

## INGEZONDEN

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

### VOORLOPIGE ERVARINGEN MET EEN NACHTAFDELING IN EEN DERMATOLOGISCHE KLINIEK

Met bijzondere belangstelling nam ik kennis van het artikel van Prof. PRAKKEN en zijn medewerkers (1967). Die belangstelling was van verzekeringsgeneeskundige aard, of als men wil van administratief-geneeskundige aard. En tot mijn spijt bevatte het artikel geen enkel gegeven in die richting. Daarom zou ik de schrijvers het volgende willen vragen:

1. De verpleegprijs in deze afdeling? All-inn-tarief? En in de kliniek?
2. De berekening (normaal tellen dag van opneming en dag van ontslag beide mede, in dit geval geven de week-end-onderbrekingen administratieve problemen) in verpleegdagen, resp. verpleegnachten?
3. Staan de ziekenfondsen deze vorm van ziekenhuisbehandeling toe?
4. De visie van de schrijvers op de „medische indicatie” (voor de ziekenfondspatiënten), resp. op de „medische noodzakelijkheid” (voor de tegen ziektekosten particulier-verzekerden).

Dit laatste complex van problemen gaat mij als commentator ziekenfondsrecht en als verzekeringsgeneeskundig adviseur van een aantal ziektekostenverzekeringsmaatschappijen bijzonder ter harte. Vandaar, dat ik die laatste vraag wil toelichten.

Als ik het goed zie, ontleent de „nachtafdeling” in casu haar reden van bestaan, ja haar nuttigheid en noodzakelijkheid, bovenal aan het feit, dat „thuis” in vele gevallen van de systematische en doeltreffende zalfbehandeling niets tot heel weinig terecht komt. De organisatie ontbreekt thuis, en bovenal de discipline (onverschillig of dat kinderen of volwassenen betreft). De ene avond is er dit, de andere dat, ik weet precies hoe dat gaat. Op de keper beschouwd is de daaruit voortvloeiende „logeerindicatie” helemaal niet van medische, maar van psychologische aard; iets dergelijks ziet men ook bij de „dagverplegingsinstellingen” (ceteris paribus). Zo kom ik tot mijn laatste vraag:

5. Is vrijwel hetzelfde niet zonder „logeren in het ziekenhuis” te bereiken, indien de patiënten 's avonds na thuis een bad of douche te hebben genomen, op de „speciale avond-polikliniek” deskundig ingezalfd en voor zover nodig verbonden worden (en naar huis gaan)? Of die „speciale avond-poli” in of bij een ziekenhuis wordt gehouden, is natuurlijk niet geheel irrelevant, maar een organisatiekwestie. Indien het mogelijk is voor het avondwerk op de beschreven „nachtafdeling” (van het ziekenhuis) extra verpleegsters aan te trekken, zal dat ook voor de „avondafdeling” (van de poli) mogelijk zijn. Aangezien in de prijs van de „nachtafdelingsbehandeling” de logeerprijs is verdisconteerd en een „ziekenhuisbednacht” kostbaar is (hetzelfde bed kan immers overdag niet voor een andere patiënt worden gebruikt, tenzij men de „nachtafdeling” met een „dagafdeling” zou kunnen combineren), betaalt men voor een „ziekenhuisbednacht” een „ziekenhuisbedetmaal” wat mij oneconomisch voorkomt. Juist nu het „ziekenhuisbedetmaal” — de zuivere bedprijs — in de nieuw gebouwde en te bouwen ziekenhuizen zo kostbaar is geworden komt het mij oneconomisch niet verantwoord voor, er „logeerbedden” op na te houden, tenzij men op of nabij het ziekenhuisterrein eenvoudige logeergelegenheid schept. Een dergelijk logeerbed zal een fractie van de prijs van een verpleegbed kosten.

Aan dergelijke „logeerbedden” bestaat ongetwijfeld ook op andere afdelingen behoefte, bv. voor patiënten uit de provincie, die voor dagelijkse bestraling komen en voor wie heen en weer reizen bezwaarlijk is. Ook „expertisepatiënten”, die voor de administratieve rechter uitvoerig op arbeidsgeschiktheid, enz. moeten worden onderzocht, komen — indien de hoogleeraar in kwestie niet bereid is dergelijke expertises te doen, tenzij hij de patiënt mag opnemen — voor een dergelijk logeerbed in aanmerking. Is dat niet te combineren met logeergelegenheid voor familie van ernstige patiënten, die „in de buurt willen blijven”?

Literatuur: PRAKKEN, J. R., M. J. WOERDEMAN en W. BRUINSMA (1967) *Ned. T. Geneesk.* **III**, 9.

Knegsel, 6 januari 1967 W. SCHUURMANS STEKHOVEN

Op de vragen, die collega SCHUURMANS STEKHOVEN ons stelt, kunnen wij het volgende antwoorden.

1. De verpleegprijs op de nachtafdeling is dezelfde als die op andere zalen van de kliniek en evenals daar „all in”. De patiënten maken geen gebruik van de warme maaltijd, maar de belangrijke kosten van de noodzakelijke extra-verpleegsters worden daardoor naar het ons voorkomt niet gecompenseerd. Er lijkt ons geen reden te zijn om de verpleegprijs voor de nachtafdeling lager te stellen dan die voor de overige delen der kliniek.

2. Er zijn geen week-end onderbrekingen. De behandeling gaat gewoon door, maar in het week-end gaan de patiënten uiteraard gewoonlijk niet naar hun werk doch naar huis of naar een andere plaats voor vrije-tijdsbesteding.

3. Van de zijde der ziekenfondsen zijn geen moeilijkheden ondervonden.

4. In de nachtafdeling worden patiënten uitsluitend opgenomen op medische indicatie en bij ontbreken van een sociale contra-indicatie. Hiermee is bedoeld, dat gebleken is, dat poliklinische behandeling geen voldoende succes had en dat er geen redenen zijn om aan te nemen, dat de patiënt zich niet naar de regels van de nieuwe afdeling zou gedragen. Evenals bij zeer veel andere ziekenhuisopnamen kan men niet tegenspreken, dat het ook buiten het ziekenhuis wellicht goed zou gaan, indien de patiënten anders waren geaard, in ideale omstandigheden verkeerden en over bijzondere hulp beschikten.

5. Daar poliklinische behandeling overdag geen succes opleverde en de ervaring verder geleerd had, dat met klinische behandeling vrijwel steeds genezing te bereiken is, kwam het niet bij ons op, een polikliniek op andere tijd te houden, maar wel, aan de opname in de kliniek de bijzondere mogelijkheid te verbinden om overdag het ziekenhuis te verlaten.

Amsterdam, 13 januari 1967

J. R. PRAKKEN  
M. J. WOERDEMAN  
W. BRUINSMA

### DE UNIVERSITAIRE OPLEIDING IN VERLOSKUNDE EN GYNAECOLOGIE

De „Nota over de Artsopleiding” van de Utrechtse Conventscommissie voor de Faculteit der Geneeskunde bevat zoveel nuttige en behartenswaardige ideeën omtrent de medische vorming dat zij verdient bestudeerd te worden door een ieder die zich bij de artsopleiding betrokken gevoelt. Maar juist daarom wil ik er hier mijn verbazing over uitspreken, de gynaecologie en verloskunde (de volgorde waarin beide onderdelen genoemd worden is al kenmerkend voor de gedachtenwereld van de auteurs) als een typisch orgaan-specialisme en daarmee als keuzevak aangeduid te zien.

Nog altijd is de Nederlandse omschrijving van het woord arts: genes-, heel- en verloskundige. Nog altijd is het zo, dat het menselijk bestaan zich uitstrekt tussen de polen van de geboorte en de dood, en dat ieder specialisme met het einde, maar slechts één specialisme met het begin van het individuele bestaan te maken heeft.

Het specialisme van de obstetricus-gynaecoloog is het specialisme van de fysiologie en de pathologie van de menselijke voortplanting, waarvan de vrouwelijke voortplantingsorganen wel een belangrijk maar zeker geen volledig substraat vormen.

De universele betekenis van dit specialisme, dat daarom terecht als een der drie hoofdvakken beschouwd dient te worden, spreekt al heel duidelijk, wanneer men zich realiseert, dat er zelfs heden ten dage nog mensen gevonden worden, die het hoofd voor altijd neerleggen, zonder in hun bestaan een orgaan of orgaangedeelte door een chirurgisch ingrijpen te hebben verloren, maar geboren zijn zij altijd. De enorme micro- en macrosociale betekenis van het specialisme is al even indrukwekkend, wanneer men bedenkt welke invloed de geslachtsbetrekkingen (en hun verband met de voortplanting) hebben voor vrijwel ieder individu, en welke problemen thans over de gehele wereld worden opgeroepen door de discrepantie tussen geboorte- en sterftecijfers, een discrepantie, die alleen door beïnvloeding van het geboortecijfer opgelost lijkt te kunnen worden.

Een klinische basisopleiding zonder een co-assistentenschap in de algemene verloskunde (lees: menselijke voortplantingskunde) is even onvolledig als een basisopleiding zonder een der andere twee hoofdvakken. Hierbij is nog te bedenken, dat de heelkundige principes ook gedemonstreerd kunnen worden tijdens een stage neurochirurgie, urologie, orthopedie en de vele andere chirurgische subspecialismen, terwijl dit zelfde mutatis mutandis geldt voor de interne geneeskunde; voor de verloskunde geldt dit niet.

Dit alles neemt niet weg dat het onderwijs in de speciële verloskunde, d.w.z. het deskundig leiding kunnen geven bij een baring, inclusief het verrichten van een aantal kunstgrepen op een verloskundige fantoom, inderdaad alleen van belang is voor toekomstige huisartsen en obstetrici. Het bestaande co-assistentenschap verloskunde en gynaecologie, dat aan de meeste universiteiten thans drie maanden in beslag neemt, zou ongetwijfeld aanzienlijk bekort kunnen worden voor degenen die later geen bevallingen zullen gaan leiden, en verlengd moeten worden voor degenen die de huispraktijk willen gaan beoefenen.

Dat er „uterus centered” of zelfs „perineum centered obstetricians” bestaan, zij toegegeven. Dit als uitgangspunt te nemen voor een nieuwe artsenopleiding is echter ontoelaatbaar.

*Literatuur:* BROEK, C. J. H. VAN DE, CH. DE MONCHY EN N. H. VROEGE (1966) *Ned. T. Geneesk.* **110**, 2338.

Amsterdam, 3 januari 1967

G. J. KLOOSTERMAN

Op het eerste gezicht lijkt het alsof er een brede kloof gaapt tussen de opvattingen van Prof. KLOOSTERMAN en de schrijvers van de Nota arts-opleiding. Bij nader inzien blijkt het meningsverschil echter zeer beperkt. Ter adstructie willen wij op het volgende wijzen:

1. Prof. KLOOSTERMAN is het met ons eens, dat de speciële verloskunde alleen van belang is voor a.s. huisartsen en vrouwenartsen. Ook hij meent dat het bestaande co-assistentenschap aanzienlijk bekort kan worden voor al degenen, die later geen bevallingen gaan leiden.

2. Uit deze opvatting hebben wij de consequentie getrokken de verloskunde tot keuzevak te maken: degenen, die later geen verloskunde gaan beoefenen, worden ook niet tot een stage in de verloskunde verplicht.

Het verschil in opvatting blijkt in de eerste plaats tot een verschil in woordgebruik terug te voeren. Prof. KLOOSTERMAN verstaat onder het begrip algemene verloskunde: menselijke voortplantingskunde, de fysiologie en de pathologie van de menselijke voortplanting. Tevens rekent hij daar ook de sociale consequenties van de menselijke voortplanting onder, dus ook geboortenregeling en alles wat daar mee samenhangt.

De ondergetekenden hebben het begrip verloskunde in de meer beperkte zin van fysiologie en pathologie van zwangerschap, baring en kraambed opgevat. Mét Prof. KLOOSTERMAN zijn ook wij van mening, dat de leer der seksualiteit en der menselijke voortplanting, dit laatste vooral ook in sociale zin, tot de verplichte vakken voor iedere arts behoren.

Over de vraag, hoe dit onderwijs in de praktijk het beste geregeld kan worden (te denken valt aan een samenwerking tussen gynaecoloog, psychiater, sociaal-geneeskundige en eventueel huisarts) hebben wij ons niet willen uitlaten.

Utrecht, 20 januari 1967

N. H. VROEGE

C. DE MONCHY

C. J. H. VAN DE BROEK

## ROKEN EN LONGCARCINOOM

In een tweetal klinische Lessen (1965 en 1967) bespreekt Prof. HULST de ziektegeschiedenis van een in 1899 geboren leraar, bij wie in 1962 de diagnose longemfyseem en cor pulmonale werd gesteld, terwijl er ook astma in het spel was. In 1965 werd bij de patiënt in de linker long een plaveiselcelcarcinoom ontdekt. M.i. enigszins berustend merkt Prof. HULST naar aanleiding hiervan op (1967): „Het verloop van zijn ziekte voegt zich bij dat van een groep patiënten, die, na vele, zeer vele jaren hoesten, tenslotte bronchuscarcinoom krijgen”. Daarbij wordt verwezen naar de desbetreffende bevindingen van VAN DER WAL (1964), die een onderzoek instelde naar de relatie tussen CARA-patiënten en longkanker.

Eén van de praktische consequenties van het onderzoek van VAN DER WAL is volgens haar: „Hoewel het niet zeker is, dat het verband CARA-bronchuscarcinoom via chronisch hoesten en het opgeven van sputum loopt, lijkt dit toch niet onaannemelijk en is adequate behandeling van de CARA-patiënten vanaf de jeugd en voorzichtigheid met exogene prikkels juist bij hen aangewezen (rookgewoonten, keuze van beroep en woonmilieu).

Bij de bovengenoemde patiënt merkt Prof. HULST o.a. op, dat hij „een liefhebber was van roken”. In 1963 werd het roken hem verboden.

In het Amerikaanse rapport *Smoking and Health* (1964) wordt o.a. geconcludeerd: „Cigarette smoking is causally related to lungcancer in men” en eveneens: „A relationship exists between pulmonary emphysema and cigarette smoking but it has not been established that the relationship is causal. The smoking of cigarettes is associated with an increased risk of dying from pulmonary emphysema”.

Zou Prof. HULST — in plaats van zijn berustende uitspraak hierboven vermeld — ook voor de gedachte kunnen voelen, dat de exogene invloed „roken” bij deze patiënt een beslissende betekenis heeft gehad?

*Literatuur:* HULST, L. A. (1965) *Ned. T. Geneesk.* **109**, 65; (1967) *Ned. T. Geneesk.* **111**, 61. — *Smoking and Health* (1964) U.S.A. Public Health Service Publication No. 1103. — WAL, A. M. VAN DER (1964) *Chronische aspecifieke respiratoire aandoeningen (CARA) als voorwaarde voor het ontstaan van het bronchuscarcinoom*. N.V. Dijkstra's Drukkerij, Groningen.

Amsterdam, 14 januari 1967

L. MEINSMAN