

De mens in de ruimte

De „International Academy of Astronautics” organiseerde van 27-30 november 1973 te Washington het vijfde internationale „Man in Space Symposium” met als onderwerp: „Basic environmental problems of man in space”.

Onder de 80 genodigden bevond zich een groot aantal Russische afgevaardigden.

Een ware lawine van gegevens is voortgekomen uit de medische begeleiding van de 65 mensen die in totaal 20.300 man-uren in de ruimte doorbrachten bij één of meer van de 48 ruimtemissies. De wetenschap van het verblijven van de mens in de ruimte blijkt immer boeiender te worden.

Naast alle inzicht-verdiepende informatie op biochemisch en cardiovasculair gebied bleef de invloed van gewichtloosheid op het vestibulaire gedragspatroon goeddeels onbegrepen en onverklaard.

De grote vraag — of er een einde is aan de periode die een mens onafgebroken in gewichtloze toestand mag doorbrengen — kon nog niet beantwoord worden, waarmee tevens geen antwoord kwam op de vraag of Mars-reizen wel of niet in gewichtloze toestand moeten worden uitgevoerd.

Voor al het Skylab-programma voorziet in zoveel nieuwe medische informatie dat de „ruimte-biologie” als subspecialisme definitief gegrondvest is. Het wetenschappelijke basisonderzoek op dit gebied staat echter pas in de kinderschoenen.

Het was hartverwarmend, naast alle nuchtere gegevens en getallen, uit de mond van de eerste wetenschappelijke ruimtevaarder die met Skylab reisde — JOE KERWIN — een verslag te horen over eigen belevenissen en ervaringen tijdens de 28 dagen durende missie.

Badhoevedorp, december 1973

W. J. OOSTERVELD

INGEZONDEN

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

Alleen maar de psychotherapie in diskrediet?

Het is verheugend, dat in de rubriek „klinische lessen” weer eens aandacht is gevestigd op de problemen van de (weder)inpassing van de (ex)patiënt in de maatschappij. In de les van Prof. GOUDSMIT (1973) is dit geschied door het bespreken van een viertal „gevallen” — met opzet wil ik niet van patiënten spreken — waarbij het enkele feit van het ondergaan hebben van psychotherapie werd gezien als een reden tot afkeuring voor een functie.

De auteur wijst er in zijn beschouwingen o.a. op „dat ook in de kring van gevestigde zenuwartsen nog de opvatting kan heersen, dat patiënten, die psychotherapie ondergaan, een verhoogd risico voor arbeidsongeschiktheid bieden en derhalve afgekeurd dienen te worden”.

Ter verduidelijking van de vraag, opgeworpen in de titel van dit ingezonden stuk, alsmede ter verklaring van de behoefte een aanvulling op de klinische les te geven, moge ik uit het slot daarvan nog enkele passages aanhalen:

„Wel is het noodzakelijk, dat de keurende arts:

1. Op de hoogte is van de basiskennis van de neurosenleer.
2. De mogelijkheden, die de verschillende vormen van psychotherapie thans bieden, kent.
3. Zich vrijmaakt van nog steeds heersende vooroordelen ten aanzien van de psychiatrische patiënt en de „neurotische persoonlijkheid”.
4. Beseft, dat psychische aandoeningen, evenals lichamelijke ziekten acuut en chronisch kunnen verlopen en dat vele psychische en sociaal-psychische toestanden van onvermogen van voorbijgaande aard zijn.

Het ging ons in deze klinische les erom, verschillende perikelen aan te tonen die *ten dele* zijn gebaseerd op nog onvoldoende kennis van de problemen van de neurotische mens en van de mogelijkheden die de verschillende vormen van psychotherapie die ons heden ten dage ter beschikking staan, bieden.”

In het bijzonder het door mij gecursiveerde *ten dele* geeft aanleiding te stellen, dat niet alleen voor de mogelijkheden van psychotherapie geen of onvoldoende begrip bestaat. Waar het bij de beschreven aanstellingsmoeilijkheden ook of misschien meer aan schortte, was het onbegrip voor de functie, die de aanstellingskeuring heeft of behoort te hebben.

In dit verband vat ik uit de vele literatuur daarover (zie bij rapport „Maatschappelijke aspecten van aanstellingskeuringen” 1972, 1973) enkele van de belangrijkste richtlijnen voor aanstellingskeuringen samen:

Het doel van een aanstelling voor een functie en in engere zin ook van de medische keuring is, de juiste man/vrouw op de juiste arbeidsplaats te brengen. Dit impliceert enerzijds, dat zijn/haar gezondheidstoestand het toelaat, dat hij/zij het werk op die arbeidsplaats aankan, anderzijds, dat dit werk respectievelijk het arbeidsmilieu zijn/haar gezondheidstoestand niet kan benadelen. Het (financiële) risico voor de werkgever, respectievelijk de pensioenverzekering behoren geen rol te spelen bij de medische beoordeling van de geschiktheid voor een functie.

Iedere kandidaat voor een functie heeft recht op een deskundige (o.a. niet op vooroordelen of onjuiste veronderstellingen berustende) beoordeling van zijn/haar geschiktheid.

Dit betekent bij de gedemonstreerde gevallen, dat aan een of meer voorwaarden voor een goede aanstellingskeuring niet was voldaan. In concreto:

kreeg mej. A helemaal geen keuring, doch werd haar weg geblokkeerd door een gebrek aan inzicht respectievelijk een vooroordeel van de adjunct-directrice van het ziekenhuis;

was (a) het risico voor de werkgever bij mejuffrouw B de reden van haar afkeuring, werden (b) de bestaande keuringsvoorschriften als reglement in plaats van als leidraad gehanteerd (ook de auteur wijst daarop) en (c) was bovendien noch kandidate noch de bijna-werkgever op de hoogte van, respectievelijk ingelicht over de bij de overheid bestaande mogelijkheid tot herkeuring. Bij dergelijke herkeuringen wordt ongeveer in 50% de afkeuring ongedaan gemaakt;

ontbrak het de keurende psychiater van de heer C aan

inzicht in zijn taak als keurend arts en in de functie van de aanstellingskeuring. In het besproken geval zou het beter zijn gelopen als de heer C was beoordeeld door een deskundig keurend arts (dat behoefde geen psychiater te zijn), die omtrent de mogelijkheden van en voor de heer C met de psychotherapeut overleg had gepleegd;

heeft de keurende arts van de heer D een gemakkelijke maar oneerlijke weg gevolgd. Ook zou die oneerlijkheid, als zij aan het licht komt, ten nadele van D kunnen werken. Het is daarom nogal discutabel of — zoals de auteur stelt — dit „voor onze patiënt de voordeligste oplossing” was. Een betere oplossing was het geweest, wanneer de keurende arts de heer D zonder meer geschikt had verklaard, zonder toelichting of gegevens als de opdrachtgever tot keuring geen arts was geweest en in het geval dat de „superieur” een medische instantie was, met motivering van de geschiktverklaring tegen de achtergrond van de hierboven geformuleerde richtlijnen voor aanstellingskeuringen.

Ter afronding van deze kanttekeningen kom ik tot de slotsom, dat er niet zozeer en zeker niet alleen sprake is van een in diskrediet gebrachte psychotherapie, maar veeleer van een combinatie van onbekendheid met de doelstellingen van de aanstellingskeuring en ondeskundigheid op het gebied van het verrichten daarvan.

Literatuur: GOUDSMIT, W. (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 1921. — Rapport „Maatschappelijke aspecten van aanstellingskeuringen” (1972) *T. soc. Geneesk.* 50, Nr. 22, suppl. 4; (1973) *T. soc. Geneesk.* 51, Nr. 18.

Voorburg, 1 maart 1974

Y. VAN DER WIELEN

Voor de reactie van collega VAN DER WIELEN ben ik bijzonder erkentelijk. Hij geeft een noodzakelijke aanvulling aan het door mij in de klinische les gestelde. Als psychiater heb ik gemeend de bijzonderheden van de geneeskundige keuring niet te moeten bespreken, omdat ik mij op dit gebied niet voldoende deskundig acht. Daarom temeer vind ik het prettig dat VAN DER WIELEN deze aanvulling wel geeft.

Groningen, 6 maart 1974

W. GOUDSMIT

Diabetes en graviditeit

Het caput selectum van collega VAN RIET e.m. (1974) heeft ons ten zeerste verbaasd omdat het hierin gepropageerde t.a.v. de zwangere diabetica vrijwel geheel overeenkomt met het beleid, beschreven in een artikel van M. E. SMORENBERG-SCHOORL e.m. uit 1970, afkomstig van de Amsterdamse Universiteitskliniek waar Prof. HASPELS in de jaren 1963 tot 1967 zijn opleiding heeft genoten. In bedoeld artikel uit 1970 wordt o.a. uiteengezet dat Prof. KLOOSTERMAN de gedachtengang ontwikkelde dat kinderen van diabetische moeders, als gevolg van een vergroot aanbod van glucose overmatig groeiden, waardoor soms te hoge eisen aan hun overigens normale placenta worden gesteld, wat tot relatieve placenta-insufficiëntie en zelfs tot intra-uteriene vruchtdood kan leiden. Om deze relatieve placenta-insufficiëntie zo goed mogelijk te voorkomen, werd getracht de moederlijke glucose-spiegels zo laag mogelijk te houden en als verdere voorzorgen werden zoutloos dieet vanaf de 20e week en klinische bedrust vanaf de 36e week ingesteld. Het resultaat in de jaren 1963 t.m. 1968 was een perinatale

sterfte van 4 kinderen op een totaal aantal van 82 kinderen uit moeders met manifeste diabetes mellitus, dat is 4,9 pct! Sindsdien is dit percentage nog verder gedaald.

Dit Nederlandse cijfer is dus beduidend lager dan de getallen die in het caput selectum worden vermeld, en het is zelfs een der laagste ter wereld! Het vormt daarom een sterke steun voor het behandelingsschema in de kliniek van KLOOSTERMAN en zeer terecht heeft HASPELS dit overgenomen. Het verbaast ons echter ten zeerste dat hij de bron niet heeft vermeld.

Literatuur: RIET, H. G. VAN, J. KAL en A. A. HASPELS (1974) Diabetes en graviditeit. *Ned. T. Geneesk.* 118, 131. — SMORENBERG-SCHOORL, M. E., J. KLOMP, A. H. C. SLUYTER en R. DE LEEUW (1970a) De behandeling van de diabetische zwangere. *Ned. T. Geneesk.* 114, 749; (1970b) *Ned. T. Verlosk.* 4, 341.

Amsterdam, februari 1974

J. KLOMP

M. E. SMORENBERG-SCHOORL

Oorspronkelijk werd een klinische les en een caput selectum over diabetes en graviditeit aan dit tijdschrift aangeboden. In de klinische les werd duidelijk aangegeven dat de beschreven behandeling stoelde op de ervaringen van de Amsterdamse Vrouwenkliniek (hoofd: Prof. Dr. G. J. KLOOSTERMAN); het caput selectum werd reeds gepubliceerd. In onze klinische les vermeldden wij de minitieuze behandeling die door collega SLUYTER in de Amsterdamse kliniek werd ingevoerd, en die SMORENBERG-SCHOORL e.m. destijds in een verenigingsverslag hebben beschreven.

Het begrip relatieve placenta-insufficiëntie is gemeengoed geworden bij de leerlingen van KLOOSTERMAN, zozeer zelfs dat het bij anderen als vanzelfsprekend bekend wordt verondersteld. Dit is een compliment voor onze leermeester!

Overigens wordt in het nieuwe Nederlandse leerboek *De voortplanting van de mens* — onder hoofdredactie van KLOOSTERMAN — in het hoofdstuk over diabetes en zwangerschap het hierbovengenoemde verenigingsverslag niet vermeld. De literatuurverwijzingen naar SMORENBERG-SCHOORL e.m. (1970a en b) betreffen beide gelijkloidend dit verenigingsverslag. Jammer dat de voortreffelijke resultaten uit de Amsterdamse Vrouwenkliniek het tot dusver niet verder hebben gebracht dan tot een verenigingsverslag.

Utrecht, februari 1974

H. G. VAN RIET

J. KAL

A. A. HASPELS

Het artikel van H. G. VAN RIET, J. KAL en A. A. HASPELS (1974), een bijeenkomst met collegae uit andere Universiteitsklinieken en discussies in eigen kring brengen mij tot het schrijven van een reactie, die niet bedoeld is als kritiek, maar om opmerkelijke punten te signaleren en enkele vragen te formuleren.

Diagnostiek

Het lijkt erop dat iedere kliniek niet alleen een eigen indeling van „diabetes” hanteert, maar ook eigen diagnostische methoden volgt. Sommigen spreken van „diabetes” als de bloedsuiker $\frac{1}{2}$ à 1 uur na een standaardlunch een bepaalde waarde te boven gaat, maar de meesten houden vast aan de „gewone” Glucose Tolerantie Test. Is deze normaal, dan wordt soms alsnog een GTT na belasting met prednison verricht, of een intraveneuze GTT.