

TROTSENBURG begint met te zeggen, dat er z.i. geen ziekten zijn, die zóó algemeen over de geheele wereld verspreid voorkomen, als tuberculose en dementia praecox. Dit is echter geen reden tot het zoeken van eenig verband; integendeel moet dit feit ons dubbel voorzichtig maken om geen verband te zien, waar het niet is. Dat de praecoxlijders in een gesticht een hooge sterfte aan tuberculose leveren, is elk gestichtsgeneesheer bekend. De door VAN TROTSENBURG aangehaalde statistiek van STUURMAN geldt ook gestichtspatiënten; dus zware praecoxlijders, bij wie en de ziekteverschijnselen (katalepsie, exaltatietoestanden, geheele of gedeeltelijke voedselweigering, slechte zorg voor eigen gezondheid) en de langdurige gestichtsverpleging oorzaak van het opleven eener latente tuberculose kunnen zijn. STUURMAN komt tot een tuberculose-sterfte der praecoxlijders van 50 pCt. „Wanneer wij”, zegt VAN TROTSENBURG, „daarbij in aanmerking nemen, dat ook hier de latere candidaten voor dementia praecox bij voorkeur zouden moeten worden gezocht onder degenen, bij wie de besmetting met tuberkelbacillen slechts een zwakke reactie en derhalve weinig ernstige ziekteverschijnselen heeft verwekt, vervolgens, dat slechts een klein deel der overledenen ter lijkopening komt, en eindelijk, dat menig lijder aan tuberculose aan een tusschenkomende ziekte sterft, dan zou het morbiditeitscijfer zeer goed de 100 pCt. kunnen naderen”. Dit gaat m.i. niet op. De statistiek zou ook over dementia praecox buiten de gestichten moeten loopen. Daar de schrijver zelf de dementia praecox een der meest voorkomende ziekten noemt, zal hij toch zeker toegeven, dat de meeste praecoxlijders, de lichte gevallen, of nooit in een gesticht komen, of als genezen ontslagen met grootere of kleinere defecten als „normale” lieden in de maatschappij verkeeren. Het heeft mij in mijn werkkring in Indië o.a. getroffen, hoeveel lichte praecoxlijders zich onder Javaansche contractkoelies bevinden. Mij is van een oorzakelijk verband met tuberculose nooit iets gebleken. Daar de eerste verschijnselen der dementia praecox zich meestal reeds tijdens of kort na de puberteit, althans op jeugdigen leeftijd, ontwikkelen, komt het mij niet waarschijnlijk voor, dat deze ziekte een „naziekte” der tuberculose zou zijn. De beide voorbeelden uit Gravé, door VAN TROTSENBURG bldz. 594 aangehaald, zijn niet als een pleit voor den oorzakelijken samenhang te beschouwen.

Is de door meer psychiaters verdedigde samenhang tusschen tuberculose en dementia praecox juist, dan zullen allicht de artsen der tuberculose-sanatoria veel praecoxlijders onder hun patiënten of oud-patiënten zien. Volgens VAN TROTSENBURG staat „dwalen aan ieder vrij”. Het zou mij echter belang inboezemen, of de tuberculose-artsen in staat zouden zijn, of hem, of mij van een dwaling te genezen in zake het verband tusschen tuberculose en dementia praecox.

Batang Toroe, December 1921.

P. P. LEENDERTZ, *arts*.

## VRIJE SPECIALISTENKEUZE IN DE ZIEKENHUIZEN.

### I.

Naar aanleiding van de gedachtenwisseling daaromtrent in de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der geneeskunst gevoerd, heeft de Geneeskundige Vereeniging tot bevordering van het Ziekenhuiswezen aan een commissie opgedragen een nota op te stellen aangaande *de vrije specialistenkeuze in de ziekenhuizen* 1). Tot mijn leedwezen bemerk ik, dat de aangewezen commissie zich reeds van haar taak gekweten heeft, hoewel de besprekingen, die het hoofdbestuur der Maatschappij daarover gehouden heeft met gedelegeerden van genoemde vereeniging nog niet geëindigd zijn.

In de nota, die de Vereeniging tot bevordering van het ziekenhuiswezen in haar vergadering van 26 November 1921 met algemeene stemmen heeft goedgekeurd, worden de argumenten, die de specialisten aanvoeren om de vrijespecialistenkeuze in de ziekenhuizen te verdedigen, niet genoemd en het was m.i. toch de taak der

1) Zie dit *Tijdschrift*, vorige week, bldz. 328.

Commissie geweest die argumenten wèl te noemen en ze te verdedigen of te weerleggen.

Ongetwijfeld heeft het waarde om na te gaan, hoe de directie van een ziekenhuis het best, het aangenaamst en het gemakkelijkst te voeren valt, en de commissie verdient hulde voor het feit, dat zij zich daarbij op een breed standpunt plaatste, dat zij een blik naar het verleden en naar het buitenland wierp. Maar de commissie heeft haar oogen gesloten gehouden voor het standpunt, dat de specialisten innemen.

*Hoe meer specialistische hulp, hoe meer specialismen, des te beter voor de zieken, des te beter voor de geneeskundige wetenschap!* Dit is het standpunt, waarop de specialisten staan en dat hen vrije specialistenkeuze ook in de ziekenhuizen doet vragen. Inwilliging hiervan zal wellicht bij sommige ziekenhuizen een verandering in de organisatie noodig maken, maar de specialisten zijn er ver van desorganisatie te verlangen, evenmin als zij communistische eischen zullen stellen aan inrichtingen, die privaat-eigendom zijn. Toen de ziekteverzorgingswet aanhangig was, werd gesproken van vrije specialistenkeuze in de ziekenhuizen en werd daarmede bedoeld die ziekenhuizen, die krachtens die wet subsidie zouden ontvangen, evenwel met uitzonderingen, bijv. van ziekenhuizen, die tevens als inrichting van onderwijsdienst doen. Er werd en wordt niet begeerd, dat instrumenten, toestellen en laboratoria ter beschikking van alle specialisten zullen worden gesteld en evenmin wordt gewenscht, dat iedere specialist tot ieder ziekenhuis toegelaten zal worden, maar wel, dat iedere specialist gelegenheid zal hebben ziekenfondspatiënten klinisch te behandelen. Voor behoud en uitbreiding van kennis en vaardigheid is voor vele specialisten het verleenen van klinische hulp noodzakelijk, terwijl het voor allen onaangenaam is de behandeling van al hun patiënten aan een collega te moeten overdragen, zoodra voor die patiënten ziekenhuisopneming noodzakelijk wordt. Immers meer dan 80 pCt. der ziekenhuispatiënten zijn z.g. zaalpatiënten en de meergegoeden kiezen voor het grootste deel de langer gevestigde collega's. Zoo werkt het feit, dat de patiënt niet zelf zijn specialist kan kiezen, remmend op de vestiging van jonge specialisten.

Men geeft aan onzen wensch een overdreven voorstelling, door het te doen voorkomen, alsof de zaalgeneesheer, als hij specialistische hulp bij een verpleegde noodig acht, aan dien verpleegde de specialistenkeuze vrij zou moeten laten. Met vaste consulenten is onze wensch echter niet in strijd. Er wordt niets anders bedoeld, dan dat de patiënt, die onder behandeling van een specialist is, zoo noodig ook door dien specialist klinisch behandeld zal kunnen worden, dus dat de specialist, die de aanwijzing stelt, ook zelf de behandeling zal kunnen toepassen. Daartoe behoeft de specialist niet toegang te hebben tot *alle* ziekenhuizen; voldoende is, dat hij in één ziekenhuis over een afgesproken aantal plaatsen beschikken kan. En dat hij zich daarbij zal moeten voegen naar de regels van het huis, spreekt te veel van zelf, dan dat men van desorganisatie mag spreken.

Met het tegenwoordige, in vele ziekenhuizen toegepaste stelsel neemt de uitbreiding van het aantal specialismen veel te langzaam toe. Er zijn directeuren van vrij groote ziekenhuizen, die alle patiënten, bij wien geen chirurgische ingreep noodzakelijk is, zelf behandelen en die geen specialist naast zich dulden: gynaecologie, dermatologie, maag-, ingewands- en bloedziekten, het geheele lijstje, zelfs narcologie, de röntgenologie en de hoogtezonthherapie rekenen zij tot hun bijzonder domein. M.a.w. de geheele klinische behandeling berust bij een huisarts; specialistische behandeling is voor de patiënten uitgesloten. Door hetzelfde stelsel belemmert één chirurg de vestiging van jonge collega's-chirurgen, van gynaecologen, van orthopaeden, van urologen. Dit stelsel belet de vestiging en daarmede de ontwikkeling van nieuwe specialismen en dat is niet ten voordeele der patiënten, niet ten voordeele van de ontwikkeling der geneeskunst.

Niet omdat „„de propaganda voor het algemeen begrip der vrije artskenkeuze haar in die richting stuwt””, maar in het belang der zieken, in het belang der geneeskundige wetenschap, wordt vrije specialistenkeuze gevraagd. Daarom staat het voor mij ook vast dat de naaste toekomst een bevredigende oplossing zal

brengen en ik ben overtuigd, dat het ons daarbij aan medewerking van de Vereeniging tot bevordering van het ziekenhuiswezen niet zal ontbreken. Zie ik goed, dan zullen wij daardoor ook een stap nader komen tot oplossing van het vraagstuk betreffende de opleiding van specialisten. Aan het recht om in een ziekenhuis als specialist toegelaten te worden, zal men eischen kunnen verbinden.

Amsterdam, 21 Januari 1922.

CH. BLES.

## II.

De in het *Tijdschrift* van 21 Januari vermelde nota komt tot deze slotsom (bldz. 330 onderaan): „Dat niet de weg gevolgd kan worden door de S.O. in de Maatschappij aangeprezen: de vrije specialistenkeuze, maar dat de vrije ziekenhuiskeuze een recht is, dat aan iederen zieke moet worden toegekend”. Deze nota heeft in de ledenvergadering der vereeniging tot bevord. van het ziekenhuiswezen een punt van bespreking uitgemaakt en werd ten slotte met algemeene stemmen goedgekeurd en gepubliceerd in het maandschrift *Het Ziekenhuis*. Dit laatste is zeker geschied om haar ook onder de oogen te brengen van ziekenhuisbesturen, die volgens deze commissie „de verantwoordelijkheid dragen voor het wel en wee (dus ook voor de behandeling) van den zieke”. En verder kan wegens die verantwoordelijkheid geen vrije specialistenkeuze bestaan; het is zoo duidelijk als glas! Verder neemt de commissie aan, dat onder verpleegkosten ook verstaan wordt de betaling van het ziekenhuispersoneel (selbstverständlich) met inbegrip van die der geneeskundigen (bldz. 328). Het ziekenhuisbestuur stelt specialisten aan voor de 3de kl. zieken en deze toestand is door de specialisten tot nu toe nooit aangevchten! (bldz. 329) enz. enz. Ik kan wel zeggen, dat, indien de slotsom van bovengenoemde commissie hier in Friesland in toepassing zou worden gebracht (het aanstellen van vaste geneeskundigen voor de behandeling van 3de kl. zieken), ik snel zou bedanken voor de Nederl. Maatschappij tot bevordering der geneeskunst, teneinde onbelemmerd het eventueele nadeel van dergelijke toepassingen te kunnen reduceeren. Ik begrijp niet, dat een geneeskundige vereeniging tot bevordering van het ziekenhuiswezen zoo'n nota met algemeene stemmen kon goedkeuren; of bestaat die vereeniging misschien uitsluitend uit artsen verbonden aan ziekenhuizen, die met toepassing van dit besluit gevrijwaard zijn voor „vrije specialistenkeuze”?

Leeuwarden, 22 Januari 1922.

D. A. DE GROOT.

## DE GENEESHEER EN DE VERPLEGING.

Naar aanleiding van de in dit *Tijdschrift* van 21 Januari aangehaalde redevoering van mej. VAN HULST zou ik het volgende willen opmerken:

Door vele studenten in de geneeskunde wordt ook sedert lang de behoefte gevoeld, om de ziekenverpleging van meer nabij te leeren kennen en zelf eenigen tijd practisch als verpleger (verpleegster) in een ziekenhuis te werken. Er zijn dan ook reeds stappen in die richting gegaan: In de zomervacantie van 1921 hebben 5 Leidsche en 2 Amsterdamsche vrouwelijke studenten, waaronder ondergeteekende, 4 weken lang als verpleegster, *niet als assistente*, gewerkt in de Diaconesseninrichting (Overtoom) te Amsterdam. Het plan daartoe is uitgegaan van zr. c. OLIE, hoofdverpleegster van die inrichting, die wij daarvoor dan ook zeer dankbaar zijn, omdat zij ons ruimschoots in de gelegenheid heeft gesteld, in dien betrekkelijk korten tijd veel practische kennis op te doen en — wat misschien later voor ons nog meer noodig is — het werk van een verpleegster naar waarde te leerer beoordeelen.

Ook dit jaar zal er in de zomervacantie voor een beperkt aantal vrouwelijke studenten in de geneeskunde weer gelegenheid bestaan, eenige weken daar te werken. Er is dus reeds een begin in de door mej. VAN HULST bedoelde richting gemaakt. Welk ziekenhuis volgt het goede voorbeeld en wie neemt het initiatief, om ook voor mannelijke studenten, die dit wenschen, een dergelijke gelegenheid te scheppen?

Amsterdam, 22 Januari 1922.

M. VAN SON, *Med. Cand.*