

De toekomst van onze academische ziekenhuizen

PROF. DR. J. H. P. JONXIS, TE GRONINGEN

De academische ziekenhuizen zijn de laatste jaren herhaaldelijk in de publiciteit, waarbij ze behalve waardering veel kritiek ontvangen. Er zou niet altijd even efficiënt worden gewerkt met o.a. als gevolg een zeer hoge verpleegprijs. Bovendien zouden ze niet in staat zijn in de stijgende behoefte aan bepaalde vormen van geavanceerde, superspecialistische behandeling te voorzien. Ontoelaatbaar lange wachtlijsten wijzen inderdaad op een noodsituatie. Ook als men bij de staven van de academische ziekenhuizen zijn oor te luisteren legt, vangt men weinig opwekkende klanken op. Klachten over de beperkte mogelijkheden om de snelle ontwikkeling op verschillende vakgebieden te volgen zijn niet van de lucht. Bovendien is men zich zeer goed bewust dat men door de ontwikkeling in superspecialistische richting (men moet nu eenmaal bijblijven) zijn taak op het gebied van het onderwijs aan studenten niet meer behoorlijk kan vervullen. De dreigende inkrimping van het aantal bedden versterkt de reeds bestaande onlustgevoelens. Velen vragen zich af of de academische ziekenhuizen bestuurlijk wel opgewassen zijn tegen de grote problemen, waarvoor ze door de snelle veranderingen op vrijwel ieder gebied zijn gesteld.

Als centra bij uitstek voor geavanceerde behandelingsmethoden vervullen de academische ziekenhuizen over het algemeen in kwalitatieve zin hun taak naar behoren. In kwantitatieve zin zijn ze echter door de steeds toenemende behoefte aan geavanceerde behandelingsmethoden niet tegen de situatie opgewassen.

Wat is de oorzaak van het feit dat aan de behoefte aan hoog gespecialiseerde medische zorg niet kan worden voldaan en dat het tekort aan passende behandelingsmogelijkheden eerder toe- dan afneemt? De oorzaak is dat de opnemingsmogelijkheden in de academische ziekenhuizen (de plaatsen, waar deze behandelingsmethoden voor een belangrijk deel zijn geconcentreerd) slechts weinig zijn toegenomen, terwijl slechts een beperkt aantal andere grote ziekenhuizen — en in de meeste gevallen nog slechts in beperkte mate — een deel van deze taak heeft overgenomen. Het gevolg van deze gang van zaken is dat het karakter van de academische ziekenhuizen zich in de achter ons liggende decennia sterk heeft gewijzigd, zodat van patiënten met aandoeningen die met eenvoudiger hulpmiddelen kunnen worden behandeld er nog slechts weinigen worden opgenomen.

De klachten van de studenten over de zeer gelimiteerde mogelijkheden die de academische ziekenhuizen hun bieden om praktische ervaring op te doen, zijn dan ook juist. Door affiliatie met een aantal regionale centra zijn de mogelijkheden voor de student wel uitgebreid, maar gezien het grote aantal studenten nog nauwelijks voldoende. Het lijkt bovendien onjuist dat het merendeel der medische studenten hun praktische training zou krijgen in ziekenhuizen wier taak niet primair die van onderwijs is.

In nog een ander opzicht hebben de academische ziekenhuizen een taak te vervullen: de opleiding van medische specialisten is er voor een belangrijk deel geconcentreerd. Over het niveau van deze opleiding hoort men gelukkig weinig klachten, maar herhaaldelijk rijst toch de vraag of, gezien het zeer geselecteerde patiëntenbestand, de specialist in opleiding niet een te eenzijdig beeld krijgt van zijn toekomstige werkerterrein. Velen zijn dan ook van mening dat andere, in de eerste plaats de geaffilieerde ziekenhuizen, meer bij de specialistenopleiding zouden moeten worden ingeschakeld.

Zijn er al zorgen op het gebied van de patiëntenzorg en het onderwijs, ook op dat van het wetenschappelijke onderzoek is de toestand allerm minst blydend. Hoewel op sommige gebieden van klinisch onderzoek door een aantal afdelingen nog belangrijk werk wordt verricht, dat ook internationaal erkenning krijgt, zijn er terreinen van praktisch medisch onderzoek, waar Nederland duidelijk achterop geraakt. Hoewel andere factoren hier ook invloed op uitoefenen, maakt de zware belasting op het gebied van de patiëntenzorg creatief wetenschappelijk werk wel erg moeilijk. Juist de afdelingen die wetenschappelijk het beste werk verrichten, trekken de meeste patiënten. Er bestaan feitelijk twee problemen:

1. het tekort aan mogelijkheden om bepaalde groepen patiënten een optimale behandeling te geven, en

2. de overbelasting van de academische ziekenhuizen met de behandeling van de zojuist genoemde groepen patiënten, met als gevolg hun te kort schieten ten opzichte van hun taken op het gebied van onderwijs en wetenschappelijk onderzoek.

De oorzaak van de moeilijkheden ligt primair in de snelle ontwikkeling op het terrein van diagnostiek en behandelingsmethoden sinds het einde van de tweede wereldoorlog. Voordien was het aantal zieken-

huisbedden in ons land relatief gering. De technische uitrusting van de ziekenhuizen, inclusief de academische ziekenhuizen, was weinig kostbaar en het aantal daar werkzame artsen en gespecialiseerd technisch hulppersoneel gering. De academische ziekenhuizen onderscheidden zich in hoofdzaak door het feit dat er onderwijs werd gegeven. De leiders van de afdelingen in de academische ziekenhuizen namen op hun vakgebied een speciale plaats in. Nieuwe behandelingsmethoden werden veelal het eerst in de academische ziekenhuizen beproefd, maar in de aard van het patiëntenbestand bestond er tussen academische en andere ziekenhuizen nauwelijks verschil.

Na de tweede wereldoorlog heeft de geneeskunde een enorme technische revolutie doorgemaakt. Het merkwaardige feit doet zich echter voor dat, hoewel veel ziekten vrijwel zijn verdwenen en de gezondheidstoestand van onze bevolking aanzienlijk is verbeterd, de medische consumptie sterk is gestegen. Relatief is het aantal bedden in de niet-academische ziekenhuizen veel sterker toegenomen dan in de academische ziekenhuizen. De niet-academische ziekenhuizen hebben zich echter, uitzonderingen daargelaten, weinig toegelegd op de meest geavanceerde vormen van behandeling; deze zijn in weinig ziekenhuizen, waaronder de academische, geconcentreerd. Op zichzelf is dit niet verwonderlijk. Het zijn de staven van de academische ziekenhuizen, die door hun positie het eerst in aanraking kwamen met nieuwe elders uitgevonden, vaak kostbare behandelingsmethoden. De aanwezigheid van vaste staven en ruimere geldmiddelen voor aanschaf van apparatuur droegen er toe bij dat deze nieuwe methoden daar het eerst werden ingevoerd.

Men kan zich afvragen, waarom de grotere regionale ziekenhuizen slechts ten dele de nieuwe verworvenheden hebben overgenomen. De oorzaken moeten mijns inziens worden gezocht in het sterke individualisme van de zelfstandig werkende specialist, en in de hoge kosten die het inrichten en in stand houden van afdelingen met geavanceerde apparatuur voor het ziekenhuis met zich meebrengen. Toch is van verschillende kanten aanbevolen meer afdelingen voor geavanceerde behandelingen te creëren buiten de academische ziekenhuizen. De problemen die zich hierbij kunnen voordoen, moeten echter niet worden onderschat. Niet alleen vraagt het inrichten van een nieuwe eenheid grote investeringen, zowel in mensen als in materiaal, maar men moet er mee rekening houden dat de benodigde mankracht aan bestaande afdelingen zal moeten worden onttrokken.

Aan het stichten van nieuwe eenheden zal een periode vooraf moeten gaan, waarin de staf van een dergelijke eenheid wordt getraind en leert met elkaar samen te werken. Voor eenheden in niet-academische centra dreigt bovendien in sterkere mate dan in de academische ziekenhuizen het gevaar dat men recente ontwikkelingen niet alleen op eigen vakgebied, maar vooral ook in de basisvakken on-

voldoende volgt, waardoor op den duur achterstand zal ontstaan.

Het komt mij voor dat men eerder en beter uit de hierboven geschetste moeilijkheden zou kunnen komen door bestaande speciale afdelingen voor geavanceerde methoden van diagnostiek en behandeling, zoals bv. orgaantransplantatie, leukemie-behandeling, hart- en hersenchirurgie en neonatologie, te vergroten en ze een speciale status te geven, waardoor ze in organisatorisch en economisch verband uit het academische ziekenhuis worden gelicht. Een dergelijke speciale status biedt de mogelijkheid dat dit type afdelingen een eigen personeelsformatie en een eigen toewijzing van materiële hulpmiddelen krijgt. Daar het op deze afdelingen verrichte werk van primair belang is voor de Volksgezondheid, lijkt het juist dat de nodige middelen door het Departement van Volksgezondheid ter beschikking worden gesteld, waarbij wordt erkend dat ze voor het onderwijs, en in het bijzonder voor het onderwijs aan de student, nauwelijks van betekenis zijn. Dit houdt begrijpelijkerwijs in dat de jaarlijkse begrotingen voor deze afdelingen in overleg met dit Departement moeten worden opgesteld.

Dit hoeft niet te betekenen dat de organisatorische band met het academische ziekenhuis, waartoe deze afdelingen tot nu toe behoorden, wordt verbroken: het ziekenhuis zal afdelingen gaan kennen die onder het Departement van Volksgezondheid vallen en andere die onder het Departement van Onderwijs ressorteren.

De hierboven voorgestelde oplossing heeft het voordeel dat ze een juister inzicht mogelijk maakt in de noodzakelijke grootte die een academisch ziekenhuis voor zijn taak op het gebied van onderwijs dient te hebben. De bedden die nodig zijn voor de behandeling van patiënten van de genoemde speciale eenheden dienen niet meer te worden gerekend tot het beddenaantal van het academische ziekenhuis, zoals dit door het Departement van Onderwijs wordt gefinancierd. Een inkrimping van het aantal bedden van de academische ziekenhuizen, voor zover deze onder het Departement van Onderwijs vallen, wordt dan inderdaad mogelijk.

Deze oplossing is in feite niets anders dan het doortrekken van een reeds op gang zijnde ontwikkeling. Reeds nu worden verschillende van deze speciale afdelingen gedeeltelijk gefinancierd met gelden uit speciale fondsen (Hartstichting, Nierstichting, Koningin Wilhelmina Fonds).

Men kan zich afvragen of op de zojuist aangegeven wijze de bestaande organisatie per kliniek (Interne Geneeskunde, Chirurgie, Kindergeneeskunde) niet wordt doorbroken. In dit verband zou ik willen opmerken dat op het ogenblik de genoemde speciale afdelingen reeds een belangrijke mate van autonomie binnen de desbetreffende klinieken bezitten. Het organisatorisch erkennen van deze de facto autonomie zal het juist mogelijk maken, de samenwerking

met de moeder-afdeling beter te regelen. De vraag blijft nog, op welke wijze het wetenschappelijke onderzoek, dat zeker tot de taak van genoemde afdelingen behoort, in het hier ontwikkelde schema moet worden ingepast. In sommige gevallen zal de Universiteit hiervoor personeel en middelen beschikbaar dienen te stellen op grond van een omschreven project. In andere gevallen zullen dergelijke projecten

uit de tweede geldstroom dienen te worden gefinancierd.

Nogmaals moet er de nadruk op worden gelegd dat geavanceerde vormen van geneeskunde nauwelijks kunnen bestaan zonder nauw contact met de preklinische basisvakken.

December 1978

ARTS EN SAMENLEVING

Een voedsel- en voedingsbeleid in Nederland; bestrijding van de gevolgen van de welvaart. I

J. G. A. J. HAUTVAST EN R. J. J. HERMUS¹

INLEIDING

Aanvang 1977 werden voedingskundigen, gezondheidsautoriteiten, levensmiddelenindustrieën enz. deels aangenaam, deels onaangenaam verrast door de publikatie van een rapport getiteld: *Dietary goals for the United States* (1977), opgesteld door het Select Committee on Nutrition and Human Needs, United States Senate onder voorzitterschap van senator GEORGE MCGOVERN. Deze senaatscommissie was niet in een positie om haar visie op het verband tussen voeding en gezondheid om te zetten in een daadwerkelijk beleidsplan of wetgeving. Toch zal de verschijning van het rapport een bijdrage leveren aan de totstandkoming van een nationaal voedings- en voedselbeleid in de Verenigde Staten van Amerika in de komende jaren. Het vormt een document in een rij die begonnen is met de *White House conference on food, nutrition and health* (1970) en die is vervolgd met *Towards a national nutrition policy: nutrition and government* (1975).

In dit artikel willen wij de wenselijkheid bepleiten ook in Nederland te komen tot een voedingsbeleid, dat dan vier belangrijke terreinen moet bestrijken:

1. Bijzondere maatregelen voor voedselhulp aan kwetsbare groepen.
2. Voeding en gezondheidsproblemen.
3. Regelingen met betrekking tot voedselproductie en voedselvoorziening.
4. Voedingsvoorlichting.

Uiteraard kan een en ander niet beperkt blijven tot uitspraken zoals: „Unless a minimum of 0,2% of the nation's foodbill is expended on each one of the three

programs — food control, nutrition research and public education — we cannot even begin to achieve an adequate and comprehensive nutrition policy.”

In dit artikel zullen we aandacht schenken aan het verband tussen voeding en gezondheid, aan de veranderingen in het westerse voedingspatroon en aan de ontwikkelingen van een voedingsbeleid in een aantal verschillende landen.

HET VERANDERDE INZICHT IN DE GEZONDHEIDSZORG IN DE TWINTIGSTE EEUW EN HET VERBAND MET HET VOEDINGSPATROON

Zoals bekend is, is het ziektepatroon in het eerste driekwart van deze eeuw sterk veranderd. Overheersten in het begin van deze eeuw nog de infectieziekten, thans nemen de chronische degeneratieve ziekten de belangrijkste plaats in. Dit wordt o.a. duidelijk in tabel 1 geïllustreerd door het sterfteverloop. De toeneming van degeneratieve ziekten is zeker voor een deel toe te schrijven aan veroudering van de bevolking, maar ook aan een reële toeneming van deze ziekten op relatief jongere leeftijden. Uit epidemiologisch onderzoek, dierproeven en interventie-onderzoek blijken, behalve de individuele genetische gevoeligheid, omgevingsfactoren zoals ro-

TABEL 1
STERFTE PER 100.000 LEDEN VAN DE BEVOLKING IN NEDERLAND IN DE JAREN 1903 EN 1975

Aandoeningen	1903	1975
Tuberculose	192	1
Overige infectieziekten	80	4
Hart- en vaatziekten	94	372
Kwaadaardige nieuwvormingen	100	208
Diabetes mellitus	8	12

Vakgroep Humane Voeding, Landbouwhogeschool, Wageningen.

¹Thans: Centraal Instituut Voedingsonderzoek, CIVO-TNO, Zeist.