

Op internationaal organisatorisch terrein valt te vermelden dat DERRICK VAIL (Chicago) zich niet herkiesbaar stelde als voorzitter van de International Council. JEAN CHARAMIS (Athene) werd zijn opvolger. FRANÇOIS bleef secretaris, en COPPER adjunctsecretaris voor de Index Ophthalmologicus, waarvan een nieuwe uitgave verscheen. Op de vergadering van de Societas Europaea werd door HAGEDOORN, HENKES en COPPER verslag uitgebracht over de voorbereidingen van het Europese congres 1968 te Amsterdam. Een voorlopige folder hierover werd onder de deelnemers verspreid. De Internationale Vereniging ter Voorkoming van Blindheid gaat zich beraden over een reorganisatie (Commissie Von Bahr). Haar in 1968 te Amsterdam te houden vergadering zal zich bezighouden met „early treatment of burns”.

Het valt de bezoeker van München op, dat de herbouw nagenoeg geheel in oude stijl heeft plaatsgevonden. Dit was ook het geval met de oogheelkundige universiteitskliniek, die in inwendige constructie en indeling ouderwets aandeed. De sociale gebeurtenissen vonden plaats in gerestaureerde paleizen en musea. Voor een dergelijk fraai herstel beschikt men blijkbaar in Duitsland nog over handwerklieden. Onvergetelijk was de avond kamermuziek in de grote spiegelzaal van het slot Herrenchiemsee, een (onbeschadigd) paleis op een eilandje in de Chiemsee, geheel door duizenden kaarsen verlicht.

De deelnemers zullen met genoegen op dit congres terugzien. Tot en met de laatste dag bleef de belangstelling voor de voordrachten en de films onverflauwd bestaan: een bewijs dat een modern monstercongres kan slagen.

Zutphen, september 1966

A. C. COPPER

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; deze behoudt zich het recht voor, de stukken te bekorten)

NUTTIGE NOTITIES NR. 43

De Nuttige Notities lees ik steeds met grote belangstelling, omdat het de staf van het Gemeente Ziekenhuis te Arnhem gelukt, in deze rubriek belangrijke vraagstukken, die zich voordoen bij de diagnostiek en bij de behandeling van patiënten op wetenschappelijke wijze ter sprake te brengen, zonder dat de patiënt de centrale plaats verliest, die hij als zieke mens in zijn totaliteit behoort in te nemen.

In sterke mate werd ik in Nuttige Notities nr. 43 (1966) getroffen door de ingewikkelde problemen, die zich in het huidige tijdsgewricht kunnen voordoen bij het medisch denken en handelen. De chirurg bezint zich, nadat hij een kysteus gezwel in de buikholte — vermoedelijk uitgaande van het mesenterium — bij de patiënt heeft gediagnostiseerd en stelt: „Heeft hierna verdere diagnostiek zin?”. Hij vraagt zich terecht af waarom in de tegenwoordige tijd het gezegde „Operieren geht über studieren” vals klinkt en met een schamper gelach wordt ontvangen.

Internist II merkt, zoals te verwachten was, daarna op, dat het ziektegeval aspecten had, die niet geheel tot hun recht zijn gekomen; hier spreekt de arts die de „geneeskunde sec” beoefent.

De chirurg, die per se geneeskunde én geneeskunst wenst te bedrijven, repliceert dan ook niet alleen het „ziektegeval” overdenkend, doch de „zieke” in het middelpunt plaatsend: „Er worden bij goed uitgezochte ziektegevallen talrijke zijpaden betreden en zelfs kon men menigmaal voorspellen, dat de zijpaden zonder meer zouden doodlopen.” Hij geeft

dan twee principes volgens welke de stafleden naar zijn mening moeten denken en handelen.

I. De aankomend specialist moet bijgebracht worden, dat men met gezond verstand een heel eind kan komen en dat ingewikkelde apparaten niet altijd nodig zijn. (Geneeskunde wordt tot geneeskunst).

II. Men moet respect opbrengen voor de zieken die alles gelaten ondergaan. Het huidige — in allerlei richtingen uitgebreide en langdurige — onderzoek is een belasting voor onze zieken, ook geestelijk! (Persoonlijke benadering van de patiënt).

Internist I merkt hierna terecht op, dat het uitgebreidere onderzoek tot doel heeft, de zieken „veilig” te stellen, een stelling waarmee iedereen het eens moet zijn. Toch valt bij hem een zekere twijfel te bespeuren als hij later opmerkt: „Men moet er maar van uitgaan, dat alle onderzoeken op goede indicatie hebben plaatsgevonden”.

Hier roert hij naar mijn mening een uiterst belangrijk vraagstuk aan, dat bovendien van steeds meer betekenis wordt, speciaal indien men bij ons medisch denken en handelen een derde principe wenst in te voeren, nl. de kostenfactor. Nu ben ik er mij van bewust, dat vele collegae dit principe uit den boze achten en stellen dat dit principe zelfs geen enkele invloed mag hebben bij onze medische overwegingen. Toch meen ik dat men aan deze factor niet mag voorbijgaan.

Met een zekere schrik zijn artsen en leken in Nederland geconfronteerd met het feit, dat de kosten voor de Volksgezondheid vermoedelijk de bovengrens van onze volkshuishouding naderen; deze grens wordt uiteindelijk economisch bepaald.

Daarom kan ik zo van harte de redenering volgen speciaal van de chirurg, terwijl ook de gedachtengang van internist I mij aanspreekt. Een groot gevaar blijft echter schuilen in zijn opmerking, dat men maar moet aannemen, dat alle onderzoeken op goede indicatie hebben plaatsgevonden. Is dat zo in Nederland? Zijn wij Nederlandse artsen er ons voortdurend van bewust, dat voor een belangrijk deel ons handelen de grootte van de kostenfactor bepaalt? Het befaamde, wellicht beruchte „eigen risico” van de patiënt biedt vermoedelijk geen oplossing. Wel kunnen de artsen, indien zij zich van hun verantwoordelijkheid ook op dit gebied bewust worden, de kosten belangrijk beperken. Ons denken en handelen wordt dan nog moeilijker, wellicht ook nog waardevoller.

Het niet verrichten van een niet absoluut noodzakelijk onderzoek kan onze patiënt veel lichamelijke en geestelijke belasting besparen en zou bovendien kunnen voorkomen, dat de grens van het nationale volksgezondheidsbudget wordt overschreden, met als resultaat, dat andere patiënten de voorzieningen kunnen krijgen die zij behoeven. Een eenvoudige berekening heeft als uitkomst, dat verkorting van het gemiddelde ziekenhuisverblijf van alle patiënten die in de loop van één jaar worden opgenomen met één dag, een kostenbesparing geeft van ongeveer f 38.000.000. Wij zullen dus de verlokkingen van het inschakelen van het enorme diagnostische arsenaal moeten weerstaan in het belang van de volksgezondheid en van onze zieken.

Van harte ben ik het daarom met de conclusie van internist I eens, waar deze opmerkt „wanneer van verdere diagnostiek geen invloed op het therapeutisch handelen is te verwachten late men dit na”.

Literatuur: Nuttige Notities Nr. 43 (1966) *Ned. T. Geneesk.* 110, 2216.

Amsterdam, 14 december 1966

J. C. P. EEF TINCK SCHATTENKERK