezer heeft ze leren kennen. Overheid, sociale zekerheid en particulier zullen in het jaar 2000 zeker in staat zijn een verantwoorde gezondheidszorg te waarborgen. Aan de beantwoording van de vraag wie dan wat zal betalen, waag ik mij niet. Tot welk percentage van

het BNP hun kosten gezamenlijk komen, laat mij betrekkelijk onverschillig. Mits we er zeker van kunnen zijn dat geen gelden worden weggesmeten door slordige organisatie en overbodige prestaties en we winst van ons kapitaal kunnen maken, gezondheidswinst. Niet in de zin van een paar jaar langer leven door verdere voortgang van medische wetenschap en techniek, maar wel door de bevordering van het menselijke en maatschappelijke welzijn.

Aangezien ik in de komende decennia nog geen producten van de farmacologische research verwacht, die mij tot het jaar 2000 zullen kunnen begeleiden, zal ik mij op Oudejaarsavond 1999 van andere communicatie moeten voorzien om te kunnen waarnemen of enkele van mijn prognoses juist waren. Of waren zij toch maar wensen, moeders van de gedachten? Gedachten van de vaders spelen rond de eeuwwisseling geen rol meer, dank zij de productieve arbeid van Staatssecretarissen voor Emancipatie, Emancipatieraden, Dolle Mina's en andere dollen.

1.9. Slotbeschouwing.

Mag de auteur de lezer verzoeken nog éénmaal paragraaf 1, de inleiding, op te slaan en dan te willen nagaan of de schrijver erin geslaagd is zijn bedoelingen op zodanige wijze te hebben weergegeven, dat zijn ontmoetingen in bijkans zestig jaren met de gezondheidszorg een beeld geven van plaats gehad hebbende en te verwachten ontwikkelingen. Is de auteur hierin enigszins geslaagd, dan komt de eer toe aan de redactie van dit boek, die in haar opdracht aan mij kennelijk aandacht wilde schenken aan bejaardenwerk. Mocht de auteur niet zijn geslaagd, dan wende men zich eveneens tot de redactie met de klacht van onzorgvuldig handelen van haar zijde door deze opdracht te hebben verstrekt aan een 80plusser.

Aan het respect voor Hattinga Verschure waren mijn pogingen gewijd. Hattinga Verschure, de begaafde mens, de goede dokter, de bekwame leider, de vrolijke Christen, voor wie de betrekkelijkheid aller aardse dingen een richtlijn in zijn leven was en een voorbeeld voor anderen.

Najaar 1982.

LIJST VAN GECITEERDE LITERATUUR.

1. BAART DE LA FAILLE, J.M. De Sociale Geneeskunde als vak van Wetenschap en als vak van Onderwijs. Oratie. Utrecht, 1918.
2. BEDRIJFSGEZONDHEIDSZORG, onder red. van J. Jongh en H.J. Dokter. Leiden, Stafleu, 1979. (Ned. bibliotheek der geneeskunde, deel 124).
3. BERGINK, A.H. Samuel Senior Coronel; zijn betekenis voor de sociale geneeskunde in Nederland. Met een geleide van P. Muntendam. Assen, van Gorcum, 1960.
4. GEUNS, MATTHIAS VAN, De Staatkundige handhaving van de gezondheid en leven van de ingezetenen. Oratie 1791.
5. HUXLEY, JULIAN. The Independing Crisis. In: Populationcrisis and the use of World Resources. Ed. by Stuart Mudd. The Hague, 1964. (World Academy of Art and Science, 2).
6. ILLICH, I. Medical Nemesis; the Expropriation of Health. London, Calder and Boyars, 1975.
7. MENS, DE. In dichte pakking. Amsterdam, Noord-Hollandsche Uitgevers Maatschappij, 1966.
8. MUNTENDAM, P., Plaatsbepaling van de sociale geneeskunde. Leiden, Inst. voor Sociale Geneeskunde.
9. QUERIDO, A. Een eeuw staatstoezicht op de Volksgezondheid. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1965.
10. SALTET, R.H., Voordrachten over Gezondheidsleer. Haarlem, Bohn, 1913.

DE MEDISCHE TECHNOLOGIE

----- end of text -----

This publication is made available in the context of the history of social work project.

See www.historyofsocialwork.org

It is our aim to respect authors' and publishers' copyright. Should you feel we violated those, please do get in touch with us.



Deze publicatie wordt beschikbaar gesteld in het kader van de canon sociaal werk.

Zie www.canonsociaalwerk.eu

Het is onze wens de rechten van auteurs en uitgevers te respecten. Mocht je denken dat we daarin iets fout doen, gelieve ons dan te contacteren.

----- einde van de tekst -----